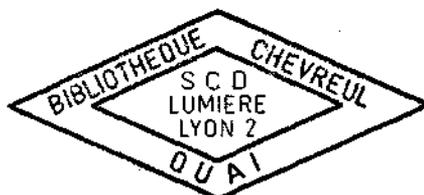


UNIVERSITÉ LYON II



---

**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

---

UN ULTIME REGARD SUR HIER ET AUJOURD'HUI

TROISIEME PARTIE

L'ample fresque de l'histoire du personnel infirmier que nous venons de brosser va nous permettre, à partir des données historiques et sociologiques que nous avons recueillies, d'amorcer une réflexion sur la situation exacte de l'infirmière française au sein des personnels de santé et dans la société contemporaine. Nous voudrions, en effet, dégager et bien comprendre la nature et le caractère spécifique de cette fonction, il nous sera donc nécessaire de rendre compte de l'ensemble des besoins de santé de la population, et des réponses qui sont amenées par le personnel enseignant. Si, nous constatons certaines carences, il nous faudra alors, préciser les finalités actuellement définies par le programme de formation des infirmières et examiner la manière dont elles sont effectivement réalisées.

C'est au prix de cette réflexion qu'il nous sera possible d'aller plus avant et de présenter quelques suggestions sur ce que pourrait être l'infirmière ... demain.

D'où les deux orientations de cette troisième partie de notre travail. Après nous être efforcée de rendre compte le plus objectivement possible de la situation dans laquelle se trouve actuellement, en France, l'Infirmière, nous essayerons à la lumière de ce constat, d'en expliquer les raisons.

CHAPITRE I

LA SITUATION ACTUELLE DE L'INFIRMIERE FRANCAISE

L'Histoire de la fonction infirmière nous a montré que s'est progressivement constitué, dans la société occidentale, au sein des professions de santé, un corps de travailleurs spécifiques centrés sur l'exécution des soins.

Cette constatation générale appelle, semble-t-il, un certain nombre de questions dont les réponses devraient permettre de mieux définir la nature et la position de l'Infirmière dans la société française contemporaine.

- Quelle est la place exacte des infirmières, au sein des professions de santé ?
- Y ont-elles une fonction spécifique ?
- Comment le corps des infirmières est-il "vécu" par la société dans laquelle il est inséré et travaille ?
- Peut-on dès lors parler d'une "Profession" infirmière ?

#### 1 - L'Infirmière dans la structure soignante

Liée, pendant longtemps, à une insertion et à des préoccupations religieuses, la fonction infirmière, en France comme ailleurs, est actuellement "une activité civile", mieux une activité civile rémunérée. Etre infirmière, c'est d'abord, comme le tailleur, le serrurier ou le tisserand, exercer un métier, c'est-à-dire "une occupation manuelle ou mécanique qui trouve son utilité dans la société".(1)

Ce métier est officiellement reconnu, "institutionnalisé". Depuis le 27 juin 1922, la profession d'Infirmière ou d'Infirmier ne peut être exercée que par des personnes munies d'un diplôme délivré par l'Etat. L'article 473 du Code de la Santé Publique précise même : "est considérée comme exerçant la profession d'infirmier ou d'infirmière toute personne qui donne habituellement soit à domicile, soit dans les services

---

(1) ROBERT (Paul) Dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française -

publics ou privés d'hospitalisation ou de consultation des soins prescrits ou conseillés par un médecin" (1)

Ainsi, dans l'exercice de son métier, l'infirmière est toujours en relation avec le corps médical, et, si elle travaille en milieu hospitalier, elle dépend, en outre, de l'administration hospitalière.

Quelle est la nature propre du métier d'infirmière ?

### 1.1. L'Infirmière et le corps médical

Depuis la plus haute Antiquité - la partie historique de notre travail l'a bien mis en évidence - l'infirmière n'a cessé d'exercer sa tâche dans l'ombre du médecin, vouée selon la formule de SHUSHRUTA-SAMHITA à "suivre strictement et infatigablement" ses instructions. Saint-Vincent de Paul ne pensait pas autrement. La Révolution ne s'est point occupée d'elle. Et le Code de la Santé de 1946 en définissant l'infirmière comme "la personne qui donne habituellement des soins prescrits ou conseillés par le médecin" exprime sous une autre forme la même idée : l'infirmière est l'exécutante des prescriptions médicales.

Que nous sommes loin du texte de 1902 souhaitant que l'infirmière devienne "la collaboratrice disciplinée mais intelligente du médecin" !

Il est très intéressant, et significatif, de constater que, aussitôt reconnue leur existence officielle, les infirmières n'aient cessé de s'interroger sur leur mode d'existence, voire sur leur statut : étaient-elles les auxiliaires ou les collaboratrices des médecins ?

La prise de position de certains médecins à leur égard n'a pas été sans jeter le trouble dans leurs esprits.

---

(1) Code de la Santé Publique Livre IV, Titre II, chapitre 1er -

Dès 1925, par exemple, le Docteur Van SWIETTEM, Président de l'Association des écoles d'infirmières à Bruxelles après avoir reconnu "qu'une certaine méfiance régnait encore dans le monde médical en présence du développement de la profession d'infirmière" (1) ajoutait "les médecins se rendent compte des services que les infirmières peuvent leur rendre en appliquant scrupuleusement leurs prescriptions, en assurant l'efficacité de leur traitement et en suivant intelligemment leurs conseils. Ils savent aussi que les vraies infirmières formées dans l'esprit nécessaire se gardent de se substituer à eux et demeurent strictement dans leur rôle d'auxiliaire. L'infirmière doit apprendre à servir d'abord, à ne jamais marcher devant le médecin, mais à le suivre..."(2).

Cette mise en garde fut suivie de conséquences immédiates. Ne donnait-on pas aussitôt, aux jeunes infirmières stagiaires, dans les Hôpitaux de Paris les recommandations suivantes :

"Vous vous garderez de prendre des notes, vous ne suivrez la visite du chef de service qu'avec son autorisation et dans la salle où vous aurez été affectée. Vous vous interdirez toute réflexion sur les différents traitements employés, vous pénétrant de votre rôle d'auxiliaire du médecin, toujours prête à lui rendre un service opportun avec calme et douceur, lui économisant un temps précieux". (3)

La même année, Monsieur le Pr Léon BERNARD souhaitait, en outre, que la formation donnée aux infirmières "ne leur fasse rien perdre de l'admiration inconditionnelle qu'elles doivent témoigner à leur chef : le médecin", et il ajoutait : "Les médecins ne peuvent se passer des infirmières. Si, quelques-unes dans cet attelage ruent dans les brancards, il n'en reste pas moins vrai qu'une partie des soins aux malades a toujours

---

(1) VAN SWIETTEM (D...) "Ce que nous attendons des infirmières" (in : l'infirmière française Tome II 1925 p. 283).

(2) Dr Van SWIETTEM idem.

(3) GREINIER (M...) "Quelques réflexions et conseils suggérés par la situation des infirmières stagiaires dans les Hôpitaux de l'Assistance Publique à Paris (in. l'infirmière française Tome II 1925 p. 257).

relevé d'une auxiliaire indispensable du médecin : cet auxiliaire doit avoir un coeur de femme". (1)

On comprend, dès lors aisément, l'embarras des infirmières et leurs difficultés devant une conception aussi rétrécie de la situation qui leur était faite.

Les prises de position de la Présidente de l'Association Nationale des infirmières diplômées d'Etat nous en fournissent une belle illustration :

"La profession médicale et la profession d'infirmière ne sont pas situées sur le même plan. Le médecin doit connaître les causes de la maladie, déduire ses origines et prévoir ses suites. Il est le seul à faire diagnostic et pronostic, le seul à pouvoir ordonner et prescrire ce qu'il faut où ce qu'il faudra faire dans tel ou tel cas. L'Infirmière elle, doit surtout connaître le malade, son milieu, soigner le mal, en prévenir l'extension. Elle doit, par une connaissance appropriée de l'être qui souffre et de la maladie en-elle-même, constituer l'instrument parfait qui a pour fonction principale de se tenir à portée de la main du médecin, c'est ce dernier qui de cet instrument docile en fera l'usage voulu. Ainsi aucun conflit entre les deux n'est possible puisque "l'art de l'infirmière n'est que d'exécuter ce que décide la science du médecin" (2).

Reconnaissons, au passage, qu'il y a une certaine incohérence dans le rôle de l'infirmière, tel que l'a défini Mademoiselle Chaptal : un "simple outil" peut-il être en possession de connaissances appropriées concernant l'être qui souffre et la maladie dont il est atteint ? Mais cette incohérence ne provient-elle pas des difficultés que l'on avait à situer l'infirmière par rapport au médecin et à délimiter son territoire de compétence ?

