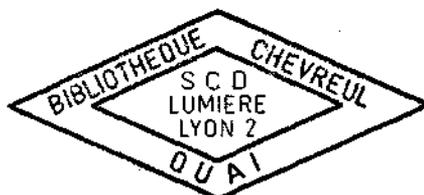


UNIVERSITÉ LYON II



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

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

COMMENT L'INFIRMIERE PEUT-ELLE DEVENIR "EDUCATRICE DE LA SANTE" ?

A partir du moment où l'on a de la santé une conception claire sur le plan individuel et collectif et, où l'on reconnaît qu'elle doit être assurée par les êtres humains eux-mêmes, sans rejeter pour autant ni les médecins, ni les organisations sanitaires, mais où l'on estime, avec Illich, que médecine et institutions sanitaires doivent rester au service des individus, on est conduit à admettre l'existence d'un personnel intermédiaire entre l'individu ou la collectivité d'une part, et la médecine ou les organisations de santé d'autre part, dont la fonction serait d'aider les uns et les autres à vivre, à vivre sainement, mais aussi à mourir humainement.

Or, il nous semble que les infirmières pourraient et devraient, dans cette position interstitielle jouer leur rôle d'éducatrice de la santé.

1 - La fonction de l'infirmière, éducatrice de la santé.

- Le problème -

Etre éducatrice de la santé, ce n'est pas seulement apporter des soins aux personnes malades -ce qui reste l'objectif inaliénable de l'infirmière- c'est aussi aider les individus ou les collectivités à la retrouver lorsqu'ils sont malades, mais surtout à la conserver le plus longtemps possible.

Dans l'organisation sanitaire et sociale actuelle l'infirmière pourrait jouer ce rôle dans le secteur extra-hospitalier et dans le secteur hospitalier.

Or le modèle dominant, pour ne pas dire encombrant, de l'infirmière est, actuellement, pour toutes les infirmières françaises, celui de "l'infirmière hospitalière" centrée sur la maladie : il est la forme la plus courante de la fonction. Il a valeur normative.

Toute notre étude a mis en évidence -nous l'espérons- le caractère doublement inadéquat de ce modèle : il ne permet ni à l'infirmière extra-hospitalière, ni à l'infirmière hospitalière de réaliser

effectivement leur fonction d'éducatrice de la santé.

Comment permettre aux infirmière d'atteindre cet objectif ?

- Les conditions d'un changement dans le monde sanitaire

Monsieur Avanzini dans son ouvrage "Immobilisme et Novation dans l'éducation scolaire" fournit une voie possible. Après avoir étudié les rapports entre l'Ecole et la Société, il estime en effet que les deux systèmes de représentation des relations entre Ecole et Société : victoire de l'Ecole sur la Société ou de la Société sur l'Ecole doivent être dépassés et qu'il faut récuser le dilemme auquel ils réduisent. La thèse de Monsieur Avanzini est, en effet que le remodellement de l'enseignement "s'opère quand un régime politique tolère ou requiert un modèle déjà disponible dont la variable idéologique coïncide avec la sienne"(1). Deux conditions sont donc nécessaires au changement sur le plan éducatif: "l'existence d'un modèle" et "l'apparition d'une conjoncture politique favorable"(2). Et Monsieur Avanzini précise "qu'un tel renouveau ne saurait s'effectuer que d'une manière à la fois rapide, globale et structurelle"(3).

- Les "modèles mutationnels"

Aussi les modèles qui doivent favoriser le changement sont-ils des "modèles mutationnels". Monsieur Avanzini, à la suite de Monsieur Balandier, emprunte, en effet, aux évolutionnistes l'idée biologique de mutation. Elle désigne "les changements qui assurent le passage d'une structure sociale à une autre, d'un système de structure à un autre"(4). Et, Monsieur Avanzini juge cette notion "pertinente" car, un "changement global de méthode"(5), écrit-il, "s'apparente bien à la transformation brusque et héréditaire d'un type vivant" : soudain, durable et non éphémère ordonné à un homme nouveau, il est réellement "mutationnel"(6). En pédagogie, c'est "au secteur marginal" que l'institution scolaire a recours pour découvrir ces "modèles mutationnels". Le rôle du secteur marginal est, en effet "de construire, d'explorer et de comparer, par anticipation

(1) AVANZINI (Guy)- Immobilisme et Novation dans l'éducation scolaire-p. 199

(2) idem. p. 199.

(3) idem. p. 199.

(4) idem. p. 200.

(5) idem. p. 200.

(6) idem. p. 200.

des formules idéologiquement diverses, dont chacune correspond à un système propre de finalités et qui, aux yeux de leurs zéloteurs respectifs, favoriseraient l'auto-reproduction de l'Ecole, c'est-à-dire lui permettraient de remplir une tâche conforme à leurs vœux, dans une société qui, renouvelée aussi selon leurs souhaits, autoriserait, voire prescrirait volontiers une didactique ordonnée aux mêmes objectifs car, malgré sa crainte d'être trompée ou déçue, elle aurait besoin pour se consolider, du concours d'une instance éducative"(1).

Toute proportion gardée, la situation dans le domaine infirmier est bien de même type et cette analyse d'Huguette Bachelot le confirme : "Nous voyons pour l'infirmière de l'avenir, s'étendre et se diversifier le champ de son activité. Bien des routes nouvelles s'ouvrent déjà aujourd'hui (il suffit pour s'en convaincre de savoir qu'actuellement en France 40 % des infirmières travaillent en dehors de l'hôpital) mais beaucoup d'autres routes s'ouvriront d'ici quelques années. Cette diversification des domaines d'action de l'infirmière devrait nous faire repenser l'organisation de nos programmes de formation. Il n'est pas normal, en effet, que 40 % des éléments d'une profession soient formés pour un type de travail bien précis, l'hôpital, alors qu'ils en accompliront un autre(2)". Et s'ils étaient encore bien formés pour la tâche hospitalière ? ... Mais, il est évident que, à l'hôpital, une infirmière ne pourra être éducatrice de santé tant qu'elle sera acculée à fournir un travail punctiforme, parcellaire, et en miettes.

Quelques modèles mutationnels dans le secteur hospitalier

Nos collègues hospitalières étrangères nous fournissent, ici, un modèle de l'infirmière à l'hôpital autrement plus "humain" : chargées de quelques malades elles leur apportent non seulement les soins qu'exige leur état mais le réconfort d'un dialogue. Humaniser les hôpitaux ne consiste pas seulement à rendre le site plus agréable ou plus commode. Cela

(1) AVANZINI (Guy) - Immobilisme et novation ... op. cit. p. 198.

(2) BACHELOT (Huguette) - "Perspectives d'avenir de la profession d'infirmière" - p. 8.

est bien, mais demeure non seulement insuffisant mais dangereux, dans la mesure où ces améliorations donnent à leur promoteur.... bonne conscience ! Humaniser vraiment les hôpitaux, c'est "personnaliser" les rapports humains à l'hôpital, c'est-à-dire faire en sorte qu'ils ne soient plus des rapports de "personnage" à "personnage" mais des rapports de "personne à personne".

Outre cette attitude générale, notre propre expérience nous conduit à présenter quelques suggestions. Pendant plus de dix années, nous avons participé, dans une Ecole Publique, à la formation des infirmières diplômées d'Etat, nous n'avons certes, pas réalisé de manière scientifique une évaluation de cette formation mais nos rencontres fréquentes avec de jeunes diplômées d'Etat et le corps médical nous ont permis de mettre en évidence un certain nombre de lacunes dans cette formation qui ne répond plus aux besoins des services hospitaliers en fait de personnel infirmier.

