



HAL
open science

**L'école Internationale d'Enseignement Infirmier
Supérieur (Lyon, 1965-1995) : fabrique d'une élite et
creuset pour l'émancipation des infirmières françaises du
XXe siècle**

Michel Poisson

► **To cite this version:**

Michel Poisson. L'école Internationale d'Enseignement Infirmier Supérieur (Lyon, 1965-1995) : fabrique d'une élite et creuset pour l'émancipation des infirmières françaises du XXe siècle. Histoire. Normandie Université, 2018. Français. NNT : 2018NORMLH20 . tel-01951900

HAL Id: tel-01951900

<https://theses.hal.science/tel-01951900v1>

Submitted on 11 Dec 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Normandie Université

THESE

Pour obtenir le diplôme de doctorat

Spécialité Histoire

Préparée au sein de Université Le Havre Normandie

**L'École internationale d'enseignement infirmier supérieur
Lyon (1965 – 1995)**

**Fabrique d'une élite et creuset pour l'émancipation des
infirmières françaises du XXème siècle**

**Présentée et soutenue par
Michel POISSON**

Thèse soutenue publiquement le 19 octobre 2018 devant le jury composé de

Monsieur Christian CHEVANDIER	Professeur des universités, université du Havre	Directeur de thèse
Madame Ljiljana JOVIC	Directeur des soins, ARS Île de France, HDR en sciences de la Vie et de la Santé	Examineur
Monsieur Salvador JUAN	Professeur des universités, université de Caen	Examineur
Madame Manuella MARTINI	Professeur des universités, université Lyon II	Rapporteur
Monsieur Philippe RYGIEL	Professeur des universités, École normale supérieure de Lyon	Rapporteur

Volume 1/2 : chapitres 1 - 2 - 3

REMERCIEMENTS

Mes premiers remerciements vont à Christian Chevandier, pour sa confiance, son indéfectible soutien et ses encouragements sans cesse renouvelés durant ce long parcours scientifique très particulier. En l'absence de la stimulante et sécurisante vie d'un laboratoire trop éloigné de mon lieu de vie et de travail à plein temps par ailleurs, son écoute et sa disponibilité pour discuter de multiples questions surgissant sur mon chemin furent une ressource suffisamment constante, sûre et précieuse pour me permettre de dompter rapidement les accès de découragement qui se faisaient parfois sentir. Cet accompagnement critique sans être envahissant, laissant toute la place à une liberté totale d'initiative et d'action, offrit les conditions idéales pour permettre au futur docteur de se développer comme tel.

Je remercie Marie-Noëlle Thibault qui, il y a plus de trente ans, me permit de découvrir, par un accompagnement respectueux et attentif, le plaisir de la recherche historique, en acceptant de diriger une maîtrise d'histoire sur les infirmières, alors que les travaux sur le sujet étaient bien rares en France. Toute ma reconnaissance va aussi à Salvador Juan, rencontré il y a presque vingt ans, pour les nombreux échanges à la fois amicaux, instructifs et stimulants, entre autres sur les questions épistémologiques. Merci aussi à Ljiljana Jovic et Didier Lecordier, deux infirmiers chercheurs, pour leur amitié et les discussions souvent passionnées sur la profession et son rapport à la connaissance. Tous mes remerciements à Hannah-Louise Clark, université de Glasgow, pour sa générosité et les passionnants échanges sur les adjoints techniques de la santé dans l'Algérie coloniale et à Karin Franck, maître assistant à la section soins infirmiers de la Haute école libre Ilya Prigogine à Bruxelles, pour sa disponibilité et les très utiles orientations bibliographiques sur l'histoire de la profession d'infirmière en Belgique.

Très grand merci à René Magnon pour son amitié, sa grande disponibilité et l'aide considérable apportée au défrichage des archives denses et poussiéreuses des caves de l'EIEIS. Merci aussi à lui pour son accompagnement bienveillant tout au long de cette thèse et à ses prompts réponses aux multiples questions qui jaillirent au cours du chemin. Toute ma gratitude va aussi à Annie Denayrolles et à Georges, son mari, pour leur chaleureux accueil à Salles d'Aude, à l'été 2013, au milieu de leurs chers amandiers. Merci aussi à tous les témoins de l'histoire de l'EIEIS et du DEIS qui ont bien voulu livrer leurs souvenirs : Huguette Bachelot (†), Catherine Mordacq, René Magnon, Monique Formarier, Ljiljana Jovic.

Toute mes remerciements à Armelle Girard, pour ses talents de documentaliste et son aide aussi efficace que discrète. Merci aussi à tous les amis, qui se reconnaîtront, pour leur affectueuse patience et pour avoir rapidement compris que ce n'était pas le meilleur service à rendre à un doctorant de lui demander trop souvent où il en est dans sa thèse, sollicitude qui le ramène invariablement à ses nécessaires mais douloureuses errances. Merci à Morgane et Pierre pour leur courageuse participation à la retranscription d'entretiens souvent très longs.

Enfin, mes plus profonds remerciements et mon immense gratitude vont à Agnès, qui a accepté cette aventure à deux et m'a accompagné sans défaillir, avec une aimante patience et une infinie compréhension durant toutes ces années. Merci à elle pour tout cela, et aussi pour sa participation active à l'entreprise, par la retranscription d'entretiens, le traitement de données statistiques et sa relecture attentive et critique du travail achevé.

