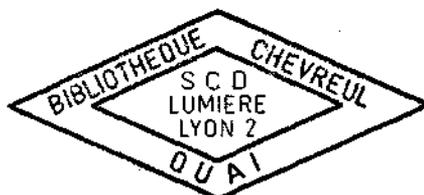


UNIVERSITÉ LYON II



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

CHAPITRE II

LES RAISONS DE LA SITUATION ACTUELLE DE L'INFIRMIERE FRANCAISE

Parvenue à ce point de notre étude, il nous faut maintenant tenter d'expliquer et de comprendre pourquoi l'infirmière française, bien qu'ayant un statut de soignante, se trouve toujours, dans l'exercice de sa profession, en une situation de servitude qui la dévalorise.

1 - L'étroitesse des finalités

Cette situation nous paraît être, la conséquence inévitable, de l'étroitesse des finalités de sa fonction au coeur de la situation thérapeutique.

Du regard jeté sur le passé proche et lointain du personnel infirmier une constante se dégage : le travail de l'infirmier ou de l'infirmière s'est, pendant très longtemps, déployé au sein d'une situation thérapeutique créée par la maladie et orientée vers la guérison. Or, cette situation met en présence trois personnes : le malade, le médecin, l'infirmière. Le malade ne connaît que sa souffrance, le médecin dépiste, diagnostique, instaure un traitement de la maladie. L'infirmière ou l'infirmier soigne le malade, c'est-à-dire applique scrupuleusement les conseils du médecin qui doivent lui permettre de retrouver santé et sécurité. Le savoir introduit entre ces trois personnes un clivage ; le malade est, au sens étymologique, le patient : il s'abandonne au médecin. Le médecin est le praticien qui, compte-tenu de sa compétence et de son efficacité, attend de son patient la confiance et des infirmières ou infirmiers une effective et efficiente docilité. Quant au personnel infirmier, il lui reste à répondre, le mieux possible, aux besoins du malade, aux exigences du médecin sans que soient toujours définis avec précision les objectifs de son travail.

Ainsi la situation thérapeutique projetée en figure de proue et, par la même, valorise le médecin. Elle instaure entre lui et le personnel infirmier une relation hiérarchique de supérieur à inférieur qui inscrit au coeur de l'action thérapeutique la dépendance et la soumission du personnel infirmier.

Dans l'antiquité, il est difficile, nous l'avons vu, de mettre en évidence cette structure ternaire. La fonction du personnel infirmier était mal définie et, de toute manière, son rôle semble si peu important qu'on en parle guère. Dans une société où les femmes étaient socialement

peu considérées, leur fonction se bornait à apporter aux malades de leur famille soutien et réconfort ; les soins infirmiers étaient assurés par des hommes "qui devaient suivre strictement et infatigablement les instructions du médecin".

Le personnel infirmier -comme groupe social- entre vraiment dans l'histoire avec le christianisme et les ordres religieux hospitaliers. A l'époque où le souci des âmes avait une importance aussi grande que le soin des corps, l'esprit de charité transfigurait les tâches les plus humbles des frères et des soeurs, et leur donnait un sens. La préoccupation du salut, jointe aux attentions portées à la maladie, invitait à se pencher sur la personne du malade : la polyvalence du personnel soignant donnait alors, à la fonction une dimension originale. Ce fut là, à travers les aléas de son histoire et les insuffisances de sa formation, la part inaliénable du personnel religieux hospitalier. Et, il faut bien que ce rôle de garde-malade dévoué, de soutien, de consolateur, fut apprécié pour que l'image nostalgique de la "bonne soeur" ait traversé les siècles pour parvenir jusqu'à nous ! L'auréole de la spiritualité compensait alors la position d'infériorité du personnel soignant dans la relation thérapeutique. De plus, tant que l'efficacité de la technique médicale ou chirurgicale resta limitée, la présence humaine, d'un frère ou d'une soeur, au chevet d'un malade ou d'un mourant n'apportait-il pas à ceux-ci un réconfort irremplaçable ?

Cette situation relativement équilibrée du personnel soignant, s'est détériorée, avec les tentatives plusieurs fois répétées et toujours insuffisamment pensées de laïcisation du personnel infirmier. Sous la Convention, la décision de remplacer les religieuses hospitalières(1) qui ne prêteraient pas le serment révolutionnaire par "des citoyennes connues pour leur attachement à la Révolution"(2) ne fut assortie d'aucune mesure de formation. Il en fut, de même, au XIXe siècle, lorsque les administrations hospitalières firent appel à du personnel civil et que les dames de la bonne Société se mirent à soigner les blessés.

(1) Les Congrégations religieuses ne disparurent jamais complètement des Etablissements Hospitaliers "en 1847 le nombre des religieuses hospitalières dépasse 7 500 alors que celui des infirmiers et infirmières et servants laïcs n'est que d'environ 4 000". Imbert (J.) op. cit. p. 53.

(2) IMBERT (Jean). op. cit. p. 37.

Alors que, en Angleterre, Florence Nightingale faisait de la fonction une carrière civile, on estimait au fond, en France -ce qui est encore vrai, en partie, de nos jours- que la profession d'infirmière peut, à la limite, être assurée par n'importe qui. Privés de la flamme que le personnel hospitalier religieux trouvait dans la Foi, infirmier et infirmières civils retombèrent, au sein de la relation thérapeutique, dans leur position d'infériorité originaire, aggravée par l'absence d'une bonne formation, l'imprécision des objectifs de leur travail et la tiédeur d'une abnégation que l'on continuait d'exiger sans fondement.

Ainsi l'histoire du personnel infirmier reste-t-elle profondément marquée par ses origines religieuses : en perdant sa tonalité spirituelle, la fonction a perdu un aspect de sa grandeur pour n'en conserver que la servitude.

La laïcisation de la fonction n'a rien arrangé : elle s'est réalisée, inopinément, sans qu'aient été -pendant un certain temps- suffisamment pensées et définies les finalités et l'originalité du travail infirmier. La création des écoles d'infirmières et d'infirmiers apparaît, historiquement, comme un aveu de carence, car, l'assistance médicale rendue obligatoire et les progrès de la science ont entraîné la nécessité d'une formation pour le personnel soignant(1).

Il n'est pas sans intérêt de noter, à travers les programmes élaborés pour ces Ecoles, les finalités proposées pour la formation du personnel soignant.

Au cours d'une première période, allant de la création de ces Ecoles à 1951, la formation des infirmières dans la foulée des traditions, reste centrée sur la maladie. Leur activité est exclusivement pensée en fonction de la position subalterne qu'elles occupent au coeur de la situation thérapeutique telle que nous l'avons analysée. L'infirmière est une technicienne de soins. Elle doit exécuter les prescriptions médicales. La définition que propose, de l'infirmière, le Code de la Santé de 1946 exprime, d'ailleurs, fort bien, cette conception de l'infirmière. Et le programme de 1951 s'en inspire encore directement. Il est significatif que le préambule de ce programme dont la première année d'études était, nous l'avons

(1) Loi du 15 Juillet 1893. Assistance médicale gratuite, op. cit.

signalé, commune aux élèves-infirmières, aux élèves assistantes sociales et aux élèves sage-femmes, ne présente aucune finalité précise pour leur travail respectif. On souhaite seulement que les élèves acquièrent, "dès le début des études, ce réflexe d'asepsie qui leur permettra de ne pas commettre des fautes à la fois lourdes de conséquences et finalement évitables"(1). L'enseignement théorique surtout sémiologique "devait insister sur les symptômes et les syndromes principaux permettant d'orienter le diagnostic des maladies ou affections portées au programme"(2). Il était recommandé d'insister sur "les signes d'alarmes qui imposent le recours au médecin"(3). Quant à l'enseignement pratique, il constituait "la partie la plus importante du programme, le rôle essentiel des infirmières étant d'appliquer les soins"(4).