---

(1) BERNARD (L..) (Pr) "Quelques réflexions et conseils suggérés par la situation des infirmières stagiaires dans les hôpitaux de l'Assistance Publique à Paris" (in : L'infirmière Française Tome II 1925 p. 257).

(2) CHAPTAL - "L'Infirmière visiteuse d'hygiène sociale de l'enfance" (in : L'infirmière française Tome III 1926 p. 299).

Au cours d'une Assemblée Générale de l'ANIDE\*, s'adressant au docteur Renault, alors Président du Conseil de Perfectionnement des écoles d'Infirmières, Mademoiselle Chaptal déclare encore :

"Le docteur Renault comprend notre profession comme les médecins la comprennent. Il sait que l'infirmière constitue pour le médecin une aide précieuse. D'autre part la profession d'infirmière ne saurait exister sans la profession médicale : de cette collaboration serrée, franche, nous attendons le plus beau de notre avenir et nous nous efforçons de nous en montrer dignes.

La morale professionnelle de l'infirmière est parallèle à celle du corps médical qui est notre chef, qui nous donne l'exemple magnifique de ces beaux et grands dévouements désintéressés, et qui est pour nous un encouragement très grand, une obligation de plus pour être à la hauteur de notre rôle de plus en plus important" (1).

Ces paroles tout en reconnaissant que l'infirmière devait être "la collaboratrice" du médecin, ne limitaient-elles pas l'infirmière dans un rôle subalterne d'auxiliaire et ne la plaçait-elle pas sous le commandement direct, non pas d'une de ses pairs, mais du médecin ?

Cependant, quelques années plus tard, en 1935 exactement, revenant sur les rapports existant entre infirmières et médecins, Mademoiselle Chaptal attribuera à celles-ci une fonction plus noble que celle "d'instrument parfait, à portée de la main du médecin", est plus stimulante que celle "d'aide précieuse".

"Entre les médecins et les infirmières, il existe un lien professionnel, qui ne saurait être rompu : l'infirmière n'est rien sans le médecin, ses actes sont entièrement subordonnés aux prescriptions et à l'autorité médicales, l'appui du médecin est indispensable à l'infirmière. D'autre

---

\* ANIDE : Association Nationale des Infirmières Diplômées d'Etat.

(1) CHAPTAL - "Allocution faite à l'Assemblée Générale de l'Association Nationale des Infirmières diplômées de l'Etat Français (in : l'infirmière Française 1929 - Tome VII - p. 219.

part, étant donné l'état actuel de la science et de ses applications multiples, dans la vie, comme dans la prévention, le médecin a, nous osons le dire, besoin de la collaboration de l'infirmière et sans doute se retrouverait-il un peu embarrassé s'il ne pouvait disposer de son concours"(1).

Cette idée que l'infirmière devrait être la collaboratrice et non pas seulement l'auxiliaire du médecin apparaît aussi, souvent, sous la plume des infirmières, encouragées peut-être par les idées de Madame le Docteur Krebs-Japy qui, dès 1924, avait affirmé : "le caractère de cette profession nous semble être de toucher pour une part, et lorsqu'il s'agit du malade, aux attributions humbles des domestiques, tandis que par ailleurs il convient à l'infirmière d'être la collaboratrice intelligente et précieuse du médecin"...(2).

La Soeur M.C... se plaisait à souligner, en 1932, "la valeur importante de l'infirmière, appréciée de plus en plus comme collaboratrice des médecins, dont un bon nombre luttent, il y a peu encore contre leur formation"(3). L'infirmière est-elle l'auxiliaire ou la collaboratrice du médecin ? La polémique est engagée... Dans le langage courant l'auxiliaire est celle qui "aide par son concours", quant à la collaboratrice "elle travaille avec une ou plusieurs personnes à une oeuvre commune", réalisant ainsi, l'objectif, que médecins et infirmières se sont fixés en soignant les malades. Et, pourtant le débat n'a jamais été dépassé, les infirmières ne se sont jamais vraiment considérées comme des collaboratrices du corps médical, celà ne tiendrait-il pas au fait, que des synonymes, parfois péjoratifs tels que, adjoint, second, aide, sont liés au terme de collaborateur ?

Mais les années ont passé, et le Code de la Santé semble rendre illusoire et vaine toute discussion des infirmières sur le sort qui leur est fait. Il ne laisse aux infirmières aucun espoir d'échapper à la grandeur sans doute, mais surtout à la servitude de leur condition.

Et elles en ont bien conscience. Dans leurs relations avec les médecins, les infirmières ont le sentiment très vif (comme le déclarent 1/3 d'entre elles(4) d'être "un instrument", un "accessoire", car en dehors des services de haute spécialisation il n'y a pas de dialogue vrai établi entre médecins et infirmières ; tout en exécutant les soins prescrits,

(1) CHAPTAL : "Assemblée Générale de l'Association Nationale des Infirmières diplômées de l'Etat Français - (in : l'infirmière française 1935 Tome XIII - p. 204).

(2) KREBS-JAPY (Dr) "Quelques réflexions autorisées" (in : l'infirmière française 1924 - Tome I - p. 31).

(3) M.C... (Soeur) "Lettre de Strasbourg" (in : l'infirmière française Tome X - 1932 - p. 262).

(4) Conf. l'enquête de Mme LEVY-LEBOYER.

dehors des services de haute spécialisation il n'y a pas de dialogue vrai établi entre médecins et infirmières ; tout en exécutant les soins prescrits, elles n'en attendent pas moins cependant une collaboration active avec le médecin, car, grâce à leurs contacts permanents avec le malade, elles détiennent des informations et des observations importantes, et espèrent de ce fait un dialogue qui, le plus souvent n'a pas lieu.

Bienheureux encore quand l'infirmière ne sert pas de "bouc émissaire" : c'est elle que "l'interne eng... quand il a reçu des reproches de son patron" ; c'est toujours elle qu'on accuse d'un "oubli ou d'une négligence" ; en fait, l'infirmière n'existe que le jour où elle a commis une faute. Alors là, les médecins la reconnaissent, "ils en parlent", "la critiquent"... ; en dehors de ces faits, ils ne la connaissent pas. Une infirmière nous disait récemment que, travaillant depuis dix ans dans le même service, le "patron" ne connaissait même pas son nom, alors qu'elle l'avait aidé à soigner tant de malades ! Le mécontentement des infirmières en ce qui concerne leur relation avec le corps médical est tel, qu'une infirmière sur cinq dira "qu'il reste le plus mauvais souvenir de leur vie professionnelle"(1).

Certains représentants -des plus distingués- du corps médical n'en sont d'ailleurs, point offusqués. Telle cette réflexion de l'un d'eux recueillie et citée par nos collègues dans un mémoire de l'E.I.E.I.S. "Aucune infirmière n'est autonome, elle dépend du médecin qui seul possède la responsabilité des soins, seul il est autonome devant sa conscience, la morale et la loi. A lui seul incombe la responsabilité première. S'il est vrai que l'infirmière a sa responsabilité propre, c'est une responsabilité seconde, celle de l'exécutante qui n'a pas l'initiative et qui reste "l'auxiliaire" efficace du médecin. Comment les infirmières peuvent-elles envisager d'être "autonomes" pour enseigner les éléments indispensables à l'exercice de leur métier" (2).

Comment ne pas être séduit par ce morceau de bravoure ? Il dégage, sans ambiguïté l'esprit du texte du Code de la Santé :  
l'infirmière française n'existe pas sans les prescriptions médicales !

---

(1) LEVY-LE BOYER op. cit. p. 25.

(2) SALMON (M... Pr)- Faculté de médecine de Marseille. Rapport Nouveau programme des examens d'infirmières 1970 cité par Robert LACAZE J... BOUZERAND G... p. 15.

L'objectivité nous invite à reconnaître que, dans les faits, tous les membres du corps médical ne traitent pas leurs infirmières comme des servantes. Un certain nombre d'entre eux actuellement, les considèrent individuellement ou à l'intérieur de l'équipe soignante - quand il en existe une - comme des collaboratrices dont la fonction est complémentaire de la leur. Mais l'exception n'est pas la règle !

Le plus souvent être infirmière, en France, selon la formule imagée de Mademoiselle Bachelot, c'est être "un appendice du corps médical"(1), une auxiliaire efficace, c'est-à-dire la personne qui prête au médecin le concours de ses jambes et de ses bras "qui exécute - sans initiative - ses prescriptions"(2). Parasite du médecin, l'infirmière n'a, sur le plan de ses activités professionnelles, aucune existence propre.

Cette situation de subordination pour ne pas dire d'aliénation, est encore renforcée pour les infirmières hospitalières par leur relation avec l'administration.