SOMMAIRE

TABLEAU DES SIGLES UTILISÉS	7
INTRODUCTION GÉNÉRALE	11
PREMIÈRE PARTIE – INFIRMIÈRES FRANÇAISES DES ANNÉES 1960 : HÉRITAGES ET ANCRAGES POUR LA FABRICATION D’UN MODÈLE ORIGINAL EN PHASE AVEC LE MONDE	36
CHAPITRE 1 – entre influences anglo-américaines et contingences nationales multiformes, 40 ans de professionnalisation des infirmières françaises (1920-1960)	39
1.1 - Esquisses d’un modèle d’infirmière française pour le XXème siècle	39
1.2 - Infirmières et assistantes sociales des années 1930 : entre concurrence et complémentarité, une régulation de plus en plus ferme de l’État	72
1.3 - Infirmières de la Libération et de l’après-guerre : une profession affirmée qui se structure	104
CHAPITRE 2 - Infirmières françaises à l’aune des infirmières du monde dans les années 1960 : retard des unes, avance des autres, deux mythes à l’épreuve de la réalité	129
2.1 - L’OMS et les infirmières dans les années 1960 : pour des formations de haut niveau, au service de l’assistance et du développement partout dans le monde	129
2.2 – Le comité d’experts en soins infirmiers à l’OMS : un creuset international pour la fabrication et la diffusion d’un idéal-type de l’infirmière et de sa profession dans les années 1960	138
2.3 – Infirmières françaises, anglaises et américaines des années 1960 : l’idéal-type international comme instrument de comparaison	167
CONCLUSION DE LA PREMIERE PARTIE	199
DEUXIEME PARTIE - L’OUVERTURE DE L’EIEIS À LYON EN 1965 : UN NOUVEL ÉLAN POUR LE DÉVELOPPEMENT DE LA PROFESSION D’INFIRMIÈRE EN FRANCE	203
CHAPITRE 3 – Conditions humaines et matérielles pour l’invention en France, d’un prototype d’École supérieure internationale destinée aux infirmières (1960-1964)	205
3.1 - La France des années 1960 : un contexte favorable au développement de la profession d’infirmière	205
3.2 – Porter le projet et prévoir l’ouverture de l’EIEIS : des recrutements anticipés pour l’ébauche d’une équipe dirigeante et enseignante (1960- 1963)	217
3.3 – Premières explorations, sous la houlette d’une consultante de l’OMS (novembre 1962- avril 1963)	232

3.4 - Vers la finalisation du projet d'ouverture de l'EIEIS (mai 1963 – printemps 1964).....	279
CHAPITRE 4 – L’envol de l’EIEIS (1964-1967).....	301
4.1 - 1964 : mettre l’EIEIS en ordre de marche	302
4.2 – Les dits et les non-dits d’une inauguration en grandes pompes	348
4.3 – 1965-1967 : deux années inaugurales révélatrices de réussites, mais aussi d’obstacles jusqu’alors impensés ou seulement confusément pressentis	360
CONCLUSION DE LA DEUXIÈME PARTIE.....	383
TROISIÈME PARTIE - L’EIEIS À L’ÉPREUVE DU TEMPS	387
CHAPITRE 5 – Combats, promesses, espoirs et déconvenues : l’introuvable rythme de croisière dans une École en sursis permanent (1968-1978)	389
5.1 - L’année 1968 et ses prolongements à l’EIEIS : entre démocratisation de l’institution à l’intérieur et affirmation d’une parole infirmière libre à l’extérieur, l’apprentissage de la désobéissance	389
5.2 - Travailler à l’EIEIS dans les années 1970 : maintenir l’élan et amplifier l’influence de l’École, malgré les vents contraires	408
5.3. Étudier à l’EIEIS dans les années 1970 : apprendre le métier d’étudiant dans une école unique et préparer l’avenir pour soi et pour la profession	444
5.4 – Le tournant de 1975 : entre apparition des infirmières générales et disparition d’une chimère, l’avenir de l’EIEIS en péril.....	459
CHAPITRE 6 – de l’impossible second souffle à la fin de l’École de Lyon : après les réalisations et leurs promesses, le moment du bilan. (1978-1995)	487
6.1 - Le tournant de 1978 : assurer la continuité de l’EIEIS malgré la rupture voulue et annoncée par la nouvelle direction	487
6.2 – Des faux semblants d’une embellie à la fin du DEIS (1986 – 1995).....	534
6.3 – En marge du déclin de l’EIEIS, la vitalité d’un groupe professionnel qui s’organise et se manifeste : paradoxe ou simple indicateur d’une mission accomplie ?	558
CONCLUSION DE LA TROISIÈME PARTIE	591
CONCLUSION GÉNÉRALE	595
SOURCES EXPLOITÉES	601
BIBLIOGRAPHIE	618
TABLE DES TABLEAUX ET SCHÉMAS	628
TABLE DES MATIERES	629

TABLEAU DES SIGLES UTILISÉS

AMIEC : Association des amis de l'école internationale d'enseignement infirmier supérieur
AMSAM : Association médico-sociale Ann Morgan
ANA : American nurses association
ANAS : Association nationale des assistant(e)s de service social
ANFH : Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier
ANFIDE : Association nationale française des infirmières diplômées d'État
ANFIIDE : Association nationale française des infirmières et infirmiers diplômés d'État
ANIDEF : Association nationale des infirmières diplômées de l'État français
ANIFDE : Association nationale des infirmières françaises diplômées d'État
ANIG : Association nationale des infirmières générales
AP : Assistance publique de Paris
ARIP : Association pour la recherche et l'intervention en psychologie
ARSI : Association de recherche en soins infirmiers
ASID : Association suisse des infirmières diplômées
CAEF : Centre des archives économiques et financières
CAFIG : Certificat d'aptitude à la fonction d'infirmière générale
CAFIM : Certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmière monitrice
CAFIS : Certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmière surveillante
CARD : Comité américain pour les régions dévastées
CCCE : Caisse centrale de coopération économique
CCFL : Caisse centrale de la France libre
CCFOM : Caisse centrale de la France d'outre-mer
CCPS : Centre chrétien des professions de santé
CECA : Communauté européenne du charbon et de l'acier
CEE : Communauté économique européenne
CEEA : Communauté européenne de l'énergie atomique
CEEIEC : Comité d'entente des écoles d'infirmières et écoles de cadres
CEFIEC : Comité d'entente des formations infirmières et cadres
CEGEP : Collège d'enseignement général et professionnel (Québec)
CES : Collège d'enseignement secondaire
CFDT : Confédération française démocratique du travail
CFTC : Confédération française des travailleurs chrétiens
CGA : Conseil général d'administration (des HCL)
CGC : Confédération générale des cadres
CGT : Confédération générale du travail
CGT-FO : Confédération générale du travail-force ouvrière
CGTU : Confédération générale du travail unitaire

