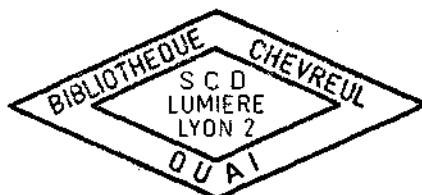


UNIVERSITÉ LYON II



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

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, "tirillée" 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'advient-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.