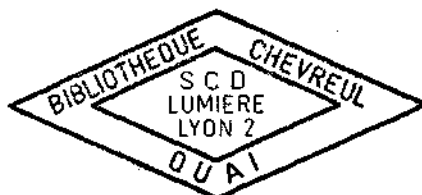


UNIVERSITÉ LYON II



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

T H E S E

soutenue en vue du
Doctorat de IIIe cycle

en Psychologie - Sciences de l'Éducation

par

Geneviève CHARLES

sous la direction de
Monsieur le Professeur Guy AVANZINI

630865

L'INFIRMIERE... DEMAIN

CONTRIBUTION A UNE REFLEXION
SUR LES FINALITES DE LA PROFESSION

"Il faut montrer aux générations qui
montent le chemin d'une profession adulte
qui sorte de sa trop longue adolescence
et sache prendre des décisions qui
n'appartiennent qu'à elle."

Huguette BACHELOT

1968

SOMMAIRE

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

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

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

DEUXIEME PARTIE

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

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

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

T R O I S I E M E P A R T I E

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

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

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

I N T R O D U C T I O N

"A moins de faire preuve d'excellence, la profession d'infirmières est appelée à disparaître." (1) Cette réflexion d'une de nos collègues, rapportée, au début d'une étude sur l'avenir de la profession, pose avec acuité le problème du destin du personnel infirmier (2) en France.

LE PROBLEME

A aucun moment de son histoire le champ d'activité des infirmières n'a été aussi étendu : il couvre actuellement, à travers les secteurs hospitaliers et extra-hospitaliers, publics et privés, l'ensemble des activités humaines : les besoins de la population en soins infirmiers, de plus en plus nombreux, sont encore accrus par le développement toujours plus complexe de techniques nouvelles. Pourtant, corrélativement, la profession traverse une crise et certaines de ses branches font l'objet d'une réelle désaffection.

La pénurie du personnel infirmier - du personnel infirmier qualifié, s'entend - est l'une des manifestations de cette crise. Il n'est, sans doute, pas facile d'apprécier avec exactitude le déficit global du personnel infirmier. "Il faudrait pour cela, comme le remarque C. Levy-Leboyer, tenir compte des effectifs nécessaires et des effectifs disponibles." Or, "sur le premier point, il est difficile de donner un jugement objectif, car les variations risquent d'être importantes d'un secteur hospitalier à un autre ; quant au second point, il faut reconnaître que

(1) "Quel est l'avenir de la profession d'infirmières ?", p. 22

(2) Nous utiliserons indifféremment les expressions infirmiers, infirmières, ou personnel infirmier.

la France ne possède aucune statistique rigoureuse concernant l'ensemble du personnel infirmier." (1) Celles qu'elle publie sont en effet suspectes car elles ne tiennent pas compte, en général, de la distinction, pourtant légale, entre les infirmières diplômées d'Etat et les infirmières autorisées (2) et elles s'appuient sur des données qui ne sont ni complètes, ni exactes (3). Quoi qu'il en soit, en 1963, une enquête réalisée par le Ministère de la Santé Publique mettait en évidence que dans les hôpitaux publics 13 % des besoins n'étaient pas satisfaits (4) et l'édition de 1968 de "L'annuaire statistique de la Santé et de l'Action Sociale" donnait pour la France les chiffres suivants :

Personnel infirmier, comprenant les infirmières diplômées d'Etat et les infirmières autorisées et psychiatriques	130 479
Médecins	57 313
Assistances sociales et auxiliaires	22 058 (5)

Ces chiffres appellent deux remarques :

- La première, concerne le nombre des infirmières par rapport à celui des médecins et des assistantes sociales : elles constituent le personnel le plus important des professions de santé. Par ailleurs, si l'on soustrait du chiffre proposé pour le personnel infirmier, les infirmières autorisées et les infirmières psychiatriques (6), il semble que l'on puisse dire qu'il y avait en France, en 1967, 100 000 infirmières. Un recensement réalisé en 1970 donne d'ailleurs 138 830 infirmières diplômées d'Etat et autorisées. (7) Or, si l'on rapproche ces chiffres des normes de

(1) LEVY-LEBOYER (C...)- Les infirmières en France.- T. III, p. 2

(2) On appelle ainsi des personnes qui ont reçu une formation qui ne correspond pas à celle du diplôme d'Etat.

(3) Les listes départementales du Rhône fournissent un bon exemple : en 1975, elles comportent encore le nom d'infirmières nées en 1895, ou décédées depuis plus de deux ans.

(4) LEVY-LEBOYER.- op. cit. 1 et 2

(5) Chiffres donnés par le Ministère de la Santé Publique et de la Sécurité Sociale, cités par MORDACQ C... In : Pourquoi des infirmières, p. 28

(6) Nous ne parlerons pas des infirmières psychiatriques qui ont une formation et un travail différents.

(7) "Besoins en formation des personnels sanitaires en France", p. 1388

l'O.M.S. : une infirmière pour 330 habitants (1), on peut apprécier à sa juste valeur le déficit des infirmières en France. A la différence des pays anglo-saxons et nordiques, la France est, en effet, l'un des pays développés à posséder peu d'infirmières car, si dans les pays en développement la proportion atteint parfois "une infirmière pour 1 000 habitants et plus" (2), dans les pays développés la proportion peut être "d'une infirmière pour 200 habitants." (3) En 1974, selon la Fédération Hospitalière de France, "il a été dénombré 8 000 postes d'infirmières vacants dans les hôpitaux publics et il n'est pas exagéré de dire que 10 000 infirmières supplémentaires seraient nécessaires." (4) Et Jean Imbert, qui rappelle ce texte, conclut "qu'en dehors des cadres de direction, des ingénieurs, il manque actuellement, pour les seuls hôpitaux publics, 1 500 surveillantes de services, 10 000 infirmières et 10 000 aides-soignantes." (5)

- La mobilité, l'instabilité des infirmières constituent une deuxième manifestation objective de la crise. Alors que la femme française, travaille en moyenne 22 ans, l'infirmière française travaille en moyenne 15 ans, sa carrière en hôpital public étant en moyenne de 5 ans 5 mois en 1965. (6) Une enquête de l'I.N.E.D. (7) datant de 1966 indique que, dans les hôpitaux publics, 1 infirmière sur 7 en 1964, 1 sur 6 en 1965 ont quitté l'hôpital. Le pourcentage des mutations à la même époque s'élevait à 30 %. Les départs représentaient 10 % des effectifs des infirmières civiles au 1er janvier 1964, 12 % au 1er janvier 1965. 1 infirmière sur 10 en 1964, 1 sur 8 en 1965 auraient abandonné leur carrière, l'âge moyen de cet abandon étant de 29 ans et la durée de séjour à l'hôpital de 4 ans environ. (8)

(1) LEVY-LEBOYER.- op. cit. 1 et 2

(2) BENJAMIN (B...).- Utilisation du personnel de santé et des hôpitaux, pp. 583-588

(3) Ibid.

(4) IMBERT (Jean).- Les hôpitaux en France.- p. 100

(5) Ibid. 122

(6) A.N.F.I.I.D.E. - U.N.C.A.S.H. - C.E.E.I.E.C. - U.C.S.S. - "Le service infirmier français doit-il rester sous-développé ?", p. 9

(7) I.N.E.D. : Institut National des Etudes Démographiques

(8) VIMONT (C...).- "Les infirmières des hôpitaux publics".- p. 2544

Il existe un rapport certain entre la pénurie et l'instabilité du personnel dans les hôpitaux publics : l'insuffisance numérique des postes existants entraîne un travail souvent écrasant et toujours très fatigant. Mais la mobilité du personnel est aussi, étroitement liée, à l'insatisfaction éprouvée par les infirmières dans leur travail hospitalier. Si, "les satisfactions éprouvées dans le cadre du travail représentent un bon indice de la santé d'une profession", l'enquête de C. Levy-Leboyer révèle "qu'une infirmière sur deux est satisfaite de son poste et de l'organisation personnelle et familiale que son travail l'oblige à avoir." (1) Les autres se plaignent du manque d'intérêt ou du caractère anonyme de leur travail, des difficultés de relations sociales avec les médecins, les malades, le public, ou des conflits difficilement surmontables entre les exigences de la vie professionnelle et la vie familiale... Alors, si elles le peuvent, elles quittent la profession. Si elles sont acculées à y demeurer, elles changent de secteurs d'activités ou se spécialisent.

Ainsi le contraste entre l'extension du champ d'activité des infirmières, le développement des techniques et, la désaffection de certaines à l'égard de la profession fait-elle problème : C'est précisément ce problème que nous nous proposons d'élucider.

LES EXPLICATIONS COURANTES

Plusieurs explications ont été proposées pour rendre compte de ce malaise :

- Les unes sont d'ordre financier : l'abandon de la profession serait étroitement lié, pour certaines, à l'insuffisance de rémunérations accordées aux infirmières, compte-tenu des exigences de leur travail, de leurs responsabilités, des horaires imposés... De fait, les salaires sont peu élevés : au 1er janvier 1976, une jeune diplômée d'Etat gagnait 2 089 F par mois...

Sans méconnaître l'importance du facteur financier on peut, toutefois, se demander si les problèmes de rémunération ne renvoient pas finalement à l'image qu'une société donnée se fait du service à rétribuer.

(1) LEVY-LEBOYER.- op. cit. 2

- Une seconde cause de l'abandon de la profession résiderait dans la difficulté qu'éprouvent les infirmières à concilier les exigences de leur vie professionnelle et de leur vie familiale ou même personnelle. De fait, cette activité permet difficilement, à qui l'exerce, d'avoir une vie familiale ou personnelle. Certes, le problème des horaires a souvent été remis en cause par les professionnelles elles-mêmes, bien qu'elles sachent que les malades ont besoin de soins 24 heures sur 24, le samedi, le dimanche et les jours fériés. Cependant, les infirmières interrogées n'incriminent pas seulement la répartition de leur horaire professionnel par rapport à leur vie familiale, mais elles se plaignent surtout : "des horaires toujours très incertains, en principe fixes, mais constamment changés à l'intérieur du service." (1) Il y a là une difficulté liée à la nature même des responsabilités de l'infirmière : "c'est la santé - souvent la vie - d'êtres humains qui dépend de son travail" (2), et non pas simplement, comme pour une ouvrière ou une employée, la bonne marche d'une unité de production ou d'un service commercial. L'infirmière, en effet, ne peut quitter le service hospitalier que lorsqu'elle est sûre que la personne qui doit la remplacer est là, que les consignes concernant chaque malade ont été données, qu'une urgence arrivant "in extremis" ne demandera pas sa participation, si bien qu'elle se trouve prise dans une situation conflictuelle : sacrifier ses responsabilités professionnelles à celles, non moins importantes, de mère de famille ; et, le plus souvent, le temps consacré à la profession déborde inévitablement sur celui réservé, en principe, aux obligations familiales. Cette situation dure bien quelque temps mais, rapidement, l'infirmière surmenée, anxieuse, fatiguée de cette vie trop tendue et irrégulière, ne peut résoudre son conflit qu'en sacrifiant l'un de ses deux rôles et abandonne la profession.

Importante aussi est la place que tient "la responsabilité" dans cette fonction, car, rentrée chez elle, l'infirmière n'oublie pas complètement son travail, les malades; elle ne "fait pas le vide dans son cerveau" ; certaines d'entre elles arrivent même à douter d'avoir bien réalisé certains gestes : "Ai-je fait l'héparine de Monsieur X ? N'ai-je pas oublié de mettre les antibiotiques dans la perfusion de Madame Y ?..."

(1) LEVY-LEBOYER.- op. cit. 26

(2) Ibid.

L'infirmière garde donc de son travail un climat de tension important qui retentit à plus ou moins longue échéance sur l'équilibre de son foyer.

Cette nouvelle explication de l'abandon de la profession - pour capitale qu'elle soit - est liée surtout au statut de la femme mariée et, renvoie à un aménagement souhaitable et possible des conditions de travail sans remettre en cause la profession elle-même.

- Il n'en est pas de même de la troisième source de désenchantement vécu par les infirmières : la nature de leur travail et son organisation - en milieu hospitalier, surtout - .

Quelle différence, en effet, entre la réalité que découvre l'infirmière au fil des jours et l'image qu'avait pu se faire de la fonction la jeune fille de 18 ans, sous l'influence de la presse, des mass-média et des romans de Frank Slaughter! Nombre d'infirmières diront exécuter leur travail hâtivement, en parant au plus pressé, se limitant à l'essentiel. Elles se plaignent "d'allées et venues continuelles", "de courses dans des couloirs interminables", "d'être débordées", "de n'avoir jamais une minute de tranquillité", "de consacrer trop peu de temps aux malades". Une sur deux affirme être surmenée, d'autant plus que l'administration exige d'elles un tas de "paperasseries" n'ayant rien à voir avec les soins infirmiers et qui pourraient être réalisées par un autre type de personnel. Le travail demandé aux infirmières comporte, il est vrai, un certain nombre de tâches qui ne sont pas de leur ressort. Comme nous le faisait remarquer l'une d'elle : "Nous, infirmières, nous remplaçons tout le monde, la surveillante quand elle est absente, les aides soignantes et les agents hospitaliers quand il n'y en a pas suffisamment, et jusqu'au médecin quand il y a urgence !..." et d'ajouter : "on se sert de nous pour tout faire, nous sommes de véritables "bonniches" ; on nous déplace comme des pions sur un échiquier !".

Comment une telle situation de travail ne se répercuterait-elle pas sur l'ensemble des relations sociales qu'une infirmière est à même d'avoir au sein des unités de soins ? D'autant que, en choisissant leur profession, la plupart des infirmières espérait - inconsciemment - "avoir barre" sur le malade. Si elles lui consacrent leur temps pour l'aider à retrouver la santé et la sécurité morale qui en est le corollaire, si elles font "don de leur personne" (comme certaines le disent pour justifier leur orientation professionnelle), elles attendent en retour une certaine reconnaissance. Trop souvent, l'infirmière n'est pour le malade qu'une personne payée pour faire des soins à laquelle on ne

témoigne aucune reconnaissance particulière. Comment dans une telle situation peuvent s'établir des relations soignants-soignés profitables pour chacun des protagonistes ?

Les infirmières incriminent surtout une organisation du travail qui ne leur laisse, précisément, que la responsabilité de certaines tâches techniques, déléguées par le corps médical et, qu'elles exécutent en série et hâtivement. Car, l'organisation des soins dans les services hospitaliers est basée sur le système du travail à la chaîne, où les personnes apparaissent, selon la formule humoriste, mais tout à fait exacte d'Huguette Bachelot "une semaine sous l'aspect des fesses à piquer et l'autre sous l'aspect des bouches à laver" (1) et où "le malade ne sait jamais exactement qui est responsable de lui, et l'infirmière de quel malade elle est responsable." (2)

Comment l'infirmière ainsi désenchantée ne chercherait-elle pas à fuir un travail aussi subordonné, mécanique, parcellaire, anonyme et dépersonnalisant !

Cette interprétation de l'abandon de la profession est incontestablement pertinente. A travers la critique du travail hospitalier, ne met-elle pas en cause une certaine conception, une certaine pratique contestable de la profession ?

Toutefois, sans récuser ni cette explication, ni les précédentes, on peut se demander si les facteurs incriminés, pour importants qu'ils soient, ne sont pas eux-mêmes la résultante d'une cause plus profonde.

Cette question paraît recevoir sa justification de l'analyse des besoins de santé des individus et des groupes dans la société contemporaine.

Sous l'influence conjuguée des progrès de la science et des techniques, de l'élévation du niveau de vie, et d'une conception plus exigeante de la santé, les besoins des individus ont considérablement évolué.

Mis à part l'alcoolisme, la toxicomanie et le cancer, les grands fléaux sociaux ont été vaincus. Mais l'homme moderne n'a pas moins

(1) BACHELOT (H...).- "Le rôle de l'infirmière et son évolution", p. 52

(2) Ibid.

une conscience très aiguë que, sa vie est actuellement menacée par des périls nouveaux mais aussi graves, qu'il dénonce, d'ailleurs, après les avoir créés : nuisances alimentaires, pollutions de l'air et de l'eau, agressions du monde moderne dont les maladies professionnelles, les accidents du travail, de la circulation ou de la route sont les principales illustrations. Il s'inquiète aussi de l'accroissement des maladies mentales.

Parallèlement, il découvre que les besoins de santé se différencient selon les âges et, que chaque âge a ses problèmes. Il souhaiterait pouvoir affronter mieux les problèmes de santé de la petite enfance, de la jeunesse, de l'adulte et surtout... du troisième âge !

Plus profondément encore, les hommes des générations montantes estiment que, à côté des besoins de santé propres aux différents âges de la vie, il en est de spécifiques à certains métiers ou à certaines catégories socio-économiques. En d'autres termes, la santé des individus, des foyers, des collectivités ne leur paraît plus relever seulement de facteurs physiques et biologiques mais aussi de facteurs culturels, dans lesquels les conditions de travail, la sécurité de l'emploi, le logement, l'air pur..., pour tout dire "la qualité de la vie" joue un rôle déterminant. La presse, les émissions médicales à la radio ou à la télévision inquiètent, de leur côté, l'opinion plus qu'elles ne la sensibilisent.

Et, lorsque malade, l'homme moderne, entre à l'hôpital, il découvre, à travers les soins qu'on lui donne, qu'il contribue surtout à assurer le bon fonctionnement d'une entreprise. Il aspire à une authentique humanisation des hôpitaux comme il souhaite l'établissement d'une continuité sanitaire entre l'hôpital et la ville. C'est dire, l'importance des besoins et des attentes d'une population qui, tout au long de la vie, voudrait un meilleur accompagnement sanitaire.

Mais à ces demandes, quelles réponses sont actuellement susceptibles d'apporter la médecine, le personnel soignant, les institutions sanitaires ?

On ne peut que constater l'existence d'un fossé entre les besoins des individus, de leur foyer, de leur milieu de vie ou de travail et les réponses... limitées, apportées par des structures sanitaires de prévention pratiquement inexistantes, et un personnel soignant

formé, avant tout, dans une "optique hospitalière" et qui ne peut actuellement assumer des activités de prévention, d'aide et de conseil auprès de la population.

. NOTRE HYPOTHESE

Ainsi le contraste entre l'extension du champ d'activité des infirmières et la désaffectation qu'elles manifestent à l'égard de leur fonction ne masque-t-il pas finalement, un contraste non moins saisissant entre l'essor des besoins de santé de la population et la pauvreté des réponses qu'elles peuvent lui apporter ? D'autre part, l'explication de ce contraste, n'est-il pas à chercher - en ce qui concerne le personnel soignant - dans l'insuffisance de sa formation, elle-même liée à l'absence d'une prise de conscience de l'originalité et de la spécificité de sa fonction, tant chez le personnel soignant lui-même que, chez les médecins, les administrations sanitaires... ou le grand public ?

Mais, l'absence de cette prise de conscience n'est-elle pas à son tour, la résultante de l'imprécision des finalités qui, pendant longtemps, ont présidé à l'exercice de la fonction infirmière et de ce fait à leur formation ?

. LA VALIDATION DE NOTRE HYPOTHESE

Pour apprécier le bien fondé, de cette hypothèse, il nous parut nécessaire d'explorer le passé et de radiographier le présent.

Depuis qu'il y a des hommes... et qui souffrent, qui les soigne ? Seule, l'histoire peut nous le dire. Au cours d'une première partie, nous lui demanderons donc, de nous éclairer sur le passé du personnel soignant.

Nous suivrons d'abord, depuis l'Antiquité, la longue élaboration de la fonction infirmière ; l'apparition avec le Christianisme, du personnel soignant comme groupe social religieux et les vicissitudes de son histoire, mais aussi nous verrons poindre la nécessité de donner à ce personnel une instruction élémentaire et, petit à petit, une formation professionnelle.

Puis, nous assisterons, dans la seconde partie du XIXe siècle, à la naissance et à la mise en place progressive de la fonction infirmière comme activité professionnelle assurée par un personnel civil et, nous constaterons que, la formation des infirmières donnée dans une école

spécifique, à partir d'un programme défini et, sanctionnée par un diplôme ont permis à la profession de s'identifier.

L'exploration du passé, en nous révélant l'évolution de la fonction de l'infirmière, nous permet d'évaluer dans quelle mesure le prolongement du passé dans le présent peut constituer un obstacle au renouvellement de la profession.

Le passé, cependant, ne peut pas tout expliquer. Aussi est-il indispensable de compléter les leçons de l'histoire, par une étude de la situation de l'infirmière dans la société contemporaine, de la fin de la Première Guerre mondiale à nos jours.

Pendant l'entre deux guerres, la fonction infirmière s'est - non sans difficultés - organisée, institutionnalisée, puis différenciée sans que la formation ait été toujours bien adaptée à ses activités. Le personnel soignant jouera d'ailleurs, un rôle important, dans la mise en place et, dans la défense de son activité professionnelle. Il s'organisera, pour cela, en associations professionnelles et syndicats.

Dès la fin de la Seconde Guerre mondiale, cette profession fera l'objet de toute une série de dispositions législatives visant à réglementer ses activités, à améliorer sa formation, et à préciser ses rapports avec l'Administration.

Il nous sera, alors, loisible de procéder à une radiographie de la profession, qui révélera à la fois le champ d'activité et le malaise du personnel infirmier.

A partir de cette étude historique et sociologique, nous tenterons de cerner la situation actuelle de l'infirmière française, de préciser sa place, son rôle dans la société et la manière dont elle est formée pour l'assumer. En un mot, nous tenterons de dire "qui elle est ?"

Nous essayerons surtout, de comprendre la situation qui lui est faite, d'en rechercher les causes et d'éprouver, par-là même, la validité de notre hypothèse.

A la lumière de l'ensemble de ces apports et de nos réflexions, nous chercherons alors, et alors seulement, à définir ce que pourraient être, dans la société actuelle, la formation et le travail de l'infirmière, en dégagant les conditions qu'exige la réalisation de ces finalités nouvelles.

L'ensemble de ces considérations constitue l'objet de la dernière partie de notre travail.

. LA METHODE

Plusieurs voies s'ouvriraient pour aborder ces questions : par exemple, mener des enquêtes, conduire des interviews auprès des infirmières elles-mêmes, des médecins, des malades, des administrations hospitalières... du public. Les contraintes et les obligations professionnelles rendant impossible le recours à de telles techniques, nous avons dû, nous borner, à une lecture attentive des textes législatifs, des revues professionnelles, des ouvrages écrits par des infirmières ou sur les infirmières. Notre attente n'a d'ailleurs pas été déçue : la moisson recueillie ne manque pas d'intérêt.

Cette incursion dans le passé et le présent de l'infirmière conduit, logiquement, à exploiter les matériaux recueillis. Ils le seront dans une triple perspective : diagnostiquer d'abord, de manière précise, la condition actuelle de l'infirmière, c'est-à-dire répondre à la question : "Qu'est-ce qu'être infirmière en France ?" ; expliquer et comprendre, ensuite, les raisons de cette situation telle que notre réflexion critique les aura dégagées ; examiner, enfin, si l'ensemble de ces résultats confirme notre hypothèse.

Si nous avons raison, si le malaise qui sévit chez les infirmières trouve effectivement son explication dans l'absence ou l'insuffisance d'une prise de conscience de la spécificité de la fonction due à l'imprécision de ses finalités ou à l'impossibilité institutionnelle de les faire reconnaître, alors il nous incombera, pour définir, en toute clarté, les finalités d'une formation adéquate à la fonction, de nous interroger sur la légitimité de l'existence de l'infirmière dans la société actuelle, sur les conditions de sa reconnaissance et la nature des rôles qu'elle pourrait être amenée à y jouer. Ce qui nous conduira à proposer quelques modèles de l'infirmière... demain.

. DIFFICULTE ET COMPLEXITE DE NOTRE RECHERCHE

Nous avons le sentiment très vif de l'ampleur, de la complexité et des difficultés de notre sujet ; son intention est pédagogique : centrer la formation et le travail des infirmières sur des objectifs mieux adaptés aux besoins de santé des individus. Mais sa portée est à la fois philosophique et politique. Philosophique, car à travers la santé, la maladie et

la mort, l'infirmière rencontre les problèmes fondamentaux de l'existence humaine. Elle ne saurait donc rester indifférente au choix des valeurs qu'impliquent leurs solutions. Politique, car toute option philosophique sur la vie humaine, la santé et la mort entraîne finalement, au niveau de ses réalisations, une certaine organisation de la vie sociale dans laquelle l'infirmière est individuellement et professionnellement engagée.

La bonne marche de notre étude suppose donc que, soient harmonieusement articulées des données appartenant à des plans fort différents. Les unes, proviennent d'une analyse de la réalité passée et présente, les autres, émanent d'une réflexion théorique et prospective sur les valeurs et finalités susceptibles de donner un sens à la formation et au travail de l'infirmière. Valeurs et finalités qui ne sauraient être dissociées d'une conception de la santé et de la vie humaine dont la société est le support et l'infirmière l'un des garants.

*

*

*

PREMIERE PARTIE

L'INFIRMIERE... HIER

Il paraît difficile, disions-nous dans notre introduction, d'aborder les problèmes actuels de l'infirmière sans étudier le passé, l'histoire permettant, peut-être, de comprendre les situations présentes, dans la mesure, où la tradition qu'elle fait apparaître, pèserait sur la profession en l'empêchant d'évoluer.

Notre projet n'est pas, cependant, d'écrire une histoire de l'infirmière : des ouvrages documentés ont été publiés à ce sujet. Notre intention est plutôt, pour mieux saisir la situation actuelle de l'infirmière, de suivre dans l'histoire l'apparition et le développement du personnel soignant.

Notre premier regard portera sur le passé lointain et englobera la longue période qui, du monde antique à la fin du XIXe siècle, a vu s'élaborer progressivement puis se mettre en place, sur un plan institutionnel, l'activité professionnelle du personnel soignant.

CHAPITRE I

L'ELABORATION DE LA FONCTION INFIRMIERE

DU MONDE ANTIQUE A L'AVENEMENT DU CHRISTIANISME

Si le monde antique n'est pas demeuré étranger à l'organisation des soins, s'il a connu des infirmiers, c'est cependant avec le Christianisme que le personnel soignant - comme groupe social - entre dans l'histoire.

- LE MONDE ANTIQUE

Des documents relatifs à la période antérieure au Christianisme deux thèmes se dégagent : d'une part, l'existence certaine de préoccupations médicales, voire chirurgicales, entraînant la création des premiers hôpitaux et, d'autre part, l'indétermination et l'imprécision des fonctions analogues à celles que remplissent nos infirmiers et nos infirmières actuels.

De tout temps, l'être humain a affronté les maladies. Mais, dans la mesure où leurs causes n'étaient pas facilement discernables, elles ont toujours été considérées, à l'origine des civilisations, comme des manifestations surnaturelles, expressions de puissances divines ou démoniaques : "La pathologie n'était en somme qu'un aspect de la mythologie." (1) Ce n'est que beaucoup plus tard, qu'elles apparaîtront comme les conséquences de phénomènes naturels. De là, deux attitudes à leur égard. La première, la plus primitive, valorise dans l'explication et la thérapeutique des troubles les forces surnaturelles. Puis, ce premier effort d'interprétation s'estompe devant le souci d'une analyse plus rationnelle des troubles constatés et des soins à leur apporter. Dans toute l'Antiquité, comme

(1) BARIETY (M...) et COURY (Ch...)- Histoire de la Médecine.- p. 8

d'ailleurs dans le monde moderne (1), ces deux conceptions de la maladie et de la médecine ne cesseront de se succéder et de coexister entraînant, évidemment, une conception et une pratique des soins différentes.

- Tant que la maladie fut considérée comme la conséquence du courroux des dieux ou d'une intervention démoniaque, la guérison ne pouvait relever que de l'intervention de sujets ayant le pouvoir exceptionnel d'entrer en rapport avec les puissances surnaturelles. Guérisseurs, magiciens, devins ou prêtres devaient identifier la divinité irritée, la fléchir par des rites et des incantations ou expulser le démon-maladie par la récitation de formules, l'emploi d'amulettes... Au cours de cette période initiale ou archaïque de la médecine - que ce soit en Egypte, en Mésopotamie, en Grèce ou à Rome - il n'est pas encore possible de distinguer l'infirmier du médecin, leurs rôles étant étroitement mêlés.

- Puis, dans un deuxième temps, dans chacune des civilisations antiques, à la médecine sacerdotale succède une médecine laïque : la maladie est étudiée et combattue pour elle-même, en dehors de tout recours à des divinités. D'abord très empiriques, l'étude des maladies et la thérapeutique utilisée deviendront plus scientifiques.

En Egypte, la figure d'Imhotep symbolise la fusion de la médecine ancestrale et laïque. Homère présente l'Egypte, comme la patrie des remèdes (2) et, Hérodote constate que, chez les Egyptiens, la médecine était divisée en spécialités. "Chaque médecin soigne une maladie et une seule. Aussi le pays est-il plein de médecins, spécialiste des yeux, de la tête, des dents, du ventre ou encore des maladies d'origine incertaines." (3) La découverte du papyrus médical Ebers et du papyrus Edwin Smith confirme la valeur des médecins de l'Egypte. Le papyrus Edwin Smith est un manuel d'enseignement comportant "des descriptions anatomiques minutieuses" et "une méthode de présentation de cas tout à fait remarquables." (4)

(1) Voir par exemple ROBERT (M...)- "Quelques coutumes et croyances relatives à la maladie en Limousin et en Manche", pp. 18 à 23

(2) HOMERE.- L'Odyssée IV v. 222, p. 603

(3) HERODOTE.- L'Enquête (In : Historiens Grecs), pp. 173-174

(4) CAPART (Jean).- L'Egypte des pharaons, p. 138

En Mésopotamie, à l'apogée de la civilisation assyro-babylonienne "De grands syndromes sont décrits avec le nom des maladies ; le pronostic s'établit d'après les symptômes... Le traitement emploie de multiples drogues qu'il est malaisé d'identifier, mais logiquement, semble-t-il, car aux mêmes symptômes correspondent les mêmes traitements." (1)

En Egypte comme en Mésopotamie, la richesse de la documentation relative à la médecine fait contraste avec la pauvreté des renseignements, sur la manière, dont étaient donnés les soins aux malades.

Il en est, encore, de même, en Grèce ou à Rome. La médecine grecque eut ses dieux : Asclépios, dont les sanctuaires étaient des lieux de cure célèbres ; Hygieia, qui dès le Ve siècle avant Jésus-Christ personnifiait la santé physique et mentale. Du VIIIe au Xe siècle des prêtres-guérisseurs servants d'Asclépios exerçaient leur talent dans les sanctuaires consacrés au dieu, à Epidaure notamment. "Les malades viennent passer dans ces temples une ou deux nuits, le temps nécessaire pour recevoir - et interpréter - le songe que le dieu envoie pour guérir le patient." (2) Comme, le fait remarquer, Jean Imbert : "Dans ces lieux de pèlerinage peuvent se former, se regrouper de véritables infirmiers et même des médecins qui se familiarisent avec les modes de traitement de certaines maladies." (3) Puis, des médecins laïcs formés dans les écoles médicales de Cyrène, Cnide ou Cos leur succèdent. Ils exerçaient soit pour leur propre compte, soit pour le compte de l'Etat, mais ils pratiquaient encore une médecine très pénétrée de spéculations philosophiques et une thérapeutique assez archaïque. Dès la fin du Ve siècle, cependant, avec Hippocrate se constitue une médecine à la fois scientifique et humanitaire. Scientifique, car fondée sur l'observation, l'expérience, l'exploration clinique. Humanitaire, car s'adressant à la communauté des hommes. Les apprentis médecins se forment alors auprès d'un maître, au diagnostic, au pronostic, aux opérations manuelles (saignées, application de clystères, pose de ventouses) et à certaines opérations chirurgicales.

(1) CONTENAU (G... Dr).- L'Asie Occidentale Ancienne.- p. 306

(2) IMBERT.- op. cit. 9

(3) Ibid.

A Athènes, au temps de Périclès (vers 495-429 avant J.C.), le médecin (Iatros) qui exerçait pour le compte de l'Etat avait à sa disposition un local (Iatreion) servant aux consultations, aux opérations, à l'hospitalisation des malades. "Les frais qu'entraînait ce service social étaient couverts par un impôt spécial (Iatrimon). Les malades qui n'avaient pas les moyens de recourir aux soins d'un médecin privé étaient donc soignés gratuitement, comme dans nos hôpitaux modernes." (1)

On ne peut, par contre, affirmer l'existence à Athènes d'un groupe d'hommes ou de femmes chargé de donner des soins. Même, lorsque Hippocrate reconnaît la nécessité, dans les cas vraiment graves, de laisser auprès du malade un "assistant" (2), cet assistant n'est pas assimilable à nos infirmiers. "Il y a, dit Platon, des médecins et il y a aussi des assistants des médecins que nous appelons médecins eux aussi." (3)

Il est, d'autre part, tout à fait significatif que, malgré le prestige d'Hygieia et l'admiration d'Homère pour la blonde Agamédé "habile à distinguer tous les simples que fait pousser la vaste terre" (4), la femme grecque ne paraît avoir exercé ni le métier de médecin, ni celui d'infirmière. Au moins jusqu'au IV^e siècle, elle menait une vie retirée et sédentaire, incompatible avec l'exercice d'une fonction sociale. "Une honnête femme doit rester chez elle, la rue est pour la femme de rien." (5) Par contre, l'épouse régnait à l'intérieur de sa maison où elle s'occupait de tout, des soins aux malades compris. Dans l' "Economique", Ischomaque énumérant à sa jeune femme les devoirs de la maîtresse de maison conclut : "Une des occupations qui t'incombent te semblera peut-être assez désagréable ; c'est que, si, un des serviteurs tombe malade, tu sera obligée de mettre tous tes soins à le guérir." (6) Et il est charmé de la réponse

(1) FLACELLIÈRE (R...)- La vie quotidienne en Grèce au siècle de Périclès.- p. 178

(2) HIPPOCRATE.- "Du régime dans les maladies aiguës" - section 65-8 Cité par COUDROT (M. et A.)- L'Infirmière face à sa profession.-

(3) PLATON.- Les lois IV 720 (b-c) (In : Œuvres complètes - T. II), p. 759

(4) HOMÈRE.- (In : Homère - l'Illiade XI 740-741 - l'Odyssée), p. 288

(5) MENANDRE.- Fragment 545 cité par FLACELLIÈRE (R...)- (In : La vie quotidienne en Grèce au siècle de Périclès.- p. 88

(6) XÉNOPHON.- L' "Economique" Ch. VII 35-38 (In : Xénophon Anabase - Economique), p. 369

de sa femme : "Par Zeus, je le ferai très volontiers, s'ils doivent m'être reconnaissants de les avoir bien soignés et se montrent plus dévoués qu'auparavant." (1) Robert Flacellière note que "pour les maladies intimes, les femmes, par pudeur, hésitaient à recourir à un médecin et faisaient plus volontiers appel à une personne de leur sexe" (2) : "Si tu souffres d'un mal que l'on ne peut pas dire, dit à Phèdre sa nourrice, voici des femmes qui pourront avec moi t'assister ; si c'est un accident qu'on puisse révéler aux hommes parle, et qu'on le fasse connaître aux médecins." (3) Ainsi, garde-malade dans son foyer, guérisseuse à l'occasion, la femme grecque, à l'exemple de Sophronisque, la mère de Socrate, se confinait dans la tâche de sage-femme. (4) Sur la nature des soins qui se donnaient, nous ne savons rien. Il ne semble pas que les progrès réalisés en médecine du temps d'Hippocrate aient beaucoup influencé la nature des soins, l'éducation de la femme grecque étant trop sommaire. (5) Aussi R. Flacellière a-t-il raison de conclure : "En dehors des accoucheuses, les "guérisseuses" avaient recours aux pratiques magiques et aux "remèdes de bonne femme"." (6)

Il en fut de même pendant assez longtemps à Rome. Les documents sur la médecine romaine primitive sont peu nombreux. Rome, dans le domaine médical, comme sur d'autres plans, doit beaucoup à la Grèce. Au III^e siècle avant J.C., Asclépios fut introduit d'Epidaure à Rome par décision du Sénat, à l'occasion d'une peste. (7) La médecine, longtemps considérée comme une profession subalterne, bonne pour des affranchis, fut exercée surtout par des médecins grecs. Aussi César, en 44 avant J.C., "accorde-

(1) XENOPHON.- op. cit. 369

(2) FLACELLIÈRE.- op. cit. 178

(3) EURIPIDE.- Hippolyte v. 253-256 (In : Euripide), p. 222

(4) "Les Athéniennes accouchaient, entourées des femmes de la maison : le mot "maïa" peut désigner toute femme d'un certain âge, toute servante expérimentée capable de remplir l'office d'omphalotomos ("coupeuse de cordon"). Cependant, dans les cas difficiles, on faisait appel à une sage-femme ou même à un médecin." FLACELLIÈRE.- op. cit. 102

(5) Voir à ce sujet XENOPHON.- op. cit. Ch. VII - 5, p. 365

(6) FLACELLIÈRE.- op. cit. 178

(7) TITE LIVE.- Histoire romaine.- T. IV, p. 147

t-il le droit de cité à tous ceux qui exerçaient à Rome la médecine et y enseignaient les arts libéraux, pour leur rendre plus aimable leur résidence dans la ville et attirer les autres." (1) De fait, l'originalité des Romains se manifeste moins - mis à part Galien (131-201) - dans les progrès de la médecine que dans les travaux d'hygiène publique (eau potable - aqueducs - égoûts... bains publics et privés) et la création d'hôpitaux (valetudinaria), dans les provinces, pour les troupes d'occupation.

Les médecins de ces hôpitaux devaient - sans doute - être secondés par du personnel soignant, des hommes certainement. Car, à Rome, pas plus qu'en Grèce, il ne fut loisible à la femme d'exercer une activité professionnelle. L'autorité du mari sur sa femme - placée dans sa main comme si elle était une de ses filles (2) - était aussi absolue que l'autorité du père sur ses enfants. Et lorsque la femme s'émancipe, à partir du IIe siècle, il ne semble pas qu'elle se soit orientée vers les professions médicales ou sanitaires. Dans chaque famille, cependant, le soin des malades était assuré par la "matrone" assortie d'esclaves de l'un ou de l'autre sexe. Dans les grands domaines, la femme du surveillant (villica) devait se préoccuper de la santé des esclaves et, si besoin était, envoyer les malades à l'infirmierie.

Qui dans ces hôpitaux ou ces infirmeries donnaient les soins prescrits par les médecins ? Il est bien difficile - en l'absence de tout document précis sur la question - d'apporter une réponse valable.

On ne peut parler des hôpitaux romains sans évoquer l'Inde. Car, chronologiquement, l'initiative de la création d'établissements pour les voyageurs, les pèlerins, les malades pauvres remonte à la création des grands monastères bouddhiques en Inde et à Ceylan à partir du IIIe siècle avant J.C. "entre les années 800 avant J.C. et 1000 de notre ère, les Hindous pouvaient soutenir la comparaison avec les peuples d'Occident dans la plupart des arts, notamment dans l'art de guérir." (3) De fait, les "Samhitas" ou "recueils" tirés de l'"Ayur Veda" (4) contiennent des préceptes relatifs à l'art médical et aux soins tout à fait intéressants.

(1) SUETONE.- Les douze Césars : T. I. Jules César.- p. 47

(2) CARCOPINO (J...).- La vie quotidienne à Rome à l'apogée de l'Empire.- p. 98

(3) SEYMER (L.R.).- L'infirmière à travers les âges.- p. 13

(4) Ayur Veda signifie science de la vie.

D'après le "Shushruta-Samhita" : "le médecin, le patient, la médecine et les assistants sont les quatre facteurs essentiels du traitement médical. Par l'absence d'un médecin qualifié, les trois autres facteurs du traitement resteront sans succès." (1)

Le médecin doit toujours être digne :

Il sera propre dans ses habits, bien rasé, et ne laissera pas grandir ses ongles. Drapé de vêtements blancs, les pieds chaussés de souliers, tenant à la main une canne ou un grand parasol, il portera sur toutes les créatures le doux et bienveillant regard d'un ami. Le médecin abjurera la compagnie des femmes, il s'abstiendra de les entretenir en particulier, et de plaisanter avec elles. (2)

Quant à l'infirmier il est ainsi défini : "Seul est propre à soigner ou à assister le malade, un homme de sang froid, vigoureux, aimable dans son maintien, ne médissant de personne, attentif aux besoins du malade, suivant strictement et infatigablement les instructions d'un médecin. (3) On ne peut qu'être frappé par l'actualité de cette définition de l'infirmier ! Par ailleurs, le "Charuka-Samhita" précise : "La connaissance des procédés par lesquels les drogues seront préparées ou composées, l'intelligence, le dévouement au malade, la pureté de l'esprit et du corps sont les quatre qualités qui distinguent l'assistant-infirmier." (4)

De cette étude sur l'art médical et l'organisation des soins dans l'Antiquité, trois idées se dégagent.

L'Antiquité - l'Inde et la Rome Impériale exceptées - n'a pas connu l'existence d'établissements hospitaliers tels qu'ils seront conçus tout au long du Moyen-Âge.

C'est sans doute dans la Rome Impériale que nous trouverons les établissements les plus voisins de nos hôpitaux modernes ; les grandes infirmeries militaires qui ont été érigées dans les provinces pour les troupes d'occupation étaient admirables par leur aménagement et leur architecture mais elles semblent avoir été totalement fermées à la population civile, et à plus forte raison aux malheureux. (5)

10-12 (1) Shushruta-Samhita - Vol. I, p. 305-307. In : SEYMER.- op. cit.

(2) Ibid.

(3) Ibid.

10-12 (4) Charuka-Samhita - Vol. I, p. 102-103. In : SEYMER.- op. cit.

(5) IMBERT.- op. cit. 10

L'importance des documents relatifs à la médecine par rapport à la rareté de ceux concernant le personnel et le travail infirmier est déjà significative : l'Antiquité - hormis l'Inde - ne s'est pas particulièrement occupée des soins infirmiers.

Par ailleurs, en dehors du cadre familial, les soins sont exclusivement donnés par un personnel masculin dont l'activité est totalement subordonnée aux directives des médecins.

Le travail infirmier, comme tout travail manuel, ne devait pas être considéré comme digne d'un homme libre. Il n'était pas non plus concevable de demander à des femmes de le réaliser dans des civilisations qui n'avaient pour elles que peu de considération. "Un fils, on l'élève toujours, même si l'on est pauvre ; une fille, on l'expose, même si l'on est riche." (1) Peut-être le mot de Périclès est-il l'ultime explication de l'absence d'infirmières professionnelles dans l'Antiquité : "On vous tiendra en haute estime si vous ne vous montrez pas inférieures à votre nature de femmes et si vous vous conduisez de telle sorte que les hommes parlent de vous le moins possible soit pour vous louer, soit pour vous critiquer." (2)

*

* * *

Ainsi, l'apport du monde antique à la connaissance du personnel soignant demeure très sommaire. A l'avènement du Christianisme, au contraire, les soins aux malades - en dépit d'une stagnation et parfois même d'une régression de la médecine - allaient devenir, l'une des tâches importantes, du monde chrétien.

Pendant des siècles, en effet, dans l'esprit du Christianisme, des hommes et des femmes, religieux ou civils affiliés ou non à des congrégations, vont assurer le lourd fardeau de s'occuper des déshérités et de soigner les malades.

C'est à travers leurs activités que, nous allons voir se constituer, lentement, la fonction propre du personnel soignant et, comment a pris jour l'idée de donner à ce personnel une formation.

(1) POSIDIPPE.- fragment II cité par FLACELLIERE.- op. cit. 100

(2) THUCYDIDE.- Histoire de la guerre entre les Péloponésiens et les Athéniens.- Livre II - Ch. I - 49, p. 81B

- LA REVOLUTION CHRETIENNE

Avec le Christianisme, les soins donnés aux pauvres, aux affligés, aux malades sont illuminés par la charité. A travers les persécutions elles-mêmes, le rayonnement du Christianisme touche progressivement non seulement le bas peuple mais les classes dirigeantes. A Rome,

au IIe siècle de notre ère, assurément, cette joie évangélique n'inondait encore que de petits groupes isolés dans la masse de l'énorme cité ; mais elle était déjà contagieuse et, sans aucun doute, elle y avait commencé, à l'insu du plus grand nombre, de transformer des milliers d'existences.

Et Jérôme Carcopino ajoute :

C'est un aspect dont il faut se souvenir si l'on veut comprendre la vie à Rome à cette époque. L'Eglise y est encore peu visible. Mais elle y est présente ; elle agit ; et, si ses bienfaits ne se produisent pas au grand jour, nous ne devons pas ignorer les virtualités salutaires dont elle était sourdement chargée. (1)

Etre chrétien, c'est aimer le prochain comme soi-même (2) : autrui, quelle que soit sa race ou sa religion, et qu'il soit homme ou femme, pauvre ou riche... est, comme soi-même, créature de Dieu. La charité chrétienne est, en effet, une vertu théologale, bien différente des attitudes humanistes que connut le monde antique. Commentant la formule d'Hippocrate "En quelque maison que j'entre, j'y viendrai pour le salut des malades m'abstenant de toute injustice et de tout méfait volontaire", Louis Bourgey fait justement remarquer :

La déférence générale, sans distinction de classe ni d'origine de l'homme à l'égard de l'homme, n'est pas une attitude habituelle, même sur le plan de l'enseignement moral, à l'Antiquité gréco-romaine ; or, sur ce point, il est impossible de ne pas reconnaître que le médecin hippocratique, par sa manière de penser et d'agir, dépasse la mentalité de son époque. (3)

(1) CARCOPINO.- op. cit. 166-167

(2) Cf. Saint Luc "Tu aimeras le Seigneur Dieu de tout ton coeur, de toute ton âme et de toutes tes forces et de tout ton esprit et ton prochain comme toi-même" X 27

(3) BOURGEY (L...)- Observation et expérience chez les médecins.- p. 270

Le Christianisme va plus loin : il fait une obligation à tout homme - et pas seulement au médecin - de traiter autrui comme un frère. Dès lors, le soin des malades, qui jusque là n'était que vulgaire occupation d'esclaves, devient pour tout chrétien, homme ou femme, obligation sacrée. Cette exigence explique aussi que l'art médical, aux origines du Christianisme, redevient cléricale et le demeurera à travers tout le Moyen-Age.

1. LES SOINS AUX MALADES A L'AUBE DU CHRISTIANISME

1.1. Les premières organisations chrétiennes et les premiers soignants

Jusqu'au règne de Constantin Ier qui proclama officiellement le Christianisme comme religion de l'Empire romain (312), les chrétiens encore suspects, par prudence, ne créèrent pas dans leurs premières communautés des institutions spécialement affectées aux soins des malades.

- En Orient, une tradition attribue aux diaconesses (1) la charge de s'occuper, sous l'autorité des Evêques, des malades à domicile. Mais leur fonction essentielle était d'assister les catéchumènes féminins, lors de leur baptême et de les instruire dans la Foi.

En 325, le Concile de Nicée prescrit aux Evêques de disposer dans chaque ville d'un établissement où voyageurs, pauvres et malades pourraient être hébergés et soignés : l'un des plus célèbres fut celui que créa Saint-Basile (329-379) à Césarée de Cappadoce. Sous l'impulsion des Evêques, apparurent des maisons de malades, de vieillards, des orphelinats. Les fondations ne cessant de se multiplier, l'empereur Justinien Ier (525-565) fut amené à en codifier l'administration. (2)

- En Occident, il en fut de même, un peu plus tard, à cause des perturbations dues aux invasions. A côté des anciens hôpitaux romains, surgirent les premiers hôpitaux chrétiens édifiés sur l'ordre des Evêques, grâce aux dons, de généreux bienfaiteurs. Ainsi, Fabiola, à la mort de son

(1) Vient du grec Diakonein : servir au sens matériel et spirituel. Diakonia : la servante.

(2) "Le Code de Justinien, compilation juridique publiée à Constantinople en 529, contient toute une série de constitutions des empereurs chrétiens du Ve et du début du VIe siècle sur l'administration hospitalière." In : IMBERT.- op. cit. 10-11

époux, ayant vendu tous ses biens consacra sa fortune à la construction du premier hôpital chrétien de Rome en 390 de notre ère. De même, Childebert Ier, roi de Paris, créa, en 540, à Lyon, un hôpital sur les bords du Rhône et Saint-Césaire fit de même à Arles, en 542. Quant à l'Hôtel-Dieu de Paris, il fut, dit-on, édifié vers 651 sur les instances de Saint-Landry.

Ainsi, le Christianisme naissant, s'est préoccupé des divers aspects de la misère humaine. Il a, dès le Ve siècle, créé pour accueillir les pauvres, les malades ou les malheureux de nombreux établissements. A l'époque, toute oeuvre de bienfaisance étant considérée comme une obligation, il importait peu que, les objets de cette bienfaisance : malades, vieillards, pauvres, orphelins, soient réunis sans discrimination.

Qui s'occupait de ces infortunés ? L'information sur le personnel médical et soignant de l'époque reste très pauvre. L'art médical était exclusivement entre les mains des clercs et il n'existait pas encore d'ordres spécialement orientés vers le soin des malades. Tout au plus, ici et là, se créèrent quelques associations, telle celle que fonda, en 898, à Sienne, Sorax, pour s'occuper des malades de l'hôpital qu'il avait fait construire. Le plus souvent, les soins sont donnés par de nobles personnages ou de grandes dames qui accomplissent cette tâche bénévolement et, permettant, grâce à leurs offrandes, à l'institution hospitalière de vivre. Placilla, veuve de Théodore Ier (378-395) visitait les hôpitaux des églises de Constantinople. "Elle soignait les alités de ses propres mains, transportant les pots, goûtant les bouillons, présentant aux malades leurs bols, rompant le pain, les faisant manger bouchée par bouchée, lavant leur tasse et s'acquittant de toutes les autres besognes ordinairement dévolues aux esclaves et aux servantes." (1) Et Saint-Jérôme (347-419) raconte comment, à Rome, Fabiola prodiguait les soins aux malades. "Que de fois, elle a lavé les plaies purulentes qu'une autre n'aurait même pas supporté de regarder ! De ses propres mains, elle préparait la nourriture et humectait les lèvres brûlantes des mourants." (2)

(1) THEODORET.- Histoire ecclésiastique.- v. 19, cité par COUDROT (M. et A.).- op. cit. 16

(2) Saint-Jérôme.- Lettres (In : Les Belles Lettres),
T. IV LXXI à XCV

Les attitudes de ces femmes, face aux malades, expriment bien l'esprit de dévouement qui animait les croyants de cette époque. Parfois, ce sont des diaconesses ou des religieux, voire des civils qui apportent aux malades aide et soulagement. Dans ces époques lointaines, les soins aux pauvres, aux malades étaient donnés bénévolement par des particuliers. Expression de la charité, ils faisaient tellement corps avec les devoirs de chrétien qu'on ne prenait même pas la peine de les signaler.

Tout au long du Moyen-Âge, les oeuvres de miséricorde : nourrir les affamés, désaltérer ceux qui ont soif, visiter ceux qui sont nus, loger les pèlerins, visiter les malades et les prisonniers (1) demeureront au coeur des préoccupations et des activités de la chrétienté.

Mais les événements, invasion des Arabes, crise économique et politique, ne permettront pas aux fondations hospitalières de subsister. Les capitulaires publiés par Charlemagne et Charles le Chauve "témoignent de l'état misérable où sont tombés les anciens établissements, et ordonnent de restaurer et de rétablir dans leur ancienne prospérité les hôpitaux et les asiles des pauvres." (2) Ce ne fut pas possible, car au IXe et au Xe siècle "la société n'est ni assez stable ni assez florissante pour subvenir à l'entretien des pauvres et des malades." (3)

1.2. L'apparition des premiers ordres hospitaliers au Moyen-Âge

A partir du XIIe siècle, l'Eglise médiévale, puissance religieuse et spirituelle devint une puissance sociale et économique. L'esprit de charité qui l'animait la conduisit à jouer un rôle déterminant dans la vie collective, en réalisant, en plus de sa mission d'évangélisation et d'enseignement, toutes sortes d'activités, dont ne se préoccupait pas du tout, à l'époque, la société civile. Et, c'est grâce à son organisation hiérarchique, au grand nombre de ses clercs et surtout au développement du monachisme (4), qu'elle put les mener à bien. Le mode

(1) Saint Matthieu.- Ch. 25 v. 31-41

(2) IMBERT.- op. cit. 11

(3) Ibid.

(4) Né au IVe siècle, le Monachisme s'est développé, en Occident, à partir du VIe siècle avec Saint-Benoît (480-583). Fondateur de l'Ordre des Bénédictins, il créa en 528 l'Abbaye de Mont Cassin.

de vie monastique fut, en particulier, très favorable à des activités aussi variées que l'édification de monastères et d'hospices (1), la transformation de forêts et de marécages en champs et pâtures, la construction de routes et de ponts et les soins aux malades.

Car, sans parler des léproseries - appelées alors maladreries ou "Hostel des Ladres" - construites en dehors des villes par tous ceux qui avaient des responsabilités sociales (seigneurs, ecclésiastiques, communes) pour y parquer les lépreux (2), on assiste surtout à cette époque, à une magnifique floraison de fondations hospitalières, créées, selon leurs moyens, par des rois, des seigneurs, des évêques ou de riches bourgeois. Car, léguer sa maison, édifier et entretenir un établissement hospitalier pour les déshérités de ce monde, était, encore, le témoignage le plus tangible que l'on puisse donner d'un authentique esprit de chrétien. Les biens hospitaliers étaient gérés selon des règles différentes, mais dépendaient, en général, des évêques et bénéficiaient, par là même, de nombreux avantages et privilèges. (3)

Les plus modestes, les hospices, recueillaient les pauvres et les pèlerins. Les "Hôtels-Dieu" ou "Maisons-Dieu", beaucoup plus importants, accueillait dans les villes, aussi bien les malades, les vieillards impotents que les femmes enceintes ou les enfants abandonnés : la séparation entre les établissements réservés aux malades et ceux qui reçoivent les pauvres ou les pèlerins, n'a pas toujours été très nette.

Par contre, le caractère religieux des soins donnés aux malades était très marqué. L'importance attribuée dans les Hôtels-Dieu à la chapelle, la disposition des salles, à l'extrémité desquelles, un autel permettait aux malades d'assister aux offices de leur lit, la confession et la communion obligatoires à l'arrivée, "aucun malade n'étant reçu s'il ne se confesse à l'entrée", tout est empreint de l'esprit religieux, le personnel soignant compris.

(1) Les hospices parsèment les routes des pèlerinages soit en direction de Rome, soit en direction de Saint-Jacques-de-Compostelle.

(2) La lèpre, qui existait en France, avant les Croisades, fut violente du XIe au milieu du XIIIe siècle.

(3) Voir à ce sujet IMBERT.- op. cit. 16-17

- Présentation des premiers ordres hospitaliers

Au XIe et XIIe siècle, en effet, apparaissent à côté des grands ordres monastiques (1), des communautés et des ordres plus spécialement voués aux soins des malades. Ordres réguliers, ordres séculiers, ou ordres hospitaliers militaires issus des Croisades, ils sont très nombreux. Les uns, comportent une branche masculine et une branche féminine comme les Chevaliers de Saint-Jean de Jérusalem (2), les Chevaliers de l'Ordre Teutonique (3), les Frères de l'Hôpital de Sainte-Marie de Jérusalem (4) ou encore l'Ordre du Saint-Esprit. (5) D'autres, étaient purement masculins, tels les Antonins (6), les Chevaliers de Saint-Lazare (7) ou les Frères de la Miséricorde. (8) D'autres enfin, Oblates, Béguines ou Moniales de Saint-Augustin de l'Hôtel-Dieu de Paris étaient des ordres féminins.

Certains frères ou certaines soeurs soignaient les malades à domicile. Ce fut le cas des Béguines ou des Frères de la Miséricorde.

Les Béguines, vivaient à quatre ou cinq dans de petites maisons entourées d'une clôture et réunies autour d'une chapelle. (9) Elles prononçaient des vœux de chasteté et d'obéissance, mais ces vœux n'étaient pas perpétuels. Les règles de ces petites communautés devaient être soumises à l'approbation de l'Evêque du diocèse. Les Béguines subvenaient à leurs besoins en pratiquant divers métiers. Elles semblent toujours avoir consacré, la plus grande partie de leur temps, à soigner les malades qu'elles visitent à domicile.

Les Frères de la Miséricorde, spécialisés d'abord, dans le transport des blessés ou des malades à l'hôpital ou des morts à l'Eglise et au cimetière, furent ensuite appelés pour veiller les malades.

(1) Les Bénédictins de Cluny et les Cisterciens de Cîteaux, par exemple.

(2) Cet Ordre prit beaucoup d'importance en 1099 à la prise de Jérusalem.

(3) Ordre fondé en 1128 par des Allemands charitables à Jérusalem.

(4) Ordre fondé en 1190

(5) Fondé à Montpellier par un pieux personnage du nom de GUY.

(6) L'Ordre des Antonins naquit en 1095, près de Vienne, en Dauphiné, dans la paroisse de Mota où se trouvaient -dit-on- des reliques de Saint-Antoine, l'Ermite.

(7) Ils se consacrèrent aux lépreux.

(8) Cet Ordre est né à Florence en 1240.

(9) On peut visiter les Béguinages de Bruges ou d'Amsterdam.

1.21. Le personnel soignant dans les fondations hospitalières

D'autres ordres se consacrèrent aux soins des malades dans les hôpitaux. A l'Hôtel-Dieu de Paris comme à celui de Dieppe, les soeurs de Saint-Augustin se dévouèrent aux malades hospitalisés. De même l'Ordre du Saint-Esprit, fondé en 1178 par Guy de Montpellier, doté en 1213 par Innocent III d'une règle, s'occupa des malades au XIIIe et XIVe siècle dans les hôpitaux de France, d'Allemagne, d'Italie.

Ainsi, le personnel soignant était constitué par des hommes ou des femmes consacrés à Dieu "frères" ou "soeurs", qui se considèrent comme "engagés au service du Christ et forment dans chaque établissement une communauté religieuse aux règles strictes, précises en des statuts confirmés ou même rédigés par l'autorité épiscopale." (1) Ces statuts étaient d'ailleurs, différents, selon l'importance des hôpitaux.

Là où un ou deux frères, une ou deux soeurs suffisent à l'entretien de la maison, les obligations sont réduites au minimum ; la vie de frère hospitalier ne se distingue pas de celle du bon chrétien si ce n'est par le dévouement particulier qu'il apporte à l'exercice de sa charge. Au contraire, dans les établissements importants, les frères d'une part et les soeurs d'autre part forment dans chaque hôpital une véritable congrégation, au sens canonique du terme. (2)

"Les statuts qui régissaient ces communautés, influencés par les règles monastiques, imposent un temps de noviciat préalable à la réception définitive." (3) A la fin du noviciat, "si le postulant ou la postulante persiste dans sa résolution et, si l'autorité ecclésiastique l'autorise, l'impétrant est revêtu de l'habit religieux et prononce, entre les mains du maître ou de l'évêque, les trois voeux de pauvreté, d'obéissance, de chasteté." (4) La vie de ces frères et de ces soeurs était celle d'un ordre religieux, avec cette différence que, le souci des malades était prioritaire.

1.22. L'hygiène et la pratique médicale

Dans ces fondations hospitalières, qu'en était-il de l'hygiène et de la pratique médicale ? "Dans chaque lit, les malades s'entassaient à trois ou quatre selon l'ordre d'arrivée et les places vacantes, sans

(1) IMBERT.- op. cit. 17

(2) Ibid.

(3) Ibid. 18

(4) Ibid.

tenir compte de l'affection dont le patient est atteint, s'il est très gravement atteint, - mais alors seulement - il sera seul dans son lit." (1) L'entassement de ces malades, couchés pêle-mêle dans le même lit, favorisait, évidemment, le développement des infections. Il faudra attendre, la reconstruction de l'Hôtel-Dieu de Paris, en 1789, pour que les malades se trouvent dans des conditions d'hygiène plus convenables. Quant à la pratique médicale, elle est des plus rudimentaires car, "au XIIe et XIIIe siècle, il n'y a pas de médecins et de chirurgiens attachés à demeure aux établissements hospitaliers : quand le besoin s'en fait sentir, on appelle un médecin de la ville ou un "barbier" qui sera payé à la visite" (2) et celles-ci, étaient rares, "si l'on en juge par les livres de comptes qui ne mentionnent guère cette dépense." (3)

Le personnel soignant, outre les soins courants, réalisait les prescriptions de médecins encore pénétrés de la tradition médicale antique :

Les conceptions physiologiques ne s'étaient pas modifiées depuis l'Antiquité. Le diagnostic reposait encore sur l'allure de la fièvre, la qualité du pouls, l'aspect de la langue et des urines. La thérapeutique se bornait à la prescription de préparations végétales à base de "simples", de drogues étranges ou magiques, de saignées profondes, de cautérisation ou de clystères. (4)

Frères et Soeurs ne jouissaient, par ailleurs, d'aucun stimulant intellectuel. Chez les Moniales de Saint-Augustin, par exemple, seule était transmise des anciennes aux novices, l'antique routine qui devait les préparer à leur fonction de gardes-malades.

En se situant à notre époque, il serait aisé de porter un jugement critique, sévère, sur la médecine; l'hygiène et le personnel soignant au Moyen-Age. Mais, ce serait injuste, surtout à l'égard des frères et des soeurs infirmiers de l'époque ; le service des malades est alors, avant tout, le service du prochain, tâche spirituelle et chrétienne, par excellence, et les soins donnés ne sont qu'un moyen pour atteindre l'âme. D'où le caractère polyvalent de la fonction infirmière : s'adressant moins à

(1) IMBERT.- op. cit. 14. Cette coutume durera longtemps puisque, au moment de la Révolution Française, Mme Necker fonda un hospice "afin de montrer la possibilité de soigner le malade dans un lit où il est seul." SAINTE-BEUVE.- Causeries du Lundi.- 4e éd., Paris, Garnier, vol. V

(2) IMBERT.- Ibid.

(3) Ibid.-

(4) COURY (C.).- Art. "Médecine" (In : Encyclopedia Universalis), Vol. 10

la maladie qu'à la personne malade, le personnel soignant, à travers ces tâches matérielles, était amené à reconforter le patient et, en cas de maladie très grave, à l'aider à assurer son salut.

*

* * *

Ainsi, à l'aube des temps modernes, comme à l'origine du monde antique, l'exercice de la médecine, le soin des malades furent considérés comme des activités inspirées de l'esprit religieux.

Oeuvre de charité, les hôpitaux accueillait tous les malheureux.

La médecine resta longtemps l'apanage des clercs dont "la bonne volonté ... ne compensait malheureusement pas le manque de connaissances et de moyens." (1) Malgré l'interdiction, plusieurs fois répétée, par l'Eglise elle-même, d'exercer la médecine, ils n'en continuèrent pas moins leur mission.

Quant au personnel soignant, il remplit avec dévouement une tâche modeste pour laquelle il ne recevait aucune formation. Mais, considérant que le service des malades était avant tout le service du prochain, il compensait la médiocrité des prescriptions médicales en apportant aux malades un incontestable soutien.

Malheureusement, l'administration et le fonctionnement des hôpitaux se dégradent au XIIIe et au XIVe siècles. La Bulle "Quia contingit" (1311) de Clément V tente d'assainir la situation. Mais la guerre de Cent Ans, par les destructions d'hôpitaux et la diminution des ressources qui en résultèrent, puis le grave schisme d'Occident (2), en entraînant une diminution de la confiance à l'égard du clergé, portèrent un coup très rude aux établissements hospitaliers. Leur administration passera, en partie, aux mains d'autorités municipales et civiles.

(1) BARIETY et COURY.- op. cit. 58

(2) Scission qui existe dans l'Eglise catholique de 1378 à 1417, et pendant laquelle il y eut deux papes à la fois : l'un à Rome, l'autre à Avignon. En 1409, il y en eut même un troisième à Pise. Le Concile de Constance (1414) puis l'élection de Martin (V) (1417) y mirent fin.

2. L'EPANDUISSEMENT DES ORDRES CONGREGANISTES HOSPITALIERS

La pensée médicale, en Occident, a bénéficié, dès le Moyen-Age, de l'héritage judéo-arabe et, par cette voie détournée, a retrouvé la tradition gréco-latine. Si la Faculté de Médecine de Paris, fondée en 1253, se montra, dès son origine, hostile à toute innovation et étroitement soumise à l'orthodoxie religieuse, il n'en fut pas, de même, à Salerne (IXe siècle) ou à Montpellier où, les facultés s'ouvrirent à la médecine arabe et hippocratique et remirent en valeur l'observation objective et critique. Puis, avec la Renaissance, grâce à la dissection des cadavres, on acquiert une connaissance plus précise de l'anatomie humaine. Au XVIIe puis au XVIIIe siècle se développera une recherche scientifique et médicale qui donnera naissance à la physiologie (1) et à l'histologie. (2)

Il ne semble pas, toutefois, que cette rénovation des connaissances se soit répercutée de suite sur la formation et la pratique médicales. L'enseignement et l'exercice de la médecine étaient au XVIe et au XVIIe siècles parvenus à, un tel état, qu'en mars 1707, les décrets de Marly réglèrent la formation des médecins et la pratique de la médecine. L'article 26 du décret posait un principe : "Nul ne pourra exercer la médecine ni donner aucun remède même gratuitement s'il n'a obtenu le degré de licencié" et le texte ajoutait : "que tous les religieux mendiants ou non mendiants soient et demeurent compris dans la prohibition portée par l'article précédent." (3)

L'organisation hospitalière subit le contrecoup de la Réforme et des premières tentatives de laïcisation. En Angleterre, Henri VIII (1491-1547) dissout les monastères, ce qui entraîne l'écroulement du système hospitalier monastique. Dans les Etats germaniques, une des conséquences de la position de Luther fut, l'abandon de donations, en faveur des hôpitaux. En France, la situation financière critique de certains hôpitaux, le désordre qui y régnait poussèrent les Municipalités, les Parlements, les Rois eux-mêmes, de François Ier à Louis XIV à tenter la laïcisation des institutions hospitalières. (4) Les mesures prises par l'Eglise, dès le Concile de Trente, (1545-1563) pour restaurer l'autorité des Evêques sur l'administration hospitalière devaient en restreindre la portée. Par ailleurs, dès la seconde moitié du XVIe siècle apparaissent, tant à l'étranger qu'en France, de nouvelles congrégations hospitalières.

(1) William HARVEY (1578-1657), Lazzaro SPALLANZANI (1729-1799)

(2) Marcello MALPIGHI (1628-1694)

(3) FOUCAULT (M...)- Naissance de la clinique, p. 44

(4) Voir à ce sujet IMBERT.- op. cit. 22-26

En 1540, Jean Giudad, connu sous le nom de Saint Jean de Dieu (1495-1550), fonde, à Grenade, un ordre pour hommes. Il ouvre, dans cette ville, un hôpital et, groupe autour de lui, des amis, avec lesquels il vit, en communauté laïque, et se dévoue aux malades. L'Évêque de Tuy leur impose l'habit religieux et le nom de frères de Saint-Jean-de-Dieu. Les frères se vouent, entièrement, aux malades et plus spécialement aux malades mentaux. Les ordres féminins qui voient le jour au XVI^e siècle et au XVII^e siècle sont très nombreux (1) et, il ne saurait être question d'aborder, ici, chacun d'eux, mais seulement ceux qui, à cette époque, furent les plus connus.

2.1. Les principaux ordres hospitaliers

Trois communautés de femmes dont les origines et les buts furent très différents, constituèrent, en fait, des ordres hospitaliers importants, tenant une place prépondérante dans la mise en place des soins aux malades, ce furent :

. une communauté libre, ne dépendant d'aucun ordre religieux, créée par une administration hospitalière dans le but de soigner les malades et les pauvres : les hospitalières de Lyon.

. un ordre religieux très ancien : les hospitalières de la Miséricorde de Jésus de l'Ordre de Saint-Augustin qui, au cours de l'histoire, fondèrent de nombreux hôpitaux, se cloîtrèrent, mais eurent toujours le souci de venir en aide aux pauvres et aux malheureux.

. enfin créée, par un prêtre, une compagnie de femmes entièrement libres, mais animées d'un grand courage et, de beaucoup de vertu, appelées à soulager la souffrance de certaines couches de la population, nous voulons parler : des soeurs de Saint-Vincent-de-Paul.

L'ordre des hospitalières de Lyon est le plus connu et le plus important parmi les associations religieuses repoussant, en principe, tout esprit congréganiste. En 1578, les Recteurs ou Administrateurs des Hospices Civils de Lyon ne déclaraient-ils pas "que ces femmes seront les servantes des pauvres et ne seront pas des religieuses." (2)

(1) Les soeurs hospitalières de Lyon (1502), à Paris, les religieuses de la Charité de Notre-Dame (1624), les soeurs Saint-Charles de Nancy (1663), les Filles de la Sagesse (1715)... et beaucoup d'autres encore.

(2) HAMILTON (A... Dr) et REGNAULT (F... Dr).- Les gardes-malades.- p. 53

Il était, déjà, trop tard, pour faire de telles déclarations : l'évolution des hospitalières de Lyon devait les conduire à une organisation congréganiste.

A l'origine, l'ordre des hospitalières de Lyon était composé de filles repenties. En 1502, un cordelier, Jean Tisserand, avait prêché le carême à Lyon. Confesseur de la Reine, célèbre pour son éloquence "il terrifiait, tellement, les pêcheurs qu'il réduisit à repentance et convertit à pénitence plus de cent paillardes publiques de Paris." (1) A Lyon, ses bonnes paroles touchèrent, également, bon nombre de filles galantes qui, résolurent de renoncer à leur vie libertine et de racheter leurs fautes par des mortifications et des bonnes oeuvres. Après de multiples péripéties, les filles repenties, au nombre réglementaire de vingt-cinq furent "mises au service du Grant Hospital du Pont du Rosne pour éviter qu'elles n'aient occasion de recevoir en péché." (2) A en juger, par un mémoire de l'époque, (3), il semble bien que, les nouvelles recrues aient apporté quelques perturbations au sein de l'hôpital et, que l'on dut leur appliquer un règlement sévère.

Le recrutement parmi les filles repenties ne fut pas de bien longue durée; elles furent, peu à peu, remplacées par des orphelines, des veuves, voire des femmes mariées et, à partir de 1534, par des adoptées de l'Aumône générale qui venait d'être créée. Quelques années plus tard, le terme de repentie avait lui-même disparu. On lui substitua celui de soeur religieuse, de religieuse, et de soeur servante.

Voici comment les présente, en 1539, la Police de l'Aumône :

Et pour servir les pauvres malades audict Hostel-Dieu y a dix-huict ou vingt Religieuses tant repenties que aultres, qui sont là dedens rendues pour l'honneur de Dieu, et pour servir les pauvres, et sont receuës par lesdictz Conseillers, lesquelles sont nourries et habillées aux dépens dudict Hostel-Dieu, d'où il y en a une qu'on nomme la Mère, qui est la maistresse dessus les aultres, et à laquelle toutes les aultres obéissent, et ont leur reffectoir où elles mangent toutes ensemble et leur dortoir où elles couchent, qui est séparé et serré... (4)

(1) FODERE (In : Narration historique et topographique des couvents de l'Ordre de Saint-François), cité par CROZE (A...)- Les soeurs hospitalières des Hospices Civils de Lyon, p. 12

(2) Archives ville B.B. 24 f° 384, cité par CROZE, p. 16,

(3) Archives Hôtel-Dieu, boîte 458, cité par CROZE, p. 18

(4) "La Police de l'Aumône de Lyon" Sébastien GRYPHE, 1539, p. 49, cité par CROZE, p. 23

L'histoire de l'ordre des chanoinesses régulières hospitalières de la Miséricorde de Jésus de l'ordre de Saint-Augustin dont les communautés se sont répandues, dès le début du XVIIe siècle, en Normandie, en Bretagne, au Canada est fort peu connue. L'ordre tire son origine, comme nous l'avons déjà signalé, des Soeurs Ermites de Saint-Augustin établies à l'Hôtel-Dieu de Dieppe de temps immémorial, peut-être dès le IXe siècle. (1)

L'histoire de cette ville en fait remonter la fondation en l'an 800 ; c'est possible, quoique aucun document ne le prouve ; mais ce qui est certain, c'est l'existence dans cet hôpital, et cela de tout temps "de Frères et Soeurs Ermites de Saint-Augustin pour le service des malades". (2)

En 1562, chassées de Dieppe par les Huguenots, réfugiées à Pontoise, les chanoinesses furent réhabilitées un an après dans leurs biens par Catherine de Médicis. En 1620, de leur propre mouvement, semble-t-il, elles se cloîtrèrent. (3) La maison de Dieppe, berceau de l'ordre, devait avoir un rayonnement important au sein du pays breton et normand. Furent, en effet, successivement fondés le monastère de Vannes en 1636 (transféré en 1866 à Malestroit où se trouve, aujourd'hui, la maison mère de la congrégation), puis les couvents de Rennes, Bayeux, Quimper en 1644, de Triguières (1654), d'Eu, de Vivay, de Gentilly (1655)... Les Augustines de la Miséricorde créèrent aussi, de nombreuses maisons en Angleterre, au Canada et en Afrique du Sud, où actuellement certaines communautés continuent leur mission.

(1) D'après une religieuse de cette Communauté, les soeurs Augustines de Dieppe et de Paris auraient la même origine. Mais l'on fait peu état des soeurs Augustines de Paris car : "une histoire doit être vraie. Or, il y a du bien et du mal à faire connaître, vu les misères arrivées à plusieurs maisons de l'ordre, ce qui n'est pas édifiant pour le public..." Ces mots de la Supérieure de Dieppe évoqueraient le souvenir de deux maisons parisiennes tombées dans le jansénisme. Cf. PIACENTINI.- Origines et évolution de l'hospitalisation.- pp. 11 et 26

(2) PIACENTINI (R...)- Origines et évolution de l'hospitalisation - Les chanoinesses augustines de la Miséricorde.- p. 15

(3) Sous l'influence, sans doute du Concile de Trente - cf. PIACENTINI. Ibid. 174

Au cours de leur histoire, les Hospitalières de la Miséricorde de Jésus furent toujours des actives et des contemplatives.

La véritable esprit de notre ordre ne consiste pas en une dévotion singulière, mais commune saintement et régulièrement active, tendant toujours à l'exercice de l'hospitalité envers les pauvres... Après qu'une soeur aura été dans les emplois extérieurs trop dissipants, la Supérieure l'en tirera si elle le juge à propos, lui en donnant un autre propre à se recueillir et réparer son intérieur. (1)

Il n'était pas facile de mener, de front, cette double exigence. Aussi, en 1831, après deux cents ans de dévoués services à l'hôpital de Quimper, les soeurs de la Miséricorde de Jésus furent remerciées et remplacées par celles du Saint-Esprit de Saint-Brieuc. En 1866, les soeurs de Vannes durent quitter leur monastère pour se réfugier à Malestroit. Devant ces faits, on peut se demander, avec le Père Piacentini, si les Augustines hospitalières étaient faites pour "l'économie actuelle de nos hôpitaux". Eurent-elles conscience de cet état de fait ? Furent-elles contraintes par les circonstances ? Ces deux facteurs furent, peut-être, la cause des changements qui se produisirent à l'intérieur de l'ordre au cours du XIXe . Certaines communautés, comme celle de Malestroit, pour se rendre utiles et pour vivre, s'orientèrent un temps vers l'enseignement. Mais, en 1902, lorsque furent votées les lois contre les congrégations enseignantes, elles revinrent à leur vocation première : "le soin aux malades". Hospitalières, reconnues comme telles par les gouvernements successifs, elles pouvaient se considérer comme "autorisées". (2) Bien vite, les jeunes religieuses furent envoyées à Rennes d'où elles revinrent infirmières diplômées.

Impressionné par la misère matérielle et morale de certaines couches de la population et pour les soulager, Saint Vincent de Paul (1581-1660) constitue d'abord "les premières Servantes des Pauvres" les Dames de Charité. Elles seront les mécènes dont, les offrandes, permettront de secourir de nombreux malades. Puis, pour les aider dans leurs actions bienfaisantes, Saint Vincent recrute quelques robustes filles de

(1) Règlement de Bayeux, cité par PIACENTINI.- op. cit. 173-174

(2) PIACENTINI (R...).- Les Chanoinesses Régulières. Hospitalières de la Miséricorde de Jésus de l'ordre de Saint-Augustin.- p. 254

la campagne pour le service des pauvres et des malades "les Filles de la Charité" ou Soeurs de Saint-Vincent-de-Paul" (1627). Elles n'étaient pas cloîtrées mais habitaient dans les paroisses où elles exerçaient leur fonction d'assistance. La maison-mère était à Paris, mais, très vite, des confréries se constituèrent en province. Les Filles portaient les habits de leur province d'origine, circulaient librement et ne constituaient pas de communauté religieuse, au sens traditionnel. L'entreprise, pour l'époque, était originale et hardie. Saint Vincent de Paul lui-même pensait que, l'état de religieux, n'était pas convenable aux emplois de leur vocation, bien que menant une vie aussi vertueuse que si elles avaient appartenu à un ordre. Saint Vincent de Paul ne s'inspira pas moins de la pensée chrétienne pour organiser la Compagnie : "En servant les malades, dit le onzième article, vous ne devrez regarder que Dieu." Et il prédit un jour : "S'il se trouvait parmi vous quelque esprit brouillon qui dit : "il faut être religieux cela est bien plus beau" Ah ! mes soeurs, la Compagnie serait à l'Extrême Onction." (1) (2)

En 1633, l'activité de la Compagnie s'étend à l'Hôtel-Dieu de Paris où s'établit une collaboration féconde avec les soeurs Augustines. L'hôpital d'Angers, l'Hôtel-Dieu de Saint-Denis près de Paris, celui de Lyon firent aussi appel à leurs services.

Appelées à travailler ensemble, elles ne pouvaient plus être les auxiliaires des Dames de la Charité qui les rétribuaient. Le contrat, par lequel, elles furent engagées à l'hôpital d'Angers, servit de modèle, à toutes les relations ultérieures entre les hôpitaux et la maison-mère.

2.2. Les fonctions des soeurs hospitalières

Quel était le rôle des soeurs auprès des malades ? Une première idée nous en est donnée par la Police de l'Aumône de Lyon. Les soeurs

... iour et nuict seruent lesdictz pauvres, leur donnant à manger et à boire, et les leuent et couchent, font leurs couches et les nectoyent, et reblanchissent, et les consolent le mieulx et le plus humainement qu'il leur est possible, et comme elles voyent qu'il leur est

...

(1) HAMILTON et REGNAULT.- op. cit. 36

(2) Dès 1642, quatre premières soeurs prononcèrent leurs vœux.

...
nécessaire. Et quand elles ont donné à disner et
soupper ausdictz pauvres, se retirent en la chapelle
là où elles dient grâces... (1)

- La satisfaction des besoins fondamentaux

Un certain nombre d'activités sont communes à toutes les soeurs.
La première est l'accueil des malades, car, c'est aux soeurs, qu'incombe
le soin d'accueillir et d'installer les malades :

Ayant couché le malade dans un lit net fec, dans des
draps blancs de lefaine, quand mefmes ils n'auroient
fervi qu'une heure pour un autre ; elles donneront à
tous les malades une chemise, un bonnet, une robe, des
pantouffles, une escuelle, un pot ou chopine, un pot de
chambre et rendront toutes les hardes à l'économe... (2)

Il en était, de même, pour les Augustines de la Miséricorde de Jésus :

Le malade estant receu (la soeur) l'accueillera douce-
ment, luy disant quelques mots d'édification, luy lavera
ou luy fera laver les pieds, le fera mettre au lict, luy
donnant une chemise et des draps blancs, une coiffeure
de nuict, des pantouffles et autres nécessités, selon la
commodité de la maison, ne les faisant jamais coucher
deux ensemble sans nécessité, et pour lors encore elle
prendra garde que l'on ne mette les nets avec les autres.
Si le malade apporte quelque argent ou quelque chose de
prix, tout sera donné à la dépositaire qui le conservera
à part avec le nom par escript de celui à qui il appartient,
pour lui rendre quand il sortira ; que s'il venait à
mourir sans en disposer, il faudra l'employer à quelque
oeuvre pie, ou au bien de la maison.
Si tost que la malade est receu, il fault escrire son
nom et son país, le jour, le mois et l'année qu'il est
entré ; le tout dans un livre fait par lettres alphabé-
tiques, ou selon l'ordre du mois ; s'il meurt, il faudra
aussy escrire le jour de son trespas : et que l'hospitalière
le fasse confesser aussy tost qu'il est entré, ou le lende-
main sans attendre le troisième jour... Elle aura soin

...

(1) La Police de l'Aumône de Lyon, p. 49. Cité par CROZE
In : Les soeurs hospitalières des Hospices Civils de Lyon, p. 23

(2) La forme et la direction en Economie du Grand Hostel-Dieu de
Notre Dame de Pitié du Pont du Rhosne de la ville de Lyon, p. 86

...

qu'il y ait des robes de chambre et des petites robes et manteaux de repos, suffisamment pour tous les malades : qu'il y ait pour chaque lit une petite table, un couteau, une fourchette, une cuiller ... (1)

De son côté, Saint Vincent de Paul adressait aux soeurs ces recommandations : "A leur arrivée, elles feront en sorte que les pauvres malades soient visités, couchés, après leur avoir lavé les pieds, les tiendront le plus nettement qu'elles pourront et videront leurs bassins et nettoieront les lieux souvent." (2) Saint Vincent de Paul insistait, particulièrement, sur le fait que, dès qu'un malade arrivait, les soeurs devaient aller le voir "et la première chose qu'elle fera sera de voir s'il a besoin d'une chemise blanche, afin que, si ainsi est, elle lui en porte une de ladite Confrérie, ensemble des linceuls blancs, s'il en a nécessité et qu'il ne soit en hôpital où il y en a, le tout au cas qu'il soit sans moyen de se reblanchir de cette sorte." (3)

On ne peut qu'être favorablement impressionné par, le souci, qu'avaient les soeurs de créer avec le malade, dès son arrivée, un contact aussi humain.

Il incombait, également, aux soeurs d'assurer l'alimentation des malades.

A l'Hôtel-Dieu de Lyon "on emploie au service de la cuisine cinq soeurs y compris la soeur cheftaine...". (4) Mais, leur rôle est surtout important, dans la distribution des repas aux malades.

Les soeurs infirmières iront chercher à la cuifine le bouillon pour chaque distribution ainsi que la viande et autres aliments prescrits, qu'elles y trouveront divisés suivant les feuilles de vifite,

...

(1) PIACENTINI.- Origines et évolution de l'hospitalisation.- op. cit. 130-131

(2) COSTE (P...)- T. XIII "Avis de Saint Vincent aux soeurs de l'Hôpital de Nantes".- Avril 1649, p. 568

(3) Ibid. T. XIII "De la réception des malades et de la manière de les assister et nourrir" (Charité des Femmes de Catillon les Dombes, nov./déc. 1617, p. 426

(4) Règlement de l'Hôpital Général et Grand Hôtel-Dieu de Lyon, p. 11

...
elles iront parallèlement à la boulangerie
chercher le pain pour la foupe seulement, et à
la pharmacie la crème de riz ... (1)

Cependant, elles n'ont pas la responsabilité de l'alimentation des
malades : à chaque distribution, l'élève en chirurgie, suit les soeurs
chargées de distribuer le repas "il lui est enjoint de ne pas souffrir
qu'ils (les malades) en reçoivent au-delà, et d'examiner si, leur état
présent, permet de suivre l'ordonnance ; et, dans le cas, où il trouvera
des accidents ou de la fièvre, il fera retrancher les aliments." (2)
Après chaque distribution, les soeurs rapporteront "le surplus des
aliments qui n'auront pas été distribués, sans qu'ils puissent en laisser
dans les salles." (3)

Le règlement, des soeurs de la Miséricorde de Jésus, indiquait,
avec précision, l'ordonnance des repas :

Tous les malades feront trois repas savoir :
déjeuner, dîner, souper, et ceux qui en auront
besoin, la collation. Aux plus malades, de trois
heures en trois heures, de quoi les fortifier,
comme oeufs, fruits cuits et confits, bouillons et
choses semblables, selon l'ordonnance du médecin et
la commodité de l'hospital. La meilleure viande se
doit donner aux plus malades et aux autres la moins
commune...

Au déjeuner une soupe, ou pain et beurre, et aux plus
malades bouillon ou oeufs frais.

Au dîner une portion de boeuf, veau, mouton, lard à
ceux qui en ont le plus besoin.

Au souper, quelque jour de la semaine, étouffée de
veau, fricassée et hâchis avec le bouilli ordinaire,
et aux jours maigres, poissons, racines, légumes avec
une soupe grasse ou maigre selon le temps et les besoins.

A la collation quelques fruits ou bouillie à ceux qui
n'avaient pas dîné ou mangé très peu, et qui doivent
être charitablement pourvus de ce qui leur est
nécessaire.

On donnera aux plus malades du pain blanc et à ceux
qui le seront moins du pain gris.

La boisson ordinaire sera eau, tisane et, dans la néces-
sité, un peu de vin. (4)

(1) Règlement de l'Hôpital Général et Grand Hôtel-Dieu de Lyon.-
op. cit. 11

(2) Ibid. 40

(3) Ibid. 41

(4) PIACENTINI.- Origines et évolution de l'hospitalisation.-
op. cit. 131

Saint Vincent de Paul, lui aussi, avait le souci d'une nourriture suffisante pour les malades :

Chaque malade aura autant de pain qu'il lui en faudra avec un quarteron de mouton ou de veau bouilli pour le dîner, et, autant de rôti pour le souper, excepté les dimanches et fêtes ; qu'on leur donnera quelque poule bouillie pour leur dîner ; et leur mettre leur viande en hâchis au souper deux ou trois fois la semaine. Ceux qui seront sans fièvre auront une chopine de vin par jour, moitié au matin et moitié au soir. Ils auront le vendredi, samedi et autres jours d'abstinence deux oeufs, avec le potage, et une petite tranche de beurre pour leur dîner et autant pour leur souper, accommodant les oeufs selon leur appétit. Que s'il se trouve du poisson à quelque honnête prix, l'on leur donnera seulement au dîner.

L'on obtiendra la permission de faire manger de la chair en carême et autres jours défendus à ceux qui seront fort malades... (1)

Mais Saint Vincent de Paul n'avait pas seulement des préoccupations "diététiques", il insistait, auprès des soeurs, sur la manière de distribuer le repas. Alors qu'il était prêtre à Chatillon sur Chalaronne, il conçut à l'intention des Femmes de Charité de cette localité "le service de bouche" de la manière suivante :

Celle qui sera en ce jour ... apprêtera le dîner, le portera aux malades, en les abordant les saluera gaiement et charitablement, accommodera la tablette sur le lit, mettra une serviette dessus, une condole, une cuillère et du pain, fera laver les mains aux malades et dira le Bénédicté, trempera le potage dans une écuelle et mettra la viande dans un plat, accommodant le tout sur la dite tablette, puis conviera charitablement le malade à manger ... lui coupera parfois sa viande, lui versera à boire ... puis reviendra le soir leur porter à souper avec le même appareil et ordre que dessus. (2)

Outre l'accueil et la nourriture des malades, les soeurs devaient assurer la propreté des salles. "Les soeurs infirmières auront soin de tenir les salles dans la plus grande propreté, en les arrosant et en les balayant au moins deux fois par jour, hors les temps de visite

(1) COSTE.- "De la réception des malades et de la manière de les assister et nourrir".- op. cit. 428

(2) Ibid. 427

des officiers de santé et des repas et ne laveront les dites falles que tous les quinze jours." (1)

Elles avaient, en outre, sous l'égide de la soeur cheftaine, la charge de la cuisine, de la lingerie et de la buanderie, services fort importants dans toute institution hospitalière.

- Les soins aux malades

En plus de ces activités matérielles, les soeurs avaient à s'occuper des soins aux malades.

Le règlement des soeurs Augustines de la Miséricorde de Jésus recommande à chaque soeur "qu'elle ait soin que le malade soit visité du médecin aussi souvent qu'il y est obligé et qu'il sera nécessaire. Qu'elle le reçoive humainement et l'accompagne par les lits, marquant dans un livre destiné à cet usage, le régime de vivre et les remèdes qu'il prescrira faisant exécuter le tout sans délai." (2)

Au Grand Hôtel-Dieu de Lyon, les soins étaient donnés, sous la surveillance de la soeur cheftaine, qui accompagnait les médecins au cours de leurs visites et qui avait la responsabilité de la pharmacie.

La soeur cheftaine rendait compte, au médecin, des changements survenus aux malades depuis sa dernière visite. Elle veillait, également, à ce que deux soeurs de la pharmacie accompagnent les médecins dans les visites qu'ils font chaque jour aux malades. Ces soeurs

... doivent écrire leurs ordonnances sur le livre destiné à cet usage et les exécuter ponctuellement, elles doivent faire prendre elles-mêmes les remèdes aux malades, à l'heure prescrite, sans qu'elles puissent s'en rapporter à d'autres sur ce faire ; elles doivent s'informer des malades de l'effet des remèdes pour être en état de rendre compte aux médecins à la visite suivante. (3)

Une soeur était chargée du service de la pharmacie, sous l'autorité de la soeur cheftaine. Cette soeur était aidée par plusieurs autres (une seule condition était exigée pour travailler à la pharmacie :

(1) Règlement de l'Hôpital Général et Grand Hôtel-Dieu de Lyon.- op. cit. 11

(2) PIACENTINI.- Origines et évolution de l'hospitalisation.- op. cit. 130-131

(3) Statuts et Règlements généraux de l'Hôpital Général de Notre-Dame de Pitié du Pont du Rhosne et Grand Hôtel-Dieu de la ville de Lyon.- op. cit. 109

savoir lire et écrire). La soeur cheftaine répartissait les aides, alternativement, dans les différents emplois inhérents à la pharmacie afin que chacune d'entre elles en ait une connaissance générale.

Elles préparaient des remèdes, non seulement, pour les malades de l'hôpital, mais, également, pour les gens de l'extérieur qu'elles leur distribuaient entre 14 et 16 heures, mais il leur était "absolument interdit de donner aucuns remèdes à moins qu'ils n'aient été ordonnés par les médecins ou dans le cas d'une nécessité pressante par le chirurgien principal, ou sans une permission de la part de l'Économe." (1)

Les soins plus techniques : pansements, clystères, cautères ou autres étaient souvent donnés aux malades par les élèves en chirurgie, car, la grande majorité des soeurs, à cette époque, ne savait pas lire. En outre, seules "les Soeurs croisées" étaient habilitées à soigner les galeux, les teigneux, les malades atteints de maladies microbiennes et les femmes en couches. Enfin, "celles employées en sous-ordres, ne quitteront point l'infirmerie sans la permission de la soeur cheftaine laquelle veillera à ce qu'il y en ait le nombre nécessaire." (2)

La préparation des médications et leur administration étaient un art, dans lequel Saint Vincent de Paul, comme beaucoup de prêtres, à cette époque, excellait. Il en instruisait les soeurs, comme en témoigne, ce remède, contre la gravelle, découvert par lui-même alors qu'il était captif en Barbarie (3), et dont la composition a été retrouvée dans un cahier manuscrit à l'Hospice de Marans (Charente-Inférieure) :

Prenez Thérébentine de Venise, deux onces ;
Turbit blanc, deux onces ;
Mastic, galanga, girofle, canelle cubée, de chacune
demi-once ;
Bois d'aloès battu, une once.
Emportez le tout ensemble avec demi-livre de miel
blanc et une pinte d'eau de vie la plus forte.
Laissez le tout en digestion en quelque temps, puis
le distillez. Il faut prendre, le matin, à jeun, le
quatrième d'une partie d'une cuillère et observez

...

(1) Statuts et Règlements généraux de l'Hôpital Général de Notre-Dame de Pitié du Pont du Rhosne et Grand Hôtel-Dieu de la ville de Lyon.- op. cit. 105

(2) Règlement de l'Hôpital Général et Grand Hôtel-Dieu de Lyon.- op. cit. Tables analytiques, Art. 10, p. XX j.

(3) Nom donné jadis aux régions de l'Afrique du Nord situées à l'ouest de l'Égypte : Maroc, Algérie, Tunisie...