La situation s'aggrave encore lorsque la jeune infirmière nouvellement promue "diplômée d'Etat" se voit attribuer un poste dans un service de haute technicité -type d'unité de soins qui se développe de plus en plus de nos jours- où la plupart des gestes opératoires lui sont pratiquement inconnus.

Il n'est pas, dans notre propos, de rechercher les causes de cette carence, ni même de nier le fait que toute situation professionnelle nécessite un temps d'adaptation plus ou moins long suivant les individus, mais de rendre compte d'une insuffisance réelle de connaissances, c'est-à-dire de savoir et de savoir faire chez les infirmières qui retentit secondairement sur la qualité des soins infirmiers et les chances de guérison voire même de survie des malades.

Il reste évident "qu'aucune école professionnelle ne peut espérer fournir "un produit fini", car la maîtrise d'un métier, les connaissances expertes et la maturité de jugement ne peuvent s'obtenir qu'après une longue expérience professionnelle. Tout ce qu'une école d'infirmière peut donc espérer faire, c'est de fournir à la société des infirmières ayant acquis suffisamment d'habileté et de jugement pour pouvoir pratiquer leur profession en toute sécurité et avec une certaine indépendance"(1).

(1) Conseil International des infirmières - Comité d'Education (1952). La formation de base de l'infirmière professionnelle - cité par LYMAN KATARINE - L'enseignement infirmier de base p. 49

Les critères de sécurité et d'indépendance n'étant plus atteints par la formation de base, les infirmières travaillant dans des services technologiquement avancés acquièrent, officieusement, les connaissances qui leur manquent, pendant une durée d'environ 6 mois, avec l'aide de leurs pairs et des médecins responsables de ces unités de soins.

Après cette formation à la fois clinique, technique et psychologique réalisée "sur le tas", et qui n'est aucunement reconnue ni par l'employeur, ni dans l'échelle hiérarchique, l'infirmière devient opérationnelle dans un domaine de soins bien définis.

Ces modèles d'infirmières existent depuis fort longtemps au sein des unités de soins, ils se sont développés comme un secteur marginal, pour répondre aux exigences de notre société technologiquement avancée où les systèmes de valeurs sont sans cesse modifiés, sans, pour autant, reconnaître officiellement aux infirmières la nécessité d'une formation complémentaire qui, du même coup, les placerait mieux dans une hiérarchie qui commence juste à se profiler.

Notre expérience et notre connaissance des services hospitaliers nous autorise-t-elle à avancer qu'une formation complémentaire est nécessaire aux infirmières travaillant dans certaines unités de soins ? Quoiqu'il en soit, médecins et infirmières sont unanimes à reconnaître qu'il faut plus de six mois d'adaptation, de travail et d'encadrement à une infirmière pour qu'elle soit apte à donner aux malades de neurochirurgie, de réanimation, de néphrologie, de chirurgie cardiaque... ou même aux enfants et aux personnes âgées, des soins adaptés à leur état.

Quelques modèles mutationnels dans le secteur extra-hospitalier

Des considérations analogues au secteur hospitalier peuvent être appliquées au secteur extra-hospitalier car, à quelques exceptions près, et étant donné la pénurie de personnel soignant dans les hôpitaux, la formation des infirmières, ces dernières années, a eu pour objectif essentiel d'en faire des soignantes exerçant dans le cadre hospitalier ; alors que parallèlement le champ d'activités des infirmières se développait, hors de l'hôpital.

Cependant l'étendue de ce champ d'activités , que nous avons décrit dans notre étude sociologique, a plus ou moins remis en cause le modèle initial. Les infirmières se sont trouvées dans des situations inhabituelles où elles n'ont pu reproduire le modèle primitif. Elles ont donc dû élaborer un modèle nouveau, véritable "Patron" qui a induit la manifestation de comportements différents et originaux susceptibles d'être adaptés à leur nouvelle situation de travail et qui n'était, en fait, qu'une pâle imitation du modèle de l'infirmière hospitalière.

Ce fut le cas, comme nous l'avons vu, pour l'infirmière scolaire ou d'usine, sans parler de celles s'occupant de la protection maternelle et infantile ou de soins à domicile.

C'est pourquoi, en faisant appel à notre expérience, nous pensons que, grâce à des initiatives individuelles, souvent très punctiformes, il s'est développé autant de "modèles infirmiers" que de domaines d'activités dans la fonction, sans que les infirmières aient, au préalable, bénéficié d'une quelconque formation.

Par ailleurs, ici ou là, quelques écoles privées aidées en cela, par la mise en application du nouveau programme d'enseignement de 1972, ont tenté de donner une autre dimension à cette formation, en l'ouvrant plus sur les soins donnés en secteur extra-hospitalier et en incluant à la fonction de soignante de l'infirmière, des fonctions d'éducation, de prévention, de promotion de la santé.

Il n'est donc pas exagéré de dire que "des modèles d'infirmières extra-hospitalières" sont disponibles, ce en quoi notre profession remplit bien une des deux conditions souhaitées par Monsieur Avanzini pour amorcer un quelconque changement. Comme en éducation, il est "en effet normal qu'existent simultanément plusieurs perspectives de changement"(1) correspondant à des besoins du moment. Mais encore faudrait-il que des recherches soient entreprises pour mettre en évidence ces besoins, que "des modèles expérimentaux" soient élaborés et que "soit appliquée à leur évaluation une procédure appropriée"(2).

(1) AVANZINI (Guy) op. cit. p. 200

(2) idem. p. 200.

En dégageant des "modèles mutationnels", on peut nous reprocher de vouloir spécialiser, perfectionner à outrance le personnel infirmier. C'est une objection que nous retenons et à laquelle nous tenterons de répondre ultérieurement. Quant au fait que, "l'étude de modèles mutationnels axiologiquement irréductibles exerce de facto sur ceux qui y seraient soumis, des pressions contraires à leur liberté..."(1), nous pensons que cette objection n'est pas décisive car, "loin de créer une situation radicalement neuve, l'acceptation patente d'îlots expérimentaux variés n'en constituerait que la reconnaissance"(2).

2 - Vers un nouveau modèle : l'infirmière de santé publique.

Ainsi, les infirmières de protection maternelle et infantile, les infirmières de soins à domicile, scolaire ou d'entreprise ... ont esquissé -dans les faits- des modèles différents du modèle de l'infirmière hospitalière. La reprise de ces modèles pourrait fournir l'ébauche d'un modèle infirmier plus général et original : celui de l'infirmière de santé publique. Ce terme international est utilisé par l'O.M.S. pour désigner toute infirmière qui travaille dans le secteur extra-hospitalier que ce soit dans le domaine préventif ou curatif.

2.1. Qui est-elle ?

Dès 1969, Marie-Françoise Collière, qui est une des infirmières françaises expertes en santé publique, proposait de l'infirmière de santé publique une analyse(3) dont nous nous inspirerons librement.

Etre infirmière, autrefois, c'était, nous l'avons déjà indiqué, contribuer à lutter contre la maladie et tout son cortège de maux, c'était être essentiellement au service des mal-portants, de ceux qui, par essence, n'avaient pas la santé. mais on ne pensait guère à ceux qu'il aurait fallu aider à la reconquérir ou à accepter de l'avoir perdue. L'infirmière ne s'occupait pas non plus, des personnes qui "possédaient la santé", elle

(1)(2) AVANZINI (Guy) op. cit. p. 201.