CHR : Centre hospitalier régional
CHU : Centre hospitalier universitaire
CICIAMS : Comité international catholique des infirmières et assistantes médico-sociales
CICR : Comité international de la Croix Rouge
CIEP : Centre international d'études pédagogiques
CII : Conseil international des infirmières
CIPLE : Comité infirmier permanent de liaison et d'études
CIRC : Centre international de recherche sur le cancer
CNESS : Centre national d'éducation sanitaire et sociale
CPTF: Commission for the prevention of tuberculosis in France
CRC : Comité régional de coordination
CRC : Coordonner, rassembler, construire
CSAP : Conseil supérieur de l'assistance publique
CSPS : Centre de santé publique de Soissons
CSPPM : Conseil supérieur des professions paramédicales
CTRSI : Conseiller technique régional en soins infirmiers
DDASS : Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
DEA : Diplôme d'études approfondies
DEC : Diplôme d'études collégiales (Québec)
DEIS : Département d'enseignement infirmier supérieur
DESS : Diplôme d'études supérieures spécialisées
DEUG : Diplôme d'études universitaires générales
DGPS : Délégation générale à la promotion sociale
DHEPS : Diplôme de hautes études en pratiques sociales
DOM-TOM : Départements et territoires d'outre-mer
DRASS : Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
DUEIS : Diplôme universitaire d'enseignement infirmier supérieur
DUPS : Diplôme universitaire de pratiques sociales
ECRA : Ecole des cadres de la région Rhône-Alpes
EHESP : Ecole des hautes études en santé publique
EIEIS : Ecole internationale d'enseignement infirmier supérieur
ENSP : Ecoles nationale de santé publique
EOST : Ecole d'organisation scientifique du travail
FAC : Fonds d'aide et de coopération
FHF : Fédération hospitalière de France
FIDES : Fonds d'investissement pour le développement économique et social
FIFN : Fondation internationale Florence Nightingale
FLN : Front de libération national
FNSI : Fédération nationale des syndicats d'ingénieurs

GERIP : Groupement d'étude et de recherche des infirmiers psychiatriques
GRH : Gestion des ressources humaines
GRIEPS : Groupe de recherche et d'intervention pour l'éducation permanente des professions
sanitaire et sociales
HCL : Hospices civils de Lyon
HEC : École des hautes études commerciales
IESCH : Institut d'enseignement supérieur de cadres hospitaliers
IFSI : Institut de formation en soins infirmiers
IG : infirmier ou infirmière générale
IGAS : Inspection générale des affaires sociales
IISFCS : Institut international supérieur de formation des cadres de santé
INED : Institut national des études démographiques
INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale
JEC : Jeunesses étudiantes chrétiennes
LCR : Ligue communiste révolutionnaire
LMD : Licence, master, doctorat
MSTGASF : Maîtrise de sciences et techniques de gestion et animation des systèmes de
formation
MSTSS : Maîtrise de sciences et techniques sanitaires et sociales
NHS : National health service
NPM : New public management
OCDE : Organisation de coopération et de développement économiques
OIQ : Ordre des infirmières du Québec
OMS : Organisation mondiale de la santé
ONHS : Office nationale d'hygiène sociale
ONU : Organisation des Nations Unies
OST : Organisation scientifique du travail
OTAN : Organisation du traité de l'Atlantique Nord
PMI : Protection maternelle et infantile
PSU : Parti socialiste unifié
REPSA : Regroupement des religieuses des professions de santé
RSI : Recherche en soins infirmiers
SDN : Société des nations
SFIO : Section française de l'internationale ouvrière
SGEN : Syndicat général de l'éducation nationale
SMS : Service médico-social
SNI : Syndicat national des instituteurs
SSBM : Société de secours aux blessés militaires
UCSS : Union catholique des services de santé et des services sociaux

UDCA : Union de défense des commerçants et artisans

UER : Unité d'enseignement et de recherche

UFR : Unité de formation et de recherche

ULB : Université libre de Bruxelles

UNASIIF : Union nationale des associations, syndicats infirmiers et des infirmières françaises

UNCAHS (ou parfois UNCASH) : Union nationale des religieuses des congrégations d'action hospitalière et sociale

VRP : Voyageurs, représentants, placiers.

INTRODUCTION GÉNÉRALE

En octobre 1965 ouvrait à Lyon l'École Internationale d'Enseignement Infirmier Supérieur (EIEIS). Il s'agit là d'un événement fondamental en ce sens qu'il provoque et consacre à la fois, la première rencontre entre la formation des infirmières¹ et l'Université en France. L'émergence de cette institution d'enseignement supérieur spécialisé, à vocation internationale, marque une solution de continuité d'autant plus extraordinaire dans le cours du temps que celui-ci fut jusque-là indemne de considérations aussi élevées pour ce groupe professionnel. Ce qui apparaît comme un paradoxe retient l'attention de l'historien. Dès lors, la création, le fonctionnement et l'évolution de cette école deviennent autant d'éléments d'un vaste objet d'étude qui déborde ce mémorable événement. Il est en effet question ici de l'histoire d'un travail très majoritairement féminin, de surcroît abordé du point de vue des emplois *a priori* socialement valorisés, compte tenu du caractère supérieur de la formation en jeu et des fonctions envisagées à l'issue de celle-ci. Cette dernière particularité était d'autant plus remarquable dans les années 1960 que l'égalité de l'accès au travail des femmes, notamment en ce qui concernait les emplois supérieurs, était si loin d'être acquise qu'elle demeure encore problématique aujourd'hui, malgré d'incontestables avancées². Car il s'agissait bien, à l'EIEIS, de former des cadres de direction du personnel infirmier. Les discours prononcés le 21 octobre 1965, jour de l'inauguration officielle de l'École³, témoignent de ce qui apparaît en France comme une innovation majeure. Ainsi, pour le docteur Hesselvik, directeur des services de santé au bureau régional de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour l'Europe :

Il [était] indispensable de préparer les infirmières à occuper des postes de direction dans divers domaines spécialisés des soins infirmiers, de les former à exercer des fonctions administratives, et à organiser et diriger l'enseignement infirmier, ainsi qu'à participer à la recherche dans le domaine des soins infirmiers.⁴

Raymond Marcellin, ministre de la Santé publique et de la Population, confirma ces propos en les adaptant à la situation française :

1) D'abord cette école formera des directrices d'écoles d'infirmières, elle formera aussi des chefs de services infirmiers dans les établissements de soins ; 2) C'est une école d'Université : aux élèves sera donné un diplôme établi par l'université de Lyon ; c'est donc une école où une formation d'enseignement supérieur sera donnée aux infirmières [...] ; 3) Cette école sera aussi un centre de recherche et ces recherches seront très utiles pour toutes les autres écoles d'infirmières [...]⁵

¹ Lire partout infirmières et infirmiers.

² Sylvie SCHWEITZER, *Femmes de pouvoir. Une histoire de l'égalité professionnelle en Europe (XIX^e–XXI^e siècles)*, Paris, Payot, 2010.

³ Dans l'ensemble de l'ouvrage, nous utiliserons indifféremment l'EIEIS ou l'École pour désigner cette institution, à chaque fois que le contexte est sans ambiguïté.

⁴ De larges extraits de ce discours et du suivant furent publiés dans de nombreuses revues. Les présentes citations sont reprises dans la *Revue de l'Infirmière et de l'assistante sociale (RIAS)*, février 1966, p 169.

