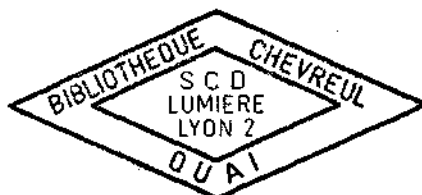


UNIVERSITÉ LYON II



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

T H E S E

soutenue en vue du
Doctorat de IIIe cycle

en Psychologie - Sciences de l'Éducation

par

Geneviève CHARLES

sous la direction de
Monsieur le Professeur Guy AVANZINI

630865

SOMMAIRE

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

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

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

DEUXIEME PARTIE

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

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

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

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

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

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

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

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
Assistants sociaux 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 désaffection 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.

*

*

*