(3) COLLIÈRE (M.F..) "Les fonctions de l'infirmière de santé publique"
L'infirmière sociale dans le cadre d'un programme de santé publique
p. 1081.

ne les informaient pas de la manière dont elles pouvaient conserver ce capital car, pour ce faire, il lui aurait fallu mobiliser toutes les énergies existantes. C'est pourquoi il n'existe aucun stéréotype standard de la fonction d'infirmière de santé publique : on ne peut faire une liste des tâches qu'elle aura à réaliser car elles sont fonction d'un contexte humain vivant, dynamique, qui évolue, progresse, régresse parfois du jour au lendemain, amenant la priorité d'un jour à ne plus l'être le lendemain, pour le redevenir le surlendemain. Cependant, les progrès en matière de santé ne seront réels qu'à partir du moment où la médecine puisera ses fondements dans une idéologie qui ne sera plus exclusivement organogénétique, mais qui sera une médecine de l'homme total. De ce fait, les infirmières de santé publique considéreront l'homme dans sa globalité, ne définiront pas leur fonction par rapport à des types de tâches à accomplir, mais par rapport à des objectifs humanistes visant le développement de la personne.

Orientée non seulement vers les individus mais vers les collectivités, l'action de l'infirmière de santé publique pourrait s'exercer non seulement dans les écoles et les entreprises mais dans les quartiers ou les communes.

Elle serait à la disposition des individus pour répondre à leurs besoins sur le plan curatif et préventif.

Son premier rôle resterait d'exécuter les prescriptions médicales, l'éducation de la santé ne supprimant pas, évidemment, la priorité des priorités : soigner les malades.

Mais l'infirmière de santé publique pourrait, en outre et surtout, avoir auprès des individus une attitude d'écoute : elle devrait d'abord recueillir leurs préoccupations en matière sanitaire, s'intéresser à leurs soucis, à leurs inquiétudes, à leurs problèmes.

Elle pourrait ainsi recueillir au niveau des familles ou des groupes qui feront appel à elle, des éléments sur leur situation, dont l'analyse lui permettrait de mieux les appréhender et les comprendre.

Cette attitude d'écoute se prolongerait naturellement en information, éducation ou en conseil.

. L'information est, en effet, un moyen de prévention indispensable sur un plan individuel mais aussi sur un plan collectif qu'il s'agisse des couples, de la famille, des groupes d'enfants scolarisés, de travailleurs, d'étudiants ou de personnes du 3e âge. Elle doit concerner tout ce qui touche à la satisfaction des besoins fondamentaux de l'homme telle que l'hygiène de vie corporelle, vestimentaire, alimentaire... mais aussi la satisfaction de ses besoins-aspirations et prendre en considération tout ce qui concerne le travail, la scolarité, les loisirs... Nous avons été étonné, dernièrement, en prenant connaissance du travail réalisé par un groupe de chercheurs du C.E.R.E.B.E.(1) de constater que lorsque les individus avaient besoin d'une information quelconque concernant leur santé, ils s'adressaient en priorité au pharmacien, mais aucun d'eux ne pensait que les infirmières pouvaient leur être d'une utilité quelconque et posséder l'information qu'ils recherchaient. Situation qui nous apparaît comme un paradoxe !

L'éducation peut apparaître, au moins à certains, une attitude déplacée de la part de l'infirmière. N'est-elle pas traditionnellement considérée comme une relation existant entre un adulte tout puissant, détenteur du savoir et un enfant soumis, réceptif, plus ou moins intéressé par ce qu'on lui dit ou ce que l'on veut lui faire faire. De fait, ce type de relation est tout à fait inadéquat dans le cas précis de l'infirmière et de son interlocuteur. Le concept d'éducation est intéressant s'il n'est pas seulement conçu comme une préparation à la vie réservée aux enfants et aux adolescents, mais comme une activité permanente, coextensive à la vie. C'est pourquoi l'éducation telle que doit l'envisager l'infirmière de Santé Publique relève du conseil.

Nous sommes frappés dans nos sociétés par l'importance du Conseil. Le recours au conseil est sans doute le signe de l'insécurité et du désarroi des individus face au caractère changeant et complexe de la société où tout est remis en question. Mais il est aussi le signe du désir, dans une situation difficile, d'assurer plus personnellement son existence en connaissance de cause.

Dans le domaine de la santé publique où l'on souhaite une

(1) C.E.R.E.B.E. : Centre de Recherche et d'Etudes sur le Bien Etre.

participation des individus à tous les niveaux, le conseil-directive ne peut avoir sa place. En effet, il prend appui sur l'âge, l'expérience, la compétence ; il tient surtout son poids de l'autorité, et de l'autorité conçue comme un pouvoir qui vient d'en haut et véhicule un certain nombre de valeurs d'inspiration paternaliste auxquelles on est obligé d'adhérer, aliénant ainsi toute liberté. Au contraire, le Conseil-élucidation répond mieux à l'idéologie qui sous-tend ce travail, et qui se veut démocratique, car il permet aux individus d'aspirer à l'autonomie et à la responsabilité. Il suppose, lui aussi, l'autorité -non plus celle du pouvoir- mais celle de la compétence et du savoir, en dehors de toute pression institutionnelle. Ne venant plus d'en haut, mais fruit de la réciprocité et du dialogue, il est stimulation pour l'autonomie qui se cherche et occasion d'une prise en charge de soi pour la liberté qui veut s'assurer. Etant donné les conceptions fort différentes que les individus ont de la santé, et l'importance des champs d'action de l'infirmière de santé publique, la fonction du Conseil ne peut être qu'élucidante, basée sur l'écoute de l'autre et de la connaissance que l'on a de son vécu, de son milieu culturel, et de son environnement.

Parfois aussi, à partir de la connaissance précise qu'elle a d'une situation donnée ou d'un cas déterminé, l'infirmière devra prendre des décisions soit par rapport aux types de soins infirmiers à mettre en oeuvre et dont elle a la responsabilité, soit par rapport au spécialiste susceptible d'intervenir avec compétence, qu'il faudra consulter.

En d'autres termes, dans les soins eux-mêmes et au-delà des soins, à travers les informations, les conseils, les décisions à prendre, l'infirmière de Santé publique devra instaurer avec les personnes un dialogue analogue -non pas identique- au "colloque singulier" du médecin et de son client. Instaurer -sur le plan sanitaire- un rapport vrai de personne à personne avec son interlocuteur permet à l'infirmière de préparer ou de prolonger le "colloque singulier" médical mais dans certains cas aussi de le prévenir.

- Au niveau de la collectivité, les infirmières de santé publique pourraient devenir des coopératrices actives et irremplaçables dans une politique de prévention.

A l'écoute des hommes et en les observant dans leur environnement, elles pourraient, en remontant des méfaits sanitaires constatés à leur cause, déceler les aspects nocifs des milieux de vie ou de travail.

L'infirmière de santé publique, par ses observations et son action éducative, pourrait être ainsi un agent de la lutte contre les plaies du monde moderne : pollution de l'atmosphère due aux émanations toxiques de l'industrie et de l'automobile, troubles dus à l'abus de l'utilisation des détersifs, des produits synthétiques, des colorants..., aux radiations ionisantes, maladies nutritionnelles liées, dans les pays industrialisés à la suralimentation, à la malnutrition, aux hypervitaminoses... ou plus prosaïquement aux atteintes profondes de l'organisme due à la consommation abusive de tabac ou d'alcool.