## 1.2. L'infirmière et l'administration hospitalière

Pas d'hôpital sans infirmières ! Mais qu'est l'infirmière pour l'Administration ? On pourrait être tenté de répondre à cette question en évoquant le fait, savoureux, relaté par Anny Parrot dans son ouvrage sur "l'image de l'infirmière dans la société"(3). Dans le livret d'accueil qu'offrait un grand centre hospitalier Universitaire, aux malades entrant dans ses services, ceux-ci découvraient les différentes unités de soins de l'hôpital, le nom des médecins à leur disposition, le nombre des hôtesse... sans un mot sur le personnel infirmier. Oubli significatif, oh combien ! dirait la psychanalyse. Car l'administration hospitalière prend surtout conscience de l'existence des infirmières du fait de leur absence ou de leurs fautes professionnelles. Du fait de leur absence, lorsque par manque d'infirmières, elle ne peut ouvrir des services neufs, ou se trouve contrainte d'en fermer certains, refusant ainsi l'admission de malades qui sont acheminés sur des cliniques privées. Du fait de leurs fautes professionnelles, lorsqu'elle est obligée d'assumer sa responsabilité civile, car l'infirmière hospitalière, qu'elle soit infirmière générale ou responsable d'une unité de soins est - d'après l'article L 797 - "sous la double

---

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

(2) dixit le Pr Salmon op. cit. cité par Robert Lacaze.

autorité hiérarchique du directeur d'hôpital et du chef de service, particulièrement en ce qui concerne les tâches qui lui sont confiées", (1) ce qui signifie que, "sur le plan de la responsabilité civile, c'est l'Administration hospitalière qui est responsable devant les tribunaux administratifs des fautes de service commises par les membres du personnel hospitalier et notamment par les infirmières dans l'exercice de leurs fonctions, qu'il s'agisse des soins ou de la formation du personnel auxiliaire" (2).

Cela n'empêche pas l'infirmière d'être responsable de ses actes et de "voir sa responsabilité générale engagée en raison de la faute qu'elle commet personnellement en chargeant un agent "du personnel auxiliaire" d'une tâche pour laquelle il n'est pas qualifié (une piqûre, par exemple)" (3).

Responsabilité civile et responsabilité pénale mises à part, l'infirmière dans l'exercice de sa fonction et quel que soit le niveau de son travail (Infirmière Générale et infirmière soignante), n'a au sein de l'hôpital, aucune responsabilité de décisions.

Cependant, "le décret du 11 Avril 1975, en créant le poste d'Infirmier Général ou d'Infirmière Générale dans les établissements comptant au moins 300 à 500 lits et en plaçant l'Infirmier Général sous l'autorité du chef d'Etablissement ou de l'agent des cadres de Direction mandaté à cet effet" (4) définit de la manière suivante sa fonction : "il participe à la gestion des personnels infirmiers, des aides soignants et des agents des services hospitaliers et propose leur affectation en fonction de leurs aptitudes. Il veille particulièrement en liaison avec le corps médical de l'établissement à la qualité des soins infirmiers et participe à la conception, à l'organisation et à l'évolution des services médicaux" (5).

Dès lors, il semblerait que l'Administration Hospitalière prend conscience de la présence des infirmières au sein de l'hôpital et reconnaît le rôle qu'elles ont à y jouer. Mais leur représentativité au sein des instances officielles de gestion de l'hôpital ne peut avoir lieu qu'au niveau de la "Commission médicale Consultative" au sein de laquelle l'in-

---

(1) LAPORTE (M...) "Des mots pour le dire" (in : Assistance Publique - Actualités n° 12 décembre 1975 p. 5).

(2) LAPORTE idem.

(3) idem, p. 6.

(4) Décret n° 75-245 du 11 Avril 1975.

(5) idem.

firmière générale est habilitée à siéger depuis décembre 1975(1). Cette commission(2), comme son nom l'indique, n'est appelée qu'à émettre des vœux. Espérons dès lors que l'infirmière générale n'émettra pas que des vœux pieux !

Parasite du médecin, sujet docile de l'Administration hospitalière, l'infirmière française n'est finalement qu'un agent d'exécution. Telle est son identité sociale ou mieux son statut, si l'on entend par là, avec Ralph Linton "la place qu'un individu donné occupe dans un système donné, à un moment donné".

Nous touchons ici au destin tragique de l'infirmière : dans la mesure où agent d'exécution, toujours soumise à l'autorité hiérarchique médicale et administrative, elle n'a jamais professionnellement de pouvoir de décision, on peut se demander si elle est, encore, un être humain à part entière ?

Certaines d'entre elles, dans certaines circonstances, sont amenées à transgresser les textes : la formule du Code de la Santé ne semble plus, en effet, correspondre à l'ensemble des activités quotidiennes de toutes les infirmières. Antoinette Chauvenet, par exemple, fait justement remarquer qu'en réanimation "il arrive souvent que les infirmières, aussi bien, d'ailleurs que les aides soignantes soient amenées à pratiquer des gestes thérapeutiques non prescrits par les médecins, l'urgence rendant impossible l'application d'une division stricte du travail"(3). Les initiatives des infirmières varient donc, d'un service à l'autre, ce qui n'est pas d'ailleurs, sans avoir une incidence, sur la place et le rôle des infirmières au sein des équipes soignantes : "sans avoir de spécialisations légales les infirmières de réanimation sont moins mutées que les infirmières de salles. Elles sont beaucoup mieux intégrées dans les services que dans ceux où le travail est routinier, en raison de l'importance, en réanimation du rôle de surveillance du malade"(4).

---

(1) Décret n° 75-1152 du 9 Décembre 1975 (J.O. du 16.12.75).

(2) Rôle de la commission médicale consultative : "elle est obligatoirement consultée sur le budget, les comptes et sur l'organisation et le fonctionnement des services médicaux "LOI n° 70-13.18 du 31 Décembre 1970 portant réforme hospitalière. Art. 24. Chapitre II.

(3) LINTON (Ralph) - Le fondement culturel de la personnalité - p. 71.

(4) CHAUVENET (Antoinette) - "L'Infirmière hospitalière, technicienne ou travailleuse sociale" p. 1144.

Au contraire, "dans les services de maternité, la place de l'infirmière, au sein de la hiérarchie, est beaucoup moins favorable, limitée en salle par les sages-femmes et dans les sections de prématurés par les puéricultrices. Ici, la nature des activités rend le travail plus routinier, davantage sujet à la planification et, s'il laisse, plus d'autonomie, dans l'accomplissement des tâches, par là même, il tend à vider de son sens la notion d'équipe" (1)

Cet exemple, parmi beaucoup d'autres, a le mérite de montrer que, malgré les apparences et les textes de loi, le débat ouvert par nos collègues, dès les années 20, n'a rien perdu de sa signification et de sa portée. Car, comme le remarquait déjà, avec humour, Mlle FUMEY "l'infirmière doit comprendre le médecin pour être sa collaboratrice intelligente, le suivre sans jamais le précéder et pourtant savoir agir en attendant le médecin, sans nuire au malade"(2).

Que d'ambivalence ! Est-ce là le fait d'une auxiliaire féminine et vertueuse ou d'une collaboratrice informée et responsable ?

Comment souhaiter à la fois que les infirmières soient intelligentes et qu'elles se contentent de savoir "comment" exercer leur profession, sans jamais s'interroger sur le "pourquoi" de leur fonction ?

La réflexion sur les modalités même de cette fonction n'est pas sans soulever de nouveaux problèmes.

## 2 - L'Infirmière travailleuse spécifique

Lorsque l'infirmière s'interroge, en effet, sur la spécificité de son travail d'exécutante, elle ne peut, là encore, que se référer à la formule du Code de la Santé qui déclare qu'elle "donne habituellement des soins prescrits ou conseillés par un médecin".

Comment ne s'étonnerait-elle pas, d'abord -mais, ce n'est pour le moment qu'une remarque incidente- que le malade, objet de ses soins soit dans cette définition de l'infirmière littéralement escamoté, n'ait qu'une existence allusive. Cette formule, au-delà de l'infirmière, ne traduit-elle pas déjà toute une conception de la médecine ? Mais le temps n'est pas encore venu d'aborder ce problème.

---

(1) CHAUVENET (A...) op. cit. p. 1145.

(2) FUMEY (Mlle) - Rapport sur les écoles d'infirmières des Hospices Civils - (in : l'infirmière Française Tome III p. 192).