Dans une telle perspective, l'infirmière n'existe que par la maladie. Mais la maladie, c'est le recours au médecin. Et le médecin, c'est "la figure" au sens que la psychologie de la Forme donne à ce terme, qui estompe tout ce qui n'est pas... LUI. En outre, dans les hôpitaux, le "travail en miettes" que la division des tâches impose à l'infirmière, l'absence de sensibilisation au caractère humain des soins renforce, encore, le caractère parasite et inconsistant de l'existence de l'infirmière. Avec la disparition de l'aura religieuse, la réduction du travail de l'infirmière à l'exécution de tâches techniques, souvent parcellaires, centrées sur la maladie enlève à la fonction toute signification.

La lecture des programmes d'enseignement des études préparant au diplôme d'état d'infirmiers des années 1961 à 1972 nous apporte d'ailleurs une confirmation de la valeur de notre hypothèse.

En 1961, après avoir affirmé que "la formation des infirmières doit tenir compte de la complexité du rôle qu'elles auront à remplir(5) le législateur ajoute : "les études d'infirmières doivent donc viser à faire acquérir, à travers des connaissances précises, une ouverture d'esprit permettant à l'infirmière de ne pas se limiter à l'exécution matérielle

(1) Programme d'enseignement. Etudes préparatoires au Diplôme d'Etat d'Infirmière. Arrêté du 18 sept. 1951. JO du 26 sept. 1951, p. 1 et 2.

(2) idem p. 2.

(3) idem p. 2.

(4) idem p. 29.

(5) Ministère de la Santé Publique et de la Population.- Programme d'enseignement Etudes préparatoires au diplôme d'Etat d'Infirmière. Arrêté Ministériel du 17 juillet 1961. (J.O. du 21 juillet 1961). Introduction.

des soins mais, de saisir, dans chaque cas, l'ensemble de son rôle(1). Ce qui suppose de sa part "un esprit de synthèse"(2).

Ainsi, en invitant l'infirmière "à ne pas se limiter à l'exécution matérielle des soins"(3), le texte de 1961 reconnaît explicitement que son travail ne doit pas se borner à cet objectif ; aussi présente-t-il une conception plus ouverte des finalités de la profession.

L'infirmière doit être d'abord une technicienne de soins, mais la formation qu'elle aura reçue lui permet non seulement de donner ces soins en connaissance de cause, mais aussi, d'assumer certaines responsabilités, soit dans la surveillance du malade au niveau du confort, des soins d'hygiène, de l'évolution de la maladie..., soit, dans la tolérance du traitement "afin de savoir reconnaître à temps les modifications pouvant nécessiter un changement de traitement"(4).

Technicienne de soins, l'infirmière est invitée et c'est là l'aspect le plus intéressant de l'ouverture de la fonction -à jouer "un rôle psychologique, moral, parfois même pédagogique auprès des malades, de leurs familles, ou dans des collectivités variées, où elle peut être appelée à accomplir un rôle d'éducatrice sanitaire".(5)

L'infirmière dont le rôle n'est plus pensé exclusivement en fonction de la maladie acquiert, au coeur même des soins, et au-delà d'eux, une certaine autonomie par rapport au médecin.

Si, le programme de 1961, ouvrait des perspectives sur les finalités de la fonction de l'infirmière celui de 1972 les explicite d'une manière vigoureuse... et révolutionnaire.

Le préambule du programme de 1972 débute par une formule générale qui définit l'infirmière comme "la personne qui ayant suivi un enseignement infirmier de base est apte et habilitée à exercer la profession"(6).

Mais qu'est-ce qu'exercer la profession ? Qu'est-ce qu'être infirmière ?

(1) idem Introduction.

(2) idem. Introduction.

(3) idem. Introduction.

(4) Ministère de la Santé Publique et de la Population.- Programme d'Enseignement Etudes préparatoires au diplôme d'Etat d'Infirmière. Arrêté Ministériel du 17 juillet 1961 (J.O. du 21 juillet 1961). Introduction.

(5) Ministère de la Santé Publique et de la Population op. cit. Introduction.

(6) Ministère de la Santé Publique.-Programme des études d'infirmières.- Arrêté du 5 sept. 1972 J.O. du 7 septembre 1972. p. 3.

-Etre infirmière, c'est remplir une "fonction essentielle et originale", c'est être "éducatrice de santé", c'est-à-dire assumer la responsabilité de donner ou de prévoir des "soins infirmiers". Cette responsabilité peut s'exercer à deux niveaux. Au niveau individuel, l'infirmière est "au service des personnes en matière de santé", elle promeut la santé, prévient la maladie, donne des soins aux malades. Au niveau collectif, "l'infirmière contribue, au sein de la société, à identifier les besoins de santé des personnes et des groupes et à y répondre"(1). Ainsi "elle apporte à tout individu malade ou bien portant, l'aide dont il peut avoir besoin pour accomplir des actes qui contribuent au maintien ou à la restauration de la santé et qu'il accomplirait par lui-même s'il avait assez de force ou de savoir. Elle donne cette aide de manière, à permettre, à la personne soignée de retrouver son indépendance et son autonomie autant qu'il est possible et ceci dans le plus bref délai"(2). Pour ce faire, l'infirmière travaille tantôt seule et tantôt "collabore activement avec l'ensemble des travailleurs sanitaires"(3).

Nous n'avions pas tort, d'affirmer, le caractère révolutionnaire de ce texte. En rupture avec le passé, il centre le travail de l'infirmière non plus sur la maladie mais sur la santé et définit pour l'infirmière un territoire de compétence : le service des soins infirmiers ; il lui accorde, enfin, une certaine autonomie en reconnaissant le caractère essentiel et original de sa fonction. Comment expliquer un pareil changement ?

Il est, pour une grande part, la conséquence de certains travaux d'experts en soins infirmiers de l'Organisation mondiale de la Santé, et de l'Accord Européen sur l'instruction et la formation des infirmières.

Dès 1946, le Comité d'experts des soins infirmiers de l'O.M.S., conscient des transformations de tous ordres que vont connaître les sociétés pense que les soins infirmiers seront inévitablement pris dans un mouvement de transformation et d'adaptation aux progrès de la science et de la technique et que, l'évolution des esprits et l'amélioration de la qualité de la vie feront naître le besoin de services de Santé plus adaptés aux besoins spécifiques de chaque être humain. Il estime, alors, que la mise en place de services infirmiers compétents sera l'un des problèmes auxquels devront faire face les administrations et les infirmières.

(1) Ministère de la Santé Publique. Op. Cit. p. 3.

(2) idem. p. 3.

(3) idem. p. 3.

Pour le Comité de l'O.M.S., le service de santé devra remplir plusieurs fonctions :

Collaborer au maintien ou à l'acquisition de la santé ; appliquer les mesures préventives exogènes tendant à protéger les individus contre toutes les agressions ; détecter précocement les premiers signes d'une maladie, de façon à éviter souffrances, frais inutiles et, peut être, mort prématurée ; donner des soins aux malades ; et prévenir par tous les moyens possibles l'invalidité et la déchéance, enfin, aider le malade à mourir paisiblement.

Pour atteindre ces objectifs, l'O.M.S. juge indispensable la présence des infirmières. C'est pourquoi, dès 1946, elle les invitait à rompre avec certaines de leurs traditions et de leurs stéréotypes. Leur participation aux modifications des structures des services de santé impliquait, en effet, de leur part, l'acceptation de responsabilités sans précédents et la transformation de leur programme de formation car "l'importance accordée à la prévention, aux soins et à la réadaptation a amplifié le rôle de l'infirmière comme celui du médecin"(1).

D'autre part, avec le développement constant des connaissances techniques et scientifiques et la création de services dits de "pointe", dans lesquels la technologie capte toute l'attention des soignants, l'O.M.S. redoutait une dépersonnalisation des malades et des infirmières et souhaitait que le malade fut considéré comme un individu auquel on devait donner des soins infirmiers de qualité.