Non moins indispensable pourrait être sa coopération pour dépister à temps le retour de vieux fléaux collectifs, dont les parasites chez les élèves des écoles maternelles en cet automne 1976 sont une illustration et, peut être, le signe avant coureur du retour analogue d'autres fléaux infiniment plus graves.

Un exemple de ce que pourrait être l'action bénéfique des infirmières de santé publique nous est donné par les infirmières puéricultrices de protection maternelle et infantile. Leur intervention dans les familles a contribué à une diminution de la mortalité infantile et l'éducation réalisée auprès des mères a réduit singulièrement le recours au placement des enfants dans des maisons spécialisées. Par contre, les infirmières puéricultrices savent que d'autres problèmes se posent au sein des familles, en dehors de ceux qui concernent la mère et l'enfant en bas âge et pour lesquels peu ou pas d'action sont entreprises.

Tel pourrait être le travail intéressant et efficace d'une infirmière de santé publique. Dans son étude, M.F. Collière, outre les fonctions d'information, de décision, d'exécution, d'éducation lui attribuait une fonction de recherche. Cette dernière fonction consistant "à analyser les événements ou les méthodes de travail auxquels elle participe.

C'est une disposition à encourager. L'étude scientifique ou l'expérimentation est la capacité d'accepter des conclusions sanctionnées par "l'expérience et de s'en inspirer par la pratique". Marie-Françoise Collière

précise que "le champ de la recherche dans les soins infirmiers reste quasi totalement à explorer"(1), surtout en France, où l'idée et les conditions d'une recherche spécifiquement infirmière sont encore loin d'affleurer les meilleurs esprits ! Nous n'en voulons pour preuve que le jugement un peu hautain de J. Bernard : "La découverte est faite par les médecins, les grandes lignes des indications sont fixées par des médecins. L'application peut être faite par des infirmières...(2).

La recherche mise à part, M.F. Collière prend bien soin de faire remarquer que les fonctions de l'infirmière de santé publique "n'impliquent pas un stéréotype standard, n'existent que dans un contexte total, et doivent être remises en question par rapport à ce contexte"(3) et elle ajoute, "c'est le niveau de santé publique atteint par un pays qui permet de savoir comment orienter l'action sanitaire"(4).

Elle montre enfin avec pertinence que le modèle de l'infirmière de santé publique est aussi valable pour les infirmières hospitalières "Pourquoi le domaine de la santé serait le propre de certaines infirmières tandis que d'autres n'auraient que le lot de la maladie ?"(5) En effet, "dans une optique de la santé considérée comme l'exploitation de toutes les possibilités contribuant au développement de la personne, il apparaît que toute infirmière devrait être une infirmière de santé publique et qu'il serait sans doute plus juste de parler du champ d'action où l'infirmière pratique sa profession c'est-à-dire le secteur hospitalier et le secteur extra-hospitalier pour désigner les infirmières qui y exercent"(6).

Toute soignante, même dans le cadre hospitalier pourrait, si elle le voulait, avoir un champ d'activité beaucoup plus vaste et acquérir une certaine autonomie. Cela nécessiterait, sans doute, qu'elle reprenne aux

(1) COLLIÈRE (M.F....) "Les fonctions de l'infirmière de santé publique"
L'infirmière sociale dans le cadre d'un programme de santé publique.
p. 1082.

(2) BERNARD (J...) - L'homme changé par l'homme - p. 177.

(3) COLLIÈRE (M.F.) - idem. p. 1081.

(4) idem. p. 1081.

(5) idem. p. 1081.

(6) idem. p. 1083.

sous-professions qu'elle a secrété, les tâches qu'elle leur a laissé : nous voulons parler de l'ensemble des soins aux malades qu'elle délègue aux Auxiliaires de Puériculture, aux Aides Soignantes, aux diététiciennes..., ou de ceux qui, en fait, relèvent d'elle, mais qu'elle a abandonné à des professionnels plus spécialisés, tels que les kinésithérapeutes, les orthophonistes, les éducateurs de jeunes enfants... Car, le fait de laisser une partie de ses activités à d'autres professionnels de la santé la relègue, finalement, dans un rôle de technicienne, soumise aux prescriptions médicales qui n'intervient auprès des malades que dans un but très précis n'ayant, de ce dernier, qu'une vision parcellaire. Ayant perdu toute prérogative dans certains domaines de soins (Hygiène, alimentation, locomotion, respiration, vie de relation...) elle n'a, à ses différents niveaux, aucune possibilité de décision.

Il serait aussi nécessaire de passer d'une organisation "du travail en miettes" à une sectorisation de soins qui la rendrait responsable d'un groupe de malades. Du fait de sa permanence auprès des patients n'est-elle pas apte à déceler leurs besoins, leurs ressources, leurs difficultés et après l'analyse à en déduire des objectifs de soins qui évolueraient corrélativement à la situation physique, psychologique, sociale... du malade ? C'est à cette condition, et dans l'intérêt des malades, qu'elle sera à même de prendre des décisions et des responsabilités. De plus, l'ensemble des connaissances qu'elle possède sur les malades qui lui sont confiés lui permettent d'avoir des relations directes avec eux, leur famille, les médecins et d'entrer en contact, lorsque cela s'avère nécessaire, avec les institutions sanitaires extérieures à l'hôpital. De cette manière, l'infirmière s'intègre dans une équipe de "fonctionnels" qui s'inscrit dans une structure horizontale où chacun donne son avis et prend position en fonction de ses aptitudes. La connaissance globale du malade, la compétence, l'esprit critique, la créativité seront alors les manifestations de l'autonomie de l'infirmière dans l'exercice de son travail.

2.2. Les conditions spécifiques de l'exercice de sa fonction.

Cette conception nouvelle des fonctions et des responsabilités de l'infirmière, née des besoins des individus et des groupes sociaux conduit en toute logique à une remise en question et à une définition renovée des soins infirmiers.

La notion de soins reste traditionnellement liée dans le langage courant à la maladie ou aux atteintes dont peut être victime l'être humain : on donne des soins à un malade, c'est dire qu'on l'aide à retrouver sa santé.

Mais les soins, au sens général, désignent les attentions que l'on peut avoir pour quelqu'un, les services qu'on lui rend, les peines qu'on lui épargne : on peut prodiguer les soins les plus pressés.

Qui plus est, les soins ne sont pas seulement attention à autrui, ils sont d'abord attention à soi-même : qui ne prend pas soin de lui, ne veille pas à l'harmonieux épanouissement de sa personne.

Ainsi la notion de soins déborde-t-elle la maladie : elle n'est pas liée exclusivement à une perspective thérapeutique. Les soins comme la santé, s'enracinent dans le jeu même de la vie. Dès lors, les soins infirmiers, avant même d'avoir une portée curative, doivent avoir une signification préventive, car, selon le vieil adage encore trop peu respecté et appliqué : "mieux vaut prévenir que guérir". Enfin, si soigner "c'est aider à vivre", "à mieux vivre" comme le dit M.F. Collière, un champ immense s'ouvre à l'infirmière de santé publique dans l'aide et l'assistance qu'elle peut apporter aux individus et aux groupes dans la recherche et le maintien d'un bon état de santé.