⁵ *Ibid.* et p 170.

Aux sources offertes par ce terrain central d'investigations en France dans la seconde moitié du XX^{ème} siècle, plusieurs questions, étroitement reliées entre elles, peuvent être abordées sur fond d'histoire d'une profession socialement et sexuellement marquée, et de son objet, longtemps invisible et innommé, voire innommable, les soins infirmiers. D'une part, il est possible d'approcher le développement disciplinaire de ladite profession et sa lutte pour l'autonomie autour de la question du savoir comme pouvoir, dans un rapport complexe avec la profession médicale, mêlant une instrumentalisation simple à une complémentarité et/ou un antagonisme. D'autre part, en relation avec ce mouvement, il est aussi question de la structuration interne de cette profession, majoritairement féminine, en termes de construction d'une ligne hiérarchique, c'est-à-dire d'un encadrement moyen et supérieur jusqu'au niveau dirigeant, oscillant entre soins, administration et enseignement. Ces deux fenêtres ouvertes permettent enfin de porter un regard sur la contribution des infirmières françaises aux niveaux les plus élevés du système hospitalier français, et plus largement, du dispositif de santé publique alors en train de se construire en France mais aussi dans le monde, compte tenu du caractère international de l'entreprise.

Aucune étude n'a encore été consacrée à cette école pourtant unique en son genre en France. Outre qu'il s'agit là d'un symptôme supplémentaire du rapport tardif de ce groupe professionnel à son histoire, lequel s'éveilla à l'EIEIS et peut-être grâce à elle, cette lacune confirme aussi bien le très faible, voire nul intérêt porté par les historiens sur celui-ci jusque dans les années 1980.

Historiens et infirmières en France

Yvonne Knibiehler, alors professeur d'histoire à l'université de Provence, fut sans doute la première historienne française à s'intéresser au groupe social des infirmières comme objet central d'étude. L'ouvrage collectif fondateur qu'elle dirigea⁶, apparut alors comme une indispensable entreprise de défrichage qui permettait au moins, disait-elle, de déblayer le terrain, suggérer des hypothèses, tracer des perspectives. En effet, hormis d'abondants discours sur ce qu'était et devait être une infirmière depuis les débuts de la Troisième République, les sources et particulièrement les archives écrites faciles d'accès manquaient pour rendre compte de la réalité de la vie professionnelle, sociale, voire privée de ces femmes. S'exprimant sur le cas de l'Assistance Publique de Paris, l'auteure déplorait l'absence de monographies de nature à « caractériser les origines, la vie, le travail des infirmières »⁷. Pour compenser ce manque, le recours à l'histoire orale et à la mémoire directe des intéressées ne donna pas tout ce que

⁶ Yvonne KNIBIEHLER (dir.), *Cornettes et blouses blanches. Les infirmières dans la société française 1880-1980*, Paris, Hachette, 1984. Avec Odile DUPONT-HESSE, Véronique LEROUX-HUGON et Yolande TASTAYRE.

⁷ *Id.* p 9.

l'historienne pouvait en attendre, tant les propos étaient mesurés, pesés, retenus jusqu'à l'autocensure pour certaines, pour ne pas en dire trop sur ce métier dont elles se sentaient comme porteuses de l'honneur collectif, en relation étroite, quasi symbiotique avec l'institution médicale qui gagna en épaisseur et en prestige à partir de la fin du XIX^{ème} siècle. Même les plus prolixes, tout à leur labeur, absorbées ou submergées par un pesant quotidien n'en disaient presque rien et « La gigantesque transformation de l'hôpital, depuis trente ans, [semblait] avoir glissé sur la plupart des infirmières comme l'eau sur les plumes d'un canard. »⁸

Malgré tout, trois périodes émergèrent de cette esquisse, comme autant de points de repères rythmant le lent processus de professionnalisation de cette activité féminine. La première s'étendait de 1880 aux années 1920 et consistait en la sécularisation-laïcisation de cette dernière sous la Troisième République, puis en l'émergence à la fin de la Grande Guerre, des prémises de ce qui deviendrait une profession : « de grandes pionnières sont alors en mesure de faire agréer un diplôme d'Etat, des écoles, des associations, des périodiques. »⁹ La seconde période s'étendait jusqu'aux années soixante et révéla selon l'auteur :

la puissance des facteurs de stagnation et de conservatisme : l'affirmation du corps professionnel [...] empêchée par la dispersion des soignantes dans des lieux multiples et divers, par l'hétérogénéité sociale de leur recrutement et, aussi, par une morale du dévouement et d'abnégation inculquée avec persévérance.¹⁰

La troisième période enfin, courait jusqu'en 1980 et dans la mouvance de la crise de mai soixante-huit, connaissait une « ère de contestation et de remises en cause qui ne [semblait] pas près de s'arrêter. »¹¹ La caractérisation de cette période en forme de prédiction s'avéra exacte, puisque quelques années après la fin de la période identifiée, à l'automne 1988, les infirmières firent contre toute attente, figure de fer de lance du mouvement social en France¹². C'est en écho à cet événement inattendu que s'ouvrit l'introduction de l'ouvrage de Véronique Leroux-Hugon¹³, deuxième publication d'historienne consacrée à la profession d'infirmière. Dans la préface qu'elle livra en hommage à l'auteure qui participa à la rédaction de son ouvrage pionnier huit ans plus tôt, Y. Knibielher souligna combien « le mort [saisissait] le vif » et « combien le sort actuel des infirmières [restait] marqué par les conditions de leur émergence, il y a cent ans. »¹⁴ Pesante histoire en effet, tellement enfouie dans des couches sédimentaires

⁸ *Id.* p 10.

⁹ *Ibid.*

¹⁰ *Id.* p 11.

¹¹ *Ibid.*

¹² Marie-Noëlle THIBAUT, Michel POISSON, A propos de la grève des infirmières françaises de 1988, *Le Mouvement social*, Mars 1989, p. 91-93.

¹³ Véronique LEROUX-HUGON, *Des saintes laïques, les infirmières à l'aube de la III^{ème} République*, Paris, Sciences en situation, 1992.

¹⁴ *Id.* p 6.

multiséculaires, qu'aucun historien, dit Y. Knibielher, ne s'en était jamais occupé¹⁵. Ainsi, en choisissant de faire des infirmières l'objet de sa thèse de troisième cycle en histoire, soutenue en 1981¹⁶, Véronique Leroux-Hugon « avait réparé un injustice »¹⁷. Si l'historien n'est assurément pas un justicier, il n'en reste pas moins que le choix de ses objets d'étude est porteur de sens et fonctionne aussi comme un révélateur de la place desdits objets dans les représentations sociales, y compris les siennes.