Il est plus important pour l'instant de préciser la signification du terme "soins". Si les mots ont un sens, les soins, dont il est ici question, ne désignent-ils pas les moyens par lesquels on s'efforce de rendre la santé au malade ? "Soigner, n'est-ce pas s'occuper de rétablir la santé de quelqu'un"(1). On soigne des malades, des blessés. Dès lors, l'activité exclusive de l'infirmière centrée sur le malade, n'est-elle pas de l'aider à guérir ? Comment concilier, alors, cette conception de l'infirmière avec les autres activités qu'exerce actuellement nombre d'entre elles, et qui sont axées sur la protection, le maintien, l'amélioration de la santé ? En d'autres termes, soigner quelqu'un est-ce toujours et uniquement réaliser ce qu'a "prescrit" ou "conseillé" un médecin ? La gamme des soins paraît à la fois plus nuancée et plus riche. D'où une nouvelle interrogation. Qu'est l'infirmière ? - Une soignante ? - une garde-malade ? - une technicienne ? - une travailleuse sociale ou une éducatrice sanitaire ?

Par ailleurs, au coeur même de l'hôpital, le souci commun de guérir les malades prend des allures très différentes. L'utilisation de plus en plus importante de la technique entraîne d'un service à un autre, ou plus exactement d'une spécialité à l'autre, de grandes variations dans la manière de donner les soins et, par conséquent, dans le rôle de l'infirmière auprès du malade.

Antoinette Chauvenet dans l'article déjà cité, fait remarquer que le contenu du travail infirmier est, par exemple, très différent en médecine générale et dans les services de réanimation. Dans ces derniers, écrit-elle, "le travail est plus technique, la relation au malade plus limitée, étant donné l'état du malade et l'importance des tâches techniques et de surveillance"(2). Ainsi, "en réanimation, c'est le degré de complexité technique du travail qui est mis en avant, le dialogue avec le malade étant limité"(3). Au contraire, "en médecine générale, c'est l'inverse qui se produit : le temps consacré aux tâches de nursing et au contact avec le

---

(1) ROBERT (P...) Dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française.

(2) CHAUVENET (A...) op. cit. p. 1.144

(3) CHAUVENET (A...) op. cit. p. 1.145.

malade, est particulièrement important"(1). Et Antoinette Chauvenet de conclure très justement : "pour un même objectif qui est la guérison du malade, selon les spécialités et les maladies, le travail d'infirmier varie beaucoup dans son contenu, entre des interventions très techniques et complexes et un soutien moral continu apporté au malade"(2).

Ainsi, au sein même de l'hôpital, la situation de l'infirmière -en tant que soignante- fait encore problème et conduit à se demander "qu'est-elle" ? - Une spécialiste ? une technicienne ? - ou une aide, un soutien pour le malade ? Ce problème de la spécificité du travail infirmier n'a d'ailleurs pas échappé aux plus lucides de nos collègues qui, dès 1971, dans la "Revue de l'infirmière" s'interrogeant sur l'avenir de la profession d'infirmières, entrevoyaient, alors, pour l'infirmière, trois voies possibles. Ou bien, choisir d'être des techniciennes, en envisageant la possibilité de spécialisations de plus en plus nombreuses ; ou bien, chercher à définir et à développer l'originalité de la spécificité du rôle de l'infirmière dans les relations humaines, ou encore, s'orienter vers un rôle plus large de prévention et de santé publique. A quoi, Catherine Mordacq, faisait remarquer que le choix était peut-être moins entre "Technique et relation" qu'entre "une infirmière exécutrice de tâches en séries, fonctionnaire de la piqûre et du pansement ou responsable de soins centrés sur la personne"(3).

Il n'est donc pas facile de cerner la spécificité du travail de l'infirmière, de dire à partir de la variété de ses tâches "qui" elle est. Sans doute, a-t-elle toujours eu pour fonction de soigner les malades, et c'est encore l'essentiel de son travail. Mais soigner les malades, n'a pas pour toutes les infirmières la même signification : pour les unes, c'est être techniquement efficace ; pour les autres c'est être humainement présente.

Ainsi, la fonction se réalise à travers une pluralité de tâches, parfois communes à toutes les infirmières, parfois très spécifiques,

---

(1) CHAUVENET (A...) op. cit. p. 1145.

(2) CHAUVENET (A...) op. cit. p. 1145

(3) MORDACQ (C...) "l'avenir de la profession d'infirmières" p. 22.

centrées sur le malade ou sur l'homme sain, sans parler des nombreuses activités annexes qui n'ont bien souvent que de lointains rapports avec la fonction(1).

Nouveau protégée, l'infirmière contemporaine paraît insaisissable.

Ainsi, une réflexion sur la pratique de l'infirmière montre que, son statut officiel, d'agent d'exécution de soins prescrits ou conseillés par les médecins ne recouvre pas toute la réalité : celle-ci, est infiniment plus complexe que ne la reconnaissent la loi et ses défenseurs.

Faudrait-il, encore, que les infirmières ne soient pas les seules à s'en rendre compte. Quel appui peuvent-elles attendre de l'opinion publique ? Comment sont-elles "vécues", "perçues" par la société dans laquelle elles sont insérées et travaillent ?

### 3 - L'infirmière dans la société

Pour savoir ce que représente l'infirmière dans la société contemporaine, deux voies sont possibles : découvrir l'image que l'on se fait d'elle, et discerner si l'opinion publique serait susceptible de constituer pour elle un potentiel actif de soutien et de défense.

#### 3.1. L'image de l'infirmière

Anny Parrot, dans l'image de l'infirmière dans la société, s'est précisément proposée, de rechercher, s'il existe dans le public, une image de l'infirmière et, de dégager la nature de cette image. Elle a, pour cela, réalisé une étude comparative des opinions exprimées dans deux catégories socio-professionnelles extrêmes, les ouvriers et les membres des professions libérales, en tenant compte des variations d'âge et de sexe. Le résultat de son enquête montre qu'il existe bien, dans le public, une image de l'infirmière constituée à partir "d'une perception des attitudes et du comportement de l'infirmière, née de l'observation des personnes que l'on a vues à son chevet, ou au chevet des siens, mais, aussi d'une

---

(1) Les servitudes bureaucratiques, par exemple, dont nous parlerons ultérieurement.

représentation liée à des stéréotypes et à des normes"(1). Cette image présente deux composantes, l'une traditionnelle, l'autre plus ouverte.

3.11. L'infirmière semble d'abord surgir des profondeurs du passé. Pour l'opinion publique, c'est en effet par vocation que l'infirmière exerce sa fonction et qu'elle y demeure. Il y a, sur ce point, accord massif des deux milieux sociaux interrogés(2), avec cependant plus d'attachement à cette notion du côté des professions libérales(3). Même son de cloche de la part du public chez Martine et Alain Coudrot : "dans notre civilisation judéo-chrétienne où la religion perd en surface tout intérêt, il est très rassurant, pour certains, de constater qu'il existe encore, malgré tout, des êtres capables de faire don de leur personne, appelés à exercer cette profession par on ne sait trop quelle voix, pendant l'enfance. Ces infirmières sont admirées et respectées. N'exercent-elles pas un sacerdoce ? N'y avait-il pas avec elle des religieuses ?(4) Et bien qu'ils constatent que "les infirmières désirent abandonner les mythes de la vocation", ces auteurs n'en emboîtent pas moins gaillardement le pas, grâce à de curieux amalgames, aux 28 % des futures infirmières de leur enquête qui déclarent qu'elles entrent dans la profession par... vocation !"(5).

Si cet "appel" touche surtout les femmes, c'est que, aux yeux du public, elles présentent -plus que les hommes- les qualités attendues en cas de maladie. On souhaite, en effet, trouver à son chevet, une personne "souriante, gentille, agréable, sympathique, aimable, disponible, douce"(6), bref, une personne offrant un ensemble de qualités qui "visent la femme autant que l'infirmière"(7). Quant aux griefs que le public adresse aux infirmières -tout en les excusant-(8), ils sont essentiellement

---

(1) PARROT (Anny). "L'image de l'infirmière dans la société" p. 95.

(2) idem.p. 51-52.

(3) idem. p. 62.

(4) COUDROT (Martine et Alain) "L'infirmière face à sa profession" p. 30.

(5) idem. p. 34.

(6)(7) PARROT (A.) op. cit. p. 36.

(8) Il se rend compte de leur surmenage.

de ne pas les découvrir telles qu'il les espérait "elles ne sont pas aimables ; elles sont indifférentes, froides, pas disponibles, pas humaines ; elles sont endurcies, dures, blasées"(1). Reproche, note justement Anny Parrot, qui "fait référence à l'attachement du public aux notions du dévouement et à l'ombre, fixée dans les esprits, de l'image de la "bonne soeur" toujours disponible"(2).