Cette analyse de la notion de soins permet d'apprécier à sa juste valeur la définition des soins infirmiers que proposait, en 1961, Virginia Henderson : assister l'individu, malade ou bien portant, dans l'accomplissement des actes qui contribuent au maintien ou à la restauration de la santé (ou à une mort paisible) et qu'il accomplirait par lui-même s'il avait assez de force, de volonté, ou de savoir...(1).

Elle permet également de montrer que les soins infirmiers, sous leur aspect préventif, se situent finalement au niveau des soins courants, habituels qu'un individu autonome peut se donner à lui-même ou à autrui. L'aspect curatif des soins, au contraire, se rattache aux soins thérapeutiques que donnent à l'individu les médecins ou les infirmières toutes les fois qu'il n'a pas, ou qu'il n'a plus, l'autonomie

(1) HENDERSON Virginia - Principes fondamentaux des soins infirmiers.
p. 6.

suffisante pour "prendre soin" de lui. Ce qui est le cas de l'enfant, du malade ou du vieillard.

Ainsi les soins infirmiers précèdent, accompagnent, dépassent la maladie. On pourrait les envisager selon trois grandes orientations :

- l'une prospective au niveau de la politique sanitaire d'un pays.

. quels problèmes de santé risquent de se poser dans une collectivité ?

- l'autre préventive au niveau des besoins individuels ou collectifs de santé.

. comment aider certains individus ou certains groupes à mieux vivre ?

- la troisième enfin au niveau de la restauration de la santé.

. comment aider autrui à guérir ?

Logiquement, une telle pratique des soins infirmiers suppose que l'infirmière soit capable de porter "un diagnostic infirmier".

Au sens strict du terme, un diagnostic est l'acte du médecin qui identifie grâce aux symptômes l'affection d'une maladie. Le diagnostic infirmier peu pratiqué en France, a été mis en évidence au Canada, "il est le processus qui identifie les ressources et les déficits du malade afin de découvrir l'aide dont il peut avoir besoin de la part du service infirmier"(1). Il centre l'attention sur le malade et révèle les nombreux facteurs qui influencent les progrès du malade . A notre avis, il a un rôle prépondérant à jouer dans le cadre de la santé publique :

. au niveau individuel, dans l'estimation des conditions de sauvegarde ou d'épanouissement de la santé d'un individu ou d'une famille compte tenu de l'ensemble des facteurs internes (physiques, émotionnels...) ou externes (économiques...) au sein desquels se meut cet individu ou cette famille.

(1) ROTHBERG (June S.) - Pourquoi un diagnostic infirmier ? p. 1040 à 1042

. au niveau collectif : dans l'appréciation de l'état de santé d'une collectivité en vue de l'amélioration d'une politique sanitaire.

Certes, le diagnostic infirmier peut amener l'infirmière à prendre la décision de faire appel à des spécialistes compétents pour intervenir dans la situation.

Soins infirmiers, diagnostic infirmier, ces activités typiquement infirmières au service d'un objectif d'épanouissement et de sauvegarde de la santé individuelle et collective relèvent enfin d'un savoir, d'un savoir faire, d'un savoir être infirmier qui doivent être définis, transmis, perfectionnés par des infirmières et non plus seulement par des médecins ou des administrateurs.

- oOo -

La complexité du monde de la santé, les besoins d'une société qui se veut plus humaine, une conception collective des soins réclame des infirmières diversifiées. Il s'agit actuellement de répondre d'abord aux besoins des centres hospitaliers qui seront dans les années à venir appelés à ne recevoir que des cas graves, d'où l'intérêt qu'il y aurait à former des infirmières véritablement opérationnelles. Parallèlement à cette réalisation, il paraît souhaitable de mettre en route une formation d'infirmières de santé publique autonomes, indépendantes, polyvalentes, capables en étroite collaboration avec le personnel médical et para-médical de soigner, mais aussi de réaliser une oeuvre de prévention sanitaire en informant et formant la population.

Les finalités des activités de l'infirmière étant ainsi bien au clair, il reste à préciser comment permettre aux infirmières de les atteindre.

3 - La formation de l'infirmière de Santé Publique"

Il n'est pas dans notre intention d'élaborer un programme de formation pour chaque "modèle infirmier" nous souhaitons seulement mettre en évidence quelques grands principes qui orienteraient la formation, suggérer certains aspects et certaines techniques de cette formation et préciser le cadre au sein duquel elle devrait se développer.

3.1. Les principes de la formation

1er principe : Le niveau intellectuel des futures infirmières devraient leur permettre d'envisager des études supérieures, ce qui serait plus conforme à l'Accord Européen pour qui "les candidates aux études d'infirmières doivent normalement être d'un niveau intellectuel ou culturel correspondant, au moins (1) à celui de la dixième année d'enseignement général. En conséquence, elles devraient posséder un titre scolaire sanctionnant un tel cycle d'études ou bien avoir satisfait à un examen officiel d'admission qui soit d'un niveau équivalent"(2).

A défaut de posséder un titre scolaire sanctionnant un cycle de 10 années d'enseignement général, nous souhaitons que l'examen d'admission soit une équivalence à l'entrée à l'Université, ce qui permettrait de ne pas réaliser de ségrégation entre les étudiants en soins infirmiers et ceux de psychologie, de sociologie ou de tout autre discipline.

2e principe : Il repose sur le fait que les infirmières ne doivent pas, au cours de leur formation, être isolées des autres professions de santé. Ne serait-ce pas déjà les habituer à travailler en équipe pluridisciplinaire que de prévoir un "tronc commun" de formation pour les travailleurs de la santé ? Mais ce "tronc commun" ne devrait pas seulement exister au niveau des professions de santé (infirmières, sages-femmes, assistantes sociales, kinésithérapeutes, infirmières-psychiâtriques,...) ; il serait également souhaitable qu'il se constitue avec les étudiants d'autres disciplines telles que la psychologie, la sociologie, la biologie... enseignées au sein de l'Université. Il permettrait aux étudiants des professions de santé, s'ils y étaient intégrés, de cotoyer d'autres camarades qui sont confrontés très souvent avec des problèmes identiques aux leurs. Car en fait, cette conception de la formation qui met les infirmières à l'écart de toutes les professions sanitaires, sociales et humaines reste inspirée d'une tradition qui n'a que très peu de rapport avec les réalités actuelles ou futures de la Société, dans laquelle les infirmières sont appelées à vivre.

(1) Terme souligné par nous.

(2) Décret n° 75-73 du 30 Janvier 1975

3e principe : La formation de base d'une durée de 28 mois telle que l'a préconisé "le programme des études d'infirmières" de 1972, sera obligatoire pour tout le monde pour obtenir non plus un "diplôme d'Etat d'infirmière" mais un diplôme d'Etat en "soins infirmiers généraux".

Cependant, dans la mesure où les infirmières seront appelées à travailler à des niveaux et dans des milieux différents, cette formation de base devra être complétée : c'est ce que nous appellerons "les capacités".