Que les premiers historiens à se saisir de cet objet fussent des historiennes est loin d'être anodin. Il s'agit ici d'histoire des femmes et singulièrement d'histoire des femmes au travail, thématique d'apparition somme toute bien récente dans le champ de la discipline en France¹⁸. Or pour Y. Knibielher, au tournant du siècle, « les soins [sortaient] de la vie privée et [commençaient] à constituer un travail au sens masculin du terme, un ensemble de tâches apprises, contrôlées, rétribuées. »¹⁹ Dans la recension bibliographique et notamment historiographique sur le travail des femmes au XX^e siècle effectuée par Delphine Gardey²⁰, le premier ouvrage, britannique, parut en 1942²¹ et fut le seul de la décennie. En France, un seul ouvrage parut dans les années 1950²² et deux, dont un article, dans les années 1960²³. En revanche, dans les trois décennies suivantes 13, 30 et 25 ouvrages virent respectivement le jour, parmi lesquels seul l'ouvrage de Y. Knibielher était répertorié concernant les infirmières.

S'appuyant en particulier sur les sources hospitalières parisiennes, opulentes et diversifiées s'agissant notamment de l'Assistance Publique de Paris, sur les textes officiels, la presse et la littérature contemporaines, V. Leroux-Hugon décrit l'émergence de la profession d'infirmière, en même temps que naissait, se développait et se consolidait la Troisième République, jusqu'à l'aube de la première guerre mondiale. Dans ce tableau où le discours masculin était aussi abondant que le silence des femmes dont il était question, l'histoire politique²⁴, l'histoire de la santé publique, l'histoire des professions²⁵ et l'histoire des femmes s'entrelaçaient. Pour les besoins de sa tâche, les uniques travaux d'étudiants non publiés dont

¹⁵ *Id.* p 5.

¹⁶ *Infirmières des hôpitaux parisiens, 1870-1914, ébauche d'une profession*, thèse de doctorat de troisième cycle sous la direction de Michèle PERROT, Université de Paris VII, 1981.

¹⁷ Yvonne KNIBIELHER, in Véronique LEROUX-HUGON, *Des saintes laïques... op cit.* p 5.

¹⁸ Sylvie SCHWEITZER, Les enjeux du travail des femmes, *Vingtième siècle. Revue d'histoire*, 2002/3 n° 75, p 21-33. Laura Lee DOWNS, Rebecca ROGERS, Françoise THEBAUD, *Genders studies et études de genre : le gap, Travail, Genre et Société*, 2012/2 n°28, p 151-168.

¹⁹ *Id.* p 7.

²⁰ Delphine GARDEY, Perspectives historiques, in Margaret MARUANI (dir.), *Les nouvelles frontières de l'inégalité, Hommes et femmes sur le marché du travail*, La Découverte, 1998, p 23-38.

²¹ Virginia WOLF, *Professions for Women, Killing the Angel in the House*, London, Penguin, 1942.

²² Madeleine GUILBERT, Viviane ISAMBERT-JAMATI, *Travail féminin et travail à domicile*, CNRS, Paris, 1956.

²³ André ARMENGAUD, Les nourrices du Morvan au XIX^e siècle, *Études et chroniques de démographie historique*, 1964, n°1, p 131-139. Madeleine GUILBERT, *Les fonctions des femmes dans l'industrie*, Paris, Mouton, 1966.

²⁴ Notamment le combat de la République laïque contre l'Église

²⁵ La question de l'attaque et de la défense du monopole du savoir et de l'exercice médical était déjà posée

elle fit usage étaient deux thèses de médecine²⁶, particularité confirmant remarquablement le très faible intérêt pour le sujet chez les historiens en France jusqu'à la fin du XXème siècle²⁷. A ces rares travaux, il convient d'ajouter dans les deux dernières décennies ceux d'Évelyne Diebolt, historienne des femmes et du mouvement associatif, qui consacra précocement une bonne partie de ses recherches à la profession d'infirmière²⁸, ses centres d'intérêt portant notamment sur les milieux associatifs et religieux, catholique et protestant²⁹.

Il fallut attendre les années 2000 pour observer un réveil de l'intérêt de cet objet d'étude pour les historiens, confirmés ou apprentis. Les travaux de Christian Chevandier³⁰ et des étudiants œuvrant sous sa direction, permirent indéniablement de donner un nouvel élan aux recherches sur la profession d'infirmière, comme en témoigne son ouvrage consacré aux infirmières des hôpitaux parisiens³¹ dans la première moitié du XXème siècle. Si la période couverte (1900-1950), constitue un prolongement chronologique aux travaux de V. Leroux-Hugon en apportant un éclairage attendu sur cette période très lacunaire jusqu'à ce jour, ce n'est pas le projet premier de l'auteur. L'approche est ici différente, puisqu'il tente de saisir la réalité sociale et professionnelle de ces travailleuses parmi d'autres, au rythme propre du groupe social qu'elles

²⁶ Marianne HARBURGER, *Vie et œuvre de Bourneville, 1840-1909*, Mémoire de psychiatrie, Créteil, 1973 et Jean-François PIERA, *Histoire de la laïcisation des hôpitaux de l'A.P. vue à travers le Progrès médical, de 1873 à 1893*, Thèse de médecine, Créteil, 1979.

²⁷ Notre mémoire de maîtrise d'histoire sous la direction de Marie-Noëlle Thibault et soutenu en 1990 à l'université de Paris VIII alors que nous exercions comme infirmier à l'hôpital, fait sans doute partie des premiers travaux d'étudiants sur la question des infirmières en France : *Désiré Magloire Bourneville et les écoles municipales parisiennes d'infirmiers et d'infirmières, 1870-1900 – un regard sur les origines de la profession d'infirmière en France ou l'histoire d'un rendez-vous manqué avec les femmes*. Après nous avoir valu d'être l'heureux lauréat du prix Jean MAITRON en 1990, ce travail fut publié dans une version condensée en 1998 : *Origines républicaines d'un modèle infirmier*, Vincennes, éditions hospitalières.