L'image de la fonction demeure donc "féminine" et, si l'on admet que des hommes puissent exercer cette profession, on ne les perçoit pas dans les mêmes activités : "pour résumer la représentation des rôles masculins et féminins dans les soins, on pourrait dire qu'aux yeux du public la priorité reste à l'image de la femme au chevet du malade, l'image de l'homme venant à l'arrière plan pour un rôle technique et des travaux pénibles ainsi épargnés à la femme"(3).

Le public souhaite enfin -et c'est là l'aspect essentiel de ses vues sur le côté technique du travail de l'infirmière- que cette personne maternelle soit une bonne piqueuse : "Il entend que la piqûre soit bien faite, qu'on ne la sente pas" ! et il jugera de la compétence de l'infirmière en fonction de ce critère là !" (4).

Ainsi, "l'accord se fait pour démontrer la primauté des valeurs humaines sur tout le reste"(5). Des valeurs psychologiques et morales, précisons-le. Car, sans méconnaître l'importance de "l'image physique" de l'infirmière, les milieux interrogés ne manifestent pas la même unanimité dans leurs estimations. Les milieux aisés plus que le milieu ouvrier, les hommes plus que les femmes sont sensibles à l'aspect esthétique de l'infirmière, à son allure, à sa présentation, à sa tenue vestimentaire, "la jeunesse et le charme de l'infirmière retrouvent tout à fait leur valeur de stéréotype, lié à l'attrait de l'éternel féminin"(6).

Il existe donc, comme le note Anny Parrot "un traditionalisme net dans la conception qu'ont de celles-ci (les infirmières) les hommes

---

(1) PARROT(A....] op. cit. p. 41-42. .

(2) idem p. 44.

(3) idem p. 74-75.

(4) idem p. 39.

(5) idem p. 40.

(6) idem p. 33.

et les femmes des diverses couches sociales. Le rôle maternel, la vocation, les qualités requises prennent toute l'importance ; l'aspect technique semble pour tous une évidence, dont il n'est guère besoin de parler, sinon pour citer la piquûre"(1).

Le plus frappant -et le plus traditionnel- dans cette "image romantique et romancée de l'infirmière, penchée avec sollicitude sur "son" malade, affrontant à la fois toute la douceur d'une présence féminine et l'agressivité d'une seringue"(2) est qu'elle se rapporte toujours à l'infirmière en relation avec un malade dans une clinique ou un hôpital.

3.12. Et pourtant, il y a dans l'image que le public se fait de l'infirmière des éléments plus nuancés et plus prospectifs.

Le public, par exemple, n'est pas sans différencier spontanément les secteurs d'activités de l'infirmière : Infirmière d'hôpital, de clinique, d'usine, de soins à domicile... et il "pense que l'image sera variable d'un secteur à l'autre, ce qui, à ses yeux, est un signe de l'évolution du temps et de la profession"(3). Il croit, par exemple, que l'attitude de l'infirmière face au malade et sa façon d'accomplir sa tâche ne sera pas la même à domicile qu'à l'hôpital. Il devine que, si le travail à domicile peut favoriser les relations de face à face avec le malade ou sa famille, il peut, en un sens, inverser le rapport de dépendance traditionnelle du malade à l'égard de l'infirmière. Dans la mesure où le malade devient un "Hôte", l'infirmière ne risque-t-elle pas de devenir "sa propriété" ?

Le public n'est pas non plus sans réaliser la laïcisation de la profession et la nécessité "de normaliser la vie de l'infirmière, en la considérant comme une femme au travail au même titre que les autres et parmi tant d'autres"(4). Car, il est très conscient que "ce beau métier, épanouissant pour une femme"-, expression qui agace certaines infirmières-

---

(1) PARROT (A...) p. 13.

(2) idem p. 9 et 10.

(3) idem p. 32.

(4) idem p. 95-96.

et on le comprend- est en fait pénible, difficilement compatible, du fait de ses horaires, avec une vie familiale, et mal rémunéré(1).

Cette ouverture porte, cependant, davantage, sur la profession que sur l'image de l'infirmière. Et, les activités nouvelles de l'infirmière, hors de la clinique ou de l'hôpital, -bien que connues dans le public- n'ont pas encore assez de prégnance pour modifier l'image traditionnelle de l'infirmière hospitalière qui restera longtemps encore le "baromètre" de la profession(2).

Quel secours, dans ces conditions, les infirmières peuvent-elles attendre de l'opinion publique ?

### 3.2. L'impact social de l'infirmière.

L'image que le public se fait des infirmières, ne paraît pas constituer une motivation suffisante pour mobiliser les foules en leur faveur.

Cette image, trop souvent, vieillotte, édulcorée, reflète mal les multiples aspects des activités et des rôles de l'infirmière moderne. Au siècle de l'émancipation de la femme et de son insertion nécessaire dans la technique, les infirmières elles-mêmes, récusent, à juste titre, cette image d'une féminité bigote que leur renvoie encore, trop fréquemment, le miroir public.

Et puis, cette image serait-elle plus objective, elle ne suffirait pas, dans le contexte actuel, à soulever l'opinion, étant donné le manque de prestige de la fonction. L'attitude de la classe aisée est sur ce point révélatrice. Dans l'enquête effectuée par Anny Parrot, aucun des membres des professions libérales interrogés n'aimerait être infirmier. Une petite minorité, seulement, accepterait de voir un être cher entrer dans cette profession. Attitude compréhensible : les membres des professions libérales ne comparent-ils pas la situation sociale de l'infirmière

---

(1) Voir à ce sujet A. Parrot op. cit. p. 50 à 52.

(2) PARROT (A...) - op. cit. p. 87.

à celle d'une secrétaire ou d'une institutrice !(1). Quant aux ouvriers, si, la moitié seulement d'entre eux, envisage la possibilité de s'orienter vers le service infirmier, ils seraient plus disposés à laisser entrer dans la profession quelqu'un qui leur est cher car, pour eux, elle a plus de prestige : ne comparent-ils pas la situation sociale de l'infirmière avec celle du médecin ! Ces prises de position reflètent bien la mentalité des deux groupes socio-professionnels. Les ouvriers pensent, surtout, "au contenu du travail et à l'influence sociale des personnes..." (2), quand "ils font des comparaisons et commentent leurs réponses, c'est, une fois encore, la notion de service et de responsabilité qui les détermine"(3). Au contraire, les professions libérales s'orientent vers les notions de statut social, de hiérarchie, de niveau de considération(4).

Le manque de considération est, en effet, l'un des motifs profonds du mécontentement des infirmières, sur le plan moral. Mécontentement, nous l'avons vu, à l'égard des médecins ou de l'administration qui les utilisent trop souvent comme de petites mécaniques corvéables à merci. Mécontentement, aussi, à l'égard des malades, de leurs familles et du public, toujours heureux de les trouver en cas d'urgence pour ne plus s'en souvenir, la quiétude retrouvée. Catherine Mordacq parle de l'impersonnalité des infirmières. "Il est frappant de remarquer, écrit-elle, que la seule infirmière dont les malades et les médecins sachent le nom est la surveillante"(5) ; elle déplore, en outre, "que la répartition du travail par séries renforce cet anonymat"(6), "les infirmières sont aussi anonymes et interchangeable que les malades et cela rejaillit sur eux"(7). Ce thème de l'insatisfaction professionnelle réapparaît encore comme un leit motif dans les écrits des infirmières où les études faites sur elles. Catherine et Georges Mathé le constatent eux aussi : "particulièrement important nous apparaît enfin le fait que le métier d'infirmière ne reçoive pas la considération qu'il mérite"(8). Bienheureux encore, lorsque le public ne décharge pas sur l'infirmière l'agressivité refoulée à l'égard du médecin qui, n'a pas pu, ou voulu, instaurer un dialogue avec son malade !

(1) Voir à ce sujet A. Parrot op. cit. p. 54 à 59.

(2) PARROT(A...) op. cit. p. 57.

(3) idem p. 58.

(4) Résultats détaillés de l'enquête p. 54 à 59.

(5) MORDACQ (C...)- Pourquoi des infirmières ? op. cit. p. 34.

(6)(7) idem p. 34.

(8) MATHE (C. et G.)- La santé est-elle au-dessus de nos moyens. p. 141.

L'impact social de l'infirmière est donc très réduit. Le public s'intéresse, sociologiquement, peu à elles et il est plus près à s'insurger contre elles, lorsqu'elles se mettent en grève, qu'à prendre la défense de leurs intérêts.

Etre infirmière, en France, c'est être victime à la fois du foisonnement de stéréotypes en partie périmés et du vide du consensus social :

Ainsi, que l'on cherche à définir le statut de l'infirmière, la spécificité de sa fonction, son image dans le public, où son impact social les résultats sont des plus décevants. Ne se heurte-t-on pas dans tous ces domaines, à un permanent décalage entre l'exprimé et le vécu, l'imaginé et le réalisé ! S'il est difficile, en dernière analyse, de dégager "l'essence de l'infirmière", peut-on plus aisément la caractériser comme corps de métier ?