Par ailleurs, dans l'esprit des recommandations faites par les experts de l'O.M.S., le décret n° 75-73 du 30 Janvier 1975 portant publication de l'Accord Européen sur l'instruction et la formation des infirmières, proposait cette définition des fonctions de l'infirmière en soins généraux: elle "exerce conformément à la réglementation en vigueur dans son pays, les fonctions essentielles suivantes :

a)- dispenser des soins infirmiers compétents aux personnes dont l'état le requiert, compte tenu des besoins physiques, affectifs et spirituels du malade en milieu hospitalier, au foyer, à l'école, au lieu de travail, etc. ;

b)- observer les situations ou conditions physiques et affectives qui exercent un effet important sur la santé, et communiquer ces observations aux autres membres de l'équipe sanitaire ;

c)- former et guider le personnel auxiliaire nécessaire pour répondre aux besoins du service infirmier de toute institution de santé.

Dans ce rôle, l'infirmière doit juger à tout moment des soins infirmiers dont chaque malade a besoin et lui affecter le personnel correspondant.(1).

Ce texte élaboré à Strasbourg en 1967 ne fit l'objet d'un décret d'application, en France, qu'en Janvier 1975. Il n'en a pas moins profondément inspiré -comme le cinquième rapport du Comité O.M.S. d'experts en soins infirmiers- l'élaboration du programme des études d'infirmières de 1972.

- oOo -

Cherchant à expliquer la situation de servitude du personnel infirmier, nous avons pensé que les finalités propres à la profession pouvaient en rendre compte.

De fait, la conclusion qui s'impose est claire : jusqu'en 1961, le travail de l'infirmière a été exclusivement pensé en fonction de la maladie. L'infirmière est une soignante, une technicienne de soins. Prise dans la situation thérapeutique, elle est invitée à remplir une tâche d'exécutante sans initiative, sans grande responsabilité et, qui plus est, elle doit manifester l'esprit de dévouement et d'abnégation introduit par la tradition religieuse.

Or, comme le dit si bien le texte de 1961, la fonction de l'infirmière ne doit pas "se limiter à l'exécution matérielle des soins".

(1) Décret 75-73 du 30 Janvier 1975.

Mais il faut attendre, en France, les années 1961 et 1972 pour que soit ébauché d'abord, puis vigoureusement brossé, un nouveau modèle de l'infirmière : l'infirmière éducatrice de santé, disposant d'un champ d'activités et de responsabilités qui lui sont propres.

Pourtant, il ne semble pas que ces perspectives nouvelles encourageantes, dynamiques, aient suffi à dissiper la "grogne" des infirmières et à résoudre la crise de la "profession".

On ne peut plus -évidemment- mettre en cause, seulement les finalités de la profession. Ce qui est en question ce sont les difficultés rencontrées dans la mise en place et la réalisation effectives de ces finalités.

Il ne suffit pas -assurément- pour transformer une situation, de proposer des finalités... fussent-elles révolutionnaires, d'élaborer un programme, fût-il ouvert et généreux, si corrélativement des changements ne sont pas apportés au contexte professionnel et social dans lequel doivent être réalisés ces nouvelles finalités. Il faut penser à la fois les fins et les moyens, s'assurer que les objectifs définis trouveront des conditions institutionnelles et culturelles favorables à leur réalisation.

Or, les infirmières fournissent une illustration cuisante de la méconnaissance de ce principe élémentaire. Les finalités nouvelles qui pouvaient donner un sens à leur formation et un essor à leur profession sont, en fait, étouffées sous la pesanteur des traditions et dénaturées sous la pression de modèles culturels inadéquats mais toujours bien vivaces !

2 - Les pesanteurs du passé

Mettre nettement en évidence les entraves de la mise en pratique du programme de 1972 n'est pas encore possible : il est trop tôt pour en mesurer toutes les conséquences.

Par contre, la démonstration est aisée pour le programme de 1961. Et, dans la mesure où les causes qui ont paralysé la réforme de 1961 n'ont pas été modifiées, on peut extrapoler : la persistance contraignante du passé ne réduira-t-elle pas les belles finalités du programme de 1972 à leur étroitesse ancestrale ?

2.1. La contrainte des traditions

Elle s'exerce d'abord dans la préparation même de la profession, au niveau de la formation du personnel soignant.

L'Introduction du programme de 1961 -dont nous avons vu qu'elle présente l'ébauche d'un nouveau modèle de l'infirmière,- décrit, en fait, en trois lignes sa nouvelle fonction, alors qu'elle en consacre treize à son rôle de technicienne des soins.

Pour remplir efficacement sa fonction de soignante, l'infirmière doit recevoir une triple formation : une formation pratique "pour assurer la responsabilité de l'ensemble des soins d'hygiène et du confort de l'hospitalisé"(1) ; une formation technique "pour effectuer les soins et examens parfois complexes nécessités par l'état du malade"(2) ; une formation théorique, enfin, pour "permettre à l'infirmière de comprendre la valeur et la raison des gestes qu'elle accomplit et de les situer dans l'ensemble de la thérapeutique, de participer intelligemment à la surveillance du malade, pour dépister les complications, observer l'effet des traitements et savoir reconnaître à temps les modifications pouvant nécessiter un changement de thérapeutique ; de décider et d'effectuer certains soins d'urgence avant l'arrivée du médecin"(3).

Prolixe sur le plan des soins, le législateur, pour caractériser l'autre aspect du travail infirmier, est d'une grande discrétion. Il se contente, comme nous l'avons déjà dit, d'en indiquer l'objectif. La tâche technique se double d'un rôle psychologique, moral, parfois même pédagogique, auprès des malades, de leurs familles, ou dans des collectivités variées où elle peut être appelée à remplir un rôle d'éducatrice sanitaire(4). Aucune indication, n'est donnée sur la manière de concevoir ce nouveau rôle et d'y préparer l'infirmière. Attitude déjà fort révélatrice des intentions secrètes des auteurs du programme : ouverture, oui, mais dans la continuité !

(1) Ministère de Santé Publique et de la Population.- Programme d'Enseignement.- Etudes préparatoires au D.E. Arrêté du 17 Juillet 1961 (J.O. du 21 Juillet 1961). Introduction.

(2) idem.

(3) idem.

(4) idem.

Ce programme reflète, d'ailleurs, tout à fait l'esprit du préambule : à part quelques innovations, il reste finalement très orienté vers la pathologie et la pathologie hospitalière. Ce n'est qu'au début de la première année d'étude, au cours de la période probatoire, pendant le premier trimestre, qu'il est prévu de donner aux infirmières une formation assez générale, en abordant "simultanément l'étude de l'homme sain, de son développement physique et psychique, et de la protection de sa santé"(1). Pour le reste, les élèves au cours de leurs deux années d'études recevront surtout un enseignement médical, hormis quelques heures consacrées à l'étude du droit public, des institutions sanitaires et sociales, de l'éthique et de l'histoire de la profession d'infirmière. On compte enfin sur les travaux pratiques et les stages pour approfondir l'action éducative commencée en première année.

Toute la formation de l'infirmière sera donc centrée sur l'hôpital : en deux années d'études et 21 mois de stage, deux heures seulement seront consacrées à l'éducation sanitaire et deux mois à un stage extra-hospitalier de service social. Est-ce vraiment suffisant pour former une éducatrice sanitaire ?

Nous ne sommes pas tellement loin -dans les faits- du programme de 1951. Comment ne pas penser que ce programme est l'oeuvre de médecins et d'administrations bien décidés -malgré les apparences- à ne rien changer à la situation des infirmières ?

Mais le poids des traditions ne joue pas seulement à travers l'esprit et le contenu des programmes, il se prolonge aussi dans la manière dont ceux-ci sont transmis et dans la mesure où est escamoté ce qui aurait pu être un apport spécifiquement infirmier. A cette époque, en effet, l'essentiel de la formation des infirmières était encore assuré par le corps médical. La part du psychologue, du sociologue ou du pédagogue y était limitée. Quant aux monitrices, malgré leur quarante heures de présence, leur bonne volonté et la formation reçue dans les Ecoles de cadres,

(1) Ministère de la Santé Publique et de la Population op. cit.
Introduction.

elles n'y jouaient finalement qu'un rôle qualitativement et spécifiquement trop restreint.