...
de l'emplir d'eau de bourrache ou de buglosse, en prendre autant de fois que l'on voudra, parce qu'elle ne peut être nuisible, au contraire, elle est très bonne pour la santé, et la principale opération est pour les urines. C'est pourquoi on y est point obligé de garder d'autre régime de vivre, sinon qu'il ne faut manger qu'une heure après, et on peut aller à ses affaires ordinaires. (1)

Mais, le grand souci de Saint Vincent de Paul était que les soeurs obéissent, scrupuleusement, aux ordonnances des médecins. Il leur était interdit de les discuter, même si, les ordres donnés par les médecins ne leur paraissaient pas judicieux. A cette question : "Et aux médecins faut-il obéir ?", Saint Vincent de Paul répondit :

- Oui, il faut faire exactement ses ordonnances.
- Mais, Monsieur, il m'ordonne de saigner une personne qui s'en va mourir.
- Ma Soeur, il faut lui obéir et dans ce cas, si vous voyez qu'il est arrivé du changement à la maladie du malade depuis que le médecin a ordonné cette saignée ou ce remède, vous devez faire en sorte de l'en avertir ; car, à moins de cela, il faut faire, mes Soeurs, ce que le médecin a ordonné, n'était qu'il fut arrivé, comme j'ai dit, quelque grand accident comme lorsque le malade tombe en syncope ; alors on peut faire dire au médecin ce qu'il faut faire. Mais or cela, il ne faut jamais faire autrement que le médecin a ordonné. (2)

L'instruction professionnelle donnée, par Saint Vincent de Paul, aux "Filles de la Charité" ne consistait pas seulement à leur apprendre à satisfaire les besoins fondamentaux de tout être humain, à savoir l'hygiène corporelle et alimentaire, ni même à appliquer des traitements curatifs prescrits par les médecins, il semble que, les avis de Saint Vincent de Paul, incitaient les soeurs à avoir auprès des malades une fonction de conseil et d'éducation. En tout cas, les soeurs avaient un rôle à remplir auprès des mourants. "Elles serviront les pauvres malades avec la plus grande charité, promptitude et assiduité qui leur sera possible instruiront des choses nécessaires à salut ceux qui guériront, avant de les renvoyer et aideront à bien mourir ceux qui tendront à la mort." (3)

(1) COSTE (P...).- Correspondance (1507-1639). T. I, Référence 19

(2) COSTE.- T. X.- Conférence du 2 décembre 1657 "sur l'obéissance".- p. 388

(3) COSTE.- T. XIII.- "Avis de Saint Vincent de Paul aux soeurs de l'Hôpital de Nantes".- op. cit. 568

Le même esprit de dévouement, parfois téméraire, animait les Soeurs Augustines hospitalières de Rennes. L'une d'elles, trouvant une femme qui avait un abcès à l'oeil "le lui suçait avec la langue tous les matins jusqu'à parfaite guérison." (1) Alors que, l'on allait mettre dehors, une fille, toute couverte de l'affreuse lèpre, une autre religieuse "vraiment forte playda si bien pour la malade qu'elle obtint qu'elle serait mise dans un petit endroit séparé où elle la servirait jusqu'à la mort." (2) Ces faits, démontrent bien que, les religieuses prenaient à la lettre leurs saintes institutions. "Qu'elles servent Jésus-Christ en la personne des malades." (3)

2.3. Les caractères et les problèmes du personnel soignant

On a critiqué la configuration des hôpitaux, par exemple celle de l'Hôtel-Dieu de Lyon, la Charité. La promiscuité qui y régnait n'était guère favorable aux malades, à l'hygiène, aux soins :

L'immensité des salles de ces hôpitaux, la multitude de lits dont elles sont encombrées, les rideaux empêchant la circulation de l'air, les fenêtres placées au-dessus de la hauteur d'hommes nuisant à l'éclairage, à l'aération et à la vue, les nombreuses chaises percées, cette vaisselle laissée à chaque lit et lavée une fois par vingt quatre heures, les corniches des murs et colonnes empoussiérées indiquant qu'il y aura beaucoup à faire pour que les hospitalières lyonnaises se trouvent dans un milieu en rapport avec le progrès médical. (4)

- Ce jugement - vrai en partie - ne doit pas, cependant, faire perdre de vue, la polyvalence, à cette époque, du personnel soignant. A l'occasion de l'accueil, de l'alimentation, de l'hygiène, des visites du médecin comme des soins, il était en contact permanent avec le malade, le soutenant pendant la maladie et le préparant, comme le voulait Saint Vincent de Paul, à la mort. En outre, le travail d'intendance que les administrations hospitalières demandaient aux soeurs d'assumer rendait leur tâche écrasante ; elles ont, semble-t-il, toujours bien assuré ce rôle, et l'on

(1) PIACENTINI.- Origines et évolution de l'hospitalisation.- op. cit. 136

(2) Ibid.

(3) Ibid. 137

(4) HAMILTON et REGNAULT.- op. cit. 62

serait tenté de les en féliciter si, elles ne l'avaient pas fait, souvent, au détriment de la qualité des soins, qu'elles étaient en mesure de donner aux malades qui leur étaient confiés.

- La formation professionnelle que recevaient les soeurs était de valeur très inégale. Il est certain que, Saint Vincent de Paul fait figure de précurseur. Le premier, il a pensé à la nécessité de préparer les futures infirmières aux exigences de leur tâche, et à leur avoir donné une ébauche de Formation Professionnelle. (1) Il la transmet aux soeurs, au cours de différentes conférences qu'il prononça ou qu'il écrivit sous forme de règles visant à former leur esprit, à les initier - comme nous l'avons indiqué - aux différents aspects de leur travail, en précisant les attitudes et les attentions qu'elles devaient avoir à l'égard des malades, des médecins, des Dames de la Paroisse et des Administrations.

Précurseur des soins infirmiers en France, Saint Vincent de Paul en spécifiant que les "Filles de la Charité" ayant une fonction de soignante, auprès des malades pauvres, devaient exécuter les prescriptions et les conseils donnés par les médecins, n'a-t-il pas, pour des siècles, contribué à circonscrire le champ d'activité de l'infirmière et à fixer son statut ?

Qui plus est, l'obéissance, les soeurs ne la devaient pas seulement aux médecins :

Vous devez aussi obéir aux Dames en tout ce qui les regarde pour le service des pauvres.

- Mais elles m'ordonnent tant de choses ! Elles voudraient que nous fussions en même temps en quatre différents lieux, et qu'après avoir porté la marmite nous allions faire ce qu'elles veulent !
- Mes Soeurs, je ne dis pas qu'il faille faire l'impossible mais il faut tâcher de les contenter. (2)

Et, dans le vingt et unième article de leurs règles, Saint Vincent de Paul spécifie aux soeurs qu'elles devront "rendre pareillement honneur et obéissance en ce qui regarde le service des pauvres à Messieurs les Administrateurs des Hôpitaux où elles seront établies." (3)

(1) "La première école d'infirmières que le monde ait connue fut fondée le 23 novembre 1633 par Saint Vincent de Paul dans une maison que l'on peut voir aujourd'hui encore au 43 rue du Cardinal Lemoine à Paris". MORDACQ.- Pourquoi des infirmières.- op. cit. 11

(2) COSTE.- Conférence du 2 décembre 1657 "sur l'obéissance".- T. X, op. cit. 388

(3) Ibid. 391

Cette soumission de la part des soeurs a un impact très important sur leur vie spirituelle puisque, si elle passe outre, la charité dont elles font preuve, à l'égard de certains malades, peut être préjudiciable à leur âme et indisposera Dieu à leur égard. (1) Et Saint Vincent ajoutait, qu'une attitude indisciplinée pourrait être une cause d'anéantissement de leur Compagnie. "Si vous désobéissez aux médecins, ne voulant pas suivre leurs ordres, ils vous décrieront partout. Les dames tout de même si vous venez à leur désobéir et manquer de respect." (2)

En demandant aux soeurs cette obéissance, cette soumission, en toutes circonstances et en référence à Dieu, n'était-ce pas, dès l'origine, faire de la soignante la servante non pas des malades mais des médecins, de l'administration et de tous ceux qui, possédant de l'argent, se considéraient comme leurs maîtres ?

Quoi qu'il en soit, malgré les avis de Saint Vincent de Paul, les soeurs abandonnèrent toute instruction professionnelle. L'attitude de ces femmes fut basée sur le fait que : "La soeur hospitalière à cause de son caractère religieux n'a pas besoin d'apprendre sa profession." (3) Cette ignorance a beaucoup nui à l'efficacité de leur dévouement : elles laissèrent mourir des malades qui auraient pu guérir et, elles-mêmes, exposées à de nombreuses maladies, trouvèrent la mort dans l'exercice de leur sacerdoce.

En province, certaines administrations hospitalières sentirent les lacunes qui existaient chez le personnel congréganiste et organisèrent des cours à leur intention. Les religieuses y assistaient parfois, sans prendre de notes (à quoi bon, puisque leur vêtement religieux leur insufflait un savoir bien suffisant !), fuyaient les séances où il était question de soins aux mères et aux enfants et, se refusaient à subir tout examen en vue d'un diplôme.

Il faut, aussi, reconnaître que l'enseignement des religieuses était rendu encore plus difficile par les interdictions formulées par leur ordre ; en effet, à quoi bon parler d'asepsie à des personnes qui

(1) Voir à ce sujet COSTE.- La Treizième règle de l'Ordre. In : Conférence du 11 novembre 1657. Service des malades, soin de sa propre santé. T. X, p. 338

(2) Ibid. 673

(3) HAMILTON et REGNAULT.- op. cit. 40

ne sont même pas propres ! Puisqu'il était défendu à ces religieuses de se brosser les dents, comment auraient-elles eu la pensée et le désir d'assurer par des soins la propreté buccale de leurs malades ? Et, lorsqu'un malade était atteint de quelque maladie contraire aux lois monacales, la pudeur congréganiste n'acceptait pas les exigences médicales et les grandes et petites cornettes s'évanouissaient...

Même en salle d'opération, leur présence était souvent nuisible car, elles étaient vêtues de bure de laine gris ardoise, noire ou bleue portée en toute saison, quel que soit leur service et qui, répondait peu, aux exigences de propreté et d'asepsie. Certains chirurgiens, ne pouvant "désinfecter la soeur" se passaient de leur service.

Ainsi, leur esprit même était un obstacle, une entrave à l'application des règles élémentaires de l'hygiène. A quoi servait-il de leur parler d'aération, de ventilation, de clarté, de lumière, de soleil quand leur règle les invitait, à pendre des rideaux à tous les lits, à placer partout vitres opaques et à exiger l'uniformité absolue des salles de malades dont la monotonie leur était si cruelle !

Quant aux cours théoriques donnés par les médecins, ils n'étaient d'aucune utilité : l'art de soigner n'étant point l'art de guérir et le titre de docteur en médecine ne suffisant pas à former de bonnes gardes-malades ! Mais, même si l'enseignement donné aux religieuses avait été semblable à celui que recevaient au début de ce siècle les "nurses" (1) à l'étranger, leur caractère monacal ne leur aurait pas permis, d'en tirer profit. Pour profiter de l'enseignement qui, leur aurait été donné par des professionnelles, il aurait été nécessaire de réviser les prescriptions monastiques imposées aux congréganistes.

- Les rapports des ordres et des administrations hospitalières n'étaient pas sans nuages. Les administrations hospitalières n'eurent sur les associations religieuses, même chez les hospitalières de Lyon, aucune autorité. (2) Le contrat qui liait les Soeurs de Saint-Vincent de Paul aux administrations des divers hôpitaux où elles furent appelées

(1) "Nurse" : mot anglais signifiant au début de ce siècle garde-malade et bonne d'enfants.

(2) SEYMER.- op. cit. 66

à travailler fournit un bon exemple du type des relations qui unissaient ordres et hôpitaux :

Les soeurs devaient être nommées et logées à l'hôpital qui exerçait sur elles tous les pouvoirs de direction. Les soeurs devaient obéir de manière implicite à tout ordre concernant le soin des malades. De son côté l'hôpital s'engageait à soutenir l'autorité des soeurs. Pour la discipline et en matière religieuse, elles relevaient de leur Supérieure de Paris, qui se réservait le droit de déplacer les soeurs si elle le jugeait utile. (1)

Les soeurs furent donc placées, déplacées, retirées, sans avertissement et sans explication, selon le bon plaisir de la Supérieure ou de la maison mère de Paris. (2)

Du fait de la transformation de leur Compagnie en ordre religieux, les soeurs de Saint-Vincent-de-Paul ne purent plus assurer tous les services. Bien sûr, elles continuèrent de diriger les services auxiliaires des hôpitaux : cuisine, cellier, lingerie, vestiaire, buanderie... mais, il leur était interdit, d'assister les femmes en couches, de langer les enfants de sexe masculin, de soigner les hommes, d'être présentes aux examens gynécologiques ou de s'occuper des services de maladies vénériennes. Elles abandonnaient ces malades à des civils ou mercenaires dont il sera bientôt question.

Quant aux hospitalières de Lyon, l'article 15 de leur statut, défini et approuvé par le décret du 15 décembre 1810, devait rendre difficile toute action de l'administration hospitalière à leur égard.

La Prieure distribue les soeurs dans les emplois. L'administration ne peut en forcer son choix ni destituer une soeur, ni la faire passer d'un emploi dans un autre. Elle peut demander sa destitution ou son changement, et en cas de refus le Préfet du département prononcera, sauf recours au Ministre de l'Intérieur. (3)

(1) SEYMER.- op. cit. 66

(2) Il est à noter que toutes ces religieuses exigèrent des administrations hospitalières de fortes sommes, puisqu'en 1900, la somme de deux cents francs par an et par soeur, outre l'entretien complet leur furent alloués ; sans compter l'entretien des soeurs âgées ou malades que l'on trouve parfois dans une forte proportion dans certains hôpitaux. Les religieuses seront plus rémunérées que les mercenaires.

(3) HAMILTON et REGNAULT.- op. cit. 91

De cette période d'expansion des ordres hospitaliers, trois apports nous paraissent dignes d'être retenus.

La sphère d'activité du personnel soignant - masculin et féminin - a été circonscrite avec plus de précision. L'un des mérites, de Saint Vincent de Paul, est d'avoir contribué à dégager les tâches d'une infirmière. Sans doute, doit-elle obéissance aveugle au médecin - obéissance qui s'explique certainement par le manque de culture des filles de la Charité. Mais, cette obéissance n'empêche pas, l'infirmière, de s'occuper de la totalité de la personne du malade et d'essayer de répondre, aussi bien, à ses besoins psychologiques ou spirituels qu'à ses besoins physiques. Cette polyvalence de l'infirmière est, pour l'époque, tout à fait remarquable, bien que les Règlements des hospitalières de Lyon révèlent qu'elles se sont plus occupées d'intendance que de soins aux malades.

D'autre part, apparaît pendant cette période, la nécessité de donner au personnel soignant, une formation professionnelle adaptée à ses fonctions. Là encore, Saint Vincent de Paul fut, nous l'avons montré, un précurseur et un initiateur. Il est, seulement, fort regrettable, que ses initiatives aient été finalement entravées par les exigences des règles et de l'esprit monastiques. Car en fait, les hospitalières de Lyon n'ont-elles pas eu tendance à se conformer et à admettre, au sein de leur communauté, des règles monacales non seulement pour se rapprocher de l'Eglise mais surtout pour échapper à la tutelle de l'administration hospitalière ? Quant aux soeurs de Saint-Vincent-de-Paul ne se sont-elles pas réfugiées dans le modèle monastique parce qu'il leur paraissait spirituellement plus beau et plus conforme à l'esprit du moment ? Cependant, il est certain que les mentalités n'étaient pas encore mûres pour s'initier aux normes de l'hygiène et de l'asepsie.

Se sont enfin articulés, pour la première fois, des rapports entre les administrations hospitalières et le personnel soignant, que celui-ci soit, inclus dans la structure hospitalière, comme les hospitalières de Lyon, ou qu'il travaille sous contrat, comme les soeurs de Saint-Vincent-de-Paul dans certains établissements. Dans ce dernier cas, on pressent que, l'activité des soignants, pourrait cesser d'être bénévole pour devenir une profession, à condition d'améliorer la formation professionnelle. Nous n'en sommes pas encore là.

La valeur des ordres hospitaliers dont nous avons parlé est confirmée par leur influence et leur histoire. Lorsqu'en 1635, la Duchesse d'Aiguillon décide de fonder un hôpital à Québec, elle fait appel aux Soeurs Augustines de la Miséricorde de Jésus. Trois d'entre elles s'embarquent à Dieppe en 1639. Et, s'il faut en croire, ce témoignage du

Capitaine anglais Knox, les soins donnés par les soeurs françaises après la bataille de Québec (1759) devaient être très supérieurs à ceux que connaissaient, à la même époque, les malades ou les blessés anglais (1) :

Lorsque de leurs odieux hôpitaux militaires nos pauvres compagnons malades étaient dirigés sur le réceptacle (l'Hôpital Général de Québec) ils se trouvaient indiscutablement heureux. Chacun avait un lit à rideaux et une infirmière pour le soigner... Chaque officier disposait d'un appartement pour lui seul, et était veillé par l'une de ces soeurs religieuses, qui, en général, étaient jeunes, jolies et agréables, pleines de courtoisie, d'une réserve rigide et très respectables... Le soin des malades leur aurait fourni de nombreuses occasions de prendre certaines latitudes, si elles y avaient été disposées ; mais jamais je n'ai entendu dire qu'aucune d'elles fût accusée de la moindre légèreté. (2)

L'histoire des trois ordres dont nous avons parlé s'est poursuivie jusqu'à nous. Mais si les soeurs de Saint-Vincent-de-Paul et les soeurs Augustines de la Miséricorde de Jésus manifestent encore de la vitalité, il semble que les hospitalières de Lyon, par manque de vocation, soient en voie de disparition. (3) Toutes, avaient cependant le mérite, de se consacrer aux malades pauvres, à une époque, où ils étaient abandonnés à des mercenaires incapables, négligents et vicieux.

Cette progressive mise en place des soins infirmiers allait être bien perturbée par la tourmente révolutionnaire.

3. LES ORDRES HOSPITALIERS PENDANT LA REVOLUTION

Au cours des années qui précédèrent et suivirent la Révolution, des idées humanitaires et généreuses sont développées par les penseurs et les philosophes du XVIIIe.

L'existence des hôpitaux est mise en question : "ces établissements ne faisaient qu'augmenter le nombre des pauvres par la certitude de secours, séparaient les hospitalisés de leur famille, alors qu'au

(1) Les gardes-malades étaient, en Angleterre, décrites comme de "vieilles sorcières, sales, laides et pernicieuses".- G. BILL. The great Plague, in London, 1665. (In : SEYMER.- op. cit. 108)

(2) WRONG (G...).- The Fall of Canada, pp. 70-71, in : SEYMER.- op. cit. 70

(3) En 1976, elles ne sont plus que 70.

milieu des siens le malade aurait été traité avec plus de sollicitude." (1)
Cette attaque, contre les établissements hospitaliers, s'explique par le manque complet de principes sanitaires et, l'absence de toute réforme sérieuse du XVIe au XVIIIe. Dès lors, "nombreux sont ceux qui à cette époque recommandaient le "home care" (soins à domicile) de préférence à l'hospitalisation." (2)

Mais plus profondément, comme le signale Michel Foucault, deux grands mythes se sont développés tout au long de cette période : "le mythe d'une profession médicale nationalisée, organisée sur le mode du clergé, et investie, au niveau de la santé du corps, de pouvoirs semblables à ceux que celui-ci exerçait sur les âmes" (3), et, "le mythe d'une disparition totale de la maladie dans une société sans troubles et sans passions, restituée à sa santé d'origine." (3)

Le premier mythe "voit dans les prêtres et les médecins les héritiers naturels des deux plus visibles missions de l'Eglise - la consolation des âmes et l'allègement des souffrances." (3) Les biens du clergé doivent être confisqués, vendus à la nation. "Les revenus en seront partagés entre les curés des paroisses et les médecins, les uns et les autres recevront une part égale." (3) Ainsi, l'assistance aux malades sera gratuite et obligatoire.

Le second mythe, estime que les maladies sont liées aux conditions d'existence et aux modes de vie des individus : "une nation qui vivrait sans guerre ... et surtout une nation qui ne connaîtrait pas la tyrannie qu'exerce la richesse sur la pauvreté ni les abus auxquels elle se livre d'elle-même" (4) ne connaîtrait, aucun des maux, qui se répandent dans les autres pays. Dès lors, la première tâche du médecin est politique : il doit lutter contre les mauvais gouvernements. Et, si la médecine est politiquement efficace, elle ne sera plus médicalement indispensable.

(1) IMBERT.- op. cit. 30. Lire à ce sujet les pages 28 et 32

(2) Ibid.

(3) FOUCAULT.- op. cit. 31-32

(4) Ibid. 33

"Dans une société enfin libre ... le médecin n'aura plus qu'un rôle transitoire à jouer : donner au législateur et au citoyen des conseils pour l'équilibre du cœur et du corps. Il ne sera plus besoin d'académies ni d'hôpitaux." (1) Le visage du médecin, lui-même, finira par s'effacer "laissant à peine au fond des mémoires des hommes le souvenir de ce temps des rois et des richesses où ils étaient esclaves, appauvris et malades." (2)

Ces deux mythes, note M. Foucault, sont contradictoires mais "ils expriment comme en noir et en blanc le même dessin de l'expérience médicale" (3), l'un, raconte la médicalisation de la société par l'implantation d'un clergé de la thérapeutique, l'autre, raconte cette même médicalisation sur un mode triomphant et négatif, c'est-à-dire "la volatilisation de la maladie dans un milieu corrigé, organisé, et sans cesse surveillé où finalement la médecine disparaîtrait elle-même avec son objet et sa raison d'être." (4)

Ces rêveries ouvraient à la médecine et à une politique de la santé de nouvelles orientations. La médecine ne doit plus être orientée, exclusivement, vers la maladie et la guérison, elle doit, se proposer de connaître, "l'homme en santé". (5) Ainsi, se profilait, selon le mot de M. Foucault, "une médecine de l'espace social". (6)

Ces idées inspirèrent plus ou moins les révolutionnaires.

3.1. Sous l'Assemblée Constituante, les structures hospitalières sont remises en question. Le Comité de Mendicité reprenant les idées préconisées par les Cahiers de doléances "estime que le seul lieu possible de réparation de la maladie c'est le milieu naturel de la vie sociale, la famille." (7) Il faut, créer pour les malades très pauvres ou qui n'ont pas de famille, des "maisons communales de malades" qui devront fonctionner comme des "substituts de la famille". (8). D'autre part, "si la

(1) FOUCAULT.- op. cit. 34

(2) Ibid.

(3) Ibid. 32

(4) Ibid.

(5) Ibid. 35

(6) Ibid. 37

(7) Ibid. 38

(8) Ibid.

famille est liée aux malheureux par un devoir naturel de compassion, la nation est liée par un devoir d'assistance" (1) - Bernardin de Saint-Pierre parlera, lui, de bienfaisance - En tout cas, il faut supprimer les fondations hospitalières, nationaliser les biens hospitaliers et constituer, grâce à eux, une richesse nationale toujours utilisable et susceptible d'assurer à chacun les secours nécessaires. L'Administration Centrale, chargée de gérer cette masse, constituera "la conscience médico-économique permanente de la nation." (2)

L'Assemblée, préoccupée par son oeuvre constitutionnelle, n'adopta pas ce projet. Par contre, elle prit une série de mesures qui ne furent pas sans affecter le personnel religieux hospitalier. Sur le plan administratif, la gestion des établissements hospitaliers fut attribuée aux municipalités, les départements ayant la mission d'inspecter les hôpitaux, Hôtels-Dieu... et d'en améliorer le régime (Décret du 14 novembre 1789). Mais surtout, le décret du 28 octobre 1789, supprima, l'émission des voeux de religion dans toute communauté des deux sexes, la loi du 6 novembre 1790 mit un terme au recrutement des ordres religieux. Ces mesures eurent, pour conséquence, de tarir effectivement le recrutement des ordres, sans être, dans l'immédiat, préjudiciable aux malades car les soeurs consacrées au soin des malades ne devaient pas "quitter leurs Maisons sans en avoir prévenu les municipalités six mois à l'avance ou sans consentement par écrit des dites municipalités." Les religieuses n'abandonnèrent pas leurs fonctions. "Seules les congrégations d'hommes furent touchées : ainsi les frères de Saint-Jean-de-Dieu disparurent de l'Hôpital de la Charité à Paris et furent remplacés par des serviteurs à gages auxquels se joignirent quelques anciens frères laïcisés." (3) La situation du personnel soignant religieux fut encore aggravée, par la Constitution civile du clergé, enjoignant aux ecclésiastiques, desservant les hôpitaux d'avoir à prêter serment (décret d'avril 1791). Certaines communautés de religieuses hospitalières refusèrent de suivre les offices des prêtres constitutionnels. (4) D'autres se retirèrent.

(1) FOUCAULT.- op. cit. 39

(2) Ibid.

(3) IMBERT.- op. cit. 34-35

(4) Lire à ce sujet "Extraits de nos malheurs causés par la Révolution française", par Mère Julienne le Fur de Sainte Constance. In : PIACENTINI.- Les Chanoinesses Régulières. Hospitalières de la Miséricorde de Jésus de l'ordre de Saint-Augustin.- op. cit. 167

3.2. Sous l'Assemblée législative

L'Assemblée législative (1er octobre 1791 - 21 septembre 1792) ne promulgua, elle non plus, aucune mesure d'ensemble. Elle se contenta de sacrifier au principe de l'abolition des corporations, outre les Universités et les Sociétés médicales, les congrégations religieuses "même celles qui étaient uniquement vouées au service des hôpitaux et au soulagement des malades." (août 1792). Toutefois, l'article 2 du décret du 18 août 1792, prévoyait que, "néanmoins les mêmes personnes continueront comme ci-devant le service des pauvres et le soin des malades à titre individuel."

3.3. Sous la Convention

La Convention (21 septembre 1792 - 26 octobre 1795) décréta, le 19 mars 1793, la nationalisation des biens hospitaliers dont l'application fut retardée jusqu'après "l'organisation complète, définitive et en pleine activité des secours publics." Elle devint exécutoire - sous la pression de l'effort de guerre - le 11 juillet 1794 (23 messidor an II). "Un homme, s'écria Saint-Just, n'est fait ni pour les métiers, ni pour l'hôpital, ni pour les hospices : tout cela est affreux." Ainsi, s'incarnait dans la législation, le rêve d'une déshospitalisation totale de la maladie et de l'indigence.

Ayant mis fin à l'organisation hospitalière, les Constituants, en décembre 1793, exigèrent que le serment révolutionnaire soit prêté par toutes les religieuses hospitalières et, que soient chassées celles qui ne se soumettraient pas à cette mesure. Leur remplacement devait être assuré par des "citoyennes connues pour leur attachement à la Révolution." (1)

Ainsi, à l'avènement de la réaction thermidorienne, les corporations sont interdites, les Sociétés médicales sont abolies, l'Université avec les Facultés et les Ecoles de Médecine n'existent plus, les biens des hôpitaux sont nationalisés, et le personnel hospitalier laïcisé. Toutes ces mesures aboutirent à un désastre. Jamais les hôpitaux français n'avaient été si bas. Le patrimoine hospitalier fut l'objet de spéculations telles, que la Convention, effrayée par les conséquences de sa propre législation, suspendit, elle-même, le 25 août 1795, l'application de la loi du 11 juillet 1794.

(1) IMBERT.- op. cit. 37

3.4. De Thermidor à l'Empire

La préoccupation des assemblées de Thermidor à l'Empire sera de réorganiser les structures hospitalières, la médecine et les soins.

Le 16 vendémiaire an V (7 octobre 1796) est définitivement rapportée la loi du 23 messidor an II (11 juillet 1794) sur la nationalisation des biens hospitaliers. Hospices et hôpitaux doivent recouvrer les immeubles nationalisés ou recevront des biens nationaux de valeur équivalente à ceux qui ont été vendus. Les hôpitaux retrouvent leur personnalité civile. Leur organisation et leur gestion sont confiées aux administrations municipales qui auront à désigner une commission exécutive de cinq citoyens du canton.

Sur le plan médical, les discussions, les projets qui se succèdent de l'an V à l'an XI pour réorganiser la médecine sont centrés sur le thème de "la médecine en liberté" et de la clinique. Celle-ci, "apparaît comme la solution concrète au problème de la formation des médecins et de la définition de la compétence médicale." (1) La loi du 13 ventôse an XI, sur l'exercice de la médecine, prévoit une hiérarchie à deux niveaux dans le corps médical : les docteurs en médecine et en chirurgie et les officiers de santé. (2) Ces derniers auront à soigner "le peuple industriel et actif". Il leur suffira de six années, au maximum, de pratique ; alors que, le médecin, outre l'enseignement théorique, bénéficiera d'une expérience clinique :

La pratique exigée de l'officier de santé est un empirisme contrôlé : savoir faire après avoir vu ; l'expérience est intégrée ... au niveau de l'exemple. Dans la clinique, il s'agit d'une structure beaucoup plus fine et complexe où l'intégration de l'expérience se fait dans un regard qui est en même temps savoir ... On ouvrira la pratique aux officiers de santé, mais on réservera aux médecins l'initiation à la clinique. (3)

Cette réorganisation de la médecine ne s'accompagna d'aucune réforme concernant le personnel soignant. Pendant la période révolutionnaire, les soins continuèrent à être assurés par les religieuses. Comme

(1) FOUCAULT.- op. cit. 75

(2) Médecins autorisés à exercer sans avoir le titre de Docteur. Le titre d'officier de santé a cessé d'être conféré en 1892.

(3) FOUCAULT.- op. cit. 82

le note, en effet, Jean Imbert :

Encore que certains historiens aient considéré à tort que le décret du 18 août 1792 sonnait le glas des communautés religieuses, cette mesure révolutionnaire devait en pratique produire des effets purement vestimentaires : les soeurs restèrent en place, mais abandonnèrent leur tenue séculaire. (1)

*

* * *

Ainsi, dans la tourmente révolutionnaire, les congrégations religieuses ont poursuivi leur mission parfois sous le costume civil, sous la Convention, par exemple. Il est intéressant de constater que, certains penseurs, du XVIIIe, ont posé les problèmes de l'organisation sanitaire de la société, en terme de santé, et, non pas, seulement, en terme de maladie. Il est, tout à fait regrettable que, les idées généreuses qui flottaient dans l'air au début de la Révolution n'aient pu être mieux exploitées et aient été finalement abandonnées pour donner "à la médecine ce statut de profession libérale et protégée qu'elle a conservé jusqu'au XXe siècle." (2)

Il est, en particulier, surprenant qu'au sein même de ses spéculations les plus ouvertes, la Révolution n'ait jamais abordé de façon claire le problème du personnel infirmier. Obnubilée par le souci de se libérer de l'emprise exercée par les ordres religieux, la Révolution n'a pas élaboré une solution de rechange. Elle l'aurait pu, au moins, sur le plan spéculatif, en approfondissant les conditions requises par la connaissance et l'entretien de "l'homme en santé" dont l'intérêt avait été entrevu. Il est vrai que, outre les conditions sociales et sanitaires difficiles, qui exigeaient des solutions d'urgence, la distinction, établie par la loi du 19 ventôse an XI, entre la formation des docteurs en médecine et celle des officiers de santé, laisse à penser que la formation du personnel infirmier, si elle avait été envisagée, aurait, à la fin de la Révolution, procédé d'un "empirisme contrôlé" (3) des plus sommaires.

(1) IMBERT.- op. cit. 36

(2) FOUCAULT.- op. cit. 80

(3) Ibid. 82

4. LA RESTAURATION DES ORDRES HOSPITALIERS

Les lendemains de la Révolution française furent marqués, sur le plan religieux, par une vive réaction contre, ce qui avait été, dans toute l'Europe, l'esprit du "Siècle des Lumières" ; bien vite, la critique, le dénigrement de ce qui était religieux cessèrent d'être à la mode ; et, on entreprit, un peu partout, de plaider la cause d'un nouveau religieux qui allait marquer le début du XIXe siècle.

Au sein de certains milieux littéraires et aristocratiques, une vague d'enthousiasme et d'intérêt pour la religion chrétienne explosa, une fièvre d'Histoire religieuse s'empara des esprits, aussi bien, du côté catholique que protestant. On pense, alors "comme au XVIIIe siècle, que la tâche la plus urgente à laquelle "l'honnête homme" doit se vouer est de travailler à un état social meilleur ; mais cette tâche, pense-t-on à présent, on ne saurait la poursuivre qu'avec le Christianisme, que par le Christianisme." (1) Toutefois, ce Christianisme que l'on redécouvre, étant d'essence surnaturelle, ne devait avoir de relation avec aucun régime politique quel qu'il soit, ni se soumettre à aucun pouvoir ; il ne relève que de Dieu. "La Société religieuse, disait-on dans le langage d'alors, doit être distincte de la Société civile." (2)

Ainsi, l'on assiste à un véritable renouveau chrétien qui se manifeste dans toutes les églises et dans toutes les couches de la société : "c'est l'époque de ce qu'il est convenu d'appeler "la restauration religieuse catholique" ; l'époque aussi d'un véritable "renouveau du protestantisme"." (3)

4.1. La Restauration catholique

La signature du Concordat (1801) allait, en France, permettre à nouveau la reconnaissance des ordres hospitaliers. Les lois révolutionnaires sont abolies, notamment le décret du 26 octobre 1789, qui avait tari le recrutement des novices. Dès, le 1er nivôse an IX, Napoléon

(1) LAGNY (G... Pasteur).- Les origines des Diaconesses de Reuilly.- p. 14

(2) Ibid.

(3) Ibid. 15

autorisa le recrutement de jeunes postulantes ; les religieuses reprennent leur vêtement traditionnel, et "les citoyennes connues pour leur attachement à la Révolution" qui avaient été recrutées à leur place, sont chassées par les commissions administratives du Consulat qui rappellent les anciennes congrégations. Sous l'Empire, "Madame, mère de l'Empereur, est nommée protectrice des soeurs dites de la Charité et des soeurs hospitalières dans toute l'étendue de l'Empire français." (1)

Sous la Restauration et la Monarchie de Juillet, les congrégations hospitalières se développent considérablement : "en 1847, le nombre des religieuses hospitalières dépasse 7 600 alors que celui des infirmiers, infirmières et servantes n'est que d'environ 4 000." (2) C'est l'époque où, les soeurs de Saint-Vincent-de-Paul connurent un extraordinaire essor, allant tant en France qu'à l'étranger au-devant des dangers et des épidémies. Malheureusement, leur transformation en ordre religieux et la disparition de leur formation professionnelle, leur mépris de l'hygiène devaient leur nuire : avec les progrès constants de la médecine et de la chirurgie, elles ont été, graduellement, éliminées d'un grand nombre d'hôpitaux pour ne s'occuper ensuite que d'oeuvres charitables.

Outre, les ordres hospitaliers, de nombreuses congrégations nouvelles (3) furent fondées ayant pour objectif l'éducation des enfants ou les soins des malades, des pauvres, des vieillards, des infirmes. De 1815 à 1870, les congrégations féminines "passèrent de douze mille cinq cents à vingt huit mille." (4)

4.2. Le Renouveau du Protestantisme

Malgré la révocation de l'Edit de Nantes (18 octobre 1685) qui, avait entraîné l'émigration de plusieurs centaines de milliers de protestants, la population protestante française était bien plus importante que ne l'était le nombre d'Eglises, bien qu'en 1802, Napoléon, par les "Articles organiques" ait accordé à ces Eglises de grandes possibilités par

(1) IMBERT.- op. cit. 53

(2) Ibid.

(3) Citons les Maristes, les Frères des Ecoles chrétiennes, les Dames de Ste-Clotilde, les Soeurs de St-Maur, les Soeurs St-Joseph de Cluny, les Soeurs du Bon Pasteur... Par ailleurs, les Jésuites, les Dominicains revinrent en France.

(4) LAGNY.- op. cit. 15

rapport au passé, notamment en ce qui concerne la célébration de leur culte. D'autre part, une grande partie des territoires intégrés ou rattachés à la France étaient protestants : l'Alsace (1789), le territoire de Montbéliard (1793), la rive gauche du Rhin (1795)... De plus, Paris, capitale d'un Empire européen, accueillit, favorablement, toute une élite de Huguenots qui contribuèrent à réédifier les Eglises souffrant de plus d'un siècle de persécutions et de mépris.

Au sein de ce renouveau du Protestantisme, naît, en 1830, à Paris, la Communauté des Diaconesses de Reuilly qui fut la première communauté religieuse protestante de langue française. Elle fut fondée par un pasteur nimois, Antoine Verneuil, et une institutrice bordelaise, Soeur Caroline Malvesin.

Le Pasteur Verneuil travailla à restaurer dans l'Eglise protestante "les ordres religieux de femmes" pour permettre "aux âmes entièrement consacrées à leur Seigneur, détachées d'elles-mêmes et disponibles ... de vivre pleinement l'Evangile et de le mettre en oeuvre parmi les hommes ... prêchant, par l'exemple, plus encore que par la parole." (1)

Les Diaconesses (2) de Reuilly ou "Soeurs de Charité protestantes" avaient, pour tâche essentielle, "d'infiltrer le Christianisme dans la Société." (3) Très vite, leurs activités se divisèrent en quatre branches dont, trois, avaient pour objectif des actions sociales ou les soins aux malades, l'autre, étant réservée à l'enseignement.

En 1843, la Communauté ouvrit une infirmerie pour enfants tuberculeux ou pré-tuberculeux puis une "Maison de Santé" pour femmes. En 1844, "la Retenue", accueillait les jeunes filles difficiles ou en danger moral. Le service des soeurs, ne se limita pas, aux tâches intérieures à la communauté : dans le Faubourg St-Antoine populeux et misérable, il y avait beaucoup à faire et, les soeurs durent s'adonner, "aux visites à domicile" : dès, la première année de fonctionnement, le Pasteur Verneuil parle de 55 familles suivies et de 660 visites faites. Au cours de ces rencontres, outre les soins, les soeurs apportaient secours matériels et soutien moral et spirituel.

(1) LAGNY.- op. cit. 43

(2) Ce terme signifie ici, au sens étymologique, "servante du Seigneur".

(3) LAGNY.- op. cit. 56

Cette action entraîna bien vite deux créations : d'abord, celle d'une consultation médicale gratuite, deux fois par semaine, assurée par le Docteur Stansky. Celle-ci révéla que les besoins de soins de ce quartier étaient tels, qu'il fallut pourvoir la "Maison de Santé" de la rue de Charenton de vingt lits, alors qu'elle n'en avait que quinze. Ainsi, l'on put recevoir des fillettes de 5 à 13 ans tuberculeuses ou pré-tuberculeuses, rachitiques, "soulager des pauvres femmes malades et du même coup instruire les diaconesses comme gardes-malades." (1)

La formation professionnelles fut une préoccupation majeure du Pasteur Verneuil. Des cours, sur la pratique des soins hospitaliers, furent donnés, dès l'été 1842, par le médecin de la maison le Docteur Stansky ; le Docteur Gustave Monod, guida les soeurs, dans les soins à donner dans les nombreuses familles qu'elles secoururent. Des stages furent, en outre, organisés dans les différents services de la maison, les soeurs étant relevées de mois en mois par d'autres soeurs. En 1845, des dispositions furent prises pour que les soeurs puissent suivre des cours à l'extérieur de la Communauté. Ainsi, fut instituée la formation des diaconesses en tant que "soeurs" et "soignantes". Malgré cela, ce fut, dans leurs différentes activités que, les diaconesses apprirent leur rôle de gardes-malades d'une façon souvent rudimentaire.

Reconnue d'utilité publique par un décret de Napoléon III (1er février 1860), la Communauté de Reuilly prospéra, doublant ses effectifs. Puis elle éclata, permettant, dès 1857, d'ouvrir dans de nombreuses villes de France, mais aussi à Madagascar, en Océanie et en Afrique Centrale de nouvelles communautés. Actuellement, comme au sein de l'Eglise catholique, les vocations se font de plus en plus rares et entraînent une baisse des effectifs.

- Outre la Communauté de Reuilly, la Communauté protestante de de Kaiserswerth (2) fondée, en 1836, est à signaler : en plus de son action importante, elle exerça une grande influence sur Florence Nightingale qui s'y forma. Ce fut le Pasteur Théodore Fliedner (1800-1864) qui, saisi par la détresse morale et matérielle dans laquelle vivaient ses paroissiens, entreprit de les aider en ouvrant, à partir de 1836, un refuge,

(1) LAGNY.- op. cit. 92

(2) Kaiserswerth. Petite bourgade sur les bords du Rhin à quelques kilomètres au Nord de Dusseldorf.

une infirmerie, un orphelinat et une école de formation pour les soignants. Le tout fut confié à des diaconesses. Il fut soutenu dans ses réalisations par les Eglises, les notabilités civiles et les plus hautes autorités de son pays, tel le roi de Prusse. Il confia la direction de cette vaste entreprise à une jeune femme, Gertrude Reichart, fille de médecin, qui, avec l'aide de son père, créa un centre de formation de diaconesses exemplaire. Celles-ci, appelées à soigner les malades dans les hôpitaux puis, dès 1839, détachées à l'extérieur, devinrent à leur tour, les créatrices de plus de vingt maisons mères.

*

* * *

Les règles monastiques instituées par les congrégations de diaconesses étaient moins rigides que celles des congrégations catholiques, les gênant, de ce fait, assez peu dans l'exercice de leur fonction de soignante. Il reste, cependant, évident, qu'elles avaient été établies par des religieuses "au Service de Dieu" ayant, avant tout, une mission d'évangélisation. Ce ne sont que les circonstances et, l'envie de posséder au sein de l'Eglise protestante, des soeurs identiques, à celles de Saint-Vincent-de-Paul qui, les amenèrent à donner des soins et des conseils aux malades et aux déshérités.

(Identiques aux congrégations catholiques étaient les lacunes de leur formation. Elle se faisait soit, "sur le tas", les anciennes instruisant les novices, soit, par des médecins qui ne les initiaient pas, ou mal, à l'art de soigner ; malgré la nomination en 1847 d'une "soeur conductrice des aspirantes" dont le rôle était de s'occuper d'un petit effectif de futures soeurs diaconesses se préparant à être des gardes-malades, ce projet de formation eut peu de suite, si, ce n'est, d'une manière éphémère et imparfaite.

Avec cette nouvelle floraison des ordres religieux s'achève la première partie de cette longue histoire des soins aux malades.

Ils furent essentiellement assurés depuis l'aube du Christianisme par des hommes ou des femmes congréganistes ou civils. Et, malgré, les tentatives de laïcisation des hôpitaux et du personnel soignant, l'idée est demeurée, ancrée, dans les mentalités que l'on ne peut être un bon soignant ou une bonne soignante, si, l'on n'appartient pas à quelques sociétés religieuses, ou, si, l'on n'est pas lié par des vœux perpétuels ou temporaires.

Hormis, quelques rares exceptions - Saint Vincent de Paul, par exemple - la formation du personnel soignant n'a jamais été une préoccupation importante ni pour l'opinion publique, ni pour les législateurs, ni même pour les médecins. Son rôle n'est-il pas, comme le recommandait le Shushruta-Samhita, d'appliquer fidèlement les prescriptions médicales ?

Aussi, pendant toute cette période, l'activité du personnel soignant n'a jamais été pensée comme une profession possible que pourraient exercer des hommes ou des femmes librement et moyennant une rémunération.

Dès lors, quelle esquisse du personnel soignant peut-on ébaucher au terme de cette première moitié du XIXe siècle ? Lorsque l'on confronte la pauvreté des renseignements que nous livre l'histoire à la somme de dévouement, d'abnégation et de sacrifices qu'a exigé, pendant des siècles, le soin aux malades, on ne peut qu'être frappé des lacunes et de l'injustice de l'histoire, telle qu'on la connaît, par rapport, à l'histoire effectivement vécue. Les soins aux malades ont, en effet, été assurés par des hommes et des femmes que la nécessité puis la générosité ont conduit, le plus souvent, sans préparation particulière, à appliquer scrupuleusement les ordonnances médicales et à seconder des gens que leur mauvais état privait, provisoirement ou définitivement, de leur autonomie. Beaucoup de ces soignants avaient, nous l'avons indiqué, une haute idée de leur mission, cherchant à satisfaire les besoins physiques, psychologiques et moraux des pauvres qui leur étaient confiés, visant, au-delà, du soin des corps le salut des âmes. Bien qu'on ait assisté à la genèse d'une formation pour les soignants, nous devons rendre compte qu'elle fut créée, en réponse à des besoins, par les médecins ou les administrations hospitalières et assurée par eux.

Au cours de la deuxième partie du XIXe siècle, cette situation devait évoluer. Pourquoi et comment ?

CHAPITRE II

NAISSANCE ET MISE EN PLACE DE LA FONCTION INFIRMIERE COMME ACTIVITE PROFESSIONNELLE

Il n'est pas possible, de dissocier l'histoire du personnel soignant des événements qui, ont bouleversé l'Europe dans la seconde partie du XIXe siècle. Les progrès des sciences et de la médecine en particulier, le développement des techniques, la révolution industrielle et la montée des travailleurs dans les villes, les perturbations politiques qui ont agité les pays d'Europe, les guerres enfin, tous ces faits n'ont pas été, sans avoir, des répercussions importantes sur l'organisation des soins aux malades ou aux blessés. Sous la pression des événements et des besoins, il apparut que le personnel religieux ne pouvait suffire à assumer la tâche, de plus en plus lourde, de donner des soins. La nécessité, de la mise en place d'une fonction infirmière, plus nettement définie, statutairement reconnue, réalisée par des professionnels, s'est progressivement imposée puis concrétisée avec plus ou moins de bonheur, selon les pays, dans l'Europe de la fin du XIXe et du début du XXe siècle.

1. VERS UNE CONCEPTION CIVILE DE LA FONCTION INFIRMIERE

L'histoire nous oblige, pour rendre compte, aussi fidèlement que possible de l'évolution de l'infirmière, à comparer sa situation en France et dans certains pays étrangers : la Grande-Bretagne et la Suisse, par exemple.

1.1. La situation de l'infirmière en France dans la seconde moitié du XIXe siècle

En France, plus encore que dans les autres pays d'Europe, l'histoire de l'infirmière et des soins infirmiers a été profondément influencée, dans la seconde moitié du XIXe siècle, par la conjonction des

événements politiques, militaires et sociaux. La Révolution de 1848, la Seconde République, le Second Empire, la Guerre de 1870 et le désastre de Sedan, la Commune puis le retour à la République avec son orientation laïque et anticléricale, l'avènement et le développement du machinisme enfin, expliquent, en partie, la situation complexe et tragique des soins infirmiers, en France, à la fin du XIXe siècle.

Pour affronter l'ampleur des besoins, l'activité publique de l'administration hospitalière sera doublée par celle d'un secteur privé extra-hospitalier, l'une et l'autre étant obligée de s'appuyer sur un personnel civil.

1.11. L'univers hospitalier

- Le cadre hospitalier

A Paris, les hôpitaux étaient alors sous le contrôle de l'Assistance Publique, qui elle-même dépendait du Conseil Municipal de Paris. En province, depuis le Directoire (loi du 16 vendémiaire an V), les hôpitaux d'une commune demeuraient, sous la tutelle d'une commission administrative présidée par le Maire et dotée de la personnalité morale et de l'autonomie financière. Le personnel religieux assume, à cette époque, l'intendance et la surveillance des salles de malades, tandis que les gros travaux et les soins aux malades sont à la charge d'un personnel infirmier fruste et totalement illettré. Les hôpitaux connurent, alors, une grave crise de personnel que, devait encore aggraver, dès 1877, leur laïcisation progressive. Malgré, la mise en place de structures administratives, les hôpitaux dans leur configuration architecturale n'ont guère changé, pas plus que l'hygiène qui y règne. "Dans plusieurs de nos salles, les lits des malades sont trop serrés ; c'est une nécessité de les espacer, en laissant entre eux un intervalle d'un mètre. On ne saurait se faire une idée de l'effet salubre que peut produire la soustraction de quelques lits dans une salle de malades", (1) mais, "l'ordre, l'économie, la nécessité de pourvoir à de nombreux besoins, au moyen d'un service facile, exigent qu'on ne perde pas, inutilement, l'espace et que

(1) Baron de POLINIERE (Docteur).- Considérations sur la salubrité de l'Hôtel-Dieu et de l'Hospice de la Charité de Lyon.- p. 84

les lits soient rapprochés ; telle est la force des choses." (1) De plus, dès leur entrée, les visiteurs sont saisis par des odeurs nauséabondes car, les malades ne bénéficient, d'aucun soin de propreté. Seuls, les valides peuvent aller au lavabo, les autres, n'ont ni serviette de toilette, ni mouchoir, un coin de drap de lit sert à ces différents usages. Aucun ménagement n'est mis en oeuvre pour éviter le refroidissement des malades ou ménager leur pudeur, leurs corps sont laissés, bien souvent, dénudés, devant un groupe de médecins et d'étudiants épiloguant sur leur compte.

L'Hôpital Lariboisière de Paris, terminé en 1854, n'est pas - dans son principe - différent des hôpitaux du XVIIe : le souci d'isoler les salles de malades les unes des autres, en pavillons séparés par des jardins et reliés entre eux par un couloir central, réalise, cependant, un progrès, évitant que "les salles de malades rentrent les unes dans les autres et laissant trop facilement circuler l'air infecté." (2)

Dans cet univers, où la qualité du personnel médical ne cessera de s'améliorer du fait des progrès des sciences expérimentales et par contrecoup de la médecine elle-même, qu'en est-il du personnel soignant ?

- Le personnel soignant

Notre personnel, écrit le Docteur Krebs-Japy, se composait premièrement de religieuses dévouées, honnêtes, mais dont la technique professionnelle n'avait pas toujours su évoluer aussi vite que la science et dont le nombre, par ailleurs, ne suffisait pas à assurer la charge écrasante de nos hôpitaux ; deuxièmement, d'un personnel auxiliaire, composé de subalternes laïcs, mercenaires, trop souvent grossiers, de mœurs déplorables et d'instruction nulle, auxquels la présence des religieuses ne permettait pas de viser à la situation "plus élevée" et mieux rétribuée de "soignants"; ce personnel n'avait donc pas d'avenir. (3)

De fait, les hôpitaux français connurent une grave crise de personnel créée par la laïcisation des hôpitaux de Paris en 1877. "La laïcisation fut menée en hâte, bâclée, étendue aussi rapidement que possible à tous

(1) Baron de POLINIÈRE.- op. cit. 85

(2) Opinion des médecins du XIXe siècle, citée par IMBERT.- op. cit.

(3) KREBS-JAPY (Docteur).- "Florence Nightingale et son oeuvre".

les hôpitaux de Paris et à un certain nombre d'hôpitaux de province, mais fut par contre définitivement fixée par des arrêtés municipaux et des décrets officiels." (1) La situation, sera encore aggravée, par le vote de la loi de Séparation de l'Eglise et de l'Etat (1904).

. Le recrutement du personnel

On vit arriver dans les hôpitaux des filles de la campagne, des enfants assistés, de vieilles femmes non rétribuées venant là en attendant leur entrée à l'hospice. Un ouvrier sans travail - qu'il fût homme ou femme et quelle que soit sa profession - se présentant dans un hôpital où il existe des places dans le personnel (et il y en a toujours) était embauché comme infirmier, sans autre forme de procès. Des Bretonnes, des Francs-Comtoises désirant trouver une occupation, à Paris, pour quelque temps, seront acceptées comme infirmières ainsi, d'ailleurs, que des jeunes filles sans famille, que l'inintelligence ou une tare congénitale (claudication, gibbosité, surdité) ont empêché d'apprendre un métier. On embauche ce personnel, sans s'occuper de ce qu'il sait, lui donnant parfois la responsabilité du service important de la nuit. En 1841, Curmer, dans son livre fort connu "Les Français peints par eux-mêmes", écrit du personnel infirmier : "il tient toujours sa vocation de sa misère, de son ignorance ou de sa gourmandise." (2)

Quoi qu'il en soit, de la même main indifférente, il nettoie les vases, balaie les salles, porte le linge sale et donne aux malades les soins les plus délicats... ce qui fait l'étonnement des étrangers en visite chez nous : dans les pays du Nord, seules les femmes soignent les malades.

Ce personnel pratiquait une certaine forme d'exploitation des malades en exigeant "tant" pour préparer une tisane chaude, "tant" pour faire un cataplasme, et tant pis pour ceux qui étaient pauvres, ils n'obtenaient rien !

Ces hauts faits, n'étaient pas réservés aux hôpitaux publics ; les congrégations religieuses furent aidées, elles aussi, par des mercenaires qu'elles dirigeaient et surveillaient dans l'exécution des soins aux malades !

(1) KREBS-JAPY.- op. cit. 26

(2) HAMILTON et REGNAULT.- op. cit. 76

On comprend que, devant la grossièreté des servants, le manque d'égards et de délicatesse du mercenaire et de la soeur qui se retirait devant certaines nécessités médicales "les pauvres malades aient subi de nombreuses atteintes à leur sens moral, à leur dignité d'hommes ou de femmes, quoique pauvres." (1)

. Les conditions de vie du personnel

Elles étaient misérables. Les soignantes logeaient en dortoirs, véritables mansardes, au plafond si bas qu'elles ne pouvaient s'asseoir sur leur lit, si ce dernier n'était pas situé au milieu de la pièce. Hormis le lit en fer, muni d'une paille, aucun meuble n'était mis à leur disposition. Aucun sanitaire n'était installé à proximité.

Les dortoirs étaient occupés 24 heures sur 24 : le jour par les infirmières de nuit, la nuit par les infirmières de jour. Elles étaient donc, deux, à occuper le même lit. Avec la fréquence des maladies contagieuses et épidémiques graves, le taux de mortalité était, bien supérieur, à celui des autres professions. Entassées dans des locaux insalubres, elles avaient, pour tout loisir : le cabaret du coin.

Tout cet environnement, ne facilitait guère la prise de conscience par ce personnel, de son importance sociale, de sa dignité professionnelle, des rôles qu'il devait jouer au sein de la société. Ne réclamait-il pas au syndicat qu'il avait formé "... d'être traité comme des employés de chemin de fer !... (2)

. La formation du personnel

Si, l'on ne fit rien, pour améliorer le bien-être du personnel soignant et élever son sens moral, on s'occupait fort, de l'instruire (en commettant maladroitement certaines erreurs).

Après la Guerre de 1870, le Docteur Bourneville qui dirigeait l'Assistance Publique, entreprit de sérieuses tentatives en vue d'améliorer l'instruction du personnel infirmier. Dès 1878, des cours furent organisés à Paris dans les hôpitaux de la Salpêtrière, de Bicêtre, de la Pitié et de Lariboisière.

(1) HAMILTON et REGNAULT.- op. cit. 176

(2) Ibid.

Malheureusement, cet effort ne fut pas suivi d'effets. Cet enseignement dont l'objectif était d'apprendre au personnel un art pratique, de lui donner une compétence professionnelle, fut transmis par des médecins qui le centrèrent sur l'anatomie, la physiologie et la pathologie. Les surveillants devaient seulement faire connaître la nomenclature des instruments et des appareils. Or, les élèves, pour la plupart, se révélèrent inaptes à profiter des connaissances transmises : ils étaient tellement dépourvus d'instruction élémentaire qu'il fallut, d'abord, leur faire suivre un enseignement primaire. (1) En outre, l'attitude de l'administration à l'égard de cet enseignement fut des plus ambivalentes : elle n'exigea jamais que son personnel assistât régulièrement aux cours et, jamais, elle ne s'engagea à ne prendre comme surveillants d'unités de soins que des personnes formées donc, ayant une certaine compétence professionnelle. (2) Elle portait donc, tort, à l'oeuvre, à laquelle elle consacrait à la fois ses soins et son argent.

Dès, qu'une municipalité se plaignait du manque de connaissances du personnel soignant, l'administration hospitalière s'empressait de créer des cours théoriques pour le personnel religieux et civil de l'hôpital. Cette "mode" s'étendit à Marseille, Montpellier, Lyon, car, "avoir l'air, de posséder une école professionnelle d'infirmières est, le meilleur moyen, pour une ville, de reculer la véritable réforme du service des malades hospitalisés ou à domicile." (3) Il aurait été - semble-t-il - plus judicieux d'instituer dans les hôpitaux, des écoles pratiques d'infirmières en recourant, pour cela, à la participation des surveillants d'unités de soins et en enlevant aux médecins la plus grande partie de cet enseignement. La réforme, préparée par le Docteur Bourneville, ne donna donc pas les résultats attendus.

La promotion du personnel

L'insuffisance d'instruction du personnel fut un obstacle à sa promotion. Ce qui aurait pu être, pour lui, une émulation s'avéra très difficile : il fallait plus de sept ans pour arriver surveillant. On ne put donc, de ce fait, améliorer rapidement les effectifs des responsables

(1) L'enseignement gratuit, obligatoire et laïc sera voté, en France, en 1881, 1882, 1886.

(2) Son attitude à cet égard n'a guère changé.

(3) HAMILTON et REGNAULT.- op. cit. 181

de services dont on avait tant besoin. Si bien que, pour pallier, à cette carence, des personnes "convenables", après un stage de quelques mois, devenaient surveillantes sans avoir jamais été infirmières, en un mot, sans avoir appris leur profession.

Ainsi, la qualité du personnel des hôpitaux laissait beaucoup à désirer !

*

* * *

La laïcisation, trop rapide, du personnel des hôpitaux ne permit point à l'administration hospitalière de former aux soins aux malades un personnel civil suffisant. L'aurait-elle pu, est-ce qu'elle l'aurait fait ? En avait-elle seulement les moyens ? Une partie du budget du Ministère de l'Intérieur pouvait-elle être consacrée à la formation des soignants ? Le personnel soignant de l'époque était-il capable d'assurer la formation de ses pairs ? L'administration hospitalière française, s'appuyant depuis des siècles, sur les congrégations religieuses, n'avait pas prévu leur remplacement, et n'avait pas assez tenu compte, de l'évolution de la médecine et de la chirurgie qui allait automatiquement demander à l'infirmière des compétences bien supérieures à celles qu'elle possédait jusque-là. C'est pourquoi, elle fut prise au dépourvu, embauchant à son service les premiers venus, fondant, pour se donner bonne conscience, des écoles qu'elle mettait toujours, pour remédier à son manque de prévision, sous l'autorité médicale.

Il est, en tout cas, regrettable et navrant que, au moment où la fonction de l'infirmière aurait pu devenir, au sein des hôpitaux, une activité intéressante pour nombre de jeunes femmes et de jeunes hommes, les responsables politiques et les administrations hospitalières n'aient absolument rien fait pour la valoriser et la rendre attrayante. Comme l'écrit le Docteur Krebs-Japy :

Notre réforme française, tout compte fait, a consisté en cette opération : mettre à la porte de nos hôpitaux le personnel auquel on avait le moins à reprocher, et qui était le plus éduicable (nous disons ceci par comparaison avec ce que nous avons vu dans d'autres pays) pour le remplacer par des auxiliaires totalement dépourvus de capacités... (1)

(1) KREBS-JAPY.- op. cit. 26

Les administrations hospitalières ne pouvaient, à elles seules, subvenir aux soins et aux secours de toute nature qu'exigeait, alors, la population française, c'est ainsi que, pour pallier, en partie, à la satisfaction des besoins on eut recours aux soins extra-hospitaliers qu'assurèrent des gardes-malades et des bénévoles.

1.12. Les soins extra-hospitaliers

- Les gardes-malades

On appelait, ainsi, les personnes qui assistaient les malades hors de l'hôpital. Les polémistes et les caricaturistes de l'époque les présentent comme, des femmes d'âge avancé, crasseuses, ventripotantes, à la figure mauvaise, "prescrivant, imposant silence, dictant des lois, faisant l'entendue" (1) et bien souvent... martyrisant leur malade. Elles exerçaient, sans avoir reçu de formation professionnelle particulière.

Pour être juste, elles s'améliorèrent au début du XXe siècle. Elles sont, alors, plus propres, mais toujours aussi ignorantes et même dangereuses, car elles croient tout savoir et sont fières de quelques bribes médicales entendues, çà et là, au cours des visites des médecins au domicile des patients, ou, lors des cours théoriques donnés par "les sociétés de secours aux blessés", dont nous allons parler. Elles ne peuvent donc pas, lutter, même avec les religieuses, et encore moins, avec les "nurses" anglaises qui, envahissent, alors, le littoral méditerranéen, puis Biarritz et Paris.

Les gardes-malades ne furent pas les seules à s'occuper des malades, il y eut aussi les bénévoles.

- Les bénévoles

Nous envisagerons deux groupes distincts de bénévoles :

l'un, se proposant d'accueillir des femmes démunies : les Dames du Calvaire ; l'autre, de soigner les blessés en temps de guerre : les sociétés de secours de la Croix-Rouge.

L'oeuvre des Dames du Calvaire

Cette association fondée, à Lyon, par Madame Vve Garnier, "sous le

(1) HAMILTON et REGNAULT.- op. cit. 75

patronage de Son Eminence le Cardinal Archevêque de Lyon et reconnue d'utilité publique par décret du 2 novembre 1862, a pour but de recueillir, dans la mesure de ses possibilités, en premier lieu, les femmes atteintes de plaies incurables, en second lieu, les femmes pauvres, malades ou infirmes, ou âgées..." (1)

Cette association se composait de membres actifs et de membres bienfaiteurs.

Les membres actifs étaient, le plus souvent, de jeunes veuves démunies de ressources qui se dévouaient à l'oeuvre par leur concours physique, moral et surtout matériel, mais qui, en compensation des travaux gratuits qu'elles exécutaient au sein de l'institution, étaient totalement prises en charge par elle.

Les membres bienfaiteurs issus, le plus souvent, de l'aristocratie lyonnaise, apportaient une aide financière à cette oeuvre charitable, mais aussi une aide matérielle, en participant, plusieurs fois par semaine, à la réfection des pansements les plus infectés et les plus rebutants.

Cette oeuvre eut le mérite de combler une lacune de l'Assistance Publique de l'époque et de montrer, qu'en dehors des soeurs, l'abnégation et le dévouement étaient en France encore vivaces. Les Dames du Calvaire, pour être plus efficaces, acceptèrent de recevoir une formation.

L'autre groupe de bénévoles est constitué par des sociétés qui, se proposèrent, de soigner les blessés en temps de guerre - A travers l'histoire, le rôle de volontaires, notamment des femmes, fut, pendant les guerres, prépondérant -. Au cours des différents conflits qui parsèment la seconde moitié du XIXe siècle, le nombre des blessés fut important. L'absence d'hygiène entraînait, en outre, au sein des armées, des pertes élevées dues aux maladies contagieuses. Il s'avérait donc, nécessaire, de créer un corps de soignants aux armées. Prirent alors naissance et, furent reconnues d'utilité publique, trois associations : "La Société française de secours aux blessés" fondée en 1864 et dont les membres devaient plus tard constituer le comité central de la Croix-

(1) Statuts approuvés par décret du 2 novembre 1862 avec modifications approuvées par décret du 4 février 1969. Art. 1

Rouge française ; "l'Association des Dames françaises", fondée en 1879, qui possédait un petit hôpital de vingt quatre lits ; et enfin "l'Union des Femmes de France", créée en 1891.

Ces associations regroupaient un personnel féminin assez varié. Chez les Dames françaises, par exemple, les soins infirmiers étaient assurés par un personnel "mercenaire", tandis que les "Dames" s'occupaient seulement des pansements, assistaient aux interventions chirurgicales et aux consultations. Cependant, toutes ces femmes pour avoir le droit de mettre les pieds à l'hôpital, où personne ne leur apprenait rien de ce qu'elles devaient savoir, étaient astreintes, pendant un an ou deux, à suivre des cours théoriques, à la fin desquels, on leur décernait un diplôme.

L'Union des Femmes de France, eut, de même, le souci de proposer à ses membres un enseignement théorique donné par des médecins. Après un an ou deux, ces "Dames" obtenaient un diplôme qui leur permettait de rentrer comme gardes-malades dans les hôpitaux publics. A la suite de quoi, mêlées aux étudiants, se contentant de suivre la visite du "patron", elles n'apprenaient absolument rien, en tout cas, rien, de ce qui pouvait concerner les soins aux malades et constituer la formation d'une garde-malade.

La Société française de secours aux blessés formait ses membres durant cinq mois, à temps plein. A la suite de quoi, ces jeunes femmes étaient considérées comme infirmière : elles savaient débrider une plaie, panser une blessure, au besoin préparer un médicament, sans avoir aucune expérience de soignantes auprès des malades.

En 1899, trois ou quatre fois par semaine, une formation pratique fut dispensée à ces jeunes femmes dans des dispensaires : elles prennent part aux consultations, aux pansements, aident le chirurgien, apprennent à vacciner les enfants, à poser des ventouses... sous la surveillance d'une monitrice, élève diplômée des cours précédents. De plus, la surveillance de ces services fait des cours pratiques aux élèves, et cela est, alors, une innovation. L'initiative de cette société née à Paris fut imitée en province.

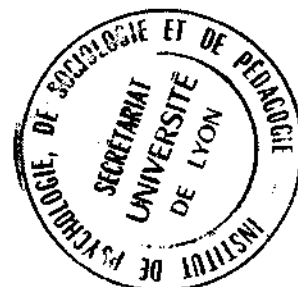
Ces trois associations ne se développèrent pas sans difficultés. La première, vint de ce qu'elles s'instaurèrent sur un malentendu : leur objectif était, non seulement, d'apporter secours et soins aux blessés, mais, d'organiser l'enseignement et la formation d'un personnel infirmier. Or, les femmes adhérèrent à ces associations avec des motivations bien différentes : soit par pure charité, soit par attrait pour la médecine, soit par besoin de spectacles émouvants...

Par ailleurs, ces trois associations avaient mal compris les exigences d'une formation d'infirmières ou de gardes-malades. Elles crurent, qu'il suffisait pour former une soignante de demander à certaines femmes : mondaines, mères de famille... de distraire quelques heures de leurs occupations habituelles pour acquérir les connaissances et les pratiques indispensables au chevet d'un malade. L'art de soigner suppose, en fait, un long apprentissage, souvent difficile à acquérir et, qui ne peut s'effectuer qu'au lit d'un malade. Ce fut une illusion de penser que l'on pouvait, sans un apprentissage pratique, former des infirmières. (1) Ces associations préparèrent, tout au plus, des "secouristes".

*

*

*



A la fin du XIXe siècle, en France, pour des raisons politiques, sociales et militaires s'impose l'idée de la nécessité d'une fonction civile de l'infirmière. Cette nécessité sera encore accrue par les

(1) On s'en était rendu compte pendant la guerre de 1870 où la plupart des infirmières improvisées étaient des jeunes femmes de la haute société qui, dans leur robe bien ajustée et leurs coquets atours, étaient peu préparées à soigner les blessés, ne sachant ni les transporter ni leur donner les soins que nécessitait leur état.

découvertes de Pasteur, les progrès de la médecine (1) et de la chirurgie, le développement considérable et, souvent physiquement nocif de l'industrie et du machinisme. A l'aube, du XXe siècle, la France avait donc un impérieux besoin de personnel infirmier bien formé au service du public et des armées. Or, dans son désir d'acquérir le plus rapidement possible et à moindres frais ce personnel qui lui faisait défaut, elle allait se heurter à de nombreux problèmes.

Ne reconnaissant pas à cette fonction un statut social convenable, le recrutement s'avéra peu satisfaisant. Les candidates étaient, en effet, soit des personnes issues des classes sociales les plus modestes, dépourvues d'instruction et d'éducation (2), demandant beaucoup de temps pour être formées et devenir un personnel de valeur ; soit des personnes appartenant à une classe sociale plus élevée, plus instruites, plus faciles à former rapidement à "l'art de soigner" mais, qui n'en firent pas une activité professionnelle, n'envisageant les soins aux malades qu'en tant que bénévoles.

Le manque de coordination entre les initiatives publiques et privées, le fait que l'une et l'autre travaillèrent, en vase clos, malgré un objectif commun, ne favorisa pas non plus une action concertée susceptible d'apporter aux malades, tant à domicile qu'à l'hôpital, en temps de paix ou de guerre, les soins qu'ils étaient en droit de recevoir.

Enfin, l'incohérence fondamentale existant entre la formation et l'enseignement donnés aux infirmières et le rôle qu'elles devaient tenir auprès des malades ne laissaient pas présager une solution rapide aux problèmes d'un personnel infirmier en France, alors qu'en Grande-Bretagne, notamment, les professionnelles prenaient elles-mêmes en charge leur formation.

(1) Les grandes découvertes médicales de cette période sont celles des anesthésiques (1840), du Bacille de Koch (1882), de la typhoïde par Eberth (1880), de la diphtérie par Löffler (1884).

(2) Il est à noter que l'enseignement primaire ne sera rendu obligatoire en France qu'en 1881.

1.2. La situation de l'infirmière en Grande-Bretagne dans la seconde moitié du XIXe siècle

1.21. Avant Florence Nightingale

Bien que la plupart des hôpitaux (1) ait été, à Londres, fondée au XVIIIe, ce siècle fut, en Angleterre, selon l'expression de L.R. Seymer "la période noire du nursing".

Au cours du XIXe, "les municipalités s'intéressent aux hôpitaux pour contagieux pour les ouvriers des grosses concentrations industrielles, ainsi qu'aux établissements pour enfants convalescents, tuberculeux, malades mentaux qu'elles gèrent directement." (2) De nombreuses associations surgirent, dans le but de soigner les malades, les unes dépendant de l'Eglise anglicane (3), les autres, en Irlande, de l'Eglise catholique romaine. (4) La première Institution de l'Eglise d'Angleterre exclusivement consacrée au nursing, "la Saint John's House", fut créée en 1848. Son objectif était "de maintenir en communauté les femmes membres de l'Eglise d'Angleterre, capables de recevoir l'instruction et de se soumettre à la formation pratique nécessaire en vue d'agir comme infirmières et visiteuses des malades et des pauvres." (5)

L'Institution devait être reliée à des hôpitaux, afin que "les stagiaires ou celles qui sont déjà formées trouvent l'occasion d'y exercer leur profession et d'y acquérir leur expérience." (6) Les élèves étaient admises en première année à 18 ans, et, payaient, annuellement, quinze livres pendant deux ans. Elles devenaient, ensuite, "nurses" et recevaient avec la pension et le logement une petite rémunération, mais elles devaient

(1) Westminster (1719), Guy's (1722), St-George (1733), London Hôpital (1740)

(2) BRIDGMAN (R.F.).- Art. "Hôpital" (in : Encyclopedie Universalis)

(3) Par exemple "les Sisters of Mercy", "les Soeurs de la Miséricorde" fondée à Londres en 1845, et à Devon Port par Miss Sellon en 1848.

(4) "les Sisters of Mercy" et "les Irish Sisters of Charity", Soeurs irlandaises de la Charité qui fondèrent à Dublin, en 1892, une école d'infirmières.

(5) SEYMER.- op. cit. 83-84

(6) Ibid.

s'engager à travailler cinq ans pour l'Institution. Les "sisters" qui représentaient la position la plus élevée pouvaient choisir entre la vie du "Home" et le séjour dans leur famille. Mais, il était, absolument nécessaire que, l'établissement soit religieux et que toutes les personnes qui y étaient attachées considèrent leur travail comme une mission religieuse. Les infirmières de Saint John's House pratiquèrent "le nursing" non seulement en Angleterre mais à Paris, de 1865 à 1875, à l'Hôpital anglais Galignan. Lors, de la guerre de Crimée (1854-1856), elles furent les premières à offrir leur service et, dès 1854, six de ses membres accompagnèrent Florence Nightingale. (1)

La "Saint John's House" montre bien comment au XIXe siècle, en Angleterre comme en France, la pratique des soins aux malades, même lorsqu'elle s'oriente vers une profession, ne paraissait pas pouvoir être pensée hors de l'esprit "congréganiste". Et, ce n'est pas non plus, sur ce point que, les idées de Florence Nightingale ont été les plus originales.

1.22. L'oeuvre de Florence Nightingale

Florence Nightingale, anglaise d'origine, est née à Florence en 1820, d'une famille aisée. Elevée dans le luxe, elle bénéficia aussi d'une instruction générale des plus soignée. Très tôt, son intérêt se porta sur les malades, auxquels elle se consacra, dans le but, d'améliorer leurs conditions de vie à l'hôpital et d'alléger leurs souffrances.

Après avoir visité les institutions hospitalières les plus connues de l'époque, notamment celle des Soeurs de Saint-Vincent-de-Paul et celle des Diaconesses de Kaiserswerth, dans lesquelles elle travailla comme aide temporaire, elle se mit à étudier "les besoins du malade", les qualités et le savoir nécessaires aux gardes-malades pour répondre à ces besoins, et l'importance que l'architecture hospitalière pouvait avoir dans l'organisation des soins aux malades. Elle consacra neuf années à cette étude. A la suite de quoi, elle réalisa une oeuvre considérable.

- Son action pendant la guerre de Crimée

Cette action, s'exerça au niveau des ambulances anglaises, dont elle secoua l'inertie: Le manque d'hygiène et l'absence de connaissance du personnel qui, en avait la responsabilité, entraînaient un taux de mortalité

(1) SEYMER.- op. cit. 83-84

très important. Elle transforma tout, de fond en comble, amenant une baisse de la mortalité de 60 à 2,21 %. Elle eut, en outre, le mérite, avec l'aide du Ministre de la Guerre, de secouer l'apathie et la vieille routine administrative des officiers, s'ingéniant, sur le terrain, à trouver des solutions à toutes les difficultés, notamment en "affirmant que de donner au malade, ce dont il a un besoin, urgent, est plus important que d'observer toute une filière administrative cruellement lente pour l'obtenir." (1)

- Son action au niveau de la construction hospitalière

Bien que son oeuvre, pendant la guerre de Crimée, fut importante, et qu'elle eut, peut-être, le mérite, de la faire connaître et reconnaître des hautes personnalités de son pays, en particulier du Ministre de la Guerre, son plus beau titre de gloire fut, la révolution, qu'elle opéra au niveau des hôpitaux anglais. En effet, l'Hôpital Saint Thomas, à Londres, comptant 570 lits, fut rebâti sur ses conseils en pavillons séparés comme ceux qu'elle avait admirés à l'Hôpital Lariboisière à Paris. Grâce, à l'étude efficace, qu'elle avait menée d'un point de vue pratique et scientifique sur le service des malades, elle a su rendre l'unité de soins et le travail des soignants attrayant, intéressant, hygiénique et éminemment utile. Point de statut, ni règle, ni uniforme imposé despotiquement, mais une large ouverture, au progrès, sous toutes ses formes.

- Son action au niveau de la formation des infirmières

Après sa reconstruction en pavillons séparés, l'Hôpital Saint Thomas accueillit, en juin 1857, une école de "trained-nurses". (2) Cette école était d'une grande originalité : elle était placée, dans un hôpital, condition indispensable, à la formation de ce genre d'élèves qui y étaient d'ailleurs internes. Bien vite, cette initiative s'étendit à tout le Royaume-Uni, puisque, au début de ce siècle, il ne comptait pas moins de 505 écoles de nurses.

(1) HAMILTON et REGNAULT.- op. cit. 140

(2) "trained-nurses" : gardes-malades professionnelles.

. Elle institua d'abord une hiérarchie à l'intérieur de l'unité de soins ; on y distinguait :

- les "probationers" ou élèves-infirmières,
- les "nurses" ou infirmières diplômées,
- les "sisters" ou surveillantes d'unités de soins,
- les "matrons" qui dirigeaient l'hôpital.

(Il est intéressant de mettre en évidence, que de nos jours, on retrouve à peu près cette hiérarchie dans nos hôpitaux français).

. Elle définit les attributions de chacune :

La "probationer" ou élève-infirmière est, en général, âgée de 22 à 25 ans, mais n'a jamais plus de 35 ans. Après avoir satisfait à certaines conditions :

- passer un examen médical avant d'entrer, et
- prouver son honorabilité et son niveau d'instruction,

elle est mise, à l'essai, pour un mois, au bout duquel, si elle a donné satisfaction, elle s'engage, moralement, pendant trois ans, à apprendre à soigner les malades.

Le Docteur Hamilton définit ainsi le préambule de cette formation : "elle commence par s'employer à toute besogne : balaye, époussette, lave tables et ustensiles et conformément aux règles du nursing, apprend à faire manger les impotents et à arranger les lits." (1)

La discipline est dure. (2) Tout cependant est combiné pour que l'instruction pratique soit la meilleure possible. Changeant de services tous les trois mois, les élèves aident les "nurses" et se perfectionnent sans cesse.

Les médecins, n'ont qu'un rôle, très secondaire, dans la formation et même dans l'évaluation de l'élève en stage, car, ce sont les notes décernées, par les "sisters", pour le travail effectué dans les salles qui sont le plus considérées. La théorie, chez la garde-malade, n'ayant de valeur que, si elle se transforme en une action bienfaisante à l'égard du malade.

La vie des élèves en internat est planifiée, contrôlée par la "home sister", qui veille sur leur santé, juge si l'une ou l'autre a

(1) HAMILTON et REGNAULT.- op. cit. 145

(2) Dès qu'une "sister" leur adresse la parole, la "probationer" doit se lever.

besoin de repos, leur fait quelques cours et assiste à ceux donnés par les médecins. N'était-elle pas en quelque sorte l'ancêtre de la monitrice des écoles d'infirmières du XXe siècle ?

Dès, l'obtention du Diplôme, l'élève devient une "staff nurse" ou infirmière diplômée et est attachée en permanence à une salle de malades. Elle travaille sous les ordres d'une "sister" et ne pourra s'élever à ce grade qu'au bout d'un à deux ans de service permanent.

La "sister" correspond à notre surveillante de service et, a parfois une ou deux salles sous ses ordres. Elle est, entièrement responsable de la bonne marche du service tant à l'égard du médecin qu'à celui de la "matron" à laquelle, chaque soir, elle rend compte de ce qui s'est passé dans la journée.

La vie des nurses, quel que soit leur grade, est dure. Le travail auprès des malades est souvent astreignant physiquement et moralement et, le temps accordé aux loisirs et à la détente est plutôt restreint ; elles ont, en effet, deux heures de liberté par jour, un jour de congé par mois, une semaine chaque semestre, et un mois, par an, à partir de la deuxième année.

La "matron" ou mère supérieure a des fonctions équivalentes à celles de nos directeurs d'hôpitaux français. Vis-à-vis, du conseil d'administration de l'hôpital et des médecins, elle a, l'entière responsabilité de l'ensemble du personnel, sur lequel elle a toute autorité, qu'il appartienne aux services des cuisines, buanderie, administration, lingerie, soins aux malades... Elle fait, aussi, des cours aux élèves et assiste aux examens. Cependant, "à l'inverse de ce qui se passe en France où le poste de Directeur est confié à des hommes sans instruction médicale aucune et qui n'ont jamais été ni docteur, ni garde-malade, la matron doit toujours avoir parcouru, elle-même, la filière hospitalière du nursing." (1)

Et, bien qu'elle ait commencé sa carrière, par les fonctions les plus humbles, elle pourra devenir directrice d'hôpital parce qu'elle possède non seulement les connaissances techniques, mais l'instruction générale et une éducation indispensable pour occuper un tel poste. On comprend, aisément, l'émulation très grande qui existait entre les "nurses" pour occuper le sommet de la hiérarchie.

(1) HAMILTON et REGNAULT.- op. cit. 151

. Elle établit le contenu de la formation :

L'enseignement était essentiellement donné par les "matrons", et il était plus pratique que théorique. Les "nurses" acquéraient des idées succinctes et très générales d'anatomie et de pathologie. Par contre, on les sensibilisait à l'importance de la ventilation et de la propreté des salles de malades. On leur apprenait à faire des lits et des bandages, à donner des soins. Elles avaient, aussi, une initiation à la diététique et surtout elles étaient entraînées à observer certains symptômes et à suivre leur évolution : le pouls, la température, la respiration, les sécrétions, les expectorations... On leur enseignait, également, les règles de déontologie.

- Son influence sur les mentalités de l'époque

Il va, sans dire, que l'arrivée des "nurses" dans leur costume de coton, de couleur claire et joliment confectionné, avec leur jeunesse, leur désir de vivre et de se dévouer, transforma totalement l'esprit de l'hôpital qui était auparavant hanté par la religieuse austère et mal vêtue. Cette transformation eut un retentissement incontestable sur le moral de l'hospitalisé et sur les services que les "nurses" avaient le devoir de leur rendre. Les "nurses" contrairement aux congréganistes n'abandonnent jamais le malade ; le jour comme la nuit, quels que soient les traitements qu'il subit, ou la maladie dont il est atteint, elles l'assistent jusqu'à son dernier soupir en allégeant autant que faire se peut ses dernières souffrances, alors que, chez nous, à la même époque, lorsque le mourant a reçu les secours du prêtre, il est retiré du monde des vivants, ses voisins lui tournent le dos et le personnel, insuffisant, vaque à ses travaux habituels.

Florence Nightingale, pour arriver à ces résultats, eut le mérite de changer les mentalités. En effet, au début de cette réalisation lorsqu'une domestique souhaitait devenir "nurse", elle perdait sa réputation, mais, peu à peu, ces préjugés ridicules disparurent, et les jeunes filles des classes cultivées, bourgeoises et même aristocratiques vinrent faire des études à l'école des "nurses". Pourquoi ce succès ? Était-ce l'appât du gain ? Certes non, puisque les "nurses", pendant leur première année, gagnent un salaire identique à celui de nos infirmières les plus ignorantes et les plus grossières. Doit-on alors trouver la cause de ce succès dans le fait que les "nurses" ont été formées pour être connues et reconnues comme ayant une action à jouer et un rôle à tenir dans les institutions sanitaires de leur pays ?

Florence Nightingale a eu le grand mérite d'envisager et de présenter la fonction infirmière sous un jour nouveau, à une époque où l'opinion publique n'était pas du tout sensibilisée à la nécessité et à l'avantage de disposer d'infirmières (1), elle en a fait "une carrière civile". (2)

Mais elle a, en même temps, fort bien compris que, les infirmières ne pourraient faire face aux exigences de la carrière que si elles recevaient une formation professionnelle spécifique centrée sur les besoins des malades hospitalisés. D'où, son souci, d'initier les futures infirmières aux techniques du "nursing".

Cet objectif impliquait, évidemment, un recrutement lui-même renouvelé : la formation professionnelle de l'infirmière supposait, outre, les qualités humaines jusque là reconnues, des capacités intellectuelles. Cette valorisation de la fonction contribua à attirer un personnel nouveau, d'autant plus séduit, qu'il était appelé à travailler dans un cadre hospitalier, lui-même amélioré.

Ainsi Florence Nightingale - et ce sera son titre de gloire - a-t-elle oeuvré pour penser la fonction infirmière en elle-même, comme une activité originale, en la faisant jaillir de la situation de dépendance exclusivement charitable ou débile, dans laquelle, elle s'était progressivement enlisée.

D'ailleurs, comme on l'a fait justement remarquer, la position de Florence Nightingale, à l'égard de l'infirmière, n'a été qu'un cas particulier de son attitude à l'égard de la situation de la femme, à son époque : elle a été un partisan chaleureux de ce que nous appelons aujourd'hui "la promotion féminine". En effet, comme l'ont très bien noté L.L. Dock et I.M. Stewart :

Le trait spécialement révolutionnaire du plan de réforme du nursing conçu par Miss Nightingale ... n'était, en un mot, rien d'autre que l'exercice effectif d'une direction complète sur le personnel ...

(1) TOOLEY, écrivain anglais cité par SEYMER.- op. cit. 107, remarque : "il est assez curieux de noter que beaucoup de femmes non seulement combattaient l'idée que l'on propageait, mais semblaient presque mépriser l'initiative entreprise et considéraient ces tentatives d'élever la condition des infirmières comme une toquade."

(2) SEYMER.- op. cit. 111

...

infirmier, quant à sa discipline et à sa formation ; ce mandat devait être repris des mains des hommes et confié à une femme qui elle-même devait être une infirmière habile et compétente. (1)

Et ces auteurs ajoutent : "avant que son école ne s'ouvrit, la discipline, la routine du travail, le plan d'éducation ou souvent l'absence d'éducation étaient entièrement confiés aux directeurs des hôpitaux et au personnel médical. Changer, cet état de chose, fut, pour Florence Nightingale le principe essentiel." (2)

Il est intéressant de comparer la formation de l'infirmière pensée par Florence Nightingale à celle que proposa en 1778 l'administration hospitalière française, lors de la création de la première école d'infirmières. En France, la formation est surtout théorique et elle est dispensée par des médecins. En Angleterre, sans évacuer le théorique, la formation fait place, au contraire, à la pratique. Centrée sur les soins, elle est assurée, surtout, par les "matrons" qui apprennent, aussi, aux jeunes infirmières à assister le mourant jusqu'à son dernier soupir. Mais surtout, alors qu'en France les infirmières passent "corps et âme" sous la dépendance administrative et médicale, en Angleterre, elles constituent, en un sens, un corps plus autonome. En outre, elles sont appelées à travailler dans un cadre hospitalier renouvelé, ce qui n'a pas toujours été le cas chez nous.

Florence Nightingale a donc parfaitement compris que, dans la société moderne, le travail féminin pour être respecté exigeait une préparation sérieuse. Comme, elle l'écrivait, avec pertinence :

Un homme inculte qui pratique la médecine est justement dénoncé comme un charlatan, peut-être même comme un imposteur. Pourquoi les infirmières non préparées ne sont-elles pas aussi accusées d'imposture ? Simple-ment, sans doute, parce que bien peu croit qu'un homme peut comprendre d'instinct la médecine et la chirurgie. Mais en Angleterre, et jusqu'à ces dernières années, on pensait que toute femme était d'instinct une infirmière. (3)

(1) DOCK (L.L.) et STEWART (I.M.), cité par SEYMER.- op. cit.
109-110

(2) Ibid.

(3) Cité par SEYMER.- Ibid.

Toutefois, malgré les immenses progrès qu'elle a permis à la fonction infirmière de réaliser, il ne semble pas que Florence Nightingale l'ait pensée comme une profession indépendante. Croyante, influencée par ses visites et ses expériences dans les communautés catholiques ou protestantes, elle a voulu prouver "que des femmes, qui n'étaient ni des diaconesses, ni des religieuses, pouvaient faire d'excellentes infirmières." (1) Les infirmières de Florence Nightingale n'ont pas échappé à l'esprit communautaire : invitées à vivre entre elles, en internat, dans le milieu clos de l'hôpital, un peu isolées de la société, n'étaient-elles pas vouées à s'enfermer dans une micro-culture ?

Il n'en reste pas moins vrai que la "nurse" anglaise a envahi le marché : on la retrouve dans de très nombreux pays, en Amérique, en Chine, aux Indes, en Russie, en Egypte, en Palestine... mais, en France, seul l'hôpital britannique, à Paris, eut un personnel de nurses, tous les autres hôpitaux conservèrent leurs religieuses. La première "nurse" anglaise, fut employée, en 1896, dans un hôpital marseillais, malheureusement cet exemple ne fut pas suivi.

Cependant, ce progrès dans l'administration des soins aux malades se répercuta rapidement sur le personnel soignant aux armées. Il suivit, en Angleterre, la même évolution que celle constatée dans les hôpitaux, alors que la France, ne pouvait que se lamenter et se plaindre de ses insuffisances : "c'est parce que nous n'avons pas de bonnes gardes-malades hospitalières que nos gardes-malades militaires ne sont pas à la hauteur de leur tâche." (2)

Pour traduire toutes les tendances de cette fin du XIXe siècle, il est juste, de dire un mot de "La Source".

1.3. La transformation de la condition de l'infirmière en Suisse : "La Source"

Cette école d'infirmières fut créée, à Lausanne, en 1859 par une protestante : la Comtesse de Gasparin (1813-1894). L'originalité de sa fondatrice est d'avoir voulu libérer l'infirmière de l'esprit congréganiste et du système de la "maison-mère". Madame de Gasparin estimait,

(1) SEYMER.- op. cit. 111

(2) HAMILTON et REGNAULT.- op. cit. 166

en effet, que "la liberté personnelle de chacun est d'une importance primordiale" (1) et, que les "femmes doivent être rémunérées et non pas liées par des vœux." (2) Grâce, à son initiative, les élèves de "l'École normale évangélique de gardes-malades indépendants" pouvaient à la fin de leurs études exercer leur fonction de "gardes-malades" comme une profession. Madame de Gasparin confia leur formation professionnelle à des médecins, sans négliger cependant leur formation morale, estimant que, un authentique amour du prochain et l'esprit de dévouement, ne peuvent trouver leur source que dans l'étude de l'Évangile.

Ainsi, Madame de Gasparin, a-t-elle fortement contribué à montrer que l'activité de l'infirmière pouvait prendre rang parmi les autres activités professionnelles, complétant, sur ce point, heureusement, les ouvertures que Florence Nightingale donnait, dans le même temps, aux fonctions de l'infirmière.

Il reste, pour achever la peinture des mutations qui ont conduit à la naissance de la fonction d'infirmière, en cette fin du XIXe siècle, à rappeler l'importante contribution de la Croix-Rouge.

1.4. Les apports de la Croix-Rouge

Fondée, par un Genevois, Henri Dunant, (1828-1910) la Croix-Rouge fut appelée à jouer sur le plan international et dans les domaines les plus variés un rôle toujours généreux et efficace. Ayant accompagné Napoléon III en Italie, lors de la guerre contre l'Autriche en 1859, Henri Dunant se trouve présent, sur les arrières de l'armée française, à la Bataille de Solferino (24 juin). Journée tragique : si elle s'achève par la victoire des Français et des Italiens, elle laisse, sur le terrain, environ 40 000 tués ou blessés. Henri Dunant fut révolté, par la manière, dont étaient traités les blessés et les mourants, à tel point qu'avec l'aide de femmes, toutes bénévoles, il improvisa des secours. Le livre qu'il publia, en novembre 1862, "Un souvenir de Solferino", où il relate le spectacle des souffrances contemplées, eut un immense retentissement. Il profite donc, de l'émotion et de la sensibilisation aux drames des blessés

(1) SEYMER.- op. cit. 86

(2) Ibid.

militaires provoqués par la lecture de son livre, pour inviter les différents pays d'Europe à signer un accord international, pour créer des sociétés de secours aux blessés permettant d'éviter le retour de semblables carnages. C'est, en octobre 1863, que, s'ouvrit à Genève, une conférence groupant les représentants de plusieurs états européens, dont la France. Les décisions prises, par cette conférence, furent ratifiées, le 24 août 1864, par les représentants de douze pays (1) et, constituent "La Convention de Genève." (2) Un brassard blanc à croix-rouge - l'inverse du drapeau fédéral suisse - fut l'emblème de la nouvelle organisation.

Les Sociétés Nationales de Secours se constituèrent rapidement dans les pays signataires. La Croix-Rouge, en France, naquit de la fusion des sociétés, dont nous avons déjà parlé : La Société de Secours aux blessés militaires (1864), l'Association des Dames françaises (1877), et l'Union des Femmes de France (1881).

La création du Comité International de la Croix-Rouge, à Genève, en 1864, intéresse, directement, l'histoire des infirmières, car, la Croix-Rouge s'est toujours préoccupée de la mise en place et du perfectionnement de leur formation. Henri Dunant, dans son ouvrage, avait déjà préconisé le recrutement d'infirmiers et d'infirmières volontaires préparés aux activités de secours aux blessés. Dès 1869, la troisième conférence internationale de la Croix-Rouge ayant estimé "l'instruction des infirmières indispensable" (3), chacune des Croix-Rouge nationales des pays signataires organisa cette préparation. Le patriotisme fut, à l'époque, le stimulant qui expliqua la rapide extension du mouvement dans chaque pays : "ce que les religieuses avaient accompli par amour de Dieu, et les gardes-malades illettrées pour assurer leur maigre subsistance, les infirmiers et infirmières de la Croix-Rouge le firent par amour du Pays." (4) La Conférence de 1884 réclamait des études plus poussées et qu'un examen clôturât les cours. Chaque pays, pourrait organiser cette formation comme

(1) Les autres pays étaient : l'Autriche, le Duché de Bade, la Bavière, l'Espagne, la Grande-Bretagne, le Royaume de Hanovre, la Hesse, la Prusse, la Saxe, la Suède, la Suisse et le Wurtemberg.

(2) SEYMER.- op. cit. 120-121

(3) La Commission Internationale de la Croix-Rouge recommande aux sociétés nationales "de pourvoir à l'instruction des infirmières, de leur faire passer un strict examen de capacité, et de les exercer en temps de paix en leur faisant soigner des malades pauvres". Cité par Mlle d'Hassonville - Vice-Présidente de la S.S.B.M. au Congrès International de Montréal. (In : L'Infirmière Française, 1929, T. VII, p. 346)

(4) SEYMER.- op. cit. 122

il l'entendrait (1) ; Madame Seymer signale que, dans les différents pays, la manière dont a été conçu la formation "a toujours été un facteur important du niveau, bas ou élevé, atteint par le nursing." (2)

En 1899, alors que naissait le Conseil International des Infirmières, la Croix-Rouge française fondait son premier dispensaire et inaugurerait ses premiers cours d'infirmières.

Nous retrouverons tout au long de la mise en place de la fonction infirmière cette influence bénéfique de la Croix-Rouge. Elle prendra, d'ailleurs, d'autant plus d'importance que, sans abandonner son objectif original de secours en temps de guerre, la Croix-Rouge n'a cessé d'étendre son intervention en temps de paix.