²⁸ Notamment à travers la revue *Pénélope, pour l'histoire des femmes*, publication du Groupe d'Etudes Féministes de l'Université Paris VII et du Centre de Recherches Historiques de l'École des Hautes Etudes en Sciences Sociales, dont 12 numéros parurent de 1979 à 1985. Outre son orientation féministe, la revue avait la particularité d'accueillir, à côté d'auteurs ou étudiants de type académique, des personnes extérieures selon les thèmes traités : « [...] nous donnions la parole à des praticiennes, à des témoins : ainsi selon les thèmes traités, journalistes, éducatrices, créatrices, infirmières, paysannes, secrétaires, membres d'associations, femmes âgées... ont apporté leur point de vue ». DAUPHIN Cécile, « *Pénélope* : une expérience militante dans le monde académique », *Les Cahiers du CEDREF* [En ligne], 10 | 2001, mis en ligne le 25 septembre 2009, consulté le 08 octobre 2017. URL : <http://cedref.revues.org/261>. Évelyne DIEBOLT EN dirigea le n° 5, La Femme soignante, en 1981.

²⁹ *La maison de santé protestante de Bordeaux*, Toulouse, éditions ERES, 1989 - *Les femmes dans l'action sanitaire, sociale et culturelle, 1901-2001 : Les associations face aux institutions*, Paris, Femmes et associations, 2001.

³⁰ Maître de conférences d'histoire contemporaine à l'université Paris I Panthéon-Sorbonne puis professeur à l'université du Havre. Le parcours de cet historien du travail n'est sans doute pas totalement étranger à la détermination de ses centres d'intérêt comme chercheur. Avant d'embrasser la carrière universitaire, il exerça à l'hôpital comme agent des services hospitaliers puis comme infirmier diplômé d'État. Après une thèse sur les cheminots, il s'intéressa non seulement au groupe professionnel et au travail des infirmières, mais aussi des policiers et des croquemorts par exemple.

³¹ Christian CHEVANDIER, *Infirmières parisiennes : femmes soignantes à l'hôpital : 1900-1950*, Paris, publications de la Sorbonne, 2011. Si l'étude porte essentiellement sur les infirmières parisiennes, une « excursion » importante à Lyon et l'examen de la situation dans les Hospices civils permet une comparaison faisant apparaître des différences porteuses de sens s'agissant, entre autres, de l'histoire des infirmières vue comme histoire des qualifications. L'étude du cas des assistantes hospitalières, plus vraiment agents des services hospitaliers mais pas tout à fait infirmières est très éclairante du point de vue des enjeux, notamment économiques de ces qualifications.

constituent progressivement, démarche qui le conduit à élaborer une périodisation recoupant, à ses débuts, partiellement celle choisie par V. Leroux-Hugon. L'histoire des infirmières de ce premier XX^{ème} siècle, dit-il, peut aussi bien être regardée comme l'histoire d'un niveau intermédiaire de qualification à l'hôpital. Là où Y. Knibiehler voyait une période de stagnation jusque dans les années soixante, il perçoit et met en évidence pour sa part, un moment de maturation et de développement de ce groupe professionnel, attestés par l'acquisition progressive d'une solide pratique dûment certifiée, en relation avec les évolutions de l'hôpital³² et notamment l'ouverture de l'ancien lieu d'enfermement des miséreux aux malades payants. Ce dernier événement consacre la transformation durable de l'hôpital en lieu de soins, puis d'enseignement et de recherche, annonçant la création des Centres hospitaliers universitaires en 1958. Ainsi selon l'auteur, par la diversification des viviers et du niveau de recrutement³³, l'adaptation d'une formation « toujours tirée vers le haut », caractérisée par une participation constante du corps médical conjointement aux interventions de soignantes professionnelles, ces profondes mutations participèrent à la transformation de la figure de l'infirmière d'un objet inerte à la fin du XIX^{ème} siècle en un sujet certes toujours silencieux mais agissant, au milieu du siècle suivant.

A côté de ces approches historiennes académiques, les infirmières françaises se donnèrent elles-mêmes les moyens de percer les secrets de leur histoire, souvent à l'occasion de travaux débutés ou effectués au cours d'études supérieures³⁴, avec la complicité plus ou moins patente d'historiennes souvent, d'historiens parfois, désirant ou acceptant pour l'occasion, de jouer le rôle bienveillant de « compagnons de route » pour ce groupe professionnel en recherche de ses origines. Ceci donna lieu à une production indigène assez féconde, dès la fin des années 1970. Et c'est sans aucun doute de l'EIEIS que décolla ce mouvement pour une historiographie certes particulière, phénomène qui apparaît comme un indicateur de choix sur ce qui semblait se jouer pour la profession d'infirmière dans cet espace nouvellement créé.

³² Voir à ce sujet, Christian CHEVANDIER, *L'hôpital dans la France du XX^{ème} siècle*, Paris, Perrin, 2009.

³³ L'évolution au niveau national de 1,5 % d'élèves possédant au moins le certificat de fin d'études secondaires en 1965 à 44% en 1973, témoigne du résultat de cette dynamique dès la seconde moitié du siècle. Émilie CAMINADE, *Les écoles d'infirmières de l'Assistance Publique de Paris dans l'après mai 1968*, Mémoire de Master 2 d'histoire contemporaine sous la direction de Christian Chevandier et Jean-Louis Robert, université Paris 1 Sorbonne, Centre d'Histoire Sociale du XX^{ème} Siècle, 2001.

³⁴ Certains et certaines d'entre eux publièrent ou collaborèrent d'ailleurs à des travaux de type académique. C'est par exemple le cas d'Odile DUPONT-HESSE, qui était infirmière depuis deux ans lorsqu'elle soutint sa maîtrise d'histoire en 1982 à l'université d'Aix en Provence et fut sollicitée à l'issue de cette dernière par Y. Knibiehler pour participer au projet de *Cornettes et blouses blanches... op. cit.* C'est aussi le nôtre : Marie-Noëlle THIBAUT, Michel POISSON, A propos de la grève... *op.cit.*, 1989 - Michel POISSON, Laïcisation des hôpitaux, *Historama histoire magazine*, Mai 1991, p. 49-52. Michel POISSON, *Origines républicaines... op.cit.* 1998 - Michel POISSON, Entre prototype anglo-américain et invention d'un modèle particulier, construction et mutations identitaires des infirmières françaises au cours du XX^{ème} siècle, in John BARZMAN et Christian CHEVANDIER (dir.), *Dynamique des identités, travail et organisations*, Mont-Saint-Aignan, Presses Universitaires de Rouen et du Havre, 2015, p 92-107.