Tout était organisé -semble-t-il- pour permettre une rapide récupération du personnel soignant, dès l'obtention du diplôme d'Etat, par les services hospitaliers, du fait de la pénurie du personnel et de l'emprise de structures très anciennes.

Quant aux infirmières qui ne se destinaient pas à l'hôpital, on comprend leur aigreur à l'égard d'une formation professionnelle assez inadaptée à leur future fonction, dans les dispensaires, les écoles, les usines...

Le programme de 1972 a une autre envergure. Des infirmières ont collaboré à son élaboration. Elles ont été entendues ! Et cela se sent !

L'infirmière doit devenir une éducatrice de la santé. La formation qu'elle reçoit doit lui permettre :

"d'acquérir les connaissances nécessaires pour comprendre les besoins de santé des personnes et des groupes.

de discerner les types de réponses que peuvent apporter les infirmières en matière de santé et les mettre en application compte tenu des structures sanitaires du pays.

de collaborer avec d'autres travailleurs sanitaires en tant qu'éducatrice de la santé.

de développer l'aptitude à penser et à agir, d'acquérir la maturité d'esprit nécessaire pour assumer des responsabilités sur le plan humain, professionnel et civique"(1).

Finalité et objectifs définissent cette fois un projet spécifiquement infirmier "visant l'intégration des connaissances théoriques dans une réalité concrète hospitalière, ou extra-hospitalière"(2).

(1) Ministère de la Santé Publique.- Programme des études d'infirmières- Arrêté du 5 septembre 1972 - op. cit.p. 3

(2) idem p. 14.

Ainsi, au cours de ces 28 mois d'études, l'infirmière, à travers l'enseignement reçu et les stages, doit-elle avoir découvert ce qui fait la spécificité de sa fonction : les soins infirmiers.

La preuve en est d'ailleurs que, au terme de ces études et au moment d'entrer dans la vie professionnelle, la jeune infirmière doit être capable d'assumer les responsabilités et d'accomplir les tâches caractéristiques de l'infirmière, notamment :

- . de dégager par écrit et sans document les principaux éléments de surveillance et les problèmes de soins infirmiers posés par une personne, en fonction de la pathologie des différents appareils.

- . d'assumer la responsabilité d'un groupe de personnes malades ou bien portantes se réclamant de son aide pour accomplir des actes qui contribuent au maintien ou à la restauration de la santé, et qu'ils accompliraient seuls, s'ils avaient assez de force ou de savoir; l'infirmière doit être capable de mobiliser l'ensemble de ses connaissances pour réaliser un "plan de soin" pour chacune des personnes du groupe considéré.

- . de reconnaître une situation d'urgence, tant en milieu hospitalier qu'extra-hospitalier, et d'y faire face, en discernant dans les actes à entreprendre un ordre de priorité, et en sachant faire appel à d'autres travailleurs sanitaires.

Nouveauté des finalités, nouveauté des objectifs, nouveauté des contenus ! Le programme de 1972, s'il conserve aux connaissances médicales une place privilégiée dans la formation de l'infirmière, y associe cependant les sciences humaines, psychologiques et sociales, et même la pédagogie. Dans la mesure où il vise la réalisation d'un projet professionnel infirmier, il permet, en outre, une intervention plus spécifique et efficace des infirmières elles-mêmes dans la formation des élèves. Il représente, en France, le premier effort sérieux pour tenter d'arracher les infirmières au milieu médico-hospitalier dans lequel elles s'étaient, depuis des siècles, enlisées.

Suffira-t-il à les en faire sortir complètement ? Nous en doutons. Car, si ce programme présente incontestablement un contenu nouveau, il n'est pas dit que sa réalisation - bien qu'elle offre moins d'embûches que celle du programme de 1961- en soit totalement exempte. La synthèse

des soins infirmiers, par exemple, qui sera pensée, surtout, en mettant l'infirmière en rapport avec des malades et dans un contexte hospitalier, ne va-t-elle pas, dans la pratique, fausser l'esprit de la réforme en minimisant l'étude des problèmes de la santé et le recours aux stages extra-hospitaliers ?

Déjà quelques questions se posent à nous : comment permettre à l'élève infirmière "d'acquérir les connaissances nécessaires pour comprendre les besoins de santé des personnes et des groupes"(1) ? Comment l'amener "à discerner les types de réponses que peuvent apporter les infirmières en matière de santé..."(2) alors que, dans un enseignement d'une durée totale de 1434 heures, 543 sont réservées à l'étude de la pathologie et seulement 38 à celle de la santé ? En outre, si les stages représentent "les temps forts de la formation"(3), quel bénéfice les élèves retireront-elles des stages extra-hospitaliers d'une durée de 10 à 16 semaines au maximum alors que les stages hospitaliers recouvrent la totalité de la formation soit au total 2 152 heures ? Ne peut-on, dès lors, parler d'incohérence entre les finalités et les moyens ?

L'éducatrice de la santé ne risque-t-elle pas, une fois de plus, d'être surtout appréciée comme technicienne de soins ? Or, pour redresser la situation les infirmières ne peuvent guère compter sur une aide extérieure...

En effet, dès leur arrivée dans la profession, et, c'est là l'autre aspect de la pesanteur des traditions, elles sont "phagocytées" par des structures sanitaires vieillottes et un personnel peu disposé au changement. Elles découvrent alors, au fil des jours, l'écart entre le possible et le réel, sans entrevoir la possibilité d'une transformation rapide des institutions et des mentalités.

Comment, par exemple, une infirmière bien formée et bien intentionnée, accueillie par ses pairs, au sein d'un service hiérarchisé et compartimenté, par conséquent, le plus souvent, sans esprit d'équipe, peut-elle vraiment prêter attention à des malades, les écouter, les éduquer

(1) Arrêté du 5 septembre 1972 p. 3

(2) idem. p. 3.

(3) idem. p. 4.

dans un système où l'organisation des soins basée sur le travail à la chaîne réduit à des relations punctiformes et fugitives tout contact avec le malade ?

Quelle place et quel rôle exacts sont réservés à l'infirmière, hors du cadre hospitalier, dans les structures sanitaires du pays ? Ne serait-il pas urgent de définir, pour le savoir, une politique de la Santé ? Car, que l'infirmière travaille en milieu hospitalier ou dans un cadre extra-hospitalier, il paraît souhaitable, en tout état de cause, que soient levées au plus vite les contradictions paralysantes qui subsistent entre le Code de la Santé Publique et l'esprit du programme de 1972. Ce qui n'est pas près de se réaliser si l'on en juge par certaines réactions et prises de position des administrations hospitalières.

Le Ministre de la Santé, Madame Simone Weill, ayant ratifié, comme nous l'avons dit, le 7 janvier 1975 la définition européenne de l'infirmière établie en 1967, et qui ne fait plus référence au médecin, nos collègues ont élaboré pour la France une nouvelle définition de l'infirmière, que voici :

"L'infirmière est une personne qui a terminé avec succès l'enseignement sanctionné par le diplôme correspondant à la législation en vigueur. Ses fonctions essentielles sont les suivantes :

a) observer les situations ou conditions physiques et affectives qui exercent un effet important sur la santé et échanger ses observations avec les autres membres de l'équipe au sein de laquelle elle travaille ;

b) dispenser des soins infirmiers compétents aux personnes dont l'état le requiert, compte tenu de leurs besoins physiques, affectifs et spirituels, en secteur hospitalier ou extra-hospitalier ;

c) former et guider le personnel auxiliaire nécessaire pour répondre aux besoins du service infirmier de toute institution de santé.

Dans ce domaine, dont elle est responsable, elle aura le souci de discerner les besoins de la personne et d'organiser les soins infirmiers en conséquence"(1).