*

* *

Ce raccourci, de l'histoire de l'infirmière, en cette fin, du XIXe siècle, met, bien en évidence, une mutation profonde dans la manière de concevoir sa situation sociale et son rôle. Si elle procède encore parfois d'un élan charitable, si la fonction est bien souvent considérée comme un prolongement de la vie monastique, elle devient, néanmoins, une carrière civile, une profession qui ne s'adresse plus seulement aux pauvres, aux blessés, aux mourants, mais qui tend à soulager la maladie et la misère physique. Il faut pour cela que les soignantes reçoivent, outre une formation théorique, une formation pratique au lit des malades. La vision prospective de Florence Nightingale est d'avoir compris, que cette profession - elle parlait, elle, de "carrière civile" - n'avait de sens pour le personnel qu'il engage, que si ce personnel parvenait à se libérer - pour s'organiser et se former - de la tutelle des médecins et des administrations hospitalières.

La France, à la même époque, était bien loin de partager ces vues.

La loi du 15 juillet 1893, en rendant obligatoire l'assistance médicale aux malades dénués de ressources, en faisant de cette assistance un service public placé sous le contrôle et la direction de l'Etat, a imposé à celui-ci le devoir de veiller à ce que les malades pauvres soient non seulement soignés, mais bien soignés. (3)

(1) SEYMER.- op. cit. 123 et suivantes

(2) Ibid. 122-123

(3) Loi du 15 juillet 1893 sur l'assistance médicale gratuite et la création d'écoles d'infirmières.

Cependant, la fonction infirmière était encore pensée dans une perspective étroitement hospitalière et pour un personnel intellectuellement médiocre dont la formation, organisée par l'administration hospitalière et exclusivement assurée par des médecins, n'était adaptée ni au niveau intellectuel, ni à la spécificité de leurs activités. Quant à celle des gardes-malades et des bénévoles, elle était abandonnée à l'initiative privée. Dans ces deux cas, infirmières et gardes-malades étaient bien loin de prendre en charge leur formation et leur avenir.

Qui, d'ailleurs, dans l'Administration, s'intéressait au personnel soignant ?

La circulaire du Président du Conseil du 28 octobre 1902 ne constate-t-elle pas que celle du 17 juillet 1899 concernant "la création, au moins dans chacune des villes sièges d'une faculté ou d'une école secondaire de médecine, d'une école d'infirmières" (1) est restée "à peu près sans effet" ? (2)

2. VERS UN STATUT SOCIAL DE L'INFIRMIERE : 1900-1922

Les premières années du XXe siècle ont donné corps aux idées qu'avait semées le XIXe finissant. Dans de nombreux pays du monde vont être légalement défini : la formation, les fonctions et le statut du personnel soignant.

2.1. La mise en place de la fonction infirmière comme activité professionnelle en France

Elle s'est réalisée à deux niveaux institutionnels : l'un public, l'autre privé.

2.1.1. Sur le plan public

- La reconnaissance officielle de la carrière d'infirmière : la circulaire du 28 octobre 1902

Le XXe siècle s'ouvre avec la circulaire ministérielle du 28 octobre 1902, relative à l'application de la loi du 15 juillet 1893, sur l'assistance médicale gratuite et à la création d'écoles d'infirmières.

(1) Circulaire n° 7043 du 28 octobre 1902

(2) Elle n'est pas demeurée sans effet à Lyon, comme il le sera démontré un peu plus loin.

Le Président du Conseil, Ministre de l'Intérieur et des Cultes, s'adressant aux préfets, après avoir rappelé la circulaire de son prédécesseur du 17 juillet 1899, leur indique que la création d'écoles d'infirmières doit être considérée par les commissions hospitalières comme "une obligation absolue à laquelle elles doivent se soumettre." (1) Pour quelles raisons ? Le Ministre les présente dans un avant-propos fort pertinent :

Plus la science progresse, plus apparaît l'importance du rôle de l'infirmière ; plus aussi il devient manifeste que, pour remplir ce rôle, le bon vouloir, le dévouement, l'abnégation même ne suffisent pas ; il y faut de plus une instruction technique. Les commissions hospitalières ont l'obligation morale très étroite de ne confier des malades qu'aux infirmières qui ont justifié avoir acquis les connaissances indispensables à l'exercice de leur état ... L'instruction de l'infirmière n'est pas moins exigible que la salubrité des locaux ; elle est même plus nécessaire, car les malades courent plus de dangers, soignés dans des locaux irréprochables par des infirmières ignorantes, que soignés par des infirmières instruites dans des locaux insuffisants. (2)

Dans cette perspective, le Ministre estime insuffisantes les propositions de 1899 :

Restreindre ces écoles aux villes où existait une faculté ou une école secondaire de médecine est peut-être, pour l'organisation générale qu'il s'agit de créer, une base un peu étroite, et sans doute y a-t-il peu de départements où l'on ne trouvera pas, dans le personnel médical du plus important établissement hospitalier, les éléments nécessaires pour l'instruction professionnelle des infirmières. (3)

La circulaire précise, ensuite, qu'une école d'infirmières ne doit pas se réduire "à des séries de conférences destinées au personnel déjà existant", elle doit "être une véritable école ouverte à des élèves désirant prendre la carrière d'infirmières et s'y préparer." A sa tête, et pour diriger le personnel, "il est très désirable que l'on place une femme". Des servantes et des serviteurs y seront utilisés pour le gros

(1) Circulaire n° 7043 du 28 octobre 1902. J.O. du 30 octobre 1902

(2) Ibid.

(3) Ibid. Le texte prévoit le brevet de capacité, mais à titre temporaire et pour faciliter la transition, il admet le certificat d'études primaires, confirmé par un examen spécial d'entrée (orthographe, calcul, rédaction).

(4) Souligné par nous.

ouvrage. Car, il est bien entendu, que, "l'infirmière, telle qu'on doit la concevoir, est absolument différente de la servante employée aux gros ouvrages de cuisine, de nettoyage ...". Que doit-elle être ? "Réservée aux soins directs des malades", elle est "la collaboratrice disciplinée, mais intelligente, du médecin et du chirurgien."(1) Ainsi, sont présentés d'une manière, très ouverte et dynamique le statut et le rôle de la future infirmière. Le texte officiel ajoute : "en dehors de sa dignité personnelle qu'il est essentiel de sauvegarder, elle doit éprouver une légitime fierté d'un état que relèvent à la fois son caractère philanthropique et son caractère scientifique." Comment, ne pas être séduit, par cette reconnaissance officielle ?

Puis, le Ministre propose quelques suggestions de règlement pour la réalisation de ces nouvelles écoles :

. le nombre d'élèves à recruter sera "nécessairement proportionné aux besoins de la région à desservir." Cependant, "l'expérience conduit à compter une infirmière pour six ou huit malades."

. les aspirantes infirmières qui auront, entre 18 et 30 ans, devront présenter, outre, les aptitudes physiques et les qualités morales exigées par la pratique du métier, de réelles aptitudes intellectuelles.

. le régime prévu pour les élèves sera l'internat, car, il se prête mieux, à l'organisation des exercices pratiques et permet davantage d'inculquer "l'esprit professionnel".

Pourtant, la circulaire n'est pas exclusive et, admet que, puissent fréquenter l'école "des élèves logées dans leur famille ou chez des personnes agréés à la fois par la famille (si elles sont mineures) et par l'administration hospitalière." (2) Les recommandations relatives à l'organisation de la vie en internat témoignent, pour l'époque, d'une réelle ouverture d'esprit :

Le régime de l'internat ne doit avoir rien de rigide ni de morose ; l'installation sera gaie et attrayante ; chaque élève devra avoir sa chambre séparée, meublée sans luxe mais avec goût ; un réfectoire et une salle de bains seront exclusivement réservés aux élèves ; et, de plus, une salle commune sera mise à leur disposition où, dans les heures de loisir, elles pourront se réunir, causer, lire et recevoir leurs parents ou leurs amis du dehors. (3)

(1) Souligné par nous.

(2) Circulaire n° 7043.- op. cit.

(3) Ibid.

La circulaire recommande, enfin, de faire en sorte que "les élèves ne se sentent pas cloîtrées." D'où, l'autorisation d'une sortie réglementaire, tous les quinze jours et, la possibilité d'en obtenir d'autres, après accord, avec les parents pour les mineures.

En ce qui concerne l'enseignement, donné gratuitement aux élèves pensionnaires, la circulaire se réfère à celle de 1899. Le Ministre insiste seulement, sur "l'extrême importance de l'enseignement pratique" et la nécessité de favoriser "un roulement dans les divers services, particulièrement entre les salles de médecine et les salles de chirurgie, les salles de contagieux et la maternité." Chaque service, comportant, un apprentissage particulier.

Le texte officiel de 1902 prévoyait une année d'étude, suivie, d'une année de stage que, l'élève passait sous la direction de l'école et, au cours de laquelle elle devait être rémunérée, en reconnaissance "des services appréciables" qu'elle était, alors, capable de rendre.

Il était prévu que les infirmières titulaires avanceraient dans leur carrière en accédant à différentes classes qu'il restait à établir. On recommandait, de leur proposer, des "traitements honorables" qui devaient être plus élevés que ceux qu'elles percevaient à l'époque. "Les exigences professionnelles étant supérieures, il est juste - disait la circulaire - que la rémunération le soit aussi." De même, on devait veiller "à ne pas négliger le stimulant de l'avancement possible", la sécurité à l'intérieur de la carrière était garantie, par un article spécial, précisant "qu'une infirmière diplômée ne pourra être congédiée que sur une délibération de la commission administrative, prise le médecin entendu, motivée et approuvée par le Préfet."

L'établissement devait, enfin, fournir aux élèves et aux infirmières "un uniforme simple et seyant" qu'elles pourraient porter même dans leurs sorties. Car, disait le Ministre - et cela fera peut-être sourire nos collègues - "l'esprit professionnel y trouvera profit, et le port de cet uniforme, en inspirant l'estime, constituera une sauvegarde" !...

La circulaire abordait, ensuite, les incidences économiques de la création des nouvelles écoles et concluait :

Il importe, en tous cas, d'aboutir. C'est une oeuvre importante que je vous invite à entreprendre, et dont les derniers termes seront, d'une part, un service public convenablement outillé et, d'autre part, un débouché ouvert aux activités féminines sur le terrain où elles

...

...
peuvent se déployer le plus utilement. On ne peut pas admettre plus longtemps que les malades soient confiés aux soins de personnes dont les preuves d'instruction spéciale ne sont pas fournies. La justification d'aptitude qui est exigée de ceux qui veulent enseigner doit l'être avec autant de raisons au moins de ceux qui s'offrent à soigner les malades, puisque ici l'ignorance peut, en dépit des sacrifices de la société et de la science des médecins, causer la mort des malheureux qui viennent dans nos hôpitaux chercher la guérison. (1)

Comment ne pas être, agréablement, surpris à la lecture de ce texte ministériel qui transforme les activités de l'infirmière en une carrière, la traite avec une certaine considération et reconnaît la spécificité de sa fonction ? Ce texte, cependant, ne fait-il pas la preuve que la création d'une profession, son évolution, son identification sont étroitement liées à la mise en place d'une formation et d'une école spécifique ?

Mais les réalisations furent-elles à la hauteur de vue de la conception ? Il est possible de le savoir en examinant quel sort fut fait à la circulaire ministérielle par les administrations hospitalières : L'école professionnelle d'infirmières de l'Hospice de la Charité, à Lyon, peut être prise comme exemple. (2)

- L'école professionnelle d'infirmières de l'Hospice de la Charité de Lyon

Cette école créée, à la suite de la circulaire du 17 juillet 1899 fut, à ses débuts, fréquentée presque exclusivement par des religieuses. Les archives de l'Hôtel-Dieu de Lyon nous ont permis de retrouver les délibérations des conseils d'administration des Hospices Civils qui décidèrent cette création.

. Les délibérations des conseils d'administration des Hospices Civils de Lyon du 23 septembre et du 28 novembre 1899

Sur la proposition du Président du Conseil, considérant qu'il y a lieu de se conformer aux projets et aux recommandations de l'autorité supérieure au sujet de l'instruction professionnelle à donner aux personnes qui veulent se consacrer aux
...

(1) Circulaire n° 7043.- op. cit.

(2) La première école d'infirmières fut ouverte en 1878 par l'Assistance Publique de Paris, à l'Hôpital de la Salpêtrière. Pour illustrer les circulaires de 1899 et de 1902, nous avons choisi de prendre comme exemple l'école des Hospices Civils de Lyon créée en 1899.

...
soins des malades ; ce Conseil arrête le règlement dont la teneur suit, concernant l'école d'infirmières, à établir par le Conseil général d'administration des Hospices Civils de Lyon. (1)

But et siège de l'école

Pour répondre, au désir, exprimé par le Conseil supérieur de l'Assistance Publique dans sa délibération du 19 mars 1898,⁽²⁾ et par circulaire du Ministre de l'Intérieur du 17 juillet 1899, une école d'infirmières est créée par les soins du Conseil général d'administration des Hospices Civils de Lyon.

Cette école a pour but, de donner aux personnes qui veulent soigner les malades soit à domicile, soit à l'hôpital, un enseignement professionnel qui les rendra capables de seconder les médecins, d'exécuter intelligemment leurs prescriptions et de donner des soins éclairés aux malades.

L'école est placée, sous l'autorité et la direction exclusive du Conseil général d'administration des Hospices Civils de Lyon.

Son siège est l'hospice de la Charité à Lyon.

Conditions d'admission

L'école est ouverte, à toute personne, se destinant à la profession d'infirmière sans distinction de culte, de croyance, ou de nationalité, aux conditions suivantes :

Les postulantes devront être âgées de 18 ans révolus.

Elles devront, avant le 20 octobre, se faire inscrire à l'économat de l'Hospice de la Charité et, pour cela, adresser une lettre de demande, écrite en entier de leur main, à l'administrateur directeur de l'Hospice de la Charité, en joignant à l'appui :

a) Leur bulletin de naissance.

b) Si elles sont mineures et non mariées, l'autorisation de leur père ou de leur tuteur ; si elles sont mariées et non séparées de corps, l'autorisation de leur mari et leur bulletin de mariage ; si elles sont séparées de corps, l'extrait du jugement passé en face de la chose jugée,

(1) Registre des délibérations des conseils d'administration des Hospices Civils de Lyon - Année 1899.- Ecole d'infirmières - Création et règlements approuvés par le Conseil d'administration du 23 septembre 1899

(2) On trouvera en Annexe I le seul document concernant cette période, qui nous a été adressé par l'Assistance Publique de Paris.

si elles sont veuves ou divorcées, l'acte de décès du mari ou l'acte constatant le divorce ; si elles appartiennent à une congrégation religieuse, l'autorisation de la supérieure de leur congrégation.

c) Un certificat de bonne vie et mœurs délivré par le maire de leur commune ou le commissaire de police de leur quartier.

d) Un extrait de leur casier judiciaire.

e) Les certificats d'études ou les brevets qu'elles pourraient posséder.

Les postulantes ne pourront être admises à l'école d'infirmières qu'à la condition de produire le certificat d'études prescrit par l'arrêté ministériel du 1er août 1879, pour les aspirantes au titre d'élève sage-femme.

Cette année, à titre exceptionnel et transitoire, les postulantes qui n'ont pas le certificat d'études prescrit par l'arrêté du 1er août 1879 ou un certificat équivalent pourront, si elles justifient, avoir rempli depuis cinq ans, au moins, les fonctions d'infirmière, soit dans un hôpital, soit à domicile, être admises à l'école, à la condition de passer un examen devant l'administration de l'Hospice de la Charité, afin d'établir qu'elles possèdent une instruction primaire suffisante pour suivre l'enseignement donné à l'école.

L'admission est prononcée définitivement par l'administrateur-directeur de l'Hospice de la Charité.

Une carte personnelle et nominative sera délivrée à chaque élève, cette carte devra être renouvelée à chaque trimestre.

Les élèves admises seront, avant leur entrée, soumises à la vaccination.

Enseignement

a) Programme

Le programme de l'enseignement donné à l'école d'infirmières est le programme adopté par le Conseil supérieur de l'Assistance Publique dans sa séance du 17 mai 1899. (1)

b) Organisation

L'enseignement donné à l'école est théorique et pratique. Un chirurgien des hôpitaux et un médecin des hôpitaux sont chargés de l'enseignement théorique.

(1) Voir Annexe I

Des répétitions aux élèves sur les cours professés par ces chefs de service seront faites par des soeurs hospitalières brevetées.

L'enseignement pratique sera donné, au lit du malade et constituera le stage obligatoire pour toutes les élèves de l'école.

c) Durée

La durée des études est d'une année, à partir du premier lundi, après le 2 novembre.

Les examens de clôture des cours seront passés pendant le mois d'octobre.

Les cours et les exercices de l'école seront suspendus huit jours avant Pâques et repris huit jours après.

Fonctionnement de l'école

Les élèves, admises à l'école, seront réparties dans les services de médecine et de chirurgie d'après un roulement qui sera fixé par l'administration, après avoir pris l'avis des professeurs de l'école. Les élèves-infirmières seront tenues de se conformer strictement au roulement établi.

La présence des élèves est obligatoire, dans les services qui leur seront assignés et dans les salles de cours ou d'études, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, le matin de 8 heures à 12 heures et le soir de deux heures à cinq heures.

Les élèves seront tenues, sous peine d'exclusion, de se conformer aux instructions qui leur seront données pour suivre l'enseignement théorique et l'enseignement pratique et de se soumettre aux règlements intérieurs de l'Hospice de la Charité.

En cas de désobéissance, d'infraction à la discipline ou de violation volontaire du règlement, l'exclusion de l'école pourra être prononcée par l'administrateur directeur de l'Hospice de la Charité.

Les soeurs hospitalières des hôpitaux et des hospices de Lyon, qui seront admises à l'école d'infirmières, seront tenues, de suivre à l'Hospice de la Charité les cours professés par les deux chefs de service, elles pourront assister aux répétitions qui en sont le complément et faire leur stage dans leurs maisons respectives.

Examen

A la fin de l'année scolaire, les élèves recevront, un certificat d'aptitude professionnelle, si elles ont satisfait à l'examen qui sera passé devant un jury spécial.

Jury d'examen :

Le jury d'examen de fin d'année sera composé :

d'un administrateur des hôpitaux, président

d'un chirurgien des hôpitaux

d'un médecin des hôpitaux

d'un professeur de l'école d'infirmières.

Les élèves devront présenter au jury un certificat de stage signé par les chefs des différents services auxquels elles auront été attachées, attestant qu'elles ont suivi avec assiduité les services des malades pendant l'année entière.

L'administration de l'Hospice de la Charité donnera, sur chaque élève, une note qui sera soumise au jury et qui aura pour but de lui faire connaître les qualités que l'élève a révélées ou les insuffisances qu'on pourrait lui reprocher. La note portera sur l'assiduité, la régularité dans le stage, la patience, la douceur avec les malades, l'aptitude à leur donner des soins, en un mot sur ce qui constitue les qualités professionnelles.

Le refus du certificat à la suite de l'examen entraînera une nouvelle année d'étude si l'élève veut obtenir son diplôme, cependant après trois examens successifs le refus sera définitif.

Il est, aussi, important, de signaler qu'aucune rétribution, en argent, n'est demandée aux élèves.

Enfin, au cours, de ce même conseil, on note : "il est sursis jusqu'à nouvel ordre à la création d'une école d'infirmières." (1)

Ce fut, au cours, d'une nouvelle réunion du conseil d'administration le 8 novembre 1899 que les médecins chargés de l'enseignement furent désignés.

(1) Registre des délibérations des conseils d'administration des Hospices Civils de Lyon.- op. cit.

Sur la proposition du Président du Conseil,
Vu la délibération du 20 septembre 1899, approuvée
par l'autorité préfectorale, le 23 septembre 1899,
portant création d'une école d'infirmières, à l'Hospice
de la Charité,
vu la lettre du 25 octobre 1899, par laquelle le
Président du comité médico-chirurgical fait connaître
l'avis du comité, pour la désignation des chefs de
service chargés de faire en 1899-1900 les cours à
l'école d'infirmières,
le Conseil désigne comme chargé de l'enseignement des
élèves à l'école d'infirmières, pour l'année scolaire
1899-1900, le Docteur Vincent, chirurgien titulaire de
l'Hospice de la Charité et le Docteur Rabot, médecin des
hôpitaux. (1)

L'enseignement et l'évaluation des élèves-infirmières, comme
le confirme la délibération du conseil d'administration, étaient donc
l'affaire, uniquement, des médecins et de l'administration hospitalière,
ce qui était, dans la règle des choses, puisque, ces élèves-infirmières
étaient, presque, exclusivement, des religieuses qui dépendaient de la dite
administration et lui devaient obéissance.

Cependant, on aurait pu penser que les soeurs hospitalières, dont
certaines soignaient les malades depuis fort longtemps, avaient quelque
chose à apprendre aux élèves-infirmières, qu'elles allaient intervenir
dans les répétitions et les soins à donner aux malades mais, en réalité,
rien, ne nous permet, de dire qu'il en fut ainsi. Un doute, par ailleurs,
subsiste dans notre esprit car, nous avons retrouvé dans le procès verbal
de la séance du conseil d'administration, du 10 mai 1899, des précisions
sur les répétitions données aux élèves sages-femmes, dont l'école fonc-
tionnait, depuis 1807 ; (2) elles étaient, à l'époque, assurées, par un
nommé M. Sargnon, élève-interne de l'Hospice de la Charité. Pendant, la
période du 1er novembre 1898 au 30 avril, il a fait, deux fois, par
semaine, aux soeurs de l'école d'accouchement, un cours supplémentaire de
pansement et de petite chirurgie pour lesquels, il lui fut alloué, une
indemnité de 200 francs. (3)

Bien, que ces excellentes initiatives aient, à la longue, porté
leur fruit, la tâche qu'avait entrepris les Hospices Civils de Lyon fut
dure et souvent décourageante pour plusieurs raisons :

(1) Registre des délibérations des conseils d'administration des
Hospices Civils de Lyon.- op. cit. Séance du 8 novembre 1899

(2) CROZE (A...)- Les soeurs hospitalières des Hospices Civils de
Lyon.- op. cit. 121

(3) Registre des délibérations des conseils d'administration des
Hospices Civils de Lyon.- op. cit. Financement des répétitions de cours
donnés aux élèves sages-femmes.

. d'une part, le recrutement des hospitalières se faisait dans une classe sociale dont l'instruction de base n'était pas en rapport avec l'instruction professionnelle qu'elles étaient appelées à recevoir, d'où, la nécessité, de faire de l'instruction primaire d'adultes, demandant alors beaucoup de peine pour arriver à un résultat satisfaisant ;

. d'autre part, ces soeurs, ayant l'esprit congréganiste, refusaient de donner certains soins aux malades de sexe masculin, de traiter ceux ou celles atteints de maladies vénériennes... passaient de longues heures à la chapelle...

. enfin, l'enseignement donné aux hospitalières de Lyon présenta un certain nombre d'inconvénients : il fut, d'abord, d'une durée trop brève, huit mois seulement, alors que le Conseil supérieur de l'Assistance Publique de Paris avait préconisé trois ans d'études ; en outre, l'enseignement fut, exclusivement, confié aux docteurs en médecine, ce furent, eux aussi, qui apprécièrent l'élève en stage à l'hôpital, si bien que les élèves douées d'une bonne mémoire et empressées, pendant la visite, eurent facilement des notes excellentes qui ne correspondaient pas toujours à leur compétence réelle.

- La reconnaissance officielle des infirmières des hôpitaux militaires : le décret de juillet 1903

La France, au début de ce siècle, ne possédait pas un corps d'infirmières militaires.

Au cours de la guerre de 1870, les soins aux blessés militaires furent prodigués par la Société de secours aux blessés militaires S.S.B.M. qui fut reconnue d'utilité publique en 1866, ainsi que par les membres de l'Association des Dames de France (A.D.F.) et de l'Union des Femmes de France (U.F.F.) dont nous avons déjà parlé. En temps de paix, les grands hôpitaux militaires du Val de Grâce, de Lyon, Nancy, Toulon... recevaient quelques infirmières admises après concours. Mais, leur nombre apparaissait comme, tout à fait, insuffisant, pour répondre aux besoins des hôpitaux du territoire en temps de guerre. Aussi, le 22 juillet 1909, le bulletin officiel publie la notice n° 27 relative à l'organisation et à l'administration d'un personnel d'infirmières laïques dans les hôpitaux militaires.

Leur rôle

Le rôle des infirmières des hôpitaux militaires consiste à participer, sous l'autorité et la direction des médecins, aux soins à donner

aux malades et blessés, ainsi qu'à l'exécution des mesures d'hygiène ou de prophylaxie (individuelle ou collective).

Elles procèdent concurremment avec les infirmières de visite à l'administration des médicaments et participent à la surveillance de la distribution des aliments ; en l'absence de cette dernière, elles peuvent assurer la tenue de différents cahiers : visites médicales, relevés journaliers de prescriptions...

Il peut leur être confié, en outre, certains travaux techniques, dans les salles d'opérations, de stérilisation, de radiologie, de pansements, de consultations...

2.12. Sur le plan privé

- La création d'écoles d'infirmières

Parallèlement à l'effort réalisé, sur ordre du Président du Conseil, Ministre de l'Intérieur et des Cultes, par les administrations hospitalières, se créèrent, librement, sur le plan privé, des écoles d'infirmières dont l'objectif était essentiellement de donner à leurs élèves une bonne formation professionnelle. Trois, d'entre elles, peuvent être retenues.

. L'École professionnelle d'assistance aux malades de la rue Amyot, à Paris, créée en 1900, avait pour but d'ouvrir une nouvelle carrière aux élèves de l'enseignement secondaire. L'effectif des élèves admises après concours était limité, l'enseignement donné, était payant. (1)

. La seconde école, l'École de la maison de santé protestante, s'ouvrit à Bordeaux. En 1901, nommée médecin chef de la Maison de santé protestante de Bordeaux, Mademoiselle le Docteur Hamilton fonde, dans cet établissement une école d'infirmière dont elle confie la direction à Miss Catherine Elston, diplômée de "London Hospital". Le Docteur Hamilton, qui était l'auteur d'une thèse remarquée "Considérations sur les Infirmières des Hôpitaux" où elle dénonçait la nullité du personnel hospitalier avec lequel elle avait travaillé, avait été

(1) 80 francs par mois en 1900, payables par trimestre d'avance. Certaines élèves peu fortunées pouvaient bénéficier de bourses.



favorablement impressionnée, durant un séjour à Londres, par la qualité de la formation donnée aux infirmières dans les hôpitaux-écoles. S'inspirant du système Nightingale, le Docteur Hamilton et Miss Elston adaptèrent, aux coutumes françaises, les conditions matérielles et l'enseignement pratique qui avaient si bien réussi en Angleterre, puis au Pays-Bas et aux États-Unis. L'école recevait deux types d'élèves : des élèves internes, protestantes (1), et des élèves externes admises quelle que soit leur religion. Les unes et les autres devaient être âgées de 21 à 35 ans, avoir reçu une bonne éducation, posséder une santé normale et de bonnes garanties de moralité. Plus tard, l'école s'installera à Bagatelle sous le nom de Florence Nightingale.

. La Maison-Ecole d'infirmières privées de la rue Vercingétorix, à Paris, dirigée dès 1904 par Mademoiselle Chaptal, est la troisième école que nous retiendrons. Elle fut reconnue comme établissement d'utilité publique, en 1911. Elle recevait trois catégories d'élèves : des élèves internes en chambre, des élèves internes en dortoir et des élèves ~~externes~~ libres de tout engagement.

- La durée des études

Dans ces trois écoles, l'enseignement durait deux ans, au bout desquels les élèves passaient un examen qui leur permettait d'obtenir un diplôme.

A partir, de leur troisième année, les élèves de la rue Amyot devenues gardes-malades travaillaient pour le compte de "l'Association pour l'assistance aux malades", car, elles s'engageaient, au moment de leur inscription à l'école, à servir l'Assistance Publique pendant sept ans. (2)

De même, rue Vercingétorix, les deux premières catégories d'élèves, une fois diplômées, étaient tenues d'accepter les emplois procurés par la Direction, car, elles signaient, dès l'entrée, un engagement de cinq ans, (années d'études comprises) envers la société. En outre, elles étaient

(1) Elles payaient la somme de 1 000 francs par an en 1900, si elles possédaient des ressources personnelles suffisantes. Huit d'entre elles - si elles étaient sans fortune - pouvaient bénéficier d'une bourse.

(2) Elles pouvaient se libérer de leur engagement à l'égard de l'Assistance Publique moyennant, à l'époque, la somme de 800 francs.

invitées à verser, pendant cette période, "un pourcentage de leurs salaires à la Société, à titre d'indemnités, selon les emplois." (1) Les infirmières avaient "la faculté de renouveler cet engagement de trois ans en trois ans dans la suite avec une diminution du taux de pourcentage, selon leur ancienneté." (2)

- La formation

Au cours de leurs deux années d'études, les élèves recevaient une formation théorique et une formation pratique.

La formation théorique était donnée par des médecins et des chirurgiens. La formation pratique restait, selon les écoles, de valeur inégale. Rue Amyot, les élèves allaient en stages pratiques dans les services de leurs professeurs. Mais, les gardes-malades ne leur donnaient alors, au lit des malades, qu'une formation très médiocre.

Par contre, à Bordeaux, la formation pratique était donnée dans un hôpital de 68 lits accueillant adultes et enfants dans des services de médecine, de chirurgie et de spécialités.

Les élèves travaillaient pendant trois mois dans les différentes unités de soins sous la responsabilité immédiate des gardes-malades diplômées. Ceci, afin de se familiariser avec les différents types de soins susceptibles d'être donnés aux malades.

L'organisation du travail des élèves internes était réalisée de façon que les salles de malades ne soient jamais désertées : les congés étaient obtenus, par roulement, et les repas distribués au cours de deux services différents de manière que les élèves puissent les prendre tranquillement.

Elles étaient vêtues de robe de toile et de tablier blanc, dans les services de malades ; en salle d'opération, elles portaient une blouse blanche à manches courtes ; ceci dans le but de répondre, d'une part, aux exigences de l'hygiène, mais, aussi, dans un but d'esthétique et de gaieté.

En 1904, devant une expérience aussi probante, les Hospices Civils de Bordeaux, avec l'accord du maire de la ville, le Docteur Laude, créèrent deux autres écoles de même type, à l'Hôpital public de Saint-André puis à l'Hôpital du Tondu. L'Hôpital civil de Béziers fera de même.

(1) Obligations des élèves et règlements Maisons-écoles d'infirmières privées. Art. II (In : L'Infirmière française, T. I, 1924, pp. 174 à 176)

(2) Ibid.

Les infirmières, diplômées des écoles de Bordeaux, seront fort appréciées dans le monde hospitalier tant en France qu'à l'étranger.

"En 1908, sept écoles auraient fonctionné en France d'après les normes anglaises (quatre écoles publiques et trois écoles privées)." (1)

Signalons, enfin, qu'à la Maison-Ecole d'infirmières privées de la rue Vercingétorix, les élèves ayant bénéficié de l'internat avec engagement pendant leurs études devaient revenir "tous les trois ou quatre ans, faire un stage d'un mois au moins à la Maison-Ecole pour se tenir au courant de leur profession et des nouvelles méthodes qui pourraient y être introduites." (2) Initiative heureuse qui, préfigure, en quelque sorte, la formation continue !

*

* *

Une réflexion sur cette mise en place de la fonction infirmière comme activité professionnelle, en France, au début du XXe siècle, suggère quelques remarques.

On ne peut qu'être sensible au souci réel d'instaurer une profession. Sur le plan public, cependant, se manifeste un certain décalage entre la lucidité et l'ampleur de vue des politiciens, et la mollesse, pour ne pas dire la médiocrité, mises dans l'exécution des projets présentés dans leurs circulaires. Doit-on, seulement, alléguer comme explication, la loi de décalage entre la pensée et l'action... ? Sur le plan privé, par contre, des tentatives intéressantes ont été élaborées pour donner à l'infirmière une compétence professionnelle, à l'Ecole de Bordeaux notamment, ou encore à l'Ecole de la rue Vercingétorix, avec l'ébauche d'une formation continue.

Il est, par ailleurs, intéressant et significatif de relever la conception qu'avaient, du climat de formation et de la vie des infirmières, les professionnelles de l'époque. Les règles de vie, auxquelles sont soumises ces jeunes femmes sont dures et, ne laissent guère de place aux loisirs, au repos, à la détente, à la culture. On vit en internat, entre femmes, un peu en cercle fermé, ce qui laisse

(1) DUVAL (Mlle).- "Regards sur le passé", p. 486

(2) Obligations des élèves et règlements.- op. cit. Art. X

penser qu'on n'est pas, très éloigné, des règlements et des statuts des congrégations religieuses.

Il peut être, intéressant, de confronter à la position de la France la manière, dont à l'étranger, furent créées et fonctionnèrent les premières écoles d'infirmières.

2.2. La mise en place de la fonction infirmière comme activité professionnelle, sur le plan international

2.21. La création du Conseil International des Infirmières (1899)

Dès 1899, M. Bedford Fenwick crée le Conseil International des Infirmières. Il a pour but "d'étudier les problèmes du nursing, de préconiser les réformes professionnelles nécessaires, de développer l'esprit critique chez ses membres, de faire connaître et respecter la profession d'infirmière et d'élever toujours davantage le niveau du nursing." (1) La création de ce Conseil International avait été possible grâce à la formation - surtout dans les pays de langue anglaise - d'Associations nationales d'infirmières. En Angleterre, au Canada, aux Etats-Unis, celles-ci avaient pris en main leur profession, organisé les études et proposé des diplômes officiellement reconnus. (2)

C'est dire, qu'avant la guerre de 1914-1918, un mouvement spécifiquement infirmier était né qui ne cessera de s'amplifier et de grandir à l'issue de la guerre.

2.22. La formation des infirmières en Europe

En Europe, la formation proposée par Florence Nightingale ne cesse de s'étendre, non seulement en Angleterre, mais aux Pays-Bas, en Norvège, en Suède, en Hongrie et même jusqu'au Japon où, comme dans certains pays européens, il fut difficile, au début, de concevoir qu'une femme puisse approcher et soigner un homme en dehors de sa famille.

(1) Ecole Florence Nightingale de Bordeaux.- L'Infirmière Hospitalière. T. I, 8e éd., p. 21

(2) Les infirmières françaises ne rejoindront leurs collègues qu'après la guerre de 1914-1918.

Sous l'impulsion, de la Croix-Rouge, de nombreuses associations se développèrent en Allemagne et en Autriche. (1) Les "Dames badoises" créèrent, par exemple, à l'hôpital académique d'Heidelberg, une école de gardes-malades dans laquelle les cours étaient dispensés gratuitement et, où la formation pratique avait lieu non seulement à l'hôpital, mais auprès des malades, soignées à domicile, dans les crèches et les jardins d'enfants. Semblable était la formation donnée aux gardes-malades dans l'école de l'"Hôpital Augusta" à Berlin, qui ne recevait, par contre, que des candidates nobles de par leur père ou leur mère.

En Autriche, ce fut le Professeur Billoth qui, se souvenant combien les soins aux blessés avaient été défectueux pendant la guerre de 1870, conçut l'idée, de fonder une école hospitalière dans le but de former pour son pays des infirmières modèles. Afin de trouver des ressources suffisantes pour la création de son oeuvre, il y intéressa toutes les hautes personnalités de son pays qu'elles appartiennent au monde aristocratique, industriel, scientifique ou politique. L'école avait alors un double objectif :

- . améliorer le sort des blessés en dressant de bonnes infirmières de la Croix-Rouge.
- . offrir une profession nouvelle aux femmes d'éducation en les employant dans les hôpitaux en temps de paix, et dans les ambulances en temps de guerre. (2)

L'instruction professionnelle était réalisée, au lit du malade, à partir d'un cas concret, sous la surveillance d'une garde-malade ; par ailleurs, la direction de l'hôpital était assurée par une surveillante-chef qui, tout en s'occupant des élèves, administrait aussi bien l'économat et la gestion générale de l'hôpital qu'elle veillait à maintenir les soins aux malades au plus haut niveau, dans un hôpital modèle de quarante lits.

2.23. La formation des infirmières aux Etats-Unis et au Canada

En dehors de l'Europe, les Etats-Unis d'Amérique et le Canada, dès le début du XXe siècle, pouvaient être considérés comme des modèles dans l'art de soigner les malades, car l'enseignement des "nurses" y

(1) Voir à ce sujet SEYMER.- op. cit. 123-124

(2) HAMILTON et REGNAULT.- op. cit. 226

était institué depuis près de trente ans, le niveau d'instruction des gardes-malades était plus élevé que partout ailleurs. A cette époque, tout hôpital un peu important, tant aux États-Unis qu'au Canada, possédait son école de gardes-malades et s'efforçait de relever le niveau de cette profession. Comme l'Angleterre, l'Amérique en créant des écoles de gardes-malades à l'intérieur des hôpitaux avait su adapter les programmes d'enseignement tant dans leur contenu que dans leur durée aux besoins en soins des malades hospitalisés ; elle recruta un personnel capable, dans un premier temps, de soigner efficacement et, ensuite, d'instruire les novices qui arrivaient. Non seulement ces écoles ont donné d'excellents résultats, mais, les hôpitaux se sont ainsi assurés le concours d'un personnel capable, zélé ; tout en fournissant à la société des gardes-malades instruites et à la hauteur de leurs tâches.

L'intérêt suscité par les "nurses" augmenta d'années en années dans le public : ainsi de riches particuliers fondèrent des prix pour les élèves-infirmières, et offrirent de magnifiques hôtels pour les associations de nurses. La profession de nurses était donc reconnue et considérée par le grand public, elle avait fait, sa place, dans la hiérarchie sociale de cette société capitaliste, bien qu'en fait, tout comme en Angleterre, cette profession de gardes-malades fut exclusivement réservée aux femmes, une seule école, à cette époque, recevait des hommes.

La réussite de la formation n'était plus à discuter et reconnue du monde entier ; un professeur d'une école municipale d'infirmiers ou d'infirmières de Paris, visitant un hôpital de Baltimore, très surpris par l'aspect des nurses, dit en parlant d'elles :

"Leur uniforme d'une blancheur éclatante, leur respect pour les malades, la délicatesse de leurs manières, leur bonté, leur instruction professionnelle, leur irréprochable tenue m'ont vivement frappé." (1)

En outre, en 1907, s'ouvrit à Londres, la huitième conférence de la Croix-Rouge, au cours de laquelle l'infirmière fut reconnue comme "professionnelle", elle n'est plus seulement dite "infirmière diplômée", elle doit avoir subi "une formation essentiellement pratique dans des dispensaires-écoles spécialement établis à cet effet." (2)

(1) HAMILTON et REGNAULT.- op. cit. 242

(2) SEYMER.- op. cit. 124

Lorsque éclata la guerre de 1914-1918, les nations belligé-
rantes eurent à leur disposition un personnel infirmier beaucoup mieux
préparé que par le passé, et beaucoup plus efficace ; ce qui, tant en
France (1), qu'à l'étranger, était une preuve de l'amélioration de la
formation qui leur avait été donnée.

*

*

*

En ce début, du XXe siècle, l'idée que l'on se fait de l'infir-
mière s'est considérablement enrichie et affinée.

Elle peut être religieuse ou civile. Son activité peut rester
bénévole, mais on accepte qu'elle en fasse une profession que l'on
veut digne, et reposant sur une bonne formation professionnelle.

Sans doute, il e fallu plus de temps à la France qu'aux pays
étrangers, pour en prendre conscience. Au cours de la seconde moitié
du XIXe, notre pays a, en effet, traversé une crise de personnel grave :
tant sur le plan hospitalier que sur le plan extra-hospitalier, l'absence
d'un personnel soignant qualifié s'est fait cruellement sentir.

Mais, dès les premières années du XXe siècle, la profession
d'infirmière et son intérêt ont été officiellement reconnus. Ne doit-
elle pas devenir la "collaboratrice" du médecin ?

Les problèmes posés par cette activité professionnelle nais-
sante sont, alors, loin d'être résolus. Quelle est sa finalité ? En
quoi consiste sa spécificité ? Comment concevoir les modalités de la
formation ? Qui s'en chargera ?

Toutes ces questions étaient dans l'air lorsqu'a éclaté la
guerre de 1914-1918. En apportant au personnel infirmier soignant expé-
rience et compétence, ces quatre années de tourmente permettront, dès
l'après-guerre, de reprendre l'ensemble du problème infirmier.

(1) En France, le personnel infirmier militaire fut recruté exclu-
sivement à partir des trois sociétés de la Croix-Rouge française. Le
8 mars 1916, M. Justin Godard, sous-secrétaire d'Etat au Service de
Santé, crée un corps spécial d'infirmières françaises, et le 20 mars
1917 le bulletin officiel publie l'instruction réglant le statut des
infirmières de la Croix-Rouge en service dans les formations militaires.

Dès la fin de la Grande Guerre, en effet, alors que chaque pays belligérant pensait ses blessures, la Croix-Rouge décide de mettre au service de la Santé Publique, en temps de paix, l'expérience et la compétence acquises au cours de la guerre par son personnel infirmier. Avant même, la signature du traité de Versailles (1), en avril 1919, à la Conférence médicale de Cannes est lancée l'idée d'une organisation internationale des Sociétés de la Croix-Rouge. Une commission de cette conférence consacrée au nursing propose cinq résolutions qui constituent, le point de départ, de l'expansion du nursing au sein des actions de formation de la Croix-Rouge, elles ont, également, fortement inspiré, en dehors même, de la Croix-Rouge, une conception nouvelle des soins infirmiers et de la formation du personnel soignant. Le texte des résolutions de Cannes était ainsi libellé :

1° Le bureau recueillera, analysera, publiera et répandra les renseignements relatifs au nursing et à l'action féminine dans le domaine de la santé publique, c'est-à-dire dans certaines questions particulières telles que la lutte contre la tuberculose, la protection de l'enfance, la prévention de la cécité, le soin des femmes enceintes, le service social, etc...

2° Une propagande sera entreprise, aussitôt qu'il sera possible, dans les pays où les services d'infirmières hospitalières ou visiteuses qualifiées ne sont pas encore suffisamment développés, en vue d'encourager l'établissement d'écoles professionnelles pour infirmières.

3° On recherchera et on formera des personnes capables d'enseigner les soins à donner aux malades et de former les visiteuses, de manière que ces personnes puissent retourner dans leur pays avec l'autorité nécessaire pour lancer et diriger un mouvement en vue de l'établissement d'écoles d'infirmières.

4° Un système de bourses d'études sera établi pour que les infirmières qualifiées puissent recevoir l'instruction complémentaire qui leur permettra de devenir infirmières visiteuses et de former à leur tour d'autres infirmières.

5° On répandra très largement les renseignements relatifs à l'importance du rôle de l'infirmière visiteuse et à l'insuffisance des moyens actuels de formation des infirmières qualifiées ; on vulgarisera de même toutes indications relatives à la transformation des cours préparatoires dans les écoles existantes en vue de les mettre en état de préparer des infirmières visiteuses, et l'on s'efforcera de former des écoles spéciales afin de préparer les femmes qualifiées en nombre suffisant pour répondre aux immenses besoins qui se révèlent dans ce domaine. (2)

(1) Signature du traité de Versailles, le 29 juin 1919.

(2) SEYMER.- op. cit. 127-128

Il faut signaler, enfin, qu'une infirmière diplômée fut nommée à la tête de la Section des Infirmières du secrétariat central de la Ligue des Sociétés de la Croix-Rouge, "le but principal de cette Section est d'encourager la fondation d'écoles d'infirmières dans les pays qui en sont dépourvus ; de favoriser la formation des infirmières visiteuses par l'octroi de bourses d'études ; enfin d'élever le nursing, dans les écoles de Croix-Rouge, au plus haut degré de l'idéal professionnel."(1)

Comment ces idées vont-elles prendre forme au cours des vingt ans qui suivirent la fin de la Première Guerre mondiale ?

*

*

*

(1) SEYMER.- op. cit. 128

DEUXIEME PARTIE

L'INFIRMIERE... AUJOURD'HUI

En entrant dans l'époque contemporaine (1919-1976) l'esquisse de l'infirmière que nous souhaitons brosser exige, pour être fidèle, que nous prolongions la dimension historique de notre étude par une analyse des différentes activités professionnelles des infirmières en nous demandant pour chacune d'entre elles, si la formation reçue les préparait à assurer les responsabilités de soins que réclamait la population.

Nous essayerons de rendre compte de l'évolution dont la formation fut l'objet, au fil des temps, et, pour préciser notre étude, nous n'omettrons pas de relater les opinions des infirmières elles-mêmes, du corps médical et des hommes politiques sur l'essor de cette profession, ses devoirs et ses droits et les besoins en formation du personnel soignant.

Qu'est-il advenu des infirmières avant et après la Seconde Guerre mondiale ?

C H A P I T R E I

L'ENTRE DEUX GUERRES

La période (1919-1939) qui se déroule, entre les deux guerres mondiales a été, en France, une période décisive dans la mise en place des activités professionnelles des infirmières. L'oeuvre législative, de cette époque, a été le fruit d'une étroite concertation entre les autorités ministérielles et les représentantes des infirmières. Celles-ci, outre, leurs constantes interventions auprès du Ministre, ne cesseront de réfléchir sur les améliorations à apporter à leur profession.

1. LES ANNEES 20

L'un des événements les plus importants des années 20, fut la création, en juin 1924, de l'Association Nationale des Infirmières diplômées d'Etat dont Mademoiselle Chaptal fut la première présidente. Les infirmières françaises pouvaient, enfin, selon le voeu ancien de Mademoiselle Chaptal et de ses collaboratrices, adhérer au Conseil International des Infirmières (C.I.I.). Elles y furent admises, en 1925, au Congrès d'Helsinki. La revue "l'Infirmière française" (1), dont le premier numéro fut publié en 1923, devint l'organe de l'Association Nationale et fit connaître ses idées.

Cette association, put voir le jour et adhérer au groupement international grâce aux mesures prises, dès 1922, par la France, et relatives à la fixation d'un programme et à la création d'un diplôme officiels. Ces deux mesures satisfaisaient, en effet, aux exigences du Conseil International des Infirmières.

(1) Cette revue créée en 1923 par Mademoiselle CHAPTAL qui en fut, pendant de longues années, la rédactrice en chef, permit aux médecins français et étrangers, aux hommes politiques, aux infirmières de toute nationalité de s'exprimer sur la profession d'infirmière.

Comment prirent-elles naissance ? De quelle nature furent-elles ?

1.1. L'oeuvre législative

1.11. L'organisation officielle de l'entrée dans la carrière

Dès la fin de la Première Guerre mondiale, Mademoiselle Chaptal et un groupe de directrices d'écoles reprennent le projet, qu'elles avaient formulé avant 1914, de sanctionner les études d'infirmières par un diplôme.

Avec l'accord du Ministre de l'Hygiène et de l'Assistance, M. Paul Strauss, elles élaborent un rapport qu'elles présentent au Conseil Supérieur de l'Assistance Publique. Ainsi, fut mis au point, le décret du 27 février 1922, véritable charte de la profession.

1.11.1. Le décret du 27 février 1922

Il créait le diplôme d'Etat et un Conseil de perfectionnement des écoles d'infirmières.

- La création du diplôme d'Etat

Il est institué des brevets de capacité professionnelle permettant de porter le titre d'infirmière diplômée de l'Etat français qui seront délivrés par le Ministère de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales aux infirmières hospitalières, aux visiteuses d'hygiène sociale et aux diverses infirmières à spécialité restreinte, puériculture, surveillance sanitaire des écoles, hygiène mentale, etc... ayant satisfait aux deux conditions suivantes :

- 1° Justification d'un stage reconnu suffisant dans une ou plusieurs écoles d'infirmières professionnelles, soit générales, soit spécialisées, ayant au moins deux ans de fonctionnement ...
- 2° Examen subi avec succès devant un jury constitué à cet effet par arrêté ministériel, suivant un programme préalablement rédigé par le Ministre, après avis de la section compétente du Conseil de perfectionnement ci-après institué. (1)

Non seulement, ce décret, reconnaît aux infirmières un diplôme professionnel délivré par le Ministère, mais, il organise les examens

(1) Décret du 27 juin 1922.- J.O. du 1er juillet 1922

officiels à partir d'un programme uniforme et exige des écoles dispensant l'enseignement pour préparer à ces examens :

"qu'elles dépendent d'un service public possédant les services hospitaliers nécessaires, soit pour l'enseignement général de la profession, soit pour une ou plusieurs spécialités..." (1). Quant "aux écoles privées, elles doivent avoir chacune à leur tête un comité d'administration ou une commission de surveillance dont son règlement indiquera la formation." (2)

En outre, certains principes furent retenus concernant la valorisation des diplômes et des services antérieurs à 1922:

Le brevet d'infirmière professionnelle pourra être délivré en dehors des conditions spécifiées à l'article 1er aux titulaires d'un des diplômes d'infirmières ou des certificats de capacité obtenus dans des écoles publiques ou privées fondées antérieurement à la date du présent décret ... Cette dérogation profitera indéfiniment à ses bénéficiaires, mais elle ne sera plus accordée passé le délai de deux ans à partir de la date du présent décret. (3)

Ainsi, grâce à la volonté opiniâtre et, à la persévérance de quelques professionnelles, naquit, le diplôme d'Etat français. Par ailleurs, le décret du 27 juin 1922, prévoyait, aussi, la constitution d'un Conseil de perfectionnement des écoles d'infirmières.

- Le Conseil de perfectionnement des écoles d'infirmières

"Un Conseil de perfectionnement des écoles d'infirmières composé de vingt cinq membres sera chargé de veiller aux modifications et améliorations nécessaires à apporter aux programmes et aux diverses parties de l'enseignement (technique et moral)." (4) C'est un organisme consultatif, appelé à donner, son avis, sur les questions concernant l'enseignement. (5)

(1) Décret du 27 juin 1922.- op. cit.

(2) Ibid.

(3) Art. 5 du décret du 27 juin 1922

(4) Art. 3 du décret du 27 juin 1922

(5) Ce Conseil siégea au Ministère, sous des formes d'appellations diverses, il a survécu pratiquement jusqu'à nos jours, à toutes les vicissitudes de la législation.

De 1922 à 1929, il est présidé par le Professeur Latulle et Mademoiselle Chaptal en est la vice-présidente. Dès ses premières années de fonctionnement, il met au point :

- Le programme des études d'infirmières en 22 mois.
- Le plan général des écoles régionales : celles-ci dépendront des commissions administratives hospitalières.
- L'organisation des examens du diplôme d'Etat.
- Les conditions de recrutement des écoles.
- Les conditions de fonctionnement des écoles, concernant l'aménagement des locaux, l'application des programmes théoriques et pratiques. (1)

En outre, Mademoiselle Chaptal, reçut la mission de se rendre personnellement dans toutes les écoles des villes de province et, d'expliquer aux directrices, la nouvelle réglementation des études ; les écoles devaient "réformer leur enseignement pour le mettre en conformité avec la nouvelle législation et avoir le droit de préparer les élèves au diplôme d'Etat d'infirmier." (2) (3)

L'analyse du programme minimum des deux années d'études prévues, dès 1923, par le Conseil de perfectionnement, ne manque pas d'intérêt. Il avait été ainsi défini :

1° Stage probatoire et éliminatoire : durée un mois au moins.

Stage pratique : ménage, cuisine, tenue de maison.

Cours théoriques : anatomie, physiologie.

2° Stages pratiques obligatoires dans les salles d'hôpital ; tous les matins pendant 4 heures et deux après-midi par semaine. Les veilles doivent être autant que possible effectuées pendant au moins une quinzaine de nuits consécutives, sauf une nuit de repos par semaine, et bien entendu, avec repos diurne.

5 mois de médecine adultes

5 mois de chirurgie adultes

2 mois de médecine infantile

2 mois de chirurgie infantile

2 mois de contagieux

2 mois de soins aux femmes et aux nouveaux-nés

3 mois de spécialités diverses.

Stages hospitaliers (le matin, un mois) : yeux, voies urinaires, peau (dermatologie).

...

(1) DUVAL (Mlle).- "Regards sur le passé"
op. cit. 486

(2) Ibid.

(3) A cette époque, 60 écoles obtinrent leur reconnaissance du Ministère.

...

Stages de consultations (l'après-mi si possible) :
larynx, oreilles (oto-rhino-laryngologie).

Stages facultatifs selon les aptitudes. Soins aux
mentaux. Soins aux nerveux. Massage et gymnastique
médicale. Radiologie.

...

Cours théoriques.

1° Soins aux malades de médecine (tuberculose médicale
comprise) : 24 leçons.

2° Soins aux malades de chirurgie (adultes et enfants) :
24 leçons.

3° Soins aux femmes en couches et aux nouveaux-nés :
12 leçons.

4° Soins aux enfants malades : 12 leçons.

5° Matière médicale et thérapeutique appliquée (théorie
et pratique, désinfection) : 12 leçons.

6° Hygiène générale et professionnelle. Hygiène et enquêtes
sociales (théorie et pratique). (Etude des lois d'assistance) :
12 leçons.

7° Administration hospitalière : 4 leçons.

8° Morale professionnelle (1) : 2 leçons par mois.

9° Massage et gymnastique médicale : théorie et pratique.

10° Hygiène alimentaire et cuisine des malades : théorie et
pratique. (2)

Il était, en outre, prévu un mois de congé annuel.

L'application de ce programme permet d'unifier l'enseignement
infirmier en France, tout au moins, dans ses grandes lignes. Car, si le
temps fort de la formation est, le stage hospitalier, stage, dont la qualité
et la quantité sont fort bien définies par le Conseil de perfectionnement,
il n'en fut pas, de même, pour l'enseignement théorique. Les termes de
"leçons" restent vagues : la leçon pouvant durer de trois quarts d'heure
à deux heures ; vague, aussi est la nature des soins aux malades de médecine...
de chirurgie...

(1) Les cours de morale appliqués à la profession devaient être fait
par la directrice de l'école ou par une monitrice responsable de la
formation des élèves.

(2) Conseil de Perfectionnement des écoles d'infirmières. Au Ministère
de l'Hygiène et de la Prévoyance Sociale - Première section (Infirmières
hospitalières). Conditions d'admission et programme minimum des deux
années d'études des écoles d'infirmières hospitalières.

(In : l'Infirmière française. T. I, 1923, p. 172)

Quelle fut alors l'attitude des écoles à cet égard ? Tout laisse à penser qu'elles ne négligèrent pas la formation théorique et pratiquèrent une politique qui consistait à apprendre le plus de choses possible aux élèves, ce qui expliquerait la non-adhésion de certaines personnalités médicales à cette formation.

En réalité, ce dilemme fut vite résolu pour les écoles, car, quelques semaines plus tard, le C.P.E.I. (1), dans le but "d'aider tout en conseillant et non pas d'imposer tout d'une pièce un système intangible" (2), proposa un emploi du temps, pour le mois de probatoire, et un sommaire-type comprenant le titre de chaque cours et sa répartition en leçons sur les différents sujets à enseigner.

La lecture de ce programme minimum "laisse rêveur" quant à son ampleur, surtout, si l'on prend en considération, le fait, qu'il devait être réalisé en deux périodes de dix mois.

1.11.2. La création du bureau central des infirmières

Le bureau central des infirmières est né d'une nécessité. La reconnaissance des premières équivalences amena le Conseil de perfectionnement des écoles à examiner de très nombreux dossiers ; en effet, 24 726 diplômes sont donnés par équivalence aux infirmières dont les services sont antérieurs au décret du 27 février 1922. Un second décret, proroge ces mesures dérogatoires en faveur des infirmières ayant, au moins, cinq ans de service, en février 1925, et 3 858 équivalences sont de nouveau attribuées ; en outre, l'enseignement et la profession s'organisent. Il devient donc nécessaire :

- . d'établir, après délibération du Conseil de perfectionnement, les diplômes donnés par équivalence ;
- . de constituer un fichier signalétique de tout le personnel infirmier ;
- . d'organiser les examens et de veiller à leur bon fonctionnement ;
- . d'étudier les conditions dans lesquelles sont utilisées les infirmières diplômées d'Etat, conditions techniques, mais aussi matérielles et sociales. (3)

(1) C.P.E.I. : Conseil de perfectionnement des écoles d'infirmières.

(2) Echos du C.P.E.I. (In : L'Infirmière française. T. I. op. cit. 262)

(3) DUVAL.- op. cit. 487

Si bien qu'en juillet 1925, le Ministère de l'Hygiène et de l'Assistance crée, grâce, à une donation de la Fondation Rockefeller, le bureau central des infirmières. La directrice de ce bureau, nommée par le Ministre, sera aidée dans sa lourde tâche par quelques infirmières "chargées de mission" appartenant au groupe de Mademoiselle Chaptal.

Ainsi, par les membres de son conseil d'administration, l'Association Nationale des Infirmières va-t-elle prendre part aux travaux de trois instances ministérielles qui s'occupent des infirmières.

Le Conseil supérieur de l'Assistance Publique
Le Conseil de perfectionnement des écoles d'infirmières
Le bureau central des infirmières. (1)

1.11.3. L'inspection des écoles

Depuis 1925, l'enseignement est unifié et les écoles sont inspectées une fois par an. Tous les examens d'Etat sont supervisés par le bureau central des infirmières.

Outre, cette mise en place officielle des conditions d'entrée dans la carrière, les années 20, virent, également, la reconnaissance de certaines spécialisations des activités professionnelles de l'infirmière.

1.12. L'ouverture de la carrière

Au lieu d'être, comme par le passé, exclusivement centrée sur l'hôpital, l'activité de l'infirmière peut, à partir de 1922, s'exercer, officiellement, dans de nombreux secteurs de la vie publique.

1.12.1. Il lui était toujours loisible de devenir infirmière militaire. Nous avons vu qu'un décret de 1909 définissait le statut des infirmières militaires. Pendant l'entre deux guerres, l'effectif budgétaire fut fixé à 550 unités, plus une centaine d'infirmières bénévoles de la Croix-Rouge qui permettaient, en temps de paix, d'assurer, dans de bonnes conditions, l'exécution du service hospitalier tant en métropole qu'en Afrique du Nord et au Levant.

1.12.2. La grande nouveauté fut la création des infirmières visiteuses. La France, grâce aux décrets du 25 février 1923 et du 18 juillet 1924, pouvait enfin rattraper le retard pris, malgré certaines

initiatives privées (1) par rapport à l'Angleterre et aux États-Unis, dans les soins extra-hospitaliers.

. Qui étaient les infirmières visiteuses ?

Les infirmières visiteuses étaient des infirmières diplômées, le plus souvent préparées à cette fonction - notamment en France - et qui non seulement donnaient des soins aux malades mais enseignaient les règles principales de l'hygiène. Dans l'exercice de leur fonction, elles devaient observer les règles de déontologie et n'intervenir, en rien, dans tout ce qui touche aux croyances religieuses des malades. Elles devaient, en outre, rendre compte de leurs activités dans des rapports précis et bien rédigés ; leur travail était surveillé, et leurs heures limitées de façon qu'elles puissent faire une besogne efficace sans nuire à leur propre santé.

. Leur champ d'activité

Le Docteur Paquet, Inspecteur Départemental de l'Hygiène dans le département de l'Oise, le définissait ainsi :

"L'infirmière visiteuse sera initiée à la protection de l'enfance, aux soins à domicile, à l'inspection médicale scolaire, à la prévoyance, à l'assistance sociale ...". (2)

(1) En France, les premières consultations de nourrissons établies par Budin, en 1892, employèrent des visiteuses bénévoles sans aucune formation. Les dispensaires antituberculeux dont le premier fut ouvert à Lille en 1901 à l'initiative du Docteur Calmette eurent recours à "l'action d'enquêteuses".

En ce qui concerne la formation des infirmières dans les visites à domicile, il fallut attendre l'initiative de "l'École professionnelle d'assistance aux malades de la rue Amyot", fondée en 1900, et la "Maison-Ecole d'infirmières privées de la rue Vercingétorix", créée par Mademoiselle Chaptal en 1905, qui firent entrer dans leur programme les visites à domicile.

La première école spéciale d'infirmières visiteuses fut fondée à Paris en 1914 ... et le Docteur Hamilton introduisit pour la première fois, dans le service scolaire, des infirmières visiteuses ayant reçu une formation spéciale. Notes trouvées dans :

GARDNER (Mary Swall).- L'infirmière visiteuse.- p. 36

(2) PAQUET (P... Dr).- "Les infirmières visiteuses en Belgique".- (In : L'Infirmière française. T. IV, 1926, p. 149)

. Leur mission

La mission de l'infirmière visiteuse ne fut pas seulement celle d'une honnête femme sachant tenir les malades propres et suivre exactement les prescriptions, comme le pensaient alors, certains éléments du corps médical. Sa tâche, dès 1926, fut ainsi définie par une professionnelle, Miss Mary Swall Gardner. L'infirmière visiteuse doit :

"soigner les malades
prévenir la maladie
et cultiver la santé" (1), et le même auteur ajoute

que, si l'infirmière veut remplir cette triple mission, "elle doit consacrer une partie de son temps, à l'éducation non seulement des familles qu'elle visite mais aussi du public." (2)

Cette fonction d'éducatrice sanitaire de l'infirmière visiteuse était incontestablement à l'époque considérée comme très importante par les infirmières qui se sont penchées sur ce problème.

Déjà, en 1924, Mademoiselle Elisabeth Fox présentant la formation des infirmières visiteuses aux U.S.A. déclarait :

L'infirmière visiteuse a trois fonctions dont la plus importante consiste à enseigner les principes de l'hygiène. Quelqu'un a dit que la "marque distinctive des idées nouvelles en matière de Santé Publique est l'importance que l'on attache au bien-être de l'individu et à l'enseignement de l'hygiène et que le mouvement en faveur de la Santé Publique est avant tout une campagne d'éducation populaire." La tâche de l'infirmière visiteuse est d'éclairer les individus, leur expliquer, leur démontrer les principes d'une hygiène personnelle et les adapter à leur vie de tous les jours, à la maison, à l'école, à l'atelier. C'est à elle qu'est donné, grâce à sa connaissance des êtres humains, de dégager de l'abstrait cette science de la vie saine et d'aider ceux qu'elle approche à en tirer une ligne de conduite. (3)

En France, Mademoiselle Chaptal confirme bien ce point de vue en spécifiant que, le rôle de l'infirmière visiteuse doit être de combattre l'ignorance dans les famille, de dépister les maladies, d'entretenir des

(1) GARDNER (Mary Swall).- "L'infirmière visiteuse".
(In : L'Infirmière française. 1926. T. IV, p. 35)

(2) Ibid. 87

(3) FOX (Elisabeth).- "La formation des infirmières visiteuses aux Etats-Unis". (In : L'Infirmière française. T. I, 1924, p. 430)

foyers sains dans les grandes cités industrielles, d'être l'éducatrice de la santé, de l'hygiène alimentaire, de la propreté... ; son rôle peut être encore plus important si, parfois, elle rencontre le père, après la journée d'usine, elle est bien placée pour l'aider à

... comprendre et à apprécier le travail qui se fait pendant qu'il est à l'atelier, l'intéresser à la formation des enfants aussi bien qu'à leur santé ; chercher à toucher, si besoin est, son esprit comme son cœur pour qu'il apporte aux siens non seulement le salaire indispensable, mais l'autorité et la compréhension nécessaires à l'éducation des enfants. (1)

En bref, comme le dit très bien Azel Avis Goff, dans un rapport, sur l'action des infirmières visiteuses d'hygiène en Europe :

Le travail des infirmières visiteuses est un service social organisé, assuré par des infirmières diplômées, en faveur de l'individu, la famille, la collectivité. Le service comporte la mise en application de méthodes médicales, sanitaires et sociales pour corriger certains défauts, prévenir la maladie et améliorer la santé. Il peut comprendre les soins experts aux malades à domicile. (2)

La caractéristique primordiale de leur fonction :
la polyvalence

La variété des champs d'activité et des fonctions de l'infirmière visiteuse l'a conduite à être "polyvalente", c'est-à-dire, à assurer conjointement assistance matérielle et éducative, techniques sanitaires, conseils médicaux. Ce caractère était d'autant plus nécessaire que le corps médical de l'époque attendait, beaucoup, de l'infirmière visiteuse. Il les souhaite "polyvalentes, omnivalentes" "n'hésitant devant aucun besoin de salubrité, sachant, aussi bien, lessiver un parquet, ébouillanter un crachoir, faire un prélèvement sanguin, recueillir une statistique, préparer des casiers judiciaires...". (3)

(1) CHAPTAL (Mlle).- "Infirmières visiteuses et assistantes sociales". (In : L'Infirmière française. T. IV, 1926, p. 450)

(2) AZEL AVIS GOFF.- "Rapport sur une étude de l'activité des infirmières visiteuses d'hygiène en Europe". (In : L'Infirmière française. T. XII, 1934, pp. 22-23)

(3) GOMMES (Dr).- "La familliculture". (In : L'Infirmière française. T. IX 1931, p. 272).

En fait, pour le Docteur Joannon, l'infirmière polyvalente est la cheville ouvrière de l'office de santé qui, lui doit, en majeure partie, son efficacité. Grâce, à elle,

... l'office de santé n'est pas isolé dans la cité, délaissé par la population, dédaigné ou raillé par certains médecins, redouté ou combattu par d'autres et finalement d'une utilité incontestable, hors de proportion avec les dépenses qu'il entraîne, mais au contraire mêlé à la vie de la collectivité et apte à incorporer l'esprit de prévoyance et de prévention ; or, sans l'esprit dans le domaine de l'hygiène, comme dans tous les autres, la lettre, c'est-à-dire la loi, reste morte. (1)

. Les qualités de l'infirmière visiteuse

Il lui fallait, d'abord, accepter "d'être corvéable à merci" dans un esprit de totale abnégation. Car, comme l'écrivait le Docteur P. Joannon, "son absolue déférence, son perpétuel souci de ne rien dire et de ne rien faire qui puisse porter atteinte à l'autorité des médecins traitants, la font apprécier du corps médical. Celui-ci, par l'estime dans laquelle il la tient, augmente son prestige et facilite sa tâche éducative." (2)

En outre, elle devait faire preuve d'une étonnante capacité d'adaptation, en tout état de cause, elle devait :

... savoir adapter ses connaissances au milieu dans lequel elle est appelée à travailler. Par exemple, il est généralement difficile d'employer dans un pays ou dans une région des infirmières qui n'en sont point originaires, à moins qu'elles n'en aient étudié de près les coutumes, car les habitudes locales, les usages, voire même les préjugés, doivent être parfaitement connus de celles qui exercent un rôle actif de préservation dans un milieu donné. (3)

Nous pensons, quant à nous, que ces qualités, certes, essentielles, ne sauraient suffire et qu'elles doivent s'accompagner de réelles connaissances médicales, sociales, psychologiques et sociologiques, de façon à accomplir une fonction dont le caractère principal est défini par la polyvalence.

Or, qu'en était-il de leur formation ?

(1) JOANNON (P... Dr).- "Les infirmières polyvalentes".
(In : L'Infirmière française. T. VIII, 1930, p. 270)

(2) Ibid.

(3) CHAPTAL.- "Le rôle social de l'infirmière visiteuse pour la protection de la santé, de la mère et de l'enfant". (In : L'Infirmière française. T. XI, 1933, p. 120)

. La formation des infirmières visiteuses

Il est certain que les qualités exigées de l'infirmière visiteuse ne pouvaient suffire et que la polyvalence impliquait de sérieuses connaissances médicales, psychologiques et sociales : il est intéressant de noter, les vues pertinentes et prospectives, de Mademoiselle Chaptal, sur la nécessité pour l'infirmière d'avoir des connaissances sociologiques et même ethnologiques, bien qu'elles ne soient, pas encore, de nos jours, inscrites dans le programme de formation des infirmières.

C'est, l'arrêté du 24 juin 1924, qui fixe le programme d'enseignement pour les infirmières visiteuses d'hygiène sociale, de la tuberculose et de l'enfance.

Ce programme, en ce qui concerne la première année d'étude, était identique à celui des infirmières hospitalières, répondant, ainsi, au souhait, émis par Mademoiselle Chaptal, qu' "une infirmière visiteuse qui n'aurait pas commencé par devenir une hospitalière au moins pendant les années d'école manquerait son but." (1)

Quant à la deuxième année, un programme minimum type fut proposé et différencié suivant qu'il s'agissait pour les candidates d'obtenir un diplôme d'infirmières visiteuses d'hygiène sociale, de la tuberculose ou de l'enfance. Ce programme prévoyait, notamment, "dix leçons d'enseignement social". Mais, était-ce suffisant, pour répondre aux multiples tâches de cette fonction ? En 1930, le Docteur GOMMES, n'allait-il pas jusqu'à penser que l'enseignement donné aux futures infirmières visiteuses devait être celui de la "familiiculture". C'est, disait-il, un néologisme facile à comprendre et grammaticalement inattaquable, c'est l'étude de la famille, qui est une chose immense. "Son histoire ethnographique, son économie générale, ses aspirations, ses relations juridiques, sa santé... forment une grande partie des sciences sociales ...". (2)

La lecture de ce programme n'est pas sans poser, à l'infirmière, d'aujourd'hui, un certain nombre de problèmes. Une formation ouverte sur les problèmes sociaux, pour les infirmières visiteuses, était certainement un progrès incontestable leur permettant ensuite de mieux répondre aux

(1) CHAPTAL.- "L'orientation vers la carrière des infirmières professionnelles". (In : L'infirmière française. T. V, 1927, p. 45

(2) GOMMES.- op. cit. 272

besoins de soins et de santé des collectivités humaines. Mais, qui, dans les écoles d'infirmières étaient susceptibles de sensibiliser les élèves à cet enseignement ? Les médecins ? Les administrateurs ? Les monitrices... qui elles-mêmes n'avaient pas bénéficié d'une telle ouverture ?

En outre, les infirmières visiteuses avaient pour objectif primordial les visites à domicile : "les visites sociales à domicile constituent, tant pour la visiteuse diplômée que pour les élèves, l'activité principale à laquelle il importe de réserver une grande partie du temps." (1)

Comment, étaient-elles, alors, préparées à ces visites ? Aucun stage n'était prévu à cet effet. Dès 1924, les professionnelles de cette époque en avaient pris conscience puisqu'elles mentionnaient :

L'élève sous la direction et la responsabilité de l'infirmière-chef du dispensaire sera dirigée dans son travail à domicile ... Au bout d'un certain nombre de visites variables suivant ses aptitudes, l'élève pourra plus particulièrement prendre en charge un petit nombre de familles dont elle gardera alors toute la responsabilité ... (2)

Mais, cette formation, lui permettait-elle d'établir un dialogue avec les différents milieux socio-culturels dans lesquels elle était amenée à pénétrer ? Était-elle, à même, d'analyser les besoins d'une famille ? Pouvait-elle l'inciter à se servir de ses ressources personnelles, pour acquérir de nouveau et, au plus vite, son entière autonomie ? En réalité, sa fonction ne se limitait-elle pas à prendre, pour la famille, certaines initiatives, afin qu'elle obtienne de différentes institutions, certains secours en espèces, auxquels elle avait droit. Cet objectif est, d'ailleurs, clairement défini, par le C.P.E.I. dans le travail social du dispensaire :

Il lui appartiendra, notamment (à l'infirmière visiteuse) de prendre l'initiative de certaines propositions de démarches jugées utiles auprès des organisations publiques ou privées dont le concours devra être sollicité (préfecture, mairie, bureau de bienfaisance, office de réformes, pupilles de la nation, oeuvres de bienfaisance...) (3)

(1) ECHOS DU C.P.E.I. (In : L'Infirmière française. T. I, 1924, p. 435)

(2) Ibid.

(3) Ibid.

De même les stages dans les services d'enfants devaient être obligatoirement suivis de visites à domicile "dans lesquelles les élèves, guidées par une monitrice, surveillent l'application (1) des ordonnances ou des conseils donnés par le médecin, font ces préparations pratiques telles que préparation des biberons, confection des bouillies, enveloppements, bains...". (2) Dans cette situation, l'élève a-t-elle une attitude de conseil et d'aide ? ou celle de contrôle, de surveillante, de maître enseignant à l'élève (ici la mère de famille) ? Comment cette situation "d'enseignée" était-elle vécue par les mères de famille ? Quelle remise en cause entraînait, chez ces femmes, le fait d'être contrôlées par rapport aux soins qu'elles donnaient à leur enfant ?

Il est évident, qu'une certaine disproportion existait entre la complexité de la tâche qu'avaient à remplir les infirmières visiteuses et la formation qu'elles recevaient.

1.12.3. Vers une spécialisation plus fine des activités de l'infirmière

En fait, la tâche demandée aux infirmières visiteuses était tellement importante que, rapidement, elle devint écrasante pour celles qui l'exerçaient. Ce fut, probablement, l'une des raisons de la spécialisation de la fonction. Elle ne fut pas, la seule, car, comme le souligne Ella Philipps Grandall,

la spécialisation actuelle des services d'infirmières visiteuses est le résultat logique, sinon inévitable, du développement dans le grand public du sens de l'hygiène et aussi de la nécessité d'améliorer les conditions d'existence de la population en général et du milieu de vie en particulier. L'infirmière visiteuse des tuberculeux est née de la campagne menée partout contre la tuberculose ; l'infirmière scolaire a été créée dans le même esprit ; l'infirmière du service social des hôpitaux est un facteur indispensable dans la pratique de la médecine préventive ; l'infirmière de l'industrie représente l'un des efforts accomplis par l'employeur pour sauvegarder la santé de son personnel, bien précieux entre tous. (3)

(1) souligné par nous.

(2) C.P.E.I.- op. cit. 435

(3) GRANDALL (Ella Philipps).- Cité par GARDNER (Mary Swall). "L'infirmière visiteuse".- op. cit. 80

- L'infirmière visiteuse à domicile

En France, cette spécialisation fut, aussi, réalisée, bien que l'infirmière visiteuse à domicile ait, en fait, encore cumulé plusieurs tâches. Soignant, les malades à domicile, elle pouvait être amenée à prévenir et dépister la tuberculose, les maladies vénériennes, les fléaux sociaux, tout en donnant des soins aux mères et aux enfants, et entreprenant les démarches nécessaires pour obtenir un quelconque secours.

- Qui est-elle ?

Voici, le portrait que l'on fait d'elle en 1929. Elle est "l'assistante capable et intelligente du médecin" ; "cela était certes inévitable, car, avec le développement de la science médicale et chirurgicale, le médecin doit compter de plus en plus sur le savoir et l'aide de son assistante...". (1)

Cependant, les infirmières ne sont plus seulement expertes et prêtes à suivre, à la lettre, les instructions données par le médecin, mais, "avec leur franc courage et leur vitalité elles sont adeptes de l'art de la suggestion, et par là exercent sur le malade un effet plus puissant que n'importe quelle drogue...". (2)

En outre, "on ne s'attend plus à ce que l'infirmière soit une sorte de gendarme dans une chambre de malade, "celle à qui l'on doit obéir". Nous sommes à l'époque du libre arbitre et le malade ne doit pas se sentir dominé, l'infirmière doit faire ce qu'elle veut sans qu'il s'en aperçoive"... (3)

Enfin, il lui est encore demandé "d'avoir des sujets de conversation".

Cette brève description de l'infirmière à domicile, nous montre que, comme l'infirmière visiteuse d'hygiène sociale, elle devait être polyvalente.

(1) MAIDONAL (Miss Isabelle).- "Progrès récents dans le travail des gardes à domicile". (In : L'Infirmière Française. T. VII, 1929, p. 264)

(2) Ibid.

(3) Ibid.

(4) Ibid.

Il est évident que l'absence de polyvalence aurait entraîné un manque de collaboration entre les institutions. Une absence de centralisation, en une seule main, des différents problèmes que pose une famille entraîne un retard important dans l'aide à apporter à la famille qui, continue à se débrouiller seule et, bien souvent, à se dégrader. Au bout de quelque temps, un nouveau service social vient visiter la famille, soulève d'autres problèmes sans les résoudre, laissant les individus toujours aussi démunis, au sein d'un chaos qui ne fait qu'augmenter ; c'est pourquoi

... il nous paraît rationnel de placer la protection sanitaire et sociale complète de la famille dans les mains d'une seule personne qui deviendrait l'assistante familiale. Cette assistante devrait posséder des connaissances techniques, les unes d'ordre médical, les autres d'ordre social qui lui permettraient de donner avec compétence les conseils infiniment variés sur lesquels repose l'efficacité de son action. (1)

L'efficacité de cette action allait dépendre, avant tout, de l'enquête sociale établie au sujet de la famille qui avait besoin de sa compétence.

- Son rôle

. Connaître et situer le malade par l'enquête sociale

L'enquête sociale était considérée comme une méthode d'approche des problèmes que l'infirmière était susceptible de rencontrer, car, on ne peut soigner, utilement un malade en le prenant isolément, c'est-à-dire, indépendamment du milieu où il vit.

Il est donc nécessaire de chercher autour de lui, et parfois même au-delà de son foyer, quelles ont pu être les raisons de sa maladie ; la gravité des différentes questions suffit à montrer avec quelle précision et quelle conscience profonde l'infirmière visiteuse doit faire son enquête, avec quel tact aussi, car la composition de l'enquête exige parfois une pénétration intime dans la famille.

. Prendre en charge le malade

"Il est évident que l'infirmière hospitalière qui prend soin d'eux dans les services où ils sont admis doit pouvoir, lorsqu'ils sont soignés à domicile, être remplacée par une visiteuse...". (2)

(1) FRITSCH (Y...).- "La polyvalence". (In : L'infirmière française. T. XVI, p. 116)

(2) "L'oeuvre des assistantes sociales et des infirmières visiteuses d'hygiène en France depuis 1900". (In : L'infirmière française. T. VI, 1928, p. 145)

. Eduquer le malade

"Elle remplit un rôle d'instruction hygiénique à domicile en même temps qu'une action de surveillance, d'hygiène et de santé. Elle doit donc être capable de donner aux mères les conseils les plus pratiques." (1)

Il n'est pas, dans son rôle, de se substituer aux personnes mais de les aider ; son but, dans une famille dépend du diagnostic posé par le médecin et des conditions de vie du malade. Pour chacune des familles qui lui était confiée, deux questions devaient être posées :

- . quel est le but particulier à poursuivre ?
- . quels moyens me permettent le plus sûrement de l'atteindre ?

L'infirmière à domicile ne doit être qu'une aide, c'est seulement dans des cas d'exception qu'elle devra se substituer à ceux qu'il faut seulement conseiller et guider.

Ainsi, "son expérience de la nature humaine lui servira à découvrir dans l'entourage du malade, la personne la plus capable d'assumer, entre ses visites, la responsabilité des soins ; ce peut être la femme, la mère, le mari, un voisin ou une voisine, un ami ou une amie, voire même un enfant." (2)

Cependant, elle doit être convaincue que son action doit s'étendre à toutes les classes de la société. Certaines expériences, dans le domaine de la Santé Publique, nous ont, en effet, permis de découvrir personnellement qu'il est aussi nécessaire de faire l'éducation des femmes appartenant à une classe sociale très aisée que celle des femmes appartenant à la classe sociale la plus défavorisée, en sachant, cependant, que "la pauvreté aggrave singulièrement les dangers de l'ignorance." (3)

*

* * *

Ainsi, c'est à elle, l'infirmière visiteuse à domicile, qu'incombe le soin de faire l'enquête préalable, afin d'adapter, à chaque cas, une

(1) CHAPTAL.- "Le rôle social de l'infirmière visiteuse pour la protection de la santé, de la mère et de l'enfant". op. cit.

(2) Bulletin professionnel. "L'infirmière visiteuse". (In : L'Infirmière française. T. III, 1926, pp. 507-508)

(3) RIDADEAU-DUMAS (Dr).- "L'assistance d'hygiène maternelle et infantile. Son utilité dans la lutte contre la mortalité infantile. L'expérience de Lyon". (In : L'Infirmière française. T. V, 1927, p. 284)

conduite adéquate ; à elle, qu'incombe de faire comprendre et d'appliquer les conseils donnés par un médecin.

... de les développer, de les commenter, de faire à domicile cette éducation patiente et délicate qu'exige souvent la prophylaxie. A elle, revient la tâche de s'assurer que les conseils ont été suivis, que cette éducation ne sera pas rendue vaine par des obstacles matériels, qu'il lui appartiendra, le cas échéant, de surmonter en prenant ou en provoquant les mesures sociales nécessaires. (1)

- L'infirmière d'hygiène scolaire

Son rôle fut ainsi défini, en 1926 : elle devait seconder le médecin, en tenant à jour les fiches médicales des enfants et en surveillant leur poids et leurs mensurations. Elle passait, le matin, les enfants en revue, stimulant en eux des habitudes de propreté corporelle ou vestimentaire, arrêtant au passage ceux qui pâlots, enrhumés, les yeux rougis ou gonflés, parfois fiévreux, étaient en premier lieu présentés au médecin scolaire, dépistant ainsi en temps voulu les maladies contagieuses.

"Elles sont aussi les amies des mères de famille qu'elles renseignent, qu'elles conseillent, qu'elles exhortent à consulter un médecin traitant, à appliquer les principes d'hygiène. Et puis, dans les jours de tristesse, de détresse, elles s'emploient à faire assister socialement une famille." (2)

Aimées de tous, elles vont, ainsi, de l'école au sein de la famille.

- L'infirmière industrielle

A l'usine, son objectif était d'assurer le bien-être physique de l'ouvrier et, de faire observer les règlements sur l'hygiène du travail. Il était, aussi, en prenant contact avec l'ouvrier et sa famille, de surveiller blessures et maladies. "Les relations qui se créent s'étendent aux femmes et aux enfants. Consultée par la mère, l'infirmière est appelée à donner son avis autorisé et estimé dans les questions les plus variées :

(1) GUILLON (Armand).- "Le rôle éducatif des offices, des dispensaires d'hygiène sociale et des infirmières visiteuses". (In : L'Infirmière française. T. I, 1924, p. 345)

(2) DELAGRANGE (Mlle).- "Les assistantes d'hygiène scolaire". (In : L'Infirmière française. T. IV, 1926, p. 393)

choix et préparation des aliments, éducation des enfants, tenue du ménage...". (1)

Toutes ces activités supposent que, l'infirmière industrielle possède une culture et une formation générale, car, comment conseiller une mère de famille ouvrière, en matière d'hygiène du logement, si elle n'est pas, elle-même, parfaitement, "fondée" en ces notions ? "Toute ce que peut savoir une femme, de ce qui sert dans la vie du foyer sera précieux à une infirmière." (2) Ce point de vue, était, d'ailleurs, partagé par le Docteur Ichok, Professeur à l'École des hautes études sociales, quand il écrivait, "à part son instruction professionnelle, l'infirmière a besoin d'une sérieuse préparation spéciale pour être à la hauteur de sa tâche." (3)

*

* * *

Une double conclusion peut être dégagée de cette étude. La première est relative à la valeur de cette spécialisation de la fonction : elle n'est pas sans présenter de sérieux inconvénients tant sur le plan économique que sur le plan psychologique.

Sur le plan économique, la présence dans un même quartier de diverses infirmières visiteuses spécialisées multiplie les frais de transport et occasionnent des pertes de temps et d'énergie.

Sur le plan psychologique, "l'étroitesse de vue de la visiteuse qui n'a pas une idée d'ensemble du problème de la santé, et l'invasion des familles par des infirmières multiples qui, au total, possèdent moins d'influence que n'en acquerrait une seule visiteuse." (4)

Nous avons, personnellement, constaté que la présence de plusieurs membres des professions para-médicales au sein d'une même famille diminue et annihile bien souvent toute possibilité d'action. Inversement, "la variété des cas dont l'infirmière visiteuse s'occupe, stimule son intérêt, tandis que, la monotonie des visites spécialisées, exerce une influence

(1) ICHOK (G... Dr).- "L'infirmière industrielle. La fatigue dans l'industrie. Le chômage et les maladies. Le travail des ouvriers atteints d'une maladie chronique". (In : L'infirmière française. T. IV, 1926, p. 188)

(2) CHAPTAL.- "L'orientation vers la carrière des infirmières professionnelles".- op. cit. 45

(3) ICHOK.- op. cit. 188

(4) GARDNER.- op. cit. 91

déprimante, contre laquelle il est parfois difficile de réagir et qui peut avoir des répercussions sur le travail lui-même." (1) En outre, une famille prend, au bout d'un certain temps, l'habitude de voir l'infirmière visiteuse et un climat de confiance réciproque s'établit ; "la preuve d'ailleurs en fut faite par les excellents résultats obtenus par les visiteuses isolées dans les petites villes ou à la campagne qui prouvent qu'elles sont parfaitement capables de s'occuper de toutes les branches du nursing." (2)

Notre seconde conclusion est relative à l'ouverture de la fonction : l'infirmière française n'est plus considérée uniquement comme une soignante. On lui octroie des fonctions d'éducation, de conseil, de prévention ; son horizon n'est plus limité à l'enceinte de l'hôpital, elle se déplace dans la cité, fréquente l'école, l'usine, pénètre dans les familles... travaillant en collaboration étroite avec le médecin sans que ses devoirs soient clairement définis, et, sans recevoir de formation suffisante pour assumer les difficultés rencontrées.

1.2. Les activités de l'Association Nationale des Infirmières diplômées d'Etat

La lecture de la revue "l'Infirmière française", montre que, les réflexions de nos collègues se sont particulièrement portées sur les problèmes de la formation et de la pénurie des infirmières et que leur action s'est exercée également sur le plan international.

1.21. Sur le plan professionnel

- La formation des infirmières

Dès la création, en 1922, du diplôme d'Etat, les infirmières proclament la nécessité et l'importance d'une bonne formation professionnelle. En 1925, Mademoiselle Fanta, au cours d'une causerie sur "l'infirmière et le jardin d'enfants", déclare "être heureuse et reconnaissante de trouver ici l'occasion d'amorcer la question d'une préparation éducative de l'infirmière, question, dit-elle, qui me préoccupe depuis longtemps, et, qui est digne peut-être d'attirer l'attention

(1) GRANDALL (Ella Philipps).- Cité par GARDNER.- op. cit. 80

(2) GARDNER.- op. cit. 89

du corps médical." (1) Ainsi, selon la formule de Mademoiselle Chaptal, l'idée est bien ancrée "qu'on est jamais trop instruite pour être infirmière." (2)

Un débat s'ouvre, déjà, sur la durée et la nature de la formation à donner aux élèves. S'inspirant de ce qui, à l'époque, se faisait à l'étranger, et, particulièrement, aux Etats-Unis, Mademoiselle Hervey réclame pour l'infirmière française une formation professionnelle ayant pour base des études hospitalières complètes (soit trois années d'études) et émet, en outre, le vœu qu'il y aurait lieu de remplacer, dans la plus large mesure possible, la spécialisation par la polyvalence. Mais Mademoiselle Greiner, tout en reconnaissant le bien fondé, d'une telle exigence, ne la croit pas réalisable, dans le contexte, de l'époque.

Nous sommes prêtes à nous rallier à ces conclusions qui sont "idéales", mais à l'heure actuelle (1927), dans notre pays où les conditions matérielles ne s'améliorent que lentement, nous craignons que l'adoption de mesures prématurées ou inopportunes n'affaiblissent encore le recrutement numérique des écoles d'infirmières ... (3)

Ainsi, médecins et infirmières mettaient tout en oeuvre pour relever le niveau des soins infirmiers et, adapter le programme des études aux besoins de santé de notre pays. Malheureusement, certaines administrations hospitalières, ne partageaient pas ces vues. L'une d'elle, par exemple, au cours d'un de ses conseils, parla du personnel infirmier en ces termes :

Le personnel religieux se faisant de plus en plus rare, quelques-uns de nos collègues directeurs sont amenés à examiner la possibilité de le remplacer par du personnel laïque gratifié. Ce personnel laïque existe, grâce à l'école d'infirmières de la Charité, nous pourrions facilement recruter des infirmières diplômées capables de remplacer nos soeurs, le moment venu. Mais, si nous devons les remplacer à nombre égal par des infirmières diplômées, l'opération serait très onéreuse et sans que, ni les malades, ni le corps médico-

...

(1) FANTA (Mlle).- "L'infirmière et le jardin d'enfants". (In : L'Infirmière française. T. V, 1927, p. 45)

(2) CHAPTAL.- "L'orientation vers la carrière des infirmières professionnelles".- op. cit. 45

(3) GREINER (Mlle).- "Le Congrès national de la tuberculose". (In : L'Infirmière française. T. V, 1927, p. 64)

...

chirurgical y trouvent un avantage quelconque.

Il n'est pas utile de n'avoir que des diplômées dans nos salles. (1)

C'est, ainsi que, furent créées, les assistantes hospitalières * qui devaient seconder les infirmières dans les soins à donner aux malades.

Nous avons pensé qu'une année de cours serait suffisante pour ce que nous voulions demander à ce personnel et, qu'en conséquence, il ne fallait pas déraciner nos femmes de service de leur milieu. Ensuite, n'oublions pas que nous allons avoir à faire à des femmes qui travaillent pour vivre et qui ne peuvent sacrifier un an pour suivre des cours, d'où nécessité de faire des cours du soir. (2)

Ceci montre, combien, la nécessité, d'une formation du personnel soignant avait échappé aux administrateurs des hôpitaux, combien, ils faisaient fi, de la qualité, des soins donnés aux malades, et, de l'aide efficace qui pouvait être réalisée, auprès des médecins, par la mise en place d'infirmières diplômées, en nombre suffisant.

Était-ce seulement, une question économique qui amenait les administrateurs à surseoir à la formation des infirmières et à leur emploi ? Si, ces mêmes administrateurs, avaient, comme en Angleterre, gravi graduellement les échelons de soignant avant d'arriver au sommet de la hiérarchie hospitalière, auraient-ils eu, la même attitude, à l'égard de la formation des infirmières ? Si, les hôpitaux français n'étaient pas administrés par des "cols blancs" n'ayant jamais eu aucun contact avec les malades, ne sachant pas ce que "l'art de soigner" exige de connaissances et de compétences, si, cette même administration avait été confiée à des gens avertis sur les qualités qu'exigeait "l'art de soigner", aurait-on préconisé une

(1) Archives de l'Hôtel-Dieu. Délibération du Conseil d'administration. Séance du 13 octobre 1926, pp. 548-549. (Termes soulignés par nous).

(2) Ibid. 449

* Les assistantes hospitalières de Lyon furent reconnues pendant un certain temps comme infirmières auxiliaires. Ayant alors le droit de pratiquer l'exercice libéral de la profession, il leur suffisait pour cela de faire enregistrer leur diplôme à la Préfecture, comme en témoigne le document qu'une de nos élèves - elles-mêmes assistantes hospitalières - nous a présenté récemment. Actuellement, encore, les personnes titulaires de ce diplôme sont autorisées à se présenter à l'examen de passage de 1^{re} en 2^e année dans les écoles d'infirmières, sans que l'on se soit le moins du monde inquiété de savoir si leur niveau d'instruction générale était suffisant pour poursuivre de telles études. Enfin, il est à noter que cette création n'est pas une exclusivité des Hospices Civils de Lyon, mais qu'elle existe aussi à l'Assistance Publique de Marseille.

formation "au rabais" pour des individus qui étaient censés donner des soins aux malades ?

Outre la nécessité, la durée, la nature de la formation, nos collègues avaient déjà entrevu les écueils que pouvait présenter pour les élèves le cadre même de leur formation. Les élèves-infirmières étaient formées dans les écoles créées par les hôpitaux publics, ou dans des écoles privées dirigées par des congrégations religieuses ou la Croix-Rouge, toutes, plus ou moins rattachées, à une clinique, voire même à un petit hôpital.

Or Mademoiselle de Joannis, à l'Assemblée générale de l'A.N.I.D.E.F., en juin 1925, constate que "par leur nature même, les écoles privées peuvent, mieux que les écoles dépendant d'une administration hospitalière officielle, évoluer et progresser." (1) Et, Mademoiselle Fumey, en 1926, remarque, à son tour, que les commissions administratives des différents établissements de soins "en fondant des écoles ont cherché, et c'est, de toute justice, non seulement à former des infirmières instruites pour les services hospitaliers, mais, surtout, à s'assurer le recrutement de leur personnel soignant." (2)

On sent poindre à travers ces remarques deux inquiétudes relatives à la liberté d'action à l'égard de la formation des élèves et à l'exploitation possible des élèves par certaines administrations.

Signalons, enfin, un travail très intéressant, entrepris par nos collègues pour leurs élèves, qui témoigne aussi, du souci, qu'elles avaient de continuer elles-mêmes à se perfectionner.

En 1925, Mademoiselle Chaptal lance pour les élèves-infirmières qui n'ont aucun manuel une collection "Bibliothèque de l'infirmière"; la même année, l'Association Nationale organise à l'intention du personnel des conférences médicales de perfectionnement avec le concours du bureau central des infirmières. Nouvelle ébauche d'une formation continue.

Un dernier souci, de nos collègues, fut le problème de la pénurie des infirmières et de leur rémunération.