#### 4 - La profession d'infirmière

Les infirmières -et nous-mêmes n'échappons pas à la règle- parlent volontiers de leur "profession" ou de "leurs activités professionnelles". Mais y-a-t-il vraiment une profession infirmière ?

L'étude de ce problème relève de la sociologie - Emile Durkheim recommandait, dans l'observation des faits sociaux, "d'écarter systématiquement toutes les prénotions"(1). Il faut, précisait-il, que "le sociologue soit au moment où il détermine l'objet de ses recherches, soit dans le cours de ses démonstrations, s'interdise résolument l'emploi de ces concepts qui se sont formés, en dehors de la science et, pour des besoins qui n'ont rien de scientifique. Il faut qu'il s'affranchisse de ces fausses évidences qui dominent l'esprit du vulgaire, qu'il secoue une fois pour toutes, le joug de ces catégories empiriques qu'une longue accoutumance finit souvent par rendre tyranniques"(2). Il est donc nécessaire, de partir de l'observation

---

(1) DURKHEIM (Emile)- Les règles de la méthode sociologique- p. 31.

(2) DURKHEIM (Emile)- op. cit. p. 32.

directe de la réalité sociale(1).Ce qui ne veut pas dire que la découverte du fait sociologique se réalise, au niveau de l'expérience première, car, l'expérience première, "ou plus exactement l'observation première est toujours un premier obstacle pour la culture scientifique"(2) remarque Gaston Bachelard. Le fait sociologique n'est jamais l'objet d'un constat, mais, le fruit d'une recherche et d'une construction.

Or, en ce qui concerne "la profession", il ne semble pas que la sociologie française ait procédé à une élaboration scientifique de cette réalité sociale. Geneviève Latreille, le signalait, déjà, en 1971 : ni les dictionnaires ni les nomenclatures d'emplois, ni même, bien des sociologues, ne donnent des lumières satisfaisantes sur les problèmes complexes que soulève la question : "qu'est-ce qu'une profession" ?(3). Et, en 1973, Jean-Michel Chapoulie, dans un article où il se propose "de construire les principes de base de l'étude sociologique d'un corps professionnel comme les enseignants"(4) constate que "la rareté des recherches sur les corps professionnels en France, impose pratiquement de recourir aux travaux anglo-saxons sur le sujet"(5). Encore faut-il, ajoute-t-il, "s'interroger sur le bien fondé des analyses sociologiques existantes des corps professionnels qui servent, presque toujours, de paradigmes aux études sur le corps enseignant"(6), car, précise-t-il, "des recherches récentes sur des groupes professionnels américains ou français témoignent d'ailleurs d'une mise en question assez générale des modèles d'analyses jusque-là les plus fréquemment pratiqués"(7).

Loin de nous la prétention de jouer au sociologue !

Nous souhaitons, seulement, présenter quelques réflexions sur le problème qui nous préoccupe : peut-on parler d'une profession d'infirmière ?

---

(1) DURKHEIM (E...) p. 15 et suivantes.

(2) BACHELARD (Gaston) - La formation de l'esprit scientifique. p. 19.

(3) LATREILLE (G...) - "Une profession qui se cherche"  
p. 5 à 14

(4) CHAPOULIE (J.Michel) - "Sur l'analyse sociologique des groupes professionnels" p. 87.

(5) CHAPOULIE (J.Michel) - op. cit. p. 90. Note 9.

(6) CHAPOULIE (J.Michel) - op. cit. p. 86.

(7) idem. p. 87.

#### 4.1. Approche de la notion de profession

Si, l'on se réfère d'abord, aux réactions du sens commun, la question peut paraître saugrenue. Les infirmières n'utilisent-elles pas spontanément le terme de profession pour caractériser leur activité(1). L'Administration, les textes officiels - à l'exemple de l'article 473 du Code de la Santé Publique- ne parlent-ils de la profession de l'infirmière? De fait, si l'on entend par profession "une occupation déterminée dont on peut tirer des moyens d'existence qu'elle soit un métier, une fonction, un état"(2) il est incontestable que, les infirmières exercent une profession. Mais, cette première approche ne tombe-t-elle pas sous le coup de la mise en garde d'Emile Durkheim? Car, si toute profession est métier, tout métier, inversement, est-il profession? Le concept de profession n'implique-t-il pas d'autres connotations?

Certains sociologues le pensent, notamment PARSONS, MERTON et leurs élèves aux Etats-Unis, qui, partisans de la théorie fonctionnaliste tentent de dégager le "processus général de professionnalisation"(3). L'objectif de ces sociologues est de constituer une théorie générale des professions. Ils postulent pour cela que "l'existence d'un stéréotype social largement diffusé, d'associations professionnelles représentatives jouant, même si elles s'en défendent, un rôle sur la scène politique, d'idéologies spécifiques et de règles de conduite parfois codifiées, justifie en elle-même l'étude de professions comme réalisation plus ou moins parfaite d'un même objet théorique, souvent qualifié... de "type idéal" des professions(4). Il s'agit donc, d'abord, de construire ce "type idéal" des professions, puis, de lui confronter les réalités de la pratique quotidienne, les corps professionnels. Pour établir, le "type idéal" des professions, nos sociologues partent de l'analyse des fonctions sociales objectivement remplis "par les professions établies" c'est-à-dire "par les métiers (médecine, barreau...) qui ont développé un ensemble de caractéristiques spécifiques, monopole d'exercice de certaines fonctions, contrôle

---

(1) Dans l'enquête de J. Lacaze et G. Bouzerand... par ex. ; 70 % des Infirmières interrogées utilisent exclusivement ce terme pour désigner leur activité op. cit. p. 41.

(2) Définition donnée par Robert - Dictionnaire Français.

(3) CHAPOULIE (J.M...) op. cit. p. 91. La professionnalisation désigne : "le processus selon lequel un corps de métier tend à s'organiser sur le modèle des professions établies" confér. CHAPOULIE J.M. p. 89.

(4) CHAPOULIE (J.M...) op. cit. p. 88.

des praticiens par leurs pairs etc...".(1)

Les professions occupent, en effet, dans la structure sociale une position "interstitielle" : elles accomplissent des tâches typiques dans "l'intérêt général" et le "désintéressement institutionnel". Médiations entre besoins individuels et nécessités fonctionnelles, "neutres" vis à vis des différentes classes sociales auxquelles elles offrent les mêmes services, les professions contribuent ainsi à une certaine régulation qui favorise le bon fonctionnement de la Société.

Une profession suppose, toujours, une compétence techniquement et scientifiquement fondée, l'acceptation et la mise en pratique d'un cadre éthique réglant l'exercice de l'activité professionnelle. Outre ces deux caractéristiques essentielles -tenues pour les causes efficientes de la professionnalisation- le type idéal des professions comportent les propriétés suivantes :

"1- Le droit d'exercer suppose une formation professionnelle longue, délivrée dans des établissements spécialisés.

2- Le contrôle des activités professionnelles est effectué par l'ensemble des collègues, seuls compétents pour effectuer un contrôle technique et éthique. La profession règle donc, à la fois, la formation professionnelle, l'entrée dans le métier et l'exercice de celui-ci.

3- Le contrôle est généralement reconnu légalement et organisé sous des formes qui font l'objet d'un accord entre la profession et les autorités légales.

4- Les professions constituent des communautés réelles dans la mesure où, exerçant leur activité à plein temps, n'abandonnant leur métier qu'exceptionnellement au cours de leur existence active, leurs membres partagent des "identités" et des intérêts spécifiques.

5- Les revenus, le prestige, le pouvoir des membres, des professions sont élevés : en un mot, ils appartiennent aux fractions supérieures des classes moyennes".(2).

---

(1) CHAPOULIE J.M. op. cit. p.89 .

(2) Idem. p. 93.

Cette détermination des caractéristiques spécifiques de la profession permet alors, d'établir, une nette distinction, entre les professions établies et les semi-professions "c'est-à-dire des groupes professionnels qui, comme les instituteurs, les infirmières, ou les travailleurs sociaux, ne sont, selon les études fonctionnalistes, que des réalisations très imparfaites du type idéal des professions"(1). Dans ces activités "dont les seuls caractères communs sont un statut social moyen et le fait de ne pas être des professions libérales... une fraction politiquement active, cherche à promouvoir auprès de leurs collègues et surtout auprès des pouvoirs établis un mode d'organisation voisin de celui des professions établies..."(2).