(1) C.D. "Les Infirmières ne veulent plus être définies par rapport aux médecins" p. 7

Avant d'aborder l'étude critique de leur texte, Monsieur Laporte Directeur du personnel de l'Assistance Publique à Paris, rappelle dans un article que "l'exercice des professions touchant au domaine de la Santé est défini par la loi"(1), que "selon la loi, de toutes les professions para-médicales celle de l'infirmière est la seule qui implique une subordination directe au médecin"(1). Et Monsieur Laporte de poursuivre : "ce qui s'explique aisément ; les autres paramédicaux effectuent soit des actes de rééducation et de correction d'anomalies, soit d'assistance aux parturiantes qui ne sont pas des malades"(3).

Dès lors, les principes législatifs étant rappelés, aucune des activités que souhaiteraient faire reconnaître les infirmières comme étant de leur ressort spécifique n'est possible. Pas question "de dispenser des soins compétents aux personnes dont l'état le requiert, compte tenu de leurs besoins physiques, affectifs et spirituels"(4). Une telle tâche, fait remarquer Monsieur Laporte, "semble impliquer qu'il y a, à l'origine, une instruction ou un conseil médical"(5). En effet, "comment les soins pourraient-ils être compétents en dehors de la notion d'un diagnostic médical et de la détermination d'une thérapeutique à suivre et à contrôler" ?(6) Qui plus est, "si l'on admet qu'il faille supprimer la référence à une prescription ou un conseil de médecin, il faut s'étonner alors que les infirmières souhaitent, élargir la notion de leur propre domaine professionnel pour les reconnaître compétentes en ce qui concerne la détermination des besoins "physiques, affectifs et spirituels" du malade. L'empiétement sur les fonctions du psychologue, entre autre, est une question qui pourrait être soulevée"(7).

Pas question, non plus, pour les infirmières d'intervenir dans la formation du personnel auxiliaire car, "s'il fallait reconnaître légalement le rôle de formation de l'infirmière vis à vis de l'équipe, ce ne pourrait qu'être au détriment du rôle des médecins, dont la mission de formation résulte notamment d'un arrêté du 24 septembre 1960 et d'une circulaire de même date relatifs aux obligations du corps médical"(8). Dès lors, "la mission de formation du personnel, quel qu'il soit, ne peut appartenir en propre à l'infirmière"(9).

(1) LAPORTE. "Des mots pour le dire" p. 4.

(2) idem p. 4.

(3) idem p. 4. Monsieur Laporte fait allusion aux masseurs kinésithérapeutes, aux orthophonistes, aux orthopédistes, aux sages femmes.

(4)(5)(6) idem. p. 5.

(7) idem. op. cit. p. 5.

(8)(9) idem. p. 5.

La conclusion s'impose; "dans le contexte hospitalier, il serait vain, de tenter d'obtenir une définition dans le sens désiré, du rôle et de la responsabilité de l'infirmière"(1).

Sans doute, comme le fait remarquer Monsieur Laporte, "il reste à prouver que la loi qui se borne à définir les conditions de chaque profession paramédicale (être français, posséder un diplôme) et leur domaine (soins, rééducation, pratique des accouchements) ait également à faire l'analyse des différents aspects professionnels et psychologiques du métier. Ce n'est pas du moins, pour l'instant, son objectif ou alors toutes les définitions seraient à revoir dans une nouvelle optique"(2).

Notre propre réflexion sur l'activité de l'infirmière tend bien, semble-t-il, à démontrer qu'est venu le temps des révisions. Encore faut-il que soient écartées d'autres entraves à la conquête de l'autonomie professionnelle de l'infirmière !

2.2. La pression de conceptions dépassées

Cette profession reste entourée d'un halo de conceptions, de convictions, pour ne pas dire de "modèles culturels" venus du fonds des âges et qui n'en continuent pas moins à façonner les mentalités.

2.2.1. Dans la mesure où le personnel soignant est surtout un personnel féminin, il subit, d'abord, le contre coup des idées qui s'attachent encore traditionnellement à la condition de la femme. Adler note justement que notre civilisation affirme la primauté de l'homme et l'infériorité corrélative de la femme. Mais, à la différence de Freud, il estime que cette supériorité et cette infériorité ne sont pas "un fait de nature"(3) mais de culture. "Toutes nos institutions, nos règles traditionnelles, nos lois, nos coutumes et nos usages témoignent de la position privilégiée de l'homme qui en détermine la direction et le maintien(4)". Et Adler d'ajouter, "chacun sait ce qu'on entend de nos jours, d'un commun accord, par "masculin" ou "viril". C'est avant tout quelque chose de simplement égoïste qui satisfait l'amour propre, la supériorité sur autrui,

(1) LAPORTE op. cit. p. 5.

(2) idem. p. 5.

(3) ADLER (Dr Alfred) - La connaissance de l'homme p. 111.

(4) idem. p. 109.

la primauté, tout cela à l'aide de certains traits de caractère apparemment actifs, comme le courage, la force, la fierté, l'obtention de victoires de toute sorte, en particulier sur les femmes, l'accès à des fonctions, à des honneurs, à des titres, l'application à s'endurcir contre toute impulsion ou tendance "féminine" et ainsi de suite. C'est une lutte permanente pour la supériorité personnelle, parce qu'il est réputé viril de la posséder"(1).

Dans les milieux médicaux et hospitaliers, cette vision culturelle reste bien ancrée. Le témoignage du professeur Salmon, que nous avons cité, est sur ce point irrécusable.

Le supérieur c'est l'homme, le médecin ! A lui, l'Intelligence, la Compétence, le Savoir et, pourquoi pas, la Vertu. "Vers 1925, raconte le professeur Jean Bernard, lorsque, après un avortement clandestin, un curetage de l'utérus était nécessaire, certains chirurgiens décidaient parfois d'opérer sans anesthésie. Ils agissaient à la fois en juges et en justiciers ; ils prétendaient, par la douleur cruelle et imposée, punir la malheureuse jeune femme et la dissuader de recommencer"(2). Et le professeur Bernard précise : "cette conduite barbare était peu commune. Elle a depuis longtemps été complètement abandonnée"(3). Nous voulons bien le croire !

De telles convictions, même humanisées, n'enlèvent absolument rien à la position d'infériorité que vit l'infirmière en tant que femme et en tant que professionnelle dans l'exercice de son travail. Et pour peu qu'elle soit, en plus, d'une origine sociale modeste, elle devient, -au mieux- la servante du médecin ! Nous n'exagerons pas : les témoignages de nos collègues sont, à ce sujet, significatifs. Et la longue histoire des rapports médecins-infirmières montre que le travail de l'infirmière s'enrichit périodiquement d'activités idéologiquement dévalorisées et économiquement peu rémunérées que le médecin abandonne généreusement à l'infirmière ! Quant à la pratique du dévouement, de l'abnégation, de la générosité, ces qualités qui faisaient hier la valeur du personnel infirmier religieux, c'est tout juste si, à la limite, dans une civilisation qui prise les qualités contraires, elle n'aggrave pas encore inconsciemment

(1) ADLER (Dr Alfred) op. cit. p. 113-114.

(2) BERNARD (Jean).- L'homme changé par l'homme - p. 34.

(3) idem. p. 33.

la position d'infériorité de l'infirmière !

Les administrations hospitalières, de leur côté, ne favorisent guère la reconnaissance du personnel soignant et des infirmières en particulier. A l'abri des textes législatifs, elles considèrent, à toutes les époques, comme nous l'avons souvent signalé, que l'infirmière peut, dans les faits, être aisément remplaçable par du personnel non qualifié. C'est dire la haute idée qu'elles ont de la fonction !

Que penser de tout cela ? N'est-on pas tenté de donner raison au proverbe "Il n'y a pas de sots métiers...". Il paraît en tout cas difficile d'espérer une valorisation de l'infirmière sans une profonde transformation des mentalités.

Il n'est pas contestable, non plus, que le destin de l'infirmière ne reste également tributaire d'une certaine conception et d'une certaine pratique de la médecine liées, pour une grande part, à ses origines.