(1) JOANNIS (Mlle de).- Assemblée générale de l'A.N.I.D.E.F., en juin 1925. "Rapport sur les écoles d'infirmières privées reconnues administrativement". (In : L'Infirmière française. T. III, 1926, p. 259)

(2) FUMEY (Mlle).- Assemblée générale de l'A.N.I.D.E.F., en juin 1925. "Rapport sur les écoles des Hospices Civils". (In : L'Infirmière française. T. III, 1926, p. 19)

- La pénurie et la rémunération des infirmières

La pénurie et la rémunération des infirmières - deux termes qui, comme on le voit, ne sont pas une caractéristique de l'état actuel de notre profession - font déjà, en 1925, dans "L'Infirmière française", l'objet de cette considération "... nous manquons, en France, d'infirmières de toute spécialisation, de jardinières d'enfants, de directrices de services sociaux, de surintendantes sociales...". (1)

Cette pénurie est-elle déjà liée à une question financière ? Sans en constituer, la seule et unique cause, elle n'en est pas moins un handicap sérieux pour le développement de la profession et la mise en place des services de soins et de préventions nécessaires. Car,

... si certains réalisent que l'infirmière a droit à une vie exempte de soucis matériels et organisée avec un certain confort, trop nombreux sont ceux qui oublient qu'on ne peut demander beaucoup sans assurer convenablement l'indispensable à celles qui aident à sauver l'existence de nos malades et à préserver la société ... Il ne peut être affirmé à notre époque, que l'infirmière doit se dévouer sans relâche en vivant une vie minima ; elle a droit en échange de tout ce qu'elle donne à la société, à une situation qui lui permette d'appliquer dans sa propre existence les principes qui lui ont été enseignés et qu'elle est chargée de répandre autour d'elle. (2)

1.22. Sur le plan international

Les infirmières des années 1920 n'ont pas seulement lutté, en France, pour la mise en place et la valorisation de leur carrière. Elles ont, en outre, participé activement aux travaux des congrès internationaux de leur association. "En octobre 1925, le Conseil International des infirmières demande à l'Association Nationale de déléguer trois infirmières dans les commissions internationales chargées d'étudier la formation professionnelle, la santé publique, et les conditions de travail des infirmières gardes-malades." (3) Il charge, en plus, Mademoiselle Chaptal de répercuter, dans les écoles, un questionnaire sur la situation des écoles d'infirmières

(1) DELAGRANGE.- "A propos de l'orientation professionnelle féminine vers les carrières sociales". (In : L'Infirmière française. T. II, 1925, p. 50)

(2) DELAGRANGE et GAMBE.- "Les écoles d'infirmières et l'enseignement de l'hygiène". (In : L'Infirmière française. T. III, 1925, p. 348)

(3) DUVAL.- "Regards sur le passé".- op. cit.

françaises et d'assurer la synthèse des réponses. Un exemplaire de ce rapport sera envoyé au Ministère.

En 1926, le C.I.I. suggère, à l'Association, de créer un "Comité des études" afin d'étudier, en marge du Conseil de perfectionnement des écoles, les suggestions utiles présentées par les membres, ceci, dans un but de progression professionnelle rapide." (1)

En juillet 1927, 198 infirmières françaises participent à Genève à une Conférence internationale du Conseil International des Infirmières sur "les soins infirmiers pratiqués au malade".

Enfin, au Congrès international de Montréal, en 1929, qui réunit plus de 6 000 congressistes de 36 nations, Mademoiselle Chaptal qui avait présidé plusieurs commissions, fut nommée, pour quatre ans, présidente du Conseil International, "ce qui fut un grand honneur pour elle et les infirmières qu'elle représentait." (2)

Cette nomination était, en un sens, la reconnaissance de l'effort gigantesque fourni par Mademoiselle Chaptal et les infirmières françaises pour donner, en dix ans, à leur activité professionnelle une dimension de valeur internationale.

2. LES ANNEES 30

En 1931, 105 écoles avaient reçu la reconnaissance administrative du Ministère, 5 108 diplômes avaient été accordés après examen d'Etat et 28 564 par équivalence, sans examen. C'est dire, le bond réalisé en moins de dix ans ! Au cours des dix années qui précèdent la Seconde Guerre mondiale, certaines modifications - dont l'une très importante - seront apportées sur le plan législatif, tandis que les infirmières continueront à se battre et à penser leur activité professionnelle.

(1) DUVAL.- op. cit. 488

(2) Ibid.

2.1. Les décisions législatives

2.11. Sur le plan professionnel

2.11.1. La prorogation de la période dérogatoire :

Le décret d'avril 1933

Ce décret proroge, une nouvelle fois, la période dérogatoire pour l'application intégrale du décret de 1922 créant le diplôme d'Etat. Et, malgré les protestations véhémentes de Mademoiselle Chaptal, auprès du Ministre de la Santé, 16 000 diplômes par équivalence sont encore délivrés. (1) Un nouvel arrêté du 7 décembre 1938 devait proroger de nouveau le régime dérogatoire.

Les diplômes d'Etat d'infirmiers ou d'infirmières hospitaliers, d'assistants ou d'assistantes du service social pourront être délivrés par application de l'article 24 du décret du 18 février 1938, aux infirmiers ou infirmières hospitaliers, assistants ou assistantes du service social qui auront satisfait aux conditions suivantes :

1° Avoir exercé avant le 19 février 1938 pendant plus de dix ans à titre professionnel les fonctions d'infirmier ou infirmière hospitaliers, d'assistant ou d'assistante du service social ...

2° Avoir subi avec succès les épreuves d'un examen spécial ... (2)

Toute la profession, avec juste raison, proteste encore une fois, contre cette façon de procéder, d'autant plus que, toutes les personnes intéressées par cette prorogation auraient pu depuis 1922 faire des études régulières dans une école. Cependant, l'Association Nationale obtint du Ministre que ne soient pas délivrés "des équivalences" mais "des certificats de droit d'exercer", libellés et présentés de façon qu'aucune confusion ne risque de s'établir avec les diplômes réguliers.

Cependant, à la veille de la Seconde Guerre mondiale, "en 1938, 16 500 diplômes sont délivrés après examen d'Etat, contre 40 932 accordés par équivalence...". (3)

(1) Chiffres donnés par Mlle DUVAL.- op. cit. 487

(2) Arrêté du 7 décembre 1938. Art. 1.-

(3) DUVAL.- op. cit.

Cette attitude, ne consistait-elle pas à encombrer la profession d'un personnel qui, n'avait reçu aucune formation et, pour lequel, il était peut-être difficile, de donner aux malades des soins infirmiers de qualité et d'assurer aux élèves-infirmières un encadrement suffisant ?

2.11.2. Le décret du 18 février 1938 (1)

L'événement capital de cette décennie fut, le décret du 18 février 1938 qui supprima le diplôme de visiteuse d'hygiène sociale jugé "trop médical et pas assez social" et préconisa deux diplômes d'Etat :

celui d'infirmière hospitalière

celui d'assistante de service social. (2)

Quelles furent les raisons qui poussèrent les pouvoirs publics et peut-être la profession à supprimer la spécialisation d'infirmière visiteuse d'hygiène sociale ?

Certes, la création du diplôme d'Etat avait permis

... d'améliorer dans notre pays les conditions de recrutement d'un corps professionnel sans lequel les soins aux malades et la prévention des fléaux sociaux seraient en péril ; mais l'oeuvre entamée devrait être encore perfectionnée et il est apparu que le développement considérable pris par les différents services d'hygiène et de protection sociale devait nous amener à remanier les conditions d'attribution de ces diplômes et à réorganiser de façon complète l'enseignement professionnel hospitalier ou social. (3)

La durée de l'enseignement prévu est, de deux ans, pour les infirmières et, de trois années, pour les assistantes sociales, la première année médicale étant la même pour toutes les élèves. "L'expérience a, en effet, bien montré que ce laps de temps seul, permettra aux assistantes de service social d'acquérir les connaissances pratiques indispensables et de s'adapter aux fonctions qu'elles ont ensuite à assumer." (4). Le décret préconise.

(1) Décret du 18 février 1938. (J.O. du 19 février 1938).

(2) Le décret du 12 janvier 1932 avait institué un brevet de capacité professionnelle permettant de porter le titre d'assistant ou assistante du service social diplômé de l'Etat français.

(3) Ministère de la Santé Publique. Institution des diplômes simples et supérieurs d'infirmiers ou d'infirmières et d'assistants ou d'assistantes du service social de l'Etat. Rapport du Président de la République. Paris, le 17 février 1938.

(4) Décret du 18 février 1938.- op. cit.

en outre, la création d'un diplôme supérieur d'infirmière hospitalière et d'assistante sociale.

Il nous a semblé également nécessaire d'envisager la création d'un diplôme supérieur qui sanctionnerait des études complémentaires dans des écoles spécialisées. Ce diplôme sera exigé, mais par priorité seulement, au personnel appelé à exercer les fonctions de maîtrise dans les établissements hospitaliers et les organisations d'hygiène subventionnées par les collectivités publiques. C'est également à ce corps d'infirmières sélectionnées que sera confié le soin de former les nouveaux cadres et de les adapter aux nouvelles techniques. (1)

2.12. Sur le plan social

Outre, le contrecoup, de ces décisions d'ordre professionnel, les infirmières connurent, également, les répercussions de l'application des Accords de Matignon et des conventions collectives.

2.12.1. Les Accords de Matignon

Les Accords de Matignon, signés le 7 juin 1936, entre les délégués nationaux et les délégués syndicaux de la C.G.T., apportèrent aux infirmières une amélioration considérable de leur contrat de travail avec le réajustement des salaires et la semaine de 40 heures, qui ne sera appliquée dans certains hôpitaux publics qu'en 1968.

2.12.2. Les conventions collectives

Quant aux conventions collectives, les modifications qu'elles apportaient étaient susceptibles d'intervenir au moment de la reconnaissance du statut des infirmières diplômées d'Etat.

Ce statut, pour lequel les infirmières se battaient, depuis la création du diplôme d'Etat, a fait l'objet de maintes déclarations, mais, de fort peu d'actions.

En 1935, le Ministre de la Santé avait soumis, à la ratification des chambres, un projet de loi sur l'exercice de la profession qui était resté "lettre morte". Dans une lettre circulaire adressée aux directeurs de la Santé, datée du 26 octobre 1936, le Ministre écrivait : "J'estime qu'il est maintenant logique de ne plus recourir, tant en ce qui concerne les infirmières hospitalières qu'en ce qui concerne les infirmières

(1) Décret du 18 février 1938.- op. cit.

visiteuses, qu'à celles d'entre elles qui sont titulaires du brevet de capacité professionnelle permettant de porter le titre d'infirmière diplômée d'Etat." (1)

Après de multiples réclamations, de la part de l'Association nationale des infirmières diplômées de l'Etat français, des directrices d'écoles d'infirmières, la loi réglementant l'exercice de la profession en France ne sortira que beaucoup plus tard, en 1943.

2.2. Réflexions et activités de l'Association nationale des infirmières diplômées d'Etat

Les infirmières s'opposèrent, nous l'avons vu, à deux reprises et à juste titre, aux décrets prorogeant la période dérogatoire pour l'application du décret de 1922 relatif à la création du diplôme d'Etat. Elles continuèrent, par ailleurs, à exprimer leurs idées sur différents aspects de la formation et de leur vie professionnelle.

2.2.1. L'amélioration de la formation professionnelle des infirmières

- La nature de la formation

La nécessité d'une formation pour les infirmières était alors reconnue et souhaitée par tous, médecins et infirmières car,

... alors que dans le passé on considérait que la femme dévouée qui se penchait avec sollicitude au chevet du malade était l'instrument idéal au service de toutes les oeuvres de charité, on estime actuellement que ce dévouement, qui est toujours et restera à l'avenir le premier ..., n'est plus son unique qualité, mais qu'il doit être accompagné d'une formation professionnelle technique et pratique très sérieusement suivie. (2)

Les infirmières trouvèrent, d'ailleurs, un grand appui dans les idées du Docteur Dujarric de la Rivière qui, avec une étonnante ouverture d'esprit et avec pertinence, défendit en 1933, l'intérêt que présentait la formation pour l'infirmière :

(1) DUVAL.- op. cit. 489

(2) ODIER (Lucie).- "L'enrôlement des infirmières et des auxiliaires volontaires de la Croix-Rouge". (In : L'infirmière française. T. X, 1932, p. 266)

Les infirmières administrent aux malades des médicaments prescrits par le médecin. Elles s'acquittent de cette tâche avec une grande conscience et suivent des règles qu'elles tiennent souvent de la tradition orale ; on leur a appris qu'il faut donner le médicament à l'heure dite et dans des conditions qu'elles observent ..., mais combien peu d'infirmières connaissent la nature de ce médicament ou son action physiologique ? N'est-il donc pas possible d'emprunter à la botanique ou à la pharmacologie des notions explicatives simples ? ... Comme l'infirmière comprendrait bien alors pourquoi tel médicament doit être pris à une dose déterminante et pourquoi il doit être donné à telle ou telle heure, c'est-à-dire dans telle ou telle condition physiologique.

Mais, dira-t-on, ne craignez-vous pas de donner une formation trop médicale et trop scientifique ? Les infirmières ainsi formées se croiront plus instruites qu'elles ne le seront en réalité, elles voudront se substituer au médecin, elles feront des prescriptions médicales ... ; ce sont en effet les infirmières les plus instruites, les plus "techniciennes" qui se tiennent le mieux dans leur rôle. Celles qui le sont moins ont au contraire toujours tendance à en sortir et donnent aux médecins les plus grands ennuis. Plus l'enseignement de la profession d'infirmière s'éloignera de l'empirisme, plus il sera scientifique et précis, plus les médecins auront de chance d'avoir des collaboratrices qui se tiendront strictement dans leur rôle, mais qui rempliront celui-ci avec une compréhension qui rendra les soins plus efficaces ... (1)

Mademoiselle Alberg, dans son étude sur la formation générale de l'infirmière professionnelle, estime que l'on doit tenir compte, dans cette formation, de trois tâches principales :

- . Relever le niveau des soins, surtout dans les hôpitaux auxquels se rattachent des écoles d'infirmières.
- . Adapter le programme d'études aux besoins du pays.
- . Amender les cours de formation générale afin d'offrir un bon point de départ à la spécialisation ultérieure ...

et elle ajoute :

... la tâche de l'infirmière ne peut plus aujourd'hui se résumer par les mots : soins aux malades ; il nous faut admettre que le malade fait partie d'une famille et d'une collectivité et que par conséquent il doit faire face à de multiples difficultés d'ordre social.

...

(1) DUJARRIC de la RIVIERE (Dr).- "Principes scientifiques et leur application au soin des malades". (In : L'Infirmière française. T. XI, 1933, pp. 318-319)

...

Se maladie n'est, sans doute, que le résultat de quelques difficultés de ce genre ... Il nous faut reconnaître que même l'infirmière hospitalière moyenne doit être suffisamment au courant de ces questions, pour traiter son malade non seulement comme un cas de telle ou telle maladie, mais comme un être humain membre de la collectivité. (1)

Elle répondait déjà, tout à fait, aux besoins nouveaux créés par l'évolution de la fonction d'infirmière dont Monsieur Daniélou, alors Ministre de la Santé Publique disait :

... ainsi votre action s'est universalisée, en même temps qu'elle s'est intellectualisée. Vos pieds ont dépassé le seuil des hôpitaux et des cliniques. Vous vous rendez à domicile, dans l'industrie, dans les écoles, dans les campagnes. Partout on vous retrouve. (2)

Comment, ne pas être séduite par l'actualité de cette conception de la formation de l'infirmière centrée sur le malade et non plus sur la maladie, qui répond tout à fait aux besoins nouveaux.

Les infirmières, elles-mêmes, souhaitent que leur formation soit à la fois technique, pratique et morale.

La formation professionnelle des infirmières repose en partie sur l'enseignement théorique... et en partie sur l'enseignement pratique ou technique. Ces deux enseignements ne peuvent, évidemment, pas être séparés. Il ne faut pas seulement la science, il y a aussi le savoir-faire. Ici s'impose la technicienne éprouvée. (3)

En outre, "le but de la formation morale est d'inculquer à l'infirmière l'esprit de travail, d'abnégation, de dévouement, l'esprit de charité et de dignité." (4)

Cette formation devait être assurée, en partie, par des médecins, et, en partie, par des monitrices dont le rôle était ainsi défini :

(1) ALBERG (E...).- "La formation générale de l'infirmière professionnelle". (Séance de sections tenue à Bruxelles le 14 juillet 1933). (In : L'Infirmière française. T. XI, 1933, p. 347)

(2) DANIELOU (...).- Ministre de la Santé Publique. Discours fait au Congrès International des Infirmières. (In : L'Infirmière française. T. XI, p. 310)

(3) PIERRE (Soeur).- "Principes et idéal en éducation". (In : L'Infirmière française. T. XI, 1933, p. 462)

(4) Ibid. 463

"La monitrice sera une enseignante, une répétitrice pour la partie théorique, elle doit organiser l'enseignement de façon à former un tout : pratique - théorie - formation morale. La formation morale soutenant et éclairant sans cesse l'enseignement théorique et pratique."(1)

- Le cadre de la formation

Dès 1925, Mademoiselle de Joannis et, en 1926, Mademoiselle Fumey, monitrice dans une école d'infirmières, avaient dénoncé les risques que représentait la formation des élèves-infirmières donnée par une école asservie à un hôpital.

En 1933, Miss Lindeberg affirme, à son tour, catégoriquement : "tant que les écoles devront fournir de la main-d'oeuvre aux hôpitaux - surtout, si leurs élèves supportent toute la charge des soins à donner - l'élève continuera à être gravement exploitée" (2) et elle précise, - en faisant référence aux pays étrangers -

... dans certaines écoles rattachées à des universités où les besoins de l'hôpital ne sont pas confondus avec ceux des élèves, où par conséquent, la répartition des élèves entre les divers services n'est pas recommandée par les nécessités de l'hôpital, la proportion entre l'éducation en salle et l'instruction en classe se fonde sur des principes pédagogiques beaucoup plus rationnels. (3)

Propos, qui révélaient une vue, très lucide, d'un problème important.

- Les méthodes de formation

Il est, également, intéressant, de noter qu'en dehors des questions relatives à la nature et aux conditions de la formation des infirmières, "la Revue de l'infirmière" avait - en théorie et à juste titre - pris position sur la méthode de formation qui paraissait la meilleure. Elle préconisait, contre la méthode des soins en séries ou à la chaîne, une méthode où, les élèves auraient la charge complète de quelques malades.

En 1928 déjà, les écoles d'infirmières souhaitaient que l'élève, dans chacune des étapes de l'enseignement qui lui était donné, et sous

(1) FUMEY (Mlle). - "Rôle de la monitrice dans une école d'infirmières". (In : L'Infirmière française. T. XIV, 1936, p. 222)

(2) LINDEBERG (Miss M...). - "Quel doit être le minimum d'expérience pratique pour les cours de formation générale". (In : L'Infirmière française. T. XI, 1933, p. 354)

(3) Ibid.

la direction attentive des membres de l'équipe soignants, donne aux malades qui lui sont confiés tous les soins dont elle est capable d'assumer la responsabilité. Cette méthode s'opposait donc, au système alors en usage en France, selon lequel, l'élève apprend à remplir une certaine somme de travail dans les unités de soins telle que, par exemple, prendre toutes les températures des malades, faire toutes les injections intramusculaires, poser toutes les perfusions intra-veineuses... et, n'a, alors, qu'une connaissance très fragmentaire, des malades et peu de relation avec eux.

Quelques années plus tard, on recommandait l'étude des cas individuels ou "case study", méthode d'enseignement,

... où l'élève doit apprendre à considérer le malade, non pas comme un cas seulement, mais bien comme un être humain pour lequel il existe d'autres problèmes que le problème médical qui l'a amené à l'hôpital
L'étude du cas individuel a pour but d'élargir et d'approfondir l'expérience de l'élève et de lui faire constater la corrélation de tous les sujets du cours ; elle lui permettra d'arriver à une compréhension approfondie de quelques maladies, les plus importantes ; elle augmentera son intérêt pour le côté purement humain de son travail, et lui enseignera une auto-critique utile. (1)

2.22. Les écueils de la vie professionnelle

Mais nos collègues ne se sont pas seulement préoccupées de la formation de leurs élèves, elles ont, avec beaucoup d'acuité, très bien perçu et dénoncé certaines écueils de leur vie professionnelle qui ressemblait trop à une vie monacale.

De fait, pour les infirmières hospitalières, après la formation reçue le plus souvent en internat, une fois le diplôme d'Etat obtenu, la vie se poursuit en foyer de jeunes filles et à l'hôpital. Les infirmières forment donc, à elles seules, une micro-culture avec peu ou pas d'ouverture sur l'extérieur. D'ailleurs le voudraient-elles, est-ce qu'elles le pourraient ? Quelles relations nouvelles peuvent-elles se faire à l'hôpital ? Le malade ? - Avec lui, on doit être déférente et lui dire juste le strict nécessaire, c'est-à-dire des paroles d'encouragement, en outre, il serait très mal vu de l'entretenir trop longtemps. Il en

(1) LARSEN (E...)- Danemark.- "Coordination de l'enseignement théorique avec le travail pratique. Comment mieux faire servir l'expérience clinique des élèves à leur formation". (In : L'Infirmière française. T. XVI, 1938, p. 63)

est, d'ailleurs, de même, à l'égard du médecin : l'on serait vite qualifiée d'intrigante si, l'on avait avec lui, d'autres sujets de dialogue que celui d'un subalterne vis-à-vis d'un supérieur hiérarchique. Il y a donc,

... un gros risque, pour les infirmières, de voir leur horizon se rétrécir, comme il arrive lorsqu'on vit sans cesse avec des personnes ayant toutes le même intérêt. Leur conversation, en général peu variée, compromet à la longue tout effort intellectuel. Les idées qui viennent toutes faites à l'esprit se substitueront fatalement à l'expression de la pensée pure. L'esprit dont les rouages sont inactifs sombre dans la routine. (1)

"La Revue de l'infirmière" de 1938 attirait, en outre, leur attention sur les inconvénients de la spécialisation et de la bureaucratie. Avec le développement des sciences médicales et chirurgicales, et l'apparition de la technologie dans les soins aux malades, la spécialisation devint pratiquement inévitable, ainsi que la paperasserie qu'elle engendre. Le Marquis de Lilliers ne tirait-il pas une sonnette d'alarme en disant "... dans la carrière d'infirmière gardons-nous de la spécialisation en outrance" (2) et d'ajouter :

... un autre danger réside dans ce que j'oserais appeler l'invasion du papier ! J'appelle sur nos infirmières toutes les grâces des administrations, afin que celles-ci ne les détournent pas de leur tâche technique pour les encombrer d'une besogne paperassière qui paralyse leur action, dénature leur esprit et obnubile leur efficacité. (3)

2.23. La méconnaissance des droits de l'infirmière

Enfin, la préoccupation qui ne cessera, au fil des ans, d'être un sujet, à la fois, d'inquiétude et de revendication, est, la méconnaissance des droits de l'infirmière. Il faut, bien reconnaître que, la compréhension dont avaient fait preuve, au début des années 20, les instances ministérielles allait en s'évanouissant.

(1) EDGELL (Miss Béatrice).- "Obligations et idéals de l'infirmière". (In : L'Infirmière française. T. XVI, 1938, p. 304)

(2) LILLIERS (Marquis de).- Président du Comité Central de la Croix-Rouge française. Discours fait au Congrès international des infirmières. (In : L'Infirmière française. T. XI, 1933, p. 305)

(3) Ibid.

Dès 1924, on relève, dans les écrits de l'époque, une méconnaissance des droits réels de l'infirmière par quelques-uns de ceux qui ont recours à leur service. Mais, elles mettront longtemps à se regrouper et à s'organiser pour la défense de leurs droits. Ce ne fut donc, qu'en 1935, que l'Association nationale des infirmières dénonce le fait que

... les infirmières ne peuvent être assimilées à des femmes de chambre, gardes-malades, ni à des soignantes non diplômées. Une distinction (1) très nette doit être établie entre l'infirmière diplômée de l'Etat français qui a effectué des études sérieuses, coûteuses et prolongées afin d'obtenir ce diplôme et le reste du personnel soignant ou non. Les appointements de l'infirmière diplômée de l'Etat français, les conditions de son travail doivent être différenciés beaucoup plus nettement. (2)

Malgré, le grand désir du personnel infirmier de se voir donner un statut et les différentes propositions qui furent faites à ce sujet, par le Ministre de la Santé, aucune satisfaction ne fut obtenue. Leur statut, les infirmiers et les infirmières l'attendront jusqu'en... 1943 !

2.24. Présence de l'Association sur le plan international

Pendant cette décade deux congrès du Conseil international des infirmières se déroulèrent : l'un à Paris et à Bruxelles en 1933, et l'autre à Londres en 1937 où la délégation française fut importante car

... le Ministre de la Santé avait adressé le 14 avril 1937 une lettre circulaire à tous les préfets pour attirer leur attention sur ce congrès, leur rappelant que plus de 250 000 infirmières de 35 nations sont affiliées au C.I.I. et que ces relations internationales sont hautement profitables aux directrices d'écoles et aux infirmières. Les préfets devaient transmettre un duplicata de cette circulaire à tous les établissements hospitaliers, les priant de donner aux membres de leur personnel toutes facilités pour assister au congrès. (3)

(1) Souligné par nous.

(2) Association Nationale des Infirmières diplômées de l'Etat français. "A propos des conventions collectives du travail". (In : L'Infirmière française. T. XIII, 1936, p. 416)

(3) DUVAL.- op. cit. 490

3. LA CONTRIBUTION DE LA CROIX-ROUGE FRANCAISE A LA FORMATION DES INFIRMIERES PENDANT L'ENTRE DEUX GUERRES

Il serait, partial, de ne pas signaler l'apport de la Croix-Rouge à la formation des infirmières pendant cette période. Les infirmières de la Croix-Rouge sont affiliées à l'Association nationale des infirmières et, comme l'a bien dit L.R. Seymer :

Dans toute discussion sur le nursing moderne on ne perdra jamais de vue l'importance actuelle de la Croix-Rouge. Le standing élevé atteint dans de nombreuses écoles de la Croix-Rouge ne doit pas être considéré comme l'oeuvre du moment, mais comme le résultat du désir croissant des diverses sociétés de la Croix-Rouge d'atteindre le niveau le plus élevé du nursing professionnel. (1)

D'une manière générale, les infirmières de la Croix-Rouge ont en 1921, 1928 et 1930 "longuement étudié la formation des infirmières et insisté sur la nécessité d'une préparation théorique et pratique complète." (2)

Elles recommandent :

Que les Sociétés nationales prennent connaissance du rapport établi par la Commission d'enseignement du Conseil International des Infirmières et adoptent comme guides les principes qu'il contient.
Que le titre d'infirmière diplômée soit réservé à celle qui a obtenu, dans une école d'infirmières, un diplôme à la suite d'études comportant une instruction théorique complète et des stages pratiques suffisamment prolongés dans tous les différents services. Cet enseignement devrait s'étendre autant que possible, sur trois années.
Que les Sociétés de la Croix-Rouge qui procèdent à l'enrôlement d'infirmières formées dans d'autres écoles que les leurs, demandent des candidates la possession du diplôme d'Etat et, en tout cas, une formation équivalente à celle des infirmières de la Croix-Rouge.
Que les Sociétés nationales confient, sous la direction de leur Comité central, à la section des infirmières :
1° l'enrôlement des infirmières diplômées ;
2° l'enrôlement des auxiliaires volontaires et la préparation de celles-ci au rôle qui leur est dévolu. (3)

(1) SEYMER.- op. cit. 128

(2) Ibid. 129

(3) Ibid.

Il est à remarquer que les instances de la Croix-Rouge souhaitaient une formation de trois ans, alors que, en France, elle n'était officiellement, que de deux ans.

En ce qui concerne la spécialisation de la fonction, la conférence d'octobre 1930 avait émis les résolutions suivantes :

Que les Sociétés nationales redoublent leurs efforts pour former un nombre suffisant d'infirmières diplômées spécialisées (comme visiteuses) à la suite d'études approfondies.

Que l'emploi des auxiliaires d'hygiène ayant reçu une formation plus élémentaire soit toléré dans les pays où le besoin s'en fait sentir, à titre transitoire seulement et pour une durée strictement limitée. (1)

En France, la Croix-Rouge créa un certain nombre d'écoles.

Enfin, l'Instruction ministérielle, du 3 juin 1930, règle le statut des infirmières de la Croix-Rouge française en activité dans les services de santé militaires, permettant l'extension du recrutement des bénévoles, de telle sorte, qu'en 1935, la Croix-Rouge française favorisa le recrutement de 6 500 infirmières.

*

*

*

4. L'INFIRMIERE FRANCAISE A LA VEILLE DE LA SECONDE GUERRE MONDIALE

Ainsi, en vingt ans, le recrutement, la formation, l'organisation professionnelle de l'infirmière, bref, son existence sociale - même si elle n'a pas encore de statut - se sont "institutionnalisés". Mais qu'était, à cette époque, l'infirmière ? Comment se perçoit-elle ? Que dit-elle de sa profession ?

Une première approche nous est fournie par le Docteur Roussy qui, au cours de l'assemblée générale de l'Association nationale des Infirmières de 1935, s'adressant à nos collègues, leur disait : "Vous avez réclamé et obtenu le droit de savoir et le droit de prodiguer votre savoir. Vous avez d'abord été des "soignantes" puis, à l'exemple de vos sœurs de Grande-Bretagne et d'Amérique, vous avez tenu à être des exploratrices

(1) SEYMER.- op. cit. 129

hardies, chevaleresques, serviables et généreuses, vous avez mérité de visiter les malades, de les suivre jusque dans leur famille...". (1)

Mais, si l'on essaye de préciser la manière dont les infirmières se représentaient leur profession, il apparaît qu'elles l'envisageaient d'abord comme une activité spécifiquement féminine. "La profession d'infirmière, disait Soeur Pierre, est par excellence, une profession féminine, capable de satisfaire l'activité et le coeur de la femme...". (2) "C'est pourquoi l'infirmière doit veiller à ne pas laisser s'éteindre la flamme de l'amour et du dévouement" (3), car, "par la chaleur du coeur, elle entretient et prolonge, près du malade, grâce à sa présence constante, cette "vertu de sympathie", selon l'expression de Duhamel, qui demeure le plus beau fleuron de notre couronne." (4)

Toutes ces réflexions semblent être l'écho de ce qu'affirmait un siècle plus tôt le Docteur J.P. Pointe :

C'est incontestablement une chose très avantageuse pour les malades que d'être servis par des femmes. Les femmes ont plus de patience que les hommes, leurs soins sont plus doux, leurs attentions plus délicates, et quand leur zèle est animé par le sentiment religieux, quelque pénibles et dégoûtants que soient leurs travaux, elles s'y adonnent avec un courage et un dévouement qu'on ne saurait s'attendre d'hommes à gages, accoutumés à mesurer le travail sur le salaire. (5)

Ce chaleureux rayonnement, signe d'une authentique féminité, doit, cependant, émaner d'un être possédant une "certaine solidité ou robustesse physique et morale, permettant de faire face bravement à toutes les fatigues et à toutes les répugnances" (6) car, devenir infirmière, n'est-ce pas "entrer en rapport avec toute la réalité et toute

(1) ROUSSY (Dr).- Assemblée générale de l'Association Nationale des Infirmières diplômées de l'Etat français, le 26 mai 1935. (In : L'Infirmière française, T. XIII, p. 2291)

(2) PIERRE (Soeur).- op. cit. 462

(3) L.C.H.- "On n'a jamais trop de bonnes infirmières". (In : L'Infirmière française. T. XI, 1933, p. 390)

(4) LILLIERS (Marquis de).- op. cit. 304

(5) POINTE (J.P. Dr).- Histoire topographique et médicale de L'Hôtel-Dieu de Lyon.- p. 105

(6) KREBS-JAPY (Dr).- "Quelques réflexions autorisées". (In : L'Infirmière française, T. I, 1924, p. 31)

la vie qui sont, bien souvent, dures et parfois rebutantes physiquement et moralement." (1)

Equilibrée, solide, chaleureuse, l'infirmière doit être, en même temps, "un parangon de vertu : "femme forte, capable de grandes choses, il faut qu'elle sache vouloir, qu'elle n'ait pas peur de l'effort." (2)

Mais,

... si elle veut vraiment tendre vers la perfection qu'on attend d'elle, elle saura lutter contre les habitudes qui nuisent à son caractère, comme la légèreté, la versatilité, la susceptibilité, l'orgueil et l'égoïsme et cultiver les vertus qui concourent à élever sa valeur morale, comme la droiture, la persévérance dans les décisions, la bienveillance et la gaieté dans les relations, la simplicité et la retenue dans les manières, la sociabilité ... (3)

A la "conscience d'un idéal élevé, à l'aspect de charité et d'abnégation" (4) l'infirmière alliera enfin la discrétion, le dévouement, la disponibilité :

- La discrétion, car "qu'une infirmière doive savoir se taire, cela est une vérité indiscutable." (5)

- Le dévouement, car elle doit surtout être capable de s'oublier ..., "d'aller, au bout de soi, quand l'occasion l'exige." (6)

- La disponibilité, car elle doit être capable de répondre aux attentes diverses des médecins ou des malades :

Le médecin ou le chirurgien, à la tête d'un hôpital, compte que l'infirmière qui l'assiste fera preuve de soumission constante ... ; mais le malade a besoin de quelque chose de différent, la patience naturellement vient la première, mais cependant l'infirmière ne doit pas être une manoeuvre passive. (7)

(1) KREBS-JAPY.- "Quelques réflexions autorisées". op. cit. 31

(2) PIERRE (Soeur).- op. cit. 463

(3) Ibid. 464

(4) "Une opinion américaine". (In : L'Infirmière française. T. III, 1926, p. 40)

(5) CHAPTAL.- Morale professionnelle. "Nécessité de l'habitude du silence". (In : L'Infirmière française. T. I, 1924, p. 33)

(6) Ibid. 36

(7) PIECZYNSKA (E...).- "L'esprit de dévouement". (In : L'Infirmière française. T. IV, 1926, p. 245)

De fait, on attend d'elle une "faculté d'adaptation et un assez haut degré d'intelligence." (1) Et, l'un des signes de son intelligence, sera précisément, outre, l'adaptation aux différents aspects de son travail, de ne pas considérer sa profession comme un gagne-pain, car, "une infirmière qui ne voit dans sa profession qu'un moyen pour vivre, qu'un gagne-pain, rate sa vie et s'achemine invariablement vers une faillite. Personne ne l'aime, ses patients s'aperçoivent de son caractère et après quelques jours de service on la remercie." (2)

Ces qualités intellectuelles, morales et affectives sont absolument indissociables comme le prouvent, hélas :

... celles qui intelligentes, instruites, mais non véritablement appelées par le rôle qu'elles auront à jouer, le comprenant plus intellectuellement que socialement, le jugeant à la manière d'une situation, d'une fin, vont à travers la souffrance, sans enthousiasme, sans douceur, sans dévouement, et donnent une fausse image de ce que sont réellement les femmes destinées et préparées à la guérison, à la prévention ... (3)

En d'autres termes, et si nous allons, au fond de l'analyse, comme le fit Mademoiselle Greiner, en 1936, il faut admettre :

... que le caractère de notre profession est d'être une vocation. Vocation vient du latin *vocare* et signifie : être appelé. La vocation d'infirmière c'est un appel qui résonne en nous secrètement, c'est un appel spontané surgissant de l'être intérieur qui s'émeut au contact de la souffrance ... (4)

On comprend, dès lors, la signification de la recommandation d'une de nos éminentes consœurs : "Les infirmières doivent prendre leur repas, entre elles, sans élément étranger." (5) L'objectivité nous oblige à signaler que toutes les infirmières des années 1937/1938 ne goûtèrent pas cette invitation à la vie conventuelle, puisque, l'année suivante, Miss Béatrice Edgell attirait l'attention de ses collègues sur les dangers qu'il y avait pour elles à vivre "en vase clos".

(1) "Une opinion américaine".- op. cit. 40

(2) TASSE (C...).- "Aimer, comprendre, sympathiser, consoler". Cours de déontologie. (In : L'Infirmière française. T. XVIII, 1939, p. 151)

(3) DELAGRANDE.- "A propos de l'orientation féminine vers les carrières sociales". (In : L'Infirmière française. T. V, 1927, p. 50)

(4) GREINER (Mlle).- "Conférence de morale professionnelle". (In : L'Infirmière française. T. XIV, 1936, p. 101)

(5) CHENEVRIER (A...).- "Mission de l'infirmière". (In : L'Infirmière française. T. II, 1925, p. 283).

Ainsi, à l'aube de la Deuxième Guerre mondiale, l'activité infirmière semble devoir être exercée par des femmes physiquement vigoureuses ; moralement discrètes, dévouées et disponibles ; psychologiquement équilibrées, chaleureuses, rayonnantes, si possible intelligentes, entrées dans la carrière par vocation.

Mais, le débat reste ouvert, de savoir si, cette "perfection" devait se borner à n'être que l'auxiliaire du médecin.

La déclaration de la guerre de 1939, l'occupation de la France un an plus tard, l'instauration de l'Etat français ne devaient pas permettre de répondre à la question.

5. L'INFIRMIERE SOUS L'ETAT FRANCAIS (1940-1944)

La France connut la dissolution des syndicats, la promulgation de la Charte du Travail et la mise en place d'un syndicat unique et obligatoire, qui ne réalisera pas l'unité ouvrière et aboutira à une organisation clandestine de l'action syndicale.

Le fait qui nous semble avoir eu, pendant l'occupation allemande, le plus d'impact, au niveau de notre profession, nous paraît être la parution de la loi du 15 juillet 1943 relative à la formation des infirmiers ou infirmières hospitaliers, à l'organisation et à l'exercice de la profession. Pour la première fois, le législateur tente de définir les conditions d'exercice de la profession :

Est considéré comme relevant de la profession d'infirmier et d'infirmière au sens de la présente loi tout emploi dont le titulaire donne habituellement, soit à domicile, soit dans des services publics ou privés d'hospitalisation ou de consultation, les soins prescrits ou conseillés par un médecin. (1)

Cette même loi établit des mesures propres à assurer la protection du titre puisque : l'exercice illégal de la profession d'infirmière est puni d'amende et, en cas de récidive, de peine d'emprisonnement, l'usurpation du titre fait l'objet de peines prévues à l'article 259 du Code pénal, enfin, la suspension temporaire ou l'incapacité absolue de l'exercice de la profession peut être prononcée. (2)

(1) Loi n° 372 du 15 juillet 1943. (J.O. du 28 août 1943).

(2) Ibid. Art. 9 et 10

En outre, la loi du 15 juillet 1943 crée l'obligation pour les établissements hospitaliers, de s'assurer le recrutement d'un personnel diplômé.

Les établissements hospitaliers publics ou assimilés devront, dans un délai de trois mois à dater de la publication de la présente loi, prendre toutes dispositions utiles pour assurer le recrutement d'un personnel diplômé, soit en créant eux-mêmes des écoles pourvues d'un internat, soit en concluant des accords avec d'autres établissements hospitaliers, ou a défaut, avec des écoles précédemment autorisées. (1)

L'enregistrement du diplôme à la préfecture est rendu obligatoire. "Les infirmiers ou infirmières sont tenus, dans le mois qui suit leur installation, de faire enregistrer à la préfecture leur diplôme, brevet, titre ou certificat. Tout changement de résidence hors des limites du département oblige à nouvel enregistrement...". (2)

Enfin, l'Union Nationale des Infirmières est créée, "reconnue d'utilité publique, elle assure la défense des intérêts de la profession et a la garde de son honneur et de sa discipline" (3), mais, c'est une obligation, pour toute personne exerçant la profession d'infirmière d'être inscrite à l'Union, car, "l'exclusion temporaire ou définitive de l'Union entraîne corrélativement pour l'intéressé la suspension du droit d'exercer." (4)

Nous verrons au cours du chapitre suivant ce qu'il en est advenu de ces mesures sous la IVe et la Ve République.

(1) Loi n° 372 du 15 juillet 1943. Art. 5

(2) Ibid. Art. 8

(3) Ibid. Art. 7

(4) Ibid. Art. 7

C H A P I T R E I I

DE LA FIN DE LA SECONDE GUERRE MONDIALE A NOS JOURS

Les transformations, de tous ordres, qui ont bouleversé la société occidentale de 1944, à nos jours, n'ont pas été sans affecter l'histoire de l'infirmière.

En France, tout au long de la IVe et de la Ve République, un nombre considérable de textes législatifs réglementent les activités de l'infirmière ou ses rapports avec le Pouvoir, parfois, sous la pression conjuguée des syndicats et des associations professionnelles et bien souvent contre elle.

Sur le plan international, les instances professionnelles déjà existantes, l'Organisation Mondiale de la Santé, l'Accord européen apparaissent comme les agents dynamiques d'une mutation possible de la profession et de la formation des soignants.

1. LA LEGISLATION FRANCAISE

Deux séries de textes législatifs concernant les infirmières peuvent être distinguées : l'une, relative à l'exercice du métier, l'autre, aux rapports entre l'Administration et la profession.

1.1. La réglementation de l'activité professionnelle de l'infirmière

Les quinze années qui suivent la Libération de la France ont été, le point de départ, de transformations importantes au sein de la législation sociale française.

Reconstitués, dès la Libération de Paris (1), les syndicats obtiennent, d'abord, la promulgation de l'ordonnance du 28 août 1944

(1) le 24 août 1944.

(J.O. du 31 août 1944) qui, tout en maintenant le texte de loi de juillet 1943, supprime l'Union Nationale des Infirmiers et Infirmières Hospitaliers. Ils joueront, en outre, par l'intermédiaire de nombreux militants syndicalistes élus députés en 1945, un rôle important dans le vaste domaine des ordonnances sur la Sécurité Sociale (octobre 1945), la Protection Maternelle et Infantile (novembre 1945), l'élaboration du Code de la Santé (1945) et des lois relatives à l'exercice de la profession.

A partir de 1950, deux tendances plus contradictoires que complémentaires vont se dessiner au sein de la profession :

- D'un côté, on essayera

- . de faciliter, à l'extrême, l'obtention "d'autorisation d'exercer" ;
- . d'abaisser l'âge d'entrée dans les écoles d'infirmières ;
- . diminuer le niveau des études pour les rendre accessibles à un plus grand nombre.

- De l'autre côté, l'objectif sera

- . de limiter l'obtention des "autorisations d'exercer" aux seules personnes le méritant ;
- . de ne faire accéder, à la profession que les personnes ayant un niveau d'instruction général suffisant leur permettant de mieux comprendre les soins à donner aux malades qui deviennent, avec les progrès scientifiques, de plus en plus complexes ;
- . de lutter pour une revalorisation de la profession qui favoriserait le recrutement de nouveaux membres.

Pendant 25 ans, le législateur et le Ministère vont osciller entre ces deux options, tandis que l'Association Nationale, entre autres, va multiplier les démarches auprès du Ministère et des parlementaires pour que la formation des infirmières et, les conditions d'exercice de la profession soient étudiées, en fonction, des besoins des malades.

C'est alors que, de nombreux textes législatifs, parurent, entraînant, au sein de notre profession, de profonds bouleversements. Pour simplifier notre étude, nous envisagerons ces modifications non pas dans un ordre chronologique, mais, en rendant compte, de leurs principaux aspects.

1.11. Une définition de l'infirmière et des soins relevant de sa compétence

Dès 1946, l'un des soucis du législateur fut de proposer une définition de l'infirmière, de fixer les conditions d'exercice de la profession et de circonscrire la zone de soins relevant, de la compétence, du personnel infirmier.

L'article 473 du Livre IV, Titre II du Code de la Santé Publique définit l'infirmière de la manière suivante :

"Est considérée comme exerçant la profession d'infirmière toute personne qui donne habituellement (1) soit dans des services publics ou privés d'hospitalisation ou de consultation des soins prescrits ou conseillés par un médecin." (2)

Le Code de la Santé précise :

"... nul ne peut exercer la profession d'infirmier ou d'infirmière s'il n'est muni soit de l'un des brevets délivrés en application du décret du 27 juin 1922, soit du diplôme unique délivré depuis le décret du 18 février 1938." (3)

Quant, aux soins que peut donner l'infirmière, l'arrêté du 31 décembre 1947, les caractérise ainsi :

Les actes médicaux qui peuvent être exécutés par un auxiliaire médical qualifié, sur prescription quantitative et qualitative du médecin, mais sans la présence de celui-ci, sont limitativement les suivants :
ventouses sèches et scarifiées ; injections sous-cutanées et intramusculaires seulement (à l'exclusion des injections intra-veineuses) ; massages simples, à l'exclusion de tout massage gynécologique et de tout massage prostatique ; pansements simples ; lavements simples ; sinapisations ; injections vaginales simples. (4)

On peut, d'ailleurs, se demander si, toute femme, un peu évoluée, ne serait pas capable d'appliquer ce type de soins à un membre de sa famille ?

(1) Terme souligné par nous.

(2) Reprise de la loi n° 372 du 15 juillet 1943. op. cit.

(3) Art. 474 du Code de la Santé Publique. Livre IV. Titre II.
(In : La Profession d'Infirmière en France. p. c I/1. Mai 1970)

(4) Arrêté du 31 décembre 1947. (J.O. du 9 janvier 1948)

Les actes médicaux pouvant être réalisés par un auxiliaire médical qualifié sont ainsi définis :

... après que le médecin traitant se sera personnellement assuré de la possibilité de confier à l'auxiliaire les dits actes, du fait de sa compétence et des possibilités inhérentes à chaque cas : injections intraveineuses et prises de sang ; sondage urétéral ; sondage avec lavage de vessie ; alimentation par sonde ; tubage gastrique ; mobilisation manuelle ; mécanothérapie ; prise d'électrocardiogramme. (1)

Enfin, les actes de physiothérapie et d'électricité médicale "donnés à titre d'exemple sans que la liste soit limitative (2), ne peuvent être exécutés par des auxiliaires médicaux, sauf, sous la responsabilité et la surveillance directe du médecin traitant, pouvant ainsi contrôler et intervenir à tout moment." (3)

Par contre, certains actes, tels que la prise de la tension artérielle, devaient être exécutés exclusivement par un médecin. (4)

Cette première liste d'actes fut modifiée et étendue, à plusieurs reprises. La dernière nomenclature remonte au 5 mars 1975. Cependant, faute d'avoir été explicités, dans le cadre politique, social et économique où ils furent élaborés, ces textes, loin de définir la nature des soins infirmiers, ont été interprétés dans un sens restrictif, faisant alors de l'infirmière une simple exécutante "d'actes concrets" inscrits sur une liste limitative.

Malheureusement, les mesures prévues par le Code de la Santé Publique ne furent pas toujours respectées et, c'est ainsi que l'on vit se multiplier "les autorisations d'exercer".

1.12. La continuité dans les dérogations

Dès l'après guerre, les pouvoirs publics eurent à se heurter à une situation angoissante pour les directeurs d'hôpitaux et les médecins, épuisante et déprimante pour les infirmières diplômées d'Etat, surchargées de soins et travaillant dans des conditions de plus en plus décevantes : la pénurie des infirmières.

(1) Arrêté du 31 décembre 1947. Art. 2

(2) Souligné par nous.

(3) Arrêté du 31 décembre 1947. Art. 3

(4) Ibid. Art. 4

Pour pallier, à cette pénurie, la seule solution envisagée fut de donner encore des "autorisations d'exercer", comme en témoigne la loi du 8 avril 1946 :

Par dérogation ... l'exercice de la profession d'infirmière ou d'infirmier est permis, soit en qualité d'auxiliaire polyvalent, soit pour un ou plusieurs établissements ou pour un mode d'activité déterminé :

1° Aux personnes pourvues de certificats, titres ou attestations dont la liste et les conditions de validité (1) sont fixées par arrêté du Ministre de la Santé Publique.

2° Aux élèves préparant le diplôme d'Etat pendant leur scolarité, mais seulement dans les établissements ou services agréés pour l'accomplissement des stages. (2)

Délivrer, des autorisations d'exercer, admettre que, des élèves faisant des études pour obtenir leur diplôme d'Etat soient considérées comme "pouvant faire fonction", n'était-ce pas, faire fi, de l'intérêt, d'une formation pour l'infirmière ? N'était-ce pas, aussi, un moyen de se trouver une main-d'oeuvre à bon marché ?

Le législateur n'est-il pas en contradiction avec lui-même lorsqu'il affirme, dans la même loi, que le diplôme d'Etat est obligatoire pour exercer, mais que des délais sont prévus pour régulariser la situation des infirmières non diplômées en fonction depuis plus de trois ans, alors que cette formation est établie depuis plus de vingt ans ?

De nouveaux délais pour obtenir des "autorisations d'exercer" furent encore consentis par la promulgation des lois du 13 mai 1948 et du 24 mai 1951. (3)

On assiste encore, entre 1946 et 1964, à la publication d'une multitude de textes qui prorogent les délais ou élargissent les titres donnant droit à l'exercice de la profession en France. C'est ainsi que,

(1) Souligné par nous dans le texte.

(2) Loi n° 46-630 du 8 avril 1946. (J.O. du 9 avril 1946)

(3) Loi n° 51-659 du 24 mai 1951 accordant un délai aux infirmières et infirmiers pour déposer la demande prévue à l'article 13 de la loi n° 46-630 du 8 avril 1946, relative à l'exercice des professions d'assistants ou d'auxiliaires de service social et d'infirmières ou d'infirmiers, modifiée par la loi n° 48-813 du 13 mai 1948. (J.O. du 31 mai 1951). Art. 1

par exemple, l'arrêté du 3 février 1949, valide, un certain nombre de titres permettant à ceux qui les possèdent d'exercer en qualité d'infirmières ou d'infirmiers auxiliaires.

Sont autorisés à exercer en qualité d'infirmière ou d'infirmier "auxiliaire" sans limitation, les personnes titulaires de l'un des titres suivants :

- Diplôme d'Etat d'assistante sociale ;
- Diplôme de sage-femme ;
- Diplôme d'Etat d'infirmier masseur ;
- Diplôme d'infirmière ou d'infirmier de l'Assistance Publique de Paris ;
- Diplôme d'infirmière ou d'infirmier de l'Assistance Publique de Marseille ;
- Brevet élémentaire d'infirmier de la marine ;
- Brevet élémentaire d'infirmier de service de santé de l'armée ;
- Brevet élémentaire d'infirmier des troupes coloniales ;
- Brevet élémentaire d'infirmier du service de santé de l'armée de l'air ;
- Certificat d'aide médico-sociale de la Croix-Rouge française. (1)

Il faut reconnaître, cependant, que les autorisations d'exercice abusives n'ont pas touché la seule profession d'infirmière ; les ont également connus, les architectes, les ingénieurs, les experts comptables... Elles ont été, une conséquence, des bouleversements économiques et sociaux de l'après guerre, et la résultante de certaines carences de l'enseignement. Chez les infirmières, le problème fut, surtout, d'origine économique : le Ministère de la Santé, avec les crédits qui lui étaient alloués, disposait de sommes insuffisantes pour créer des écoles d'infirmières, établir une formation répondant aux besoins de la société et favoriser, de ce fait, le recrutement des infirmières.

Dénoncer ces abus, ce n'est d'ailleurs pas critiquer - loin de là - ceux qui, par leurs efforts, leur travail personnel ont acquis une expérience professionnelle souvent louable. Ce procédé devient malheureusement, condamnable, lorsqu'il constitue un abus, en délivrant des autorisations d'exercice à des personnes non qualifiées, et, en multipliant ces autorisations dans une telle proportion que l'équilibre entre diplômés et autorisés est rompu.

(1) Arrêté du 3 février 1949. Art. 6. (In : La Profession d'Infirmière en France. - op. cit. 218)

Il n'en est pas moins, navrant, de constater que les autorités administratives n'ont cessé de délivrer des autorisations d'exercice à l'encontre des principes proclamés par le Code de la Santé Publique, tout, en précisant, les modalités et les contenus de la formation des infirmières.

1.13. La formation des infirmières

Elle a été envisagée à deux niveaux, celui des infirmières en école de base et celui des cadres infirmiers.

- La formation des infirmières en école de base

Notre objectif, n'est pas de présenter, l'ensemble des programmes d'enseignement qui ont été successivement proposés aux écoles depuis la création du diplôme d'Etat ; il est seulement, à partir des préambules des programmes de 1951, 1961 et 1972, de mettre en évidence l'importante évolution que révèle leur lecture dans la conception du rôle de l'infirmière.

. Le programme de 1951 prévoyait deux années d'études. La première, encore commune aux élèves-infirmières, aux assistantes sociales et aux élèves sages-femmes, était très chargée. La seconde année, propre aux élèves-infirmières, devait leur permettre de compléter leur instruction "à la fois par l'acquisition de notions nouvelles et surtout en approfondissant celles déjà acquises en première année d'une façon trop souvent superficielle." (1) L'enseignement, donné aux élèves-infirmières, était surtout d'ordre sémiologique, il "devait insister sur les symptômes et les syndromes principaux permettant d'orienter le diagnostic des maladies ou affections portées au programme. Il conviendra de s'arrêter en particulier sur les "signes d'alarme" qui imposent le recours au médecin." (2) Un autre objectif était, de faire acquérir, aux élèves-infirmières, dès leur première année, un "réflexe d'asepsie" de façon à éviter les fautes graves qui peuvent être lourdes de conséquences.

(1) Ministère de la Santé Publique et de la Population - Programme d'enseignement - décrets du 17 septembre 1951 et du 14 février 1952. Préambule p. 2

(2) Ibid.

Dans un tel contexte, le rôle de l'infirmière n'était pas défini, elle n'avait aucune zone d'autonomie, si ce n'était de recourir au médecin.

. Le programme de 1961 devait être, lui aussi, étudié en deux ans et comportait outre un enseignement théorique, (1) des stages pratiques (2), dont, un mois de stage à temps complet et quinze nuits de veille.

Ce programme, parle d'emblée, de la "formation des infirmières". Celle-ci était pensée en fonction du rôle qu'elles avaient à remplir : "Elles assument la responsabilité de l'ensemble des soins d'hygiène et du confort de l'hospitalisé...". (3) C'est pourquoi, leur formation pratique devait s'appuyer sur une formation théorique qui, n'était plus définie par le négativisme puisqu'elle devait leur permettre :

- de comprendre...
- de participer...

et "de décider certains soins d'urgence en attendant l'arrivée du médecin" (4), ce qui leur donnait une certaine zone d'autonomie.

En doublant sa tâche technique d'un rôle psychologique, moral, pédagogique et même d'éducation sanitaire auprès des malades, de leur famille et de différentes collectivités, on donne à la fonction infirmière une autre dimension.

L'objectif de cette formation vise, non seulement, à faire acquérir aux infirmières un certain nombre de connaissances précises, mais, aussi, à les former à un esprit de synthèse leur permettant de saisir, chaque cas, dans son originalité. Cette démarche intellectuelle devait leur être facilitée par le regroupement des différentes parties du programme autour de plusieurs centres d'intérêt : l'homme sain et son développement physique et psychique, puis l'enseignement de la pathologie et de la thérapeutique regroupé autour de quelques grands thèmes : tels que l'âge, les grands processus pathologiques, la pathologie de différents appareils.

(1) Enseignement théorique : 322 h la 1^{re} année - 270 h la seconde.

(2) Enseignement pratique : 10 mois la 1^{re} année - 11 mois la seconde.

(3) Programme d'enseignement. Etudes préparatoires au diplôme d'Etat d'Infirmière. Arrêté du 17 juillet 1961. (J.O. du 21 juillet 1961 : Introduction).

(4) Ibid.

. Le programme de 1972 présente, par rapport aux précédents, un certain nombre de nouveautés.

La finalité des études et de la profession est définie sans ambiguïté, il s'agit de former "une éducatrice de la santé" dont "la fonction essentielle et originale" est de donner des "soins infirmiers". La durée des études est portée à 28 mois divisés en "six périodes organisées chacune autour d'un ou plusieurs centres d'intérêts." (1)

Chacune de ces périodes comportant des enseignements théoriques et des stages.

La première, de 16 semaines, est centrée sur l'enseignement des bases essentielles qui concernent l'être humain et facilitent l'application des soins infirmiers, et sur l'initiation progressive à la relation et aux soins infirmiers à donner à des personnes d'âges divers. (2)

La deuxième, de 16 semaines, étudie les principes généraux qui permettent à l'élève une meilleure approche de la personne malade (3), et envisage l'étude des soins infirmiers dans les principales affections de l'appareil loco-moteur, cardiovasculaire et respiratoire.

La troisième, de 16 semaines, est centrée sur la famille, l'aspect législatif, les problèmes déontologiques, les soins infirmiers aux personnes âgées, à la mère, à l'enfant sain et malade. (4)

La quatrième et la cinquième périodes d'une durée respective de 16 et 11 semaines, traitent des soins infirmiers en réanimation, et poursuivent cette étude dans les principales affections endocriniennes, digestives, urinaires, génitales, hématologiques, neurologiques, dermatologiques, sans compter l'hygiène mentale et les soins infirmiers aux malades psychiatriques.

Quant à la sixième, de 11 semaines, "elle permet à l'élève de faire le bilan des connaissances acquises au cours de ses études." (5)

(1) Ministère de la Santé Publique. Programme des études d'infirmières. Arrêté du 5 septembre 1972. (publié au J.O. du 7 septembre 1972, p. 4

(2) Ibid. 5

(3) Ibid.

(4) Ibid. 6

(5) Ibid.

Les stages sont considérés comme "des temps forts de la formation" (1) et se déroulent "tant en milieu hospitalier qu'extra-hospitalier. Ils ont pour but d'apprendre à l'élève à être progressivement responsable de l'ensemble des soins infirmiers." (2) Le premier, a lieu dès la neuvième semaine de la première période et ils se poursuivent tout au long des études, ayant une durée de 16 heures à 24 heures par semaine suivant les périodes d'enseignement. Deux stages à temps plein sont prévus ; l'un de quatre semaines de 36 heures entre la deuxième et la troisième période "pour permettre une meilleure adaptation de l'élève à l'ensemble des soins infirmiers" (3) ; l'autre de onze semaines de 40 heures entre la cinquième et la sixième période est "centré sur l'organisation des soins infirmiers, l'encadrement d'élèves ou de personnel secondaire", (4) et a pour but, "de faciliter son adaptation à la vie professionnelle." (5)

Ce programme nous fait, en outre, la surprise de définir l'infirmière comme étant "la personne qui, ayant suivi un enseignement infirmier de base, est apte et habilitée à exercer la profession." (6)

Elle est, au service, des personnes en matière de santé, et assume la responsabilité de l'ensemble des soins infirmiers, ce qui définit son territoire de compétence.

On note dans son rôle un certain dynamisme puisque non seulement, elle soigne et prévient la maladie mais, elle doit promouvoir la santé ; de ce fait, son action s'étend au sein même de la société, où elle peut identifier et répondre aux besoins de santé des personnes et des groupes, c'est pourquoi elle doit savoir travailler en pluridisciplinarité.

Ce nouveau programme, dans sa conception, laisse à l'infirmière une autonomie et une indépendance jamais acquises jusqu'alors.

(1) Ministère de la Santé Publique. op. cit. 4

(2) Ibid.

(3) Ibid. 6

(4) Ibid.

(5) Ibid.

(6) Ibid. 3

L'étude de ces différents programmes associée à notre vécu personnel et professionnel, nous a permis de formuler quel type d'infirmières on était en mesure de former au cours de ces trois époques respectives.

De 1951 à 1961, on formait incontestablement une infirmière qui avait des connaissances sémiologiques, qui travaillait sous l'autorité du médecin. C'était, avant tout, une soignante, qui ne s'adressait qu'à des personnes malades auxquelles elle ne dispensait que des soins somatiques.

De 1961 à 1972, l'infirmière est une personne qui a des connaissances pratiques et théoriques et est capable de réflexion. En dehors de son rôle de soignante, elle a un rôle psychologique, moral et pédagogique tant au niveau des malades, de leur famille que des collectivités. Enfin, on lui concède une certaine zone d'autonomie.

Depuis la mise en route du programme de 1972, on devrait former une infirmière capable d'assumer des responsabilités sur un territoire de compétences limité aux soins infirmiers. Sa zone d'autonomie est vaste puisqu'elle agit, en équipe interdisciplinaire, au sein de la société où elle est capable d'identifier et de répondre aux besoins de santé des personnes et des groupes, en se substituant à eux momentanément et en facilitant au maximum la reprise de leur autonomie. Enfin, sa maturité d'esprit est telle qu'elle doit être capable, non seulement, d'assumer des responsabilités sur le plan humain et professionnel mais, aussi, sur le plan civique. Elle est donc reconnue, non seulement, en tant que professionnelle mais en tant que femme et citoyenne d'un pays.

- La formation des cadres infirmiers

A la demande de l'Association Nationale des Infirmières diplômées d'Etat, un décret du 18 février 1938, avait prévu un diplôme supérieur d'infirmière hospitalière qui permettait d'exercer des fonctions de responsabilité. Mais, avec la déclaration de guerre, rien ne fut institué, alors que la nécessité d'un enseignement supérieur se faisait de plus en plus sentir, notamment au niveau des cadres.

En effet, les cadres exerçant des responsabilités de surveillance du personnel infirmier avaient besoin d'un complément de formation administrative, afin de pouvoir faire face aux responsabilités qui leur étaient confiées ; d'autre part, ceux qui assumaient des responsabilités

de formation dans les écoles d'infirmières avaient besoin d'une formation pédagogique. Celle-ci, jusqu'alors inexistante dans cette branche d'enseignement s'avérait indispensable au même titre que pour les enseignants de l'Education Nationale.

En 1951, la Croix-Rouge française, en plein accord avec les pouvoirs publics, met en route une expérience pilote. furent proposés aux infirmières ayant une maîtrise de leur profession deux programmes d'études, l'un, centré sur les problèmes administratifs, l'autre, sur la pédagogie.

Afin de donner à cette création plus de relief, la Croix-Rouge française se propose d'y associer les groupements professionnels et songe, même, à la présenter sous la forme administrative d'un Institut. Mais, en fait, l'A.N.F.I.I.D.E. (1) désapprouve ce projet craignant que l'Institut ainsi créé, relève du Ministère de l'Education Nationale, alors qu'il lui paraissait préférable de maintenir la formation des infirmières sous la surveillance du Ministère de la Santé.

L'exemple de la Croix-Rouge fut rapidement suivi et dès 1954 s'ouvrit une seconde école de cadres, école catholique destinée à former, outre des infirmières laïques, les infirmières appartenant aux congrégations religieuses.

Alors que les programmes d'enseignement s'élaboraient peu à peu, le Ministère de la Santé Publique et de la Population créait, en 1958, les certificats d'aptitude à la fonction d'infirmière-surveillante et à la fonction d'infirmière-monitrice (2) qui, tout en reconnaissant officiellement l'enseignement et les diplômes dispensés par ces deux écoles, facilitaient leur multiplication. C'est ainsi que, furent successivement ouvertes des écoles de cadres à Lyon, Marseille, Bordeaux, Strasbourg, Toulouse, Reims.

Les études duraient huit mois et comportaient un enseignement théorique et pratique.

(1) A.N.F.I.I.D.E. : Association Nationale Française des Infirmières et Infirmiers Diplômés d'Etat.

(2) Décret n° 58-1104 du 14 novembre 1958 - (J.O. du 19 novembre 1958)

Depuis leur ouverture, les écoles de cadres ont fait l'objet de certaines modifications : elles sont passées d'un perfectionnement médico-chirurgical à une formation à la fonction soit de surveillante d'unité de soins, soit de monitrice. En outre, en 1973, fut créé un certificat d'infirmière cadre de Santé Publique comportant un enseignement théorique et pratique d'une durée de huit mois. (1) Seules, deux écoles, en France, préparent à ce certificat : l'Ecole de la Croix-Rouge française à Paris, et l'Ecole Nationale de Santé Publique à Rennes. Et, en 1975, un décret abolit le certificat d'infirmière monitrice et d'infirmière surveillante pour le remplacer par un certificat de cadre infirmier, dont les études comportent un enseignement théorique et pratique d'une durée de dix mois. (2)

Le programme de formation a pour objectif de former des cadres aptes à :

- . utiliser et développer de façon continue les connaissances déjà acquises ;
- . assumer pleinement les responsabilités inhérentes à leurs fonctions : soin, administration, enseignement, animation, recherche ;
- . prendre conscience des problèmes qui se posent dans la profession et de leurs responsabilités personnelles dans ce domaine ;
- . mieux connaître, utiliser et développer leurs aptitudes personnelles. (3)

La formation technique étant réalisée en stage, on peut dire que la formulation réelle des matières à enseigner n'a pas fait l'objet de grands changements entre 1966 et 1975, intégrant, simplement, l'ensemble des connaissances nécessaires à l'évolution des institutions de soins et d'enseignement tout en accordant une large place aux sciences humaines et à la Santé Publique.

Par contre, notre expérience d'enseignante, dans une école de cadres, nous a permis de constater une évolution certaine dans l'utilisation de méthodes pédagogiques variées. D'une formation véhiculée, presque exclusivement, par le cours magistral on est passé aux méthodes actives les plus diverses, permettant de faire sans cesse appel au passé professionnel, du dogmatique on est passé au cas concret. Enfin, le fait le plus évolutif est que, cette formation qui, était, en majeure partie, assurée par

(1) Arrêté du 7 août 1973 (J.O. du 17 août 1973).

(2) Décret n° 75-298 du 9 octobre 1975 (J.O. du 12 octobre 1975) et arrêté du 9 octobre 1975 et annexe.

(3) Arrêté du 22 août 1966 (J.O. du 18 sept. 1966).

des intervenants extérieurs à la profession est actuellement en passe d'être prise en charge par des professionnelles.

Depuis près de vingt ans, les infirmières assumant des responsabilités soit auprès des malades, soit auprès des élèves-infirmières, peuvent bénéficier, dans plus de vingt écoles de cadres françaises, d'une formation complémentaire après le diplôme d'Etat. Celle-ci ne saurait, cependant, être assimilée à une formation supérieure. Les infirmières, malgré le désir, exprimé, depuis longtemps par la profession, n'accéderont à l'enseignement supérieur qu'en 1965, avec la création de l'E.I.E.I.S. (1)

Ainsi, les autorités administratives n'ont-elles cessé de prendre des mesures visant à améliorer la qualité de la formation des infirmières et à promulguer un certain nombre de textes concernant leurs rapports avec la profession.

1.2. La réglementation des rapports entre l'administration et la profession

La loi a défini, dans le temps, plusieurs formes de représentativité de la profession auprès des pouvoirs publics.

1.21. Le Conseil Supérieur des Infirmières

Dès 1940, l'Association nationale soulignait l'utilité de créer, auprès du Ministère de la Santé, un Conseil Supérieur des Infirmières ayant pour objectif de défendre le titre et de combattre l'exercice illégal de la profession. Ce projet, interrompu par la guerre, fut donc repris par le Ministère en 1949, en collaboration avec l'Association nationale et d'autres groupements professionnels.

Le Conseil créé, par le décret du 28 février 1951, présidé par le Ministre, est un organisme "paritaire infirmières et infirmiers, chargé de donner son avis sur toutes les questions relatives à l'exercice de la profession." (2)

La première séance s'est tenue le 5 mars 1952 ; elle avait pour objectif l'étude d'un rapport de base, présenté par la Présidente de

(1) E.I.E.I.S. : Ecole Internationale d'Enseignement Infirmier Supérieur.

(2) Décret n° 51-243 du 28 février 1951. (J.O. du 1er mars 1951).

l'Association nationale des infirmières, portant sur "la situation actuelle de la profession d'infirmière, la pénurie d'infirmières, ses causes, ses remèdes, perspectives d'avenir."

- En 1953, le Conseil supérieur étudie :

1° un rapport sur les infirmières et les aides-hospitalières, ces dernières devant être au maximum trois par infirmière en service ;

2° le mode d'enseignement dans les stages, qui doit être pratique et confié à une infirmière-monitrice ;

3° la formation d'un corps d'auxiliaires sanitaires chargé de compléter les services sanitaires, en cas de guerre ou de calamités publiques.

- En 1954, ses activités se poursuivent et il envisage la création et la mise en application de cartes professionnelles pour les infirmières diplômées d'Etat.

Il étudie un rapport sur les spécialisations et sur les aides hospitalières, travail qui servira de base à la création, le 23 janvier 1956, du certificat d'aptitude aux fonctions d'aide-soignante et délimitera leur programme de formation.

Ensuite, pendant près de quatre ans, le Conseil Supérieur des Infirmières ne se réunira pas ; mais, en 1959, deux textes seront soumis à son adhésion :

- le statut des infirmières de la fonction publique (1)
- le certificat d'aptitude aux fonctions d'aide-anesthésiste (2) qui mettra un terme à la situation fautive dans laquelle se trouvait cette catégorie d'infirmières.

- Puis, un décret du 28 septembre 1959 (3) modifie, profondément, la composition du Conseil supérieur. De paritaire, le nouveau Conseil ne concède aux représentants des infirmières que le quart des

(1) Ordonnance n° 59-244 du 4 février 1959.

(2) Décret du 9 avril 1960 (J.O. du 10 avril 1960).

(3) Décret n° 59-1150 du 28 septembre 1959

sièges. Les nouvelles autorisations d'exercer qui suivirent la modification de la composition du Conseil permettent de saisir le sens de la manoeuvre.

Les nombreuses démarches entreprises par l'Association nationale auprès du Ministère, des parlementaires et des personnalités médicales, pour mettre en évidence le danger que courraient les malades soignés par des personnes insuffisamment formées ne changèrent rien.

Au cours de l'année 1962, le Conseil est sollicité de donner son avis sur différentes propositions. Après en avoir rejeté certaines, il donne un avis favorable sur :

- le projet de création d'une spécialisation de panseuse (1)
- le projet de statut des techniciens d'électroradiologie. (2)

De 1962 à 1965, le Conseil n'a pas été réuni, et en 1965 le mandat de ses membres est arrivé à expiration. Le Ministère ne l'a-t-il plus jugé utile ? Les associations et autres groupements professionnels n'ont-ils plus fait de propositions, sachant que n'ayant qu'un quart des sièges, ils avaient peu de chance de voir leur projet aboutir ? Rien ne nous permet de définir ce qui s'est exactement passé.

1.22. Le Conseil de Perfectionnement des écoles d'infirmières

Le décret du 27 juin 1922, créant le diplôme d'Etat, avait institué également le Conseil de Perfectionnement des écoles d'infirmières. Depuis sa création, ses domaines de compétence étaient les programmes d'enseignement, l'agrément des écoles et des directrices ; pendant de nombreuses années, il veilla aussi à l'inspection des écoles.

L'arrêté du 5 octobre 1957 crée le Conseil de Perfectionnement des études d'infirmières, en même temps qu'un Conseil de Perfectionnement des études de service social.

(1) La spécialisation de panseuse fut assimilée à celle d'infirmière spécialisée en salle d'opération, lors de sa création : décret n° 71-388 et arrêté du 21 mai 1971 (J.O. du 25 mai 1971).

(2) Décret n° 67-540 et arrêté du 26 juin 1967 (J.O. du 7 juillet 1967).

"Ce Conseil est chargé de, donner un avis, (1) sur toutes les questions relatives à l'enseignement préparatoire au diplôme d'Etat d'infirmières et d'infirmiers et à l'organisation des écoles." (2)

La représentativité des infirmières dans ce conseil est évidemment fonction de sa composition :

Le Conseil de Perfectionnement des études d'infirmières et d'infirmiers comprend, sous la présidence du Ministre de la Santé Publique et de la Population assisté, en qualité de vice-président, par le Directeur général de la Santé Publique :

- . des membres de droit représentant des administrations ou services publics intéressés à la formation des infirmières et infirmiers ;
- . des représentants des organismes publics ou privés faisant appel au concours d'infirmières et d'infirmiers ;
- . des représentants des infirmières et infirmiers et des écoles d'infirmières et d'infirmiers ;
- . des personnes qualifiées désignées en raison de leur compétence particulière. (3)

En prenant connaissance de la composition de ce Conseil, nous nous sommes aperçus, avec ahurissement que, en 1962, cinq médecins, un pharmacien représentaient les infirmières et les écoles d'infirmières. Pourquoi ? et à quel titre ? Etait-ce un abandon de notre part ? Comment, dès lors, faire aboutir un quelconque projet alors que, pour seule audience auprès du Ministère, nous ne possédions que des organismes consultatifs dans lesquels nous étions loin d'être majoritaires ?

Avant d'aborder notre représentativité actuelle au sein du Ministère de la Santé, nous voudrions, mettre en relief, la position de soumission, dans laquelle se trouvait la profession. Représentée, auprès des pouvoirs publics, par l'intermédiaire de deux instances : le Conseil Supérieur des Infirmières et le Conseil de Perfectionnement des études d'infirmières, elle n'a que la possibilité de "donner son avis" et, aucune chance, de faire adopter un projet qui lui soit cher, puisqu'elle ne possède qu'un tiers des voix. C'est donc, admettre que, la profession d'infirmière est totalement dépendante à la fois des représentants des services intéressés à la formation des infirmières, et des représentants des organismes faisant appel à la compétence des infirmières c'est-à-dire aux institutions de soins et au corps médical.

(1) Souligné par nous.

(2) Arrêté du 5 octobre 1957 (J.O. du 12 octobre 1957). Art. 5

(3) Ibid. Art. 6

1.23. Le Conseil supérieur des professions para-médicales

Le Conseil supérieur des professions para-médicales, créé par le décret du 14 septembre 1973 (1), remplace tous les conseils mis en place jusqu'alors pour représenter les diverses professions para-médicales, notamment le Conseil supérieur des infirmières et le Conseil de Perfectionnement des études d'infirmières.

- La compétence de ce conseil

Il est créé un conseil supérieur des professions para-médicales.

A la demande du Ministre chargé de la Santé Publique, le conseil donne son avis :

Sur les questions intéressant l'exercice des professions para-médicales réglementées au livre IV, titres II et suivants, du Code de la Santé Publique ;

Sur les questions intéressant l'enseignement organisé en vue de l'obtention de diplômes, titres ou certificats délivrés par le Ministre chargé de la Santé Publique en vue de l'exercice d'une profession de santé autre qu'une profession médicale ;

Sur toutes autres questions intéressant une ou plusieurs professions para-médicales.

Le conseil exerce en outre les attributions dévolues par l'article 4 de l'arrêté du 22 mars 1947 à la Commission centrale créée au Ministère chargé de la Santé Publique pour l'application des dispositions des articles 5 et 13 de la loi du 8 avril 1946 relative à l'exercice de la profession d'infirmier et d'infirmière. (2)

Cet article relatif à la profession fait problème :

en effet, le Conseil supérieur des professions para-médicales donne son avis, à la demande, du Ministre, alors que le Conseil de Perfectionnement donnait son avis, sur toutes les questions concernant l'enseignement et la formation préparant au diplôme d'Etat et à l'organisation des écoles. Cela signifie-t-il, que l'autorité de tutelle pourra prendre des décisions concernant la formation et l'organisation de l'enseignement sans consulter les organes représentant la profession ?

(1) Décret n° 73-901 du 14 septembre 1973. (J.O. du 20 septembre 1973).

(2) Ibid. Art. 1

- Commissions au sein du Conseil

Le Conseil comprend une commission pour chaque profession para-médicale réglementée. Chacune de ces commissions est compétente pour les questions concernant l'exercice de la profession à laquelle elle correspond et l'enseignement préparant à cette profession lorsque celui-ci relève du Ministère chargé de la Santé Publique ... La commission compétente pour la profession d'infirmier et d'infirmière (1) exerce les attributions dévolues au Conseil de Perfectionnement des études d'infirmier et d'infirmière. (2)

La constitution de ces commissions est une création. Espérons qu'elles permettront d'approfondir les problèmes qui se posent aux professions para-médicales et de favoriser leur évolution, bien qu'en fait, leur composition soit tripartite, et, non pas paritaire, comme le demandaient les organismes professionnels, sans compter que les représentants de la profession sont désignés par le Ministre, et, non pas, par la profession, comme ses représentants l'avaient suggéré. (3)

Cependant, une procédure entièrement nouvelle est mise en place en ce qui concerne les délibérations des commissions :

Chaque commission établit son règlement intérieur. Sur chaque demande d'avis, il est procédé à un vote par catégorie de membres et à un vote de l'ensemble de la formation. En cas de divergence de vues entre les catégories, le procès-verbal comporte mention du vote exprimé par chacune d'elles. (4)

Il semblerait, a priori, que la constitution de commissions "compétentes pour les questions concernant l'exercice de la profession à laquelle elle correspond et l'enseignement préparant à cette profession" (5), ainsi que le nouveau mode de délibération de ces commissions favoriseraient, non seulement une étude plus approfondie des problèmes

(1) Arrêté du 1er mars 1975 (J.O. du 14 mars 1975).

(2) Décret n° 73-901 du 14 septembre 1973. Art. 2

(3) Se référer à l'article 3 du décret n° 73-901 du 14 septembre 1973

(4) Ibid. Art. 4

(5) Ibid. Art. 2

qui se posent au niveau des formations de base et de l'évolution de la profession, mais amélioreraient, aussi, le fonctionnement, de ce Conseil qui se réunit dans les formations suivantes :

Soit en assemblée plénière comprenant l'ensemble des commissions ;
soit en groupe de plusieurs commissions ;
soit en commission plénière pour une profession déterminée ;
soit en sections réunies regroupant l'ensemble ou plusieurs des sections d'enseignement, ou bien l'ensemble ou plusieurs des sections d'exercice. (1)

Néanmoins, les dispositions prises pour qu'un dialogue puisse s'établir entre les trois catégories de membres composant chaque commission, à savoir :

- 1° Administration et organismes intéressés à l'exercice de la profession ;
- 2° Médecins intéressés à la profession en cause et, éventuellement, pharmaciens...
- 3° Représentant de la profession considérée (2)

ne prouvent pas que, les représentants de la profession seront entendus, ni même qu'en dernière instance, il sera tenu compte de leur avis, dont, en réalité, on peut, comme en témoigne le texte, fort bien se passer.

La lecture de la composition de la "Commission des Infirmiers et Infirmières" implique une autre remarque : les représentants de la profession, désignés par le Ministre, se composent

. d'un représentant des différentes associations dont nous parlerons ultérieurement ;
. d'un représentant de chaque syndicat soit, au total, 13 membres sur 22 qui, le plus souvent, mènent au niveau de la profession une politique différente ayant, de par leur origine, des idéologies diversifiées.

Comment, dès lors, la profession peut-elle avoir auprès des pouvoirs publics une quelconque audience ?

Constatation d'autant plus regrettable qu'un ensemble important de mesures administratives avait, enfin, précisé la nature de la "carrière civile" de l'infirmière, délimité son champ d'exercice et

(1) Décret n° 73-901 du 14 septembre 1973. Art. 5

(2) Ibid. Art. 3

réglémenté une série de relations possibles entre la base et les instances supérieures de la profession. Malheureusement, la plus élémentaire réflexion sur la législation française relative à l'infirmière laisse trop le sentiment que, l'administration lui retire, toujours d'une main, ce qu'elle lui accorde de l'autre.

Politique décevante, lorsque l'on découvre l'immensité du champ d'exercice des infirmières.

2. LA RADIOGRAPHIE DE LA PROFESSION

Les secteurs d'activité des infirmières sont extrêmement variés et, dans chacun d'eux, le rôle de l'infirmière peut être assez différent, bien qu'il ne soit pas, toujours, précisé par des textes législatifs.

2.1. Le champ d'activité du personnel infirmier

L'infirmière française peut travailler en métropole ou hors de la métropole.

2.11. En métropole

Une infirmière, peut exercer dans le secteur public ou dans le secteur privé, celui-ci pouvant être à but lucratif ou, comme le secteur public, à but non lucratif. Dans chacun, de ces deux secteurs, elle peut choisir d'exercer une activité hospitalière ou extra-hospitalière.

La combinaison de ces six variables permet de comprendre la diversité du champ d'exercice des infirmières, et, par contrecoup, de leur situation sociale. Alors que, l'infirmière qui entre dans le service public devient fonctionnaire et bénéficie du statut de la fonction publique qui fixe les conditions de recrutement et d'emploi, l'infirmière de secteur privé, dépend des conventions collectives ou d'un contrat avec son employeur, à moins qu'elle ne décide de demeurer indépendante en se créant sa propre clientèle. Elle devient, alors, infirmière libérale.

2.11.1. Dans le secteur public

Bon nombre d'infirmières (1) travaillent dans les hôpitaux où elles jouent, surtout, un rôle de soignante puisqu'elles exercent leurs activités auprès de personnes malades hospitalisées dans des services de maternité, de médecine et de chirurgie générale, de gérontologie, de pédiatrie, de services spécialisés tels que : la psychiatrie, l'oto-rhino-laryngologie, l'ophtalmologie, la stomatologie, la néphrologie, la cardiologie, la neurologie..., les centres anticancéreux et les services de réanimation dite "de soins intensifs", où elles sont appelées à donner des soins de haute technicité.

Elles peuvent également, hors du milieu hospitalier, occuper un emploi à temps complet dans les services d'assistance sociale et médicale des administrations centrales de l'Etat ou des services extérieurs qui en dépendent : telles les infirmières en exercice auprès du Premier Ministre, des Ministres d'Etat, des Ministres et Secrétaires d'Etat. C'est, aussi, le cas, des personnels infirmiers appartenant au corps interministériel commun aux administrations et aux établissements publics de l'Etat, corps, qui est géré par le Ministère de la Santé Publique et de la Sécurité Sociale, ainsi que ceux particuliers aux Ministères des Armées, de l'Education Nationale, des Postes et Télécommunications. (2)

- Les infirmières et infirmiers qui dépendent du Ministère de la Santé Publique et de la Sécurité Sociale "ont des tâches de médecine préventive concernant la protection de la santé des enfants

(1) Aucune statistique récente concernant le recensement des infirmières n'a été réalisée. Cependant, l'ensemble des lectures faites à ce sujet nous permet de dire que 60 % des infirmières diplômées d'Etat travaillent dans les hôpitaux publics et 40 % dans le service extra-hospitalier.

(2) Art. 1 du décret n° 65-693 du 10 août 1965 (J.O. du 19 août 1965).

Ordonnance n° 59-244 du 4 février 1959.

Décret du 10 août 1965 (J.O. du 19 août 1965).

Circulaire n° 68 du 2 septembre 1965 (non parue au J.O.).
Statut particulier des infirmières des administrations centrales de l'Etat, des services extérieurs qui en dépendent ou des établissements publics qui en dépendent. (In : La Profession d'Infirmière en France. p. F V/1. Mai 1970) éd. 1975.

d'âge scolaire, des élèves et du personnel des établissements d'enseignement et d'éducation de tous ordres, à l'exception de l'enseignement supérieur ...". (1)

- Les infirmières et infirmiers qui dépendent du Ministère de l'Éducation Nationale, travaillent dans les infirmeries des établissements d'enseignement ou d'éducation de tous ordres, dans les établissements relevant de la jeunesse et des sports et dans les services de santé universitaires.

Les fonctions de l'infirmière d'un établissement d'enseignement sont ainsi définies :

Elle assure et organise le service de l'infirmerie sous l'autorité administrative du chef d'établissement et sous l'autorité technique du médecin d'internat.

1° Elle assure les premiers soins d'urgence à tous les élèves (externes, demi-pensionnaires et internes), de même qu'au personnel de toutes catégories dans leurs heures de service.

En ce qui concerne le personnel et les élèves non internes, l'infirmière n'est tenue d'exécuter les traitements médicaux qu'en cas d'urgence.

2° Elle assure, sous la responsabilité du médecin de l'internat, les soins et traitements aux pensionnaires alités, ainsi que la surveillance médicale et les soins aux pensionnaires dont l'état ne nécessite pas un séjour à l'infirmerie.

3° Elle rend compte quotidiennement au chef d'établissement de la présence d'élèves couchés à l'infirmerie et l'avertit immédiatement, en cas d'accident grave ou de maladie à évolution rapide.

4° Elle assure, en accord avec le chef d'établissement, les liaisons nécessitées par l'état de santé des élèves avec les familles de ces derniers et les consultations spécialisées

5° Sous la responsabilité du médecin traitant de l'établissement, l'infirmière a la garde et l'utilisation des produits pharmaceutiques d'usage courant et tient les registres réglementaires de l'infirmerie.

6° La participation de l'infirmière soignante aux tâches de contrôle médical (tests biométriques et secrétariat du médecin examinateur pendant la visite) peut être admise. Toutefois elle ne pourra lui être imposée que si l'effectif global des élèves le permet (jusqu'à 500 environ). (2)

(1) Décrets n° 64-782 - 64-783 du 30 juillet 1964. (In : La Profession d'Infirmière en France. p. F VI/2.) Ed. 1975

(2) Circulaire du 18 octobre 1960. Les fonctions de l'infirmière de l'infirmerie d'un établissement d'enseignement. (In : La Profession d'Infirmière en France. p. F VI/3., mai 1973) Ed. 1975

En fait, le rôle de l'infirmière d'internat est plus complexe que celui de sa collègue en externat.

Alors que l'infirmière d'internat, est toujours attachée à un établissement, l'infirmière d'externat, peut être, soit attachée elle aussi à un établissement, soit couvrir tout un secteur comprenant plusieurs groupes scolaires : ce qui augmente son activité, les déplacements, les pertes de temps et d'énergie.

Toutes deux cependant, donnent des soins : L'infirmière en externat, assure la préparation des visites médicales systématiques auxquelles tous les enfants sont soumis une fois par an. Elle effectue les pesées, les mensurations, les analyses d'urines, le contrôle de l'acuité visuelle et les tests tuberculiques, de plus, elle assure les soins quotidiens qui sont importants dans les lycées techniques où les adolescents de 14 à 15 ans ont des cours pratiques en ateliers : mécanique générale, mécanique auto, tôlerie... qui comportent certains risques d'accidents. Dans ce type d'établissement d'enseignement, elle est aussi amenée à résoudre un certain nombre de problèmes sociaux, la majorité de ces élèves étant issus de milieux humbles.

L'infirmière d'internat est chargée de même

- 1° d'assurer les soins immédiats que nécessite l'état des élèves de l'établissement (petits soins) ;
- 2° de dépister le plus tôt possible, et en l'absence de médecin, les maladies qui nécessitent l'isolement des personnes atteintes ou un traitement d'urgence ;
- 3° de procéder à l'évacuation des malades ou des blessés (domicile ou centre hospitalier). (1)

Elle veille donc, à la bonne santé générale des enfants, rôle, qui s'avère, fort difficile et, demande des connaissances médico-chirurgicales et psychologiques "car les enfants n'aiment pas toujours ou n'osent pas signaler leurs ennuis, ou, au contraire, élisent leur quartier général à l'infirmieris, ce qui nécessite une qualité de discernement évidente." (2)

(1) GEORGES (Mme).- "Rôle de l'infirmière de soins dans un établissement public d'enseignement", p. 90

(2) Un reportage de la Revue de l'Infirmière et de l'Assistante Sociale : "Les infirmières en milieu scolaire".

Ce rôle, purement infirmier, se double toujours, pour les deux types d'infirmières, d'un travail de secrétariat très important et d'un rôle relationnel avec l'administration, les enseignants, les élèves et les familles, qui prend, en internat, une place déterminante, sans parler des contacts avec le service social auquel elles doivent signaler les enfants dont la situation sociale semble réclamer l'intervention d'une assistante sociale. Ce travail est d'autant plus fastidieux que, ne faisant pas partie du personnel enseignant, l'infirmière n'a pas une place nettement définie dans la hiérarchie de l'école. Il est, cependant possible, si elle le veut, que ses relations dépassent avec le corps enseignant les simples usages de la politesse.

. Dans les services de l'administration pénitentiaire et de l'éducation surveillée, les infirmières ont un statut particulier, ils participent, sous la responsabilité des médecins, à l'administration des soins. (1)

. Dans le service de santé aux armées, le personnel militaire féminin comprend soit, des infirmières militaires soignantes, soit, des infirmières militaires spécialisées.

. Les infirmières, dans le secteur public, peuvent aussi avoir à travailler dans des établissements très variés, dont les objectifs n'ont relevé, pendant fort longtemps, que du secteur privé non lucratif : maisons de retraite, hospices de vieillards, pouponnières, aériums...

. Certaines municipalités, enfin, peuvent employer, à la vacation, des infirmières pour les groupes scolaires, ou à temps complet, dans des services sociaux, des services d'hygiène municipaux ou des crèches gérées par les municipalités elles-mêmes.

2.11.2. Dans le secteur privé

- Le secteur privé - à but non lucratif - poursuit, comme le secteur public, des objectifs désintéressés. Il englobe des établissements très divers soumis au régime des associations définies par la loi du 15 juillet 1901, auxquels on peut rattacher les formations sanitaires de la Croix-Rouge.

(1) Décret du 5 juin 1969 (J.O. du 14 juin 1969).

Dans certains établissements de soins privés, les infirmières, en plus de leur rôle de soignante, ont des activités d'un ordre différent et qui se diversifient selon qu'il s'agit de maisons d'enfants à caractère sanitaire, de maisons de réadaptation fonctionnelle pour adultes et enfants, d'instituts médico-pédagogiques ou professionnels, d'instituts de rééducation d'enfants inadaptés, de maisons de santé pour maladies mentales, de sanatoriums, d'aériums, de préventoriums, d'hôtels de cure, de centres médico-psychopédagogiques...

Les infirmières peuvent avoir, aussi, un rôle d'aide sociale à l'enfance et d'assistance lorsqu'il s'agit de maisons et d'hôtels maternels, de pouponnières pour enfants débiles, de foyers de l'enfance, d'établissements de nouveaux-nés prématurés, de maisons de convalescence, de repos, de post-cures, ou de maisons de retraite (hospices de vieillards).

Ainsi, dans les institutions de soins, de cures, de réadaptation, de rééducation ou d'assistance, les infirmières ont des activités très étendues et jamais définies par les textes législatifs.

Quant aux services de la Croix-Rouge française, ils sont, eux aussi, très variés, et le personnel infirmier y exerce des activités très diverses soit au niveau des dispensaires, des hôpitaux, des établissements ou centres médico-sociaux tels que les maisons de retraite, les centres pour enfants handicapés ou inadaptés, les services de soins à domicile, les équipes d'éducation sanitaire, les missions sanitaires permanentes ou temporaires. (1)

- Le secteur privé - à but lucratif - recouvre un champ d'activités très nombreuses, très diverses et emploie un nombre d'infirmières assez important. Outre les cliniques ou établissements d'hospitalisation privés, les innombrables maisons de placements, de cures, de rééducation... dont nous avons parlé à propos du secteur privé, à but non lucratif, existent aussi dans le secteur privé à but lucratif.

On retrouve, de plus, des infirmières dans d'autres secteurs d'activités notamment

- dans les services médicaux de médecine du travail ;
- dans l'exercice libéral de leur profession ;
- dans les soins à domicile.

Les services médicaux de médecine du travail

En effet, "les établissements commerciaux, les offices publics et ministériels, les établissements relevant des professions

(1) Croix-Rouge française. (In : La Profession d'Infirmière en France. p. F XII/1., juillet 1974). Ed. 1975

libérales, les sociétés civiles, les syndicats professionnels et les associations de quelque nature que ce soit" (1) sont dans l'obligation d'employer des infirmiers et des infirmières diplômés d'Etat ou ayant l'autorisation d'exercer, à raison au moins de

- . 1 infirmier ou infirmière pour 500 salariés et plus
- . 2 infirmiers ou infirmières pour 800 à 2 000 salariés
- . au-dessus de 2 000 salariés, 1 infirmier ou infirmière supplémentaire par tranche de 1 000 salariés ; les heures de travail des infirmiers ou infirmières doivent être réparties, de telle façon qu'au moins, l'un d'entre eux, soit, toujours présent, pendant les heures de travail du personnel.

Pour les entreprises non industrielles, possédant moins de 500 salariés, et pour les entreprises industrielles de 200 salariés, un infirmier ou infirmière diplômé d'Etat ou ayant l'autorisation d'exercer pourra être adjoint au service médical, si le médecin et le comité d'entreprise en font la demande. (2)

Relèvent enfin de ce secteur les infirmières qui exercent leur profession à titre libéral en effectuant des soins à domicile.

Les infirmières libérales

Certaines infirmières consacrent, en effet, la totalité de leurs activités à l'exercice libéral de la profession, moyennant, certaines obligations, à l'égard d'elles-mêmes et de leurs clients.

L'infirmière doit :

- . posséder la carte professionnelle d'infirmière diplômée d'Etat ou autorisée ;
 - . être affiliée à la Caisse d'Allocations Familiales des Travailleurs indépendants ;
 - . être inscrite à la Caisse autonome de Retraite et de Prévoyance des infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures et auxiliaires médicaux, car tout infirmier ou infirmière exerçant à titre libéral doit être assujéti ;
-

(1) Loi du 11 octobre 1946

Décret n° 52-1263 du 27 novembre 1952 (J.O. du 28 novembre 1952 rectificatifs aux J.O. des 30 novembre et 19 décembre 1952)

Décret n° 53-1086 du 31 octobre 1953 (J.O. du 5 novembre 1953 rectificatifs au J.O. du 19 novembre 1953)

(2) Ibid.

- au régime d'allocation vieillesse de base
- au régime de retraite complémentaire
- au régime d'assurance invalidité - décès.

Par ailleurs, afin que les malades qui ont bénéficié de ces soins soient remboursés par les Caisses de Sécurité Sociale, les infirmières exerçant à titre libéral ne doivent exécuter que les soins :

- . prescrits par écrit qualitativement et quantitativement par le médecin traitant ;
- . énumérés et codifiés à la nomenclature des actes professionnels.