Dans cette optique, les infirmières ne constituent donc qu'une semi-profession, dans la mesure où elles ne possèdent pas l'ensemble des caractères du type idéal professionnel. Elles n'en revendiquent pas moins -avec d'autres groupes professionnels-, le statut "de profession établie". En effet, "dès le début du siècle et encore plus nettement à partir de 1945, de très nombreux groupes professionnels ont prétendu à un statut analogue à celui des professions établies et, pour justifier cette prétention, constituèrent des institutions semblables à celles du corps médical. Ainsi, infirmières, kinésithérapeutes, psychologues, travailleurs sociaux, instituteurs, bibliothécaires... se regroupèrent dans des associations professionnelles, rédigèrent des codes de déontologie et essayèrent d'obtenir une reconnaissance de ces institutions"(3).

Etait-ce une bonne technique ? La perspective fonctionnaliste, dans la mesure où elle constitue "le redoublement en langage savant du modèle professionnel et non la théorie générale d'un objet scientifique"(4), semble bien devoir être remise en cause. La conclusion de l'étude qu'elle fait de la profession, n'est, finalement, pas tellement éloignée de la seconde définition du dictionnaire de Paul Robert : "Profession = métier qui a un certain prestige par son caractère intellectuel, artistique, par

---

(1)(2) CHAPOULIE (J.M.) op. cit. p. 97.

(3) idem. p. 99.

(4) idem. p. 98-99.

la position sociale de ceux qui l'exercent"(1).

Pas plus que les semi-professions, les professions établies elles-mêmes ne s'approchent d'ailleurs du type idéal. En médecine, par exemple, "les contrôles techniques et éthiques réellement exercés dans une clinique, par l'ensemble des médecins sur les activités de chaque praticien sont très faibles"(2). Quant à la "neutralité" sociale de la médecine, elle est toute relative : "les médecins s'ajustent aux demandes de leurs clients -demandes différenciées selon les classes sociales- et les pratiques médicales varient en fonction de la position occupée dans la communauté professionnelle structurée par la hiérarchie des fonctions hospitalières"(3). Ne parle-t-on pas, d'ailleurs, d'un médecin de classe, de la "médecine du capital" ? Quant à interpréter les groupes professionnels comme des communautés, "n'est-ce pas se dispenser d'étudier les formes spécifiques de leur intégration et de leur différenciation"(4).

D'une manière générale, le modèle fonctionnaliste, en décrivant la situation des professions établies, "quand les praticiens salariés étaient l'exception"(5), se révèle parfaitement inadapté à une bonne discrimination des corps professionnels.

Et puis la démarche fonctionnaliste n'est-elle pas, au départ, viciée puisqu'elle cherche à étudier les corps professionnels en s'appuyant sur les caractéristiques typiques de professions établies qu'ils ne possèdent pas ?

Il semble donc, ou, qu'il faille abandonner le concept de profession, comme résidu des sociétés libérales, renvoyant à une réalité sociale d'un autre âge, ou, qu'il faille "construire d'autres modèles théoriques pour rendre compte des formes d'existence des groupes professionnels"(6). C'est l'objectif de Jean-Michel Chapoulie.

Dès lors, en l'absence d'un outil conceptuel opératoire, permettant une approche sociologique des groupes professionnels courants -et en particulier de celui des infirmières- il nous reste -à nos risques et

---

(1) ROBERT (Paul) Dictionnaire op. cit.

(2) CHAPOULIE (J.M.) op. cit. p. 93.

(3) idem. p. 93.

(4) idem. p. 94.

(5) idem. p. 95.

(6) idem. p. 98.

périls- à chercher, à quelles conditions, on peut actuellement parler d'une profession et si ces conditions sont réalisées chez les infirmières.

#### 4.2. A la recherche des conditions d'existence d'une profession.

Une profession s'enracine, toujours, dans la pratique d'une activité. Elle réunit et unit l'ensemble des personnes qui, auprès d'une population assurent un service spécifique bien défini. Elle constitue leur structure de groupe.

La profession ne peut plus être liée exclusivement à l'exercice d'une fonction à dominante intellectuelle = médecine, enseignement, défense des droits. Le "savoir professionnel" n'est plus uniquement théorique et scientifique. Reflet, de la conception du travail, dans la classe bourgeoise cette vue intellectualiste de la profession est trop restrictive et méconnaît l'évolution des conditions du travail dans le monde contemporain.

Il n'est pas davantage possible, de lier la profession à la pratique indépendante d'un métier, mettant en relation un praticien et un client, qui se reconnaît du service rendu en réglant "des honoraires". Dans la plupart des "professions établies" elles-mêmes, le praticien est en relation avec des collectivités -publiques ou privées- qui en échange de ses services lui versent un salaire.

La profession, n'est donc plus l'apanage des travailleurs "libéraux", c'est-à-dire des membres de la classe dominante. Les transformations considérables du travail moderne permettent, à d'autres corps de métier, de constituer une profession. Ce qui ne signifie pas, d'ailleurs, qu'ils le peuvent tous !

Toute profession possède, en effet, une organisation officielle(1). Elle suppose, d'abord, chez ceux qui l'exercent une compétence scientifique et technique précise, qui, ne peut être acquise qu'au cours d'une formation

---

(1) Une organisation est "une collectivité instituée en vue d'objectifs définis tels que l'éducation, la formation des hommes, la production de la distribution des biens" de G. LAPASSADE. Groupes - Organisations - Institutions - Gauthier-Villars.  
Paris 1967 p. 202

professionnelle longue, délivrée par des pairs dans des établissements spécialisés, sanctionnée par des procédures institutionalisées (examens, diplômes) qui confèrent un statut social, des responsabilités spécifiques et ouvrant une carrière.

Car, et c'est là un autre aspect de la profession : on peut "y faire carrière", la qualité du travail accompli donnant naissance au sein de la profession, à des promotions.

L'exercice d'une profession suppose, enfin, le plus souvent, l'acceptation et la mise en pratique d'un code éthique réglant l'exercice de l'activité professionnelle et dont les sources et les modalités peuvent varier d'une profession à l'autre.

Cette mise en évidence du caractère institutionnel de la profession, introduit une limite dans le champ d'extension du concept. Comment certains représentants de la classe ouvrière -les O.S. par exemple- pourraient-ils, dans l'état actuel des choses, former une profession ? Un caractère "institué" ne suffit pas cependant à définir une profession. Il faut surtout que l'aspect officiel de l'organisation soit accepté, contesté, amélioré, en un mot, assumé par tous ceux qui exercent le même métier et se reconnaissent comme un ensemble homogène. Il n'y a pas de profession sans une prise en charge de la profession, par elle-même, qui lui donne une cohérence interne et une certaine autonomie.

Une organisation professionnelle regroupe, en effet, non seulement tous ceux qui exercent le même métier, mais les différentes associations que fait inévitablement éclore une communauté d'intérêts et de préoccupations.

Il s'agit ensuite -au-delà des particularismes- de réaliser un accord sur les objectifs, les conditions d'exercice, l'éthique professionnelle et de les repenser continuellement, en fonction de l'évolution des sociétés.

Une profession se présente donc, comme une totalité organique et autonome qui se développe selon une double dimension diachronique et synchronique. Diachronique, car elle a une histoire qui l'a fait, ce qu'elle est. Synchronique, car elle doit, pour échapper à l'emprise sclérosante du passé et de la tradition, inventer, à chaque instant, son avenir.

Cette existence propre lui permet d'être en rapport constant non seulement, avec la société ou les autres groupes professionnels, mais, avec les administrations de tutelle et, dans certains cas, les pouvoirs publics, pour défendre, en dehors, des organisations syndicales, ses points de vue et ses intérêts.

Faut-il encore qu'elle rencontre l'accord de tous !

Car, -et c'est un dernier aspect très important de la profession- une organisation professionnelle n'a d'existence et de consistance que, si elle est reconnue et souhaitée par le public. Une profession doit, en effet, répondre à des besoins, à des attentes. Les valeurs, les objectifs, les attitudes qu'elle définit et qu'elle cherche à réaliser, n'ont de sens et de vie que s'ils rencontrent "un certain consensus de l'ensemble social et des "organes sociaux" préexistants"(1). Ce consensus s'accompagne en général, de multiples images ou stéréotypes, qui constituent les répliques du groupe social à l'existence et aux actions des groupes professionnels.