C'est avec l'étude de l'anatomie que la médecine est devenue scientifique "Il fallait redécouvrir avant tout la structure réelle du corps humain, étape nécessaire à la compréhension de son fonctionnement dans l'état de santé ou de maladie. Ce fut l'oeuvre des anatomistes du XVIIe siècle dont on peut dire qu'ils ont posé la première pierre de la médecine moderne"(1).

C'est à la physiologie et à l'anatomie pathologique que la médecine dut ensuite ses progrès, "l'étude de l'anatomie qui n'a cessé de se compléter et qui s'est étendue aux structures microscopiques, a ouvert la voie à celle de la physiologie, deuxième étape cruciale qu'il importait de franchir dans la connaissance du corps humain. L'anatomie normale a débouché, d'autre part, sur l'anatomie pathologique, c'est-à-dire, sur l'étude des lésions qui sont responsables des maladies : confrontée avec les constatations cliniques faites du vivant du malade, elle fournisse à la nosologie, c'est-à-dire à la classification des maladies, sa première base solide"(2).

(1) BARIETY (M...) et COURY (Ch...)- Histoire de la Médecine - p. 10

(2) idem. p. 72.

En d'autres termes, la médecine "n'a pu devenir moderne qu'en se fondant sur le cadavre, c'est-à-dire sur le moment où le corps est définitivement séparé de l'esprit"(1).

Comment, dès lors, cette orientation organiciste de la médecine ne se prolongerait-elle pas naturellement dans la pratique médicale au moment de l'examen du patient ? Lui aussi passe -symboliquement- sur la table d'autopsie : il devient objet d'exploration, son cas est pensé en termes de processus physico-chimiques.

Il n'est pas question, assurément, de mettre en cause une telle conception et une telle attitude : ne sont-elles pas à l'origine des immenses et incontestables progrès de la médecine ?

Il ne s'agit pas davantage de sombrer dans ce que le Pr. Jean Bernard appelle "la tentation psychologique de la médecine", qui, forte de l'importance de la psychologie dans la médecine courante, distingue deux médecines ; la médecine des maladies organiques et la médecine des troubles fonctionnels et, mettant en doute l'existence des troubles organiques propose de "subordonner toute la médecine à la psychologie"(2). Jean Bernard, attire justement l'attention, à ce propos, sur l'ambiguïté du terme "fonctionnel" : "L'opposition entre l'organique et le fonctionnel date du temps où la microscopie optique était seule employée. Les méthodes de la biochimie moléculaire, le microscope électronique et l'anatomie chimique ont lié, dans de très nombreux cas, le trouble de la fonction à une anomalie de l'arrangement des molécules"(3). N'est-il pas, dès lors, imprudent de déclarer qu'un trouble relève d'un traitement psychologique sans s'assurer, d'abord, que sa cause n'est pas d'ordre organique et physico-chimique ?

Mais tout ceci étant admis, il n'en reste pas moins, comme le fait remarquer le professeur Jean Bernard lui-même que, "l'organisation souvent imparfaite de la médecine contemporaine ne laisse pas à chaque médecin le temps nécessaire pour s'occuper aussi complètement, aussi profondément qu'il le faudrait de chaque malade. Les problèmes urgents, celui de l'anémie, celui de l'urémie, sont résolus. Puis, le temps presse et l'on

(1) Comité d'Action Santé-Hôpital : silence - répression p. 34.

(2) BERNARD (Jean) - Grandeur et tentation de la médecine - op. cit. p. 246

(3) idem. p. 248.

passe au malade suivant"(1). Cette pratique est effectivement doublement préjudiciable : au malade et au personnel soignant. Au malade, car, en entrant à l'hôpital, il éprouve le sentiment de ne plus être une personne. Privé, du droit au savoir et corrélativement de pouvoir, s'il cherche à dépasser cette situation infantilissante, s'il tente de communiquer pour se renseigner, il s'aperçoit très vite, à ses dépens, de la vanité de sa tentative. Qui, dans "le défilé d'individus distributeurs de pillules et de piqûres, hermétique sur le pourquoi de son geste, tirant sa fierté avant tout de la rapidité et de la sûreté de ce geste et passant toujours plus vite au fur et à mesure que la thérapeutique se complique"(2) prend le temps de l'écouter ? Dès lors que lui reste-t-il à faire ? Se fondre dans l'anonymat de bon ton de la vie hospitalière !

Contaminé par le climat hospitalier, le personnel soignant, malgré sa formation et sa bonne volonté est entraîné, lui-aussi, à ne plus voir en tout sujet entrant à l'hôpital qu'un organe malade. Qui l'invite, qui l'aide à penser que tout hospitalisé est un être humain à part entière, sujet de devoirs sans doute, mais aussi de droits, et qui souhaite qu'un peu de sollicitude soit accordé à ses besoins, ses inquiétudes et ses problèmes ? Comment -même s'ils le souhaitent et le cas n'est pas rare- infirmiers et infirmières peuvent-ils s'intéresser à la personne du malade dans le système de distribution des soins en séries qui est en usage dans les hôpitaux français ? Car l'organisation du travail dans les hôpitaux renforce encore cette dépersonnalisation des rapports humains. Jadis, oeuvre de charité, puis oeuvre de bienfaisance, l'hôpital moderne est devenu une "entreprise"(3) -parfois démesurée- qui, pour survivre, doit à tout prix consommer du malade. Malades et personnel soignant sont ainsi les moyens d'assurer la rentabilité de l'entreprise-hôpital. "C'est cela la déshumanisation, c'est un système où l'homme devient le fond d'un tableau où tout le monde vit, respire et travaille pour une forme dominante : la maladie"(4). C'est un système où tout est centré sur la maladie, sur le "cas" à découvrir, l'originalité d'une situation donnée, comme si cette dernière, était indépendante de l'homme qui en est le détenteur, c'est-à-dire le malade.

(1) BERNARD (Jean Pr.).op. cit. p. 244.

(2) BACHELOT (H...). Le rôle de l'infirmière et son évolution - op. cit. p. 50 à 56.

(3) Loi n° 70-13.18 du 31 décembre 1970. La Réforme hospitalière "Pour produire au moindre coût le meilleur service, l'industrie hospitalière comme toute entreprise, doit se renouveler en fonction des règles de rentabilité moderne".

(4) BACHELOT (H...) Le rôle de l'infirmière et son évolution op. cit. p. 52.

Prisonnière des représentations en cours sur la condition de la femme et d'une conception "organique" de la médecine, l'infirmière l'est, enfin, de cet idée, encore très répandue dans l'opinion publique, selon laquelle elle est essentiellement "une soignante" dont le champ d'activité est délimité par la maladie et l'action thérapeutique.

Or, entre cette représentation et la réalité, il y a actuellement un grand décalage, puisque nombre d'infirmières sont déjà engagées hors de l'hôpital à l'école, à l'usine, en PMI... dans des activités qui ne sont pas exclusivement centrées sur la maladie. Mais, comme l'a judicieusement noté Anny Parrot : "la vision du secteur extra-hospitalier est pour le moment encore trop fragmentaire, pas assez claire et insuffisamment valorisée pour frapper globalement l'opinion publique et agir rapidement comme force de pression pour modifier les images et les stéréotypes"(1).

Là encore, l'infirmière est la victime de son histoire et, à travers elle, de l'histoire de la médecine et des institutions sanitaires.

Pendant des millénaires, la priorité en matière de santé publique a été d'assurer le maintien de l'espèce en luttant non seulement contre la faim, le froid, les bêtes sauvages, la misère, l'ignorance, les fléaux sociaux, mais surtout contre les épidémies, les maladies transmissibles... La médecine ne pouvait être que curative, et l'infirmière qu'une soignante.