L'exercice en groupe de la profession

Deux ou plusieurs infirmières, peuvent exercer en groupes, mettant ainsi, en commun, locaux, matériel, personnel de réception...

Dans ce cas, sont alors respectées la liberté du choix de la personne soignante par le malade, mais aussi l'indépendance professionnelle des infirmières.

Les soins à domicile

Les soins à domicile exercés selon différentes formules (travailleuses libérales seules ou regroupées en cabinet de soins de quartiers, de dispensaires municipaux, en milieu urbain ou rural, organisés soit par la Croix-Rouge française, soit par des mutuelles agricoles (1), soit par des initiatives privées apparaissant ici ou là) regroupent environ 15 000 infirmières en France. (2)

A qui, s'adressent les infirmières de soins à domicile ?

Leur clientèle est composée de 50 à 60 % de personnes âgées, de 20 % d'enfants et d'adultes. Les centres de soins ont, surtout, une clientèle ouvrière (80 %) dont 50 à 60 % d'étrangers, alors que les infirmières libérales s'adressent à peu près à toutes les classes sociales, avec une majorité d'ouvriers également. (3)

(1) Les initiatives réalisées en ce domaine par les mutuelles agricoles sont notamment celle de Corrèze, ou l'Association Anne-Morgan à Soissons.

(2) VILLE (M.R. Soeur).- "Etude d'un projet d'organisation des soins infirmiers à domicile au niveau de la ville de St Chamond".

(3) Ibid. Pourcentages cités par Soeur Ville.

Quelles sont les tâches effectuées par une infirmière de soins à domicile ?

L'ensemble des soins infirmiers pouvant être réalisés, à domicile, par une infirmière sont codifiés sous forme d'une liste limitative et réalisés uniquement sur prescriptions quantitatives et qualitatives du médecin : des soins tels que les soins d'hygiène ou de garde sont soumis à cette prescription, alors que seule l'infirmière est susceptible d'évaluer la nécessité de tels soins et de leur durée.

70 % des soins réalisés sont des injections parentérales, intramusculaires, en grand nombre, quelques prises de sang et perfusions, puis viennent les pansements, le plus souvent, de plaies chroniques ; il faut citer, en outre, que les bains d'oreilles, prise de tension artérielle et oxygénothérapie ne sont pas "tarifés" par les Caisses de Sécurité Sociale.

2.12. Hors de la métropole

Différents postes, à l'étranger, sont proposés aux infirmières et infirmiers diplômés d'Etat. Plusieurs organismes sont susceptibles de leur faire des propositions de travail :

- L'Organisation Mondiale de la Santé a besoin de temps en temps d'infirmières pour travailler dans des domaines très spécialisés. Mais, avant tout, elle recrute des infirmières monitrices très expérimentées qui, envoyées dans différentes régions du monde, sont des "conseillères" au niveau des administrations nationales pour :

- . les programmes d'enseignement infirmier
- . les créations d'écoles
- . l'organisation des soins dans les hôpitaux
- . l'aménagement des services de Santé Publique.

- L'Association Nationale Française des Infirmières et Infirmiers Diplômés d'Etat (A.N.F.I.I.D.E.) permet à des infirmières françaises de travailler dans certains pays étrangers, dans le cadre d'échanges organisés par le Conseil International des Infirmières (C.I.I.) ; ces pays sont essentiellement l'Autriche, le Danemark, la Finlande, Israël, la Norvège, la Suède, le Portugal, les Pays-Bas... Mais, il est beaucoup plus difficile pour les infirmières françaises, de trouver un emploi aux Etats-Unis, au Canada, et même en Grande-Bretagne, ce pays ne reconnaissant pas le diplôme d'Etat français.

De nombreuses infirmières sont souvent tentées d'occuper un poste, dans un pays, en voie de développement. Mais le recrutement, par la coopération technique, d'infirmières hospitalières non spécialisées est pratiquement nul pour de très nombreux pays. Seules, sont parfois recherchées, les infirmières aides-anesthésistes.

- La Croix-Rouge française recrute pour des missions à l'étranger des infirmières. Ces missions sont organisées soit, par la Ligue des sociétés de la Croix-Rouge, soit, par le Comité International de la Croix-Rouge (C.I.C.R.).

La Ligue des sociétés de la Croix-Rouge coordonne l'activité de 115 sociétés Croix-Rouge dans le monde et pour cela elle a besoin d'infirmières soit :

. pour des missions de courte durée, en cas de calamité ou catastrophe.

Pour faire face, à l'ensemble des problèmes, au cours de ces missions, les infirmières doivent avoir une bonne expérience professionnelle, un bon équilibre, être capable de travailler en équipe et de s'adapter rapidement à un nouveau modèle culturel, mais, surtout, être à même, de mettre en oeuvre avec intelligence et souplesse les soins infirmiers nécessités par l'état des malades à secourir.

. pour des missions d'aide aux jeunes sociétés de Croix-Rouge.

Ce sont, en général, des missions plus longues que les précédentes, nécessitant, le plus souvent, une compétence en Santé Publique ou en enseignement infirmier ; il est rare, que l'on ait besoin d'infirmières hospitalières.

. pour des missions en coopération avec l'office des réfugiés des Nations-Unies.

Les infirmières occupent alors des postes dans des camps de réfugiés ou de personnes déplacées. Enfin, le Comité International de la Croix-Rouge, chargé de l'application des Conventions de Genève, organise, aussi, des missions, liées à des conflits internes ou externes (ex : guerre d'Indochine, et plus près de nous, le Viet-Nam... le Liban...).

- L'Association Française des volontaires du Progrès

peut, ainsi que d'autres organismes tel que "Terre des Hommes", se préoccuper, de trouver un poste, aux infirmières, dans les pays en voie de développement.

*

* * *

De cette étude du champ d'activité des infirmières, deux idées peuvent être dégagées :

. la première est relative à l'extrême complexité de l'organisation du travail infirmier. Malgré notre effort d'élucidation, la constante interférence, pour des objectifs souvent analogues, du public et du privé, du lucratif ou du non lucratif, rend la situation difficilement saisissable.

. par ailleurs, cette organisation compliquée du service infirmier entraîne pour le personnel une grande variété de situations, d'occupations et de rôles.

L'infirmière peut être, finalement, fonctionnaire de l'Etat ; salariée d'un établissement de soins ou de cures public ou privé, à but lucratif ou non lucratif ; membre d'une collectivité locale ; ou travailleuse indépendante.

La profession d'infirmière est ainsi dispersée, "tiraillée" par une législation du travail qui n'est pas identique pour tous ses membres. Cette multiplicité des statuts, des conventions collectives et des différentes dispositions du Code du Travail explique que les infirmières aient des difficultés à élaborer des études prospectives concernant non seulement leurs conditions de travail au sein des institutions, mais aussi leurs besoins en formation et l'évolution tout entière de la profession.

L'infirmière, peut s'adresser à des individus malades ou bien portants, comme en témoigne, sa présence au sein des écoles et des entreprises.

Soignante à l'origine, l'infirmière peut devenir, au cours de sa carrière, surveillante d'unité de soins, infirmière générale, ou s'orienter vers une spécialisation (anesthésie, radiologie...). Certaines, d'entre elles, deviendront infirmière enseignante ou directrice d'écoles d'infirmières ou de cadres ; mais rares, sont les cas, où, à l'exemple des

établissements d'enseignement, les fonctions de l'infirmière sont nettement définies. Aucun texte législatif ne parle de la nature de leur action, si bien que l'on pourrait croire que les infirmières, dans tous les domaines, où, elles travaillent, s'en tiennent à réaliser ce qui leur est dicté par le Code de la Santé : "donner les soins prescrits et conseillés par le médecin." Et pourtant, d'après la connaissance personnelle que nous avons des différents milieux dans lesquels elles évoluent, nous savons, qu'elles exercent, au-delà des soins, des actions de prévention, d'éducation, de conseil, de réadaptation...

Ces ambiguïtés dans l'exercice de leur fonction ne sont pas, sans entraîner, de la part des infirmières, un certain nombre de mécontentements.

2.2. Le malaise infirmier

Le personnel infirmier, quel que soit le secteur de son activité, éprouve un certain malaise.

- Les infirmières hospitalières ne sont satisfaites ni des conditions, ni de la nature de leur travail.

L'organisation des hôpitaux - comme celle de leur travail - laisse parfois à désirer. Les locaux, malgré les efforts réalisés ces dernières années, sont souvent vétustes ou mal agencés. Le personnel qualifié manque. Mais, elles se plaignent surtout, comme nous l'avons souvent signalé, de n'avoir à jouer qu'un rôle d'exécutante : réaliser - le plus souvent en séries - les prescriptions médicales ou alerter le médecin lorsque cela s'avère nécessaire. Leur responsabilité très limitée se borne à peu de choses et se situe au niveau de :

... la préparation des divers examens concourant au diagnostic médical ;
l'application des thérapeutiques médicales ;
la surveillance du malade pour dépister les signes d'aggravation de la maladie ou les complications ;
et de ce que nous appelons d'une manière très impropre "le nursing" et qui peut se traduire par les soins d'hygiène, encore que cette responsabilité soit de plus en plus abandonnée aux aides-soignantes. (1)

Sans pouvoir de décision, sans représentativité au niveau de l'équipe de direction, l'infirmière hospitalière reste vouée, en grande partie, aux gestes techniques.

(1) BACHELOT (H...).- "Le rôle de l'infirmière et son évolution".
op. cit. 51

- Le service extra-hospitalier englobe, nous l'avons vu, des activités fort différentes. Il n'est, pas possible, de passer en revue, ici, les réactions du personnel infirmier branche par branche ; nous aborderons, seulement, les plaintes des infirmières travaillant dans les services les plus significatifs.

. Dans le milieu scolaire, une des insatisfaction des infirmières est d'abord liée à la pénurie du personnel. Quelques chiffres, plus que de grandes phrases, permettront de rendre compte de la situation dans certains départements français.

Dans les Yvelines, par exemple, pour une population de 250 000 enfants, il n'existe que 23 postes de médecine scolaire et autant d'infirmières ; une seule, d'entre elles, au cours de l'année ne peut voir que la moitié des enfants qui lui sont confiés.

En 1971-1972, sur 57 départements, 18,2 % seulement des enfants de trois ans ont été examinés.

Certains départements sont, en outre, plus défavorisés que d'autres :

en 1972-1973, il y a eu 66 % des enfants scolarisés qui ont bénéficié d'une visite médicale dans le Rhône.

44 % à Paris

20 % dans l'Eure et la Seine et Marne

12 % dans la Loire

6 % dans l'Ain

0 % en Seine Maritime, Hautes Pyrénées,

Haute Garonne, Académie de Limoges et de Strasbourg. (1) En admettant que, les jeunes enfants, non encore scolarisés sont surveillés par les centres de P.M.I. (2), il reste, néanmoins, que les bilans effectués sur les écoliers sont insuffisants.

Par ailleurs, le rôle des infirmières en milieu scolaire, comme nous l'avons vu, présente de multiples facettes : soignante, l'infirmière doit être aussi une confidente, une conseillère, une éducatrice sanitaire, sans parler des lourdes tâches de secrétariat qu'elle doit parfois assurer. Certaines se plaignent de n'avoir pas reçu une formation leur permettant d'assumer la difficulté de leur tâche.

(1) Chiffres donnés par CLAVE (Mme).- "La santé scolaire enfant d'un divorce".

(2) P.M.I. : Protection Maternelle et Infantile.

Enfin, le fait, pour les infirmières d'internat, d'être logées dans les établissements scolaires, s'il représente un avantage, entraîne une dépendance quasi perpétuelle, une rupture avec le monde extérieur et l'acceptation de vivre, repliées, dans le petit univers clos de l'internat.

. Le rôle de l'infirmière d'usine n'est pas défini par la loi ; on parle d'auxiliaire médicale qui assiste le médecin, en oubliant, les nombreux cas, où il n'est là qu'une ou deux fois par semaine, à la vacation.

Le malaise ressenti par cette fonction vient, "de la mauvaise répartition des tâches et d'une législation qui, n'est plus en rapport avec la réalité, ou si l'on préfère d'une réalité qui est illégale parce qu'inadaptée à l'évolution." (1) En effet, ce travail de l'infirmière consiste, en grande partie, dans l'organisation, la préparation, la surveillance et le compte rendu des visites et des consultations médicales, notamment au cours des visites d'embauche, des visites annuelles systématiques, des visites de reprise du travail ou bien au cours de consultations spontanées, c'est-à-dire à la demande du salarié.(2)

L'activité professionnelle de l'infirmière d'entreprise comporte, également, la pratique des soins d'urgence, les cas d'accident du travail, lui demandant alors de bonnes connaissances chirurgicales ; d'autre part, l'infirmière doit faire face, à l'urgence médicale : les malaises cardiaques sont les plus fréquents ; certaines entreprises possédant un appareil pour électrocardiogrammes, les infirmières doivent donc savoir l'utiliser et interpréter les résultats, pour poser, rapidement, un diagnostic d'urgence et avoir une réaction efficace, ce qui leur demande de posséder des connaissances suffisantes.

Une place importante est accordée dans ce secteur d'activité au travail de secrétariat, qui est, encore plus lourd, quand il s'agit d'accidents de travail ou de trajet, les démarches à entreprendre avec la Sécurité Sociale étant assez astreignantes. Les

(1) FISCHER (U...).- "Infirmière d'usine".

(2) Ce type de visites n'est pas prévu législativement mais encouragé par le Conseil supérieur de la médecine, parce qu'elles facilitent le dépistage des maladies professionnelles graves et parce qu'elles rendent service aux ouvriers que le médecin peut conseiller ou orienter utilement.

infirmières doivent, aussi, tenir à jour, le registre fourni par la Sécurité Sociale, où sont notés tous les incidents et accidents survenus dans l'entreprise, le nombre de pansements ou de médications distribués, ceci afin d'en obtenir le remboursement. Un autre registre spécial pour le personnel travaillant dans les toxiques, acides ou abrasifs, avec les résultats des examens chimiques, hématologiques, radiologiques réalisés en cours d'année, est aussi placé sous leur responsabilité. Enfin, la mise à jour, régulière des dossiers médicaux de l'ensemble des salariés de l'entreprise entraîne un travail de secrétariat considérable.

Parallèlement à cette médecine d'urgence et administrative, les infirmières d'entreprise dispensent, parfois, aux employés des soins prescrits par des médecins de l'extérieur. Ces soins, qu'elles font bénévolement, dans un but humanitaire, soulèvent pour ces infirmières deux types de problèmes : l'un déontologique, car elles enlèvent ainsi, aux infirmières libérales une partie de leur travail, l'autre légal, car, elles n'ont pas le droit, de pratiquer des soins étrangers à la médecine du travail : une simple ordonnance d'un médecin traitant ne "couvrant" pas leur responsabilité en ce domaine.

Les infirmières d'entreprise, pour jouer le rôle que l'on attend d'elles, et, qui est, très différent de celui que la plupart d'entre elles ont connu dans les services hospitaliers, souhaitent une formation supplémentaire qui serait, à leurs yeux, une spécialisation avec des cours :

- de législation du travail ;
- de psychologie du travailleur (afin de savoir déceler les simulateurs) ;
- un rappel des maladies professionnelles et d'ophtalmologie leur paraît aussi nécessaire, car, insuffisantes, sont les notions données au cours de la préparation au diplôme d'Etat ; ainsi que des notions de secourisme et de secrétariat médical (organisation de fichiers, établissement de statistiques...).

Enfin, elles désirent apprendre à lire, les électrocardiogrammes.

Cette spécialisation les aiderait, en effet, dans leurs activités quotidiennes en leur permettant de mieux appréhender l'homme au travail, en facilitant leur présence au sein de l'entreprise.

Peut-être favoriserait-elle, également, la valorisation de leur fonction et par la même, une plus grande considération de la part de leurs employeurs.

. Les infirmières de soins à domicile regrettent, en priorité, l'absence de structures unissant médecins et auxiliaires médicaux.

Infirmières, sages-femmes, masseurs kinésithérapeutes connaissent les mêmes modalités d'exercice que les médecins. Ils s'installent où ils veulent, où ils peuvent. Ils exercent le plus souvent isolément sans aucun lien entre eux, sans aucun lien avec les praticiens, avec la communauté urbaine. (1)

Cette absence de structure, unissant dans une étroite collaboration, médecins et auxiliaires divers est regrettable pour tout le monde, et, en particulier, pour le malade, car dans l'impossibilité où ils sont d'apprécier les compétences réelles des infirmières, les médecins ne leur confient, en général, que l'application de techniques élémentaires, comme les injections parentérales, l'infirmière n'étant alors plus qu'une piqueuse aux gestes automatiques et rapides. Ne se rencontrant jamais, infirmières et médecins n'ont aucune possibilité d'échanges fructueux dans la connaissance que chacun d'eux a du malade et de l'évolution de sa maladie. On retrouve, d'ailleurs, ce manque de liaisons entre l'infirmière libérale et l'hôpital. A partir du moment où, un malade sort de l'hôpital, en ayant encore besoin de soins, il doit faire appel à une infirmière libérale, si son état ne fait pas l'objet, d'une hospitalisation à domicile. Par quelle structure, passeront les informations de l'infirmière au médecin traitant, à l'hôpital, au pharmacien, au kinésithérapeute, aux services sociaux ? Et pourtant, qui mieux qu'elle, connaît les incidents possibles de tel traitement ? qui mieux qu'elle, est susceptible de dépister à temps certaines complications suscitant une réhospitalisation urgente ? Mais, nous posons là, le problème - sur lequel nous reviendrons - de la place que les infirmières sont susceptibles d'occuper dans les structures sanitaires de notre pays. L'infirmière, en France, peut-elle sortir de l'hôpital ? Comment situer cette profession dans un contexte plus large ? Malheureusement, dans notre pays, ce contexte est encore à l'état embryonnaire, car, il n'y a pas, en dehors de l'hospitalisation à domicile, de soins à domicile systématiquement organisés sur le

(1) GOUST (F...)- Médecine et urbanisation.- p. 63

territoire français, donc pas de liaisons formelles entre l'hôpital et les soins qui seront donnés au malade, chez lui, par une infirmière libérale.

Certes, nous passerons très vite, sur les problèmes de concurrence pénible que peuvent se faire les infirmières libérales dans un quartier neuf, notamment, alors qu'au contraire, l'infirmière rurale, isolée, doit parcourir, parfois, plusieurs cantons et des dizaines de kilomètres pour faire une injection intraveineuse. On déplore aussi, dans cette activité, l'instabilité budgétaire et l'insécurité face à l'avenir. Bien que l'aspect social et humaniste de ce travail soit un grand avantage, l'indépendance et l'organisation personnelle du travail quotidien un agrément, il n'en reste pas moins vrai que, l'on a souvent des difficultés à avoir une journée complète de repos. Sans compter que "l'isolement de l'infirmière, son absence de recyclage, l'automatisation de ses activités rétrécissent sa vision des problèmes sanitaires." (1)

Si, les infirmières qui donnent des soins à domicile sont insatisfaites, c'est qu'elles voudraient que leur activité, dont l'utilité n'est plus à démontrer, éclate, qu'elles soient valorisées aux yeux des autres professionnels de la santé, considérées et respectées de tous, comme quelqu'un qui a des responsabilités qui lui sont propres. Mais, pour cela, il faudrait les libérer des rémunérations à l'acte. Car, les centres de soins à domicile, s'ils veulent vraiment répondre à l'ensemble des besoins des malades et pas seulement réaliser des interventions ponctuelles, doivent financièrement avoir des ressources autres que celles prévues par le seul remboursement des actes infirmiers. En effet, "la rémunération prévue par la Sécurité Sociale est minime, ce qui incite à les donner vite et ne favorise pas les possibilités de conseil ou les relations avec le médecin traitant." (2)

*

*

*

Ce malaise, ces insatisfactions, la prise de conscience de plus en plus nette et vigoureuse des imperfections de la profession devaient conduire le personnel infirmier à lutter pour l'amélioration de ses conditions de travail et de sa formation.

(1) GOUST.- op. cit. 63

(2) MORDACQ.- Pourquoi des infirmières.- op. cit. 37

3. L'ORGANISATION INTERNE DE LA PROFESSION

La multiplicité et la variété des problèmes qui se posaient au personnel infirmier l'amenèrent à s'organiser sur deux plans : celui des associations professionnelles et celui du syndicalisme.

3.1. Les associations professionnelles

Elles sont assez nombreuses : les unes déjà anciennes, les autres plus récentes ; certaines, réalisant surtout, un regroupement du personnel soignant quel que soit sa qualification.

3.11. Les associations nationales

- L'Association Nationale Française des Infirmières et Infirmiers Diplômés d'Etat (A.N.F.I.I.D.E.)

Elle est la plus ancienne. Cette association, nous l'avons vu, avait été fondée en 1923 par Mademoiselle Chaptal et rattachée dès 1925 au Conseil International des Infirmières. Le but de cette association est de rassembler les infirmières diplômées d'Etat. En 1975, dans le rapport moral de ces activités, l'A.N.F.I.I.D.E. met, en évidence, les grands axes de la politique qu'elle a menée au cours de ces dernières années et qu'elle désire poursuivre.

- . Politique de maintien d'une unité de la profession et de promotion de la profession.
- . Politique d'accès aux professions avec formation.
- . Politique d'adaptabilité, d'intéressement, de coordination.
- . Politique de concertation, d'ouverture, d'information.
- . Participation active à l'élaboration de la politique de santé.
- . Politique d'influence sur les différentes instances chargées de prendre des décisions relatives aux problèmes de santé et de la profession. (1)

- Le Centre Chrétien des Professions de Santé (C.C.P.S.) (2)

Le C.C.P.S. est une association professionnelle chrétienne, qui regroupe les membres diplômés d'Etat des différentes professions de santé.

(1) A.N.F.I.I.D.E.- Rapport 1974-1975, p. 4 (non publié)

(2) Centre Chrétien des Professions de Santé, C.C.P.S., autrefois appelé Union Catholique des Services de Santé, est affilié au Comité International Catholique des Infirmières et des Assistantes Sociales (C.I.C.I.A.M.S.).

Tout en s'efforçant de "promouvoir des études et des réflexions sérieuses et documentées sur tous les problèmes qui intéressent la profession d'infirmière et les professions de santé" (1) ; il "encourage les professionnelles, à mieux prendre conscience de leurs responsabilités dans la lutte nécessaire pour transformer les structures et l'organisation du monde de la santé." (2)

- Religieuses dans les Professions de Santé (3)

Cette association, précédemment dénommée, Union Nationale des Congrégations d'Action Hospitalière et Sociale (U.N.C.A.H.S.) fut fondée, en 1932, et déclarée comme association en 1957.

Elle regroupe, les religieuses des professions de santé par sections professionnelles : infirmières, assistantes sociales... qu'elle unit, à double titre, de religieuses et de professionnelles. Elle a pour but "de seconder l'action des religieuses en associant leurs efforts pour le perfectionnement, la représentation et la recherche ; de les aider à situer leur vie professionnelle dans leur vie religieuse apostolique." (4)

- L'Association médico-sociale protestante de langue française

Créée en 1948, elle fut constituée en association déclarée en 1966. Elle a pour but : "de favoriser les rencontres professionnelles entre médecins, infirmiers, travailleurs sociaux de langue française, et, d'une façon générale, entre tous ceux qui, professionnellement, participent aux soins à donner aux malades." (5) Elle est, la seule association, regroupant les médecins et les infirmiers.

(1) La Profession d'Infirmière en France. Mise à jour de 1975. p. A IV a/4, mai 1972

(2) Ibid.

(3) Religieuses dans les Professions de Santé : R.E.P.S.A.

(4) La Profession d'Infirmière en France. op. cit. p. A IV a/6, juillet 1974,

(5) Ibid. p. A IV a/10

- L'Amicale des Infirmières et des Assistantes Sociales de la Croix-Rouge française

Cette amicale fut fondée en 1951 ; elle a pour but de maintenir l'union et la solidarité entre tous ses membres.

- L'Association Nationale des Elèves Infirmiers et Infirmières (A.N.E.I.)

Née, au cours des événements de Mai 1968, elle regroupe les élèves-infirmiers et les jeunes diplômés des deux sexes ; elle a pour objectif

- . d'étudier et de discuter les questions relatives à la formation des élèves et à leurs intérêts matériels et moraux ;
- . de veiller à l'application des décisions prises afin de faciliter par tous les moyens qui seront en son pouvoir les études de ses adhérents ...
- . de réaliser la liaison entre les enseignants et les enseignés ;
- . de représenter les élèves auprès des pouvoirs publics et tous organismes. (1)

Bien d'autres associations professionnelles pourraient encore être citées ; bien qu'elles n'aient pas d'objectif de formation auprès de leurs adhérents, nous nous contenterons de mentionner :

l'Association Nationale des Infirmières Générales, et
l'Association Interministérielle des Infirmières.

A côté de ces associations regroupant infirmiers et infirmières, s'est constituée une association centrée davantage sur les problèmes de formation et par conséquent sur les écoles.

- Le Comité d'Entente des Ecoles d'Infirmières et des Ecoles de Cadres (C.E.E.I.E.C.)

. Historique

En 1926, le Conseil International des Infirmières avait demandé à l'Association française de créer "un comité des études" qui élaborerait, en marge du Conseil de Perfectionnement des écoles, des suggestions relatives à certains problèmes utiles aux membres de ce Conseil.

(1) La Profession d'Infirmière en France. op. cit. p. A IV a/9, mai 1971

On parle de cette création dans les premières revues de l'Infirmière Française, ensuite on en perd la trace...

Cependant, en 1946, l'Association Nationale des Infirmières en reprend l'idée et, organise, par région, "le groupement des écoles d'infirmières" pour permettre un échange de vues entre les directrices. Cette initiative apparaît, d'autant plus intéressante que, de nombreuses écoles se créent à cette époque, les nouvelles directrices pouvant, au cours de réunions d'échanges, trouver auprès de leurs collègues plus anciennes dans la carrière des conseils et un appui précieux.

D'abord appelée "le Comité d'Entente des Ecoles d'Infirmières hospitalières françaises et de l'Union française", cette association fut créée, le 1er mars 1949, dans le cadre de la loi du 1er juillet 1901 et devint le C.E.E.I.E.C. (1) Elle avait pour but, tout en respectant entièrement l'autonomie des écoles de :

- . représenter leurs intérêts communs.
- . coordonner leurs efforts en établissant des liens permanents entre toutes les personnes s'intéressant à la formation des infirmières aussi bien en France qu'à l'étranger.
- . perfectionner les méthodes pédagogiques.

En 1962, nous retrouvons dans "La Profession d'Infirmière en France" cette appréciation à son sujet : "ses réalisations sont déjà importantes et les pouvoirs publics sollicitent son avis en lui proposant comme sujets d'étude les projets qui seront discutés au Conseil de Perfectionnement des Ecoles." (2)

. Ses objectifs

Certes, les objectifs du C.E.E.I.E.C. ont évolué, au cours du temps. Ces cinq dernières années, ses statuts et règlements furent revus et corrigés au cours des assemblées générales de novembre, en 1969, 1970, 1972 et 1974. Nous retiendrons, cependant, qu'actuellement, les buts de cette association sont les suivants :

(1) Comité d'Entente des Ecoles d'Infirmières et des Ecoles de Cadres.

(2) La Profession d'Infirmière en France. Etude publiée par la R.I.A.S., Edition 1962, p. 26

- 1° Définir l'orientation générale de la formation professionnelle en maintenant le plus haut degré de qualité.
- 2° Etudier et mettre en oeuvre, en fonction de cette orientation, les moyens nécessaires à sa réalisation (siège central, bureaux d'études, groupe de travail, centre de formation, de documentation et de recherche créés en référence à la législation en vigueur en matière de formation professionnelle et continue dans le cadre de l'éducation permanente...).
- 3° Rechercher une unité d'action entre les écoles et tous les moyens aptes à la promouvoir.
- 4° Représenter et défendre les intérêts communs des écoles auprès des pouvoirs publics et organismes nationaux.
- 5° Etablir des relations pour une action concertée avec :
 - . les associations professionnelles
 - . les syndicats
 - . les organismes responsables d'enseignement et d'autres formations sanitaires et sociales
 - . les responsables de formation en général.
- 6° Assurer les liaisons et les échanges avec les organismes internationaux et étrangers. (1)

. Son organisation

1) Les comités régionaux

"Les écoles sont regroupées au niveau régional en comités régionaux suivant les circonscriptions des directions d'action sanitaire et sociale." (2)

Les buts de ces comités régionaux sont ainsi définis :

- Recueillir les éléments émanant des écoles.
- Elaborer et appliquer une politique d'action en coordination avec les organismes et les personnes concernées.
- Assurer la liaison entre le plan régional et le plan national.
- Répondre de son fonctionnement devant le Conseil National d'Administration.
- Tenir le fichier des cadres permanents. (3)

2) Le Conseil National d'Administration (C.N.A.)

Le C.N.A. "assume la représentativité du C.E.E.I.E.C. auprès des pouvoirs publics et des organismes nationaux." (4)

-
- (1) Statuts et règlement intérieur du C.E.E.I.E.C. Art. 2
 - (2) Ibid. Art. 5. Voir les circonscriptions d'Action Sanitaire et Sociale en Annexe III
 - (3) Ibid.
 - (4) Ibid. Art. 6

Pour atteindre ses objectifs le C.E.E.I.E.C. se veut, représentatif des écoles ; sa structure de base est l'école d'infirmières ou de cadres représentée par la directrice de l'établissement et une monitrice élue par ses pairs.

Cependant, le C.N.A. est l'organe qui, définit l'action générale du C.E.E.I.E.C. ; et les différents moyens utilisés pour réaliser "l'action" sont mis en oeuvre par les bureaux des comités régionaux.

. Son action

Le travail du C.E.E.I.E.C., en ce qui concerne l'évolution de la profession et la formation est fort important. Le témoin, le plus évident, en est l'activité des bureaux d'études dont les thèmes de travail actuels concernent : l'évaluation du nouveau programme des études d'infirmières, l'établissement du livret scolaire des élèves, les stages extra-hospitaliers, le statut du personnel, le règlement type des écoles...

La création de ces différents bureaux émane d'un besoin, mis en évidence, soit, par la profession elle-même, soit par le Ministère. Cependant, le manque de représentativité de cette association au niveau des Instances nationales et régionales nous paraît être une incohérence. En effet, alors qu'elle est en mesure de se faire l'intermédiaire entre le Pouvoir central et la "base" : à savoir les écoles d'infirmières et de cadres, elle n'est représentée que par une seule personne au niveau du Conseil supérieur des professions para-médicales, unique instance gouvernementale, dans laquelle, les infirmières ont, un droit de parole, en ce qui concerne leur profession.

Il est néanmoins réel que, pour la seule année 1975, le C.E.E.I.E.C. (1), par l'intermédiaire de ses membres, a entretenu avec le Ministère de la Santé et du Travail de nombreuses relations portant notamment sur :

- les subventions attribuées aux écoles d'infirmières ;
- la mise en place de la fonction d'infirmière générale ;
- la formation cadre unique et les modalités du Diplôme d'Etat ;
- les modalités de l'examen d'entrée dans les écoles d'infirmières, des aides-soignantes et des auxiliaires de puériculture ;
- les problèmes de Sécurité Sociale des élèves-infirmières...

(1) C.E.E.I.E.C. actuellement dirigé par une collégialité.

Ces différentes interventions du C.E.E.I.E.C. permettent, de rendre compte, du dynamisme qu'il apporte à faire connaître aux pouvoirs publics les difficultés et les projets des établissements de formation.

Outre, ces associations, les intérêts de la profession sont défendus par plusieurs syndicats.

3.2. Les syndicats

De nombreux syndicats peuvent intéresser les infirmières. Selon leurs opinions, elles peuvent opter d'abord pour la branche hospitalière des grandes formations syndicales : la Confédération Française des Travailleurs Chrétiens (C.F.T.C.), la Confédération Française Démocratique du Travail (C.F.D.T.), la Confédération Générale du Travail (C.G.T.), ou la Confédération Générale du Travail Force Ouvrière (C.G.T. - F.O.), ou encore, si elles travaillent à l'Education Nationale, elles peuvent adhérer à la Fédération de l'Education Nationale (F.E.N.).

Il leur est possible également de s'inscrire à un syndicat autonome "Confédération des professions para-médicales et auxiliaires de la médecine", Fédération autonome des personnels de santé et des services sociaux, Organisation nationale des syndicats d'infirmiers libéraux, ou syndicat national des infirmières, sages-femmes, aides-anesthésistes...

A un certain niveau de la hiérarchie, elles peuvent entrer à la Confédération Générale des Cadres (C.G.C.).

L'ensemble de ces syndicats, outre, la défense des intérêts du personnel, lutte, avec plus ou moins d'efficacité, pour l'amélioration et la transformation de la profession. La diversité de leur point de vue ne permet malheureusement pas d'en présenter ici le détail.

3.3. Le Comité Infirmier Permanent de Liaison et d'Etudes (C.I.P.L.E.)

Le C.I.P.L.E. prit naissance, le 28 avril 1971, à l'issue d'une séance de travail, demandée par le Président du Conseil Supérieur des Infirmières, à laquelle participaient : associations et syndicats. Cette réunion - associations et syndicats - permit, à ses membres, de prendre conscience de l'intérêt que présentait la confrontation de leurs points de vue, souvent complémentaires, les uns par rapport aux autres.

Le C.I.P.L.E. s'est donné pour but :

- . de favoriser des rencontres entre les représentants des syndicats et associations.
- . de permettre des échanges d'information entre les différents organismes représentatifs.
- . de faciliter une prise de position commune face à certains problèmes professionnels.
- . d'informer l'opinion publique (grande presse ou presse professionnelle). (1)

Les membres du C.I.P.L.E. sont, pour la plupart, des membres représentant les associations professionnelles et quelques membres représentant les syndicats.

*

*

*

Cette présentation des visées du personnel infirmier sur le plan professionnel et politique prouve, qu'il cherche à prendre en main l'organisation, la défense et la promotion de son travail.

Ce bilan - français - sur la législation, et l'organisation de la profession d'infirmière depuis la fin de la Seconde Guerre mondiale serait incomplet si, l'on n'indiquait pas, au moins sommairement, les événements importants qui se sont produits - à la même époque - sur le plan international.

4. OUVERTURE SUR LE PLAN INTERNATIONAL

Trois oeuvres, suffisent à caractériser l'apport international à la profession. Elles émanent, d'ailleurs, de trois organisations différentes.

4.1. Les organisations et leurs oeuvres

4.1.1. Les organismes professionnels internationaux

- Le Conseil International des Infirmières (C.I.I.)

Le Conseil International des Infirmières ou C.I.I. a été créé, en 1899. "C'est un organisme, permettant aux associations nationales d'infirmières, de mettre en commun, leurs intérêts et de collaborer au

(1) La Profession d'Infirmière en France. op. cit. A IV a/13, octobre 1975

développement des soins infirmiers en vue de promouvoir la santé publique et les soins aux malades." (1)

Il admet, comme membre, une seule association, par pays ; la France y est représentée par l'intermédiaire de l'A.N.F.I.I.D.E.

Il s'est fixé plusieurs objectifs :

- . encourager l'organisation des associations d'infirmières, les conseiller et les aider dans leur développement ;
- . aider les associations nationales à assumer leur rôle dans le développement ou l'amélioration de la santé publique, de la pratique des soins infirmiers, de la situation sociale et économique des infirmières ;
- . développer les moyens de communication entre les infirmières pour intensifier la collaboration et la compréhension mutuelles ;
- . établir et maintenir les liens de collaboration avec d'autres organisations internationales et servir, au niveau international, de représentant et de porte-parole des infirmières. (2)

Porte-parole des infirmières, le C.I.I. a défini un

. Code de déontologie de l'infirmière

Le Code de l'infirmière est un guide pour l'action individuelle basée sur les valeurs et les besoins de la société. Celui-ci, n'aura de sens, que s'il devient un document vivant appliqué aux réalités de la condition humaine dans une société qui évolue. Pour atteindre cet objectif le Code doit être compris, assimilé et utilisé par les infirmières dans tous les aspects de leur travail. (3)

Ce Code se compose de différentes rubriques :

- L'infirmière et l'individu ;
- L'infirmière et l'exercice des soins infirmiers ;
- L'infirmière et la société ;
- L'infirmière et ses collègues ;
- L'infirmière et la profession.

Pour chacune d'entre elles certaines suggestions sont faites : aux enseignants, aux praticiens, aux administrateurs et aux associations, pour l'application des concepts déontologiques du Code de l'infirmière.

(1) La Profession d'Infirmière en France. op. cit. p. A IV b/1, mai 1970, Edition 1975

(2) Ibid.

(3) Voir Code de déontologie de l'Infirmière en Annexe I

La lecture de ce Code, met en évidence quatre responsabilités essentielles de l'infirmière :

"promouvoir la santé
prévenir la maladie
restaurer la santé
et soulager la souffrance". (1)

Les besoins en soins infirmiers sont universels. Le respect de la vie, de la dignité humaine et des droits de l'homme fait partie intégrante des soins infirmiers. Ces derniers, ne sont influencés par, aucune considération, de nationalité, de race, de croyances, de couleur, d'âge, de sexe, d'ordre politique ou social.

Les infirmières donnent des soins de santé à l'individu, à la famille et à la collectivité et coordonnent leur activité avec celle des personnes travaillant dans les autres disciplines du domaine de la santé.

- Le Comité International Catholique des Infirmières et Assistantes Médico-Sociales (C.I.C.I.A.M.S.)

Ce Comité créé, en 1923, à l'instigation de "CARITAS" a pour but :

"l'union du personnel soignant catholique pour appliquer l'idéal et l'éthique de la religion catholique." (2)

Il est, en relation officielle, depuis 1954, avec l'Organisation Mondiale de la Santé.

4.12. L'Organisation Mondiale de la Santé

La décision de créer une organisation sanitaire intergouvernementale spécialisée, possédant un budget autonome, fut prise en 1945, à San Francisco, par la Confédération des Nations Unies. Fondée, le 7 avril 1948, l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S.) a pour objectif, d'assurer à la population du globe le niveau de santé le plus élevé

(1) Code de l'Infirmière. op. cit. p. C II/2 (2 juillet 1974).

(2) La Profession d'Infirmière en France. op. cit. p. A IV b/1, mai 1970.

Comme nous l'avons signalé précédemment, deux associations françaises adhèrent au C.I.C.I.A.M.S., ce sont : le Centre Chrétien des Professions de Santé (C.C.P.S.) et les Religieuses dans les Professions de Santé (R.E.P.S.A.).



possible caractérisé par un état de bien-être physique, mental et social et non seulement par une absence de maladies ou d'infirmités. Après avoir organisé la lutte contre les grands fléaux (paludisme, variole, mortalité infantile, tuberculose), l'O.M.S. s'est orientée vers la formation du personnel sanitaire, l'amélioration des services de santé et la recherche fondamentale et appliquée.

Le siège de l'O.M.S. est à Genève, mais l'organisation s'est décentralisée en six régions : Brazzaville, Washington, Alexandrie, Copenhague, Manille et New Delhi.

La plupart des pays souverains sont membres de l'O.M.S. et versent directement leur contribution à l'Organisation. Leurs représentants se réunissent en Assemblée mondiale annuelle.

L'O.M.S. joue, en outre, un rôle d'assistance auprès des gouvernements.

C'est sous son impulsion que deux écoles internationales d'enseignement infirmier supérieur ont été fondées en Europe, l'une de langue française à Lyon (E.I.E.I.S.), l'autre de langue anglaise en Grande-Bretagne.

L'école de langue française a été créée, en 1965, avec le concours de différentes institutions : l'Organisation Mondiale de la Santé, le Ministère français de la Santé Publique et de la Population, les Hospices Civils de Lyon et l'Université.

C'est un institut professionnel se situant au niveau de l'enseignement supérieur et destiné à former des infirmiers et infirmières cadres pour occuper des postes de direction et de conseil dans le domaine des soins infirmiers.

Les soins infirmiers représentent pour l'École une discipline originale, basée sur une philosophie du développement de la personne et s'appuyant sur les sciences biologiques et sociales.

L'école est internationale par son enseignement, son personnel, ses étudiants. Elle cherche à favoriser les relations humaines et internationales en respectant toutes conceptions philosophiques, religieuses et sociales, ainsi que la culture de chaque pays.

L'école est expérimentale et s'efforce d'adapter rapidement ses programmes aux besoins des étudiants et des pays intéressés. Elle est soucieuse de participer à l'évolution de la profession d'infirmière. Convaincue

...
de l'importance d'une participation active de l'étudiant à sa propre formation, elle base son enseignement sur des expériences menées par chaque étudiant et analysées en commun. (1)

Les objectifs de cette institution peuvent être ainsi résumés :

- . participer à l'évolution des soins infirmiers et au développement personnel des infirmiers et infirmières ;
- . favoriser les publications de langue française dans le domaine des soins infirmiers ;
- . aider au développement des relations professionnelles internationales. (2)

Le programme de formation, comprend, deux sections différentes dans lesquelles trois options sont possibles :

1) L'administration de l'enseignement infirmier, section qui s'adresse à des infirmiers et infirmières appelés à exercer des fonctions : de directrice d'école de base ou supérieure ; de responsable chargé de l'enseignement dans les écoles supérieures ; de responsable de l'enseignement en Santé Publique ou en psychiatrie ; enfin de conseiller pour l'enseignement infirmier général, en Santé Publique, ou en psychiatrie.

Les options peuvent être soit en

- Soins infirmiers généraux ;
- Santé Publique ;
- Soins infirmiers de psychiatrie et de santé mentale.

2) L'administration des services infirmiers

Présente des options identiques à l'administration de l'enseignement ; c'est une branche qui s'adresse plus particulièrement aux infirmiers et infirmières appelés à occuper des postes de :

- . directrice des services infirmiers d'établissements publics ou privés, généraux ou spécialisés ;
- . responsable de centres de santé ou de services infirmiers préventifs ou curatifs.
- . conseiller pour les services infirmiers généraux, de Santé Publique ou de psychiatrie. (3)

(1) Ecole Internationale d'Enseignement Infirmier Supérieur. p. 3

(2) Ibid.

(3) Ibid. 8

L'ensemble de ce programme se déroule en deux ans : la première année est sanctionnée par un certificat délivré par le Ministère de la Santé Publique et de la Sécurité Sociale, la deuxième, par un diplôme d'Enseignement Infirmier Supérieur délivré par l'Université de Lyon II.

Alors que l'Ecole Internationale d'Enseignement Infirmier Supérieur fêtait ses dix années, on pouvait dénombrer que, 94 étudiants avaient bénéficié de cette formation dont 62 Français et 32 étrangers.

Les étudiants appartiennent à des nationalités aussi diverses que l'Algérie (3), la Belgique (1), la Bulgarie (1), le Canada (1), le Cameroun (4), le Dahomey (3), la France (62), l'Italie (2), le Liban (1), le Luxembourg (1), le Mali (1), le Maroc (2), la Mauritanie (1), le Niger (3), le Portugal (1), la République Fédérale Allemande (1), le Sénégal (3), la Suisse (2), la Tunisie (2), soit 18 pays représentés auxquels s'ajoute la Hollande si l'on tient compte des étudiants actuels. (1)

Cependant, comme le fait remarquer Marie-Françoise Collière, enseignante à l'E.I.E.I.S.

... s'il est aisé de dénombrer les étudiants entrés et sortis de l'Ecole, le nombre des pays représentés, l'éventail des sessions offertes aux infirmières exerçant dans les différents secteurs d'exercice professionnels, les articles et publications parus, les questions professionnelles étudiées par les mémoires des étudiants avec rigueur méthodologique, la diversité des groupes avec lesquels l'Ecole a travaillé tant au niveau régional, national, qu'international, il serait beaucoup plus complexe d'évaluer en profondeur la contribution tangible de l'Ecole à l'amélioration des soins infirmiers, au devenir du service infirmier, à l'évolution de la profession. (2)

4.13. Le Conseil de l'Europe

La création du Conseil de l'Europe fut décidée à Londres les 27 et 28 janvier 1949, au cours d'une réunion des ministres de la France, de la Grande-Bretagne et des trois États du Benelux. Le Conseil, devait comporter, un Comité des ministres représentant les gouvernements et une Assemblée, simplement consultative, et composée de parlementaires

(1) COLLIÈRE (M.F.).- "Dix années d'E.I.E.I.S."

(2) Ibid.

des états membres. Le 5 mai 1949, à Londres, le statut du Conseil de l'Europe fut signé par les cinq pays promoteurs de cette institution européenne et, par cinq états de l'Organisation Européenne de Coopération Economique (O.E.C.E.) (1) qui avaient été invités : l'Irlande, l'Italie, le Danemark, la Norvège, la Suède. Le nombre des états membres du Conseil de l'Europe s'est, depuis, considérablement, accru.

Il est inspiré par, une philosophie du respect de la loi et des valeurs individuelles. Première organisation internationale humaniste, constituée par la réunion de parlementaires de divers pays, l'Assemblée Européenne est simplement consultative "elle ne peut adopter que des recommandations et les transmettre au Comité des ministres, instance diplomatique classique, les résolutions ne devenant obligatoires pour les Etats qu'après ratification." (2) Le Conseil de l'Europe est donc, très respectueux, de la souveraineté des Etats.

Il a joué, depuis sa création, un rôle important, sur le plan politique, juridique, social (3), culturel... et sanitaire.

L'Accord Européen sur l'instruction et la formation des infirmières réalisé à Strasbourg, le 25 octobre 1967, en est un exemple et porte essentiellement sur :

- . La définition de l'infirmière en soins généraux.
- . Le niveau d'instruction à exiger des candidats aux écoles d'infirmières.
- . La durée et le contenu du programme d'enseignement.
- . Les conditions concernant l'organisation des écoles d'infirmières.
- . Les sanctions des études.

Afin d'alléger notre texte, nous ne mentionnerons que la définition de l'infirmière en soins généraux.

(1) O.E.C.E. fut créé en 1948.

(2) Encyclopedia Universalis (E.U.), vol. 6.

(3) La Convention Européenne des Droits de l'Homme, le 4 nov. 1950 et la Charte Sociale Européenne du 18 oct. 1961, par exemple.

L'infirmière en soins généraux exerce, conformément à la réglementation en vigueur dans son pays, les fonctions essentielles suivantes :

- . dispenser des soins infirmiers compétents aux personnes dont l'état requiert, compte tenu des besoins physiques, affectifs et spirituels du malade en milieu hospitalier, au foyer, à l'école, au lieu de travail ;
- . observer les situations ou conditions physiques et affectives qui exercent un effet important sur la santé et communiquer ces observations aux autres membres de l'équipe sanitaire ;
- . former et guider le personnel auxiliaire nécessaire pour répondre aux besoins du service infirmier de toute institution de santé.

Dans ce rôle, l'infirmière doit juger à tout moment des soins infirmiers dont chaque malade a besoin et lui affecter le personnel correspondant. (1)

4.2. Les réactions du gouvernement français à ces initiatives internationales

Elles ont, toujours, été très mesurées. Ainsi, en France, il n'existe pas de Code de déontologie pour la profession d'infirmière, alors que les professions de médecin, chirurgien-dentiste, sage-femme en possèdent un, édicté sous la forme d'un règlement d'administration publique.

La France, ne reconnaît aucune valeur légale au Code de déontologie de l'infirmière établi par le C.I.I., le code n'a qu'une valeur indicative en matière de morale professionnelle.

. A l'égard de l'E.I.E.I.S. le gouvernement français manifeste la même réserve. Alors que, de graves difficultés budgétaires secouent l'institution, que de nombreux professionnels s'interrogent sur l'utilité d'une formation qui n'est pas reconnue des pouvoirs publics et, ne donne, à ceux qui l'ont suivie le droit à aucune promotion, l'E.I.E.I.S. s'interroge sur l'avenir :

(1) Décret n° 75-73 du 30 janvier 1975

- . Comment transformer ce diplôme d'enseignement infirmier supérieur en une maîtrise des sciences et techniques ?
- . Quelle participation l'Institution peut-elle avoir dans la formation professionnelle continue ?
- . Quelle place, à l'avenir, les pays d'Europe et d'Afrique accorderont-ils à l'E.I.E.I.S. dans la formation de leurs cadres ?

Mais qu'adviendra-t-il de ces projets ?

. Quant à l'Accord Européen, le gouvernement français, comme, il en avait le droit (1), a émis une dérogation concernant les dispositions du Chapitre III de l'Annexe I de l'Accord, c'est-à-dire la durée et le contenu des études. En effet, l'Accord Européen prévoyait une durée de formation pour les infirmières de 4 600 heures, alors que la France, depuis 1972 seulement, n'accorde que 4 080 heures de formation, ce qui met les infirmières françaises en état d'infériorité.

D'autre part, le niveau d'instruction à exiger des candidates aux écoles d'infirmières devrait correspondre "au moins à celui de la dixième année d'enseignement général. En conséquence, elles devraient posséder un titre scolaire sanctionnant un tel cycle d'études, ou bien avoir satisfait à un examen officiel d'admission qui soit d'un niveau équivalent." (2) Ce qui, dans notre système scolaire français, correspondrait soit à un baccalauréat, soit à un examen d'admission de même niveau.

Cependant, alors que le nombre des candidates dans les écoles d'infirmières était important, la circulaire n° 1952 du 22 avril 1975, apporte, quelques précisions sur le niveau d'instruction exigée. En effet, les admissions devaient être prononcées selon l'ordre suivant :

- 1° candidats reçus aux sessions de l'examen d'admission effectuant leurs études au titre de la promotion professionnelle hospitalière ;
 - 2° candidats effectuant leurs études au titre de la promotion sociale (loi du 16 juillet 1971) ;
 - 3° candidats reçus à l'examen d'admission ou titulaires d'un diplôme dispensant de l'examen et acceptant de signer un contrat d'engagement avec l'hôpital formateur ou éventuellement avec un établissement d'hospitalisation public ;
- ...

(1) Décret n° 75-73 du 30 janvier 1975. op. cit. Art. 11

(2) Ibid. Chapitre II

...

- 4° candidats ayant accompli leur service national ;
- 5° candidats reçus à l'examen d'admission après avoir fréquenté les classes préparatoires organisées par les hôpitaux publics ou les établissements d'enseignement public avec lesquels l'hôpital public a pu passer convention ;
- 6° titulaires du baccalauréat de technicien des Sciences Médico-Sociales (Bac F 8).

Les places disponibles après l'affectation des élèves visés aux paragraphes précédents seront attribuées aux candidats reçus aux examens d'entrée, aux bacheliers ou aux candidats titulaires d'un des titres dispensant de l'examen d'admission. (1)

Quant à l'enseignement, l'Accord Européen demande qu'il soit confié à des professeurs qualifiés, médecins, infirmiers...

"Chaque école doit avoir, parmi son personnel, au moins une infirmière diplômée ayant reçu une formation d'une année au moins qui l'a qualifiée pour l'enseignement de la profession d'infirmière." (2) En outre, "le rapport entre le nombre de monitrices et celui des élèves doit être tel qu'il permette d'assurer un enseignement et un encadrement adéquats. Le nombre de quinze élèves, par monitrice, semble pouvoir être proposé." (3)

Là encore, la France traversant une crise importante en ce qui concerne la pénurie d'infirmières ouvre, de manière anarchique, de nombreuses écoles et va à l'encontre des normes européennes. Consciente, des difficultés que pose l'enseignement, elle propose que "les internes et les stagiaires internés puissent participer à l'enseignement des élèves-infirmières." (4) L'encadrement réalisé par des infirmières ayant reçu une formation suffisante étant, dans la situation actuelle, impossible, M. Charbonneau, Directeur général de la Santé, émet certaines propositions, de nature à résoudre cet état de fait et, propose de faire appel à des suppléantes dont le recrutement serait facilité si, "grâce à la formation discontinue, il leur était possible, de préparer le certificat de monitrice, tout en assurant des fonctions d'enseignante à l'école." (5)

(1) Circulaire n° 1952 du 22 avril 1975.

(2) Décret n° 75-73 du 30 janvier 1975. op. cit. Chapitre IV B.

(3) Ibid. Recommandations - IV - Terrain de stage.

(4) Circulaire n° 4280 du 11 septembre 1974 relative à la création des écoles d'infirmières.

(5) Ibid.

Ces différentes mesures ne tendent-elles pas de prouver que, la France n'est pas à même, actuellement, de trouver sa place au sein de l'Accord Européen, en assurant une haute qualification à son personnel soignant ?

*

*

*

Trois idées se détachent, semble-t-il, de la présentation des activités de l'infirmière à travers les âges : au cours d'une longue évolution, la fonction infirmière s'est progressivement laïcisée, organisée et ouverte.

A l'origine, assuré par des religieuses, le travail infirmier est devenu, selon le mot de Florence Nightingale, "une carrière civile" exercée sur le plan public ou privé par des individus, indépendamment de toute structure communautaire.

Parallèlement, cette carrière civile de l'infirmière s'est progressivement organisée, institutionnalisée, grâce à la formation exigée par la création du diplôme d'Etat.

Centrée exclusivement sur les soins aux malades et, bien souvent, sur les soins aux malades hospitalisés, la fonction s'est progressivement ouverte, avec les infirmières visiteuses, puis les infirmières scolaires et d'entreprises, sur les problèmes de la santé, et de la santé hors de l'hôpital.

Les fonctions de l'infirmière ont certes pris un authentique essor, mais, les transformations des programmes de formation pour réelles qu'elles soient, laissent néanmoins, certaines infirmières (infirmière d'usine, infirmière scolaire, de P.M.I., etc...) désemparées, devant les difficultés qu'elles rencontrent dans leur pratique journalière. Obstacles, d'autant plus grands que, les pouvoirs publics n'ont jamais, réellement défini l'ensemble de leurs activités.

Telle est la ligne de l'évolution générale réalisée par la profession d'infirmière dont, nous souhaitons, maintenant, dégager la signification et la portée. Car, c'est au prix, de cette réflexion qu'il nous sera possible de présenter quelques suggestions sur ce que pourrait être l'infirmière... demain.

UN ULTIME REGARD SUR HIER ET AUJOURD'HUI

TROISIEME PARTIE

L'ample fresque de l'histoire du personnel infirmier que nous venons de brosser va nous permettre, à partir des données historiques et sociologiques que nous avons recueillies, d'amorcer une réflexion sur la situation exacte de l'infirmière française au sein des personnels de santé et dans la société contemporaine. Nous voudrions, en effet, dégager et bien comprendre la nature et le caractère spécifique de cette fonction, il nous sera donc nécessaire de rendre compte de l'ensemble des besoins de santé de la population, et des réponses qui sont amenées par le personnel enseignant. Si, nous constatons certaines carences, il nous faudra alors, préciser les finalités actuellement définies par le programme de formation des infirmières et examiner la manière dont elles sont effectivement réalisées.

C'est au prix de cette réflexion qu'il nous sera possible d'aller plus avant et de présenter quelques suggestions sur ce que pourrait être l'infirmière ... demain.

D'où les deux orientations de cette troisième partie de notre travail. Après nous être efforcée de rendre compte le plus objectivement possible de la situation dans laquelle se trouve actuellement, en France, l'Infirmière, nous essayerons à la lumière de ce constat, d'en expliquer les raisons.

CHAPITRE I

LA SITUATION ACTUELLE DE L'INFIRMIERE FRANCAISE

L'Histoire de la fonction infirmière nous a montré que s'est progressivement constitué, dans la société occidentale, au sein des professions de santé, un corps de travailleurs spécifiques centrés sur l'exécution des soins.

Cette constatation générale appelle, semble-t-il, un certain nombre de questions dont les réponses devraient permettre de mieux définir la nature et la position de l'Infirmière dans la société française contemporaine.

- Quelle est la place exacte des infirmières, au sein des professions de santé ?
- Y ont-elles une fonction spécifique ?
- Comment le corps des infirmières est-il "vécu" par la société dans laquelle il est inséré et travaille ?
- Peut-on dès lors parler d'une "Profession" infirmière ?

1 - L'Infirmière dans la structure soignante

Liée, pendant longtemps, à une insertion et à des préoccupations religieuses, la fonction infirmière, en France comme ailleurs, est actuellement "une activité civile", mieux une activité civile rémunérée. Etre infirmière, c'est d'abord, comme le tailleur, le serrurier ou le tisserand, exercer un métier, c'est-à-dire "une occupation manuelle ou mécanique qui trouve son utilité dans la société".(1)

Ce métier est officiellement reconnu, "institutionnalisé". Depuis le 27 juin 1922, la profession d'Infirmière ou d'Infirmier ne peut être exercée que par des personnes munies d'un diplôme délivré par l'Etat. L'article 473 du Code de la Santé Publique précise même : "est considérée comme exerçant la profession d'infirmier ou d'infirmière toute personne qui donne habituellement soit à domicile, soit dans les services

(1) ROBERT (Paul) Dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française -

publics ou privés d'hospitalisation ou de consultation des soins prescrits ou conseillés par un médecin" (1)

Ainsi, dans l'exercice de son métier, l'infirmière est toujours en relation avec le corps médical, et, si elle travaille en milieu hospitalier, elle dépend, en outre, de l'administration hospitalière.

Quelle est la nature propre du métier d'infirmière ?

1.1. L'Infirmière et le corps médical

Depuis la plus haute Antiquité - la partie historique de notre travail l'a bien mis en évidence - l'infirmière n'a cessé d'exercer sa tâche dans l'ombre du médecin, vouée selon la formule de SHUSHRUTA-SAMHITA à "suivre strictement et infatigablement" ses instructions. Saint-Vincent de Paul ne pensait pas autrement. La Révolution ne s'est point occupée d'elle. Et le Code de la Santé de 1946 en définissant l'infirmière comme "la personne qui donne habituellement des soins prescrits ou conseillés par le médecin" exprime sous une autre forme la même idée : l'infirmière est l'exécutante des prescriptions médicales.

Que nous sommes loin du texte de 1902 souhaitant que l'infirmière devienne "la collaboratrice disciplinée mais intelligente du médecin" !

Il est très intéressant, et significatif, de constater que, aussitôt reconnue leur existence officielle, les infirmières n'aient cessé de s'interroger sur leur mode d'existence, voire sur leur statut : étaient-elles les auxiliaires ou les collaboratrices des médecins ?

La prise de position de certains médecins à leur égard n'a pas été sans jeter le trouble dans leurs esprits.

(1) Code de la Santé Publique Livre IV, Titre II, chapitre 1er -

Dès 1925, par exemple, le Docteur Van SWIETTEM, Président de l'Association des écoles d'infirmières à Bruxelles après avoir reconnu "qu'une certaine méfiance régnait encore dans le monde médical en présence du développement de la profession d'infirmière" (1) ajoutait "les médecins se rendent compte des services que les infirmières peuvent leur rendre en appliquant scrupuleusement leurs prescriptions, en assurant l'efficacité de leur traitement et en suivant intelligemment leurs conseils. Ils savent aussi que les vraies infirmières formées dans l'esprit nécessaire se gardent de se substituer à eux et demeurent strictement dans leur rôle d'auxiliaire. L'infirmière doit apprendre à servir d'abord, à ne jamais marcher devant le médecin, mais à le suivre..."(2).

Cette mise en garde fut suivie de conséquences immédiates. Ne donnait-on pas aussitôt, aux jeunes infirmières stagiaires, dans les Hôpitaux de Paris les recommandations suivantes :

"Vous vous garderez de prendre des notes, vous ne suivrez la visite du chef de service qu'avec son autorisation et dans la salle où vous aurez été affectée. Vous vous interdirez toute réflexion sur les différents traitements employés, vous pénétrant de votre rôle d'auxiliaire du médecin, toujours prête à lui rendre un service opportun avec calme et douceur, lui économisant un temps précieux". (3)

La même année, Monsieur le Pr Léon BERNARD souhaitait, en outre, que la formation donnée aux infirmières "ne leur fasse rien perdre de l'admiration inconditionnelle qu'elles doivent témoigner à leur chef : le médecin", et il ajoutait : "Les médecins ne peuvent se passer des infirmières. Si, quelques-unes dans cet attelage ruent dans les brancards, il n'en reste pas moins vrai qu'une partie des soins aux malades a toujours

(1) VAN SWIETTEM (D...) "Ce que nous attendons des infirmières" (in : l'infirmière française Tome II 1925 p. 283).

(2) Dr Van SWIETTEM idem.

(3) GREINIER (M...) "Quelques réflexions et conseils suggérés par la situation des infirmières stagiaires dans les Hôpitaux de l'Assistance Publique à Paris (in. l'infirmière française Tome II 1925 p. 257).

relevé d'une auxiliaire indispensable du médecin : cet auxiliaire doit avoir un coeur de femme". (1)

On comprend, dès lors aisément, l'embarras des infirmières et leurs difficultés devant une conception aussi rétrécie de la situation qui leur était faite.

Les prises de position de la Présidente de l'Association Nationale des infirmières diplômées d'Etat nous en fournissent une belle illustration :

"La profession médicale et la profession d'infirmière ne sont pas situées sur le même plan. Le médecin doit connaître les causes de la maladie, déduire ses origines et prévoir ses suites. Il est le seul à faire diagnostic et pronostic, le seul à pouvoir ordonner et prescrire ce qu'il faut où ce qu'il faudra faire dans tel ou tel cas. L'Infirmière elle, doit surtout connaître le malade, son milieu, soigner le mal, en prévenir l'extension. Elle doit, par une connaissance appropriée de l'être qui souffre et de la maladie en-elle-même, constituer l'instrument parfait qui a pour fonction principale de se tenir à portée de la main du médecin, c'est ce dernier qui de cet instrument docile en fera l'usage voulu. Ainsi aucun conflit entre les deux n'est possible puisque "l'art de l'infirmière n'est que d'exécuter ce que décide la science du médecin" (2).

Reconnaissons, au passage, qu'il y a une certaine incohérence dans le rôle de l'infirmière, tel que l'a défini Mademoiselle Chaptal : un "simple outil" peut-il être en possession de connaissances appropriées concernant l'être qui souffre et la maladie dont il est atteint ? Mais cette incohérence ne provient-elle pas des difficultés que l'on avait à situer l'infirmière par rapport au médecin et à délimiter son territoire de compétence ?

(1) BERNARD (L..) (Pr) "Quelques réflexions et conseils suggérés par la situation des infirmières stagiaires dans les hôpitaux de l'Assistance Publique à Paris" (in : L'infirmière Française Tome II 1925 p. 257).

(2) CHAPTAL - "L'Infirmière visiteuse d'hygiène sociale de l'enfance" (in : L'infirmière française Tome III 1926 p. 299).

Au cours d'une Assemblée Générale de l'ANIDE*, s'adressant au docteur Renault, alors Président du Conseil de Perfectionnement des écoles d'Infirmières, Mademoiselle Chaptal déclare encore :

"Le docteur Renault comprend notre profession comme les médecins la comprennent. Il sait que l'infirmière constitue pour le médecin une aide précieuse. D'autre part la profession d'infirmière ne saurait exister sans la profession médicale : de cette collaboration serrée, franche, nous attendons le plus beau de notre avenir et nous nous efforçons de nous en montrer dignes.

La morale professionnelle de l'infirmière est parallèle à celle du corps médical qui est notre chef, qui nous donne l'exemple magnifique de ces beaux et grands dévouements désintéressés, et qui est pour nous un encouragement très grand, une obligation de plus pour être à la hauteur de notre rôle de plus en plus important" (1).

Ces paroles tout en reconnaissant que l'infirmière devait être "la collaboratrice" du médecin, ne limitaient-elles pas l'infirmière dans un rôle subalterne d'auxiliaire et ne la plaçait-elle pas sous le commandement direct, non pas d'une de ses pairs, mais du médecin ?

Cependant, quelques années plus tard, en 1935 exactement, revenant sur les rapports existant entre infirmières et médecins, Mademoiselle Chaptal attribuera à celles-ci une fonction plus noble que celle "d'instrument parfait, à portée de la main du médecin", est plus stimulante que celle "d'aide précieuse".

"Entre les médecins et les infirmières, il existe un lien professionnel, qui ne saurait être rompu : l'infirmière n'est rien sans le médecin, ses actes sont entièrement subordonnés aux prescriptions et à l'autorité médicales, l'appui du médecin est indispensable à l'infirmière. D'autre

* ANIDE : Association Nationale des Infirmières Diplômées d'Etat.

(1) CHAPTAL - "Allocution faite à l'Assemblée Générale de l'Association Nationale des Infirmières diplômées de l'Etat Français (in : l'infirmière Française 1929 - Tome VII - p. 219.

part, étant donné l'état actuel de la science et de ses applications multiples, dans la vie, comme dans la prévention, le médecin a, nous osons le dire, besoin de la collaboration de l'infirmière et sans doute se retrouverait-il un peu embarrassé s'il ne pouvait disposer de son concours"(1).

Cette idée que l'infirmière devrait être la collaboratrice et non pas seulement l'auxiliaire du médecin apparaît aussi, souvent, sous la plume des infirmières, encouragées peut-être par les idées de Madame le Docteur Krebs-Japy qui, dès 1924, avait affirmé : "le caractère de cette profession nous semble être de toucher pour une part, et lorsqu'il s'agit du malade, aux attributions humbles des domestiques, tandis que par ailleurs il convient à l'infirmière d'être la collaboratrice intelligente et précieuse du médecin"...(2).

La Soeur M.C... se plaisait à souligner, en 1932, "la valeur importante de l'infirmière, appréciée de plus en plus comme collaboratrice des médecins, dont un bon nombre luttent, il y a peu encore contre leur formation"(3). L'infirmière est-elle l'auxiliaire ou la collaboratrice du médecin ? La polémique est engagée... Dans le langage courant l'auxiliaire est celle qui "aide par son concours", quant à la collaboratrice "elle travaille avec une ou plusieurs personnes à une oeuvre commune", réalisant ainsi, l'objectif, que médecins et infirmières se sont fixés en soignant les malades. Et, pourtant le débat n'a jamais été dépassé, les infirmières ne se sont jamais vraiment considérées comme des collaboratrices du corps médical, celà ne tiendrait-il pas au fait, que des synonymes, parfois péjoratifs tels que, adjoint, second, aide, sont liés au terme de collaborateur ?

Mais les années ont passé, et le Code de la Santé semble rendre illusoire et vaine toute discussion des infirmières sur le sort qui leur est fait. Il ne laisse aux infirmières aucun espoir d'échapper à la grandeur sans doute, mais surtout à la servitude de leur condition.

Et elles en ont bien conscience. Dans leurs relations avec les médecins, les infirmières ont le sentiment très vif (comme le déclarent 1/3 d'entre elles(4) d'être "un instrument", un "accessoire", car en dehors des services de haute spécialisation il n'y a pas de dialogue vrai établi entre médecins et infirmières ; tout en exécutant les soins prescrits,

(1) CHAPTAL : "Assemblée Générale de l'Association Nationale des Infirmières diplômées de l'Etat Français - (in : l'infirmière française 1935 Tome XIII - p. 204).

(2) KREBS-JAPY (Dr) "Quelques réflexions autorisées" (in : l'infirmière française 1924 - Tome I - p. 31).

(3) M.C... (Soeur) "Lettre de Strasbourg" (in : l'infirmière française Tome X - 1932 - p. 262).

(4) Conf. l'enquête de Mme LEVY-LEBOYER.

dehors des services de haute spécialisation il n'y a pas de dialogue vrai établi entre médecins et infirmières ; tout en exécutant les soins prescrits, elles n'en attendent pas moins cependant une collaboration active avec le médecin, car, grâce à leurs contacts permanents avec le malade, elles détiennent des informations et des observations importantes, et espèrent de ce fait un dialogue qui, le plus souvent n'a pas lieu.

Bienheureux encore quand l'infirmière ne sert pas de "bouc émissaire" : c'est elle que "l'interne eng... quand il a reçu des reproches de son patron" ; c'est toujours elle qu'on accuse d'un "oubli ou d'une négligence" ; en fait, l'infirmière n'existe que le jour où elle a commis une faute. Alors là, les médecins la reconnaissent, "ils en parlent", "la critiquent"... ; en dehors de ces faits, ils ne la connaissent pas. Une infirmière nous disait récemment que, travaillant depuis dix ans dans le même service, le "patron" ne connaissait même pas son nom, alors qu'elle l'avait aidé à soigner tant de malades ! Le mécontentement des infirmières en ce qui concerne leur relation avec le corps médical est tel, qu'une infirmière sur cinq dira "qu'il reste le plus mauvais souvenir de leur vie professionnelle"(1).

Certains représentants -des plus distingués- du corps médical n'en sont d'ailleurs, point offusqués. Telle cette réflexion de l'un d'eux recueillie et citée par nos collègues dans un mémoire de l'E.I.E.I.S. "Aucune infirmière n'est autonome, elle dépend du médecin qui seul possède la responsabilité des soins, seul il est autonome devant sa conscience, la morale et la loi. A lui seul incombe la responsabilité première. S'il est vrai que l'infirmière a sa responsabilité propre, c'est une responsabilité seconde, celle de l'exécutante qui n'a pas l'initiative et qui reste "l'auxiliaire" efficace du médecin. Comment les infirmières peuvent-elles envisager d'être "autonomes" pour enseigner les éléments indispensables à l'exercice de leur métier" (2).

Comment ne pas être séduit par ce morceau de bravoure ? Il dégage, sans ambiguïté l'esprit du texte du Code de la Santé :
l'infirmière française n'existe pas sans les prescriptions médicales !

(1) LEVY-LE BOYER op. cit. p. 25.

(2) SALMON (M... Pr)- Faculté de médecine de Marseille. Rapport Nouveau programme des examens d'infirmières 1970 cité par Robert LACAZE J... BOUZERAND G... p. 15.

L'objectivité nous invite à reconnaître que, dans les faits, tous les membres du corps médical ne traitent pas leurs infirmières comme des servantes. Un certain nombre d'entre eux actuellement, les considèrent individuellement ou à l'intérieur de l'équipe soignante - quand il en existe une - comme des collaboratrices dont la fonction est complémentaire de la leur. Mais l'exception n'est pas la règle !

Le plus souvent être infirmière, en France, selon la formule imagée de Mademoiselle Bachelot, c'est être "un appendice du corps médical"(1), une auxiliaire efficace, c'est-à-dire la personne qui prête au médecin le concours de ses jambes et de ses bras "qui exécute - sans initiative - ses prescriptions"(2). Parasite du médecin, l'infirmière n'a, sur le plan de ses activités professionnelles, aucune existence propre.

Cette situation de subordination pour ne pas dire d'aliénation, est encore renforcée pour les infirmières hospitalières par leur relation avec l'administration.

1.2. L'infirmière et l'administration hospitalière

Pas d'hôpital sans infirmières ! Mais qu'est l'infirmière pour l'Administration ? On pourrait être tenté de répondre à cette question en évoquant le fait, savoureux, relaté par Anny Parrot dans son ouvrage sur "l'image de l'infirmière dans la société"(3). Dans le livret d'accueil qu'offrait un grand centre hospitalier Universitaire, aux malades entrant dans ses services, ceux-ci découvraient les différentes unités de soins de l'hôpital, le nom des médecins à leur disposition, le nombre des hôtes... sans un mot sur le personnel infirmier. Oubli significatif, oh combien ! dirait la psychanalyse. Car l'administration hospitalière prend surtout conscience de l'existence des infirmières du fait de leur absence ou de leurs fautes professionnelles. Du fait de leur absence, lorsque par manque d'infirmières, elle ne peut ouvrir des services neufs, ou se trouve contrainte d'en fermer certains, refusant ainsi l'admission de malades qui sont acheminés sur des cliniques privées. Du fait de leurs fautes professionnelles, lorsqu'elle est obligée d'assumer sa responsabilité civile, car l'infirmière hospitalière, qu'elle soit infirmière générale ou responsable d'une unité de soins est - d'après l'article L 797 - "sous la double

(1) BACHELOT (H...) "Le rôle de l'infirmière et son évolution" p. 52.

(2) dixit le Pr Salmon op. cit. cité par Robert Lacaze.

autorité hiérarchique du directeur d'hôpital et du chef de service, particulièrement en ce qui concerne les tâches qui lui sont confiées", (1) ce qui signifie que, "sur le plan de la responsabilité civile, c'est l'Administration hospitalière qui est responsable devant les tribunaux administratifs des fautes de service commises par les membres du personnel hospitalier et notamment par les infirmières dans l'exercice de leurs fonctions, qu'il s'agisse des soins ou de la formation du personnel auxiliaire" (2).

Cela n'empêche pas l'infirmière d'être responsable de ses actes et de "voir sa responsabilité générale engagée en raison de la faute qu'elle commet personnellement en chargeant un agent "du personnel auxiliaire" d'une tâche pour laquelle il n'est pas qualifié (une piqûre, par exemple)" (3).

Responsabilité civile et responsabilité pénale mises à part, l'infirmière dans l'exercice de sa fonction et quel que soit le niveau de son travail (Infirmière Générale et infirmière soignante), n'a au sein de l'hôpital, aucune responsabilité de décisions.

Cependant, "le décret du 11 Avril 1975, en créant le poste d'Infirmier Général ou d'Infirmière Générale dans les établissements comptant au moins 300 à 500 lits et en plaçant l'Infirmier Général sous l'autorité du chef d'Etablissement ou de l'agent des cadres de Direction mandaté à cet effet" (4) définit de la manière suivante sa fonction : "il participe à la gestion des personnels infirmiers, des aides soignants et des agents des services hospitaliers et propose leur affectation en fonction de leurs aptitudes. Il veille particulièrement en liaison avec le corps médical de l'établissement à la qualité des soins infirmiers et participe à la conception, à l'organisation et à l'évolution des services médicaux" (5).

Dès lors, il semblerait que l'Administration Hospitalière prend conscience de la présence des infirmières au sein de l'hôpital et reconnaît le rôle qu'elles ont à y jouer. Mais leur représentativité au sein des instances officielles de gestion de l'hôpital ne peut avoir lieu qu'au niveau de la "Commission médicale Consultative" au sein de laquelle l'in-

(1) LAPORTE (M...) "Des mots pour le dire" (in : Assistance Publique - Actualités n° 12 décembre 1975 p. 5).

(2) LAPORTE idem.

(3) idem, p. 6.

(4) Décret n° 75-245 du 11 Avril 1975.

(5) idem.

firmière générale est habilitée à siéger depuis décembre 1975(1). Cette commission(2), comme son nom l'indique, n'est appelée qu'à émettre des vœux. Espérons dès lors que l'infirmière générale n'émettra pas que des vœux pieux !

Parasite du médecin, sujet docile de l'Administration hospitalière, l'infirmière française n'est finalement qu'un agent d'exécution. Telle est son identité sociale ou mieux son statut, si l'on entend par là, avec Ralph Linton "la place qu'un individu donné occupe dans un système donné, à un moment donné".

Nous touchons ici au destin tragique de l'infirmière : dans la mesure où agent d'exécution, toujours soumise à l'autorité hiérarchique médicale et administrative, elle n'a jamais professionnellement de pouvoir de décision, on peut se demander si elle est, encore, un être humain à part entière ?

Certaines d'entre elles, dans certaines circonstances, sont amenées à transgresser les textes : la formule du Code de la Santé ne semble plus, en effet, correspondre à l'ensemble des activités quotidiennes de toutes les infirmières. Antoinette Chauvenet, par exemple, fait justement remarquer qu'en réanimation "il arrive souvent que les infirmières, aussi bien, d'ailleurs que les aides soignantes soient amenées à pratiquer des gestes thérapeutiques non prescrits par les médecins, l'urgence rendant impossible l'application d'une division stricte du travail"(3). Les initiatives des infirmières varient donc, d'un service à l'autre, ce qui n'est pas d'ailleurs, sans avoir une incidence, sur la place et le rôle des infirmières au sein des équipes soignantes : "sans avoir de spécialisations légales les infirmières de réanimation sont moins mutées que les infirmières de salles. Elles sont beaucoup mieux intégrées dans les services que dans ceux où le travail est routinier, en raison de l'importance, en réanimation du rôle de surveillance du malade"(4).

(1) Décret n° 75-1152 du 9 Décembre 1975 (J.O. du 16.12.75).

(2) Rôle de la commission médicale consultative : "elle est obligatoirement consultée sur le budget, les comptes et sur l'organisation et le fonctionnement des services médicaux" LOI n° 70-13.18 du 31 Décembre 1970 portant réforme hospitalière. Art. 24. Chapitre II.

(3) LINTON (Ralph) - Le fondement culturel de la personnalité - p. 71.

(4) CHAUVENET (Antoinette) - "L'Infirmière hospitalière, technicienne ou travailleuse sociale" p. 1144.

Au contraire, "dans les services de maternité, la place de l'infirmière, au sein de la hiérarchie, est beaucoup moins favorable, limitée en salle par les sages-femmes et dans les sections de prématurés par les puéricultrices. Ici, la nature des activités rend le travail plus routinier, davantage sujet à la planification et, s'il laisse, plus d'autonomie, dans l'accomplissement des tâches, par là même, il tend à vider de son sens la notion d'équipe" (1)

Cet exemple, parmi beaucoup d'autres, a le mérite de montrer que, malgré les apparences et les textes de loi, le débat ouvert par nos collègues, dès les années 20, n'a rien perdu de sa signification et de sa portée. Car, comme le remarquait déjà, avec humour, Mlle FUMEY "l'infirmière doit comprendre le médecin pour être sa collaboratrice intelligente, le suivre sans jamais le précéder et pourtant savoir agir en attendant le médecin, sans nuire au malade"(2).

Que d'ambivalence ! Est-ce là le fait d'une auxiliaire féminine et vertueuse ou d'une collaboratrice informée et responsable ?

Comment souhaiter à la fois que les infirmières soient intelligentes et qu'elles se contentent de savoir "comment" exercer leur profession, sans jamais s'interroger sur le "pourquoi" de leur fonction ?

La réflexion sur les modalités même de cette fonction n'est pas sans soulever de nouveaux problèmes.

2 - L'Infirmière travailleuse spécifique

Lorsque l'infirmière s'interroge, en effet, sur la spécificité de son travail d'exécutante, elle ne peut, là encore, que se référer à la formule du Code de la Santé qui déclare qu'elle "donne habituellement des soins prescrits ou conseillés par un médecin".

Comment ne s'étonnerait-elle pas, d'abord -mais, ce n'est pour le moment qu'une remarque incidente- que le malade, objet de ses soins soit dans cette définition de l'infirmière littéralement escamoté, n'ait qu'une existence allusive. Cette formule, au-delà de l'infirmière, ne traduit-elle pas déjà toute une conception de la médecine ? Mais le temps n'est pas encore venu d'aborder ce problème.

(1) CHAUVENET (A...) op. cit. p. 1145.

(2) FUMEY (Mlle) - Rapport sur les écoles d'infirmières des Hospices Civils - (in : l'infirmière Française Tome III p. 192).

Il est plus important pour l'instant de préciser la signification du terme "soins". Si les mots ont un sens, les soins, dont il est ici question, ne désignent-ils pas les moyens par lesquels on s'efforce de rendre la santé au malade ? "Soigner, n'est-ce pas s'occuper de rétablir la santé de quelqu'un"(1). On soigne des malades, des blessés. Dès lors, l'activité exclusive de l'infirmière centrée sur le malade, n'est-elle pas de l'aider à guérir ? Comment concilier, alors, cette conception de l'infirmière avec les autres activités qu'exerce actuellement nombre d'entre elles, et qui sont axées sur la protection, le maintien, l'amélioration de la santé ? En d'autres termes, soigner quelqu'un est-ce toujours et uniquement réaliser ce qu'a "prescrit" ou "conseillé" un médecin ? La gamme des soins paraît à la fois plus nuancée et plus riche. D'où une nouvelle interrogation. Qu'est l'infirmière ? - Une soignante ? - une garde-malade ? - une technicienne ? - une travailleuse sociale ou une éducatrice sanitaire ?

Par ailleurs, au coeur même de l'hôpital, le souci commun de guérir les malades prend des allures très différentes. L'utilisation de plus en plus importante de la technique entraîne d'un service à un autre, ou plus exactement d'une spécialité à l'autre, de grandes variations dans la manière de donner les soins et, par conséquent, dans le rôle de l'infirmière auprès du malade.

Antoinette Chauvenet dans l'article déjà cité, fait remarquer que le contenu du travail infirmier est, par exemple, très différent en médecine générale et dans les services de réanimation. Dans ces derniers, écrit-elle, "le travail est plus technique, la relation au malade plus limitée, étant donné l'état du malade et l'importance des tâches techniques et de surveillance"(2). Ainsi, "en réanimation, c'est le degré de complexité technique du travail qui est mis en avant, le dialogue avec le malade étant limité"(3). Au contraire, "en médecine générale, c'est l'inverse qui se produit : le temps consacré aux tâches de nursing et au contact avec le

(1) ROBERT (P...) Dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française.

(2) CHAUVENET (A...) op. cit. p. 1.144

(3) CHAUVENET (A...) op. cit. p. 1.145.

malade, est particulièrement important"(1). Et Antoinette Chauvenet de conclure très justement : "pour un même objectif qui est la guérison du malade, selon les spécialités et les maladies, le travail d'infirmier varie beaucoup dans son contenu, entre des interventions très techniques et complexes et un soutien moral continu apporté au malade"(2).

Ainsi, au sein même de l'hôpital, la situation de l'infirmière -en tant que soignante- fait encore problème et conduit à se demander "qu'est-elle" ? - Une spécialiste ? une technicienne ? - ou une aide, un soutien pour le malade ? Ce problème de la spécificité du travail infirmier n'a d'ailleurs pas échappé aux plus lucides de nos collègues qui, dès 1971, dans la "Revue de l'infirmière" s'interrogeant sur l'avenir de la profession d'infirmières, entrevoyaient, alors, pour l'infirmière, trois voies possibles. Ou bien, choisir d'être des techniciennes, en envisageant la possibilité de spécialisations de plus en plus nombreuses ; ou bien, chercher à définir et à développer l'originalité de la spécificité du rôle de l'infirmière dans les relations humaines, ou encore, s'orienter vers un rôle plus large de prévention et de santé publique. A quoi, Catherine Mordacq, faisait remarquer que le choix était peut-être moins entre "Technique et relation" qu'entre "une infirmière exécutrice de tâches en séries, fonctionnaire de la piqûre et du pansement ou responsable de soins centrés sur la personne"(3).

Il n'est donc pas facile de cerner la spécificité du travail de l'infirmière, de dire à partir de la variété de ses tâches "qui" elle est. Sans doute, a-t-elle toujours eu pour fonction de soigner les malades, et c'est encore l'essentiel de son travail. Mais soigner les malades, n'a pas pour toutes les infirmières la même signification : pour les unes, c'est être techniquement efficace ; pour les autres c'est être humainement présente.

Ainsi, la fonction se réalise à travers une pluralité de tâches, parfois communes à toutes les infirmières, parfois très spécifiques,

(1) CHAUVENET (A...) op. cit. p. 1145.

(2) CHAUVENET (A...) op. cit. p. 1145

(3) MORDACQ (C...) "l'avenir de la profession d'infirmières" p. 22.

centrées sur le malade ou sur l'homme sain, sans parler des nombreuses activités annexes qui n'ont bien souvent que de lointains rapports avec la fonction(1).

Nouveau protégée, l'infirmière contemporaine paraît insaisissable.

Ainsi, une réflexion sur la pratique de l'infirmière montre que, son statut officiel, d'agent d'exécution de soins prescrits ou conseillés par les médecins ne recouvre pas toute la réalité : celle-ci, est infiniment plus complexe que ne la reconnaissent la loi et ses défenseurs.

Faudrait-il, encore, que les infirmières ne soient pas les seules à s'en rendre compte. Quel appui peuvent-elles attendre de l'opinion publique ? Comment sont-elles "vécues", "perçues" par la société dans laquelle elles sont insérées et travaillent ?

3 - L'infirmière dans la société

Pour savoir ce que représente l'infirmière dans la société contemporaine, deux voies sont possibles : découvrir l'image que l'on se fait d'elle, et discerner si l'opinion publique serait susceptible de constituer pour elle un potentiel actif de soutien et de défense.

3.1. L'image de l'infirmière

Anny Parrot, dans l'image de l'infirmière dans la société, s'est précisément proposée, de rechercher, s'il existe dans le public, une image de l'infirmière et, de dégager la nature de cette image. Elle a, pour cela, réalisé une étude comparative des opinions exprimées dans deux catégories socio-professionnelles extrêmes, les ouvriers et les membres des professions libérales, en tenant compte des variations d'âge et de sexe. Le résultat de son enquête montre qu'il existe bien, dans le public, une image de l'infirmière constituée à partir "d'une perception des attitudes et du comportement de l'infirmière, née de l'observation des personnes que l'on a vues à son chevet, ou au chevet des siens, mais, aussi d'une

(1) Les servitudes bureaucratiques, par exemple, dont nous parlerons ultérieurement.

représentation liée à des stéréotypes et à des normes"(1). Cette image présente deux composantes, l'une traditionnelle, l'autre plus ouverte.

3.11. L'infirmière semble d'abord surgir des profondeurs du passé. Pour l'opinion publique, c'est en effet par vocation que l'infirmière exerce sa fonction et qu'elle y demeure. Il y a, sur ce point, accord massif des deux milieux sociaux interrogés(2), avec cependant plus d'attachement à cette notion du côté des professions libérales(3). Même son de cloche de la part du public chez Martine et Alain Coudrot : "dans notre civilisation judéo-chrétienne où la religion perd en surface tout intérêt, il est très rassurant, pour certains, de constater qu'il existe encore, malgré tout, des êtres capables de faire don de leur personne, appelés à exercer cette profession par on ne sait trop quelle voix, pendant l'enfance. Ces infirmières sont admirées et respectées. N'exercent-elles pas un sacerdoce ? N'y avait-il pas avec elle des religieuses ?(4) Et bien qu'ils constatent que "les infirmières désirent abandonner les mythes de la vocation", ces auteurs n'en emboîtent pas moins gaillardement le pas, grâce à de curieux amalgames, aux 28 % des futures infirmières de leur enquête qui déclarent qu'elles entrent dans la profession par... vocation !"(5).

Si cet "appel" touche surtout les femmes, c'est que, aux yeux du public, elles présentent -plus que les hommes- les qualités attendues en cas de maladie. On souhaite, en effet, trouver à son chevet, une personne "souriante, gentille, agréable, sympathique, aimable, disponible, douce"(6), bref, une personne offrant un ensemble de qualités qui "visent la femme autant que l'infirmière"(7). Quant aux griefs que le public adresse aux infirmières -tout en les excusant-(8), ils sont essentiellement

(1) PARROT (Anny). "L'image de l'infirmière dans la société" p. 95.

(2) idem.p. 51-52.

(3) idem. p. 62.

(4) COUDROT (Martine et Alain) "L'infirmière face à sa profession" p. 30.

(5) idem. p. 34.

(6)(7) PARROT (A.) op. cit. p. 36.

(8) Il se rend compte de leur surmenage.

de ne pas les découvrir telles qu'il les espérait "elles ne sont pas aimables ; elles sont indifférentes, froides, pas disponibles, pas humaines ; elles sont endurcies, dures, blasées"(1). Reproche, note justement Anny Parrot, qui "fait référence à l'attachement du public aux notions du dévouement et à l'ombre, fixée dans les esprits, de l'image de la "bonne soeur" toujours disponible"(2).

L'image de la fonction demeure donc "féminine" et, si l'on admet que des hommes puissent exercer cette profession, on ne les perçoit pas dans les mêmes activités : "pour résumer la représentation des rôles masculins et féminins dans les soins, on pourrait dire qu'aux yeux du public la priorité reste à l'image de la femme au chevet du malade, l'image de l'homme venant à l'arrière plan pour un rôle technique et des travaux pénibles ainsi épargnés à la femme"(3).

Le public souhaite enfin -et c'est là l'aspect essentiel de ses vues sur le côté technique du travail de l'infirmière- que cette personne maternelle soit une bonne piqueuse : "Il entend que la piqûre soit bien faite, qu'on ne la sente pas" ! et il jugera de la compétence de l'infirmière en fonction de ce critère là !" (4).

Ainsi, "l'accord se fait pour démontrer la primauté des valeurs humaines sur tout le reste"(5). Des valeurs psychologiques et morales, précisons-le. Car, sans méconnaître l'importance de "l'image physique" de l'infirmière, les milieux interrogés ne manifestent pas la même unanimité dans leurs estimations. Les milieux aisés plus que le milieu ouvrier, les hommes plus que les femmes sont sensibles à l'aspect esthétique de l'infirmière, à son allure, à sa présentation, à sa tenue vestimentaire, "la jeunesse et le charme de l'infirmière retrouvent tout à fait leur valeur de stéréotype, lié à l'attrait de l'éternel féminin"(6).

Il existe donc, comme le note Anny Parrot "un traditionalisme net dans la conception qu'ont de celles-ci (les infirmières) les hommes

(1) PARROT(A....] op. cit. p. 41-42. .

(2) idem p. 44.

(3) idem p. 74-75.

(4) idem p. 39.

(5) idem p. 40.

(6) idem p. 33.

et les femmes des diverses couches sociales. Le rôle maternel, la vocation, les qualités requises prennent toute l'importance ; l'aspect technique semble pour tous une évidence, dont il n'est guère besoin de parler, sinon pour citer la piquûre"(1).

Le plus frappant -et le plus traditionnel- dans cette "image romantique et romancée de l'infirmière, penchée avec sollicitude sur "son" malade, affrontant à la fois toute la douceur d'une présence féminine et l'agressivité d'une seringue"(2) est qu'elle se rapporte toujours à l'infirmière en relation avec un malade dans une clinique ou un hôpital.

3.12. Et pourtant, il y a dans l'image que le public se fait de l'infirmière des éléments plus nuancés et plus prospectifs.

Le public, par exemple, n'est pas sans différencier spontanément les secteurs d'activités de l'infirmière : Infirmière d'hôpital, de clinique, d'usine, de soins à domicile... et il "pense que l'image sera variable d'un secteur à l'autre, ce qui, à ses yeux, est un signe de l'évolution du temps et de la profession"(3). Il croit, par exemple, que l'attitude de l'infirmière face au malade et sa façon d'accomplir sa tâche ne sera pas la même à domicile qu'à l'hôpital. Il devine que, si le travail à domicile peut favoriser les relations de face à face avec le malade ou sa famille, il peut, en un sens, inverser le rapport de dépendance traditionnelle du malade à l'égard de l'infirmière. Dans la mesure où le malade devient un "Hôte", l'infirmière ne risque-t-elle pas de devenir "sa propriété" ?

Le public n'est pas non plus sans réaliser la laïcisation de la profession et la nécessité "de normaliser la vie de l'infirmière, en la considérant comme une femme au travail au même titre que les autres et parmi tant d'autres"(4). Car, il est très conscient que "ce beau métier, épanouissant pour une femme"-, expression qui agace certaines infirmières-

(1) PARROT (A...) p. 13.

(2) idem p. 9 et 10.

(3) idem p. 32.

(4) idem p. 95-96.

et on le comprend- est en fait pénible, difficilement compatible, du fait de ses horaires, avec une vie familiale, et mal rémunéré(1).

Cette ouverture porte, cependant, davantage, sur la profession que sur l'image de l'infirmière. Et, les activités nouvelles de l'infirmière, hors de la clinique ou de l'hôpital, -bien que connues dans le public- n'ont pas encore assez de prégnance pour modifier l'image traditionnelle de l'infirmière hospitalière qui restera longtemps encore le "baromètre" de la profession(2).

Quel secours, dans ces conditions, les infirmières peuvent-elles attendre de l'opinion publique ?

3.2. L'impact social de l'infirmière.

L'image que le public se fait des infirmières, ne paraît pas constituer une motivation suffisante pour mobiliser les foules en leur faveur.

Cette image, trop souvent, vieillotte, édulcorée, reflète mal les multiples aspects des activités et des rôles de l'infirmière moderne. Au siècle de l'émancipation de la femme et de son insertion nécessaire dans la technique, les infirmières elles-mêmes, récusent, à juste titre, cette image d'une féminité bigote que leur renvoie encore, trop fréquemment, le miroir public.

Et puis, cette image serait-elle plus objective, elle ne suffirait pas, dans le contexte actuel, à soulever l'opinion, étant donné le manque de prestige de la fonction. L'attitude de la classe aisée est sur ce point révélatrice. Dans l'enquête effectuée par Anny Parrot, aucun des membres des professions libérales interrogés n'aimerait être infirmier. Une petite minorité, seulement, accepterait de voir un être cher entrer dans cette profession. Attitude compréhensible : les membres des professions libérales ne comparent-ils pas la situation sociale de l'infirmière

(1) Voir à ce sujet A. Parrot op. cit. p. 50 à 52.

(2) PARROT (A...) - op. cit. p. 87.