Conformément à l'Accord Européen, la France doit prochainement élaborer un programme de formation du personnel infirmier en 3 années d'études ; celui de 1972, établi pour une durée de 28 mois, n'ayant pas, à notre connaissance, fait l'objet d'une évaluation sérieuse, nous pensons qu'actuellement il pourrait demeurer dans le fonds et la forme, les huit autres mois pouvant être consacrés à acquérir des capacités pour le secteur hospitalier, en réanimation, en neuro-chirurgie, en soins infirmiers pour les personnes du 3e âge. Nous voyons là un avantage certain pour le milieu hospitalier : il accueillera non plus un personnel infirmier à former mais un personnel opérationnel, dès la période d'adaptation passée. En outre, la jeune diplômée, appréhendera sa situation professionnelle avec beaucoup moins d'anxiété car son bagage de connaissances sera approprié à la qualité des soins qu'elle devra administrer. En ce qui concerne le secteur extra-hospitalier, nous désirons que l'infirmière diplômée d'Etat en soins généraux, effectuée au moins deux années d'activités dans un service hospitalier de médecine ou chirurgie générale avant d'entreprendre des études pour réaliser une capacité d'infirmière de santé publique ou d'infirmière d'usine ou d'hygiène scolaire. Cette exigence nous paraît indispensable pour toutes les infirmières travaillant en secteur extra-hospitalier, qui, quelle que soit leur fonction, risquent à tout moment, de se trouver seules devant un cas d'urgence nécessitant de leur part intervention et décision. Cette prise de position nous amènera à préciser l'importance des connaissances tant techniques que cliniques nécessaires à l'infirmière et qu'elle ne peut véritablement acquérir que dans le cadre hospitalier.

4e principe : Cette formation de base et les différentes capacités se prolongeront dans un processus de formation continue. Nous voyons dans la possibilité qu'auront les infirmières, d'acquérir au cours de leur carrière professionnelle un certain nombre de capacités, une formation permanente, qui serait associée à une promotion professionnelle.

En effet, il n'existe actuellement pas d'autre promotion pour l'infirmière que de se spécialiser en devenant soit aide-anesthésiste, soit infirmière puéricultrice, soit infirmière de salle d'opération : ce sont les trois fonctions reconnues officiellement comme spécialisation. Elle peut également devenir surveillante d'unité de soins. Cette fonction lui confère des responsabilités dans l'administration et la gestion d'une unité de soins, mais l'éloigne, du même coup, de la "fonction soins" à laquelle elle est le plus souvent très attachée. De nombreuses infirmières peu intéressées par la fonction de surveillante ne bénéficient alors d'aucune promotion professionnelle.

Mais, outre le fait que, en acquérant des capacités, les infirmières bénéficieront de formation et de promotion professionnelles, elles auront aussi la possibilité de changer de structures de travail. Car, étant toutes des fonctionnaires de l'Etat(1), les infirmières françaises pourront, après l'acquisition d'une capacité dans le cadre de la formation permanente, passer du secteur hospitalier au secteur extra-hospitalier et vice-versa. Ce serait là, si l'on en croit notre expérience une amélioration considérable des conditions de travail du personnel infirmier qui aurait toutes les possibilités de se sortir de la "routine quotidienne", qui ne manque pas de s'installer, lorsque l'on travaille depuis de longues années dans la même unité de soins par exemple, et qui éloigne les infirmières des véritables problèmes de santé qui se posent aux populations qu'elles soignent.

Formation permanente, promotion professionnelle, retour sur le terrain et prise de conscience des problèmes inhérents à la vie quotidienne de la population sont les points essentiels qui légitiment, à nos yeux, l'adhésion à une telle perspective.

Se principe : La formation initiale, mais surtout la formation réalisée au niveau des capacités, devra permettre à l'infirmière de répondre aux besoins de la population d'une circonscription sanitaire en matière de santé. C'est ainsi que, si une circonscription sanitaire rurale, du fait de son étendue géographique doit multiplier ses Centres de santé et

(1) Nous préconisons que toute personne en possession d'un diplôme d'Etat en soins infirmiers généraux soit fonctionnaire de l'Etat, ceci dans le but d'éviter, au sein du personnel infirmier, la pluralité des statuts que nous avons démontré dans la IIe partie de notre étude et faciliter son passage d'une structure administrative à une autre.

de soins, des infirmières de santé publique seront alors nécessaires ; par contre, mettre en route une capacité d'infirmière d'usine n'aurait probablement aucune raison d'être. D'où, la nécessité, pour chaque circonscription, de posséder des équipes de recherche susceptibles d'entreprendre et de tenir à jour des études de besoins en matière de personnel infirmier dont le nombre et la qualification seraient susceptibles de répondre aux besoins des individus et des groupes ; ces études devront, en outre, suivre l'évolution des rôles des modèles infirmiers existants et accepter la création de "nouveaux modèles mutationnels" si le besoin est reconnu.

3.2. Les aspects et les techniques de la formation.

La formation pourrait s'appuyer sur une définition très précise des fonctions de chaque "modèle infirmier", ce qui permettrait aux formés de s'adapter rapidement et leur donnerait un caractère opérationnel à court terme. Mais à long terme, le contenu de la formation risque de rester limité à la définition actuelle de la fonction et complètement inadapté à l'évolution des structures économiques et institutionnelles, d'où la nécessité de construire cette formation à partir de l'étude des situations professionnelles.

En effet, "la maîtrise de situation professionnelle est l'objectif visé par un système de formation professionnelle. Il convient donc, de bien connaître au départ les situations elles-mêmes"(1).

Par l'intermédiaire des modèles pré-existant actuellement tant dans le secteur hospitalier que dans le secteur extra-hospitalier (infirmière scolaire et d'usine, infirmière libérale ou de centre de soins ou d'hospitalisation à domicile...) on peut avoir une connaissance "intuitive" des secteurs professionnels. Une conversation avec ces professionnels permettrait aux formateurs dans un premier temps de s'en faire une image vivante, surtout si leur activité dans cette situation a duré longtemps et s'ils ont pris suffisamment de recul pour pouvoir conduire

(1) VIALLET(F...)"Une façon de construire méthodiquement un programme de formation professionnelle" p. 9.

une réflexion philosophique et prospective sur cet univers professionnel.

Dans un deuxième temps il sera nécessaire de recueillir le témoignage des professionnelles sur leur situation de travail afin que les formateurs puissent préparer les thèmes d'après lesquels ils désirent "interroger" chacune des situations de travail et ceci en fonction de ce qui leur est indispensable de connaître pour construire le programme de formation, car, en fait, c'est au "formateur de rechercher les éléments de description des situations professionnelles qui lui sont utiles pour son travail"(1).

Le traitement de l'ensemble des informations ainsi obtenues devra permettre l'établissement de fiches descriptives des différentes situations professionnelles. Elles auront pour but de faire très nettement apparaître :

- L'objectif final de la formation et la situation épreuve afférente, c'est-à-dire les différentes performances qui devront être atteintes par les infirmières dans la situation professionnelle.

- Les grandes masses de contenu de formation c'est-à-dire le savoir, ses modes de distribution (par document écrit, cours oraux, par disciplines, par problèmes...) ainsi que les personnes susceptibles d'être chargées de cette formation.

- La nature des activités éducatrices à privilégier (enseignement dogmatique, travail en groupe, expériences sur le terrain, stages...).

- Les relations qu'il conviendra d'établir entre les personnes en formation et l'extérieur : ceci dans le but de faire acquérir à ces personnes en contact permanent avec des êtres humains d'âge, de sexe, de milieu et de culture divers un savoir être indispensable.

(1) VIALLET (F...) op. cit. p. 9.

- Enfin, il nous paraît opportun que les formateurs établissent un projet fixant les règles de fonctionnement pédagogique du système qui soit en corrélation avec les caractéristiques des situations professionnelles auxquelles le système préparera, de façon à faciliter ultérieurement l'adaptation des futures infirmières à leur situation de travail.