Or, malgré les progrès réalisés, au moins dans le monde occidental, par l'hygiène, les sciences biologiques et humaines, la médecine, ce schéma demeure ancré dans les mentalités. La biologie moderne par exemple, a développé ses recherches dans deux grandes directions "l'étude des structures moléculaires héréditairement transmises qui caractérise la substance vivante, l'étude des facteurs d'environnement dont l'influence peut s'exercer à court terme et à long terme"(2). Elle a ainsi donné naissance à l'épidémiologie et à l'hématologie géographique. Il est donc possible -comme le font remarquer J.P. Dupuy et S. Karsenty- "d'agir sur le type de morbidité que connaissent les pays développés de trois façons différentes: soit par une intervention médicale curative, qui se situe en général à un stade terminal du processus du développement de la maladie, révélé par

(1) PARROT (A...) op. cit. p. 87.

(2) BERNARD (J.) op. cit. - Grandeur et tentation de la médecine. op. cit. p. 250.

l'apparition de complications ou de symptômes aigus ; soit par une intervention préventive au niveau d'un dépistage ; soit par la lutte directe contre "les facteurs de risque", liés au mode de vie, aux conditions d'hygiène, d'alimentation etc... Ce dernier mode d'intervention se distingue évidemment des deux autres par le fait qu'il porte sur des variables non médicales"(1). Or, il semble que certains courants de la pensée médicale contemporaine demeurent réticent à l'égard d'une médecine préventive. Le professeur Péquignot écrit, par exemple, "il est bien certain qu'une partie de notre pathologie serait effacée si l'homme individuel et les sociétés humaines devenaient parfaites. On peut s'amuser à chiffrer, ce qui se passerait, si l'homme (et maintenant la femme) cessait totalement de fumer, diminuait sa ration d'alcool à moins d'un litre de vin par jour. Il ne serait pas mauvais, non plus que l'homme diminue sa ration alimentaire en-dessous de 2 000 calories, comprenne que les calories les plus chères n'ont pas plus de valeur nutritive que les calories les moins chères (disons la viande que le lait) ; il serait bon qu'un exercice physique régulier diminue la sédentarité des peuples, une des raisons non négligeables de leur pathologie et ampute la circulation automobile inutile... Qu'on nous épargne la continuation de ce sermon. On peut appeler cela éducation sanitaire ou médecine préventive ; il est bien évident que celle-ci ne coûte rien que le salaire des prédicateurs. Si l'on a l'audace de calculer toutes les maladies que cela éviterait, il est facile d'accumuler les milliards d'économie possibles"(2). Devant une autre instance, le Pr. Péquignot fait remarquer "bien sûr, il vaudrait beaucoup mieux que les gens ne fument pas... Mais, quand un monsieur entre dans mon service avec un infarctus du myocarde et qu'il a payé des cotisations toute l'année, je ne vais pas lui offrir un révolver et une balle, ou je ne vais pas le renvoyer chez lui. Il faut quand même que je le soigne"(3).

J.P. Dupuy et S. Karsenty qui citent ces textes y voient l'expression "de l'idéologie libérale la plus pure(4) : "les comportements des gens s'expliquent par leurs désirs : si les individus fument, boivent, ne font pas d'exercice, c'est que tel est leur bon plaisir... Dès lors, celui qui préconise de prévenir l'apparition des maladies par un mode de vie

(1) DUPUY (J.P.) KARSENTY (S.) - L'invasion pharmaceutique - p. 252.

(2) PEQUIGNOT (Henri) - "Le coût du progrès".

(3) PEQUIGNOT (Henri) - "in:compte rendu du premier Congrès du Club Européen de la Santé (janvier 1972), cité par Dupuy J.P. et KARSENTY S. - op. cit. p. 253.

(4) DUPUY J.P. et KARSENTY S. op. cit. p. 253.

plus "sage" est un prêcheur, un sermoneur douteux et certainement inefficace... Les comportements des individus étant censés révéler leurs goûts, leurs préférences propres"(1). Dans cette optique, "les déterminants socio-culturels de ces comportements sont totalement ignorés, surtout le fait que, les règles du jeu de la société peuvent être telles qu'elles amènent un ensemble de comportement individuellement cohérents à être finalement préjudiciable à tout le monde"(2).

Par ailleurs, le professeur Péquignot semble reprocher aux économistes de ne rien comprendre à la santé, "car ils ne comprennent pas qu'un médecin qui a devant lui un malade ne se soucie que de le soigner et de le soulager sans se demander auparavant comment changer le monde"(3). Or, comme le font remarquer Dupuy et Karsenty les économistes comprennent bien cela, mais au niveau individuel : il est vrai que dans "la relation d'un médecin et d'un malade, la morbidité est une donnée exogène pour le médecin"(4).

Mais, disent Dupuy et Karsenty "ce qui est grave, c'est de transposer cette optique du niveau individuel au niveau collectif. Car, au niveau collectif, c'est de la santé "à la troisième personne" (ils sont ou plutôt, ils peuvent, devenir malades) et non plus à la "deuxième personne" (tu es malade) qu'il s'agit. Et, à ce niveau, il peut être plus efficace de changer le monde et d'éliminer la maladie plutôt que de la guérir une fois qu'elle s'est déclarée"(5).

En outre, "si la médecine n'était pas fondée sur l'idéologie organo-génétique, mais si elle était une médecine de l'homme total (soma, psyché-socius) le médecin serait obligé de remettre en question les facteurs d'oppression et d'aliénation de la vie courante (cadences et horaires de travail, habitat, logement etc...) au même titre que le bacille de Kock"(6).

(1) DUPUY J.P. et KARSENTY S. Op. cit. p. 253.

(2) idem. p. 254.

(3) idem. p. 254.

(4) idem. p. 254.

(5) idem. p. 254.

(6) Comité d'Action Santé et Hôpital. Silence - Répression -
op. cit. p. 34.

Le problème ici posé est celui de l'éducation sanitaire au sein de laquelle l'infirmière pourrait jouer un rôle important.

Or, tant que notre conception de la Santé ne sera pas plus ouverte, tant que l'opinion publique ne sera pas davantage sensibilisée à l'importance de l'hygiène et de la prévention, il est vain de vouloir -dans les textes- faire de l'infirmière une éducatrice de santé : elle demeurera -dans les faits- et -aux yeux du public- une soignante.

Mais il faudrait aussi que les structures sanitaires du pays s'assouplissent pour mieux s'adapter aux besoins des populations.

2.3. L'entrave des structures sanitaires inadaptées.

Actuellement la France est divisée en 22 circonscriptions sanitaires et sociales(1), et la physionomie globale des établissements hospitaliers est la suivante :

1° Hôpitaux publics généraux :

C.H.R.(2) (Centre Hospitalier Régional).....	24 établissements
C.H. (Centre Hospitalier).....	86 établissements
H. (Hôpitaux).....	418 établissements
H.R. (Hôpitaux Ruraux).....	363 établissements
Hospices et maisons de retraite.....	<u>979</u> établissements

Total :..... 1 870 établissements

2° Hôpitaux publics spécialisés :

Psychiatrie.....	111 établissements
Etablissements anti-tuberculeux.....	639 établissements
Centres anti-cancéreux.....	18 établissements
Etablissements anti-vénéériens.....	450 établissements
Etablissements pour enfants inadaptés.....	<u>98</u> établissements

Total :..... 1 316 établissements

3° Etablissements privés..... 3 626 établissements

Total général (dispensaires exclus) 6 812 établissements(3)

(1) Voir découpage du territoire français en circonscriptions sanitaires et sociale en Annexe I.

(2) Les 10 C.H.U. de Paris étant ici comptés pour 1 seul ainsi que ceux de Marseille et de Lyon.

(3) CLEAR - L'hôpital en question - p. 30.

Il semblerait donc qu'un certain pluralisme règne dans le patrimoine hospitalier français. En effet, "sur les cinq cent cinquante trois mille sept cent quatre vingt douze lits d'hôpitaux existants, trois cent cinquante mille cinq cent vingt-six se trouvent dans le secteur public et deux cent soixante cinq relèvent d'établissements privés"(1). Le développement anarchique de l'hospitalisation privée qui ne participe ni à l'enseignement, ni à la recherche a tout de même été un stimulant pour les hôpitaux publics qui ont, pour pouvoir entrer en compétition avec le privé, réalisé un effort de modernisation de certains établissements englués dans la tradition archaïque de l'hospice-caserne. Mais, un certain travail reste encore à accomplir pour que toute trace du passé soit effacée.