à celle d'une secrétaire ou d'une institutrice !(1). Quant aux ouvriers, si, la moitié seulement d'entre eux, envisage la possibilité de s'orienter vers le service infirmier, ils seraient plus disposés à laisser entrer dans la profession quelqu'un qui leur est cher car, pour eux, elle a plus de prestige : ne comparent-ils pas la situation sociale de l'infirmière avec celle du médecin ! Ces prises de position reflètent bien la mentalité des deux groupes socio-professionnels. Les ouvriers pensent, surtout, "au contenu du travail et à l'influence sociale des personnes..." (2), quand "ils font des comparaisons et commentent leurs réponses, c'est, une fois encore, la notion de service et de responsabilité qui les détermine"(3). Au contraire, les professions libérales s'orientent vers les notions de statut social, de hiérarchie, de niveau de considération(4).

Le manque de considération est, en effet, l'un des motifs profonds du mécontentement des infirmières, sur le plan moral. Mécontentement, nous l'avons vu, à l'égard des médecins ou de l'administration qui les utilisent trop souvent comme de petites mécaniques corvéables à merci. Mécontentement, aussi, à l'égard des malades, de leurs familles et du public, toujours heureux de les trouver en cas d'urgence pour ne plus s'en souvenir, la quiétude retrouvée. Catherine Mordacq parle de l'impersonnalité des infirmières. "Il est frappant de remarquer, écrit-elle, que la seule infirmière dont les malades et les médecins sachent le nom est la surveillante"(5) ; elle déplore, en outre, "que la répartition du travail par séries renforce cet anonymat"(6), "les infirmières sont aussi anonymes et interchangeable que les malades et cela rejaillit sur eux"(7). Ce thème de l'insatisfaction professionnelle réapparaît encore comme un leit motif dans les écrits des infirmières où les études faites sur elles. Catherine et Georges Mathé le constatent eux aussi : "particulièrement important nous apparaît enfin le fait que le métier d'infirmière ne reçoive pas la considération qu'il mérite"(8). Bienheureux encore, lorsque le public ne décharge pas sur l'infirmière l'agressivité refoulée à l'égard du médecin qui, n'a pas pu, ou voulu, instaurer un dialogue avec son malade !

(1) Voir à ce sujet A. Parrot op. cit. p. 54 à 59.

(2) PARROT(A...) op. cit. p. 57.

(3) idem p. 58.

(4) Résultats détaillés de l'enquête p. 54 à 59.

(5) MORDACQ (C...)- Pourquoi des infirmières ? op. cit. p. 34.

(6)(7) idem p. 34.

(8) MATHE (C. et G.)- La santé est-elle au-dessus de nos moyens. p. 141.

L'impact social de l'infirmière est donc très réduit. Le public s'intéresse, sociologiquement, peu à elles et il est plus près à s'insurger contre elles, lorsqu'elles se mettent en grève, qu'à prendre la défense de leurs intérêts.

Etre infirmière, en France, c'est être victime à la fois du foisonnement de stéréotypes en partie périmés et du vide du consensus social !

Ainsi, que l'on cherche à définir le statut de l'infirmière, la spécificité de sa fonction, son image dans le public, où son impact social les résultats sont des plus décevants. Ne se heurte-t-on pas dans tous ces domaines, à un permanent décalage entre l'exprimé et le vécu, l'imaginé et le réalisé ! S'il est difficile, en dernière analyse, de dégager "l'essence de l'infirmière", peut-on plus aisément la caractériser comme corps de métier ?

4 - La profession d'infirmière

Les infirmières -et nous-mêmes n'échappons pas à la règle- parlent volontiers de leur "profession" ou de "leurs activités professionnelles". Mais y-a-t-il vraiment une profession infirmière ?

L'étude de ce problème relève de la sociologie - Emile Durkheim recommandait, dans l'observation des faits sociaux, "d'écarter systématiquement toutes les prénotions"(1). Il faut, précisait-il, que "le sociologue soit au moment où il détermine l'objet de ses recherches, soit dans le cours de ses démonstrations, s'interdise résolument l'emploi de ces concepts qui se sont formés, en dehors de la science et, pour des besoins qui n'ont rien de scientifique. Il faut qu'il s'affranchisse de ces fausses évidences qui dominent l'esprit du vulgaire, qu'il secoue une fois pour toutes, le joug de ces catégories empiriques qu'une longue accoutumance finit souvent par rendre tyranniques"(2). Il est donc nécessaire, de partir de l'observation

(1) DURKHEIM (Emile)- Les règles de la méthode sociologique- p. 31.

(2) DURKHEIM (Emile)- op. cit. p. 32.

directe de la réalité sociale(1).Ce qui ne veut pas dire que la découverte du fait sociologique se réalise, au niveau de l'expérience première, car, l'expérience première, "ou plus exactement l'observation première est toujours un premier obstacle pour la culture scientifique"(2) remarque Gaston Bachelard. Le fait sociologique n'est jamais l'objet d'un constat, mais, le fruit d'une recherche et d'une construction.

Or, en ce qui concerne "la profession", il ne semble pas que la sociologie française ait procédé à une élaboration scientifique de cette réalité sociale. Geneviève Latreille, le signalait, déjà, en 1971 : ni les dictionnaires ni les nomenclatures d'emplois, ni même, bien des sociologues, ne donnent des lumières satisfaisantes sur les problèmes complexes que soulève la question : "qu'est-ce qu'une profession" ?(3). Et, en 1973, Jean-Michel Chapoulie, dans un article où il se propose "de construire les principes de base de l'étude sociologique d'un corps professionnel comme les enseignants"(4) constate que "la rareté des recherches sur les corps professionnels en France, impose pratiquement de recourir aux travaux anglo-saxons sur le sujet"(5). Encore faut-il, ajoute-t-il, "s'interroger sur le bien fondé des analyses sociologiques existantes des corps professionnels qui servent, presque toujours, de paradigmes aux études sur le corps enseignant"(6), car, précise-t-il, "des recherches récentes sur des groupes professionnels américains ou français témoignent d'ailleurs d'une mise en question assez générale des modèles d'analyses jusque-là les plus fréquemment pratiqués"(7).

Loin de nous la prétention de jouer au sociologue !

Nous souhaitons, seulement, présenter quelques réflexions sur le problème qui nous préoccupe : peut-on parler d'une profession d'infirmière ?

(1) DURKHEIM (E...) p. 15 et suivantes.

(2) BACHELARD (Gaston) - La formation de l'esprit scientifique. p. 19.

(3) LATREILLE (G...) - "Une profession qui se cherche" p. 5 à 14

(4) CHAPOULIE (J.Michel) - "Sur l'analyse sociologique des groupes professionnels" p. 87.

(5) CHAPOULIE (J.Michel) - op. cit. p. 90. Note 9.

(6) CHAPOULIE (J.Michel) - op. cit. p. 86.

(7) idem. p. 87.

4.1. Approche de la notion de profession

Si, l'on se réfère d'abord, aux réactions du sens commun, la question peut paraître saugrenue. Les infirmières n'utilisent-elles pas spontanément le terme de profession pour caractériser leur activité(1). L'Administration, les textes officiels - à l'exemple de l'article 473 du Code de la Santé Publique- ne parlent-ils de la profession de l'infirmière? De fait, si l'on entend par profession "une occupation déterminée dont on peut tirer des moyens d'existence qu'elle soit un métier, une fonction, un état"(2) il est incontestable que, les infirmières exercent une profession. Mais, cette première approche ne tombe-t-elle pas sous le coup de la mise en garde d'Emile Durkheim ? Car, si toute profession est métier, tout métier, inversement, est-il profession ? Le concept de profession n'implique-t-il pas d'autres connotations ?

Certains sociologues le pensent, notamment PARSONS, MERTON et leurs élèves aux Etats-Unis, qui, partisans de la théorie fonctionnaliste tentent de dégager le "processus général de professionnalisation"(3). L'objectif de ces sociologues est de constituer une théorie générale des professions. Ils postulent pour cela que "l'existence d'un stéréotype social largement diffusé, d'associations professionnelles représentatives jouant, même si elles s'en défendent, un rôle sur la scène politique, d'idéologies spécifiques et de règles de conduite parfois codifiées, justifie en elle-même l'étude de professions comme réalisation plus ou moins parfaite d'un même objet théorique, souvent qualifié... de "type idéal" des professions(4). Il s'agit donc, d'abord, de construire ce "type idéal" des professions, puis, de lui confronter les réalités de la pratique quotidienne, les corps professionnels. Pour établir, le "type idéal" des professions, nos sociologues partent de l'analyse des fonctions sociales objectivement remplis "par les professions établies" c'est-à-dire "par les métiers (médecine, barreau...) qui ont développé un ensemble de caractéristiques spécifiques, monopole d'exercice de certaines fonctions, contrôle

(1) Dans l'enquête de J. Lacaze et G. Bouzerand... par ex. ; 70 % des Infirmières interrogées utilisent exclusivement ce terme pour désigner leur activité op. cit. p. 41.

(2) Définition donnée par Robert - Dictionnaire Français.

(3) CHAPOULIE (J.M...) op. cit. p. 91. La professionnalisation désigne : "le processus selon lequel un corps de métier tend à s'organiser sur le modèle des professions établies" confér. CHAPOULIE J.M. p. 89.

(4) CHAPOULIE (J.M...) op. cit. p. 88.

des praticiens par leurs pairs etc...".(1)

Les professions occupent, en effet, dans la structure sociale une position "interstitielle" : elles accomplissent des tâches typiques dans "l'intérêt général" et le "désintéressement institutionnel". Médiations entre besoins individuels et nécessités fonctionnelles, "neutres" vis à vis des différentes classes sociales auxquelles elles offrent les mêmes services, les professions contribuent ainsi à une certaine régulation qui favorise le bon fonctionnement de la Société.

Une profession suppose, toujours, une compétence techniquement et scientifiquement fondée, l'acceptation et la mise en pratique d'un cadre éthique réglant l'exercice de l'activité professionnelle. Outre ces deux caractéristiques essentielles -tenues pour les causes efficientes de la professionnalisation- le type idéal des professions comportent les propriétés suivantes :

"1- Le droit d'exercer suppose une formation professionnelle longue, délivrée dans des établissements spécialisés.

2- Le contrôle des activités professionnelles est effectué par l'ensemble des collègues, seuls compétents pour effectuer un contrôle technique et éthique. La profession règle donc, à la fois, la formation professionnelle, l'entrée dans le métier et l'exercice de celui-ci.

3- Le contrôle est généralement reconnu légalement et organisé sous des formes qui font l'objet d'un accord entre la profession et les autorités légales.

4- Les professions constituent des communautés réelles dans la mesure où, exerçant leur activité à plein temps, n'abandonnant leur métier qu'exceptionnellement au cours de leur existence active, leurs membres partagent des "identités" et des intérêts spécifiques.

5- Les revenus, le prestige, le pouvoir des membres, des professions sont élevés : en un mot, ils appartiennent aux fractions supérieures des classes moyennes".(2).

(1) CHAPOULIE J.M. op. cit. p.89 .

(2) Idem. p. 93.

Cette détermination des caractéristiques spécifiques de la profession permet alors, d'établir, une nette distinction, entre les professions établies et les semi-professions "c'est-à-dire des groupes professionnels qui, comme les instituteurs, les infirmières, ou les travailleurs sociaux, ne sont, selon les études fonctionnalistes, que des réalisations très imparfaites du type idéal des professions"(1). Dans ces activités "dont les seuls caractères communs sont un statut social moyen et le fait de ne pas être des professions libérales... une fraction politiquement active, cherche à promouvoir auprès de leurs collègues et surtout auprès des pouvoirs établis un mode d'organisation voisin de celui des professions établies..."(2).

Dans cette optique, les infirmières ne constituent donc qu'une semi-profession, dans la mesure où elles ne possèdent pas l'ensemble des caractères du type idéal professionnel. Elles n'en revendiquent pas moins -avec d'autres groupes professionnels-, le statut "de profession établie". En effet, "dès le début du siècle et encore plus nettement à partir de 1945, de très nombreux groupes professionnels ont prétendu à un statut analogue à celui des professions établies et, pour justifier cette prétention, constituèrent des institutions semblables à celles du corps médical. Ainsi, infirmières, kinésithérapeutes, psychologues, travailleurs sociaux, instituteurs, bibliothécaires... se regroupèrent dans des associations professionnelles, rédigèrent des codes de déontologie et essayèrent d'obtenir une reconnaissance de ces institutions"(3).

Etait-ce une bonne technique ? La perspective fonctionnaliste, dans la mesure où elle constitue "le redoublement en langage savant du modèle professionnel et non la théorie générale d'un objet scientifique"(4), semble bien devoir être remise en cause. La conclusion de l'étude qu'elle fait de la profession, n'est, finalement, pas tellement éloignée de la seconde définition du dictionnaire de Paul Robert : "Profession = métier qui a un certain prestige par son caractère intellectuel, artistique, par

(1)(2) CHAPOULIE (J.M.) op. cit. p. 97.

(3) idem. p. 99.

(4) idem. p. 98-99.

la position sociale de ceux qui l'exercent"(1).

Pas plus que les semi-professions, les professions établies elles-mêmes ne s'approchent d'ailleurs du type idéal. En médecine, par exemple, "les contrôles techniques et éthiques réellement exercés dans une clinique, par l'ensemble des médecins sur les activités de chaque praticien sont très faibles"(2). Quant à la "neutralité" sociale de la médecine, elle est toute relative : "les médecins s'ajustent aux demandes de leurs clients -demandes différenciées selon les classes sociales- et les pratiques médicales varient en fonction de la position occupée dans la communauté professionnelle structurée par la hiérarchie des fonctions hospitalières"(3). Ne parle-t-on pas, d'ailleurs, d'un médecin de classe, de la "médecine du capital" ? Quant à interpréter les groupes professionnels comme des communautés, "n'est-ce pas se dispenser d'étudier les formes spécifiques de leur intégration et de leur différenciation"(4).

D'une manière générale, le modèle fonctionnaliste, en décrivant la situation des professions établies, "quand les praticiens salariés étaient l'exception"(5), se révèle parfaitement inadapté à une bonne discrimination des corps professionnels.

Et puis la démarche fonctionnaliste n'est-elle pas, au départ, viciée puisqu'elle cherche à étudier les corps professionnels en s'appuyant sur les caractéristiques typiques de professions établies qu'ils ne possèdent pas ?

Il semble donc, ou, qu'il faille abandonner le concept de profession, comme résidu des sociétés libérales, renvoyant à une réalité sociale d'un autre âge, ou, qu'il faille "construire d'autres modèles théoriques pour rendre compte des formes d'existence des groupes professionnels"(6). C'est l'objectif de Jean-Michel Chapoulie.

Dès lors, en l'absence d'un outil conceptuel opératoire, permettant une approche sociologique des groupes professionnels courants -et en particulier de celui des infirmières- il nous reste -à nos risques et

(1) ROBERT (Paul) Dictionnaire op. cit.

(2) CHAPOULIE (J.M.) op. cit. p. 93.

(3) idem. p. 93.

(4) idem. p. 94.

(5) idem. p. 95.

(6) idem. p. 98.

périls- à chercher, à quelles conditions, on peut actuellement parler d'une profession et si ces conditions sont réalisées chez les infirmières.

4.2. A la recherche des conditions d'existence d'une profession.

Une profession s'enracine, toujours, dans la pratique d'une activité. Elle réunit et unit l'ensemble des personnes qui, auprès d'une population assurent un service spécifique bien défini. Elle constitue leur structure de groupe.

La profession ne peut plus être liée exclusivement à l'exercice d'une fonction à dominante intellectuelle = médecine, enseignement, défense des droits. Le "savoir professionnel" n'est plus uniquement théorique et scientifique. Reflet, de la conception du travail, dans la classe bourgeoise cette vue intellectualiste de la profession est trop restrictive et méconnaît l'évolution des conditions du travail dans le monde contemporain.

Il n'est pas davantage possible, de lier la profession à la pratique indépendante d'un métier, mettant en relation un praticien et un client, qui se reconnaît du service rendu en réglant "des honoraires". Dans la plupart des "professions établies" elles-mêmes, le praticien est en relation avec des collectivités -publiques ou privées- qui en échange de ses services lui versent un salaire.

La profession, n'est donc plus l'apanage des travailleurs "libéraux", c'est-à-dire des membres de la classe dominante. Les transformations considérables du travail moderne permettent, à d'autres corps de métier, de constituer une profession. Ce qui ne signifie pas, d'ailleurs, qu'ils le peuvent tous !

Toute profession possède, en effet, une organisation officielle(1). Elle suppose, d'abord, chez ceux qui l'exercent une compétence scientifique et technique précise, qui, ne peut être acquise qu'au cours d'une formation

(1) Une organisation est "une collectivité instituée en vue d'objectifs définis tels que l'éducation, la formation des hommes, la production de la distribution des biens" de G. LAPASSADE. Groupes - Organisations - Institutions - Gauthier-Villars.
Paris 1967 p. 202

professionnelle longue, délivrée par des pairs dans des établissements spécialisés, sanctionnée par des procédures institutionalisées (examens, diplômes) qui confèrent un statut social, des responsabilités spécifiques et ouvrant une carrière.

Car, et c'est là un autre aspect de la profession : on peut "y faire carrière", la qualité du travail accompli donnant naissance au sein de la profession, à des promotions.

L'exercice d'une profession suppose, enfin, le plus souvent, l'acceptation et la mise en pratique d'un code éthique réglant l'exercice de l'activité professionnelle et dont les sources et les modalités peuvent varier d'une profession à l'autre.

Cette mise en évidence du caractère institutionnel de la profession, introduit une limite dans le champ d'extension du concept. Comment certains représentants de la classe ouvrière -les O.S. par exemple- pourraient-ils, dans l'état actuel des choses, former une profession ? Un caractère "institué" ne suffit pas cependant à définir une profession. Il faut surtout que l'aspect officiel de l'organisation soit accepté, contesté, amélioré, en un mot, assumé par tous ceux qui exercent le même métier et se reconnaissent comme un ensemble homogène. Il n'y a pas de profession sans une prise en charge de la profession, par elle-même, qui lui donne une cohérence interne et une certaine autonomie.

Une organisation professionnelle regroupe, en effet, non seulement tous ceux qui exercent le même métier, mais les différentes associations que fait inévitablement éclore une communauté d'intérêts et de préoccupations.

Il s'agit ensuite -au-delà des particularismes- de réaliser un accord sur les objectifs, les conditions d'exercice, l'éthique professionnelle et de les repenser continuellement, en fonction de l'évolution des sociétés.

Une profession se présente donc, comme une totalité organique et autonome qui se développe selon une double dimension diachronique et synchronique. Diachronique, car elle a une histoire qui l'a fait, ce qu'elle est. Synchronique, car elle doit, pour échapper à l'emprise sclérosante du passé et de la tradition, inventer, à chaque instant, son avenir.

Cette existence propre lui permet d'être en rapport constant non seulement, avec la société ou les autres groupes professionnels, mais, avec les administrations de tutelle et, dans certains cas, les pouvoirs publics, pour défendre, en dehors, des organisations syndicales, ses points de vue et ses intérêts.

Faut-il encore qu'elle rencontre l'accord de tous !

Car, -et c'est un dernier aspect très important de la profession- une organisation professionnelle n'a d'existence et de consistance que, si elle est reconnue et souhaitée par le public. Une profession doit, en effet, répondre à des besoins, à des attentes. Les valeurs, les objectifs, les attitudes qu'elle définit et qu'elle cherche à réaliser, n'ont de sens et de vie que s'ils rencontrent "un certain consensus de l'ensemble social et des "organes sociaux" préexistants"(1). Ce consensus s'accompagne en général, de multiples images ou stéréotypes, qui constituent les répliques du groupe social à l'existence et aux actions des groupes professionnels.

4.3. Si telle est la profession, peut-on parler de profession chez les infirmières ?

Apparemment, oui. Car, nous l'avons vu, les infirmières françaises ont une longue histoire et, du jour où leur profession a été officiellement et légalement reconnue(2), dès octobre 1923, elles ont créé une association : l'Association Nationale des infirmiers et infirmières diplômées de l'Etat Français (A.N.I.D.E.F.). Malgré la variété de leur origine sociale et de leur cadre de formation, elles constituèrent, au départ, un groupe relativement homogène. Leur homogénéité et leur compétence sont assurées, au delà de leurs intérêts communs, par une formation intellectuelle et technique relativement longue, réalisée dans des établissements spécifiques mais pas assurée, en totalité, par des pairs ; puisqu'une partie de l'enseignement est confié à des médecins, des administrateurs et des psychologues d'où, les difficultés rencontrées, par les infirmières enseignantes, pour réaliser un

(1) G. LATREILLE "Une profession qui se cherche" p. 7.

(2) 1922 - Création du Diplôme d'Etat.

accord, sur les grandes orientations et les objectifs à définir quant à la nature de la formation à donner aux infirmières.

Cette dépendance se retrouve, en outre, au niveau de l'examen final : le diplôme d'Etat, où, la présidence du Jury est assurée par un Médecin Inspecteur Régional de la Santé et où le corps médical occupe, dans la correction des épreuves écrites notamment, une place identique aux professionnelles.

Cette situation s'avère sclérosante, car, elle empêche les infirmières de repenser, d'inventer, de créer de nouveaux modes de fonctionnement, de nouveaux territoires de compétence, en un mot, d'élargir leur formation.

Dans le service public, certaines d'entre elles peuvent "faire carrière", en étant successivement infirmière soignante, surveillante, infirmière générale ou en se spécialisant, ou encore, en devenant monitrice puis Directrice d'Ecoles d'Infirmières. Elles n'ont cessé d'oeuvrer à la construction de leur profession et luttent, à côté des syndicats, constamment, pour l'amélioration des conditions d'exercice de leur profession. Elles peuvent, en esprit et en fait, adopter le Code International d'éthique et de déontologie professionnelle de l'infirmière mis au point par le Conseil International des infirmières.

Malheureusement, cet immense effort ne porte pas les fruits que devraient légitimement recueillir les infirmières : la profession bénéficie en France, d'une autonomie illusoire et d'un consensus dérisoire.

D'une autonomie illusoire, car, si l'on entend par autonomie la capacité de fixer soi-même les principes ou les règles de sa conduite, les infirmières n'ont pas plus de pouvoirs de décision comme groupe professionnel qu'elles n'en disposent comme individus dans l'application de leurs activités. Appendice du corps médical, pions sur l'échiquier administratif, elles restent, au niveau des instances officielles où elles représentent leurs collègues, des agents d'exécution des décisions qui, relatives à leur avenir professionnel, sont prises, parfois, malgré elles. Car rien n'est peut-être plus significatif -et plus navrant- que l'histoire de leur représentativité au sein des organismes officiels. Que nous sommes loin de l'époque où Mlle Chaptal dialoguait avec le Ministre de l'organisation de la profession ! Progressivement, comme nous l'avons d'ailleurs déjà indiqué,

l'Administration -consciemment ou non, qui le sait ?, mais le résultat n'est-il pas le même ? - a fait de sorte que les infirmières dans les organismes où l'on discute de leur profession soient minoritaires et... sans pouvoir. On comprend, dès lors, pourquoi cette absence d'autonomie au niveau de la décision se répercute inévitablement, comme nous l'avons montré, dans la préparation et le travail même, où les infirmières n'ont qu'un rôle secondaire.

Dès lors, comment parler de profession, lorsqu'un groupe professionnel, si bien organisé soit-il, ne connaît d'autre mode d'existence que la tutelle ?

Quant au consensus, il est disions-nous, dérisoire, malgré le foisonnement des stéréotypes. Si l'existence et la vitalité d'une profession étaient proportionnelles au nombre des stéréotypes qu'elle suscite, nous ne devrions avoir aucune inquiétude sur la nôtre. Toute l'histoire de l'infirmière n'en est-elle pas jalonnée ? Relativement, élogieux lorsque l'on se représente les infirmières comme des bonnes soeurs, jouant au petit médecin par vocation, plus acerbes, quand elles deviennent des filles en mal de mari, des vieilles filles ou des nonnes entrées dans le métier par carence intellectuelle ou morale. Comment un consensus favorable pourrait-il naître d'opinions si peu flatteuses !

Nous sommes loin de l'époque où les religieuses bénéficiaient d'un consensus social indiscutable : actuellement les infirmières civiles ne bénéficient pas d'un consensus de même qualité. La preuve nous en est donnée : lorsque le personnel infirmier utilise, comme tout salarié, son droit de grève, il est toujours impopulaire déclenchant la réprobation indignée voire l'iré du corps médical, des administrations hospitalières... et du grand public.

La raison de cette faiblesse, du consensus social à l'égard des infirmières paraît liée au fait que, à travers la variété des infirmières et la multiplicité de leurs rôles, le public n'a qu'une idée très vague du service spécifique qu'elles assurent, mais comment pourrait-il en être différemment puisque les intéressées, elles-mêmes, n'en ont pas une idée claire et distincte ?

Et pourtant, à partir du moment où, en dehors des soins prescrits et conseillés par le médecin, et grâce à sa permanence à l'hôpital, à l'usine,

à l'école, dans le quartier et... dans la vie, l'infirmière est capable d'analyser et d'identifier l'ensemble des besoins en matière de soins de prévention et de santé d'un être humain ou d'une population définie ; de donner des conseils et de proposer ou d'apporter, soit au niveau individuel, soit au niveau collectif, dans le cadre d'un travail en interdisciplinarité, les réponses les mieux adaptées ; ne pourrait-on pas, dès lors, parler du rôle spécifique de l'infirmière ?

Tant que les infirmières n'auront pas conscience de ce rôle spécifique, il paraît difficile de parler d'une profession d'infirmière. Anny Parrot note à ce propos, excellemment, la situation de l'infirmière française :

"De façon générale, en France, il apparaît actuellement que l'infirmière a davantage une conscience individuelle de sa fonction qu'une conscience collective de son groupe socio-professionnel. Il est rare de la voir déployer un zèle très ardent pour des groupements ou des associations professionnelles, car, elle fuit volontiers le milieu dans lequel la plonge son travail quotidien. Mais, d'une manière implicite elle est probablement bien convaincue d'appartenir à un groupe nettement déterminé, qui a ses caractéristiques propres, et qu'elle imagine assez vaste, mais dont elle ignore toutefois l'importance exacte.

S'il lui fallait caractériser le groupe auquel elle appartient, elle dirait d'emblée qu'il est indispensable à la société mais qu'il n'est pas, pour autant, connu et reconnu par cette société. Mais elle préciserait, sans doute, aussitôt, ce qui compte pour elle, en réalité : l'intérêt qu'elle éprouve à soigner ceux qui ont besoin d'elle, l'attrait qu'elle trouve à participer à un travail en équipe, le désir de pouvoir mener, par ailleurs, une vie normale de femme, avec un foyer et des loisirs"(1).

- oOo -

Au terme de cette analyse qui se proposait de cerner la situation de l'infirmière, quel portrait pouvons-nous brosser de l'infirmière française ?

(1) PARROT (Anny) - op. cit. p. 12.

Travailleuse para-médicale, l'infirmière française, quelles que soient ses activités, est légalement une soignante "mineure" : prise entre les aspects techniques et humains de son travail qu'elle ne parvient pas toujours à harmoniser, elle se borne à exécuter des prescriptions médicales centrées sur la guérison d'un patient. Et le public, si exigeant à son égard quand il a besoin d'elle et si vite oublieux quand l'urgence est passé, ne s'y trompe pas. L'image qu'il lui renvoie est celle d'une ombre : l'ombre du médecin. Dans la position "interstitielle" qu'elle occupe dans la société, au sein des professions de santé, l'infirmière française n'a pas d'existence autonome : elle est utilisée sans être reconnue. Comment, dans cette situation de dépendance, pourrait-elle espérer l'envol de son organisation professionnelle ?

Et pourtant, nous l'avons vu, les conditions de cet envol ne manquent pas. Munies d'un diplôme succédant à une formation qui leur ouvre légalement l'exercice d'une profession dans laquelle il est possible de faire carrière, les infirmières qui constituent le groupe professionnel le plus important des professions de santé, ont su poser les bases d'une organisation professionnelle que la plupart d'entre elles voudraient plus florissante et agissante. D'autant plus que le champ de leurs activités n'a jamais été aussi étendu et qu'elles sont obligées -par nécessité- de dépasser les conditions légales de l'exercice de leur profession en faisant preuve d'initiatives et en assumant des responsabilités imprévues dans leur fonction de soignante ou d'éducatrice sanitaire.

D'où viennent donc les difficultés qu'elles éprouvent à se faire reconnaître ? Pourquoi sont-elles si injustement méconnues ?

CHAPITRE II

LES RAISONS DE LA SITUATION ACTUELLE DE L'INFIRMIERE FRANCAISE

Parvenue à ce point de notre étude, il nous faut maintenant tenter d'expliquer et de comprendre pourquoi l'infirmière française, bien qu'ayant un statut de soignante, se trouve toujours, dans l'exercice de sa profession, en une situation de servitude qui la dévalorise.

1 - L'étroitesse des finalités

Cette situation nous paraît être, la conséquence inévitable, de l'étroitesse des finalités de sa fonction au coeur de la situation thérapeutique.

Du regard jeté sur le passé proche et lointain du personnel infirmier une constante se dégage : le travail de l'infirmier ou de l'infirmière s'est, pendant très longtemps, déployé au sein d'une situation thérapeutique créée par la maladie et orientée vers la guérison. Or, cette situation met en présence trois personnes : le malade, le médecin, l'infirmière. Le malade ne connaît que sa souffrance, le médecin dépiste, diagnostique, instaure un traitement de la maladie. L'infirmière ou l'infirmier soigne le malade, c'est-à-dire applique scrupuleusement les conseils du médecin qui doivent lui permettre de retrouver santé et sécurité. Le savoir introduit entre ces trois personnes un clivage ; le malade est, au sens étymologique, le patient : il s'abandonne au médecin. Le médecin est le praticien qui, compte-tenu de sa compétence et de son efficacité, attend de son patient la confiance et des infirmières ou infirmiers une effective et efficiente docilité. Quant au personnel infirmier, il lui reste à répondre, le mieux possible, aux besoins du malade, aux exigences du médecin sans que soient toujours définis avec précision les objectifs de son travail.

Ainsi la situation thérapeutique projetée en figure de proue et, par la même, valorise le médecin. Elle instaure entre lui et le personnel infirmier une relation hiérarchique de supérieur à inférieur qui inscrit au coeur de l'action thérapeutique la dépendance et la soumission du personnel infirmier.

Dans l'antiquité, il est difficile, nous l'avons vu, de mettre en évidence cette structure ternaire. La fonction du personnel infirmier était mal définie et, de toute manière, son rôle semble si peu important qu'on en parle guère. Dans une société où les femmes étaient socialement

peu considérées, leur fonction se bornait à apporter aux malades de leur famille soutien et réconfort ; les soins infirmiers étaient assurés par des hommes "qui devaient suivre strictement et infatigablement les instructions du médecin".

Le personnel infirmier -comme groupe social- entre vraiment dans l'histoire avec le christianisme et les ordres religieux hospitaliers. A l'époque où le souci des âmes avait une importance aussi grande que le soin des corps, l'esprit de charité transfigurait les tâches les plus humbles des frères et des soeurs, et leur donnait un sens. La préoccupation du salut, jointe aux attentions portées à la maladie, invitait à se pencher sur la personne du malade : la polyvalence du personnel soignant donnait alors, à la fonction une dimension originale. Ce fut là, à travers les aléas de son histoire et les insuffisances de sa formation, la part inaliénable du personnel religieux hospitalier. Et, il faut bien que ce rôle de garde-malade dévoué, de soutien, de consolateur, fut apprécié pour que l'image nostalgique de la "bonne soeur" ait traversé les siècles pour parvenir jusqu'à nous ! L'auréole de la spiritualité compensait alors la position d'infériorité du personnel soignant dans la relation thérapeutique. De plus, tant que l'efficacité de la technique médicale ou chirurgicale resta limitée, la présence humaine, d'un frère ou d'une soeur, au chevet d'un malade ou d'un mourant n'apportait-il pas à ceux-ci un réconfort irremplaçable ?

Cette situation relativement équilibrée du personnel soignant, s'est détériorée, avec les tentatives plusieurs fois répétées et toujours insuffisamment pensées de laïcisation du personnel infirmier. Sous la Convention, la décision de remplacer les religieuses hospitalières(1) qui ne prêteraient pas le serment révolutionnaire par "des citoyennes connues pour leur attachement à la Révolution"(2) ne fut assortie d'aucune mesure de formation. Il en fut, de même, au XIXe siècle, lorsque les administrations hospitalières firent appel à du personnel civil et que les dames de la bonne Société se mirent à soigner les blessés.

(1) Les Congrégations religieuses ne disparurent jamais complètement des Etablissements Hospitaliers "en 1847 le nombre des religieuses hospitalières dépasse 7 500 alors que celui des infirmiers et infirmières et servants laïcs n'est que d'environ 4 000". Imbert (J.) op. cit. p. 53.

(2) IMBERT (Jean). op. cit. p. 37.

Alors que, en Angleterre, Florence Nightingale faisait de la fonction une carrière civile, on estimait au fond, en France -ce qui est encore vrai, en partie, de nos jours- que la profession d'infirmière peut, à la limite, être assurée par n'importe qui. Privés de la flamme que le personnel hospitalier religieux trouvait dans la Foi, infirmier et infirmières civils retombèrent, au sein de la relation thérapeutique, dans leur position d'infériorité originaire, aggravée par l'absence d'une bonne formation, l'imprécision des objectifs de leur travail et la tiédeur d'une abnégation que l'on continuait d'exiger sans fondement.

Ainsi l'histoire du personnel infirmier reste-t-elle profondément marquée par ses origines religieuses : en perdant sa tonalité spirituelle, la fonction a perdu un aspect de sa grandeur pour n'en conserver que la servitude.

La laïcisation de la fonction n'a rien arrangé : elle s'est réalisée, inopinément, sans qu'aient été -pendant un certain temps- suffisamment pensées et définies les finalités et l'originalité du travail infirmier. La création des écoles d'infirmières et d'infirmiers apparaît, historiquement, comme un aveu de carence, car, l'assistance médicale rendue obligatoire et les progrès de la science ont entraîné la nécessité d'une formation pour le personnel soignant(1).

Il n'est pas sans intérêt de noter, à travers les programmes élaborés pour ces Ecoles, les finalités proposées pour la formation du personnel soignant.

Au cours d'une première période, allant de la création de ces Ecoles à 1951, la formation des infirmières dans la foulée des traditions, reste centrée sur la maladie. Leur activité est exclusivement pensée en fonction de la position subalterne qu'elles occupent au coeur de la situation thérapeutique telle que nous l'avons analysée. L'infirmière est une technicienne de soins. Elle doit exécuter les prescriptions médicales. La définition que propose, de l'infirmière, le Code de la Santé de 1946 exprime, d'ailleurs, fort bien, cette conception de l'infirmière. Et le programme de 1951 s'en inspire encore directement. Il est significatif que le préambule de ce programme dont la première année d'études était, nous l'avons

(1) Loi du 15 Juillet 1893. Assistance médicale gratuite, op. cit.

signalé, commune aux élèves-infirmières, aux élèves assistantes sociales et aux élèves sage-femmes, ne présente aucune finalité précise pour leur travail respectif. On souhaite seulement que les élèves acquièrent, "dès le début des études, ce réflexe d'asepsie qui leur permettra de ne pas commettre des fautes à la fois lourdes de conséquences et finalement évitables"(1). L'enseignement théorique surtout sémiologique "devait insister sur les symptômes et les syndromes principaux permettant d'orienter le diagnostic des maladies ou affections portées au programme"(2). Il était recommandé d'insister sur "les signes d'alarmes qui imposent le recours au médecin"(3). Quant à l'enseignement pratique, il constituait "la partie la plus importante du programme, le rôle essentiel des infirmières étant d'appliquer les soins"(4).

Dans une telle perspective, l'infirmière n'existe que par la maladie. Mais la maladie, c'est le recours au médecin. Et le médecin, c'est "la figure" au sens que la psychologie de la Forme donne à ce terme, qui estompe tout ce qui n'est pas... LUI. En outre, dans les hôpitaux, le "travail en miettes" que la division des tâches impose à l'infirmière, l'absence de sensibilisation au caractère humain des soins renforce, encore, le caractère parasite et inconsistant de l'existence de l'infirmière. Avec la disparition de l'aura religieuse, la réduction du travail de l'infirmière à l'exécution de tâches techniques, souvent parcellaires, centrées sur la maladie enlève à la fonction toute signification.

La lecture des programmes d'enseignement des études préparant au diplôme d'état d'infirmiers des années 1961 à 1972 nous apporte d'ailleurs une confirmation de la valeur de notre hypothèse.

En 1961, après avoir affirmé que "la formation des infirmières doit tenir compte de la complexité du rôle qu'elles auront à remplir(5) le législateur ajoute : "les études d'infirmières doivent donc viser à faire acquérir, à travers des connaissances précises, une ouverture d'esprit permettant à l'infirmière de ne pas se limiter à l'exécution matérielle

(1) Programme d'enseignement. Etudes préparatoires au Diplôme d'Etat d'Infirmière. Arrêté du 18 sept. 1951. JO du 26 sept. 1951, p. 1 et 2.

(2) idem p. 2.

(3) idem p. 2.

(4) idem p. 29.

(5) Ministère de la Santé Publique et de la Population.- Programme d'enseignement Etudes préparatoires au diplôme d'Etat d'Infirmière. Arrêté Ministériel du 17 juillet 1961. (J.O. du 21 juillet 1961). Introduction.

des soins mais, de saisir, dans chaque cas, l'ensemble de son rôle(1). Ce qui suppose de sa part "un esprit de synthèse"(2).

Ainsi, en invitant l'infirmière "à ne pas se limiter à l'exécution matérielle des soins"(3), le texte de 1961 reconnaît explicitement que son travail ne doit pas se borner à cet objectif ; aussi présente-t-il une conception plus ouverte des finalités de la profession.

L'infirmière doit être d'abord une technicienne de soins, mais la formation qu'elle aura reçue lui permet non seulement de donner ces soins en connaissance de cause, mais aussi, d'assumer certaines responsabilités, soit dans la surveillance du malade au niveau du confort, des soins d'hygiène, de l'évolution de la maladie..., soit, dans la tolérance du traitement "afin de savoir reconnaître à temps les modifications pouvant nécessiter un changement de traitement"(4).

Technicienne de soins, l'infirmière est invitée et c'est là l'aspect le plus intéressant de l'ouverture de la fonction -à jouer "un rôle psychologique, moral, parfois même pédagogique auprès des malades, de leurs familles, ou dans des collectivités variées, où elle peut être appelée à accomplir un rôle d'éducatrice sanitaire".(5)

L'infirmière dont le rôle n'est plus pensé exclusivement en fonction de la maladie acquiert, au coeur même des soins, et au-delà d'eux, une certaine autonomie par rapport au médecin.

Si, le programme de 1961, ouvrait des perspectives sur les finalités de la fonction de l'infirmière celui de 1972 les explicite d'une manière vigoureuse... et révolutionnaire.

Le préambule du programme de 1972 débute par une formule générale qui définit l'infirmière comme "la personne qui ayant suivi un enseignement infirmier de base est apte et habilitée à exercer la profession"(6).

Mais qu'est-ce qu'exercer la profession ? Qu'est-ce qu'être infirmière ?

(1) idem Introduction.

(2) idem. Introduction.

(3) idem. Introduction.

(4) Ministère de la Santé Publique et de la Population.- Programme d'Enseignement Etudes préparatoires au diplôme d'Etat d'Infirmière. Arrêté Ministériel du 17 juillet 1961 (J.O. du 21 juillet 1961). Introduction.

(5) Ministère de la Santé Publique et de la Population op. cit. Introduction.

(6) Ministère de la Santé Publique.-Programme des études d'infirmières.- Arrêté du 5 sept. 1972 J.O. du 7 septembre 1972. p. 3.

-Etre infirmière, c'est remplir une "fonction essentielle et originale", c'est être "éducatrice de santé", c'est-à-dire assumer la responsabilité de donner ou de prévoir des "soins infirmiers". Cette responsabilité peut s'exercer à deux niveaux. Au niveau individuel, l'infirmière est "au service des personnes en matière de santé", elle promeut la santé, prévient la maladie, donne des soins aux malades. Au niveau collectif, "l'infirmière contribue, au sein de la société, à identifier les besoins de santé des personnes et des groupes et à y répondre"(1). Ainsi "elle apporte à tout individu malade ou bien portant, l'aide dont il peut avoir besoin pour accomplir des actes qui contribuent au maintien ou à la restauration de la santé et qu'il accomplirait par lui-même s'il avait assez de force ou de savoir. Elle donne cette aide de manière, à permettre, à la personne soignée de retrouver son indépendance et son autonomie autant qu'il est possible et ceci dans le plus bref délai"(2). Pour ce faire, l'infirmière travaille tantôt seule et tantôt "collabore activement avec l'ensemble des travailleurs sanitaires"(3).

Nous n'avions pas tort, d'affirmer, le caractère révolutionnaire de ce texte. En rupture avec le passé, il centre le travail de l'infirmière non plus sur la maladie mais sur la santé et définit pour l'infirmière un territoire de compétence : le service des soins infirmiers ; il lui accorde, enfin, une certaine autonomie en reconnaissant le caractère essentiel et original de sa fonction. Comment expliquer un pareil changement ?

Il est, pour une grande part, la conséquence de certains travaux d'experts en soins infirmiers de l'Organisation mondiale de la Santé, et de l'Accord Européen sur l'instruction et la formation des infirmières.

Dès 1946, le Comité d'experts des soins infirmiers de l'O.M.S., conscient des transformations de tous ordres que vont connaître les sociétés pense que les soins infirmiers seront inévitablement pris dans un mouvement de transformation et d'adaptation aux progrès de la science et de la technique et que, l'évolution des esprits et l'amélioration de la qualité de la vie feront naître le besoin de services de Santé plus adaptés aux besoins spécifiques de chaque être humain. Il estime, alors, que la mise en place de services infirmiers compétents sera l'un des problèmes auxquels devront faire face les administrations et les infirmières.

(1) Ministère de la Santé Publique. Op. Cit. p. 3.

(2) idem. p. 3.

(3) idem. p. 3.

Pour le Comité de l'O.M.S., le service de santé devra remplir plusieurs fonctions :

Collaborer au maintien ou à l'acquisition de la santé ; appliquer les mesures préventives exogènes tendant à protéger les individus contre toutes les agressions ; détecter précocement les premiers signes d'une maladie, de façon à éviter souffrances, frais inutiles et, peut être, mort prématurée ; donner des soins aux malades ; et prévenir par tous les moyens possibles l'invalidité et la déchéance, enfin, aider le malade à mourir paisiblement.

Pour atteindre ces objectifs, l'O.M.S. juge indispensable la présence des infirmières. C'est pourquoi, dès 1946, elle les invitait à rompre avec certaines de leurs traditions et de leurs stéréotypes. Leur participation aux modifications des structures des services de santé impliquait, en effet, de leur part, l'acceptation de responsabilités sans précédents et la transformation de leur programme de formation car "l'importance accordée à la prévention, aux soins et à la réadaptation a amplifié le rôle de l'infirmière comme celui du médecin"(1).

D'autre part, avec le développement constant des connaissances techniques et scientifiques et la création de services dits de "pointe", dans lesquels la technologie capte toute l'attention des soignants, l'O.M.S. redoutait une dépersonnalisation des malades et des infirmières et souhaitait que le malade fut considéré comme un individu auquel on devait donner des soins infirmiers de qualité.

Par ailleurs, dans l'esprit des recommandations faites par les experts de l'O.M.S., le décret n° 75-73 du 30 Janvier 1975 portant publication de l'Accord Européen sur l'instruction et la formation des infirmières, proposait cette définition des fonctions de l'infirmière en soins généraux: elle "exerce conformément à la réglementation en vigueur dans son pays, les fonctions essentielles suivantes :

a)- dispenser des soins infirmiers compétents aux personnes dont l'état le requiert, compte tenu des besoins physiques, affectifs et spirituels du malade en milieu hospitalier, au foyer, à l'école, au lieu de travail, etc. ;

b)- observer les situations ou conditions physiques et affectives qui exercent un effet important sur la santé, et communiquer ces observations aux autres membres de l'équipe sanitaire ;

c)- former et guider le personnel auxiliaire nécessaire pour répondre aux besoins du service infirmier de toute institution de santé.

Dans ce rôle, l'infirmière doit juger à tout moment des soins infirmiers dont chaque malade a besoin et lui affecter le personnel correspondant.(1).

Ce texte élaboré à Strasbourg en 1967 ne fit l'objet d'un décret d'application, en France, qu'en Janvier 1975. Il n'en a pas moins profondément inspiré -comme le cinquième rapport du Comité O.M.S. d'experts en soins infirmiers- l'élaboration du programme des études d'infirmières de 1972.

- oOo -

Cherchant à expliquer la situation de servitude du personnel infirmier, nous avons pensé que les finalités propres à la profession pouvaient en rendre compte.

De fait, la conclusion qui s'impose est claire : jusqu'en 1961, le travail de l'infirmière a été exclusivement pensé en fonction de la maladie. L'infirmière est une soignante, une technicienne de soins. Prise dans la situation thérapeutique, elle est invitée à remplir une tâche d'exécutante sans initiative, sans grande responsabilité et, qui plus est, elle doit manifester l'esprit de dévouement et d'abnégation introduit par la tradition religieuse.

Or, comme le dit si bien le texte de 1961, la fonction de l'infirmière ne doit pas "se limiter à l'exécution matérielle des soins".

(1) Décret 75-73 du 30 Janvier 1975.

Mais il faut attendre, en France, les années 1961 et 1972 pour que soit ébauché d'abord, puis vigoureusement brossé, un nouveau modèle de l'infirmière : l'infirmière éducatrice de santé, disposant d'un champ d'activités et de responsabilités qui lui sont propres.

Pourtant, il ne semble pas que ces perspectives nouvelles encourageantes, dynamiques, aient suffi à dissiper la "grogne" des infirmières et à résoudre la crise de la "profession".

On ne peut plus -évidemment- mettre en cause, seulement les finalités de la profession. Ce qui est en question ce sont les difficultés rencontrées dans la mise en place et la réalisation effectives de ces finalités.

Il ne suffit pas -assurément- pour transformer une situation, de proposer des finalités... fussent-elles révolutionnaires, d'élaborer un programme, fût-il ouvert et généreux, si corrélativement des changements ne sont pas apportés au contexte professionnel et social dans lequel doivent être réalisés ces nouvelles finalités. Il faut penser à la fois les fins et les moyens, s'assurer que les objectifs définis trouveront des conditions institutionnelles et culturelles favorables à leur réalisation.

Or, les infirmières fournissent une illustration cuisante de la méconnaissance de ce principe élémentaire. Les finalités nouvelles qui pouvaient donner un sens à leur formation et un essor à leur profession sont, en fait, étouffées sous la pesanteur des traditions et dénaturées sous la pression de modèles culturels inadéquats mais toujours bien vivaces !

2 - Les pesanteurs du passé

Mettre nettement en évidence les entraves de la mise en pratique du programme de 1972 n'est pas encore possible : il est trop tôt pour en mesurer toutes les conséquences.

Par contre, la démonstration est aisée pour le programme de 1961. Et, dans la mesure où les causes qui ont paralysé la réforme de 1961 n'ont pas été modifiées, on peut extrapoler : la persistance contraignante du passé ne réduira-t-elle pas les belles finalités du programme de 1972 à leur étroitesse ancestrale ?

2.1. La contrainte des traditions

Elle s'exerce d'abord dans la préparation même de la profession, au niveau de la formation du personnel soignant.

L'Introduction du programme de 1961 -dont nous avons vu qu'elle présente l'ébauche d'un nouveau modèle de l'infirmière,-décrit, en fait, en trois lignes sa nouvelle fonction, alors qu'elle en consacre treize à son rôle de technicienne des soins.

Pour remplir efficacement sa fonction de soignante, l'infirmière doit recevoir une triple formation : une formation pratique "pour assurer la responsabilité de l'ensemble des soins d'hygiène et du confort de l'hospitalisé"(1) ; une formation technique "pour effectuer les soins et examens parfois complexes nécessités par l'état du malade"(2) ; une formation théorique, enfin, pour "permettre à l'infirmière de comprendre la valeur et la raison des gestes qu'elle accomplit et de les situer dans l'ensemble de la thérapeutique, de participer intelligemment à la surveillance du malade, pour dépister les complications, observer l'effet des traitements et savoir reconnaître à temps les modifications pouvant nécessiter un changement de thérapeutique ; de décider et d'effectuer certains soins d'urgence avant l'arrivée du médecin"(3).

Prolixe sur le plan des soins, le législateur, pour caractériser l'autre aspect du travail infirmier, est d'une grande discrétion. Il se contente, comme nous l'avons déjà dit, d'en indiquer l'objectif. La tâche technique se double d'un rôle psychologique, moral, parfois même pédagogique, auprès des malades, de leurs familles, ou dans des collectivités variées où elle peut être appelée à remplir un rôle d'éducatrice sanitaire(4). Aucune indication, n'est donnée sur la manière de concevoir ce nouveau rôle et d'y préparer l'infirmière. Attitude déjà fort révélatrice des intentions secrètes des auteurs du programme : ouverture, oui, mais dans la continuité !

(1) Ministère de Santé Publique et de la Population.- Programme d'Enseignement.- Etudes préparatoires au D.E. Arrêté du 17 Juillet 1961 (J.O. du 21 Juillet 1961). Introduction.

(2) idem.

(3) idem.

(4) idem.

Ce programme reflète, d'ailleurs, tout à fait l'esprit du préambule : à part quelques innovations, il reste finalement très orienté vers la pathologie et la pathologie hospitalière. Ce n'est qu'au début de la première année d'étude, au cours de la période probatoire, pendant le premier trimestre, qu'il est prévu de donner aux infirmières une formation assez générale, en abordant "simultanément l'étude de l'homme sain, de son développement physique et psychique, et de la protection de sa santé"(1). Pour le reste, les élèves au cours de leurs deux années d'études recevront surtout un enseignement médical, hormis quelques heures consacrées à l'étude du droit public, des institutions sanitaires et sociales, de l'éthique et de l'histoire de la profession d'infirmière. On compte enfin sur les travaux pratiques et les stages pour approfondir l'action éducative commencée en première année.

Toute la formation de l'infirmière sera donc centrée sur l'hôpital : en deux années d'études et 21 mois de stage, deux heures seulement seront consacrées à l'éducation sanitaire et deux mois à un stage extra-hospitalier de service social. Est-ce vraiment suffisant pour former une éducatrice sanitaire ?

Nous ne sommes pas tellement loin -dans les faits- du programme de 1951. Comment ne pas penser que ce programme est l'oeuvre de médecins et d'administrations bien décidés -malgré les apparences- à ne rien changer à la situation des infirmières ?

Mais le poids des traditions ne joue pas seulement à travers l'esprit et le contenu des programmes, il se prolonge aussi dans la manière dont ceux-ci sont transmis et dans la mesure où est escamoté ce qui aurait pu être un apport spécifiquement infirmier. A cette époque, en effet, l'essentiel de la formation des infirmières était encore assuré par le corps médical. La part du psychologue, du sociologue ou du pédagogue y était limitée. Quant aux monitrices, malgré leur quarante heures de présence, leur bonne volonté et la formation reçue dans les Ecoles de cadres,

(1) Ministère de la Santé Publique et de la Population op. cit.
Introduction.

elles n'y jouaient finalement qu'un rôle qualitativement et spécifiquement trop restreint.

Tout était organisé -semble-t-il- pour permettre une rapide récupération du personnel soignant, dès l'obtention du diplôme d'Etat, par les services hospitaliers, du fait de la pénurie du personnel et de l'emprise de structures très anciennes.

Quant aux infirmières qui ne se destinaient pas à l'hôpital, on comprend leur aigreur à l'égard d'une formation professionnelle assez inadaptée à leur future fonction, dans les dispensaires, les écoles, les usines...

Le programme de 1972 a une autre envergure. Des infirmières ont collaboré à son élaboration. Elles ont été entendues ! Et cela se sent !

L'infirmière doit devenir une éducatrice de la santé. La formation qu'elle reçoit doit lui permettre :

"d'acquérir les connaissances nécessaires pour comprendre les besoins de santé des personnes et des groupes.

de discerner les types de réponses que peuvent apporter les infirmières en matière de santé et les mettre en application compte tenu des structures sanitaires du pays.

de collaborer avec d'autres travailleurs sanitaires en tant qu'éducatrice de la santé.

de développer l'aptitude à penser et à agir, d'acquérir la maturité d'esprit nécessaire pour assumer des responsabilités sur le plan humain, professionnel et civique"(1).

Finalité et objectifs définissent cette fois un projet spécifiquement infirmier "visant l'intégration des connaissances théoriques dans une réalité concrète hospitalière, ou extra-hospitalière"(2).

(1) Ministère de la Santé Publique.- Programme des études d'infirmières- Arrêté du 5 septembre 1972 - op. cit.p. 3

(2) idem p. 14.

Ainsi, au cours de ces 28 mois d'études, l'infirmière, à travers l'enseignement reçu et les stages, doit-elle avoir découvert ce qui fait la spécificité de sa fonction : les soins infirmiers.

La preuve en est d'ailleurs que, au terme de ces études et au moment d'entrer dans la vie professionnelle, la jeune infirmière doit être capable d'assumer les responsabilités et d'accomplir les tâches caractéristiques de l'infirmière, notamment :

- . de dégager par écrit et sans document les principaux éléments de surveillance et les problèmes de soins infirmiers posés par une personne, en fonction de la pathologie des différents appareils.

- . d'assumer la responsabilité d'un groupe de personnes malades ou bien portantes se réclamant de son aide pour accomplir des actes qui contribuent au maintien ou à la restauration de la santé, et qu'ils accompliraient seuls, s'ils avaient assez de force ou de savoir; l'infirmière doit être capable de mobiliser l'ensemble de ses connaissances pour réaliser un "plan de soin" pour chacune des personnes du groupe considéré.

- . de reconnaître une situation d'urgence, tant en milieu hospitalier qu'extra-hospitalier, et d'y faire face, en discernant dans les actes à entreprendre un ordre de priorité, et en sachant faire appel à d'autres travailleurs sanitaires.

Nouveauté des finalités, nouveauté des objectifs, nouveauté des contenus ! Le programme de 1972, s'il conserve aux connaissances médicales une place privilégiée dans la formation de l'infirmière, y associe cependant les sciences humaines, psychologiques et sociales, et même la pédagogie. Dans la mesure où il vise la réalisation d'un projet professionnel infirmier, il permet, en outre, une intervention plus spécifique et efficace des infirmières elles-mêmes dans la formation des élèves. Il représente, en France, le premier effort sérieux pour tenter d'arracher les infirmières au milieu médico-hospitalier dans lequel elles s'étaient, depuis des siècles, enlisées.

Suffira-t-il à les en faire sortir complètement ? Nous en doutons. Car, si ce programme présente incontestablement un contenu nouveau, il n'est pas dit que sa réalisation - bien qu'elle offre moins d'embûches que celle du programme de 1961 - en soit totalement exempte. La synthèse

des soins infirmiers, par exemple, qui sera pensée, surtout, en mettant l'infirmière en rapport avec des malades et dans un contexte hospitalier, ne va-t-elle pas, dans la pratique, fausser l'esprit de la réforme en minimisant l'étude des problèmes de la santé et le recours aux stages extra-hospitaliers ?

Déjà quelques questions se posent à nous : comment permettre à l'élève infirmière "d'acquérir les connaissances nécessaires pour comprendre les besoins de santé des personnes et des groupes"(1) ? Comment l'amener "à discerner les types de réponses que peuvent apporter les infirmières en matière de santé...?"(2) alors que, dans un enseignement d'une durée totale de 1434 heures, 543 sont réservées à l'étude de la pathologie et seulement 38 à celle de la santé ? En outre, si les stages représentent "les temps forts de la formation"(3), quel bénéfice les élèves retireront-elles des stages extra-hospitaliers d'une durée de 10 à 16 semaines au maximum alors que les stages hospitaliers recouvrent la totalité de la formation soit au total 2 152 heures ? Ne peut-on, dès lors, parler d'incohérence entre les finalités et les moyens ?

L'éducatrice de la santé ne risque-t-elle pas, une fois de plus, d'être surtout appréciée comme technicienne de soins ? Or, pour redresser la situation les infirmières ne peuvent guère compter sur une aide extérieure...

En effet, dès leur arrivée dans la profession, et, c'est là l'autre aspect de la pesanteur des traditions, elles sont "phagocytées" par des structures sanitaires vieillottes et un personnel peu disposé au changement. Elles découvrent alors, au fil des jours, l'écart entre le possible et le réel, sans entrevoir la possibilité d'une transformation rapide des institutions et des mentalités.

Comment, par exemple, une infirmière bien formée et bien intentionnée, accueillie par ses pairs, au sein d'un service hiérarchisé et compartimenté, par conséquent, le plus souvent, sans esprit d'équipe, peut-elle vraiment prêter attention à des malades, les écouter, les éduquer

(1) Arrêté du 5 septembre 1972 p. 3

(2) idem. p. 3.

(3) idem. p. 4.

dans un système où l'organisation des soins basée sur le travail à la chaîne réduit à des relations punctiformes et fugitives tout contact avec le malade ?

Quelle place et quel rôle exacts sont réservés à l'infirmière, hors du cadre hospitalier, dans les structures sanitaires du pays ? Ne serait-il pas urgent de définir, pour le savoir, une politique de la Santé ? Car, que l'infirmière travaille en milieu hospitalier ou dans un cadre extra-hospitalier, il paraît souhaitable, en tout état de cause, que soient levées au plus vite les contradictions paralysantes qui subsistent entre le Code de la Santé Publique et l'esprit du programme de 1972. Ce qui n'est pas près de se réaliser si l'on en juge par certaines réactions et prises de position des administrations hospitalières.

Le Ministre de la Santé, Madame Simone Weill, ayant ratifié, comme nous l'avons dit, le 7 janvier 1975 la définition européenne de l'infirmière établie en 1967, et qui ne fait plus référence au médecin, nos collègues ont élaboré pour la France une nouvelle définition de l'infirmière, que voici :

"L'infirmière est une personne qui a terminé avec succès l'enseignement sanctionné par le diplôme correspondant à la législation en vigueur. Ses fonctions essentielles sont les suivantes :

a) observer les situations ou conditions physiques et affectives qui exercent un effet important sur la santé et échanger ses observations avec les autres membres de l'équipe au sein de laquelle elle travaille ;

b) dispenser des soins infirmiers compétents aux personnes dont l'état le requiert, compte tenu de leurs besoins physiques, affectifs et spirituels, en secteur hospitalier ou extra-hospitalier ;

c) former et guider le personnel auxiliaire nécessaire pour répondre aux besoins du service infirmier de toute institution de santé.

Dans ce domaine, dont elle est responsable, elle aura le souci de discerner les besoins de la personne et d'organiser les soins infirmiers en conséquence"(1).

(1) C.D. "Les Infirmières ne veulent plus être définies par rapport aux médecins" p. 7

Avant d'aborder l'étude critique de leur texte, Monsieur Laporte Directeur du personnel de l'Assistance Publique à Paris, rappelle dans un article que "l'exercice des professions touchant au domaine de la Santé est défini par la loi"(1), que "selon la loi, de toutes les professions para-médicales celle de l'infirmière est la seule qui implique une subordination directe au médecin"(1). Et Monsieur Laporte de poursuivre : "ce qui s'explique aisément ; les autres paramédicaux effectuent soit des actes de rééducation et de correction d'anomalies, soit d'assistance aux parturiantes qui ne sont pas des malades"(3).

Dès lors, les principes législatifs étant rappelés, aucune des activités que souhaiteraient faire reconnaître les infirmières comme étant de leur ressort spécifique n'est possible. Pas question "de dispenser des soins compétents aux personnes dont l'état le requiert, compte tenu de leurs besoins physiques, affectifs et spirituels"(4). Une telle tâche, fait remarquer Monsieur Laporte, "semble impliquer qu'il y a, à l'origine, une instruction ou un conseil médical"(5). En effet, "comment les soins pourraient-ils être compétents en dehors de la notion d'un diagnostic médical et de la détermination d'une thérapeutique à suivre et à contrôler" ?(6) Qui plus est, "si l'on admet qu'il faille supprimer la référence à une prescription ou un conseil de médecin, il faut s'étonner alors que les infirmières souhaitent, élargir la notion de leur propre domaine professionnel pour les reconnaître compétentes en ce qui concerne la détermination des besoins "physiques, affectifs et spirituels" du malade. L'empiétement sur les fonctions du psychologue, entre autre, est une question qui pourrait être soulevée"(7).

Pas question, non plus, pour les infirmières d'intervenir dans la formation du personnel auxiliaire car, "s'il fallait reconnaître légalement le rôle de formation de l'infirmière vis à vis de l'équipe, ce ne pourrait qu'être au détriment du rôle des médecins, dont la mission de formation résulte notamment d'un arrêté du 24 septembre 1960 et d'une circulaire de même date relatifs aux obligations du corps médical"(8). Dès lors, "la mission de formation du personnel, quel qu'il soit, ne peut appartenir en propre à l'infirmière"(9).

(1) LAPORTE. "Des mots pour le dire" p. 4.

(2) idem p. 4.

(3) idem p. 4. Monsieur Laporte fait allusion aux masseurs kinésithérapeutes, aux orthophonistes, aux orthopédistes, aux sages femmes.

(4)(5)(6) idem. p. 5.

(7) idem. op. cit. p. 5.

(8)(9) idem. p. 5.

La conclusion s'impose; "dans le contexte hospitalier, il serait vain, de tenter d'obtenir une définition dans le sens désiré, du rôle et de la responsabilité de l'infirmière"(1).

Sans doute, comme le fait remarquer Monsieur Laporte, "il reste à prouver que la loi qui se borne à définir les conditions de chaque profession paramédicale (être français, posséder un diplôme) et leur domaine (soins, rééducation, pratique des accouchements) ait également à faire l'analyse des différents aspects professionnels et psychologiques du métier. Ce n'est pas du moins, pour l'instant, son objectif ou alors toutes les définitions seraient à revoir dans une nouvelle optique"(2).

Notre propre réflexion sur l'activité de l'infirmière tend bien, semble-t-il, à démontrer qu'est venu le temps des révisions. Encore faut-il que soient écartées d'autres entraves à la conquête de l'autonomie professionnelle de l'infirmière !

2.2. La pression de conceptions dépassées

Cette profession reste entourée d'un halo de conceptions, de convictions, pour ne pas dire de "modèles culturels" venus du fonds des âges et qui n'en continuent pas moins à façonner les mentalités.

2.2.1. Dans la mesure où le personnel soignant est surtout un personnel féminin, il subit, d'abord, le contre coup des idées qui s'attachent encore traditionnellement à la condition de la femme. Adler note justement que notre civilisation affirme la primauté de l'homme et l'infériorité corrélative de la femme. Mais, à la différence de Freud, il estime que cette supériorité et cette infériorité ne sont pas "un fait de nature"(3) mais de culture. "Toutes nos institutions, nos règles traditionnelles, nos lois, nos coutumes et nos usages témoignent de la position privilégiée de l'homme qui en détermine la direction et le maintien(4)". Et Adler d'ajouter, "chacun sait ce qu'on entend de nos jours, d'un commun accord, par "masculin" ou "viril". C'est avant tout quelque chose de simplement égoïste qui satisfait l'amour propre, la supériorité sur autrui,

(1) LAPORTE op. cit. p. 5.

(2) idem. p. 5.

(3) ADLER (Dr Alfred) - La connaissance de l'homme p. 111.

(4) idem. p. 109.

la primauté, tout cela à l'aide de certains traits de caractère apparemment actifs, comme le courage, la force, la fierté, l'obtention de victoires de toute sorte, en particulier sur les femmes, l'accès à des fonctions, à des honneurs, à des titres, l'application à s'endurcir contre toute impulsion ou tendance "féminine" et ainsi de suite. C'est une lutte permanente pour la supériorité personnelle, parce qu'il est réputé viril de la posséder"(1).

Dans les milieux médicaux et hospitaliers, cette vision culturelle reste bien ancrée. Le témoignage du professeur Salmon, que nous avons cité, est sur ce point irrécusable.

Le supérieur c'est l'homme, le médecin ! A lui, l'Intelligence, la Compétence, le Savoir et, pourquoi pas, la Vertu. "Vers 1925, raconte le professeur Jean Bernard, lorsque, après un avortement clandestin, un curetage de l'utérus était nécessaire, certains chirurgiens décidaient parfois d'opérer sans anesthésie. Ils agissaient à la fois en juges et en justiciers ; ils prétendaient, par la douleur cruelle et imposée, punir la malheureuse jeune femme et la dissuader de recommencer"(2). Et le professeur Bernard précise : "cette conduite barbare était peu commune. Elle a depuis longtemps été complètement abandonnée"(3). Nous voulons bien le croire !

De telles convictions, même humanisées, n'enlèvent absolument rien à la position d'infériorité que vit l'infirmière en tant que femme et en tant que professionnelle dans l'exercice de son travail. Et pour peu qu'elle soit, en plus, d'une origine sociale modeste, elle devient, -au mieux- la servante du médecin ! Nous n'exagerons pas : les témoignages de nos collègues sont, à ce sujet, significatifs. Et la longue histoire des rapports médecins-infirmières montre que le travail de l'infirmière s'enrichit périodiquement d'activités idéologiquement dévalorisées et économiquement peu rémunérées que le médecin abandonne généreusement à l'infirmière ! Quant à la pratique du dévouement, de l'abnégation, de la générosité, ces qualités qui faisaient hier la valeur du personnel infirmier religieux, c'est tout juste si, à la limite, dans une civilisation qui prise les qualités contraires, elle n'aggrave pas encore inconsciemment

(1) ADLER (Dr Alfred) op. cit. p. 113-114.

(2) BERNARD (Jean).- L'homme changé par l'homme - p. 34.

(3) idem. p. 33.

la position d'infériorité de l'infirmière !

Les administrations hospitalières, de leur côté, ne favorisent guère la reconnaissance du personnel soignant et des infirmières en particulier. A l'abri des textes législatifs, elles considèrent, à toutes les époques, comme nous l'avons souvent signalé, que l'infirmière peut, dans les faits, être aisément remplaçable par du personnel non qualifié. C'est dire la haute idée qu'elles ont de la fonction !

Que penser de tout cela ? N'est-on pas tenté de donner raison au proverbe "Il n'y a pas de sots métiers...". Il paraît en tout cas difficile d'espérer une valorisation de l'infirmière sans une profonde transformation des mentalités.

Il n'est pas contestable, non plus, que le destin de l'infirmière ne reste également tributaire d'une certaine conception et d'une certaine pratique de la médecine liées, pour une grande part, à ses origines.

C'est avec l'étude de l'anatomie que la médecine est devenue scientifique "Il fallait redécouvrir avant tout la structure réelle du corps humain, étape nécessaire à la compréhension de son fonctionnement dans l'état de santé ou de maladie. Ce fut l'oeuvre des anatomistes du XVIIe siècle dont on peut dire qu'ils ont posé la première pierre de la médecine moderne"(1).

C'est à la physiologie et à l'anatomie pathologique que la médecine dut ensuite ses progrès, "l'étude de l'anatomie qui n'a cessé de se compléter et qui s'est étendue aux structures microscopiques, a ouvert la voie à celle de la physiologie, deuxième étape cruciale qu'il importait de franchir dans la connaissance du corps humain. L'anatomie normale a débouché, d'autre part, sur l'anatomie pathologique, c'est-à-dire, sur l'étude des lésions qui sont responsables des maladies : confrontée avec les constatations cliniques faites du vivant du malade, elle fournisse à la nosologie, c'est-à-dire à la classification des maladies, sa première base solide"(2).

(1) BARIETY (M...) et COURY (Ch...)- Histoire de la Médecine - p. 10

(2) idem. p. 72.

En d'autres termes, la médecine "n'a pu devenir moderne qu'en se fondant sur le cadavre, c'est-à-dire sur le moment où le corps est définitivement séparé de l'esprit"(1).

Comment, dès lors, cette orientation organiciste de la médecine ne se prolongerait-elle pas naturellement dans la pratique médicale au moment de l'examen du patient ? Lui aussi passe -symboliquement- sur la table d'autopsie : il devient objet d'exploration, son cas est pensé en termes de processus physico-chimiques.

Il n'est pas question, assurément, de mettre en cause une telle conception et une telle attitude : ne sont-elles pas à l'origine des immenses et incontestables progrès de la médecine ?

Il ne s'agit pas davantage de sombrer dans ce que le Pr. Jean Bernard appelle "la tentation psychologique de la médecine", qui, forte de l'importance de la psychologie dans la médecine courante, distingue deux médecines : la médecine des maladies organiques et la médecine des troubles fonctionnels et, mettant en doute l'existence des troubles organiques propose de "subordonner toute la médecine à la psychologie"(2). Jean Bernard, attire justement l'attention, à ce propos, sur l'ambiguïté du terme "fonctionnel" : "L'opposition entre l'organique et le fonctionnel date du temps où la microscopie optique était seule employée. Les méthodes de la biochimie moléculaire, le microscope électronique et l'anatomie chimique ont lié, dans de très nombreux cas, le trouble de la fonction à une anomalie de l'arrangement des molécules"(3). N'est-il pas, dès lors, imprudent de déclarer qu'un trouble relève d'un traitement psychologique sans s'assurer, d'abord, que sa cause n'est pas d'ordre organique et physico-chimique ?

Mais tout ceci étant admis, il n'en reste pas moins, comme le fait remarquer le professeur Jean Bernard lui-même que, "l'organisation souvent imparfaite de la médecine contemporaine ne laisse pas à chaque médecin le temps nécessaire pour s'occuper aussi complètement, aussi profondément qu'il le faudrait de chaque malade. Les problèmes urgents, celui de l'anémie, celui de l'urémie, sont résolus. Puis, le temps presse et l'on

(1) Comité d'Action Santé-Hôpital : silence - répression p. 34.

(2) BERNARD (Jean) - Grandeur et tentation de la médecine - op. cit. p. 246

(3) idem. p. 248.

passe au malade suivant"(1). Cette pratique est effectivement doublement préjudiciable : au malade et au personnel soignant. Au malade, car, en entrant à l'hôpital, il éprouve le sentiment de ne plus être une personne. Privé, du droit au savoir et corrélativement de pouvoir, s'il cherche à dépasser cette situation infantilissante, s'il tente de communiquer pour se renseigner, il s'aperçoit très vite, à ses dépens, de la vanité de sa tentative. Qui, dans "le défilé d'individus distributeurs de pillules et de piqûres, hermétique sur le pourquoi de son geste, tirant sa fierté avant tout de la rapidité et de la sûreté de ce geste et passant toujours plus vite au fur et à mesure que la thérapeutique se complique"(2) prend le temps de l'écouter ? Dès lors que lui reste-t-il à faire ? Se fondre dans l'anonymat de bon ton de la vie hospitalière !

Contaminé par le climat hospitalier, le personnel soignant, malgré sa formation et sa bonne volonté est entraîné, lui-aussi, à ne plus voir en tout sujet entrant à l'hôpital qu'un organe malade. Qui l'invite, qui l'aide à penser que tout hospitalisé est un être humain à part entière, sujet de devoirs sans doute, mais aussi de droits, et qui souhaite qu'un peu de sollicitude soit accordé à ses besoins, ses inquiétudes et ses problèmes ? Comment -même s'ils le souhaitent et le cas n'est pas rare- infirmiers et infirmières peuvent-ils s'intéresser à la personne du malade dans le système de distribution des soins en séries qui est en usage dans les hôpitaux français ? Car l'organisation du travail dans les hôpitaux renforce encore cette dépersonnalisation des rapports humains. Jadis, oeuvre de charité, puis oeuvre de bienfaisance, l'hôpital moderne est devenu une "entreprise"(3) -parfois démesurée- qui, pour survivre, doit à tout prix consommer du malade. Malades et personnel soignant sont ainsi les moyens d'assurer la rentabilité de l'entreprise-hôpital. "C'est cela la déshumanisation, c'est un système où l'homme devient le fond d'un tableau où tout le monde vit, respire et travaille pour une forme dominante : la maladie"(4). C'est un système où tout est centré sur la maladie, sur le "cas" à découvrir, l'originalité d'une situation donnée, comme si cette dernière, était indépendante de l'homme qui en est le détenteur, c'est-à-dire le malade.

(1) BERNARD (Jean Pr.).op. cit. p. 244.

(2) BACHELOT (H...). Le rôle de l'infirmière et son évolution - op. cit. p. 50 à 56.

(3) Loi n° 70-13.18 du 31 décembre 1970. La Réforme hospitalière "Pour produire au moindre coût le meilleur service, l'industrie hospitalière comme toute entreprise, doit se renouveler en fonction des règles de rentabilité moderne".

(4) BACHELOT (H...) Le rôle de l'infirmière et son évolution op. cit. p. 52.

Prisonnière des représentations en cours sur la condition de la femme et d'une conception "organique" de la médecine, l'infirmière l'est, enfin, de cet idée, encore très répandue dans l'opinion publique, selon laquelle elle est essentiellement "une soignante" dont le champ d'activité est délimité par la maladie et l'action thérapeutique.

Or, entre cette représentation et la réalité, il y a actuellement un grand décalage, puisque nombre d'infirmières sont déjà engagées hors de l'hôpital à l'école, à l'usine, en PMI... dans des activités qui ne sont pas exclusivement centrées sur la maladie. Mais, comme l'a judicieusement noté Anny Parrot : "la vision du secteur extra-hospitalier est pour le moment encore trop fragmentaire, pas assez claire et insuffisamment valorisée pour frapper globalement l'opinion publique et agir rapidement comme force de pression pour modifier les images et les stéréotypes"(1).

Là encore, l'infirmière est la victime de son histoire et, à travers elle, de l'histoire de la médecine et des institutions sanitaires.

Pendant des millénaires, la priorité en matière de santé publique a été d'assurer le maintien de l'espèce en luttant non seulement contre la faim, le froid, les bêtes sauvages, la misère, l'ignorance, les fléaux sociaux, mais surtout contre les épidémies, les maladies transmissibles... La médecine ne pouvait être que curative, et l'infirmière qu'une soignante.

Or, malgré les progrès réalisés, au moins dans le monde occidental, par l'hygiène, les sciences biologiques et humaines, la médecine, ce schéma demeure ancré dans les mentalités. La biologie moderne par exemple, a développé ses recherches dans deux grandes directions "l'étude des structures moléculaires héréditairement transmises qui caractérise la substance vivante, l'étude des facteurs d'environnement dont l'influence peut s'exercer à court terme et à long terme"(2). Elle a ainsi donné naissance à l'épidémiologie et à l'hématologie géographique. Il est donc possible -comme le font remarquer J.P. Dupuy et S. Karsenty- "d'agir sur le type de morbidité que connaissent les pays développés de trois façons différentes: soit par une intervention médicale curative, qui se situe en général à un stade terminal du processus du développement de la maladie, révélé par

(1) PARROT (A...) op. cit. p. 87.

(2) BERNARD (J.) op. cit. - Grandeur et tentation de la médecine. op. cit. p. 250.

l'apparition de complications ou de symptômes aigus ; soit par une intervention préventive au niveau d'un dépistage ; soit par la lutte directe contre "les facteurs de risque", liés au mode de vie, aux conditions d'hygiène, d'alimentation etc... Ce dernier mode d'intervention se distingue évidemment des deux autres par le fait qu'il porte sur des variables non médicales"(1). Or, il semble que certains courants de la pensée médicale contemporaine demeurent réticent à l'égard d'une médecine préventive. Le professeur Péquignot écrit, par exemple, "il est bien certain qu'une partie de notre pathologie serait effacée si l'homme individuel et les sociétés humaines devenaient parfaites. On peut s'amuser à chiffrer, ce qui se passerait, si l'homme (et maintenant la femme) cessait totalement de fumer, diminuait sa ration d'alcool à moins d'un litre de vin par jour. Il ne serait pas mauvais, non plus que l'homme diminue sa ration alimentaire en-dessous de 2 000 calories, comprenne que les calories les plus chères n'ont pas plus de valeur nutritive que les calories les moins chères (disons la viande que le lait) ; il serait bon qu'un exercice physique régulier diminue la sédentarité des peuples, une des raisons non négligeables de leur pathologie et ampute la circulation automobile inutile... Qu'on nous épargne la continuation de ce sermon. On peut appeler cela éducation sanitaire ou médecine préventive ; il est bien évident que celle-ci ne coûte rien que le salaire des prédicateurs. Si l'on a l'audace de calculer toutes les maladies que cela éviterait, il est facile d'accumuler les milliards d'économie possibles"(2). Devant une autre instance, le Pr. Péquignot fait remarquer "bien sûr, il vaudrait beaucoup mieux que les gens ne fument pas... Mais, quand un monsieur entre dans mon service avec un infarctus du myocarde et qu'il a payé des cotisations toute l'année, je ne vais pas lui offrir un révolver et une balle, ou je ne vais pas le renvoyer chez lui. Il faut quand même que je le soigne"(3).

J.P. Dupuy et S. Karsenty qui citent ces textes y voient l'expression "de l'idéologie libérale la plus pure(4) : "les comportements des gens s'expliquent par leurs désirs : si les individus fument, boivent, ne font pas d'exercice, c'est que tel est leur bon plaisir... Dès lors, celui qui préconise de prévenir l'apparition des maladies par un mode de vie

(1) DUPUY (J.P.) KARSENTY (S.) - L'invasion pharmaceutique - p. 252.

(2) PEQUIGNOT (Henri) - "Le coût du progrès".

(3) PEQUIGNOT (Henri) - "in:compte rendu du premier Congrès du Club Européen de la Santé (janvier 1972), cité par Dupuy J.P. et KARSENTY S. - op. cit. p. 253.

(4) DUPUY J.P. et KARSENTY S. op. cit. p. 253.

plus "sage" est un prêcheur, un sermoneur douteux et certainement inefficace... Les comportements des individus étant censés révéler leurs goûts, leurs préférences propres"(1). Dans cette optique, "les déterminants socio-culturels de ces comportements sont totalement ignorés, surtout le fait que, les règles du jeu de la société peuvent être telles qu'elles amènent un ensemble de comportement individuellement cohérents à être finalement préjudiciable à tout le monde"(2).

Par ailleurs, le professeur Péquignot semble reprocher aux économistes de ne rien comprendre à la santé, "car ils ne comprennent pas qu'un médecin qui a devant lui un malade ne se soucie que de le soigner et de le soulager sans se demander auparavant comment changer le monde"(3). Or, comme le font remarquer Dupuy et Karsenty les économistes comprennent bien cela, mais au niveau individuel : il est vrai que dans "la relation d'un médecin et d'un malade, la morbidité est une donnée exogène pour le médecin"(4).

Mais, disent Dupuy et Karsenty "ce qui est grave, c'est de transposer cette optique du niveau individuel au niveau collectif. Car, au niveau collectif, c'est de la santé "à la troisième personne" (ils sont ou plutôt, ils peuvent, devenir malades) et non plus à la "deuxième personne" (tu es malade) qu'il s'agit. Et, à ce niveau, il peut être plus efficace de changer le monde et d'éliminer la maladie plutôt que de la guérir une fois qu'elle s'est déclarée"(5).

En outre, "si la médecine n'était pas fondée sur l'idéologie organo-génétique, mais si elle était une médecine de l'homme total (soma, psyché-socius) le médecin serait obligé de remettre en question les facteurs d'oppression et d'aliénation de la vie courante (cadences et horaires de travail, habitat, logement etc...) au même titre que le bacille de Kock"(6).

(1) DUPUY J.P. et KARSENTY S. Op. cit. p. 253.

(2) idem. p. 254.

(3) idem. p. 254.

(4) idem. p. 254.

(5) idem. p. 254.

(6) Comité d'Action Santé et Hôpital. Silence - Répression -
op. cit. p. 34.

Le problème ici posé est celui de l'éducation sanitaire au sein de laquelle l'infirmière pourrait jouer un rôle important.

Or, tant que notre conception de la Santé ne sera pas plus ouverte, tant que l'opinion publique ne sera pas davantage sensibilisée à l'importance de l'hygiène et de la prévention, il est vain de vouloir -dans les textes- faire de l'infirmière une éducatrice de santé : elle demeurera -dans les faits- et -aux yeux du public- une soignante.

Mais il faudrait aussi que les structures sanitaires du pays s'assouplissent pour mieux s'adapter aux besoins des populations.

2.3. L'entrave des structures sanitaires inadaptées.

Actuellement la France est divisée en 22 circonscriptions sanitaires et sociales(1), et la physionomie globale des établissements hospitaliers est la suivante :

1° Hôpitaux publics généraux :

C.H.R.(2) (Centre Hospitalier Régional).....	24 établissements
C.H. (Centre Hospitalier).....	86 établissements
H. (Hôpitaux).....	418 établissements
H.R. (Hôpitaux Ruraux).....	363 établissements
Hospices et maisons de retraite.....	<u>979</u> établissements

Total :..... 1 870 établissements

2° Hôpitaux publics spécialisés :

Psychiatrie.....	111 établissements
Etablissements anti-tuberculeux.....	639 établissements
Centres anti-cancéreux.....	18 établissements
Etablissements anti-vénéériens.....	450 établissements
Etablissements pour enfants inadaptés.....	<u>98</u> établissements

Total :..... 1 316 établissements

3° Etablissements privés..... 3 626 établissements

Total général (dispensaires exclus) 6 812 établissements(3)

(1) Voir découpage du territoire français en circonscriptions sanitaires et sociale en Annexe I.

(2) Les 10 C.H.U. de Paris étant ici comptés pour 1 seul ainsi que ceux de Marseille et de Lyon.

(3) CLEAR - L'hôpital en question - p. 30.

Il semblerait donc qu'un certain pluralisme règne dans le patrimoine hospitalier français. En effet, "sur les cinq cent cinquante trois mille sept cent quatre vingt douze lits d'hôpitaux existants, trois cent cinquante mille cinq cent vingt-six se trouvent dans le secteur public et deux cent soixante cinq relèvent d'établissements privés"(1). Le développement anarchique de l'hospitalisation privée qui ne participe ni à l'enseignement, ni à la recherche a tout de même été un stimulant pour les hôpitaux publics qui ont, pour pouvoir entrer en compétition avec le privé, réalisé un effort de modernisation de certains établissements englués dans la tradition archaïque de l'hospice-caserne. Mais, un certain travail reste encore à accomplir pour que toute trace du passé soit effacée.

Quant à l'équipement extra-hospitalier français il reste peu élaboré. On compte actuellement peu de "centres de soins"⁽²⁾. Les soins sont effectués le plus souvent soit par le médecin de famille au domicile du patient ou à son cabinet, soit par les consultations externes des hôpitaux. Cette carence de l'équipement extra-hospitalier met en évidence qu'il n'y a jamais eu en France en matière de santé, un projet d'équipement programmé, entrant dans un plan d'ensemble. En séparant, le "curatif" du "préventif", on a seulement essayé de pallier aux difficultés rencontrées par la population dans le domaine de la santé par l'action sociale qui a abouti à un éparpillement des moyens et des activités entre une multitude d'organismes privés, jamais assez forts, ni assez représentatifs pour avoir une quelconque audience auprès des pouvoirs publics. Si l'on prend comme point de référence ce qui est mis en place pour la famille, on s'aperçoit que l'action sociale se réalise sous forme de :

- prestations : allocations familiales, allocations logement, primes diverses, mais que l'on a jamais abordé les problèmes de fonds de la femme au travail ou du problème de l'habitat, par exemple.
- d'une multitude de services "879 centres de consultations pré-natales ; 8 897 centres de protections maternelles et infantile (enfant jusqu'à l'âge de 3 ans) 1 463 dispensaires

(1) ESCOFFIER-LAMBIOTTE (Dr) "Le prix de la Santé"

(2) Actuellement "il existerait 4 500 centres de soins en France qui malgré les services rendus rencontrent des difficultés financières qui peuvent malheureusement conduire à leur fermeture (in : Revue de l'infirmière n° 6 juin 1976 p. 513.

pour enfant d'âge pré-scolaire et 1 300 centres médico-scolaires, sans compter les dispensaires publics ou privés spécialisés pour telle ou telle catégorie de population ou tel ou tel handicap qui, sont fort nombreux, puisqu'on comptait en 1965, 959 dispensaires anti-tuberculeux, 440 anti-vénéériens, 82 consultations de dépistage de cancers, 726 dispensaires d'hygiène mentale(1), auxquels on doit rajouter les services sociaux de secteur ou de quartier.

Cette attitude palliative, donne une priorité à l'aide individuelle et à l'action parcellaire, car, la plupart de ces services peuvent être simultanément fréquentés par la même famille. N'ayant aucun lien entre eux, ils ne sont pas à même de mettre en évidence la globalité des problèmes se posant au sein du groupe familial, et, de ce fait, l'efficacité du service rendu est aléatoire : à quoi sert de traiter les troubles caractériels d'un enfant, si l'origine de ces troubles se trouvent dans la famille qui, elle, ne reçoit d'aide de personne ? L'aspect curatif est donc privilégié par rapport au préventif ; car, en réalité on intervient qu'en état de "crise".

A cette carence d'équipement extra-hospitalier, se joint une incoordination, voire une superposition, dans une même famille, d'actions diverses menées par des services sociaux différents : c'est ainsi qu'un père alcoolique peut être suivi par un service d'hygiène mentale, l'enfant d'âge scolaire sera surveillé par le service d'hygiène scolaire, notamment s'il a des difficultés en classe, la mère tuberculeuse fera l'objet d'une surveillance de la part d'un dispensaire anti-tuberculeux : de multiples services et personnes entrent ainsi dans la famille, mènent chacune une action différente sans jamais se concerter, sans jamais faire une analyse exacte des besoins et des ressources de cette famille qui est littéralement prise en charge, "portée", "ballotée" de ci de là, par les services sociaux dont elle attend tout. Il en résulte, finalement une carence flagrante par rapport aux besoins de la population, parfois une subordination grave du groupe familial vis à vis des services sociaux et finalement une prédominance de l'action individuelle sur l'action préventive et collective. On essaye

(1) Chiffres donnés par l'O.M.S. - Les Services de Santé en Europe - p. 192.

de "réparer" les inadaptations sociales les plus criantes mais pas de les prévenir. Bien sûr, il existe des réalisations positives de prévention et de prévention collective, mais elles ne sont pas le fait d'une politique de la santé pensée à long terme.

Nous sommes d'autant plus navrée de cette situation que l'un des objectifs du VIIe plan est d'améliorer la santé, plutôt que de chercher à tout pris à augmenter les moyennes d'espérance de vie. La politique de santé devrait porter non seulement sur le système de distribution des soins mais aussi sur l'éducation des comportements et les modalités de l'organisation sociale, en réduisant les inégalités devant la mort ou la maladie suivant les catégories socio-professionnelles. Mais, c'est aussi "au niveau de la prise de conscience individuelle et collective que se situe le vrai problème de la prévention. Pour apprendre à chacun à se situer face à son corps, à sa santé, au système de soin"(1).

Sic degrés de prévention sont actuellement préconisés :

- "- Réduire les nuisances et les facteurs d'agression de l'environnement,
- Eduquer le public et lui apprendre à se protéger,
- Protéger les individus contre une éventuelle agression,
- Surveiller certaines catégories de la population pour éviter l'apparition d'une affection,
- Détecter précocement les affections,
- Réduire les séquelles d'une affection résultant d'un échec d'interventions précédentes"(2). L'éducation sanitaire doit donc être une éducation permanente présente de partout et par tous les moyens .

Mais une telle attitude devant la santé rend nécessaire une réflexion sur l'efficacité du système et des dépenses qui lui sont consacrées, d'autant plus que, actuellement, on a l'impression qu'un écart de plus en plus grand, existe entre les efforts qui lui sont consentis et les résultats obtenus.

- oOo -

(1) VIIe Plan - Priorité à la prévention et à l'éducation sanitaire.

(2) idem.

Nous espérons avoir montré comment le mécontentement, les insatisfactions, le désarroi des infirmières ont été longtemps liés à l'absence, à l'imprécision, au caractère très restrictif et dépendant des finalités proposées à leurs activités.

Le programme de 1972, en faisant de l'infirmière une éducatrice de santé, a -sur le plan théorique- indiscutablement modifié la situation.

Malheureusement -sur le plan pratique- la réalisation de cette finalité ouverte et dynamique risque fort de demeurer illusoire sous la pression conjuguée de mentalités, de conceptions ou de structures institutionnelles totalement inadaptées ou dépassées.

Nous pensions que la crise que traverse le personnel infirmier était liée à la fois aux finalités de la profession et aux difficultés rencontrées à les réaliser. Notre étude semble bien confirmer la validité de notre hypothèse, tant il est vrai qu'il ne sert à rien d'élaborer un programme de formation généreux si l'on ne met pas en place, en même temps, les conditions psychologiques et institutionnelles de sa réalisation.

Nous pouvons, également, mieux comprendre les difficultés éprouvées par les infirmières actuelles à constituer une profession.

Elles n'ont jamais rencontré le "consensus de l'ensemble social et des organes sociaux préexistants"(1), nécessaire à la reconnaissance d'une nouvelle profession.

Pendant longtemps, leurs activités, si louables qu'elles aient été, ont été le fait de personnes isolées ou de congrégations religieuses dont -"la vie était très éloignée de celle des communautés concernées... d'autant plus que, dans l'ensemble de ces congrégations, des règles strictes existaient, telles que, par exemple, l'interdiction à une religieuse de langer un enfant de sexe masculin, de soigner des malades atteints de maladies vénériennes, d'assister une femme en couches..."(2).

(1) LATREILLE (G.) - "Une profession qui se cherche" p. 7.

(2) LATREILLE (G.). idem. p. 7.

Puis, quand leur activité devint une "carrière civile" et qu'elles auraient pu prendre en main la destinée de leur profession, elles durent, finalement, se soumettre aux dictats des administrations hospitalières et des médecins. Elles luttent toujours -nous l'avons vu- pour être reconnues comme groupe professionnel ayant des finalités propres.

QUATRIEME PARTIE

VUES PROSPECTIVES SUR L'INFIRMIERE DE L'AVENIR

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

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

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

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

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

CHAPITRE I

COMMENT CONCEVOIR ET ASSURER LA SANTE ?

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

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

1 - Qu'est-ce que la santé ?

1. 1. La santé et la vie

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

1.11. - Approche de la notion de santé

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

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

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

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

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

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

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

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

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

(2) idem p. 79.

(3) " p. 155.

(4) idem p. 155.

(5) idem p. 79.

(6) idem p. 150.

(7) idem p. 134.

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

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

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

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

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

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

(1) Souligné par nous.

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

(3) idem p. 132-133.

(4) idem p. 133.

(5) idem p. 133.

(6) idem p. 130.

(7) idem p. 132.

(8) idem p. 155.

(9) idem p. 120.

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

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

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

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

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

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

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

(2) idem p. 122.

(3) idem p. 129.

(4) idem p. 129.

(5) idem p. 156.

(6) idem p. 156.

(7) idem p. 19.

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

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

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

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

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

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

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

(3) " idem p. 128.

(4) " idem p. 51.

(5) " idem p. 59.

(6) " idem p. 153.

(7) " idem p. 131.

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

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

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

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

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

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

(2) " idem p. 151.

(3) idem. p. 131.

(4) idem. p. 131.

(5) idem. p. 131.

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

1.12. Vers une définition de la santé

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

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

- La reconnaissance du droit à la santé

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

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

(2) idem p. 133.

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

(4) COLLIÈRE (M.F.) idem. p. 1080.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Et le Docteur R. Dubos de conclure :

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

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

(2) DUBOS (R.) - idem.

(3) DUBOS (R.) - idem.

(4) DUBOS (R.) - idem.

(5) DUBOS (R.) - idem.

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

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

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

- oOo -

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

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

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

(3) " " " "

1.2. La santé et la mort

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

(2) idem p. 44.

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

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

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

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

depuis le XIXe siècle (1).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

(2) idem. p. 187.

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

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

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

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

(7) idem p. 191.

(8) idem. p. 71.

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

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

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

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

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

(2) idem p. 197.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.3. Comment assurer la santé ?

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

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

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

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

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

(3) idem. p. 131.

(4) idem. p. 136.

(5) idem. p. 131.

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

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

1.3.1. Le point de vue d'Illich.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

(2) idem. p. 7.

(3) idem. p. 97.

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

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

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

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

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

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

(2) idem. p. 31.

(3) idem. p. 36.

(4) idem. p. 47.

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

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

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

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

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

(2) idem. p. 54.

(3) idem. p. 62.

(4) idem. p. 66.

(5) idem. p. 69.

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

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

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

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

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

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

(2) idem. p. 77.

(3) idem. p. 77.



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

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

1.32. La valeur des idées d'Ivan Illich.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

(2) idem. p. 176.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

(2) idem p. 116.

(3) idem. p. 212.

(4) idem. p. 137.

(5) idem.p. 136.

(6) idem. p. 125.

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

(8) idem.

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

(10) ILLICH . idem. p. 67.

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

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

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

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

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

(2) idem. p. 179.

(3) idem. p. 179.

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

(5) idem. p. 118.

(6) idem. p. 115.

(7) " p. 142.

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

Mais leur point de vue est alors totalement différent.

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

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

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

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

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

(3) idem. p. 109.

(4) idem. p. 140-141.

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

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

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

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

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

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

(3) idem. p. 207.

(4) idem. p. 207.

(5) idem. p. 207.

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

(7) idem. p. 228.