Cependant, l'étude détaillée de ces différentes situations rendra certainement compte de la difficulté qu'il y aura à inscrire cette formation entre une formation strictement professionnelle et une formation universitaire classique, reproduite telle quelle (dont seul le rythme serait accéléré). C'est pourquoi un certain équilibre sera à trouver notamment :

. au niveau des contenus

Une harmonie sera à réaliser, d'une part, entre ce qui est strictement du domaine professionnel et ce qui est propre à la formation en sciences humaines (psychologie, sociologie, droit...) et, d'autre part, entre les apports théoriques et les différentes applications pratiques réalisées en fonction des finalités recherchées, c'est-à-dire dans les unités de soins, l'usine, l'école, les soins à domicile, la vie d'un quartier...

. au niveau des formes de travail proposées, où il faudra alterner les moyens pédagogiques : cours didactiques, travaux dirigés, études de cas, débats, expériences vécues et travaux sur le terrain suivis de séances d'exploitation du matériau..., utilisation des moyens audio-visuels...

. au niveau des intervenants

L'équilibre sera à trouver entre trois pôles : les Universitaires, les professionnels de la santé et l'ensemble des professionnels qui n'appartiennent ni à l'une ni à l'autre de ces catégories.

Nous sommes, certes, consciente de la difficulté de réalisation que présente un tel projet; cependant avec Messieurs COHEN et DELASSUS, nous pensons qu'il présente plusieurs avantages. Il permettrait aux infirmières :

. d'être intégrées à l'Université "en tenant pour équivalent au cursus Universitaire une formation et une expérience professionnelle"(1).

. d'avoir à leur disposition une formation sanctionnée par un diplôme Universitaire qui leur permettrait d'effectuer un "saut qualificatif réel" tout en les préparant à des tâches professionnelles.

. enfin, ce système permettrait de faire cohabiter au sein d'une même institution "des organisations aussi différentes du point de vue de leurs normes et de leurs systèmes de valeurs"(2) que le monde de la santé et l'Université.

3.3. Le cadre de la formation

La formation de base de l'infirmière et l'acquisition des différentes capacités devrait se dérouler dans un cadre à la fois universitaire, hospitalier et extra-hospitalier.

. Universitaire, puisque les futures infirmières devront posséder les diplômes nécessaires à l'entrée dans un établissement d'enseignement supérieur, car, si l'on veut que l'infirmière soit capable de donner les soins infirmiers les plus délicats à l'hôpital ou au sein d'une collectivité, qu'elle sache assurer des fonctions de direction au sein d'une équipe hospitalière, travailler en coopération avec des médecins et d'autres travailleurs sanitaires, elle doit acquérir par sa formation, connaissances, savoir-faire et attitudes indispensables.

Qu'est-ce que l'Université peut lui procurer comme ressources ? L'aider à s'adapter aux changements et aux situations nouvelles ? Créer chez elle des habitudes d'apprendre, de penser d'une façon analytique et synthétique en lui inculquant l'esprit de recherche ? Il apparaît en tout cas qu'à l'Université l'infirmière pourrait, peut-être, acquérir le bagage scientifique qui lui manque actuellement, car, c'est seulement dans le "berceau universitaire" que pourra s'épanouir "une science" infirmière qui

(1) COHEN (E...) DELASSUS (D...)...La formation à la gestion de cadres soignants hospitaliers : une approche de la formation d'adultes débouchant sur une maîtrise de Sciences et techniques 'p. 24.

(2) COHEN(E...) DELASSUS (D...) idem. p. 24.

permettra de poser les principes essentiels et indispensables pour guider la pratique des soins infirmiers.

L'aptitude à entretenir des relations humaines et à communiquer s'acquiert plus facilement lorsque l'on fait appel aux connaissances que peut nous donner l'ensemble des sciences humaines ; d'autant plus qu'actuellement les Universités semblent être le théâtre de changement et de réformes, tendant à s'occuper des besoins sociaux des individus et à développer les compétences humaines nécessaires pour y faire face.

Recevant, en outre, une formation médicale et infirmière nécessaire à l'exercice de leur profession, les infirmières mêlées aux autres étudiants, verront ainsi s'aplanir la ségrégation que représentent actuellement les écoles d'infirmières, et qui est une condition indispensable à la promotion de l'infirmière. Dans de nombreux pays, en dehors de l'Europe, lorsque l'enseignement infirmier de base est donné à l'Université, on a pu instituer des études post-Universitaires d'un niveau véritablement élevé offrant des possibilités de carrière beaucoup plus intéressante pour les jeunes gens et les jeunes filles qui s'engagent dans cette profession.

"Le rattachement de l'enseignement infirmier à l'enseignement supérieur comporterait de nombreux avantages pour la prestation des services de santé :

- . incidences sur la qualité des soins infirmiers.
- . motivation accrue des jeunes gens et des jeunes filles à choisir la carrière d'infirmières.
- . satisfaction accrue à l'égard de la profession et de ce fait plus grande stabilité du personnel...
- . possibilité d'une décongestion des hôpitaux grâce à des soins infirmiers hautement qualifiés au niveau des services de santé extra-hospitaliers, plus grandes facilités aux services de santé de s'adapter aux changements..."(1).

(1) "L'enseignement infirmier supérieur vu par l'O.M.S." p. 635.

L'enseignement infirmier intégré à l'Université nous permettrait-il d'échapper à la tutelle des administrations hospitalières ?

En fait, cette formation Universitaire qui tendrait à mettre les infirmières au même rang que les autres étudiants s'inscrit dans un processus d'émancipation et de prise en charge de la profession par les professionnelles elles-mêmes mais, elle ne pourrait, à elle seule, être considérée comme une panacée. C'est pourquoi, en dehors de la faculté, les futures infirmières doivent être aussi formées à l'hôpital, car le contact avec le malade est pour l'infirmière comme pour le médecin, la condition absolue, d'une formation efficace ; encore faut-il que tout au long de cette initiation, la jeune stagiaire soit l'objet d'un encadrement efficace de la part de ses aînées, car c'est au lit du malade qu'elle fera l'apprentissage des techniques infirmières, de l'acquisition d'un certain nombre de connaissances médicales, chirurgicales, pharmaceutiques..., et d'attitudes inhérentes à la fonction devant la misère, la maladie, la vieillesse, la déchéance, la mort... Nous sommes consciente que de gros progrès restent à réaliser dans notre pays au sujet de l'"encadrement" des élèves-infirmières en stage hospitalier, où toutes ces dernières années du fait de la "pénurie des infirmières" elles ont trop souvent servi de personnel d'appoint.

Enfin la formation devra s'effectuer en secteur extra-hospitalier car sa future fonction d'éducatrice sanitaire exige que l'infirmière soit intégrée de bonne heure à la vie quotidienne des différentes populations et des différents milieux sociaux. A l'image des médecins aux pieds nus en Chine, nous souhaitons que les infirmières pénètrent réellement dans le monde du travail; les stages dans les usines, les bureaux, les administrations, les grands magasins... doivent se multiplier et ne pas s'effectuer seulement au niveau des services médico-sociaux mais au sein des différents ateliers, dans les postes de travail du personnel, afin qu'elles soient capables d'en analyser tous les aspects et de voir quel retentissement ils peuvent avoir sur la santé. Une démarche identique doit être réalisée au niveau de l'hygiène scolaire où les conditions de vie, de travail de chaque écolier devraient faire l'objet d'une étude particulière. La connaissance parfaite que l'infirmière pourrait avoir d'un quartier déterminé sur le plan géographique, démographique, l'analyse de ses ressources dans le domaine du travail, de l'éducation, des loisirs et des sports, des services de santé..., associés à l'analyse des besoins des

familles qui vivent dans cet environnement, lui permettrait d'être pour de nombreux professionnels (médecins, éducateurs, juristes, architectes, urbanistes, sociologues, psychologues...) une précieuse coopératrice.