Infirmiers(ères)-historien(ne)s français(es) en quête de leurs racines

Un ouvrage est caractéristique, à plus d'un titre, de cette collaboration entre l'Université et les membres du groupe à l'étude. Il parut en 1988, sous un titre évocateur : Pour une histoire des soins et des professions soignantes³⁵. La quatrième de couverture ne faisait pas mystère du projet militant de cette publication :

Sortir de l'oubli l'histoire des soins... l'histoire des femmes et des hommes qui ont prodigué les soins ; se réapproprier la Parole, la structurer, la construire nous-mêmes ; rendre compte de l'impact des technologies, des institutions tutélaires - religieuses et laïques -, des notables, des enjeux économiques ; briser le silence, soulever le voile derrière lequel disparaît l'histoire des soignants, tel est le but que se propose ce nouveau cahier d'AMIEC-Publications [...] L'histoire ne saurait être simple production de savoir, elle est interrogation, aussi les auteurs des articles de ce Cahier ont-ils cherché à ce que les soignantes et les soignants d'aujourd'hui puissent y trouver une source de réflexion pour comprendre ce qui, dans le passé, marque les soins d'aujourd'hui, afin que la compréhension de ces faits leur permette de devenir davantage acteurs de leur propre histoire et d'en orienter le futur.³⁶

Préfaçant ce *Cahier*³⁷ aux allures de manifeste, l'historien Jacques Gélis rappela combien les femmes soignantes, contrairement aux médecins, avaient constitué tardivement un intérêt pour l'histoire, y compris pour les recherches féminines. Pourtant, dit-il, dès lors que progressivement, les hommes sortirent d'une représentation certes individuelle mais aussi collective du corps et des contraintes lignagères inhérentes à cette vision du monde, que leur corps devint essentiellement le leur et de moins en moins perçu comme étant un peu « les autres », ils durent payer cette « émancipation au prix fort ». Car ce qu'ils avaient « [...] gagné en liberté de corps et d'esprit en s'arrachant aux contraintes du milieu et aux vieilles solidarités, se [traduisait] à l'heure de la disparition par une mort mal vécue, parce que refusée et solitaire ». La foi permettait sans doute d'affronter cette nouvelle et vertigineuse solitude, notamment devant la mort. Mais de plus en plus, une aspiration aux soins remplaça le fatalisme propre aux sociétés rurales. On se tourna alors vers les médecins, qui se révélèrent pendant longtemps assez peu capables de répondre à ces questions nouvelles, le retard des savoirs étant proportionnel à la montée des espoirs. C'est alors que les soignants « ordinaires » s'avèrent durablement, beaucoup plus aptes à soulager l'humanité souffrante. Raison parmi d'autres sans doute, pour

³⁵ Marie-Françoise COLLIÈRE (dir.), Évelyne DIEBOLT (dir.), Pour une histoire des soins et des professions soignantes, Saint Genis Laval, *Cahiers de l'AMIEC*, n° 10, 1988.

³⁶ Avertissement : dans toutes les citations, l'usage des majuscules est strictement respecté, de même que l'absence de leur accentuation le cas échéant.

³⁷ Une des formes que prirent les publications de l'AMIEC. Association des Amis de l'École internationale d'enseignement infirmier supérieur, fondée en 1972, 7 ans après la fondation de l'EIEIS.

que l'historien chevronné, spécialiste de l'histoire de la naissance, de la maternité et de l'accouchement, apportât son soutien et sa caution à cette contribution à une prise de conscience par les soignants et notamment les infirmières, de l'ancienneté et de la diversité de leur histoire, « une histoire pour les soignants restituée avec sérieux et compétence par une majorité de soignants »³⁸, même si ces travaux ne devaient pas masquer, ajouta-t-il, le long chemin qui restait à parcourir pour reconstituer le passé dans toute son épaisseur.

La codirection de l'ouvrage par une infirmière enseignante à l'EIEIS et une historienne est un autre indicateur de la fécondité de la collaboration entre les professionnelles et le monde académique. Sans doute la personnalité et le parcours de ces deux pilotes du projet n'étaient-ils pas étrangers à la porosité entre ces deux milieux. Évelyne Diébolt ne faisait pas mystère de sa préoccupation pour l'histoire et la cause des femmes et parmi elles, des infirmières. En 1988, Marie-Françoise Collière était pour sa part, titulaire d'un diplôme d'études approfondies (DEA d'histoire des civilisations de l'université de Paris VII³⁹), et avait déjà publié un ouvrage six ans plus tôt⁴⁰. Cette véritable somme de près de 400 pages, ouvrage fondateur à plus d'un titre, avait pour ambition d'asseoir en France, les fondements anthropologiques et quasi ontologiques des soins infirmiers. L'auteure se définit d'ailleurs volontiers pendant le reste de sa vie, comme infirmière enseignante et « ethno-historienne » des soins infirmiers. Dans son ouvrage, elle reprit avec conviction la thèse selon laquelle l'Église puis l'Université, longtemps aux mains de mâles potentats, clercs et/ou médecins, avaient dès le Moyen-Âge, dépossédé les femmes de leurs savoirs millénaires patiemment accumulés par la tradition orale, pour se les approprier, les figer au moyen de l'écriture conquérante, les conserver, avant d'envoyer leurs productrices-sorcières au bûcher⁴¹. Femmes « soignantes » dont le projet était, selon l'auteure, de promouvoir la vie, contrairement aux hommes, médecins ou chirurgiens « traitants » dont le combat consistait à faire reculer la mort. Cette prise de position, qu'elle avançait avec force, est un aspect déterminant de sa pensée⁴² que l'on pourrait qualifier de féministe essentialiste par

³⁸ *Ibid.*

³⁹ Sous la direction de Michèle Perrot. Cette historienne du monde et du mouvement ouvrier et pionnière de l'histoire des femmes et des genres dirigea le premier numéro de *Pénélope* sur les femmes et la presse en 1979.

⁴⁰ Marie-Françoise COLLIÈRE, *Promouvoir la vie, de la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers*, Paris, Inter-Éditions, 1982.

⁴¹ Sur la thématique de la filiation avec les sorcières et la dépossession des femmes de savoirs empiriques ancestraux, le pamphlet *Sorcières, sages-femmes et infirmières*, écrit et publié au début des années 1970 aux États-Unis à compte d'auteur par Barbara EHRENREICH et Deirdre ENGLISH, deux universitaires féministes, connut un succès immédiat dans les milieux *underground* et libéraux. Distribué à partir de 1973 par les éditions Feminist Press à New-york, il fut aussi diffusé au Royaume-Uni puis traduit en français, espagnol, japonais, hébreux et danois. Une seconde édition dotée d'une nouvelle introduction parut en 2010. Sa traduction française a été récemment publiée. Barbara EHRENREICH et Deirdre ENGLISH, *Sorcières, sages-femmes & infirmières, Une histoire des femmes soignantes*, Traduction française de l'anglais (États-Unis) par L. Lame, postface de Anna Colin, Paris, Éditions Cambourakis, 2015. Ces deux initiatives les plus récentes aux États-Unis et en France, témoignent d'un regain d'intérêt au début du XXI^e siècle pour les luttes féministes des années 1970.