(8) idem. p. 229.

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

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

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

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

(2) idem. p. 229.

(3) "

(4) idem. p. 229.

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

(6) idem. p. 224.

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

(8) " " p. 226.

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

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

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

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

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

(2) idem.

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

(4) idem. p. 169.

(5) idem. p. 169.

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

1.3.3. L'avenir de la médecine française

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

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

Assez éclectique, le Professeur Jean Bernard déclare :

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

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

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

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

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

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

(5) idem. p. 191.

(6) idem. p. 190-191.

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

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

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

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

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

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

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

(2) idem. p. 138.

(3) " p. 138.

(4) " p. 125.

(5) " p. 145.

(6) " p. 124.

(7) " p. 117.

(8) " p. 123.

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

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

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

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

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

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

(4) idem. p. 219.

(5) " p. 121 à 124.

(6) " p. 219.

(7) " p. 219.

(8) " p. 52.

(9) Le Professeur Minkowski parle des infirmières.

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

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

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

- oOo -

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

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

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

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

(2) idem. p. 215.

(3) idem. p. 220.

CHAPITRE II

COMMENT L'INFIRMIERE PEUT-ELLE DEVENIR "EDUCATRICE DE LA SANTE" ?

A partir du moment où l'on a de la santé une conception claire sur le plan individuel et collectif et, où l'on reconnaît qu'elle doit être assurée par les êtres humains eux-mêmes, sans rejeter pour autant ni les médecins, ni les organisations sanitaires, mais où l'on estime, avec Illich, que médecine et institutions sanitaires doivent rester au service des individus, on est conduit à admettre l'existence d'un personnel intermédiaire entre l'individu ou la collectivité d'une part, et la médecine ou les organisations de santé d'autre part, dont la fonction serait d'aider les uns et les autres à vivre, à vivre sagement, mais aussi à mourir humainement.

Or, il nous semble que les infirmières pourraient et devraient, dans cette position interstitielle jouer leur rôle d'éducatrice de la santé.

1 - La fonction de l'infirmière, éducatrice de la santé.

- Le problème -

Etre éducatrice de la santé, ce n'est pas seulement apporter des soins aux personnes malades -ce qui reste l'objectif inaliénable de l'infirmière- c'est aussi aider les individus ou les collectivités à la retrouver lorsqu'ils sont malades, mais surtout à la conserver le plus longtemps possible.

Dans l'organisation sanitaire et sociale actuelle l'infirmière pourrait jouer ce rôle dans le secteur extra-hospitalier et dans le secteur hospitalier.

Or le modèle dominant, pour ne pas dire encombrant, de l'infirmière est, actuellement, pour toutes les infirmières françaises, celui de "l'infirmière hospitalière" centrée sur la maladie : il est la forme la plus courante de la fonction. Il a valeur normative.

Toute notre étude a mis en évidence -nous l'espérons- le caractère doublement inadéquat de ce modèle : il ne permet ni à l'infirmière extra-hospitalière, ni à l'infirmière hospitalière de réaliser

effectivement leur fonction d'éducatrice de la santé.

Comment permettre aux infirmière d'atteindre cet objectif ?

- Les conditions d'un changement dans le monde sanitaire

Monsieur Avanzini dans son ouvrage "Immobilisme et Novation dans l'éducation scolaire" fournit une voie possible. Après avoir étudié les rapports entre l'Ecole et la Société, il estime en effet que les deux systèmes de représentation des relations entre Ecole et Société : victoire de l'Ecole sur la Société ou de la Société sur l'Ecole doivent être dépassés et qu'il faut récuser le dilemme auquel ils réduisent. La thèse de Monsieur Avanzini est, en effet que le remodellement de l'enseignement "s'opère quand un régime politique tolère ou requiert un modèle déjà disponible dont la variable idéologique coïncide avec la sienne"(1). Deux conditions sont donc nécessaires au changement sur le plan éducatif: "l'existence d'un modèle" et "l'apparition d'une conjoncture politique favorable"(2). Et Monsieur Avanzini précise "qu'un tel renouveau ne saurait s'effectuer que d'une manière à la fois rapide, globale et structurelle"(3).

- Les "modèles mutationnels"

Aussi les modèles qui doivent favoriser le changement sont-ils des "modèles mutationnels". Monsieur Avanzini, à la suite de Monsieur Balandier, emprunte, en effet, aux évolutionnistes l'idée biologique de mutation. Elle désigne "les changements qui assurent le passage d'une structure sociale à une autre, d'un système de structure à un autre"(4). Et, Monsieur Avanzini juge cette notion "pertinente" car, un "changement global de méthode"(5), écrit-il, "s'apparente bien à la transformation brusque et héréditaire d'un type vivant" : soudain, durable et non éphémère ordonné à un homme nouveau, il est réellement "mutationnel"(6). En pédagogie, c'est "au secteur marginal" que l'institution scolaire a recours pour découvrir ces "modèles mutationnels". Le rôle du secteur marginal est, en effet "de construire, d'explorer et de comparer, par anticipation

(1) AVANZINI (Guy)- Immobilisme et Novation dans l'éducation scolaire-p. 199

(2) idem. p. 199.

(3) idem. p. 199.

(4) idem. p. 200.

(5) idem. p. 200.

(6) idem. p. 200.

des formules idéologiquement diverses, dont chacune correspond à un système propre de finalités et qui, aux yeux de leurs zéloteurs respectifs, favoriseraient l'auto-reproduction de l'Ecole, c'est-à-dire lui permettraient de remplir une tâche conforme à leurs vœux, dans une société qui, renouvelée aussi selon leurs souhaits, autoriserait, voire prescrirait volontiers une didactique ordonnée aux mêmes objectifs car, malgré sa crainte d'être trompée ou déçue, elle aurait besoin pour se consolider, du concours d'une instance éducative"(1).

Toute proportion gardée, la situation dans le domaine infirmier est bien de même type et cette analyse d'Huguette Bachelot le confirme : "Nous voyons pour l'infirmière de l'avenir, s'étendre et se diversifier le champ de son activité. Bien des routes nouvelles s'ouvrent déjà aujourd'hui (il suffit pour s'en convaincre de savoir qu'actuellement en France 40 % des infirmières travaillent en dehors de l'hôpital) mais beaucoup d'autres routes s'ouvriront d'ici quelques années. Cette diversification des domaines d'action de l'infirmière devrait nous faire repenser l'organisation de nos programmes de formation. Il n'est pas normal, en effet, que 40 % des éléments d'une profession soient formés pour un type de travail bien précis, l'hôpital, alors qu'ils en accompliront un autre(2)". Et s'ils étaient encore bien formés pour la tâche hospitalière ? ... Mais, il est évident que, à l'hôpital, une infirmière ne pourra être éducatrice de santé tant qu'elle sera acculée à fournir un travail punctiforme, parcellaire, et en miettes.

Quelques modèles mutationnels dans le secteur hospitalier

Nos collègues hospitalières étrangères nous fournissent, ici, un modèle de l'infirmière à l'hôpital autrement plus "humain" : chargées de quelques malades elles leur apportent non seulement les soins qu'exige leur état mais le réconfort d'un dialogue. Humaniser les hôpitaux ne consiste pas seulement à rendre le site plus agréable ou plus commode. Cela

(1) AVANZINI (Guy) - Immobilisme et novation ... op. cit. p. 198.

(2) BACHELOT (Huguette) - "Perspectives d'avenir de la profession d'infirmière" - p. 8.

est bien, mais demeure non seulement insuffisant mais dangereux, dans la mesure où ces améliorations donnent à leur promoteur.... bonne conscience ! Humaniser vraiment les hôpitaux, c'est "personnaliser" les rapports humains à l'hôpital, c'est-à-dire faire en sorte qu'ils ne soient plus des rapports de "personnage" à "personnage" mais des rapports de "personne à personne".

Outre cette attitude générale, notre propre expérience nous conduit à présenter quelques suggestions. Pendant plus de dix années, nous avons participé, dans une Ecole Publique, à la formation des infirmières diplômées d'Etat, nous n'avons certes, pas réalisé de manière scientifique une évaluation de cette formation mais nos rencontres fréquentes avec de jeunes diplômées d'Etat et le corps médical nous ont permis de mettre en évidence un certain nombre de lacunes dans cette formation qui ne répond plus aux besoins des services hospitaliers en fait de personnel infirmier.

La situation s'aggrave encore lorsque la jeune infirmière nouvellement promue "diplômée d'Etat" se voit attribuer un poste dans un service de haute technicité -type d'unité de soins qui se développe de plus en plus de nos jours- où la plupart des gestes opératoires lui sont pratiquement inconnus.

Il n'est pas, dans notre propos, de rechercher les causes de cette carence, ni même de nier le fait que toute situation professionnelle nécessite un temps d'adaptation plus ou moins long suivant les individus, mais de rendre compte d'une insuffisance réelle de connaissances, c'est-à-dire de savoir et de savoir faire chez les infirmières qui retentit secondairement sur la qualité des soins infirmiers et les chances de guérison voire même de survie des malades.

Il reste évident "qu'aucune école professionnelle ne peut espérer fournir "un produit fini", car la maîtrise d'un métier, les connaissances expertes et la maturité de jugement ne peuvent s'obtenir qu'après une longue expérience professionnelle. Tout ce qu'une école d'infirmière peut donc espérer faire, c'est de fournir à la société des infirmières ayant acquis suffisamment d'habileté et de jugement pour pouvoir pratiquer leur profession en toute sécurité et avec une certaine indépendance"(1).

(1) Conseil International des infirmières - Comité d'Education (1952). La formation de base de l'infirmière professionnelle - cité par LYMAN KATARINE - L'enseignement infirmier de base p. 49

Les critères de sécurité et d'indépendance n'étant plus atteints par la formation de base, les infirmières travaillant dans des services technologiquement avancés acquièrent, officieusement, les connaissances qui leur manquent, pendant une durée d'environ 6 mois, avec l'aide de leurs pairs et des médecins responsables de ces unités de soins.

Après cette formation à la fois clinique, technique et psychologique réalisée "sur le tas", et qui n'est aucunement reconnue ni par l'employeur, ni dans l'échelle hiérarchique, l'infirmière devient opérationnelle dans un domaine de soins bien définis.

Ces modèles d'infirmières existent depuis fort longtemps au sein des unités de soins, ils se sont développés comme un secteur marginal, pour répondre aux exigences de notre société technologiquement avancée où les systèmes de valeurs sont sans cesse modifiés, sans, pour autant, reconnaître officiellement aux infirmières la nécessité d'une formation complémentaire qui, du même coup, les placerait mieux dans une hiérarchie qui commence juste à se profiler.

Notre expérience et notre connaissance des services hospitaliers nous autorise-t-elle à avancer qu'une formation complémentaire est nécessaire aux infirmières travaillant dans certaines unités de soins ? Quoiqu'il en soit, médecins et infirmières sont unanimes à reconnaître qu'il faut plus de six mois d'adaptation, de travail et d'encadrement à une infirmière pour qu'elle soit apte à donner aux malades de neurochirurgie, de réanimation, de néphrologie, de chirurgie cardiaque... ou même aux enfants et aux personnes âgées, des soins adaptés à leur état.

Quelques modèles mutationnels dans le secteur extra-hospitalier

Des considérations analogues au secteur hospitalier peuvent être appliquées au secteur extra-hospitalier car, à quelques exceptions près, et étant donné la pénurie de personnel soignant dans les hôpitaux, la formation des infirmières, ces dernières années, a eu pour objectif essentiel d'en faire des soignantes exerçant dans le cadre hospitalier ; alors que parallèlement le champ d'activités des infirmières se développait, hors de l'hôpital.

Cependant l'étendue de ce champ d'activités , que nous avons décrit dans notre étude sociologique, a plus ou moins remis en cause le modèle initial. Les infirmières se sont trouvées dans des situations inhabituelles où elles n'ont pu reproduire le modèle primitif. Elles ont donc dû élaborer un modèle nouveau, véritable "Patron" qui a induit la manifestation de comportements différents et originaux susceptibles d'être adaptés à leur nouvelle situation de travail et qui n'était, en fait, qu'une pâle imitation du modèle de l'infirmière hospitalière.

Ce fut le cas, comme nous l'avons vu, pour l'infirmière scolaire ou d'usine, sans parler de celles s'occupant de la protection maternelle et infantile ou de soins à domicile.

C'est pourquoi, en faisant appel à notre expérience, nous pensons que, grâce à des initiatives individuelles, souvent très punctiformes, il s'est développé autant de "modèles infirmiers" que de domaines d'activités dans la fonction, sans que les infirmières aient, au préalable, bénéficié d'une quelconque formation.

Par ailleurs, ici ou là, quelques écoles privées aidées en cela, par la mise en application du nouveau programme d'enseignement de 1972, ont tenté de donner une autre dimension à cette formation, en l'ouvrant plus sur les soins donnés en secteur extra-hospitalier et en incluant à la fonction de soignante de l'infirmière, des fonctions d'éducation, de prévention, de promotion de la santé.

Il n'est donc pas exagéré de dire que "des modèles d'infirmières extra-hospitalières" sont disponibles, ce en quoi notre profession remplit bien une des deux conditions souhaitées par Monsieur Avanzini pour amorcer un quelconque changement. Comme en éducation, il est "en effet normal qu'existent simultanément plusieurs perspectives de changement"(1) correspondant à des besoins du moment. Mais encore faudrait-il que des recherches soient entreprises pour mettre en évidence ces besoins, que "des modèles expérimentaux" soient élaborés et que "soit appliquée à leur évaluation une procédure appropriée"(2).

(1) AVANZINI (Guy) op. cit. p. 200

(2) idem. p. 200.

En dégageant des "modèles mutationnels", on peut nous reprocher de vouloir spécialiser, perfectionner à outrance le personnel infirmier. C'est une objection que nous retenons et à laquelle nous tenterons de répondre ultérieurement. Quant au fait que, "l'étude de modèles mutationnels axiologiquement irréductibles exerce de facto sur ceux qui y seraient soumis, des pressions contraires à leur liberté..."(1), nous pensons que cette objection n'est pas décisive car, "loin de créer une situation radicalement neuve, l'acceptation patente d'îlots expérimentaux variés n'en constituerait que la reconnaissance"(2).

2 - Vers un nouveau modèle : l'infirmière de santé publique.

Ainsi, les infirmières de protection maternelle et infantile, les infirmières de soins à domicile, scolaire ou d'entreprise ... ont esquissé -dans les faits- des modèles différents du modèle de l'infirmière hospitalière. La reprise de ces modèles pourrait fournir l'ébauche d'un modèle infirmier plus général et original : celui de l'infirmière de santé publique. Ce terme international est utilisé par l'O.M.S. pour désigner toute infirmière qui travaille dans le secteur extra-hospitalier que ce soit dans le domaine préventif ou curatif.

2.1. Qui est-elle ?

Dès 1969, Marie-Françoise Collière, qui est une des infirmières françaises expertes en santé publique, proposait de l'infirmière de santé publique une analyse(3) dont nous nous inspirerons librement.

Etre infirmière, autrefois, c'était, nous l'avons déjà indiqué, contribuer à lutter contre la maladie et tout son cortège de maux, c'était être essentiellement au service des mal-portants, de ceux qui, par essence, n'avaient pas la santé. mais on ne pensait guère à ceux qu'il aurait fallu aider à la reconquérir ou à accepter de l'avoir perdue. L'infirmière ne s'occupait pas non plus, des personnes qui "possédaient la santé", elle

(1)(2) AVANZINI (Guy) op. cit. p. 201.

(3) COLLIÈRE (M.F..) "Les fonctions de l'infirmière de santé publique"
L'infirmière sociale dans le cadre d'un programme de santé publique
p. 1081.

ne les informaient pas de la manière dont elles pouvaient conserver ce capital car, pour ce faire, il lui aurait fallu mobiliser toutes les énergies existantes. C'est pourquoi il n'existe aucun stéréotype standard de la fonction d'infirmière de santé publique : on ne peut faire une liste des tâches qu'elle aura à réaliser car elles sont fonction d'un contexte humain vivant, dynamique, qui évolue, progresse, régresse parfois du jour au lendemain, amenant la priorité d'un jour à ne plus l'être le lendemain, pour le redevenir le surlendemain. Cependant, les progrès en matière de santé ne seront réels qu'à partir du moment où la médecine puisera ses fondements dans une idéologie qui ne sera plus exclusivement organogénétique, mais qui sera une médecine de l'homme total. De ce fait, les infirmières de santé publique considéreront l'homme dans sa globalité, ne définiront pas leur fonction par rapport à des types de tâches à accomplir, mais par rapport à des objectifs humanistes visant le développement de la personne.

Orientée non seulement vers les individus mais vers les collectivités, l'action de l'infirmière de santé publique pourrait s'exercer non seulement dans les écoles et les entreprises mais dans les quartiers ou les communes.

Elle serait à la disposition des individus pour répondre à leurs besoins sur le plan curatif et préventif.

Son premier rôle resterait d'exécuter les prescriptions médicales, l'éducation de la santé ne supprimant pas, évidemment, la priorité des priorités : soigner les malades.

Mais l'infirmière de santé publique pourrait, en outre et surtout, avoir auprès des individus une attitude d'écoute : elle devrait d'abord recueillir leurs préoccupations en matière sanitaire, s'intéresser à leurs soucis, à leurs inquiétudes, à leurs problèmes.

Elle pourrait ainsi recueillir au niveau des familles ou des groupes qui feront appel à elle, des éléments sur leur situation, dont l'analyse lui permettrait de mieux les appréhender et les comprendre.

Cette attitude d'écoute se prolongerait naturellement en information, éducation ou en conseil.

. L'information est, en effet, un moyen de prévention indispensable sur un plan individuel mais aussi sur un plan collectif qu'il s'agisse des couples, de la famille, des groupes d'enfants scolarisés, de travailleurs, d'étudiants ou de personnes du 3e âge. Elle doit concerner tout ce qui touche à la satisfaction des besoins fondamentaux de l'homme telle que l'hygiène de vie corporelle, vestimentaire, alimentaire... mais aussi la satisfaction de ses besoins-aspirations et prendre en considération tout ce qui concerne le travail, la scolarité, les loisirs... Nous avons été étonné, dernièrement, en prenant connaissance du travail réalisé par un groupe de chercheurs du C.E.R.E.B.E.(1) de constater que lorsque les individus avaient besoin d'une information quelconque concernant leur santé, ils s'adressaient en priorité au pharmacien, mais aucun d'eux ne pensait que les infirmières pouvaient leur être d'une utilité quelconque et posséder l'information qu'ils recherchaient. Situation qui nous apparaît comme un paradoxe !

L'éducation peut apparaître, au moins à certains, une attitude déplacée de la part de l'infirmière. N'est-elle pas traditionnellement considérée comme une relation existant entre un adulte tout puissant, détenteur du savoir et un enfant soumis, réceptif, plus ou moins intéressé par ce qu'on lui dit ou ce que l'on veut lui faire faire. De fait, ce type de relation est tout à fait inadéquat dans le cas précis de l'infirmière et de son interlocuteur. Le concept d'éducation est intéressant s'il n'est pas seulement conçu comme une préparation à la vie réservée aux enfants et aux adolescents, mais comme une activité permanente, coextensive à la vie. C'est pourquoi l'éducation telle que doit l'envisager l'infirmière de Santé Publique relève du conseil.

Nous sommes frappés dans nos sociétés par l'importance du Conseil. Le recours au conseil est sans doute le signe de l'insécurité et du désarroi des individus face au caractère changeant et complexe de la société où tout est remis en question. Mais il est aussi le signe du désir, dans une situation difficile, d'assurer plus personnellement son existence en connaissance de cause.

Dans le domaine de la santé publique où l'on souhaite une

(1) C.E.R.E.B.E. : Centre de Recherche et d'Etudes sur le Bien Etre.

participation des individus à tous les niveaux, le conseil-directive ne peut avoir sa place. En effet, il prend appui sur l'âge, l'expérience, la compétence ; il tient surtout son poids de l'autorité, et de l'autorité conçue comme un pouvoir qui vient d'en haut et véhicule un certain nombre de valeurs d'inspiration paternaliste auxquelles on est obligé d'adhérer, aliénant ainsi toute liberté. Au contraire, le Conseil-élucidation répond mieux à l'idéologie qui sous-tend ce travail, et qui se veut démocratique, car il permet aux individus d'aspirer à l'autonomie et à la responsabilité. Il suppose, lui aussi, l'autorité -non plus celle du pouvoir- mais celle de la compétence et du savoir, en dehors de toute pression institutionnelle. Ne venant plus d'en haut, mais fruit de la réciprocité et du dialogue, il est stimulation pour l'autonomie qui se cherche et occasion d'une prise en charge de soi pour la liberté qui veut s'assurer. Etant donné les conceptions fort différentes que les individus ont de la santé, et l'importance des champs d'action de l'infirmière de santé publique, la fonction du Conseil ne peut être qu'élucidante, basée sur l'écoute de l'autre et de la connaissance que l'on a de son vécu, de son milieu culturel, et de son environnement.

Parfois aussi, à partir de la connaissance précise qu'elle a d'une situation donnée ou d'un cas déterminé, l'infirmière devra prendre des décisions soit par rapport aux types de soins infirmiers à mettre en oeuvre et dont elle a la responsabilité, soit par rapport au spécialiste susceptible d'intervenir avec compétence, qu'il faudra consulter.

En d'autres termes, dans les soins eux-mêmes et au-delà des soins, à travers les informations, les conseils, les décisions à prendre, l'infirmière de Santé publique devra instaurer avec les personnes un dialogue analogue -non pas identique- au "colloque singulier" du médecin et de son client. Instaurer -sur le plan sanitaire- un rapport vrai de personne à personne avec son interlocuteur permet à l'infirmière de préparer ou de prolonger le "colloque singulier" médical mais dans certains cas aussi de le prévenir.

- Au niveau de la collectivité, les infirmières de santé publique pourraient devenir des coopératrices actives et irremplaçables dans une politique de prévention.

A l'écoute des hommes et en les observant dans leur environnement, elles pourraient, en remontant des méfaits sanitaires constatés à leur cause, déceler les aspects nocifs des milieux de vie ou de travail.

L'infirmière de santé publique, par ses observations et son action éducative, pourrait être ainsi un agent de la lutte contre les plaies du monde moderne : pollution de l'atmosphère due aux émanations toxiques de l'industrie et de l'automobile, troubles dus à l'abus de l'utilisation des détersifs, des produits synthétiques, des colorants..., aux radiations ionisantes, maladies nutritionnelles liées, dans les pays industrialisés à la suralimentation, à la malnutrition, aux hypervitaminoses... ou plus prosaïquement aux atteintes profondes de l'organisme due à la consommation abusive de tabac ou d'alcool.

Non moins indispensable pourrait être sa coopération pour dépister à temps le retour de vieux fléaux collectifs, dont les parasites chez les élèves des écoles maternelles en cet automne 1976 sont une illustration et, peut être, le signe avant coureur du retour analogue d'autres fléaux infiniment plus graves.

Un exemple de ce que pourrait être l'action bénéfique des infirmières de santé publique nous est donné par les infirmières puéricultrices de protection maternelle et infantile. Leur intervention dans les familles a contribué à une diminution de la mortalité infantile et l'éducation réalisée auprès des mères a réduit singulièrement le recours au placement des enfants dans des maisons spécialisées. Par contre, les infirmières puéricultrices savent que d'autres problèmes se posent au sein des familles, en dehors de ceux qui concernent la mère et l'enfant en bas âge et pour lesquels peu ou pas d'action sont entreprises.

Tel pourrait être le travail intéressant et efficace d'une infirmière de santé publique. Dans son étude, M.F. Collière, outre les fonctions d'information, de décision, d'exécution, d'éducation lui attribuait une fonction de recherche. Cette dernière fonction consistant "à analyser les événements ou les méthodes de travail auxquels elle participe.

C'est une disposition à encourager. L'étude scientifique ou l'expérimentation est la capacité d'accepter des conclusions sanctionnées par "l'expérience et de s'en inspirer par la pratique". Marie-Françoise Collière

précise que "le champ de la recherche dans les soins infirmiers reste quasi totalement à explorer"(1), surtout en France, où l'idée et les conditions d'une recherche spécifiquement infirmière sont encore loin d'affleurer les meilleurs esprits ! Nous n'en voulons pour preuve que le jugement un peu hautain de J. Bernard : "La découverte est faite par les médecins, les grandes lignes des indications sont fixées par des médecins. L'application peut être faite par des infirmières...(2).

La recherche mise à part, M.F. Collière prend bien soin de faire remarquer que les fonctions de l'infirmière de santé publique "n'impliquent pas un stéréotype standard, n'existent que dans un contexte total, et doivent être remises en question par rapport à ce contexte"(3) et elle ajoute, "c'est le niveau de santé publique atteint par un pays qui permet de savoir comment orienter l'action sanitaire"(4).

Elle montre enfin avec pertinence que le modèle de l'infirmière de santé publique est aussi valable pour les infirmières hospitalières "Pourquoi le domaine de la santé serait le propre de certaines infirmières tandis que d'autres n'auraient que le lot de la maladie ?"(5) En effet, "dans une optique de la santé considérée comme l'exploitation de toutes les possibilités contribuant au développement de la personne, il apparaît que toute infirmière devrait être une infirmière de santé publique et qu'il serait sans doute plus juste de parler du champ d'action où l'infirmière pratique sa profession c'est-à-dire le secteur hospitalier et le secteur extra-hospitalier pour désigner les infirmières qui y exercent"(6).

Toute soignante, même dans le cadre hospitalier pourrait, si elle le voulait, avoir un champ d'activité beaucoup plus vaste et acquérir une certaine autonomie. Cela nécessiterait, sans doute, qu'elle reprenne aux

(1) COLLIÈRE (M.F....) "Les fonctions de l'infirmière de santé publique"
L'infirmière sociale dans le cadre d'un programme de santé publique.
p. 1082.

(2) BERNARD (J...) - L'homme changé par l'homme - p. 177.

(3) COLLIÈRE (M.F.) - idem. p. 1081.

(4) idem. p. 1081.

(5) idem. p. 1081.

(6) idem. p. 1083.

sous-professions qu'elle a secrété, les tâches qu'elle leur a laissé : nous voulons parler de l'ensemble des soins aux malades qu'elle délègue aux Auxiliaires de Puériculture, aux Aides Soignantes, aux diététiciennes..., ou de ceux qui, en fait, relèvent d'elle, mais qu'elle a abandonné à des professionnels plus spécialisés, tels que les kinésithérapeutes, les orthophonistes, les éducateurs de jeunes enfants... Car, le fait de laisser une partie de ses activités à d'autres professionnels de la santé la relègue, finalement, dans un rôle de technicienne, soumise aux prescriptions médicales qui n'intervient auprès des malades que dans un but très précis n'ayant, de ce dernier, qu'une vision parcellaire. Ayant perdu toute prérogative dans certains domaines de soins (Hygiène, alimentation, locomotion, respiration, vie de relation...) elle n'a, à ses différents niveaux, aucune possibilité de décision.

Il serait aussi nécessaire de passer d'une organisation "du travail en miettes" à une sectorisation de soins qui la rendrait responsable d'un groupe de malades. Du fait de sa permanence auprès des patients n'est-elle pas apte à déceler leurs besoins, leurs ressources, leurs difficultés et après l'analyse à en déduire des objectifs de soins qui évolueraient corrélativement à la situation physique, psychologique, sociale... du malade ? C'est à cette condition, et dans l'intérêt des malades, qu'elle sera à même de prendre des décisions et des responsabilités. De plus, l'ensemble des connaissances qu'elle possède sur les malades qui lui sont confiés lui permettent d'avoir des relations directes avec eux, leur famille, les médecins et d'entrer en contact, lorsque cela s'avère nécessaire, avec les institutions sanitaires extérieures à l'hôpital. De cette manière, l'infirmière s'intègre dans une équipe de "fonctionnels" qui s'inscrit dans une structure horizontale où chacun donne son avis et prend position en fonction de ses aptitudes. La connaissance globale du malade, la compétence, l'esprit critique, la créativité seront alors les manifestations de l'autonomie de l'infirmière dans l'exercice de son travail.

2.2. Les conditions spécifiques de l'exercice de sa fonction.

Cette conception nouvelle des fonctions et des responsabilités de l'infirmière, née des besoins des individus et des groupes sociaux conduit en toute logique à une remise en question et à une définition renovée des soins infirmiers.

La notion de soins reste traditionnellement liée dans le langage courant à la maladie ou aux atteintes dont peut être victime l'être humain : on donne des soins à un malade, c'est dire qu'on l'aide à retrouver sa santé.

Mais les soins, au sens général, désignent les attentions que l'on peut avoir pour quelqu'un, les services qu'on lui rend, les peines qu'on lui épargne : on peut prodiguer les soins les plus pressés.

Qui plus est, les soins ne sont pas seulement attention à autrui, ils sont d'abord attention à soi-même : qui ne prend pas soin de lui, ne veille pas à l'harmonieux épanouissement de sa personne.

Ainsi la notion de soins déborde-t-elle la maladie : elle n'est pas liée exclusivement à une perspective thérapeutique. Les soins comme la santé, s'enracinent dans le jeu même de la vie. Dès lors, les soins infirmiers, avant même d'avoir une portée curative, doivent avoir une signification préventive, car, selon le vieil adage encore trop peu respecté et appliqué : "mieux vaut prévenir que guérir". Enfin, si soigner "c'est aider à vivre", "à mieux vivre" comme le dit M.F. Collière, un champ immense s'ouvre à l'infirmière de santé publique dans l'aide et l'assistance qu'elle peut apporter aux individus et aux groupes dans la recherche et le maintien d'un bon état de santé.

Cette analyse de la notion de soins permet d'apprécier à sa juste valeur la définition des soins infirmiers que proposait, en 1961, Virginia Henderson : assister l'individu, malade ou bien portant, dans l'accomplissement des actes qui contribuent au maintien ou à la restauration de la santé (ou à une mort paisible) et qu'il accomplirait par lui-même s'il avait assez de force, de volonté, ou de savoir...(1).

Elle permet également de montrer que les soins infirmiers, sous leur aspect préventif, se situent finalement au niveau des soins courants, habituels qu'un individu autonome peut se donner à lui-même ou à autrui. L'aspect curatif des soins, au contraire, se rattache aux soins thérapeutiques que donnent à l'individu les médecins ou les infirmières toutes les fois qu'il n'a pas, ou qu'il n'a plus, l'autonomie

(1) HENDERSON Virginia - Principes fondamentaux des soins infirmiers.
p. 6.

suffisante pour "prendre soin" de lui. Ce qui est le cas de l'enfant, du malade ou du vieillard.

Ainsi les soins infirmiers précèdent, accompagnent, dépassent la maladie. On pourrait les envisager selon trois grandes orientations :

- l'une prospective au niveau de la politique sanitaire d'un pays.

. quels problèmes de santé risquent de se poser dans une collectivité ?

- l'autre préventive au niveau des besoins individuels ou collectifs de santé.

. comment aider certains individus ou certains groupes à mieux vivre ?

- la troisième enfin au niveau de la restauration de la santé.

. comment aider autrui à guérir ?

Logiquement, une telle pratique des soins infirmiers suppose que l'infirmière soit capable de porter "un diagnostic infirmier".

Au sens strict du terme, un diagnostic est l'acte du médecin qui identifie grâce aux symptômes l'affection d'une maladie. Le diagnostic infirmier peu pratiqué en France, a été mis en évidence au Canada, "il est le processus qui identifie les ressources et les déficits du malade afin de découvrir l'aide dont il peut avoir besoin de la part du service infirmier"(1). Il centre l'attention sur le malade et révèle les nombreux facteurs qui influencent les progrès du malade . A notre avis, il a un rôle prépondérant à jouer dans le cadre de la santé publique :

. au niveau individuel, dans l'estimation des conditions de sauvegarde ou d'épanouissement de la santé d'un individu ou d'une famille compte tenu de l'ensemble des facteurs internes (physiques, émotionnels...) ou externes (économiques...) au sein desquels se meut cet individu ou cette famille.

(1) ROTHBERG (June S.) - Pourquoi un diagnostic infirmier ? p. 1040 à 1042

. au niveau collectif : dans l'appréciation de l'état de santé d'une collectivité en vue de l'amélioration d'une politique sanitaire.

Certes, le diagnostic infirmier peut amener l'infirmière à prendre la décision de faire appel à des spécialistes compétents pour intervenir dans la situation.

Soins infirmiers, diagnostic infirmier, ces activités typiquement infirmières au service d'un objectif d'épanouissement et de sauvegarde de la santé individuelle et collective relèvent enfin d'un savoir, d'un savoir faire, d'un savoir être infirmier qui doivent être définis, transmis, perfectionnés par des infirmières et non plus seulement par des médecins ou des administrateurs.

- oOo -

La complexité du monde de la santé, les besoins d'une société qui se veut plus humaine, une conception collective des soins réclame des infirmières diversifiées. Il s'agit actuellement de répondre d'abord aux besoins des centres hospitaliers qui seront dans les années à venir appelés à ne recevoir que des cas graves, d'où l'intérêt qu'il y aurait à former des infirmières véritablement opérationnelles. Parallèlement à cette réalisation, il paraît souhaitable de mettre en route une formation d'infirmières de santé publique autonomes, indépendantes, polyvalentes, capables en étroite collaboration avec le personnel médical et para-médical de soigner, mais aussi de réaliser une oeuvre de prévention sanitaire en informant et formant la population.

Les finalités des activités de l'infirmière étant ainsi bien au clair, il reste à préciser comment permettre aux infirmières de les atteindre.

3 - La formation de l'infirmière de Santé Publique"

Il n'est pas dans notre intention d'élaborer un programme de formation pour chaque "modèle infirmier" nous souhaitons seulement mettre en évidence quelques grands principes qui orienteraient la formation, suggérer certains aspects et certaines techniques de cette formation et préciser le cadre au sein duquel elle devrait se développer.

3.1. Les principes de la formation

1er principe : Le niveau intellectuel des futures infirmières devraient leur permettre d'envisager des études supérieures, ce qui serait plus conforme à l'Accord Européen pour qui "les candidates aux études d'infirmières doivent normalement être d'un niveau intellectuel ou culturel correspondant, au moins (1) à celui de la dixième année d'enseignement général. En conséquence, elles devraient posséder un titre scolaire sanctionnant un tel cycle d'études ou bien avoir satisfait à un examen officiel d'admission qui soit d'un niveau équivalent"(2).

A défaut de posséder un titre scolaire sanctionnant un cycle de 10 années d'enseignement général, nous souhaitons que l'examen d'admission soit une équivalence à l'entrée à l'Université, ce qui permettrait de ne pas réaliser de ségrégation entre les étudiants en soins infirmiers et ceux de psychologie, de sociologie ou de tout autre discipline.

2e principe : Il repose sur le fait que les infirmières ne doivent pas, au cours de leur formation, être isolées des autres professions de santé. Ne serait-ce pas déjà les habituer à travailler en équipe pluridisciplinaire que de prévoir un "tronc commun" de formation pour les travailleurs de la santé ? Mais ce "tronc commun" ne devrait pas seulement exister au niveau des professions de santé (infirmières, sages-femmes, assistantes sociales, kinésithérapeutes, infirmières-psychiâtriques,...) ; il serait également souhaitable qu'il se constitue avec les étudiants d'autres disciplines telles que la psychologie, la sociologie, la biologie... enseignées au sein de l'Université. Il permettrait aux étudiants des professions de santé, s'ils y étaient intégrés, de cotoyer d'autres camarades qui sont confrontés très souvent avec des problèmes identiques aux leurs. Car en fait, cette conception de la formation qui met les infirmières à l'écart de toutes les professions sanitaires, sociales et humaines reste inspirée d'une tradition qui n'a que très peu de rapport avec les réalités actuelles ou futures de la Société, dans laquelle les infirmières sont appelées à vivre.

(1) Terme souligné par nous.

(2) Décret n° 75-73 du 30 Janvier 1975

3e principe : La formation de base d'une durée de 28 mois telle que l'a préconisé "le programme des études d'infirmières" de 1972, sera obligatoire pour tout le monde pour obtenir non plus un "diplôme d'Etat d'infirmière" mais un diplôme d'Etat en "soins infirmiers généraux".

Cependant, dans la mesure où les infirmières seront appelées à travailler à des niveaux et dans des milieux différents, cette formation de base devra être complétée : c'est ce que nous appellerons "les capacités".

Conformément à l'Accord Européen, la France doit prochainement élaborer un programme de formation du personnel infirmier en 3 années d'études ; celui de 1972, établi pour une durée de 28 mois, n'ayant pas, à notre connaissance, fait l'objet d'une évaluation sérieuse, nous pensons qu'actuellement il pourrait demeurer dans le fonds et la forme, les huit autres mois pouvant être consacrés à acquérir des capacités pour le secteur hospitalier, en réanimation, en neuro-chirurgie, en soins infirmiers pour les personnes du 3e âge. Nous voyons là un avantage certain pour le milieu hospitalier : il accueillera non plus un personnel infirmier à former mais un personnel opérationnel, dès la période d'adaptation passée. En outre, la jeune diplômée, appréhendera sa situation professionnelle avec beaucoup moins d'anxiété car son bagage de connaissances sera approprié à la qualité des soins qu'elle devra administrer. En ce qui concerne le secteur extra-hospitalier, nous désirons que l'infirmière diplômée d'Etat en soins généraux, effectuée au moins deux années d'activités dans un service hospitalier de médecine ou chirurgie générale avant d'entreprendre des études pour réaliser une capacité d'infirmière de santé publique ou d'infirmière d'usine ou d'hygiène scolaire. Cette exigence nous paraît indispensable pour toutes les infirmières travaillant en secteur extra-hospitalier, qui, quelle que soit leur fonction, risquent à tout moment, de se trouver seules devant un cas d'urgence nécessitant de leur part intervention et décision. Cette prise de position nous amènera à préciser l'importance des connaissances tant techniques que cliniques nécessaires à l'infirmière et qu'elle ne peut véritablement acquérir que dans le cadre hospitalier.

4e principe : Cette formation de base et les différentes capacités se prolongeront dans un processus de formation continue. Nous voyons dans la possibilité qu'auront les infirmières, d'acquérir au cours de leur carrière professionnelle un certain nombre de capacités, une formation permanente, qui serait associée à une promotion professionnelle.

En effet, il n'existe actuellement pas d'autre promotion pour l'infirmière que de se spécialiser en devenant soit aide-anesthésiste, soit infirmière puéricultrice, soit infirmière de salle d'opération : ce sont les trois fonctions reconnues officiellement comme spécialisation. Elle peut également devenir surveillante d'unité de soins. Cette fonction lui confère des responsabilités dans l'administration et la gestion d'une unité de soins, mais l'éloigne, du même coup, de la "fonction soins" à laquelle elle est le plus souvent très attachée. De nombreuses infirmières peu intéressées par la fonction de surveillante ne bénéficient alors d'aucune promotion professionnelle.

Mais, outre le fait que, en acquérant des capacités, les infirmières bénéficieront de formation et de promotion professionnelles, elles auront aussi la possibilité de changer de structures de travail. Car, étant toutes des fonctionnaires de l'Etat(1), les infirmières françaises pourront, après l'acquisition d'une capacité dans le cadre de la formation permanente, passer du secteur hospitalier au secteur extra-hospitalier et vice-versa. Ce serait là, si l'on en croit notre expérience une amélioration considérable des conditions de travail du personnel infirmier qui aurait toutes les possibilités de se sortir de la "routine quotidienne", qui ne manque pas de s'installer, lorsque l'on travaille depuis de longues années dans la même unité de soins par exemple, et qui éloigne les infirmières des véritables problèmes de santé qui se posent aux populations qu'elles soignent.

Formation permanente, promotion professionnelle, retour sur le terrain et prise de conscience des problèmes inhérents à la vie quotidienne de la population sont les points essentiels qui légitiment, à nos yeux, l'adhésion à une telle perspective.

Se principe : La formation initiale, mais surtout la formation réalisée au niveau des capacités, devra permettre à l'infirmière de répondre aux besoins de la population d'une circonscription sanitaire en matière de santé. C'est ainsi que, si une circonscription sanitaire rurale, du fait de son étendue géographique doit multiplier ses Centres de santé et

(1) Nous préconisons que toute personne en possession d'un diplôme d'Etat en soins infirmiers généraux soit fonctionnaire de l'Etat, ceci dans le but d'éviter, au sein du personnel infirmier, la pluralité des statuts que nous avons démontré dans la IIe partie de notre étude et faciliter son passage d'une structure administrative à une autre.

de soins, des infirmières de santé publique seront alors nécessaires ; par contre, mettre en route une capacité d'infirmière d'usine n'aurait probablement aucune raison d'être. D'où, la nécessité, pour chaque circonscription, de posséder des équipes de recherche susceptibles d'entreprendre et de tenir à jour des études de besoins en matière de personnel infirmier dont le nombre et la qualification seraient susceptibles de répondre aux besoins des individus et des groupes ; ces études devront, en outre, suivre l'évolution des rôles des modèles infirmiers existants et accepter la création de "nouveaux modèles mutationnels" si le besoin est reconnu.

3.2. Les aspects et les techniques de la formation.

La formation pourrait s'appuyer sur une définition très précise des fonctions de chaque "modèle infirmier", ce qui permettrait aux formés de s'adapter rapidement et leur donnerait un caractère opérationnel à court terme. Mais à long terme, le contenu de la formation risque de rester limité à la définition actuelle de la fonction et complètement inadapté à l'évolution des structures économiques et institutionnelles, d'où la nécessité de construire cette formation à partir de l'étude des situations professionnelles.

En effet, "la maîtrise de situation professionnelle est l'objectif visé par un système de formation professionnelle. Il convient donc, de bien connaître au départ les situations elles-mêmes"(1).

Par l'intermédiaire des modèles pré-existant actuellement tant dans le secteur hospitalier que dans le secteur extra-hospitalier (infirmière scolaire et d'usine, infirmière libérale ou de centre de soins ou d'hospitalisation à domicile...) on peut avoir une connaissance "intuitive" des secteurs professionnels. Une conversation avec ces professionnels permettrait aux formateurs dans un premier temps de s'en faire une image vivante, surtout si leur activité dans cette situation a duré longtemps et s'ils ont pris suffisamment de recul pour pouvoir conduire

(1) VIALLET(F...)"Une façon de construire méthodiquement un programme de formation professionnelle" p. 9.

une réflexion philosophique et prospective sur cet univers professionnel.

Dans un deuxième temps il sera nécessaire de recueillir le témoignage des professionnelles sur leur situation de travail afin que les formateurs puissent préparer les thèmes d'après lesquels ils désirent "interroger" chacune des situations de travail et ceci en fonction de ce qui leur est indispensable de connaître pour construire le programme de formation, car, en fait, c'est au "formateur de rechercher les éléments de description des situations professionnelles qui lui sont utiles pour son travail"(1).

Le traitement de l'ensemble des informations ainsi obtenues devra permettre l'établissement de fiches descriptives des différentes situations professionnelles. Elles auront pour but de faire très nettement apparaître :

- L'objectif final de la formation et la situation épreuve afférente, c'est-à-dire les différentes performances qui devront être atteintes par les infirmières dans la situation professionnelle.

- Les grandes masses de contenu de formation c'est-à-dire le savoir, ses modes de distribution (par document écrit, cours oraux, par disciplines, par problèmes...) ainsi que les personnes susceptibles d'être chargées de cette formation.

- La nature des activités éducatrices à privilégier (enseignement dogmatique, travail en groupe, expériences sur le terrain, stages...).

- Les relations qu'il conviendra d'établir entre les personnes en formation et l'extérieur : ceci dans le but de faire acquérir à ces personnes en contact permanent avec des êtres humains d'âge, de sexe, de milieu et de culture divers un savoir être indispensable.

(1) VIALLET (F...) op. cit. p. 9.

- Enfin, il nous paraît opportun que les formateurs établissent un projet fixant les règles de fonctionnement pédagogique du système qui soit en corrélation avec les caractéristiques des situations professionnelles auxquelles le système préparera, de façon à faciliter ultérieurement l'adaptation des futures infirmières à leur situation de travail.

Cependant, l'étude détaillée de ces différentes situations rendra certainement compte de la difficulté qu'il y aura à inscrire cette formation entre une formation strictement professionnelle et une formation universitaire classique, reproduite telle quelle (dont seul le rythme serait accéléré). C'est pourquoi un certain équilibre sera à trouver notamment :

. au niveau des contenus

Une harmonie sera à réaliser, d'une part, entre ce qui est strictement du domaine professionnel et ce qui est propre à la formation en sciences humaines (psychologie, sociologie, droit...) et, d'autre part, entre les apports théoriques et les différentes applications pratiques réalisées en fonction des finalités recherchées, c'est-à-dire dans les unités de soins, l'usine, l'école, les soins à domicile, la vie d'un quartier...

. au niveau des formes de travail proposées, où il faudra alterner les moyens pédagogiques : cours didactiques, travaux dirigés, études de cas, débats, expériences vécues et travaux sur le terrain suivis de séances d'exploitation du matériau..., utilisation des moyens audio-visuels...

. au niveau des intervenants

L'équilibre sera à trouver entre trois pôles : les Universitaires, les professionnels de la santé et l'ensemble des professionnels qui n'appartiennent ni à l'une ni à l'autre de ces catégories.

Nous sommes, certes, consciente de la difficulté de réalisation que présente un tel projet; cependant avec Messieurs COHEN et DELASSUS, nous pensons qu'il présente plusieurs avantages. Il permettrait aux infirmières :

. d'être intégrées à l'Université "en tenant pour équivalent au cursus Universitaire une formation et une expérience professionnelle"(1).

. d'avoir à leur disposition une formation sanctionnée par un diplôme Universitaire qui leur permettrait d'effectuer un "saut qualificatif réel" tout en les préparant à des tâches professionnelles.

. enfin, ce système permettrait de faire cohabiter au sein d'une même institution "des organisations aussi différentes du point de vue de leurs normes et de leurs systèmes de valeurs"(2) que le monde de la santé et l'Université.

3.3. Le cadre de la formation

La formation de base de l'infirmière et l'acquisition des différentes capacités devrait se dérouler dans un cadre à la fois universitaire, hospitalier et extra-hospitalier.

. Universitaire, puisque les futures infirmières devront posséder les diplômes nécessaires à l'entrée dans un établissement d'enseignement supérieur, car, si l'on veut que l'infirmière soit capable de donner les soins infirmiers les plus délicats à l'hôpital ou au sein d'une collectivité, qu'elle sache assurer des fonctions de direction au sein d'une équipe hospitalière, travailler en coopération avec des médecins et d'autres travailleurs sanitaires, elle doit acquérir par sa formation, connaissances, savoir-faire et attitudes indispensables.

Qu'est-ce que l'Université peut lui procurer comme ressources ? L'aider à s'adapter aux changements et aux situations nouvelles ? Créer chez elle des habitudes d'apprendre, de penser d'une façon analytique et synthétique en lui inculquant l'esprit de recherche ? Il apparaît en tout cas qu'à l'Université l'infirmière pourrait, peut-être, acquérir le bagage scientifique qui lui manque actuellement, car, c'est seulement dans le "berceau universitaire" que pourra s'épanouir "une science" infirmière qui

(1) COHEN (E...) DELASSUS (D...)...La formation à la gestion de cadres soignants hospitaliers : une approche de la formation d'adultes débouchant sur une maîtrise de Sciences et techniques 'p. 24.

(2) COHEN(E...) DELASSUS (D...) idem. p. 24.

permettra de poser les principes essentiels et indispensables pour guider la pratique des soins infirmiers.

L'aptitude à entretenir des relations humaines et à communiquer s'acquiert plus facilement lorsque l'on fait appel aux connaissances que peut nous donner l'ensemble des sciences humaines ; d'autant plus qu'actuellement les Universités semblent être le théâtre de changement et de réformes, tendant à s'occuper des besoins sociaux des individus et à développer les compétences humaines nécessaires pour y faire face.

Recevant, en outre, une formation médicale et infirmière nécessaire à l'exercice de leur profession, les infirmières mêlées aux autres étudiants, verront ainsi s'aplanir la ségrégation que représentent actuellement les écoles d'infirmières, et qui est une condition indispensable à la promotion de l'infirmière. Dans de nombreux pays, en dehors de l'Europe, lorsque l'enseignement infirmier de base est donné à l'Université, on a pu instituer des études post-Universitaires d'un niveau véritablement élevé offrant des possibilités de carrière beaucoup plus intéressante pour les jeunes gens et les jeunes filles qui s'engagent dans cette profession.

"Le rattachement de l'enseignement infirmier à l'enseignement supérieur comporterait de nombreux avantages pour la prestation des services de santé :

- . incidences sur la qualité des soins infirmiers.
- . motivation accrue des jeunes gens et des jeunes filles à choisir la carrière d'infirmières.
- . satisfaction accrue à l'égard de la profession et de ce fait plus grande stabilité du personnel...
- . possibilité d'une décongestion des hôpitaux grâce à des soins infirmiers hautement qualifiés au niveau des services de santé extra-hospitaliers, plus grandes facilités aux services de santé de s'adapter aux changements..."(1).

(1) "L'enseignement infirmier supérieur vu par l'O.M.S." p. 635.

L'enseignement infirmier intégré à l'Université nous permettrait-il d'échapper à la tutelle des administrations hospitalières ?

En fait, cette formation Universitaire qui tendrait à mettre les infirmières au même rang que les autres étudiants s'inscrit dans un processus d'émancipation et de prise en charge de la profession par les professionnelles elles-mêmes mais, elle ne pourrait, à elle seule, être considérée comme une panacée. C'est pourquoi, en dehors de la faculté, les futures infirmières doivent être aussi formées à l'hôpital, car le contact avec le malade est pour l'infirmière comme pour le médecin, la condition absolue, d'une formation efficace ; encore faut-il que tout au long de cette initiation, la jeune stagiaire soit l'objet d'un encadrement efficace de la part de ses aînées, car c'est au lit du malade qu'elle fera l'apprentissage des techniques infirmières, de l'acquisition d'un certain nombre de connaissances médicales, chirurgicales, pharmaceutiques..., et d'attitudes inhérentes à la fonction devant la misère, la maladie, la vieillesse, la déchéance, la mort... Nous sommes consciente que de gros progrès restent à réaliser dans notre pays au sujet de l'"encadrement" des élèves-infirmières en stage hospitalier, où toutes ces dernières années du fait de la "pénurie des infirmières" elles ont trop souvent servi de personnel d'appoint.

Enfin la formation devra s'effectuer en secteur extra-hospitalier car sa future fonction d'éducatrice sanitaire exige que l'infirmière soit intégrée de bonne heure à la vie quotidienne des différentes populations et des différents milieux sociaux. A l'image des médecins aux pieds nus en Chine, nous souhaitons que les infirmières pénètrent réellement dans le monde du travail; les stages dans les usines, les bureaux, les administrations, les grands magasins... doivent se multiplier et ne pas s'effectuer seulement au niveau des services médico-sociaux mais au sein des différents ateliers, dans les postes de travail du personnel, afin qu'elles soient capables d'en analyser tous les aspects et de voir quel retentissement ils peuvent avoir sur la santé. Une démarche identique doit être réalisée au niveau de l'hygiène scolaire où les conditions de vie, de travail de chaque écolier devraient faire l'objet d'une étude particulière. La connaissance parfaite que l'infirmière pourrait avoir d'un quartier déterminé sur le plan géographique, démographique, l'analyse de ses ressources dans le domaine du travail, de l'éducation, des loisirs et des sports, des services de santé..., associés à l'analyse des besoins des

familles qui vivent dans cet environnement, lui permettrait d'être pour de nombreux professionnels (médecins, éducateurs, juristes, architectes, urbanistes, sociologues, psychologues...) une précieuse coopératrice.

- oOo -

Telle est la formation, qu'implique nous semble-t-il la conception que nous nous sommes faite du nouveau modèle infirmier, dont l'infirmière de Santé Publique est le "prototype".

Cette formation, comme nous venons de le démontrer ne sera donc plus réalisée dans les "Ecoles" d'infirmières et cela pour trois raisons :

Le mot vieillot d'"Ecole" réactive d'abord, chez beaucoup d'étudiants, les fantasmes engendrés par des expériences scolaires infantiles ou juvéniles plus ou moins réussies ; elle correspond cependant à une expérience psycho-sociale réelle, que ne peuvent méconnaître des éducateurs dignes de ce nom.

Par ailleurs, les Ecoles d'Infirmières -en tant qu'écoles- et cela ne leur est pas propre -reconduisent inévitablement- au niveau de la formation initiale ou de la formation continue- l'organisation, la procédure, les méthodes, l'esprit... de l'enseignement antérieurement reçu. En replongeant jeunes adultes ou adultes dans la situation... scolaire, elle les infantilise, et ne répond pas à leurs attentes et à leurs aspirations.

Et puis les écoles d'infirmières constituent -finalement- il faut avoir le courage de le dire - des ghettos, où mijote, à l'abri des autres formations sanitaires le futur prolétariat des professions de santé !

4 - L'originalité et la spécificité de l'infirmière de santé publique.

Aucune confusion n'est possible, à notre avis, entre l'infirmière telle que nous l'avons présentée et le médecin. Pas question qu'elle soit ou devienne un "petit médecin". Loins de nous cette idée. Coopératrice des médecins mais centrée sur les personnes saines ou malades, elle est l'éducatrice sanitaire de la population.

Certains rapprochements peuvent être instaurés entre les conditions d'émergence de l'infirmière de santé publique et celles qui ont provoqué l'apparition d'autres personnels para-médicaux, les kinésithérapeutes ou les orthophonistes par exemple. Dans un cas comme dans l'autre, il ne s'agit plus de créations "artificielles" mais de réponses à des besoins. Orthophonistes et kinésithérapeutes ont surgi dans le sillage des progrès des perfectionnements de la médecine : leur fonction répond à des besoins spécialisés. L'infirmière de santé publique répond, de son côté, aux besoins globaux et singuliers des individus en matière de santé, dans une société plus complexe, industrialisée, technocratique, impersonnelle et souvent nocive, où dans un univers de constantes stimulations visuelles ou auditives, l'homme plus ou moins bien informé et finalement livré à lui-même, cherche l'écoute, le dialogue, le conseil.

Car, sur ce point, l'infirmière de santé publique a beaucoup à retenir des relations qu'entretiennent avec leurs clients ses collègues kinésithérapeutes ou orthophonistes. Leur pratique ne s'accompagne-t-elle pas très souvent d'une communication vivante et renouvelée ?

Là encore, il n'est pas question que l'infirmière "de santé Publique" joue à la psychologue, au confesseur, à la thérapeute. Sa fonction spécifique reste de donner des soins -au sens large du mot- mais en les situant dans un contexte psychologique, familial, socio-économique où ils prendront leur sens.

Son rôle n'est pas pour autant de marcher sur les "brisées" de l'Assistante Sociale.

Le travailleur social est, lui aussi, un enfant du siècle, il est né des mutations récentes de la société contemporaine. Au XIXe siècle, il répondait à deux ordres de besoins ; un besoin d'éducation ou mieux de surveillance sanitaire, et un besoin d'assistance ; dès 1950, il devient un spécialiste des lois sociales, et un intermédiaire nécessaire entre l'utilisateur et les mécanismes socio-juridiques de la société, fonction qu'il assume encore, en priorité, de nos jours. Actuellement, le travailleur social se veut l'être de la relation avec son semblable, mais de la relation exercée avec un certain mandat de la société⁽¹⁾. En effet, le travailleur social n'intervient dans une famille que lorsqu'elle est en état de

(1) GINISTY B... "Projet d'action sociale et formation des travailleurs sociaux" p. 52.

crise, c'est-à-dire lorsqu'elle est jugée par la société, comme étant "malade", "marginale", "inadaptée", en état de "carence" ou "d'incapacité", il ne s'agit donc plus ici de la vie quotidienne et de ses inter-relations avec l'environnement et de la promotion de la santé, mais d'une "intervention", c'est-à-dire d'un recours à un traitement énergique, motivé par une situation dans laquelle tel ou tel client est jugé incapable de s'assumer. Du même coup, les finalités du travail social sont fort éloignées de celles de l'infirmière de santé publique. Cependant il faut reconnaître qu'au niveau de la formation initiale, infirmière et assistante sociale qui n'ont plus une année de formation commune depuis 1969 ont cependant une certaine complémentarité : le travailleur social reçoit en matière de soins aux malades une formation minime constituée exclusivement par des stages à l'hôpital, d'une durée de 4 mois, en 1ère année, effectués en médecine infantile et maternité, et de 3 mois en 2e ou 3e année dans des services de médecine ou spécialités adultes à orientation médico-sociales (cancérologie, traumatologie, cardiologie...). Cette formation clinique, des plus succinctes, des Assistantes Sociales ne leur permet, ni de donner des soins, ni de déceler au sein des familles les problèmes de santé et de ce fait, elles ne peuvent entreprendre une quelconque prévention sanitaire.

Quant aux infirmières beaucoup plus initiées aux soins infirmiers et aux problèmes de santé elles possèdent, néanmoins des lacunes fort importantes, sur le plan législatif qui ne les préparent donc pas, comme les Assistantes Sociales, à avoir une connaissance suffisante des lois sociales et des équipements sociaux mis au service des individus. L'infirmière ne peut, dès lors, assumer la fonction "d'advocati", c'est-à-dire d'avocat, de médiateur, exercée par l'Assistante Sociale entre les personnes et les causes, auprès des organismes de décision et de gestion.

Nous voyons donc se dessiner chez ces deux professionnels de la santé une très grande complémentarité, due au fait que les finalités de leur profession et leur formation sont différentes. C'est pourquoi, nous pensons que leur cohabitation au sein de l'équipe de santé ne peut être que bénéfique à partir du moment où l'un et l'autre mettront leur savoir et leur compétence au service de la société.

La prise de conscience de, ce que pourrait être, la fonction de l'infirmière dans une société où la conception de la santé et de la médecine serait renouvelée, paraît constituer un facteur capital de la cristallisation et de la constitution de la profession d'infirmière.

Cette prise de conscience est à la fois la source de l'effort que doivent fournir les infirmières pour penser elles-mêmes leur avenir, et le "fer de lance" de leur lutte pour se faire reconnaître. Encore faut-il que les infirmières trouvent une aide dans le consensus social, qu'elles aient le sentiment qu'elles luttent pour des valeurs reconnues et désirées par l'opinion publique. D'où l'importance que nous attachons au renouvellement des mentalités et de la politique sanitaire.

CHAPITRE III

LES CONDITIONS DE L'AVENEMENT DE L'INFIRMIERE DE SANTE PUBLIQUE

Le problème de l'infirmière française - ne soyons pas dupes - est fondamentalement un problème politique : son destin dépend, à notre avis, étroitement, du choix que fait la société de sa politique de santé.

Que voulons-nous dire par là ?

Il n'est pas question de faire, ici, de la philosophie, de la sociologie ou de l'économie politique bien que nous ayons conscience que toutes ces disciplines soient impliquées dans toute réflexion sur la politique.

Nous considérons simplement la politique dans son sens étymologique (Polis = la Cité, l'Etat), et dans son sens le plus courant -comme étant la connaissance et la conduite des affaires publiques, ou mieux encore, des affaires qui intéressent l'Etat.

Que la Santé -dans nos sociétés- relève de la politique, c'est évident. N'est-elle pas l'une des dimensions de l'objectif que doit viser tout état digne de ce nom = le Bien Publié!

Dans ce domaine, comme dans les autres, la politique implique la prévision et la mise en place de structures institutionnelles, consécutives à des choix et à réaliser selon certaines voies.

Parler de politique de la Santé c'est donc prévoir une organisation sanitaire c'est-à-dire un ensemble de services solidaires et complémentaires concourant à la satisfaction des besoins des individus et de la collectivité.

Mais la mise au point de cette organisation sanitaire suppose que l'on se soit interrogé sur les finalités à atteindre et que l'on ait opéré des choix : ou lutter prioritairement contre la maladie et miser sur les services de pointe, ou développer la prévention et s'opposer à l'apparition des maladies en créant des services proches de la population.

Si l'organisation sanitaire suppose en amont des choix, elle appelle en aval la fixation des voies par lesquelles on atteindra les objectifs choisis : détermination des étapes, des modalités, du personnel nécessaire... c'est à ce niveau qu'interviennent les infirmières.

Ces trois moments de la politique de la Santé sont étroitement solidaires. Mais ils le sont également de la politique d'ensemble que conduit l'Etat.

La politique de la Santé, reste, par exemple, tributaire de la politique économique, au niveau de la couverture financière des soins, mais aussi dans le choix de ses finalités. Dans une situation de faible croissance des ressources budgétaires, on tend à une utilisation optimale des ressources disponibles : au lieu de répartir les crédits, on cherchera par exemple, à pallier surtout aux maladies qui portent le plus atteinte à la force du travail.

Politique économique et politique de santé sont à leur tour dépendantes des options et... des idéologies de l'équipe au pouvoir.

L'infirmière de santé publique telle que nous venons de la présenter n'est qu'un modèle. Son insertion dans le réel suppose la réunion d'un certain nombre de conditions dont chacune est nécessaire et complémentaire des autres.

1. Une conjoncture politique favorable

La première de ces conditions, comme l'indique Monsieur Avanzini est "l'apport d'une conjoncture politique favorable". Celle-ci est, en effet, primordiale la santé étant un problème politique tant au niveau de la fixation des finalités que de la mise en place des moyens. Cette conjoncture est-elle pour demain ?

Il y a bien dans la politique de la santé actuelle des intentions louables, si l'on en croit, par exemple les décisions prises, par le conseil de planification, réuni le 16 Juillet 1976 à l'Elysée pour fixer les orientations générales de la politique de la santé pour les années à venir(1).

Ce conseil a jugé que le maintien dans l'avenir du système de santé français, "fondé sur le libre choix des malades, était subordonné à une maîtrise accrue des moyens affectés à la santé qui nécessite les efforts conjugués de tous les intéressés"(2). D'où la nécessité d'orienter l'effort en matière de santé selon trois directions :

(1) La définition de la politique de santé - Renforcer la fonction du généraliste.

(2) Idem.

. Rendre l'accès aux soins médicaux plus facile pour les plus défavorisés grâce à l'amélioration des hôpitaux et à l'organisation d'une liaison plus étroite entre l'action sanitaire et l'action sociale.

. Développer une politique de prévention portant sur les conditions et les habitudes de vie ; l'éducation sera développée, ainsi que le dépistage des maladies, en mettant l'accent sur les affections les plus graves et les populations les plus menacées.

. Mieux adapter l'appareil de soins aux aspirations de la population, notamment par la préservation et le développement de la fonction de généraliste dans l'organisation médicale.

Si l'on se réfère, par ailleurs, au budget de la santé pour 1977, tel qu'il a été publié par le Ministère de la Santé, on constate qu'il s'élève à 13,6 milliards de Francs contre 12,3 en 1976 soit une augmentation de 10,6 %. Une fois tous les crédits payés, ce qui représente des dépenses très importantes auxquelles le Ministère ne peut échapper, il restera sur ce modeste budget de la santé -qui ne comporte pas celui de la Sécurité Sociale- une petite marge de 1 milliard de Francs soit 2,44 % de plus que l'an dernier pour amorcer une nouvelle politique de la santé, car "on connaît la volonté de Mme Veil de ne pas laisser proliférer à l'infini "le béton"⁽¹⁾ alors que le nombre de lits d'hospitalisation est globalement suffisant même s'ils sont mal répartis en quantité et en qualité sur le territoire. L'examen attentif de ce budget laisse apparaître entre autre "l'incitation du Ministre à favoriser par des subventions et aides diverses, le maintien au domicile des personnes âgées et des handicapés"⁽²⁾.

Cette nouvelle orientation de la politique sanitaire se traduit en outre, par une série de mesures concernant le développement de l'éducation sanitaire en favorisant la prévention médico-sociale et l'action sociale volontaire ; d'autres ont pour but d'intensifier l'action sociale en faveur des familles en créant des centres sociaux plus nombreux et plus fonctionnels, en multipliant le nombre de travailleuses familiales...

(1) ALAIN REGNAULT (Martine) "Deux priorités dans le budget de la santé : Prévention et humanisation des hôpitaux - Formation des personnels".

(2) Idem.

D'autre part, il y a tout lieu de croire que Madame Simone Veil souhaite freiner ou réorienter certaines dépenses, notamment en repensant l'action et le fonctionnement de certains dispensaires, et en utilisant mieux certains crédits au niveau des collectivités locales grâce "à un plan d'aménagement social concerté" entrepris par plusieurs ministères de manière à valoriser les actions entreprises pour chacun d'entre eux"(1). Ainsi, au lieu de semer, à tout vent, quelques modestes subventions, "cinquante actions concertées permettront dans cinquante zones de sortir avec le concours de l'urbanisme, de l'éducation, de la santé, de l'agriculture etc... un secteur social du sous-développement"(2).

Malgré ces intentions louables et ces velléités de changement le gouvernement actuel peut-il réaliser la mise en place de profondes et authentiques transformations dans le domaine de la santé -et par contre coup- dans la formation des infirmières ?

Il faudrait qu'il effectue -pour cela- de véritables mutations !

Mais peut-on entreprendre et mener à bien de vrais changements de société, en s'appuyant sur un électorat fondamentalement conservateur qui, en réalité, a peur du changement et ne le supporte qu'au coeur de la... continuité ?

Ainsi où la majorité, actuellement en place, reste fidèle à elle-même, et il y a peu à attendre d'elle sur le plan sanitaire, où elle s'ouvre à des perspectives révolutionnaires, mais alors elle se nie, se renie... et se récuse.

C'est pourquoi, nous croyons avec le Professeur Minkowski qu'en France, toute transformation profonde de ce qui relève de la Santé Publique n'est concevable que dans un contexte de politique socialiste de bon aloi"(3).

(1) ALAIN REGNAULT (Martine) op. cit.

(2) idem.

(3) MINKOWSKI (Alexandre). Le mandarin aux pieds nus. op. cit. p. 138.

2 - Un double consensus social

S'il faut en croire les résultats de récents sondages, il semblerait bien que la santé soit pour les Français un objectif prioritaire. Mais il y a loin des vœux pieux à l'égard de la recherche médicale aux engagements personnels et sociaux qu'exige une véritable politique de la santé. Il serait indispensable de commencer par sensibiliser l'opinion publique aux problèmes de la santé, de l'éclairer sur l'ensemble des conditions qu'elle suppose, tant sur le plan collectif que sur le plan individuel. A la conjoncture politique favorable est donc étroitement liée un consensus social éclairé.

Encore faut-il que les différents membres des professions de santé soient prêts eux-aussi à collaborer ensemble, à fournir un travail interdisciplinaire. Comme le remarque encore M.F. Collière, "Pour qu'une action sanitaire soit valable, il importe de déterminer l'ensemble des objectifs que l'on se propose d'atteindre, les zones d'action relevant de telles ou telles professions et les zones d'interférence en fonction de ces objectifs communs"(1).

. En effet dans un travail en interdisciplinarité, les frontières entre chaque profession ne sont pas toujours précises. "Or, des zones de chevauchement conduisent rarement à une coopération accrue pour le bénéfice de l'individu et de la société, mais produisent au contraire une surveillance jalouse des intérêts établis, des prérogatives et des domaines présumés par chaque discipline"(2).

Comme le fait remarquer Claude Veil "il convient de se persuader que la seule technique de diagnostic acceptable actuellement est interdisciplinaire, sans prééminance, ni exclusive, et que le diagnostic initial doit être suivi de bilans, de l'évolution établis par des moyens tout aussi interdisciplinaires"(3).

Ainsi, l'avenir de l'infirmière de santé publique est-il étroitement lié au sein d'un consensus social éclairé, à l'accord des professions de santé sur les finalités et les modalités de leur travail.

(1) COLLIÈRE (M. Françoise) - Les fonctions de l'infirmière de santé publique - op. cit. p. 1083.

(2) ROTHBERG (S. June) - "Pourquoi un diagnostic infirmier" ? p. 1040.

(3) VEIL (Claude) - Handicap et société cité par M.F. COLLIÈRE - Les fonctions de l'infirmière de Santé Publique op. cit. p. 1074.

Il faut aller plus loin encore : l'avènement de l'infirmière de santé publique suppose surtout de profondes modifications dans l'organisation sanitaire elle-même.

3 - Une transformation des structures sanitaires

Une active politique de la santé au sein de laquelle l'infirmière de santé publique pourrait jouer un rôle suppose que chacune des 22 circonscriptions d'action sanitaire et sociale de la France devienne une unité opérationnelle(1).

3.1. Les structures sanitaires de base : Les centres de soins et de santé.

Il faudrait pour cela commencer par mettre au service du public une structure sanitaire de base.

En 1974 plusieurs auteurs en leur nom propre ou au nom d'une institution, réfléchissant d'une manière prospective sur une meilleure organisation des services de santé ont souhaité la mise en place entre le public et l'organisation hospitalière, de services sanitaires nouveaux.

Monsieur Charles Dayan dans son livre "Plaidoyer pour une anti-médecine" envisage la création, "pour remplacer le médecin isolé, d'une équipe de santé qui, dans une commune, un quartier, répondrait aux besoins du public, en étendant son action au-delà des soins, vers la médecine du travail et la prévention. Cette équipe permettrait des échanges plus authentiques avec les usagers qui viendraient lui exposer leurs problèmes, leurs aspirations et lui faire part de leurs espoirs"(2). Dans cette équipe de santé, l'infirmière de santé publique doit avoir une place prépondérante.

De leur côté Jean-Pierre Dupuy et Serge Karsenty ont étudié dans "L'invasion pharmaceutique" la situation bloquée que constitue actuellement, dans le domaine de la médecine libérale, le décalage entre les dépenses de médicaments et l'état de santé de la population. Ils estiment que cette situation est due pour l'essentiel à l'usage à la fois technique ou thérapeutique et non technique ou psychologique et sociale que les

(1) Voir en annexe III Le découpage sanitaire de la France en circonscriptions.

(2) DAYAN (Charles) - Plaidoyer pour une anti-médecine, p. 202

médecins font jouer aux médicaments. Ils n'hésitent pas, pour débloquer cette situation "à remettre en question la médecine exercée par un homme seul" (1) pour la remplacer par "une équipe médicale"(2). Cette équipe exercerait dans une "maison médicale" géographiquement bien implantée où généralistes, para-médicaux, auxiliaires administratifs collaboreraient "pour démonter et traiter des maladies-processus"(3) et "comprendre et soigner c'est-à-dire prendre soin des malades".(4).

La même année, le VI^e comité d'experts de l'O.M.S. en soins infirmiers, réuni à Genève du 30 juillet au 5 août 1974 pour pallier aux inconvénients "d'une technologie de plus en plus coûteuse au service d'un nombre extrêmement restreint de personnes" tandis que "le plus grand nombre se voit écarté des soins les plus nécessaires et habituels, proposent de créer des soins infirmiers communautaires.

Les soins infirmiers communautaires "intègrent à la fois l'aspect préventif, curatif et de réadaptation qui, non seulement sont offerts par les services infirmiers du quartier, du village, de la commune, mais se pensent, s'organisent et se donnent avec la participation directe de la population"(5).

Leur but est ainsi "d'offrir à la population des moyens, de répondre à ses besoins de santé les plus courants en tenant compte de ses modes, de ses conditions de vie, en l'intéressant à l'élaboration et à la mise en place d'une politique de santé appropriée et adaptée à la forme, à la fréquence et à la manifestation des problèmes de santé qu'elle connaît (6) (7).

Nous parlerons pour notre part de centre de santé et de soins.

. Le principe de leur mise en place.

Plutôt que de les enfermer dans un "système logique et obéissant à la raison et à tel ou tel principe politique ou technocratique, donc obligatoirement rigide, il nous semble qu'il faut avant tout leur donner, ou leur laisser les moyens de s'adapter à ces besoins et possibilités, déjà

(1)(2) DUPUY (J.P.) et KARSENTY (S.) - L'invasion pharmaceutique - op. cit. p. 248.

(3)(4) DUPUY (J.P.) et KARSENTY (S.) - idem.

(5) COLLIÈRE (M.F.) - "Les soins infirmiers communautaires. VI^e Comité d'experts de l'O.M.S. en soins infirmiers". p. 929.

(6) idem.

(7) Notre travail était achevé lorsque nous avons eu connaissance de la parution de l'ouvrage du Professeur Jean-Charles SOURNIA "Ces malades qu'on fabrique". Nous sommes heureuses de constater que cette nouvelle étude apporte une confirmation à nos propres réflexions sur la nécessité d'une réorganisation des structures sanitaires (in : Le Monde du 12-1-77).

très évolutifs et qui le seront de plus en plus"(1). En effet, de "bonnes structures de santé ne se reconnaissent pas à ce qu'elles conviennent à telle commodité administrative, à telle conception et intérêt de telle ou telle catégorie professionnelle, à telle doctrine sociologique ou politique"(2), elles se reconnaissent dans la souplesse qu'elles ont à s'adapter aux besoins de l'homme et à son évolution.

Dans notre société contemporaine en perpétuelles mutations, il nous paraît difficile, sans commettre des erreurs graves, de mettre en évidence dans le moindre détail ce qui sera réalisé demain. En effet les conditions de vie de l'homme changeant sans cesse, le service de santé doit parallèlement se modifier, se transformer, suivre l'évolution de la vie, en fonction des critiques et des désirs des utilisateurs.

. Leur caractère spécifique

Néanmoins, si nous ne souhaitons pas figer les centres de santé et de soins dans des structures statiques, il nous est tout de même possible de mettre en évidence quelques grands principes.

les différents centres de santé et de soins et les hôpitaux, auront des structures différentes, avec des responsabilités différentes dans des aires géographiques différentes. Chaque centre de santé et de soins doit pouvoir répondre aux multiples besoins collectifs et individuels des individus tout en leur laissant la liberté de choix (choix du médecin, de l'infirmière...). En outre, dans les centres de santé et de soins, il n'y aura pas non plus de hiérarchie : une profession ne sera pas supérieure à une autre ; chacune d'elle aura sa spécificité, son domaine de compétence, et par là-même sa zone d'autonomie, car la diversité des objectifs pour tendre vers la santé nécessite l'emploi d'équipes pluridisciplinaires ayant des fonctions biologiques, technologiques, psychologiques, médicales, chirurgicales, de soins, de prévention, d'enseignement initial et continu, d'information etc... C'est ainsi que ces centres seront pourvus de multiples personnes ayant de multiples fonctions, et, c'est par leur travail collectif et leur co-responsabilité au sein d'une administration collégiale, que seront atteints les objectifs. Il est évident que chacune de ces fonctions aura sa propre responsabilité professionnelle, mais celle-ci sera d'égale valeur, quel que soit son rôle et engagera une responsabilité collective.

Il n'y aura donc, ni décision, ni contrôle effectué par une seule personne, pas de chef hiérarchique, ni de profession supérieure à l'autre, mais simplement une complémentarité des uns par rapport aux autres.

(1) MATHE (C. et G.) La santé est-elle au-dessus de nos moyens ? p. 285

(2) idem. p. 317.

. Leur localisation géographique

Un centre de santé et de soins pourrait être réalisé pour une population de 20 à 30 000 habitants dans les zones urbaines, ce qui représente une unité de taille humaine, capable de permettre les échanges, d'assumer les fonctions, et de répondre aux besoins diversifiés des groupes humains.

Par contre, en zone rurale ce chiffre serait à la limite de l'absurde. Dans une région du Puy de Dôme que nous connaissons bien, sur un périmètre de 20 à 25 kilomètres 3 communes sont regroupées, et l'une d'entre elles est extrêmement commerçante. On n'atteint pas cependant le chiffre de 5 000 habitants. Et pourtant, un centre de santé et de soins y serait amplement justifié, bien qu'il n'ait pas à assumer les mêmes fonctions qu'un centre urbain, et qu'il ne s'adresserait pas à une population ayant les mêmes conditions de vie, de travail, d'alimentation...

Il apparaît donc que, pour les zones rurales, montagneuses, les îles, la démographie ne sera pas déterminante, mais ce seront les critères géographiques ou sociologiques qui fixeront la création des centres.

. Leur objectif

Nous avons, avec Illich, remis en cause l'utilisation d'une technologie de plus en plus coûteuse au service d'un nombre restreint de personnes, tandis que beaucoup d'autres se voient écartés des soins les plus nécessaires et habituels. En outre, le déficit de la Sécurité Sociale évalué à 9 milliards de Francs pour 1977 pose, dans notre pays, le problème du "prix de la santé".

Bien qu'il soit difficile d'avoir une mesure exacte du poids des dépenses de santé dans l'économie nationale, car les sources d'information sont multiples et complexes, Monsieur Chabrun-Robert dans son article "les dépenses de santé dans l'économie nationale" pense être assez proche de la vérité en avançant qu'elles sont passées de 11 milliards de Francs en 1959 à 72 milliards en 1973. Cette croissance excessive, s'inscrit néanmoins dans un processus normal d'évolution des sciences et des techniques auquel est liée l'élévation du niveau de vie et d'éducation des individus.

Dans cette importante consommation, l'hospitalisation à une part sans cesse grandissante puisqu'en 1959 la consommation médicale se répartissait en masses à peu près égales entre l'hospitalisation, la pharmacie, et les soins médicaux. "Depuis lors la part de l'hospitalisation s'est considérablement accrue pour atteindre plus de 40 % du total, les dépenses de pharmacie et les services médicaux représentent respectivement 28,3 % et 30,8 % environ"(1). Cet état de fait a une répercussion immédiate sur le budget de la Sécurité Sociale qui en 1973 prend en charge 75 % des dépenses de santé alors qu'en 1959 elle n'en prenait que 54 %. Cette augmentation s'est réalisée dans tous les domaines. Le remboursement des honoraires médicaux est passé de 44 à 74 %, et la couverture des frais d'hospitalisation de 68 % à 81 %. En fait, la croissance des charges de la Sécurité Sociale, dans ce domaine est considérable et l'hospitalisation en constitue la majeure partie, près de 50 %. Ces quelques chiffres ne nous permettent-ils pas d'affirmer qu'il est grand temps pour la France d'admettre que les finalités envisagées il y a quelques années ne correspondent plus aux conceptions modernes de la santé ?

C'est pourquoi nous pensons que la création de centres de santé et de soins mis à la disposition de tous les individus quelque soit leur race, leur nationalité, leur religion, leur milieu socio-économique, leurs ressources pourraient permettre de :

. soigner à domicile ou de manière ambulatoire ceux qui en ont besoin, et ceci en collaboration étroite avec les hôpitaux et les cliniques privées de la circonscription.

. faciliter de cette façon le retour des malades hospitalisés dans leur foyer tout en leur assurant une continuité dans les soins, et en diminuant, par contre coup, la durée de leur hospitalisation.

. aider les malades à se réintégrer à la vie sociale le plus rapidement possible.

(1) CHABRUN-ROBERT (C...) "Les défenses de santé dans l'économie nationale" p. 1334.

. Promouvoir la santé des individus au sein du quartier ou de la commune qu'il dessert, serait le deuxième objectif du centre de santé et de soins. Mais qu'est-ce que promouvoir la santé au sein d'une collectivité humaine ? C'est partir d'une conception de la santé telle que nous l'avons préalablement définie, c'est-à-dire liée aux différentes phases d'évolution de la vie, et étroitement influencée par des facteurs biologiques, économiques, politiques, sociaux, culturels qui ne peuvent être considérés isolément, mais intégrés au processus de vie lui-même en fonction des conditions de vie des individus et des groupes.

Ces centres de santé et de soins n'ont pas pour objectif de se substituer en totalité aux individus, mais doivent à partir de leur savoir et de leur capacité, répondre à leurs besoins et leur donner l'ensemble des informations qui leur sont nécessaires pour qu'ils puissent mieux se situer dans leur environnement familial et social. Ce n'est ni les prendre en charge, ni "réduire le malade et son entourage au statut de clients dociles"(1), ni assumer à leur place leur responsabilité, c'est au contraire discerner la forme d'aide, dont ils ont besoin, la leur faire connaître et les inciter à utiliser les moyens appropriés dans le but de retrouver leur entière indépendance.

Mais cette action de prévention doit être réalisée dans un sens bien plus large que celui du dépistage systématique des fléaux sociaux tels que la tuberculose, bien qu'un gros travail reste encore à réaliser dans le domaine de l'alcoolisme, du tabagisme, de la drogue, de l'équilibre alimentaire..., elle doit aborder les tâches d'éducation sanitaire et d'information de la population, de guidance psychologique, d'équilibre de vie, de soutien des handicapés, des inadaptés scolaires, des marginaux... tâches qui n'ont avec la thérapeutique que de lointains rapports ; sans compter que dans notre société industrielle, les demandes de mieux être, de réconfort et de sécurité s'accroissent à mesure qu'elle devient plus complexe et plus inhumaine.

(1) ILLICH (Yvan) - La convivialité - op. cit. p. 63.

. Leur organisation

- au niveau des moyens matériels

Nous passerons brièvement sur les moyens matériels, car il nous semble que, rapidement, les nombreux dispensaires anti-tuberculeux, anti-vénériens..., centres de Protection maternelle et infantile, centres sociaux et familiaux pourraient être aménagés en centre de santé et de soins, bien que de nouvelles créations soient indispensables si l'on veut répondre aux nécessités démographiques que nous nous sommes préalablement fixées.

Nous sommes consciente des besoins en équipement, non pas en matériel lourd -puisque ce dernier existe dans les centres hospitaliers- mais en petit matériel de soins et de prévention qui pourra être prêté aux familles chaque fois que cela leur sera utile.

Outre le matériel nécessaire pour donner des soins aux malades et faciliter, dans la mesure du possible, leur maintien dans leur milieu familial, et leur réadaptation à la vie sociale, il sera utile de prévoir tout un équipement pour l'information et la formation en matière de santé des habitants du quartier ou de la commune ainsi qu'une antenne informatique permettant communications et relations des centres entre eux et avec les hôpitaux.

- Au niveau du personnel

Le fonctionnement des centres de santé et de soins suppose la présence d'un personnel médical et para-médical.

Il n'est certes pas dans le projet d'une infirmière de traiter du rôle et de la place de chaque travailleur dans une équipe de santé. Aussi ne présenterons-nous que des vœux discrets sur le rôle des médecins.

. Pour 52 541 800 habitants, la France compte actuellement 76 583 médecins soit 145,8 pour 100 000 habitants ; 30 % sont salariés et 70 % exercent en pratique libérale, s'installant librement, où ils le souhaitent, choisissant le lieu de leur pratique selon leurs goûts et leurs possibilités ce qui amène un nombre important de médecins dans les

villes et un véritable "désert médical" dans certaines campagnes voire même dans certains départements puisque la moitié d'entre eux ont une densité de médecins inférieure à 100 pour 100 000 habitants.

D'autre part, les malades ont le libre choix de leur médecin, et en changeant comme ils le désirent, alors que le surmenage de ces derniers ne fait qu'augmenter, la plupart d'entre eux travaillant de cinquante à soixante dix heures par semaine. On prétend cependant que c'est le seul système qui permette de préserver la liberté de choix et l'irremplaçable "colloque singulier" qui mieux que tout autre "secteur parallèle" est capable de répondre aux besoins de soutien psychologique, d'éducation et de prévention de la santé au sein des familles. Comme le font remarquer Catherine et Georges Mathé "noble figure ou silhouette grotesque le médecin a toujours été un personnage fondamental de la Cité" (1). Après avoir su se dépouiller de l'auréole et du mystère dont l'entourait son "Art", "le médecin nouveau, dévoilé, technicien n'a rien perdu de son rôle dans la Société"(2); en effet il est un de ceux qui connaissent le mieux les besoins et les ressources de la population et conscient de son rôle et de ses responsabilités, il participe aux affaires de la Cité (près de 10 % des Conseillers généraux et des députés sont des médecins). Cependant si l'on veut que le médecin ait la possibilité d'avoir dans les familles des actions de prévention, d'éducation, d'information et de promotion de la santé, et qu'il puisse collaborer à la construction d'une politique de la santé cohérente, il faut lui en laisser le temps et lui en donner les moyens. Nous pensons qu'il faudrait d'abord réhabiliter le médecin de famille, car ce serait une manière d'aborder "les problèmes de santé auxquels le praticien généraliste a réellement à faire face, et de combler le hiatus qui existe entre ces deux médecines que sont celle scientifique et technologique de l'hôpital universitaire, et celle, trop artisanale et isolée du praticien"(3).

(1) MATHE (C. et G.) - La santé est-elle au-dessus de nos moyens ? p. 127

(2) idem.

(3) idem. p. 308.

Nous souhaiterions que ce médecin de famille soit dans les quartiers, ce qu'était, jadis, et ce qu'est fréquemment encore le médecin de campagne, c'est-à-dire une personne de référence au sein des familles, capable de les aider au niveau des problèmes médicaux et sociaux. Par ailleurs, comme les centres de santé et de soins auront besoin pour fonctionner du concours des médecins, pourquoi n'accueilleraient-ils pas, pour un temps partiel, librement défini par le praticien, dans le cadre d'une équipe médicale, les médecins du quartier desservi.

L'exercice en groupe à temps partiel permettrait au médecin qui le souhaiterait, d'être en partie fonctionnaire de l'Etat et en partie travailleur indépendant, et lui offrirait un certain nombre d'avantages dans la réalisation de son travail dont les plus immédiats seraient une réduction des charges d'accueil, de secrétariat, de comptabilité... qui seraient mises en commun avec les autres activités du centre ; puis, le retour pour les praticiens à une vie familiale plus normale ; et la possibilité de soumettre à discussion dans le groupe tout problème délicat, de trouver au niveau du centre un certain nombre de moyens et d'informations, qui autrefois n'étaient disponibles qu'à l'hôpital, de s'entourer d'un certain nombre d'auxiliaires techniques, que seul et isolé le généraliste n'a pas les moyens de s'offrir, et enfin de bénéficier de l'informatique relié au C.H.R. qui sera pour lui à la fois un moyen de se former et de s'informer en demandant conseil aux "élites" et en travaillant en collaboration avec les différents techniciens des hôpitaux et des centres de santé et de soins.

Ainsi les centres de santé et de soins offrirait-ils aux habitants d'un quartier un choix entre plusieurs médecins, fonctionnant en équipe médicale à temps partiel, qu'ils pourraient d'ailleurs consulter à leur cabinet personnel s'ils le désiraient, alors que les soins prescrits pourraient, sans aucune difficulté être pris en charge par les techniciens compétents du Centre. Un tel système permettrait de préserver "le colloque singulier" cher aux Français qui, il faut bien le reconnaître, sont en matière de santé de farouches individualistes épris de bien être et de sécurité, mais aussi de liberté.

Après des médecins travailleront, outre les infirmières de santé publique, les assistantes sociales, les puéricultrices, les kinésithérapeutes, les aides familiales, etc...

Dans cette équipe de santé, les infirmières de santé publique devraient avoir une place prépondérante. Car c'est à l'intérieur des Centres de santé et de soins, en relation avec les infirmières d'hygiène scolaire et du travail qu'elles exerceront les fonctions que nous avons analysé.

Centrées sur les personnes et la population, elles seront accessibles à tous, ayant le souci constant d'écouter et de répondre aux besoins des gens sur le plan préventif ou curatif.

Comme le signalent les experts de l'O.M.S., l'infirmière de santé publique devra être capable "d'identifier des besoins de santé en sachant analyser des situations, d'être des relais entre les familles et les personnes des services vers lesquels les familles ont besoin d'être orientées, de partir des conditions de vie et des connaissances qu'ont les gens et de les aider à les compléter, d'avoir une action concertée avec d'autres services sanitaires et sociaux, de savoir regrouper un ensemble d'informations permettant de cerner les questions ayant un retentissement sur l'ensemble de la communauté"(1).

Selon les cas, l'infirmière de santé publique se référera aux autres spécialistes de la santé : assistantes sociales, psychologues, kinésithérapeutes... ou demandera leur collaboration. Nous avons conscience que jusqu'à présent, il était impossible aux travailleurs para-médicaux de passer d'une structure hospitalière à une structure extra-hospitalière du fait de leur statut. Nous avons mis en évidence, au cours de notre étude sociologique sur la profession d'infirmière, la pluralité des statuts de l'infirmière, pluralité que l'on retrouve chez les assistantes sociales, les puéricultrices... ; c'est pourquoi nous préconisons que l'ensemble des travailleurs sanitaires, quelque soit le secteur de leurs activités, soient des fonctionnaires de l'Etat.

Avec un statut de fonctionnaire les travailleurs de la santé auraient la possibilité de choisir leur poste de travail, et d'en changer avec facilité, en fonction de leur compétence. Cette mobilité à l'intérieur des structures hospitalières et extra-hospitalières éviterait que

(1) COLLIÈRE (M.F.) Extraits des grandes orientations du 6e Comité d'experts de l'O.M.S. sur les soins infirmiers communautaires p. 11.

s'établissent d'une part la "routine" et le désintérêt, et d'autre part la spécialisation excessive, qui a pour conséquence immédiate de créer une hiérarchisation entre les individus en même temps qu'une indifférence à l'égard de la création.

Le passage d'une structure à une autre pourrait amener l'infirmière à acquérir par l'intermédiaire d'une "capacité", comme nous l'avons dit, une qualification et une expérience supplémentaires assorties d'une promotion..

. Un aspect de leur travail : Le dossier familial ou individuel

Le support et le fruit du travail des centres de santé et de soins pourrait être le dossier familial et (ou) individuel que certains actuellement appellent "dossier infirmier" par opposition au dossier médical : il serait le plus sûr garant de la validité et de la continuité des soins infirmiers en matière de santé publique. Toute une étude pourrait être consacrée à cette réalisation. Nous nous limiterons à esquisser le profil de ce que pourrait être ce type de dossier. Il s'agirait d'un document écrit, mis à la disposition de l'ensemble de l'équipe de santé sur lequel seraient regroupés les éléments concernant :

- La représentation et le mode de vie de la famille ou du groupe avec :
 - . la composition de la famille ou du groupe (âge de chacun, sexe, composition de la fratrie...).
 - . les ressources financières de la famille et en particulier son quotient familial.
 - . le plan des locaux d'habitation où vit la famille ou le groupe.
- Les éléments de l'analyse de situation faite dans la famille au moment où elle prend contact avec le centre.
- La formulation des problèmes qui se posent à elle.
- Les différentes actions menées par différents intervenants dans la situation familiale, ainsi que la transcription de leurs résultats.

- Enfin, périodiquement, des bilans seront retranscrits sur ce dossier afin de faire le point sur l'évolution de cette situation, les possibilités de prise en charge par la famille de ses problèmes, les actions qui restent encore à réaliser.

Ce document en consignait de manière précise et concise toutes les informations concernant le groupe familial devrait être un outil de travail susceptible de diriger l'action de l'équipe de santé.

. La gestion des centres

Chaque centre devrait être géré par un groupe restreint composé non seulement des représentants des techniciens de la santé, des représentants de la population, et des usagers, mais aussi des représentants de certaines professions directement intéressées par les problèmes de santé, telles que les urbanistes, les architectes, les sociologues, les instituteurs... ; car le centre doit être conçu comme un lieu d'échanges où chacun à son mot à dire.

Le groupe des responsables aurait pour tâche d'assumer le fonctionnement régulier et de suivre de près la vie du centre, chargé de sa gestion et riche d'une expérience déjà acquise, il devrait permettre de remettre en cause et de faire évoluer ses objectifs et son action.

Cependant, on ne peut parler de gestion, sans résoudre les problèmes d'argent ; si l'un des objectifs de ces centres est de créer une égalité d'accès aux soins et même possibilité de santé chez tous les individus, il nous paraît difficile, si l'on souhaite vraiment les ouvrir à l'ensemble de la population de ne pas en assurer la gratuité. Certes, nous reconnaissons qu'il est un peu osé de notre part, de parler de gratuité alors que la Sécurité Sociale, a depuis quelques années, de gros ennuis budgétaires. Cependant nous croyons fermement que ce système de santé, en faisant appel au tiers payant, permettra, malgré tout, à la Sécurité Sociale de réaliser des économies, en évitant les hospitalisations massives, en maintenant les personnes âgées à leur domicile, mais aussi et surtout parce qu'un contrôle plus judicieux sera exercé au niveau des examens biologiques, radiologiques, électriques et endoscopiques, qui ne seront pas répétés sans nécessité. Ce point de vue est d'ailleurs confirmé par le Dr Escoffier Lambiotte : "la part considérable 50 %"

des soins hospitaliers dans les dépenses de santé invite à porter à ce secteur une attention particulière tant sur l'application judicieuse des progrès techniques que sur la justification même des hospitalisations ; il est vraisemblable qu'un système de santé mieux conçu permettrait d'en éviter un grand nombre"(1).

Les centres de santé et de soins ainsi définis travailleraient en étroite collaboration avec les hôpitaux.

3.2. Les structures hospitalières

Si les centres de santé et de soins constituent la structure de base de la circonscription sanitaire, les hôpitaux en restent les pièces maîtresses, et le centre hospitalier régional, la clef de voûte.