#### 4.3. Si telle est la profession, peut-on parler de profession chez les infirmières ?

Apparemment, oui. Car, nous l'avons vu, les infirmières françaises ont une longue histoire et, du jour où leur profession a été officiellement et légalement reconnue(2), dès octobre 1923, elles ont créé une association : l'Association Nationale des infirmiers et infirmières diplômées de l'Etat Français (A.N.I.D.E.F.). Malgré la variété de leur origine sociale et de leur cadre de formation, elles constituèrent, au départ, un groupe relativement homogène. Leur homogénéité et leur compétence sont assurées, au delà de leurs intérêts communs, par une formation intellectuelle et technique relativement longue, réalisée dans des établissements spécifiques mais pas assurée, en totalité, par des pairs ; puisqu'une partie de l'enseignement est confié à des médecins, des administrateurs et des psychologues d'où, les difficultés rencontrées, par les infirmières enseignantes, pour réaliser un

---

(1) G. LATREILLE "Une profession qui se cherche" p. 7.

(2) 1922 - Création du Diplôme d'Etat.

accord, sur les grandes orientations et les objectifs à définir quant à la nature de la formation à donner aux infirmières.

Cette dépendance se retrouve, en outre, au niveau de l'examen final : le diplôme d'Etat, où, la présidence du Jury est assurée par un Médecin Inspecteur Régional de la Santé et où le corps médical occupe, dans la correction des épreuves écrites notamment, une place identique aux professionnelles.

Cette situation s'avère sclérosante, car, elle empêche les infirmières de repenser, d'inventer, de créer de nouveaux modes de fonctionnement, de nouveaux territoires de compétence, en un mot, d'élargir leur formation.

Dans le service public, certaines d'entre elles peuvent "faire carrière", en étant successivement infirmière soignante, surveillante, infirmière générale ou en se spécialisant, ou encore, en devenant monitrice puis Directrice d'Ecoles d'Infirmières. Elles n'ont cessé d'oeuvrer à la construction de leur profession et luttent, à côté des syndicats, constamment, pour l'amélioration des conditions d'exercice de leur profession. Elles peuvent, en esprit et en fait, adopter le Code International d'éthique et de déontologie professionnelle de l'infirmière mis au point par le Conseil International des infirmières.

Malheureusement, cet immense effort ne porte pas les fruits que devraient légitimement recueillir les infirmières : la profession bénéficie en France, d'une autonomie illusoire et d'un consensus dérisoire.

D'une autonomie illusoire, car, si l'on entend par autonomie la capacité de fixer soi-même les principes ou les règles de sa conduite, les infirmières n'ont pas plus de pouvoirs de décision comme groupe professionnel qu'elles n'en disposent comme individus dans l'application de leurs activités. Appendice du corps médical, pions sur l'échiquier administratif, elles restent, au niveau des instances officielles où elles représentent leurs collègues, des agents d'exécution des décisions qui, relatives à leur avenir professionnel, sont prises, parfois, malgré elles. Car rien n'est peut-être plus significatif -et plus navrant- que l'histoire de leur représentativité au sein des organismes officiels. Que nous sommes loin de l'époque où Mlle Chaptal dialoguait avec le Ministre de l'organisation de la profession ! Progressivement, comme nous l'avons d'ailleurs déjà indiqué,

l'Administration -consciemment ou non, qui le sait ?, mais le résultat n'est-il pas le même ? - a fait de sorte que les infirmières dans les organismes où l'on discute de leur profession soient minoritaires et... sans pouvoir. On comprend, dès lors, pourquoi cette absence d'autonomie au niveau de la décision se répercute inévitablement, comme nous l'avons montré, dans la préparation et le travail même, où les infirmières n'ont qu'un rôle secondaire.

Dès lors, comment parler de profession, lorsqu'un groupe professionnel, si bien organisé soit-il, ne connaît d'autre mode d'existence que la tutelle ?

Quant au consensus, il est disions-nous, dérisoire, malgré le foisonnement des stéréotypes. Si l'existence et la vitalité d'une profession étaient proportionnelles au nombre des stéréotypes qu'elle suscite, nous ne devrions avoir aucune inquiétude sur la nôtre. Toute l'histoire de l'infirmière n'en est-elle pas jalonnée ? Relativement, élogieux lorsque l'on se représente les infirmières comme des bonnes soeurs, jouant au petit médecin par vocation, plus acerbes, quand elles deviennent des filles en mal de mari, des vieilles filles ou des nonnes entrées dans le métier par carence intellectuelle ou morale. Comment un consensus favorable pourrait-il naître d'opinions si peu flatteuses !

Nous sommes loin de l'époque où les religieuses bénéficiaient d'un consensus social indiscutable : actuellement les infirmières civiles ne bénéficient pas d'un consensus de même qualité. La preuve nous en est donnée : lorsque le personnel infirmier utilise, comme tout salarié, son droit de grève, il est toujours impopulaire déclenchant la réprobation indignée voire l'iré du corps médical, des administrations hospitalières... et du grand public.

La raison de cette faiblesse, du consensus social à l'égard des infirmières paraît liée au fait que, à travers la variété des infirmières et la multiplicité de leurs rôles, le public n'a qu'une idée très vague du service spécifique qu'elles assurent, mais comment pourrait-il en être différemment puisque les intéressées, elles-mêmes, n'en ont pas une idée claire et distincte ?

Et pourtant, à partir du moment où, en dehors des soins prescrits et conseillés par le médecin, et grâce à sa permanence à l'hôpital, à l'usine,

à l'école, dans le quartier et... dans la vie, l'infirmière est capable d'analyser et d'identifier l'ensemble des besoins en matière de soins de prévention et de santé d'un être humain ou d'une population définie ; de donner des conseils et de proposer ou d'apporter, soit au niveau individuel, soit au niveau collectif, dans le cadre d'un travail en interdisciplinarité, les réponses les mieux adaptées ; ne pourrait-on pas, dès lors, parler du rôle spécifique de l'infirmière ?

Tant que les infirmières n'auront pas conscience de ce rôle spécifique, il paraît difficile de parler d'une profession d'infirmière. Anny Parrot note à ce propos, excellemment, la situation de l'infirmière française :

"De façon générale, en France, il apparaît actuellement que l'infirmière a davantage une conscience individuelle de sa fonction qu'une conscience collective de son groupe socio-professionnel. Il est rare de la voir déployer un zèle très ardent pour des groupements ou des associations professionnelles, car, elle fuit volontiers le milieu dans lequel la plonge son travail quotidien. Mais, d'une manière implicite elle est probablement bien convaincue d'appartenir à un groupe nettement déterminé, qui a ses caractéristiques propres, et qu'elle imagine assez vaste, mais dont elle ignore toutefois l'importance exacte.

S'il lui fallait caractériser le groupe auquel elle appartient, elle dirait d'emblée qu'il est indispensable à la société mais qu'il n'est pas, pour autant, connu et reconnu par cette société. Mais elle préciserait, sans doute, aussitôt, ce qui compte pour elle, en réalité : l'intérêt qu'elle éprouve à soigner ceux qui ont besoin d'elle, l'attrait qu'elle trouve à participer à un travail en équipe, le désir de pouvoir mener, par ailleurs, une vie normale de femme, avec un foyer et des loisirs"(1).

- oOo -

Au terme de cette analyse qui se proposait de cerner la situation de l'infirmière, quel portrait pouvons-nous brosser de l'infirmière française ?

---

(1) PARROT (Anny) - op. cit. p. 12.

Travailleuse para-médicale, l'infirmière française, quelles que soient ses activités, est légalement une soignante "mineure" : prise entre les aspects techniques et humains de son travail qu'elle ne parvient pas toujours à harmoniser, elle se borne à exécuter des prescriptions médicales centrées sur la guérison d'un patient. Et le public, si exigeant à son égard quand il a besoin d'elle et si vite oublieux quand l'urgence est passée, ne s'y trompe pas. L'image qu'il lui renvoie est celle d'une ombre : l'ombre du médecin. Dans la position "interstitielle" qu'elle occupe dans la société, au sein des professions de santé, l'infirmière française n'a pas d'existence autonome : elle est utilisée sans être reconnue. Comment, dans cette situation de dépendance, pourrait-elle espérer l'envol de son organisation professionnelle ?

Et pourtant, nous l'avons vu, les conditions de cet envol ne manquent pas. Munies d'un diplôme succédant à une formation qui leur ouvre légalement l'exercice d'une profession dans laquelle il est possible de faire carrière, les infirmières qui constituent le groupe professionnel le plus important des professions de santé, ont su poser les bases d'une organisation professionnelle que la plupart d'entre elles voudraient plus florissante et agissante. D'autant plus que le champ de leurs activités n'a jamais été aussi étendu et qu'elles sont obligées -par nécessité- de dépasser les conditions légales de l'exercice de leur profession en faisant preuve d'initiatives et en assumant des responsabilités imprévues dans leur fonction de soignante ou d'éducatrice sanitaire.

D'où viennent donc les difficultés qu'elles éprouvent à se faire reconnaître ? Pourquoi sont-elles si injustement méconnues ?