- oOo -

Telle est la formation, qu'implique nous semble-t-il la conception que nous nous sommes faite du nouveau modèle infirmier, dont l'infirmière de Santé Publique est le "prototype".

Cette formation, comme nous venons de le démontrer ne sera donc plus réalisée dans les "Ecoles" d'infirmières et cela pour trois raisons :

Le mot vieillot d'"Ecole" réactive d'abord, chez beaucoup d'étudiants, les fantasmes engendrés par des expériences scolaires infantiles ou juvéniles plus ou moins réussies ; elle correspond cependant à une expérience psycho-sociale réelle, que ne peuvent méconnaître des éducateurs dignes de ce nom.

Par ailleurs, les Ecoles d'Infirmières -en tant qu'écoles- et cela ne leur est pas propre -reconduisent inévitablement- au niveau de la formation initiale ou de la formation continue- l'organisation, la procédure, les méthodes, l'esprit... de l'enseignement antérieurement reçu. En replongeant jeunes adultes ou adultes dans la situation... scolaire, elle les infantilise, et ne répond pas à leurs attentes et à leurs aspirations.

Et puis les écoles d'infirmières constituent -finalement- il faut avoir le courage de le dire - des ghettos, où mijote, à l'abri des autres formations sanitaires le futur prolétariat des professions de santé !

4 - L'originalité et la spécificité de l'infirmière de santé publique.

Aucune confusion n'est possible, à notre avis, entre l'infirmière telle que nous l'avons présentée et le médecin. Pas question qu'elle soit ou devienne un "petit médecin". Loins de nous cette idée. Coopératrice des médecins mais centrée sur les personnes saines ou malades, elle est l'éducatrice sanitaire de la population.

Certains rapprochements peuvent être instaurés entre les conditions d'émergence de l'infirmière de santé publique et celles qui ont provoqué l'apparition d'autres personnels para-médicaux, les kinésithérapeutes ou les orthophonistes par exemple. Dans un cas comme dans l'autre, il ne s'agit plus de créations "artificielles" mais de réponses à des besoins. Orthophonistes et kinésithérapeutes ont surgi dans le sillage des progrès des perfectionnements de la médecine : leur fonction répond à des besoins spécialisés. L'infirmière de santé publique répond, de son côté, aux besoins globaux et singuliers des individus en matière de santé, dans une société plus complexe, industrialisée, technocratique, impersonnelle et souvent nocive, où dans un univers de constantes stimulations visuelles ou auditives, l'homme plus ou moins bien informé et finalement livré à lui-même, cherche l'écoute, le dialogue, le conseil.

Car, sur ce point, l'infirmière de santé publique a beaucoup à retenir des relations qu'entretiennent avec leurs clients ses collègues kinésithérapeutes ou orthophonistes. Leur pratique ne s'accompagne-t-elle pas très souvent d'une communication vivante et renouvelée ?

Là encore, il n'est pas question que l'infirmière "de santé Publique" joue à la psychologue, au confesseur, à la thérapeute. Sa fonction spécifique reste de donner des soins -au sens large du mot- mais en les situant dans un contexte psychologique, familial, socio-économique où ils prendront leur sens.

Son rôle n'est pas pour autant de marcher sur les "brisées" de l'Assistante Sociale.

Le travailleur social est, lui aussi, un enfant du siècle, il est né des mutations récentes de la société contemporaine. Au XIXe siècle, il répondait à deux ordres de besoins ; un besoin d'éducation ou mieux de surveillance sanitaire, et un besoin d'assistance ; dès 1950, il devient un spécialiste des lois sociales, et un intermédiaire nécessaire entre l'utilisateur et les mécanismes socio-juridiques de la société, fonction qu'il assume encore, en priorité, de nos jours. Actuellement, le travailleur social se veut l'être de la relation avec son semblable, mais de la relation exercée avec un certain mandat de la société⁽¹⁾. En effet, le travailleur social n'intervient dans une famille que lorsqu'elle est en état de

(1) GINISTY B... "Projet d'action sociale et formation des travailleurs sociaux" p. 52.

crise, c'est-à-dire lorsqu'elle est jugée par la société, comme étant "malade", "marginale", "inadaptée", en état de "carence" ou "d'incapacité", il ne s'agit donc plus ici de la vie quotidienne et de ses inter-relations avec l'environnement et de la promotion de la santé, mais d'une "intervention", c'est-à-dire d'un recours à un traitement énergique, motivé par une situation dans laquelle tel ou tel client est jugé incapable de s'assumer. Du même coup, les finalités du travail social sont fort éloignées de celles de l'infirmière de santé publique. Cependant il faut reconnaître qu'au niveau de la formation initiale, infirmière et assistante sociale qui n'ont plus une année de formation commune depuis 1969 ont cependant une certaine complémentarité : le travailleur social reçoit en matière de soins aux malades une formation minime constituée exclusivement par des stages à l'hôpital, d'une durée de 4 mois, en 1ère année, effectués en médecine infantile et maternité, et de 3 mois en 2e ou 3e année dans des services de médecine ou spécialités adultes à orientation médico-sociales (cancérologie, traumatologie, cardiologie...). Cette formation clinique, des plus succinctes, des Assistantes Sociales ne leur permet, ni de donner des soins, ni de déceler au sein des familles les problèmes de santé et de ce fait, elles ne peuvent entreprendre une quelconque prévention sanitaire.

Quant aux infirmières beaucoup plus initiées aux soins infirmiers et aux problèmes de santé elles possèdent, néanmoins des lacunes fort importantes, sur le plan législatif qui ne les préparent donc pas, comme les Assistantes Sociales, à avoir une connaissance suffisante des lois sociales et des équipements sociaux mis au service des individus. L'infirmière ne peut, dès lors, assumer la fonction "d'advocati", c'est-à-dire d'avocat, de médiateur, exercée par l'Assistante Sociale entre les personnes et les causes, auprès des organismes de décision et de gestion.

Nous voyons donc se dessiner chez ces deux professionnels de la santé une très grande complémentarité, due au fait que les finalités de leur profession et leur formation sont différentes. C'est pourquoi, nous pensons que leur cohabitation au sein de l'équipe de santé ne peut être que bénéfique à partir du moment où l'un et l'autre mettront leur savoir et leur compétence au service de la société.

La prise de conscience de, ce que pourrait être, la fonction de l'infirmière dans une société où la conception de la santé et de la médecine serait renouvelée, paraît constituer un facteur capital de la cristallisation et de la constitution de la profession d'infirmière.

Cette prise de conscience est à la fois la source de l'effort que doivent fournir les infirmières pour penser elles-mêmes leur avenir, et le "fer de lance" de leur lutte pour se faire reconnaître. Encore faut-il que les infirmières trouvent une aide dans le consensus social, qu'elles aient le sentiment qu'elles luttent pour des valeurs reconnues et désirées par l'opinion publique. D'où l'importance que nous attachons au renouvellement des mentalités et de la politique sanitaire.