Quant à l'équipement extra-hospitalier français il reste peu élaboré. On compte actuellement peu de "centres de soins"⁽²⁾. Les soins sont effectués le plus souvent soit par le médecin de famille au domicile du patient ou à son cabinet, soit par les consultations externes des hôpitaux. Cette carence de l'équipement extra-hospitalier met en évidence qu'il n'y a jamais eu en France en matière de santé, un projet d'équipement programmé, entrant dans un plan d'ensemble. En séparant, le "curatif" du "préventif", on a seulement essayé de pallier aux difficultés rencontrées par la population dans le domaine de la santé par l'action sociale qui a abouti à un éparpillement des moyens et des activités entre une multitude d'organismes privés, jamais assez forts, ni assez représentatifs pour avoir une quelconque audience auprès des pouvoirs publics. Si l'on prend comme point de référence ce qui est mis en place pour la famille, on s'aperçoit que l'action sociale se réalise sous forme de :

- prestations : allocations familiales, allocations logement, primes diverses, mais que l'on a jamais abordé les problèmes de fonds de la femme au travail ou du problème de l'habitat, par exemple.
- d'une multitude de services "879 centres de consultations pré-natales ; 8 897 centres de protections maternelles et infantile (enfant jusqu'à l'âge de 3 ans) 1 463 dispensaires

(1) ESCOFFIER-LAMBIOTTE (Dr) "Le prix de la Santé"

(2) Actuellement "il existerait 4 500 centres de soins en France qui malgré les services rendus rencontrent des difficultés financières qui peuvent malheureusement conduire à leur fermeture (in : Revue de l'infirmière n° 6 juin 1976 p. 513.

pour enfant d'âge pré-scolaire et 1 300 centres médico-scolaires, sans compter les dispensaires publics ou privés spécialisés pour telle ou telle catégorie de population ou tel ou tel handicap qui, sont fort nombreux, puisqu'on comptait en 1965, 959 dispensaires anti-tuberculeux, 440 anti-vénéériens, 82 consultations de dépistage de cancers, 726 dispensaires d'hygiène mentale(1), auxquels on doit rajouter les services sociaux de secteur ou de quartier.

Cette attitude palliative, donne une priorité à l'aide individuelle et à l'action parcellaire, car, la plupart de ces services peuvent être simultanément fréquentés par la même famille. N'ayant aucun lien entre eux, ils ne sont pas à même de mettre en évidence la globalité des problèmes se posant au sein du groupe familial, et, de ce fait, l'efficacité du service rendu est aléatoire : à quoi sert de traiter les troubles caractériels d'un enfant, si l'origine de ces troubles se trouvent dans la famille qui, elle, ne reçoit d'aide de personne ? L'aspect curatif est donc privilégié par rapport au préventif ; car, en réalité on intervient qu'en état de "crise".

A cette carence d'équipement extra-hospitalier, se joint une incoordination, voire une superposition, dans une même famille, d'actions diverses menées par des services sociaux différents : c'est ainsi qu'un père alcoolique peut être suivi par un service d'hygiène mentale, l'enfant d'âge scolaire sera surveillé par le service d'hygiène scolaire, notamment s'il a des difficultés en classe, la mère tuberculeuse fera l'objet d'une surveillance de la part d'un dispensaire anti-tuberculeux : de multiples services et personnes entrent ainsi dans la famille, mènent chacune une action différente sans jamais se concerter, sans jamais faire une analyse exacte des besoins et des ressources de cette famille qui est littéralement prise en charge, "portée", "ballotée" de ci de là, par les services sociaux dont elle attend tout. Il en résulte, finalement une carence flagrante par rapport aux besoins de la population, parfois une subordination grave du groupe familial vis à vis des services sociaux et finalement une prédominance de l'action individuelle sur l'action préventive et collective. On essaye

(1) Chiffres donnés par l'O.M.S. - Les Services de Santé en Europe - p. 192.

de "réparer" les inadaptations sociales les plus criantes mais pas de les prévenir. Bien sûr, il existe des réalisations positives de prévention et de prévention collective, mais elles ne sont pas le fait d'une politique de la santé pensée à long terme.

Nous sommes d'autant plus navrée de cette situation que l'un des objectifs du VIIe plan est d'améliorer la santé, plutôt que de chercher à tout pris à augmenter les moyennes d'espérance de vie. La politique de santé devrait porter non seulement sur le système de distribution des soins mais aussi sur l'éducation des comportements et les modalités de l'organisation sociale, en réduisant les inégalités devant la mort ou la maladie suivant les catégories socio-professionnelles. Mais, c'est aussi "au niveau de la prise de conscience individuelle et collective que se situe le vrai problème de la prévention. Pour apprendre à chacun à se situer face à son corps, à sa santé, au système de soin"(1).

Sic degrés de prévention sont actuellement préconisés :

- "- Réduire les nuisances et les facteurs d'agression de l'environnement,
- Eduquer le public et lui apprendre à se protéger,
- Protéger les individus contre une éventuelle agression,
- Surveiller certaines catégories de la population pour éviter l'apparition d'une affection,
- Détecter précocement les affections,
- Réduire les séquelles d'une affection résultant d'un échec d'interventions précédentes"(2). L'éducation sanitaire doit donc être une éducation permanente présente de partout et par tous les moyens .

Mais une telle attitude devant la santé rend nécessaire une réflexion sur l'efficacité du système et des dépenses qui lui sont consacrées, d'autant plus que, actuellement, on a l'impression qu'un écart de plus en plus grand, existe entre les efforts qui lui sont consentis et les résultats obtenus.

- oOo -

(1) VIIe Plan - Priorité à la prévention et à l'éducation sanitaire.

(2) idem.

Nous espérons avoir montré comment le mécontentement, les insatisfactions, le désarroi des infirmières ont été longtemps liés à l'absence, à l'imprécision, au caractère très restrictif et dépendant des finalités proposées à leurs activités.

Le programme de 1972, en faisant de l'infirmière une éducatrice de santé, a -sur le plan théorique- indiscutablement modifié la situation.

Malheureusement -sur le plan pratique- la réalisation de cette finalité ouverte et dynamique risque fort de demeurer illusoire sous la pression conjuguée de mentalités, de conceptions ou de structures institutionnelles totalement inadaptées ou dépassées.

Nous pensions que la crise que traverse le personnel infirmier était liée à la fois aux finalités de la profession et aux difficultés rencontrées à les réaliser. Notre étude semble bien confirmer la validité de notre hypothèse, tant il est vrai qu'il ne sert à rien d'élaborer un programme de formation généreux si l'on ne met pas en place, en même temps, les conditions psychologiques et institutionnelles de sa réalisation.

Nous pouvons, également, mieux comprendre les difficultés éprouvées par les infirmières actuelles à constituer une profession.

Elles n'ont jamais rencontré le "consensus de l'ensemble social et des organes sociaux préexistants"(1), nécessaire à la reconnaissance d'une nouvelle profession.

Pendant longtemps, leurs activités, si louables qu'elles aient été, ont été le fait de personnes isolées ou de congrégations religieuses dont -"la vie était très éloignée de celle des communautés concernées... d'autant plus que, dans l'ensemble de ces congrégations, des règles strictes existaient, telles que, par exemple, l'interdiction à une religieuse de langer un enfant de sexe masculin, de soigner des malades atteints de maladies vénériennes, d'assister une femme en couches..."(2).

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

(2) LATREILLE (G.). idem. p. 7.

Puis, quand leur activité devint une "carrière civile" et qu'elles auraient pu prendre en main la destinée de leur profession, elles durent, finalement, se soumettre aux dictats des administrations hospitalières et des médecins. Elles luttent toujours -nous l'avons vu- pour être reconnues comme groupe professionnel ayant des finalités propres.