L'hôpital moderne présente actuellement l'avantage de regrouper un vaste ensemble de moyens en matériel et en hommes susceptibles, au niveau d'une circonscription géographiquement déterminée, de rendre de multiples services à une clientèle bien définie. L'histoire nous a montré que pendant longtemps en France l'hôpital avait eu pour mission d'héberger les malheureux, les mendiants, les invalides, les marginaux de la société(2) en soignant parallèlement d'ailleurs, ceux qui en avaient besoin. Cependant, il ne jouait aucun rôle prépondérant dans la lutte

(1) ESCOFFIER LAMBIOTTE (Dr) - "Le prix de la santé" (in : Le Monde du 24.9.76).

(2) GUTTON (J.P.) dans sa thèse "L'état de la mendicité dans la première moitié du XVIIIe siècle", met en évidence que les pauvres convaincus de mendicité ou de vagabondage pouvaient soit se rendre d'eux-mêmes à l'hôpital, soit arrêtés par la maréchaussée y être conduits de force. Pour le pauvre arrêté, l'hôpital était à la fois un asile et une prison. Un asile car on subvenait à tous ses besoins : on le nourrissait, le vêtit, le soignait si l'occasion s'en présentait, enfin on l'instruisait, car travail et éducation religieuse étaient les antidotes de l'oisiveté qui est la "mère de tous les vices". Mais, si l'hôpital est pour le pauvre un asile, il n'en est pas moins une prison où il aliène toute liberté.

En fait ces premières mesures d'assistance visent avant tout à protéger la société de certains individus qui ont une vie sans règle, conduite seulement par des passions, sans aucun recours à la raison. Non seulement la société se protège comme le dit Michel Fourcault dans "l'histoire de la folie à l'âge classique" dans le chapitre consacré au "grand renfermement" mais, elle "se sépare de l'inutile, de celui que l'on soupçonne de colporter "les pestes" ; d'être l'instrument des émotions". GUTTON J.P. - L'état de la mendicité dans la première moitié du XVIIIe siècle - Auvergne - Beaujolais - Forez - Lyonnais - 1973 - p. 26.

contre les fléaux sociaux où les actions de prévention. En effet dès 1838, les maladies mentales étaient du ressort des hôpitaux psychiatriques départementaux ; la lutte contre la tuberculose, jusqu'à une date récente, relevait de dispensaires spécialisés, et le traitement de cette maladie était réalisée dans des établissements de cure particuliers. (sanatoria). Dès 1945, la lutte contre le cancer est assurée par les centres anti-cancéreux et toute la protection maternelle et infantile, la santé scolaire et universitaire s'exerce hors de l'hôpital. Cet empirisme a évidemment présenté un certain nombre d'avantages et d'inconvénients dont en particulier "de conduire à une politique de la santé punctuelle, sans cohérence ni vues d'ensemble et à une politique de la santé coûteuse ne faisant pas suffisamment appel aux potentialités de l'hôpital"(1).

Dans un simple souci de rationalité et d'économie, l'hôpital doit être, aujourd'hui, considéré comme un maillon essentiel d'une politique de la santé. Pour ce faire, l'hôpital ne doit plus se confiner à recevoir des malades en vue d'une hospitalisation de plus ou moins longue durée, mais avoir des actions de soins, de prévention, et d'éducation à l'extérieur de ses murs. L'Article 678 du Code de la Santé Publique prévoit en effet :

"Les hôpitaux pourvoient aux examens de médecine préventive et de diagnostic, au traitement avec ou sans hospitalisation des malades, blessés, convalescents et femmes enceintes, y compris notamment, le cas échéant, leur réadaptation fonctionnelle, ainsi qu'à l'isolement prophylactique"(2).

Pour réaliser ces objectifs, et avoir en même temps des missions d'enseignement, l'hôpital doit se créer des "antennes mobiles" en homme et en matériel. Quelques efforts ont bien été tentés avec la création de consultations externes offertes aux malades pouvant se déplacer ; l'hospitalisation de jour permet aux malades d'être traités la journée à l'hôpital et de rentrer chez eux chaque soir ; grâce à l'hospitalisation à domicile, enfin, le malade bénéficie chez lui des avantages du système hospitalier. Mais ces initiatives fort louables, restent encore limitées en nombre et insuffisantes dans leur réalisation si on veut réellement que toutes les potentialités de l'hôpital soient en totalité utilisées

(1) COURQUET (J...) - L'hôpital aujourd'hui et demain.
p. 93.

(2) COURQUET (Jean) - op. cit. P. 94.

et exploitées pour le plus grand bien des individus.

C'est pourquoi il nous paraît intéressant de faire à l'hôpital une autre place dans la Cité, afin de mieux l'intégrer à la vie des individus et par là-même, amener ceux qui le dirigent, administrateurs et médecins, à donner des réponses plus adaptées aux besoins des populations.

- Le centre hospitalier régional (C.H.R.)

Le centre hospitalier régional représente un potentiel considérable en homme et matériel de toutes sortes ; ses possibilités d'actions et de réalisations ne sont plus à démontrer. Cependant pour être économiquement rentable, l'hôpital doit "sortir de ses murs" et offrir ses services à l'ensemble de la population. Au sein de la circonscription sanitaire et social son rôle doit être primordial, car lui seul dispose de moyens nécessaires aux actions de soins, de prévention, de recherche, et d'enseignement ; en l'utilisant à meilleur escient, la France pourrait peut-être réaliser quelques économies, en tout cas cela lui éviterait d'investir de nouveaux capitaux, dans de nouveaux équipements hospitaliers alors que ceux-ci couvrent les besoins en lits d'hospitalisation de l'ensemble de la population Française.

Si nous désirons que le C.H.R. ait un rayon d'action qui ne soit pas limité à l'enceinte de ses murs c'est que "l'on s'est en effet aperçu que, si tel ou tel hôpital universitaire dans telle ou telle ville dispensait aux patients qui avaient la chance de leur être envoyés les soins les plus élaborés et les plus efficaces, des populations nombreuses vivaient encore à des distances variables, voire dans le plus proche voisinage, dans de véritables ghettos sous-médicalisés, qui, en tout cas, ne profitaient en rien de cet équipement intellectuel et matériel que la Nation, l'Etat ou la ville consacrait à la santé"(1).

Cet état de fait réside généralement dans l'isolement matériel et intellectuel des médecins praticiens, vivant au milieu de ces populations et auxquels elles recourent ; de plus, le patron de C.H.U.,

(1) MATHE (C. et G...) La santé est-elle au-dessus de nos moyens ? op. cit. p. 307.

technicien averti, possédant le savoir, est lui aussi, très isolé de ses confrères praticiens, et ne connaît, le plus souvent, pas grand chose des besoins des populations qui, en dernier ressort, ont recours à ses soins.

C'est pourquoi, il nous paraît souhaitable que le "grand patron" sorte de l'hôpital, afin de faire bénéficier sur le terrain, ses confrères praticiens, de sa science. De cette déconcentration les médecins ne seront pas les seuls bénéficiaires, les malades y trouveront leur compte, puisqu'ils pourront bénéficier, à leur porte, dans le centre de santé et de soins de leur quartier, des conseils donnés par une élite, sans avoir à subir les longs déplacements d'un bout à l'autre de la ville, les attentes, les pertes de temps, d'énergie et d'argent pour aller en consultation à l'hôpital.

Grâce à l'utilisation de l'informatique dont il n'est pas déraisonnable de prévoir que d'ici peu chaque centre de santé et de soins sera muni, la décentralisation pourrait se réaliser dans d'autres domaines. En effet, chaque centre de santé et de soins étant muni d'un terminal directement relié au centre hospitalier régional celui-ci connaissant toutes les données pathologiques, sociales et familiales d'un malade pourrait au cours d'une consultation l'orienter vers l'établissement le plus apte à lui prodiguer les soins adaptés à son état, dans un périmètre proche de son domicile. En outre, de très nombreuses hospitalisations, erreurs de traitements, ou surcroît d'exams et d'investigations pourraient, de la même manière, être évités, car, le médecin praticien ayant une antenne à sa disposition avec le centre hospitalier régional posera à la machine un certain nombre de questions; celle-ci résoudra avec "la compétence de ceux qui l'auront programmée, c'est-à-dire probablement les spécialistes les plus autorisés, certains problèmes techniques pour lesquels lui n'est pas qualifié, et pour lesquels il devait jadis envoyer le malade en consultation"(1).

Nous voyons ainsi, petit à petit, se dessiner l'image du centre hospitalier régional comme étant celle d'une "super puissance" immensément riche sur un plan intellectuel, matériel et humain, et dont l'objectif principal est d'être dans la cité, à la disposition des populations,

(1) MATHE (C. et G...) op. cit. P. 290.

non pas forcément en les attirant en son sein, mais en mettant à leur disposition les moyens dont il dispose pour lessoigner, prévenir la maladie et améliorer leur condition de vie.

Il est certes incontestable que l'état de certaines personnes nécessite le recours aux services d'un centre hospitalier, mais ce dernier doit tout mettre en oeuvre pour que le séjour du malade soit le plus court possible; ce qui l'amène à instaurer avec les centres de santé et de soins un système de communication tant au niveau du personnel médical que du personnel soignant, de façon que dès sa sortie de l'hôpital le malade puisse être pris en charge par une équipe pluridisciplinaire.

- Les centres hospitaliers, hôpitaux, hôpitaux ruraux

Quant aux centres hospitaliers, hôpitaux et hôpitaux ruraux tout en conservant leur entière autonomie financière, ils seront placés sous la dépendance du C.H.R. auxquels ils seront reliés par l'informatique. En effet, le centre hospitalier régional ayant une connaissance suffisante des moyens dont disposent ces hôpitaux et des soins que nécessitent l'état d'un malade, est à même de leur adresser les patients qu'ils desservent géographiquement, lorsqu'ils ont la possibilité de leur administrer les soins que nécessitent leur état ; dans le cas contraire, le malade sera conduit dans un autre centre hospitalier voire même au C.H.R.

Chaque circonscription sanitaire(1) serait donc dotée sur le plan hospitalier;

. d'un centre hospitalier régional(2) ayant un rayon d'action de 84 kilomètres et une capacité d'accueil de plus de 500 lits, regroupant

(1) En 1972 la population de la France était de 51 487 400 habitants chiffre trouvé dans "la population de la France" (in : Revue hospitalière de France : numéro 5 Spécial Campus 1975). Si la population française était répartie d'une manière homogène sur l'ensemble du territoire français chaque circonscription comprendrait donc 2 340 340 habitants environ.

(2) Les hôpitaux de l'Assistance Publique de Paris et les Hospices Civils de Lyon et Marseille ne comptent que pour un seul C.H.R. alors qu'en fait ils en possèdent plusieurs.

tous les services habituels de médecine, chirurgie, spécialités, ainsi que des services de convalescents, de chroniques, de réadaptation fonctionnelle et de consultations externes ;

. en fonction de son étendue et de sa démographie, de 3 ou 4 centres hospitaliers ayant un rayon d'action d'environ 39 kilomètres et une capacité d'accueil de 200 à 2 000 lits répartis dans tous les types de services, sauf les spécialités dites "rares" telles que réanimation cardiaque, neuro-chirurgie... ;

. de deux hôpitaux ayant un rayon d'action de 18 kilomètres et une capacité d'accueil de 51 à 500 lits comprenant un éventail de services plus restreints puisqu'ils ne posséderaient ni service de gynécologie, ni d'oto-rhino-laryngologie, ni d'ophtalmologie. Susceptibles d'accueillir des malades de médecine, de chirurgie générale, ils déchargeraient, de ce fait, le C.H.R. et n'éloigneraient pas trop, dans certains cas, le malade de son environnement habituel,

. enfin de deux hôpitaux ruraux ayant en général moins de 50 lits, un rayon d'action de 14 kilomètres et les innombrables cliniques privées qui constituent, de nos jours un "secteur parallèle" compléteraient le complexe hospitalier de la circonscription.

- oOo -

Si le C.H.R. est le coordinateur du complexe hospitalier au sein de la circonscription sanitaire, c'est qu'il disposera de moyens de liaison et de communications efficaces avec les centres de santé et de soins et les autres complexes hospitaliers. En outre, grâce à l'informatique, il sera mieux à même, en fonction des renseignements transmis par le centre de santé et de soins au sujet d'un malade, de décider d'un protocole de traitement à domicile où d'une éventuelle hospitalisation dans l'hôpital public ou privé le plus proche et le mieux équipé.

Si dans nos suggestions, en vue d'une nouvelle organisation de notre système de santé, nous avons conservé à l'hôpital une place prépondérante "c'est qu'il doit garder un rôle privilégié, novateur et coordinateur pour tout ce qui relève de l'incomparable et coûteux "plateau technique" qu'il détient"(1).

(1) ESCOFFIER-LAMBIOTTE(Dr) - "Le prix de la santé"

CONCLUSION

Parvenue au terme de notre réflexion sur la condition et l'avenir de l'infirmière, nous voudrions, une dernière fois, parcourir le cheminement de notre pensée afin de l'englober d'un seul regard.

Surprise du contraste qui existe actuellement entre l'extension continue du champ de l'activité des infirmières et le désenchantement, la désaffection même qu'elles manifestent à l'égard de leur métier, nous nous sommes demandée si - parmi les raisons invoquées - l'explication de cette situation ne serait pas à chercher dans l'absence ou l'imprécision des finalités proposées à leurs activités, jointe aux difficultés qu'elles éprouvent à réaliser celles-ci au sein de mentalités et de structures institutionnelles inadaptées. Le malaise du monde infirmier ne réside-t-il pas, finalement, dans le fait que faute d'une conscience claire de l'originalité et de la spécificité des fonctions du personnel soignant, le grand public, à l'image d'ailleurs des médecins ou des administrations de santé ne considèrent jamais les infirmières en elles-mêmes, pour elles-mêmes, ne les reconnaissent pas comme ayant une existence et une valeur propre.

L'exploration du passé lointain, puis du passé récent du personnel soignant à laquelle nous nous sommes livrée semble bien nous donner raison.

L'Antiquité - hormis quelques rares exceptions - ne s'est pas occupée du personnel infirmier. C'est avec le Christianisme que s'est développée la fonction de soigner les malades. Les tâches, les soins très simples, centrés sur le malade, attendus des malades, qu'ont, pendant des siècles effectués Religieux et Religieuses recevaient alors de la Foi un éclairage qui leur donnait un sens.

Par contre, avec la laïcisation de la fonction, les progrès de la médecine, le développement des techniques, l'infirmière a passé insensiblement du service du malade au service du médecin. Cette inversion du rapport entre infirmière, médecin, malade s'est produite d'autant plus aisément que pendant longtemps - comme nous l'avons constaté - le problème des finalités du métier de l'infirmière n'a jamais été clairement posé,

médecins et administrations hospitalières trouvant implicitement leur compte dans cette indétermination de la fonction. Rien d'étonnant dès lors que dans un contexte où -hormis les interventions de Mlle Chaptal- les infirmières n'étaient pas invitées à participer elles-mêmes, directement, à la fixation des buts de leur formation et de leur activité professionnelle où elles n'étaient pas considérées comme "majeures", elles ne soient pas, de ce fait, parvenues -malgré la volonté de certaines d'entre elles- à constituer une profession.

Et lorsqu'en 1972, sous l'influence des experts de l'O.M.S. et de l'Accord Européen, la France décide que l'infirmière sera désormais "éducatrice de la santé", reprenant en la modifiant et en la perfectionnant l'idée de l'infirmière visiteuse polyvalente, elle ne lui fournit guère les moyens d'assurer cet objectif, ne faisant aucun véritable effort pour tenter de changer les mentalités, les structures sanitaires, et, finalement l'orientation générale de la politique de santé.

Nous n'en tenons pour preuve que la politique du recrutement des Aides soignantes : elle demeure un symptôme patent de la négligence pour ne pas dire de l'indifférence témoignée aux malades et au personnel infirmier. Ayant apparemment un rôle complémentaire de celui de l'infirmière, les Aides soignantes sont encore trop souvent invitées à fournir le même travail... tout en étant, évidemment moins rémunérées. Solution de facilité, cette mesure ne pousse-t-elle pas, malgré de vigoureuses proclamations verbales, que l'infirmière peut être aisément remplaçable ?

Pour être juste, il faut reconnaître, cependant, que cette tare de l'Administration n'est pas spécifique au Ministère de la Santé. Le Ministère de l'Education Nationale n'a-t-il pas, lui aussi, dans l'Enseignement primaire, abusé pendant des années des instituteurs-remplaçants et ne continue-t-il pas, dans l'enseignement secondaire, à exploiter maîtres et maîtresses auxiliaires, tout en poursuivant de continuelles réformes ?

L'ambiguïté est la même, dans l'un et l'autre cas. Avec cette différence, cependant, que le mépris implicite ou affiché à l'égard du personnel soignant... et des malades se répercute plus ou moins nécessairement dans les rapports du personnel avec les malades et empoisonne bien souvent le climat hospitalier : infirmiers ou infirmières projetant plus

ou moins à leur insu, sur les malades, leur rancœur et leur insatisfaction.

- oOo -

L'ensemble de ces considérations nous a alors conduit à définir le contexte et la stratégie nécessaires à la mise en place effective de l'infirmière éducatrice de la santé.

Convaincue que l'avenir de l'infirmière est étroitement lié à sa reconnaissance, il nous est apparu que celle-ci ne dépendait pas seulement de la présentation d'un programme, mais qu'elle était tributaire d'une conception ouverte de la santé et de la médecine ainsi que d'une profonde réorganisation des institutions sanitaires.

C'est pourquoi nous avons d'abord cherché à découvrir dans le jeu même de la vie le sens de la santé, de la maladie et de la mort.

La santé n'est pas un état, mais une potentialité étroitement solidaire du milieu de vie, de la culture à laquelle l'homme appartient, des valeurs auxquelles il est attaché. Cette potentialité est fragile et relative. Fragile, dans la mesure où les individus et les collectivités doivent constamment lutter contre des agressions de toutes sortes. Relative, car elle débouche inexorablement sur la mort, qu'il ne s'agit ni de nier, ni d'évacuer, puisqu'elle constitue le terme de l'existence humaine.

Si telle est la santé, n'est-il pas grand temps, dans un monde qui n'est plus la proie permanente de fléaux endémiques, de valoriser dans une politique de la santé, la santé elle-même, son maintien, sa protection et par conséquent, sans rejeter le moins du monde son aspect curatif et thérapeutique, d'accorder plus de soins à son aspect préventif ?

N'en viendrait-on pas à s'imaginer, sans cette modification, qu'une politique de la santé centrée sur la maladie et la guérison est finalement plus intéressante et plus profitable pour certains - la Sécurité Sociale mise à part - qu'une politique orientée vers la prévention ?

C'est en tout cas au prix d'un renouvellement de la politique sanitaire et de la médecine que l'infirmière pourrait vraiment devenir éducatrice de la santé.

La pratique quotidienne actuelle de certaines infirmières exerçant leur métier hors de l'hôpital (Infirmières de protection maternelle et infantile, infirmières à domicile, infirmières d'entreprise, infirmières scolaires...) nous a mis sur la voie de ce que pourrait être l'infirmière... demain : une infirmière de santé publique dont le modèle serait valable à l'hôpital comme hors de l'hôpital. Entraînée à l'écoute, au dialogue, capable en fonction de son savoir infirmier de porter un diagnostic infirmier, l'infirmière de santé publique, tout en continuant à s'en remettre au médecin pour l'établissement du diagnostic et du traitement médical, sera capable, pour son propre compte, d'établir une évaluation des difficultés du malade sur le plan infirmier.

Elle n'est plus, alors, la subordonnée du médecin, mais elle met en oeuvre les actions susceptibles d'aider le malade à retrouver santé et autonomie. Et, lorsqu'en dépit de tous les soins qui lui ont été prodigués, le patient est condamné à achever son destin terrestre, l'infirmière de santé publique sera encore auprès de lui pour l'accompagner tout au long de son agonie et l'aider à affronter "sa" mort, comme l'aurait souhaité cette jeune infirmière dont Jean Ziegler cite le témoignage : "Je suis étudiante infirmière et je suis en train de mourir. Je vous adresse ceci, à vous qui êtes ou qui serez infirmières, dans l'espoir qu'en partageant ce que je ressens maintenant, vous serez mieux à même d'aider ceux qui subiront mon sort. Le nursing (soins donnés par les infirmières) doit évoluer ; je souhaite que cela aille vite. On nous a appris à ne pas être trop enthousiastes et à ne pas oublier la routine. Nous avons obéi et nous nous trouvons aujourd'hui, une fois nos illusions envolées, dans une sorte de vide fait de vulnérabilité et de peur. Le mourant n'est pas encore considéré comme une personne et ne peut donc être contacté comme telle. Il est le symbole de ce que nous savons être la peur de notre propre mort. Il faut longtemps pour découvrir ses propres sentiments avant de pouvoir aider quelqu'un d'autre à découvrir les siens. Pour moi, la peur est là et je suis en train de mourir. Vous entrez et sortez de ma chambre, vous m'apportez des remèdes et prenez ma tension. Est-ce parce que je suis infirmière ou simplement un être humain que je sens votre peur ? Cette peur m'envahit. Pourquoi êtes-vous effrayées ? C'est moi qui meurs. Je sais, vous êtes embarrassées, vous ne savez que dire, que faire. Mais, croyez-moi, si vous participiez à ma mort, vous ne pourriez vous tromper. Admettez un instant qu'elle vous importe (c'est ce que nous recherchons, nous, les mourants) : restez, ne partez pas, attendez. Tout ce que je veux, c'est que quelqu'un soit là pour me tenir la

main quand j'en aurai besoin. J'ai peur.

Pour vous, la mort fait partie de la routine, pour moi, elle est nouvelle et unique. Pour me réconforter, vous me parlez de ma jeunesse, mais je meurs. J'ai beaucoup de choses à vous dire. Cela ne vous prendrait pas beaucoup de temps de parler avec moi. Ah, si nous pouvions être honnêtes et admettre nos angoisses, de quelque côté que nous nous trouvions, si nous pouvions nous toucher... Si vous vouliez bien m'écouter et partager ce qui me reste de vie, et si même vous pleuriez avec moi, perdriez-vous de votre intégrité professionnelle ? Les rapports de personne à personne ne peuvent-ils donc exister dans un hôpital ? Ce serait tellement plus facile de mourir... à l'hôpital... entouré d'amis(1)...

Mais l'activité de l'infirmière de santé publique n'étant plus orientée exclusivement vers la maladie et la mort, le plus clair de son temps sera de jouer dans tous les secteurs où elle peut exercer son activité de conseillère et d'éducatrice de la santé. Elle aidera individus et collectivités à respecter les règles élémentaires d'hygiène, à se défendre contre les atteintes globales ou spécifiques propres aux sociétés dans lesquelles ils vivent, à développer enfin par tous les moyens possibles cette potentialité, cette capacité d'adaptation qui est la santé.

Encore faut-il pour qu'une telle mutation s'effectue qu'à la base des circonscriptions sanitaires puissent éclore des centres de santé et de soins, en rapport avec les hôpitaux et les C.H.R., où l'infirmière de santé publique en étroite collaboration avec les médecins et ses collègues para-médicaux prodiguerait ses soins spécifiques.

- ●● -

Du regard jeté sur l'ensemble de notre travail jailliront, sans doute, de nombreuses critiques. Réactions naturelles et compréhensibles. Nous n'avons pas, en effet, la prétention de présenter autre chose qu'une contribution à une réflexion sur le destin de l'infirmière en France. Heureuse, si notre travail pouvait servir de point de départ à des concertations et à des actions conjuguées de la part de nos collègues !

(1) Anonyme, "Death in the First Person", in *American Journal of Nursing*, vol. CXX, n° de juin 1970. Cité par Jean Ziegler "Les vivants et la mort". op. cit. p. 201.

Nous ne voudrions pas, cependant, que taxant notre prise de position d'utopiste, d'idéaliste, d'irréaliste, on lui reproche finalement d'être démobilitatrice.

Nous ferons d'abord simplement remarquer que notre réflexion qui se développe dans le sillage des experts de l'O.M.S. et dans le sens souhaité par l'Accord Européen, s'inspire de l'enseignement dont nous avons bénéficié à l'Ecole Internationale d'Enseignement Infirmier Supérieur, et rejoint également la conception canadienne de la fonction infirmière qui est ainsi définie : "constitue l'exercice de la profession d'infirmière ou d'infirmier tout acte qui a pour but, d'identifier les besoins de santé, de contribuer aux méthodes de diagnostic, de prodiguer et de contrôler les soins infirmiers que requièrent la promotion de la santé, la prévention, le traitement et la réadaptation"(1).

Par ailleurs, en mettant en évidence les raisons profondes de l'aliénation de l'infirmière en France, en montrant qu'il ne suffit pas pour modifier son statut de mettre au point de généreux programmes de formation, en insistant sur la nécessité d'une transformation des mentalités et des structures institutionnelles, sociales et politiques, nous avons conscience que notre réflexion sur la vie de l'infirmière à long terme, est la meilleure façon de penser le renouvellement de sa fonction, à court terme.

Dans la situation sociale, hospitalière et politique actuelle, il nous semble, en effet, que notre travail peut inciter à apporter certaines améliorations dans la formation de l'infirmière.

Ne serait-il pas, par exemple, souhaitable d'étoffer la première période des études centrée sur la santé par une réflexion plus précise sur les rapports de la vie avec la santé, la maladie et la mort ? N'est-ce pas une dérobade que de n'introduire aucune réflexion sur la mort sachant que, dès leur premier stage, les élèves-infirmières peuvent avoir à l'affronter, en étant totalement démunies.

(1) "Actes infirmiers, actes délégués : où en est le Québec"? p. 3.

Ne pourrait-on pas, dès à présent, orienter plus largement les stages vers le secteur extra-hospitalier, comme y invite le programme de 1972, mais en insérant les élèves dans les réalités de la vie quotidienne... à l'usine, à l'école..., dans les grands magasins... afin qu'elles appréhendent la vie professionnelle des individus ?

Serait-il vraiment scandaleux et irréalisable que la partie de l'enseignement des infirmières relative à l'anatomie, à la physiologie, à la biologie, à la médecine, à la chirurgie, à la psychologie, à la psychiatrie... soit assurée par l'Université ? Cette utilisation du potentiel pédagogique des différentes Facultés ne serait-elle pas bénéfique à l'ensemble des élèves ?

Et pourquoi, enfin les infirmières enseignantes ne prendraient-elles pas en charge la totalité de l'enseignement des soins infirmiers, sur lesquels elles seraient bien obligées de se mettre au clair ?

Ce ne sont là, bien sûr, que quelques suggestions.

- ●●● -

Notre vœu le plus vif et le plus cher est que l'ensemble des infirmières, qu'elles appartiennent au secteur public ou privé, qu'elles travaillent à l'hôpital ou hors de l'hôpital, s'éveille de leur sommeil coutumier... et routinier pour penser leur rôle, leur métier, et lutter pour en faire une véritable profession. La prise de conscience de l'importance de ce problème n'a point échappé aux "têtes pensantes" des cadres infirmiers. L'idée que les infirmières devaient prendre en charge leur métier est un thème constant dans les écrits des infirmières depuis une dizaine d'années. En avril 1967, Huguette Bachelot note : "l'avenir... doit tendre à cimenter notre unité pour que nous représentions vraiment un groupe cohérent qui, ayant défini son contenu spécifique et renforcé sa conscience de groupe soit capable de mener une action efficace"(1). De son côté, le comité de rédaction de la Revue de l'infirmière s'interrogeant, en janvier 1971, sur l'avenir de la profession d'infirmière constate : "Il est vraiment temps que les infirmières travaillent à acquérir leur autonomie. Elles devront bien comprendre un jour qu'elles n'auront

(1) Bachelot (Huguette) "Perspectives d'avenir de la profession d'infirmière" p. 2.

jamais que le pouvoir qu'elles voudront bien prendre. Elles ne doivent compter que sur elles pour parvenir à leur propre transformation sociale et professionnelle"(1). Et Catherine Mordacq revenant sur ce problème en avril 1974, affirme de son côté : "Il faut que les infirmières dirigent elles-mêmes leur mode d'existence et ne s'abritent pas derrière les stéréotypes commodes, du public ou des autres professions de santé, qui connaissent mal le service infirmier et ont de lui des conceptions périmées qui ne peuvent que le gêner dans son évolution(2).

Puisse, dans ce contexte, notre réflexion d'ensemble sur le passé et l'avenir de l'infirmière contribuer, à son tour, à faire progresser la prise de conscience et l'engagement de nos collègues !

Mais nous pensons surtout -à la lumière de ce que nous a appris le passé- qu'une profession ne peut se constituer vraiment tant qu'elle n'est pas portée par un projet dynamique et généreux, capable d'inviter les êtres à se remettre en question, à se concerter, à s'engager. En un mot, il ne saurait y avoir de profession sans croyance, sans foi et pour tout dire sans... profession de foi. Un système de valeurs, une axiologie, sont les facteurs, les ressorts de la naissance, du développement, de la continuité d'une profession. Et ils sont d'autant plus indispensables, à notre époque, que la technocratie, la bureaucratie, la planification enserrant de plus en plus les hommes dans des étaux asphyxiants, rendent par la même nécessaire le recours à des forces compensatrices, susceptibles d'offrir un sens à la vie et au métier : l'homme ne vit pas seulement de pain !

La profession infirmière a besoin pour se constituer d'être traversée par un grand souffle spirituel vivifiant qui l'arrache à la condition servile qui a trop longtemps été la sienne et lui permette de retrouver à l'exercice de son métier, un sens. Le système de valeurs qui pourrait et devrait cristalliser les pensées et les actes du personnel infirmier et lui permettre de se poser comme facteur indispensable et

(1) Comité de Rédaction de la Revue de l'infirmière - Quel est l'avenir de la profession d'infirmière ? - p. 24.

(2) Idée émise par MORDACQ (C...) "Le travail infirmier est-il épanouissant" ? p. 460.

irremplaçable des individus et des groupes est le service des personnes, sur le plan sanitaire. Agent de santé, centré non plus exclusivement sur la pathologie mais sur l'ensemble du cycle de la vie humaine qui conduit l'homme de la naissance à la mort, collaborateur sanitaire de tout être humain et non plus seulement du malade, capable de conseiller l'homme sain et de donner à sa relation avec le malade valeur thérapeutique, le personnel soignant serait présent dans toute vie pour répondre, à la demande, aux besoins de chacun. Rien n'empêche que toute infirmière, tout infirmier situe cet idéal commun à toutes et à tous par rapport à ses convictions personnelles, qu'elles soient ou non religieuses.

La profession d'infirmière trouverait ainsi "l'excellence" qui lui permettrait, non seulement de survivre mais de se poser et de s'affirmer comme un secteur nécessaire et équilibrant de l'activité nationale.

B I B L I O G R A P H I E

O U V R A G E S

- ADLER (Alfred Dr)
La Connaissance de l'homme - Petite bibliothèque Payot -
Paris 1966 - n° 90 - 250 pages.
- ARDOINO (J...)
Propos actuels sur l'éducation - Paris, Gauthier Villars,
1965 - 340 pages.
- ARIES Philippe
Essais sur l'histoire de la mort en Occident - Du Moyen Age
à nos jours - SEUIL - Paris 1975 - 226 pages.
- AVANZINI (Guy)
Immobilisme et novation dans l'éducation scolaire -
"Nouvelle Recherche", Privat, Toulouse, 1975 - 318 pages.
- BACHELARD (Gaston)
La formation de l'esprit scientifique - Bibliothèque des
textes philosophiques - 1972 - Paris - J. VRIN - 256 pages.
- BALINT (N...)
Le médecin, son malade et la maladie - Traduction de J.P.
VALABREGA - Paris - Payot 1968 - 422 pages.
- BARIETY (M...) et COURY (Ch...)
Histoire de la médecine - P.U.F. - Collection Que sais-je ?
Paris - 1971 - 126 pages.
- BERGER (G...)
L'homme moderne et son éducation - Paris, P.U.F. - 1962 -
358 pages.
- BERNARD (Jean)
Grandeur et tentation de la médecine - Ed. J'ai Lu - 1975 -
283 pages.
- BERNARD (Jean)
L'homme changé par l'homme - Buchet - CHASTEL - Paris - 1976 -
230 pages.
- BOURGEY (Louis)
Observation et expérience chez les médecins de la Collection
Hippocratique - Paris VRIN - 1953 - 304 pages.
- BRIZON
Causerie sur les soeurs hospitalières des Hospices Civils de
Lyon - Editeur Lescuyer - LYON 1940 - 40 pages.
- CANGUILHEM (Georges)
Le normal et le pathologique - Paris, P.U.F. - 1966 -
227 pages.

CAPART (Jean)

"L'histoire des Pharaons" - (in : l'histoire de l'Orient Ancien) collection "L'Histoire racontée à tous" Hachette - Paris - 1936 - 331 pages.

CARCOPINO (Jérôme)

La vie quotidienne à Rome à l'apogée de l'empire - Hachette Paris - 1939 - 343 pages.

CECCALDI (D...)

Les Institutions Sanitaires et Sociales - Librairie Foucher - 4e et 5e éd. Paris - 351 pages.

CHAPTAL (Mlle)

Morale professionnelle de l'infirmière - Edition Poinat - Paris - 1947 - 194 pages.

C.L.E.A.R. - R. VERNEJOUL

L'hôpital en question - Préface du dossier pour la réforme hospitalière - Edition Emile-Paul - 1970 - 204 pages.

COMITE D'ACTION SANTE

Hôpital - Silence - Répression - Maspero - Paris - 1969 - 58 pages.

Dr CONTENAU (G...)

"L'Asie occidentale Ancienne" (in : Histoire de l'Orient Ancien) - Collection "L'histoire racontée à tous" - Hachette - Paris - 1936 - 331 pages.

COOMBS (Ph...)

La crise mondiale de l'éducation - Paris - P.U.F. - 1968 - 319 pages.

COSTE (Pierre)

Saint-Vincent de Paul, correspondance, entretiens, documents-

Tome I - Correspondance (1607-1639) Paris, Librairie Lecoffre, Editeur : Gabalda - 1920 - 624 pages.

Tome VII - Correspondance (décembre à juin 1969) Paris - Librairie Lecoffre - Editeur : Gabalda - 1922 - 640 pages.

Tome VIII - Correspondance (juillet 1659 à septembre 1660) - Paris - Librairie Lecoffre - Editeur : Gabalda - 1923 - 642 pages.

Tome X - Entretiens - Paris - Librairie Lecoffre - Editeur : Gabalda - 1923 - 747 pages.

Tome XIII - Documents - Paris - Librairie Lecoffre - Editeur : Gabalda - 1924 - 862 pages.

COUDROT (Martine et Alain)

L'infirmière face à sa profession - Thèse à partir de l'enquête sur "l'engagement professionnel" effectué par l'Association Nationale Française des Infirmières diplômées d'Etat - 117 pages.

- COURQUET (J...)
L'hôpital aujourd'hui et demain - PARIS - Seuil - 1971 -
 44 pages.
- CROZE (Auguste)
Les soeurs hospitalières des Hospices Civils de Lyon - LYON -
 M. Audin et Cie - 148 pages.
- CROZIER (Michel)
Le phénomène bureaucratique - Paris - Ed. Le Seuil - 1963 -
 413 pages.
- CROZIER (Michel)
La société bloquée - Paris - Ed. Le Seuil - 1970 - 251 pages.
- DAYAN (Charles)
Plaidoyer pour une anti-médecine - Paris - Presses de la Cité -
 1974 - 223 pages.
- DUBOS (R...)
Le mirage de la santé - Paris - Denoël - 1961 - Préface d'André
 Maurois - Traduit de l'Américain par Nelly Weintein - 235 pages.
- DUBOS (R...)
L'homme et l'adaptation au milieu - Paris - Payot - 1973
- DUPUY (J.P. et KARSENTY (S...))
L'invasion pharmaceutique - Paris - Ed. Seuil - 1974 -
 269 pages.
- DURKHEIM (Emile)
Les règles de la méthode sociologique - Bibliothèque de philoso-
 phie contemporaine - P.U.F. - 1973 - 149 pages.
- DURKHEIM (E...)
De la division du travail social - Paris - P.U.F. - 1967 -
 413 pages.
- DURKHEIM (E...)
Education et sociologie - Paris - P.U.F. - 1968 - 120 pages.
- ESCANDE (J.P.. Dr)
Les Médecins - Bernard GRASSET - Paris - 1975 - 310 pages.
- ESCANDE (J.P.. Dr)
Les Malades - Bernard GRASSET - Paris - 1977 - 248 pages.
- EURIPIDE
 Bibliothèque La Pléiade - Gallimard - Paris - 1962 -
 1 478 pages.
- FERRY (G...)
La pratique du travail de groupes - "Sciences de l'éducation" -
 Paris - Dunod - 1970 - 227 pages.
- FLACELIERE (Robert)
La vie quotidienne en Grèce - Hachette - Paris - 1959 - 369 pages.

- La Forme de la Direction et Economie du Grand Hostel-Dieu et de
notre Dame de Pitié du Pont du Rhosne de la ville de Lyon. Imprimé
par Jean Jullieron - Imprimeur du ROY - 1646 - M.DC.XLVI et M.DCCXXX.
IV - 143 pages.
- La Forme et la Direction en Oeconomie du Grand Hostel-Dieu de nostre
Dame de la Piété du Pont du Rhosne de la ville de Lyon - Imprimerie
Jean Jullieron - 1646 - 107 pages.

FOUCAULT (M..)

Naissance de la clinique - Paris - P.U.F. - 1972 - 216 pages.

GARDNER - MARY SWALL

L'infirmière visiteuse - traduit de l'anglais par Mlle Lefébure
et le Dr René Sand - P.U.F. - 1926 - 461 pages.

GOGUELIN (P...)

La formation continue des adultes - Paris - P.U.F. - 1970 -
196 pages.

GOUST (F...)

Médecine et Urbanisation - Paris - Ed. Ouvrières - 1969 -
224 pages.

GUTTON (J. Pierre)

L'état et la mendicité dans la première moitié du XVIIIe siècle.
Auvergne, Beaujolais, Forez, Lyonnais - Publié avec le
concours du Centre national de la recherche scientifique -
1973 - 248 pages.

HAMBURGER (Jean)

La puissance et la fragilité - Ed. Flammarion - 1972 - Essai
sur les métamorphoses de la médecine et de l'homme -
205 pages.

HAMILTON (Anna Dr et REGNAULT (F... Dr)

Les gardes-malades - Edition Vigot Frères - 1901 (Préface
de Maurice Letulle) - 280 pages.

HENDERSON (Virginia)

Principes fondamentaux des soins infirmiers - Publié par
S. Karger Basel (Suisse) - New-York - 1969 - 66 pages.

HERODOTE -

L'enquête (in : Historiens grecs) - Bibliothèque
de la pléiade - Gallimard - Paris - 1964 - 1 873 pages.

HERZLICHE (Cl...)

Santé et maladie = analyse d'une représentation sociale -
Paris - LA HAYE - MOUTON - 1969 - 211 pages.

HOMERE Iliade

(in : Homère - Iliade - Odyssée) - Bibliothèque de la Pléiade -
Gallimard) Paris - 1955 - 1 140 pages.

ILLICH (Ivan)

Libérer l'avenir - Paris - Ed. Le Seuil - 1971 - 190 pages.

ILLICH (Ivan)

Une société sans école - Paris - Ed. Le Seuil - 1971 - 188 pages.

ILLICH (Ivan)

La convivialité - Paris - Seuil - 1973 - 160 pages.

ILLICH (Ivan)

Némésis médicale - L'expropriation de la santé - Paris - Seuil - 1975 - 223 pages.

IMBERT (Jean)

Les hôpitaux en France - Collection Que Sais-je ? P.U.F. - 1974 - 126 pages.

Infirmière (1^{re}) française

parue grâce à l'initiative de Mlle Chaptal de 1923 à 1939

Tome I - Edition Poinat, Paris, 1924, 528 pages.

Tome II - Edition Poinat, Paris, 1925, 584 pages.

Tome III - Edition Poinat, Paris, 1926, 616 pages.

Tome IV - Edition Poinat, Paris, 1926, 496 pages.

Tome V - Edition Poinat, Paris, 1927, 352 pages.

Tome VI - Edition Poinat, Paris, 1928, 472 pages.

Tome VII - Edition Poinat, Paris, 1929, 473 pages.

Tome VIII - Edition Poinat, Paris, 1930, 473 pages.

Tome IX - Edition Poinat, Paris, 1931, 473 pages.

Tome X - Edition Poinat, Paris, 1932, 473 pages.

Tome XI - Edition Poinat, Paris, 1933, 472 pages.

Tome XII - Edition Poinat, Paris, 1934, 473 pages.

Tome XIII - Edition Poinat, Paris, 1935, 472 pages.

Tome XIV - Edition Poinat, Paris, 1936, 473 pages.

Tome XV - Edition Poinat, Paris, 1937, 472 pages.

Tome XVI - Edition Poinat, Paris, 1938, 472 pages.

Tome XVII - Edition Poinat, Paris, 1939, 194 pages.

ISRAEL (L...)

Le médecin face au malade - Bruxelles - Dessart - 1968 - 338 pages.

KRAMER (Samuel-Hoah)

L'histoire commence à SUMER - Traduit par : Josette Nesse, Marcel Moussy, Paul Stéphano - Avant-propos de Jean Bottero. Ed. Arthaud - 1957 - 313 pages.

LAGNY (G... Pasteur)

Le réveil de 1830 à Paris et les origines des diaconesses de Reuilly - Préface du Pasteur Marc Boegner - Ed. Association des diaconesses, rue de Reuilly, Paris - 1958 - 192 pages.

- LALANDE (A...)
Vocabulaire technique et critiques de la philosophie - Paris - P.U.F. - 1960 - 295 pages.
- LANDSBERG (Paul-Louis)
 Essai sur l'expérience de la Mort-suivi du-Problème moral du Suicide- Editions du Seuil - Collection Esprit - 1951 - 153 pages.
- LAPASSADE (G...)
L'entrée dans la vie - Paris - Ed. Minuit - 1963 - 260 pages
Essai sur l'inachèvement de l'homme.
- LAPASSADE (G...)
Groupes, institutions, organisations - Paris - Gauthier Villars- 1967 - 316 pages.
- LAPASSADE (G...)
L'autogestion pédagogique - Paris - Gauthier Villars - 1971 - 201 pages.
- BARON DE LA POLINIÈRE (Dr)
Considération sur la salubrité de l'Hôtel-Dieu et de l'Hospice de la Charité de Lyon - Imprimerie Louis Perrin - 1853 - 232 pages.
- LEFEBURE (Ségolène)
Moi, une infirmière - Paris - Stock - 1973 - 121 pages.
- LEON (A...)
Psychopédagogie des adultes - Paris - P.U.F. - 1971 - 192 pages.
- LEVINSTON (Ch...)
Les trusts du médicament - Paris - Seuil - 1974 - 160 pages.
- LINTON (Ralph)
Le fondement culturel de la personnalité - Préface de J.C. Filloux - Dunod - Paris - 1967 - 139 pages.
- MARC-BONNET (Henry)
Histoire des ordres religieux - P.U.F. - Collection Que sais-je ? 1968 - 124 pages.
- MATHE (Catherine et Georges)
La santé est-elle au-dessus de nos moyens ? - Paris - Plon - 1970 - 322 pages.
- MEHAHEM Ruth
La mort apprivoisée - Collection Ed. Universitaires - 1973 - 167 pages.
- MINKOWSKI (Alexandre)
Le mandarin aux pieds nus - Entretiens avec Jean Lacouture - Paris - Seuil - 1975 - 253 pages.
- MORDACQ (Catherine)
Pourquoi des infirmières ? Paris - Ed. Le Centurion - 1972 - 112 pages.

O.M.S. Bureau Régional de l'Europe - Les services de santé en Europe -
Copenhague 1965 - 355 pages.

O.M.S. Comité O.M.S. d'experts des soins infirmiers - 5e rapport n° 347 -
Librairie Aruette - Genève 1966 - 34 pages.

O.M.S. Les services infirmières des collectivités - Rapport d'un comité
d'experts de l'O.M.S. n° 558 - Genève 1974 - 32 pages.

ORAISON (Marc)

La mort ... et puis après ? - Paris - Le livre de Poche -
1972 - 188 pages.

PARROT (Annie)

L'image de l'infirmière dans la société - Paris - Ed. Le
Centurion - 1973 - 112 pages.

PERETTI (A... de)

Liberté et relations humaines - Paris - Epi - 1966 - 298 pages.

PERETTI (A... de)

Les contradictions de la culture et de la pédagogie - Paris -
Epi - 1969 - 304 pages.

PIACENTINI (René)

Les Chanoinesses régulières - Hospitalières de la Miséricorde
de Jésus de l'Ordre de Saint-Augustin - Jos-Vermaut - Belgique -
1935 - 398 pages.

PIACENTINI (René)

Origines et Evolution de l'Hospitalisation - Les Chanoinesses
augustines de la Miséricorde de Jésus - Grasset - 1957 -
418 pages.

PLATON

Les lois - Livre IV (in : Oeuvres complètes Tome II) Bibliothè-
que de la Pléiade - Gallimard - 1950 - 1591 pages.
Tome VI - 1946 - 256 pages.

POINTE (J.P... Dr)

Histoire topographique et médicale de l'Hôtel-Dieu de Lyon -
Editeur - Libraire SAVY - JEUNE - 1842 - 444 pages.

PRADAL (Henri)

Guide des médicaments les plus courants - Paris - Ed. Seuil -
1974 - 255 pages.

- La profession d'infirmière en France - Expansion Scientifique Française -
publiée par la revue de l'infirmière - Rédaction WEHRLIN (M...) - Paris-
Dernière mise à jour de 1975.

- "La profession d'infirmière en France"- Etude publiée par la revue de
l'infirmière et de l'assistante sociale - 2e édition - Paris - Extension
scientifique française - 1962 - 378 pages.

RAS (Georges)

Le journal d'une infirmière - Ed. France - Loisirs - 1973 -
233 pages.

- Règlement et devoirs des Filles Prétendantes de l'hôpital général de Notre Dame de Pitié du Pont du Rhône et Grand Hôtel-Dieu de la ville de Lyon (Tirés du Règlement de la Communauté par : M. PRIN - Prêtre - Econome) - Imprimé à Lyon par Aymé de la Roche - M.DCC.L XXIII - 215 pages.
- Règlements pour les domestiques du Grand-Hôtel-Dieu de Lyon - Imprimerie Aymé de la Roche - M.DCC.LIV - 149 pages.
- Règlements de l'hôpital Général et Grand-Hôtel-Dieu de Lyon - Imprimerie Royale à Paris - M.DCC. L XXXVI - 67 pages + tables analytiques.
- Règlements de l'hôpital Général et Grand-Hôtel-Dieu de Lyon - RUSAND - Imprimeur du Roi - LYON - 1819 - 92 pages.

RIFFAUD (Madeleine)

Les linges de la nuit - Ed. Juilliard - 1973 - 285 pages.

ROPS (Daniel)

Histoire de l'église du Christ - Arthème FAYARD - Ed. Bernard Grasset - 1962-1965 - Paris - 14 volumes.

SAINT-JEROME

LETTRES 77 - Les Belles Lettres - Collection des Universités de France - Tome IV L XXI à XCV - 1964 - 197 pages.

SAND (René Dr)

Le service social à travers le monde - Assistance, prévoyance, hygiène - Préface de Paul Strauss - Librairie Armand Colin - 1931 - 247 pages.

SCHWARTZ (B...)

L'éducation, demain - Aubier Montaigne - Paris - 1973 -
333 pages.

SEYMER (Lucy-Ridgely)

L'infirmière à travers les âges - traduit de l'anglais par Mlle Bonhomme - Préface de M. le Docteur René Sand - Ed. Oeuvre Nationale de l'enfance - Bruxelles - 1933 - 309 pages.

STATUTS ET REGLEMENTS GENERAUX DE L'HOPITAL GENERAL DE NOTRE DAME DE PITIE DU PONT DU RHONE ET GRAND-HOTEL-DIEU DE LA VILLE DE LYON - Imprimerie Aymé DELAROCHE - M.DCCL VI - 221 pages.

STATUTS ET REGLEMENTS GENERAUX DE L'HOPITAL GENERAL DE NOTRE DAME DE PITIE DU PONT DU RHONE ET GRAND-HOTEL-DIEU DE LA VILLE DE LYON - M.DCC LVI - Imprimerie Aymé Delarocche - 221 pages.

STATUTS ET REGLEMENTS GENERAUX DE L'HOTEL-DIEU DE LA VILLE DE LYON - Aymé Delarocche - M.DCC.LVI - 143 pages.

STEUDLER (François)

L'hôpital en Observation - Préface A. TOURAINÉ - Paris -
A. COLIN - 1974 - 272 pages.

SUETOME

Les douze Césars - Tome I "Jules César" - Traduit par Maurice RAT - Ed. GARNIER Frères - Paris - 1931 - 358 pages.

THUCYDIDE -

Histoire de la guerre entre les Péloponnésiens et les Athéniens - (in : Historiens grecs) - Bibliothèque de la Pléiade - Gallimard - 1964 - 1873 pages - Texte présenté et traduit par Denis ROUSSEL.

TITE-LIVE

Histoire Romaine - Tome IV - Edition Garnier Frères - Paris - 1938 - 525 pages.

VALABREGA (J.P.)

La relation thérapeutique : malade médecin - Paris - Flammarion - 1962 - 277 pages.

XEMOPHON

L'économique (in : XEMOPHON "Anabase économique" - Garnier Frères - Paris - 1933 - 544 pages.

ZIEGLER (Jean)

Les vivants et les morts - Ed. Du Seuil - Paris - 1975 - 315 pages.

ENCYCLOPEDIE

ENCYCLOPAEDIA UNIVERSALIS - FRANCE - Editeur à PARIS
(1969 - 1975) 20 volumes.

PUBLICATIONS DIVERSES

Articles de revues.

Articles de Presse.

Etudes et documents
publiés.
non publiés.

ARTICLES DE REVUES

"Actes infirmiers, actes délégués - Où en est le Québec" (in : L'infirmière canadienne de Juillet 1974) p. 3.

"Aperçu des soins infirmiers en U.R.S.S." - L'infirmière Canadienne - février 1967 - p. 20-26.

"Aperçu général sur les services de santé finlandais et les hôpitaux finlandais" - Revue Hospitalière de France - novembre 1966 - p. 1025-1038.

AUJOULAT (L...P... Dr)

Huitième conférence Internationale d'Education pour la Santé :
"Bilan et perspective : Passé, présent, avenir". (in :
La santé de l'homme n° 188 - Nov-Déc. 1973) p. 8 à 10.

B... (Mlle)

*
"Infirmière au Québec" - R.I. - Juillet - septembre 1972 -
p. 661-668.

BABE (F...)

(Assistant de recherche en sciences économiques)
"La santé réalité économique" - (in : R.I. - mars 1975)
p. 227 à 230.

BACHELOT (Huguette)

"Le rôle de l'infirmière et son évolution" - (in : Techniques hospitalières - Médico-sociales et sanitaires - juin - juillet 1968 - n° 273 - 274).

BACHELOT (Huguette)

"Prospectives dans le domaine de la formation des infirmières"-
(in : R.I.A.S.*(1) - juillet - septembre 1967) p. 659-664.

BACHELOT (H...) et MENNESSON(N...)

"Le perfectionnement des infirmières en Amérique du Nord" -
R.I.A.S. - juin 1964 - p. 407 - 412.

BADOUAILLE (Marie-Louise)

"Originalité de la fonction d'infirmière" p. 28- 29 -
(in : R.I. (2) - janvier 1971).

BADOUAILLE (M.L...) et MORDACQ (C...)

"La profession d'infirmière aux Etats-Unis, formation et perfectionnement" - R.I.A.S. - octobre 1963 - p. 535.

BAECHTOLD (M...)

"Les soins infirmiers en Suisse" - International Nursing Review - Décembre 1966 - p. 10 - 13.

BARBOT (J...M...) et TEXIER (J... Y...)

"Approche du système de santé québécois" (in : Revue hospitalière de France - n° 294 - Octobre 1976 - p. 1 133 à 1 139).

* R.I. = Revue de l'Infirmière.

* R.I.A.S. = Revue de l'Infirmière et de l'Assistante Sociale.

- BARROT (M...)
 "La santé des populations et nous" - Congrès du C.I.C.I.A.M.S.
 (1) - Rome - 20 - 24 mai 1974 (in : R.I. - novembre 1974) -
 p. 837 - 838.
- BARROT (M...)
 "Les centres de santé intégrés" (in : R.I. - décembre 1974 -
 p. 931.
- "Bilans (les) de santé" - (Extrait de la thèse de M. Saubans Le Loch) -
 (in : R.I. - n° 7 - juillet - septembre 1971).
- BINET (Mlle)
 "Quelques initiatives intéressantes - La réforme des soins
 infirmiers entreprise en Belgique" - R.I.A.S. - mars 1959 -
 p. 125 - 126.
- BIZOT (Mlle)
 "Voyage d'étude en Suède (l'enseignement des infirmières, les
 hôpitaux)" - R.I.A.S. - mars 1963 - p. 172 - 180.
- CALMIN (M...)
 "Mon expérience dans un service de médecine du travail" -
 (in : R.I. - n° 2 - février 1973) p. 140 - 141.
- CANDEAU (Dr)
 "La santé dans le monde de demain" (in : La santé de l'homme -
 Mars - Avril 1968 - n° 155) - p. 3 à 10.
- C... D...
 "Les infirmières ne veulent plus être définies par rapport
 aux médecins (in : Assistance Publique Actualité n° 12 -
 décembre 1975) - p. 6.
- CHABRUN - ROBERT (C...)
 "Les dépenses de santé dans l'économie nationale" (in :
 Concours médical n° 9 - du 28.02.1976) p. 1 334 à 1 337.
- CHAPOULIE (J. Michel)
 "Sur l'analyse sociologique des groupes professionnels" (in :
 Revue Française de sociologie - Janv-Mars 1973) p. 86 à 114.
- CHAUVENET (Antoinette)
 "L'infirmière hospitalière technicienne ou travailleur social"
 (in : Projet - Décembre 1974) p. 1 137 à 1 148.
- CHEYRON D'ABZAC (Mlle)
 "Une infirmière française au Rwanda" - R.I. - mai 1973 -
 p. 439 - 449.
- CLAMMAGERAN (Mlle)
 "Bilan de quarante années de diplôme d'Etat" - (in : R.I.A.S. -
 octobre 1962) p. 465 à 467.
- CLAVE (Mme)
 "Les infirmières des services médicaux du travail" - (in :
R.I.A.S. - n° 9 - Novembre 1967) p. 911 à 922.

- CLAVE (Mme)
 "La santé scolaire, enfant d'un divorce" (in : R.I. - mai 1975) p. 367 à 374.
- CLAVE (Mme)
 "La profession d'infirmière libérale" (in : R.I.A.S. - n° 6 - juin 1967) p. 539 à 554.
- COHEN (E...) DELASSUS (D...) MILLION (M.M.)
 "La formation à la gestion des cadres soignants hospitaliers : une approche de la formation d'adultes débouchant sur une maîtrise de sciences et techniques" (in : Pour : Formation professionnelle et formation permanente : l'élaboration des programmes n° 42 - 1975) p. 24 à 29.
- COLLIERE (M.F...)
 "Formation des infirmières en santé publique aux Etats-Unis" - (in : R.I.A.S. - n° 2 - février 1966) p. 139 - 145.
- COLLIERE (M.F...)
 "Les fonctions de l'infirmière de santé publique" - (in : R.I.A.S. - novembre 1969) p. 1 079 - 1084.
- COLLIERE (M.F...)
 "Infirmières qui sommes-nous ?" - (in : R.I.A.S. - janvier 1969) p. 41 - 46.
- COLLIERE (M.F...)
 Les soins infirmiers communautaires 6e Comité d'experts de l'O.M.S. (in : l'infirmière enseignante n° 1 - Janvier 1975) page 10 et 11 et (in : R.I. Décembre 1974-p. 929 à 931).
- COLLIERE (M.F...)
 "Dix années d'EIEIS (in : l'infirmière enseignante n° 9 - Novembre 1975 p. 2).
- COMITE DE REDACTION de la Revue de l'Infirmière - "Quel est l'avenir de la profession d'infirmière ?" - (in : R.I. - janvier 1971) p. 21 - 27.
- COSTELLO (C.G...)
 "Attitudes des infirmières à l'égard de leur profession" - (in : L'infirmière Canadienne - juin 1967) p. 32 à 35.
- COUSIN (Christian)
 "Et mourir de guérir" (in : l'éducation n° 250 - 12 juin 1975 - p. 32 - 38).
- DECK (M...)
 "Séjour en Israël" - R.I. - mars 1972 - p. 233 - 239 et avril 1972 - p. 367 - 371.
- DESCHAUZ (G...)
 "Les soins infirmiers au Québec" (in : Gestions hospitalières n° 158 - Août-Sept. 1976 - p. 649 - 663.
- DIJON (M...)
 "L'emploi du personnel infirmier à temps partiel en Grande-Bretagne" - R.I.A.S. - avril 1963 - p. 239 - 241.

- DILLMANN (P...)
 "A travers les hôpitaux de Finlande" - "Aperçu sur les services de santé finlandais" - Techniques Hospitalières - novembre 1966 - p. 9 - 107.
- DUBOS (R...)
 La santé et la condition humaine (in : Revue Prospective n° 10 - Déc. 1962).
- DUHART (J...) et CHARTON-BRASSARD (J...)
 "Réforme hospitalière et soin infirmier sur ordonnance médicale" (in : Revue Française de Sociologie - Numéro spécial 1973 - Sociologie de la médecine - p. 77 à 102).
- DUPIN (H...)
 "Evolution de l'alimentation et problèmes de santé publique" - (in : La Santé de l'Homme - Avril 1974) p. 5 à 8.
- DURAND (M...)
 "L'infirmière dans la littérature enfantine" - p. 7 - 9. (in : R.I.A.S. - janvier 1971).
- DUVAL (Mlle)
 "Regards sur le passé" - (in : R.I. - mai 1968) p. 485 à 491.
- D.V... ?
 "La médecine a la fièvre, on demande un médecin..." - (in : R.I. - février 1975) p. 150 à 153.
- D.V... ?
 "Vivre pour être en bonne santé ou être en bonne santé pour vivre" - (in : R.I. - Informations n° 5 - mai 1975) p. 2 à 4.
- "Enquête (une) du Club Européen de la santé" - (enquête confiée à J.P. Friedman, Docteur en psychologie) - (in : R.I. octobre 1971) - p. 807 - 810.
- "Enseignement (l') infirmier supérieur vu par l'O.M.S." - (in : R.I. p. 634 - 635 - juin - juillet 1973 - n° 7).
- EXCHAQUET (Nicole)
 "Le rôle de l'infirmière-chef dans l'administration de l'unité de soins" - Revue Suisse des Infirmières - Janvier 1968 - p. 16 - 23 - surtout p. 20 - 23.
- "Feldshers (les) en U.R.S.S." - R.I.A.S. - juin 1969 - p. 659 - 662.
- "Film (le) d'une conférence - Les journées scientifiques nationales du Comité français d'Education Sanitaire et Sociale" - Nice 1969 (in : La Santé de l'Homme - Septembre - octobre 1969) p. 4 et 5.
- FLORIN (M.P...)
 "Les infirmières une espèce en voie de disparition à protéger" (in : R.I. - février 1975) p. 103 à 110.
- FLORIN (Mlle) et WEHRLIN (Mlle)
 "Notes d'un voyage en Pologne" - R.I.A.S. - juillet - septembre 1963 - p. 448 - 461.

- FRERE (G...)
 "Organisation des services de santé publique en U.R.S.S." -
Infirmière Belge - décembre 1966 - p. 4 - 8.
- GEORGES (Mme)
 "Rôle de l'infirmière de soins dans un établissement public
 d'enseignement" (in : R.I. - n° 1 - janvier 1972) p. 90-91.
- GINISTY (B...)
 "Projet d'action sociale et formation des travailleurs sociaux"
 (in : Education Permanente - Janv. Févr. Mars 1972 - n° 13)
 p. 49 à 68.
- GIROND (Jack)
 "Enquête sur la vie professionnelle des infirmières en Belgique"
 "Une réforme entreprise en Belgique pour les soins infirmiers"
R.I.A.S. - octobre 1961 - p. 435 - 439.
- GUYOT (J.C...)
 (Maître-Assistant de sociologie à l'Université de Bordeaux II)
 "Le changement social, la santé et le service infirmier"
 (in : R.I. janvier et février 1973) p. 55 - 58
 p. 145 - 147.
- HAAS (Marcel)
 "Qualification du personnel hospitalier" - Revue Suisse des
 Infirmières - janvier 1967 - p. 17 - 23 et février 1967 -
 p. 70 - 74 (surtout février).
- HACQUARD (Mlle)
 "Services hospitaliers infantiles en Finlande et en Suède" -
R.I.A.S. - mai 1965 - p. 369 - 380.
- HERVE (M...)
 "Interview d'un élève-infirmier" (in : Projet - décembre 1974)
 pages 1 126 à 1 136.
- HORTALA (F...)
 "Réflexion à propos d'une expérience de formation en Suède" -
Gestions Hospitalières - mars 1974 - p. 309 - 316.
- ILLICH (Ivan)
 "Pour en finir avec la religion de l'école" (in : Esprit n° 12 -
 Décembre 1970 - p. 835 à 850.
- ILLICH (Ivan)
 "Comment éduquer sans école" (in : ESPRIT n° 6 - Juin 1971)-
 p. 1 123 à 1 152.
- ILLICH (Ivan)
 "Inverser les institutions" (in : ESPRIT n° 3 - Mars 1972 -
 p. 324 à 366).
- "Incohérente, la prévention s'essouffle dans l'indifférence" -
 (in : R.I. Informations - n° 2 - février 1975) p. 12 et 13.
- "Infirmière (1') face aux conditions économiques et sociales de sa
 profession" (in : R.I.A.S. - octobre 1966) p. 741 à 754.

- "Infirmière (l') méconnue ou les méfaits de la télévision" - (in :
Supplément de R.I.A.S. - n° 9 - 1974) p. 7.
- "Infirmières (les) seront-elles entendues avant qu'il ne soit trop tard" -
(in : R.I.A.S. - mai 1974) p. 393 - 397.
- JAHODA (Mlle)
"Le métier d'infirmière est-il une profession ?" - (in :
R.I.A.S. - décembre 1961) p. 551 à 554.
- "Jeune (le) enfant et sa mère : leurs difficultés dans le contexte urbain"-
(in : R.I. - mai 1975) p. 415 à 418.
- KARL EVANG (Dr)
"La santé pour tous" - Les droits de l'homme - (in : La Santé
du Monde" - novembre 1973) p. 3 à 11.
- LANSIAUX (Dr)
(Médecin Inspecteur Départemental de la Santé de l'Yonne) -
"Hygiène, sa fille préférée enlevée à Esculape ou le retour au
Moyen Age" - (in : La Santé de l'Homme, Juillet - août 1970).
p. 27 à 29.
- LAPORTE (M...)
"Des mots pour le dire" (in : Assistance Publique actualités
n° 12 - Décembre 1975) p. 4 à 6.
- LATREILLE (G...)
"Une profession qui se cherche" - (in : Economie et Humanisme,
novembre - décembre 1971) p. 5 à 14.
- LE BOSSE (J...)
"Quelques aspects de la santé en Chine" (in : R.I. p. 740-741
octobre 1973).
- LECLAINCHE (X... Dr)
"Comment améliorer la santé des Français ?" (in : La Santé de
L'Homme - mai - juin 1971) p. 2 à 8.
- LECLAINCHE (X... Dr) et AUJOLAT (L.P.... Dr)
"La promotion de la santé par l'information et l'éducation" -
(in : La Santé de l'Homme juillet - août 1970) p. 3 à 7.
- LECOMPTE (Y...)
"Peut-on soigner un malade dans un hôpital universitaire ?" -
(in : Projet - Décembre 1974) p. 1 165 à 1 169.
- LEFEBURE-CARNOT (Mlle)
"L'organisation des soins à domicile en Grande-Bretagne" -
R.I.A.S. - juillet -septembre 1960 - p. 300 - 306.
- MAGNON (R...)
"Le problème infirmier au niveau international" - (Une réunion
conjointes O.I.T. - O.M.S. sur les conditions de travail du
personnel infirmier) (in : R.I. - février 1974) p. 144 - 146.
- MAGNUSSEN (Miss E.)
"L'infirmière professionnelle au Danemark" - R.I.A.S. -
janvier 1964 - p. 47 - 51.

- MAIGA (A...)
 "L'infirmier dans la République du Niger" - R.I.A.S. - février 1971 - p. 151 - 159.
- MARTIN (Soeur)
 "Compte rendu d'un voyage d'études en Italie - 14 juillet - 26 août 1967" - R.I.A.S. - octobre 1968 - p. 327 - 331.
- MILLION (M.M...) et COHEN (Elie)
 "Une formation supérieure pour les cadres hospitaliers: signification et enjeux organisationnels (in : Ed. Permanente n° 23 - mai - juin 1975 - p. 129 à 143).
- Ministère de la Santé
 "Quelques chiffres repères de la santé" - Chronique réalisée avec le concours de l'Institut Européen de Recherche et d'application Médicales (in : cahiers médicaux n° 21 - 30-1-1976 - p. 1414).
- MONOD-FILLET (M...)
 "L'enseignement des soins infirmiers aux Etats-Unis" - R.I. décembre 1973 - p. 939 - 942.
- MORDACQ (Catherine)
 "L'avenir de la profession d'infirmière" - (in : R.I. - janvier 1971)- p. 27.
- MORDACQ (Catherine)
 "Le travail infirmier est-il épanouissant ?" (in : Gestions Hospitalières - n° 135 - Avril 1974-) p. 451 à 462.
- MORDACQ (Catherine)
 "La carrière d'infirmières : freins et perspectives" - (in : R.I. - avril 1973) p. 349 - 351.
- MURET et PATRON
 "Les services de soins à domicile en milieu rural de la Croix-Rouge Française" - (in : R.I.A.S. - juillet - septembre 1966)- p. 639 à 644.
- NALLIE (Catherine)
 "Etude sur la fonction des infirmières au Danemark" - R.I.A.S. janvier 1960 - p. 30 - 31.
- PECHEMARD (Jean-Marie)
 "Une action de sensibilisation à la formation dans la fonction publique (in : Education permanente n° 29 - mai - juin 1975 - p. 103 à 126.
- PEQUIGNOT (Henri)
 "Le coût du progrès" - (in : Projet numéro spécial : "la santé coûte cher" - Mai 1973) p. 509 à 520.
- PEQUIGNOT (R...)
 "Le personnel paramédical en U.R.S.S." (in : R.I. - mai 1972 - p. 455 - 458).

PEYRELONGUE (M...)

"Séjour aux Etats-Unis d'Amérique" - R.I.A.S. - janvier 1965 - p. 647 à 652.

PIGOT (G...)

"Soins à domicile" - (in : R.I. n° 9 - novembre 1971) p. 893 - 896.

VII Plan

Priorité à la prévention et à l'éducation sanitaire (in : le concours médical informations n° 12bis - 20 Mars 1976).

"Profession (la) d'infirmière en Allemagne" - Techniques Hospitalières - Février 1965 - p. 113 (tiré du "Telegraf", Berlin, 6 septembre 1964).

"Profession (la) d'infirmière, ses problèmes, son évolution, son avenir" - (in : R.I.A.S. - Numéro spécial octobre 1962) p. 453 à 489.

"Profession (la) d'infirmière, hier, aujourd'hui, demain" - (in : R.I. - juillet - septembre 1972 - Congrès de l'A.N.F.I. D.E.) p. 675 - 682.

"Quel est l'avenir de la profession d'infirmière ?" - (in : R.I. - janvier 1971) p. 21-27.

Quelques aspects de la profession d'infirmière - (in : R.I.A.S. juillet - septembre 1961 - p. 335 à 391).

Questions d'actualité : "L'infirmière et l'équipe de santé" - (in : R.I.A.S. - janvier 1974) p. 47 - 49.

RAMALINGASWAMI (V. Dr)

"Une formation axée sur la collectivité" - (in : La Santé du Monde - avril 1973) p. 30 à 34.

RAYNE (S...)

"La relation infirmière personne malade, une fin ou un moyen ?" (in : R.I.- n° 1 - janvier 1971) p. 31 - 35.

"Réflexions sur la relation" (in : R.I. - n° 1 - janvier 1971) p. 43 - 48.

Reportage (un) de la Revue de l'Infirmière et de l'Assistante Sociale - "Les infirmières en milieu scolaire" - (in : R.I.A.S. - n° 6 - juin 1966) p. 529 à 536.

ROTTIER (F...)

"Les services de soins à domicile de la Croix-Rouge Française en milieu rural" (in : R.I. Juil.-Sept. 1971) p. 663 - 666.

ROULET (R... de)

"Les infirmières et l'exercice de leur profession. Le service infirmier à l'hôpital" - (in : R.I. - octobre 1971) p. 819-821.

ROYER (P...)

"Médecine et société" (in : Revue Française de Sociologie - Numéro spécial 1973 - Sociologie de la médecine) p. 9 à 10.

- SAINSBURY (Peter Pr)
"Agressions psychosociales" - (in : La Santé du Monde -
octobre 1974) p. 20 à 24.
- "Santé et action sociale" - (in : R.I.A.S. - n° 9 - novembre 1970)
p. 900 - 901.
- SCHEURER (A...)-Sociologue-
"L'image de l'infirmière une ou multiple" -
(in : R.I. - n° 1 - janvier 1971) - p. 13 - 20.
- SEMPE (P...)
"Des malades utiles" - (in : Projet - décembre 1974) -
p. 1 149 à 1 152.
- STEUDLER (F...)
"Hôpital, profession médicale et politique hospitalière"
(in : Revue Française de Sociologie - Numéro spécial 1973 -
Sociologie de la médecine) - p. 10 à 13.
- "Suisse (la), comme la France, manque de personnel soignant" - R.I. -
mai 1974 - p. 442 - 443.
- "Suisse (en), un organisme de recherche dans le domaine des soins
infirmiers" - R.I. - mai 1974 - p. 444.
- "Surveillance (la) des femmes enceintes est loin d'être satisfaisante" -
(in : R.I. - janvier 1975) p. 54 à 56.
- THENOT (A...)
"Aperçu sur la vie professionnelle de l'infirmière japonaise" -
R.I.A.S. - avril 1967 - p. 340 - 342.
- "Vers un milieu de travail plus sain" - (in : La Santé du Monde -
juillet - août 1974) p. 3 et 4.
- WEHLIN (N...)
"Le système hospitalier français" - (in : R.I. - juin 1975) -
p. 493 à 500.
- VIALLET (F...)
"Une façon de construire méthodiquement un programme de for-
mation professionnelle" (in : POUR : Formation professionnelle
et formation permanente : l'élaboration des programmes
n° 42 - 1975) p. 7 à 15.
- VILLE (M.R... Soeur)
"Etude d'un projet d'organisation des soins infirmiers à
domicile au niveau de la ville de St Chamond" (in : R.I. n° 8 -
octobre 1972 - p. 775 - 781 - n° 9 - novembre 1972) p. 895 à
899.
- VILLERMAY (D... de)
"Les infirmières extra-hospitalières à la recherche de la
santé publique" - (in : R.I. - janvier 1975) p. 7 à 10.
- VIMONT (C...)
"Les infirmières des hôpitaux publics" - (in : le Concours
médical - n° 12 - 22 mars 1969) p. 2 543 à 2 552.

ARTICLES DE PRESSE

ALAIN REGNAULT (Martine)

"Deux priorités dans le budget de la santé : Prévention et humanisation des hôpitaux - Formation des personnels (in : Le Monde du 9 - 10 - 1976).

ARSONNEAU (Dr)

"Du médecin de campagne au centre sanitaire rural" (in : le monde du 19-11-1975).

BENSAID (Norbert)

"Le pavé de l'ours" - (in : Le Nouvel Observateur - 14 novembre 1974).

BOSQUET (Michel)

"Les médecins répondent" - (in : Le Nouvel Observateur - 9 novembre 1974.)

CASTAING (Michel)

"L'hôpital, ce malade chronique" - (in : Le Monde - 18 février 1975 et 17 avril 1975).

"Débat (le) autour des thèses d'Ivan Illich" - (in : Le Monde - 29 - 30 juin 1975).

"Débat médecine" - (in : Le Nouvel Observateur - 25 novembre 1974)

La définition de la politique de santé - Renforcer la fonction du généraliste (in : Le Monde 18-19-7-1976).

DOUTRELANT (P.M...)

"Le médicament malade du profit" - (in : Le Monde - 17 - 18 - 19 avril 1975).

"Douze mesures en faveur du personnel hospitalier" (annoncées par Mme S. Veil) - (in : Le Monde - 9 - 10 février 1975).

ESCOFFIER-LAMBIOTTE (... Dr)

"La médecine devant la mort" - (in : Le Monde - 6 - 7 - 8 - 10 mai 1975).

ESCOFFIER-LAMBIOTTE (... Dr)

"Un réquisitoire d'Ivan Illich" "Némésis médicale" - (in : Le Monde - 13 mai 1975).

ESCOFFIER-LAMBIOTTE (... Dr)

"Ces malades qu'on fabrique" du Pr Jean-Charles SOURNIA (in : Le Monde du 12-1-1977).

ESCOFFIER-LAMBIOTTE (Dr)

"Le prix de la santé" (in : Le Monde du 24-9-76).

ETNAS (François)

"Les verrous de la santé" (in : Le Monde - 7 mai 1975).

LA DEMOCRATIE TRAHIE... par la politique de santé (in : le Monde Diplomatique - Mars 1975 p. 7 à 15).

- ILLICH (Ivan)
Débat Médecine : "La vraie place de la médecine" -
(in : Le Nouvel Observateur - 2 décembre 1974).
- MAILLARD (Gabriel)
"L'industrie pharmaceutique et la recherche" - (in : Le Monde -
2 mai 1975).
- MARTINET (Gilles)
"L'avenir depuis vingt ans" - (in : Le Nouvel Observateur -
14 octobre 1974).
- MATOUX (Jean) et THIEBAUT (Dominique)
Un sondage surprenant : le budget que souhaitent les Français
(in : Le Nouvel Observateur du lundi 16 décembre 1974).
- MELLIERE (Didier)
"Les dessous de l'humanisation des hôpitaux" - (in : Le Monde -
3 septembre 1975).
- RIND (Anita)
Les centres de santé veulent se dégager de la tutelle de la
médecine libérale - (in : Le Monde du 6 et 7 octobre 1974).
- "Santé (la) et l'homme" - Aux seizièmes entretiens de Bayonne -
(in : Le Monde - 29 avril 1975).
- S.O.F.R.E.S.
"Sondage surprenant : le budget que souhaitent les Français" -
(in : Le Nouvel Observateur - 16 décembre 1974).
- "Un sondage surprenant : le budget que souhaitent les Français" -
(in : Le Nouvel Observateur du lundi 15 février 1974).
- Terrible (la) accusation d'un groupe d'experts : "Quand la médecine rend
malade" - (in : Le Nouvel Observateur - 21 et 28 octobre 1974).
- "Trois points de vue sur les thèses d'Illich" - (in : Le Monde - 4 juin
1975).
- VOGUE (Anne de)
"Ce qui se passe dans vos hôpitaux" - (in : Le Nouvel Observa-
teur - 24 juin - 3 juillet 1974).
- WEEGER (Xavier)
La santé et l'homme - Aux seizièmes Entretiens de Bayonne
(in : Le Monde du 5 avril 1975).

ETUDES ET DOCUMENTS

Publiés

- A.N.F.I.D.E. - U.N.C.A.S.H. - C.E.E.I.E.C. - U.C.S.S. -
Le service infirmier français doit-il rester sous développé ?
Mai 1970 - 30 pages - Imprimerie Bosc LYON.
- COUDROT (M...)et (A...)
L'infirmière face à sa profession - Publiée sous l'égide et
avec la participation de l'A.N.F.I.D.E. - 117 pages.
- LYMAN KATARIME
L'enseignement infirmier de base (in : cahiers de Santé
Publique - O.M.S. - Genève 1961 - 87 pages).
- MINISTERE D'ETAT CHARGE DE LA DEFENSE NATIONALE
Direction Centrale du Service de Santé des Armées - Notice
d'information à l'usage des personnels militaires féminins du
Service de Santé des Armées - Octobre 1969 - 20 pages.
- MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA POPULATION
Programme d'enseignement - Etudes préparatoires au diplôme
d'Etat d'infirmière - 22 pages.
- MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA POPULATION
Programme d'enseignement - Etudes préparatoires au diplôme
d'Etat d'infirmière - Arrêté Ministériel du 17 juillet 1961
(J.O. du 21 juillet 1961) 58 pages.
- MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE
Programme des études d'infirmières - Arrêté du 5 septembre 1972 -
(J.O. du 7 sept. 1972) 60 pages.
- SERVICE DE SANTE DES ARMEES
Le personnel militaire féminin - Notice d'information - 39 pages.
- STATUTS - Approuvés par décret du 2 Novembre 1862 avec modifications
approuvées par décret du 4 Février 1969. Oeuvres des Dames du
Calvaire.

Non publiés

- ASSOCIATION NATIONALE FRANCAISE DES INFIRMIERES DIPLOMEES D'ETAT
Rapport d'activités 1974-1975 - 37 pages.
- Archives de l'Hôtel-Dieu de Lyon - Registre des Délibérations des
Conseils d'Administration des Hospices Civils de Lyon -
Année 1899.
- BACHELOT (Huguette)
"Perspective d'avenir de la profession d'infirmière" - Assemblée
Générale du Comité d'Entente des Ecoles d'Infirmières et des
Ecoles de Cadres - Avril 1967 - 16 pages.



BOURGUND (Marie-José)

"L'infirmière militaire française. Sa position vis-à-vis des infirmières des principales armées de l'O.T.A.N." - (Mémoire de l'Ecole de Cadres de la Croix-Rouge Française) 52 pages.

Conseil International des Infirmières - Code de l'infirmière - Principes déontologiques appliqués aux soins infirmières - Mexico - Mai 1973.

FERRY-PIERRET (Jeanine) et KARSENTY (Serge)

Pratiques médicales et système hospitalier - C.E.R.E.B.E. :
Centre de Recherche sur le bien-être - janvier 1974 - 99 pages.

LEVY-LEBOYER (C...)

Les infirmières en France - Université de Paris - Ecole pratique des hautes études - Laboratoire de psychologie du travail.

MIGEON (M...)

Rapport sur les fonctions exercées par les surveillantes, les infirmières, les aides-soignantes et le personnel hospitalier - 1966 - 94 pages.

MORDACQ (Catherine)

"L'évolution des soins infirmiers par rapport aux développements scientifiques et techniques" - Genève 1968 - 14 pages.

Notes et études documentaires

Les besoins réels du grand public en matière d'information médicale et sanitaire - La documentation française - octobre 1973 - 69 pages.

Statuts et Règlement intérieur du C.E.E.I.E.C. notés en Assemblée Générale les 6 et 7 novembre 1969 - Modifications notées en Assemblées générales des 7-8 novembre 1974.

ROBERT LACAZE (J...) PHILARDEAU (M.T...) BOUZERAND (G...)

Auxiliarat médical ou service infirmier - Alternative de la formation professionnelle continue - Mémoire E.I.E.I.S. 1975 - 192 pages (plus annexes).

ROTHBERG (June S..)

Pourquoi un diagnostic infirmier ? (in : American Journal of Nursing - Mars 1967 - Traduit par C. MORDACQ).

TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES

- Loi du 15 juillet 1893 Sur l'assistance médicale gratuite.
- Circulaire n° 7043 du 28 octobre 1902 (J.O. du 30 octobre 1902). Relative à l'application de la loi du 15 juillet 1893 sur l'assistance médicale gratuite et la création des écoles d'infirmières.
- Décret du 27 juin 1922 (J.O. du 1er juillet 1922) portant institution de brevet de capacité d'infirmières professionnelles.
- Arrêté du 10 octobre 1923 (J.O. du 31 octobre 1923) relatif à la reconnaissance administrative des écoles d'infirmières.
- Arrêté du 24 juin 1924 (J.O. du 14 septembre 1924) fixant les programmes-types des écoles d'infirmières de l'Etat Français.
- Décret du 18 juillet 1924 (J.O. du 8 août 1924) modifiant le décret du 27 juin 1922, instituant des brevets de capacité professionnelle permettant de porter le titre d'infirmière diplômée de l'Etat Français.
- Décret du 6 août 1925 (J.O. du 14 août 1925) fixant le statut des infirmières des Hôpitaux militaires.
- Décret du 12 janvier 1932 (J.O. du 3 février 1932) institue un brevet de capacité professionnelle permettant de porter le titre d'assistant ou assistante de service social diplômé de l'Etat Français.
- Décret du 18 février 1938 (J.O. du 18 février 1938) instituant des diplômes simples et supérieurs d'infirmières ou d'infirmiers hospitaliers et d'assistante ou d'assistant du Service Social de l'Etat.
- Arrêté du 7 décembre 1938 Attribution du diplôme d'Etat d'infirmières ou d'infirmiers.
- Loi n° 372 du 15 juillet 1943 (J.O. du 28 août 1943) relative à la formation des infirmières et infirmiers Hospitaliers, à l'organisation et à l'exercice de leur profession.
- Loi n° 46 630 du 8 avril 1946 (J.O. du 9 avril 1946) Fixe les conditions d'exercice de la profession (codifiées sous les articles 473 à 482 du Code de la Santé Publique.

- Loi du 11 octobre 1946
Décret n° 52 1263 du 27 novembre 1952
Décret n° 53 1086 du 31 octobre 1953
 - Arrêté du 31 décembre 1947
 - Décret n° 51-243 du 28 février 1951
 - Loi n° 51 659 du 24 mai 1951
 - Arrêté du 5 octobre 1957
 - Décret n° 58-1-104 du 14 novembre 1958.
 - Ordonnance n° 59-244 du 4 février 1959
 - Décret n° 59 1150 du 28 septembre 1959
 - Arrêté du 27 novembre 1959
 - Décret du 9 avril 1960
 - Décrets n° 65 693 et 65 694 du 10 août 1965
- relative à l'organisation des services médicaux du travail.
(J.O. du 28-11-1952 - Rectificatifs au J.O. du 30-11 et 19-12 1952).
(J.O. du 5-11-1953) rectificatifs au J.O. du 19 novembre 1953.
- (J.O. du 9 janvier 1948) concernant les actes médicaux qui peuvent être exécutés par un auxiliaire médical qualifié.
- (J.O. du 1er mars 1951) portant création d'un conseil supérieur des infirmières et infirmiers.
- (J.O. du 31 mai 1951) accordant un délai aux infirmières et infirmiers pour déposer la demande prévue à l'article 13 de la loi n° 46 630 du 8 avril 1946 relative à l'exercice des professions d'assistants ou d'auxiliaires de service social et d'infirmières ou d'infirmiers qualifiés par la loi n° 43 813 du 13 mai 1948.
- (J.O. du 12 octobre 1957). Création du Conseil de perfectionnement des études d'infirmières.
- (J.O. du 19 novembre 1958) créant un certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmières monitrices et d'infirmiers moniteurs, et un certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmière surveillante et d'infirmier surveillant.
- relative au statut général des Fonctionnaires.
- créant un nouveau conseil supérieur des infirmières et infirmiers et abrogeant les textes concernant l'ancien conseil.
- (J.O. du 29 novembre 1959) désignant les membres du nouveau conseil supérieur des infirmières et infirmiers.
- (J.O. du 10 avril 1960). Création du certificat d'aptitude aux fonctions d'aides anesthésiste.
- (J.O. du 19 août 1965). Statut particulier des infirmières des administrations centrales de l'Etat, des ser-

- vices extérieurs qui en dépendent ou des établissements publics de l'Etat.
- Décret du 22 Août 1966 (J.O. du 18 septembre 1966) relatif aux écoles de Cadres d'Infirmières et d'Infirmiers.
 - Décret n° 67 540 et arrêté du 26 juin 1967 (J.O. du 7 juillet 1967). Création du diplôme d'Etat de manipulateur d'électro-radiologie.
 - Décret n° 68 230 du 11 mars 1968 (J.O. du 14 mars 1968) modifiant le décret n° 59 1150 modifié créant un nouveau Conseil supérieur des infirmières et infirmiers et abrogeant les textes concernant l'ancien conseil.
 - Décret du 5 juin 1969 (J.O. du 14 juin 1969). Statut particulier des infirmières, des services extérieurs de l'administration pénitentiaire et de l'éducation surveillée.
 - Décret n° 69 623 du 13 juin 1969 (J.O. du 18 juin 1969 et rectificatif J.O. du 26 juin 1969). Application de la loi du 11 octobre 1946 relative à l'organisation des services médicaux du travail.
 - Loi n° 70 1318 du 31 décembre 1970. La réforme hospitalière.
 - Décret n° 71 388 et arrêté du 21 mai 1971 (J.O. du 25 mai 1971). Création d'un certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmières de salle d'opération.
 - Arrêté du 7 août 1973 (J.O. du 17 août 1973). Création du certificat d'infirmière cadre de Santé Publique.
 - Décret n° 73 901 du 14 septembre 1973 (J.O. du 20 septembre 1973) créant un conseil supérieur des professions para-médicales.
 - Arrêté du 9 mai 1974 Liste des commissions constituant le conseil supérieur des professions médicales et composition des commissions constituant le conseil supérieur des professions médicales.
 - Circulaire n° 4 280 du 11 septembre 1974 relative à la création des écoles d'infirmières.
 - Décret n° 75 73 du 30 janvier 1975 portant publication de l'Accord Européen sur la formation et l'instruction des infirmières fait à Strasbourg le 25 octobre 1967.

- Arrêté du 1er mars 1975

(J.O. du 14 mars 1975). Commission des infirmières et infirmiers.
- Décret n° 75 245 du 11 avril 1975

relatif au recrutement et à l'avancement des infirmières et infirmiers généraux et des infirmières et infirmiers adjoints des établissements d'hospitalisation publics.
- Circulaire n° 1952 du 22 avril 1975

relative à l'admission dans les écoles d'infirmières et d'infirmiers. Rentrée scolaire 1975.
- Circulaire T.E. n° 25 du 25 juin 1975

(non parue au J.O.). Rôle du personnel infirmier d'entreprise en médecine du travail.
- Décret n° 75 928 du 9 octobre 1975

(J.O. du 12 octobre 1975) relatif au certificat cadre infirmier.
- Décret n° 75 1152 du 9 décembre 1975

(J.O. du 16-12-1975). L'infirmière générale à la Commission médicale consultative.

A N N E X E S

A N N E X E I

PROGRAMME

DE

L'ENSEIGNEMENT DU PERSONNEL SECONDAIRE

DES ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS

RAPPORT

PRÉSENTÉ AU NOM DE LA II^e SECTION

par M. le D^r FAIVRE

MESSIEURS,

Le Conseil supérieur de l'assistance publique a entendu à sa session de mars 1898 un rapport de M. le D^r Napias concernant le recrutement du personnel secondaire des établissements hospitaliers. Dans ses conclusions adoptées, à l'unanimité, le rapporteur proposait la création, par les municipalités ou les commissions hospitalières, auprès de grands hôpitaux à services multiples comprenant toutes les formes de l'assistance, d'écoles d'infirmiers et d'infirmières où serait donné un enseignement à la fois technique et pratique. « Cet enseignement confié aux médecins et chirurgiens de l'établissement serait uniforme pour toutes les écoles et donné, suivant un programme étudié dans ses détails par une commission spéciale nommée par M. le Ministre de l'intérieur, et arrêté définitivement après avis du Conseil supérieur de l'assistance publique. »

(1) Archives de l'Assistance Publique de Paris, 1899.

A N N E X E II

CODE DE L'INFIRMIERE

PRINCIPES DEONTOLOGIQUES APPLIQUES AUX SOINS INFIRMIERS
(adopté par le Conseil des représentantes nationales du C.I.I.
à Mexico en mai 1973. Version originale en langue anglaise)

L'infirmière et la personne humaine

La responsabilité primordiale de l'infirmière consiste à donner des soins infirmiers aux personnes qui en ont besoin.

Dans l'exercice de sa profession, l'infirmière crée une ambiance dans laquelle les valeurs, les coutumes et les croyances de l'individu sont respectées.

L'infirmière est liée par le secret professionnel et ne communique qu'à bon escient les informations qu'elle possède.

L'infirmière et les soins infirmiers

L'infirmière assume une responsabilité personnelle dans l'exercice des soins infirmiers et, par une éducation permanente, est tenue de maintenir à jour ses connaissances professionnelles.

L'infirmière maintient les soins infirmiers au niveau le plus élevé possible compte tenu de la réalité d'une situation spécifique.

Lorsqu'elle accepte et délègue des responsabilités, l'infirmière évalue avec un esprit critique sa propre compétence ou celle de ses collègues.

Dans son activité professionnelle, l'infirmière fait preuve en tout temps d'une conduite qui honore sa profession.

L'infirmière et la société

L'infirmière partage avec ses concitoyens la responsabilité de prendre l'initiative d'établir et d'appliquer les mesures destinées à répondre aux exigences sociales et de santé de la population.

L'infirmière et ses collègues de travail

L'infirmière coopère étroitement avec tous ceux avec lesquels elle travaille tant dans le domaine des soins infirmiers que dans d'autres domaines.

Elle prend toute mesure nécessaire pour protéger l'individu lorsqu'une collègue ou une autre personne lui donne des soins qui le mettent en danger.

...

...

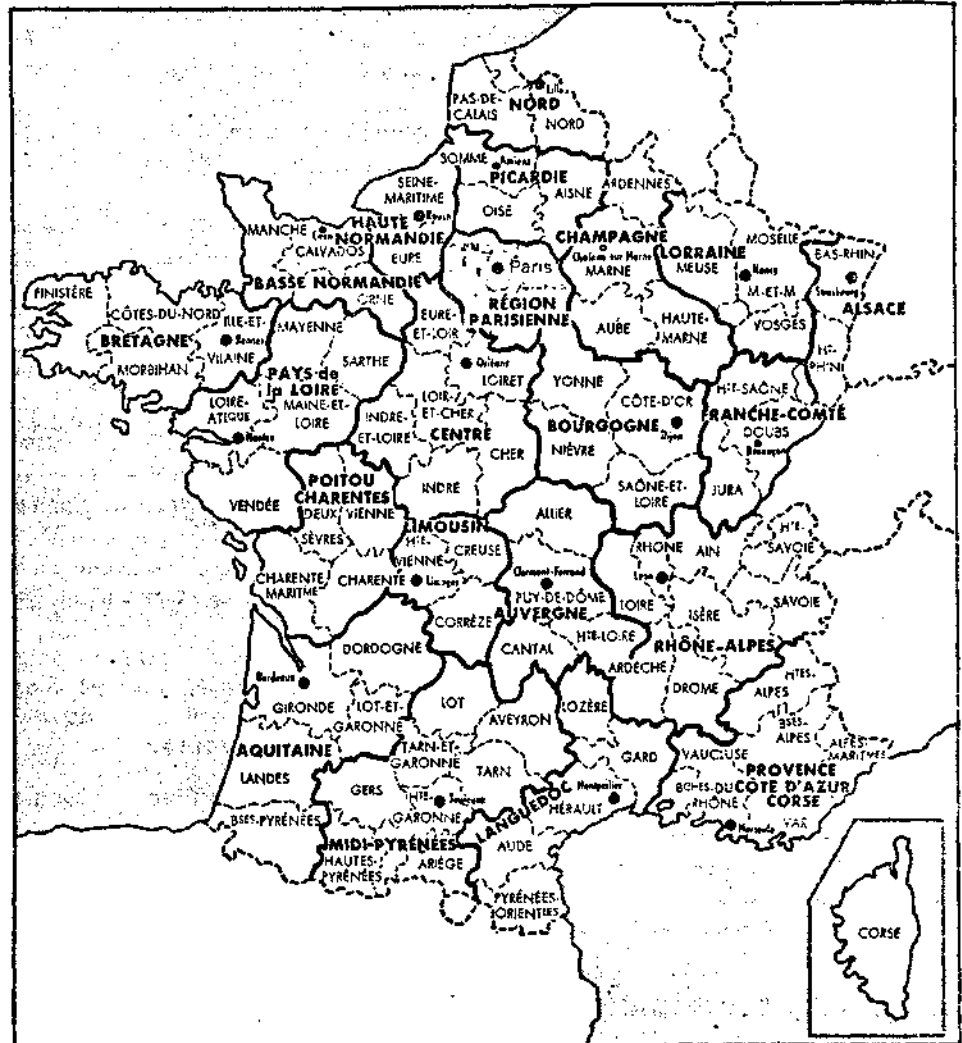
L'infirmière et la profession

Il appartient à l'infirmière de définir et d'appliquer les normes souhaitables à l'exercice et à l'enseignement des soins infirmiers.

Elle contribue activement à développer les connaissances propres à la discipline des soins infirmiers.

L'infirmière, par l'intermédiaire de son organisation professionnelle, participe, dans le domaine des soins infirmiers, à la création et au maintien de conditions de travail équitables sur les plans économique et social.

ANNEXE III



Carte des 21 circonscriptions d'action sanitaire et sociale (1)

(1) CECCALDI (Dominique).- Les institutions sanitaires et sociales.- Paris, Foucher, 4e Edition, p. 132