⁴² Pour l'historien des groupes sociaux ou professionnels, les ouvrages indigènes sont aussi du matériau à mettre sur l'établi et à soumettre à la critique, à la fois comme entreprise de production de connaissances et du point de vue des conditions de production de celles-ci.

certaines aspects, courant que l'on retrouve dans d'autres aires culturelles, notamment en Amérique du Nord et singulièrement au Canada⁴³.

Mais c'est en réalité Geneviève Charles, ancienne élève et future enseignante à l'EIEIS, qui ouvrit la voie de l'histoire chez les infirmières dès 1979, en publiant *L'Infirmière en France d'hier à aujourd'hui*⁴⁴. Infirmière lyonnaise, titulaire d'un doctorat de 3^{ème} cycle en psychologie de l'éducation, l'auteure se défendait alors de faire œuvre d'historienne. Il s'agissait plutôt selon elle « pour mieux comprendre la position actuelle de l'infirmière, d'interroger l'histoire sur l'apparition et le développement du personnel soignant et d'apprécier le poids de la tradition sur l'évolution de la profession. »⁴⁵ L'ouvrage qu'elle tira de sa thèse prit en effet davantage la forme souvent érudite d'un historique, d'une compilation à partir d'une moisson d'informations sur les soins et ceux qui les dispensaient que d'une production de connaissances à proprement parler, conformément aux objectifs clairement affichés. Elle couvrit une longue période de l'antiquité au XX^{ème} siècle, complétée par une analyse de quelques aspects institutionnels et législatifs de l'activité des infirmières en France de la fin de la Grande Guerre aux années 1980. Cet ouvrage, réédité en 1984, fut le premier du genre, et à ce titre souvent sollicité et cité, notamment par les professionnels s'intéressant à l'histoire de leur profession, mais aussi par les historiens de ce champ.

René Magnon, ancien élève de l'EIEIS devenu enseignant et directeur technique du Département d'enseignement infirmier supérieur (DEIS)⁴⁶, titulaire d'un DEA d'histoire des civilisations, publia *Le service infirmier ces trente dernières années*⁴⁷ la même année que le *Promouvoir la vie* de Marie-Françoise Collière. Son projet était bien différent de celui de ses deux collègues, à la fois par le choix de la période couverte, et l'objet de l'ouvrage, délibérément centré sur le service rendu par les infirmières. Il ne cachait d'ailleurs pas son objectif premier, très pragmatique, s'agissant de l'évolution de la pratique professionnelle des infirmières des années 1950 aux années 1980 :

[...] rassembler tout ce qui a été à l'origine de cette évolution ; [...] mettre en évidence les indicateurs les plus reconnaissables afin que ne se perdent pas les dates, les faits, les événements les plus marquants qui pourront contribuer à écrire l'histoire de la profession. Pour cela, j'ai choisi de mettre en évidence le phénomène évolutif de la formation de base et de la formation supérieure des infirmiers(ères),

⁴³Voir les travaux de l'historienne Yolande COHEN, *infra*.

⁴⁴ Geneviève CHARLES, *L'infirmière en France d'hier à aujourd'hui*, Paris, Le Centurion, coll. Infirmières d'aujourd'hui, 1979.

⁴⁵ *Id.* p 9.

⁴⁶ L'EIEIS était alors devenue le DEIS, appartenant désormais à l'Institut international supérieur de formation des cadres de santé (IISFCS)

⁴⁷ René MAGNON, *Le service infirmier ces trente dernières années*, Paris, Le Centurion, coll. infirmières d'aujourd'hui, 1982.

l'émergence d'une conception renouvelée du service infirmier ainsi que celle des structures, et le passage progressif d'une pensée médicalisée à une pensée infirmière.⁴⁸

C'était donc un acteur de son temps, qui faisait part d'un point de vue engagé et militant sur une tranche d'histoire. L'ouvrage évoquait de nombreux sujets : formation infirmière, conception des soins, littérature professionnelle, organisation du travail, processus de soins et diagnostic infirmier, recherche en soins infirmiers. Ainsi livrait-il une minutieuse compilation des textes normatifs, de nature législative ou réglementaire. Il y ajoutait un commentaire fouillé sur les conditions de production de ces textes, par la mise en évidence et la présentation des travaux préparatoires conduits avec la participation d'une frange militante de professionnel(le)s à travers des associations actives depuis les années cinquante voire bien avant, avant-garde éclairée à laquelle il ne se cachait pas, par ailleurs, d'appartenir.

C'est sans doute dans le même dessein qu'il écrivit une dizaine d'années plus tard, la biographie de Léonie Chaptal, personnalité éminente et fort influente de la profession d'infirmière en France⁴⁹. Celle-ci fut à la fois directrice d'une école d'infirmières, fondatrice d'un hôpital médico-chirurgical, leader associatif, journaliste, écrivain et présidente du Conseil international des infirmières (CII)⁵⁰. Après l'émergence chaotique de la profession dans le dernier tiers du XIX^{ème} siècle⁵¹, un laborieux, robuste et durable modèle infirmier fut dessiné, sous la houlette républicaine du docteur Bourneville⁵². Dès le début du XX^{ème} siècle, en écho aux réalisations conduites en Grande-Bretagne par Florence Nightingale depuis les années 1860, des femmes issues de milieux aisés catholiques ou protestants, ouvrirent des écoles privées, dans le but d'offrir une alternative plus dorée au terne modèle bournevillien, taillé pour les femmes du peuple et qui, en raison de son caractère ancillaire persistant, s'attirait leurs plus sévères critiques. Léonie Chaptal représentait la figure emblématique de ce mouvement.

Fille du Comte Chaptal de Chanteloup⁵³ et de la comtesse Chaptal née Raffalovitch, elle-même fille d'un riche banquier russe, elle fut élevée dans la pure tradition de l'Église catholique⁵⁴. Elle avait acquis le diplôme de dame surveillante 1^{er} degré de la Société de secours aux blessés militaires (SSBM) en 1899 et le diplôme d'infirmière hospitalière des hôpitaux parisiens en 1903. Ce dernier parchemin lui fut délivré par l'école municipale de Bourneville qu'elle

⁴⁸ *Id.* p 8.

⁴⁹ René MAGNON, *Léonie Chaptal, la cause des infirmières*, Paris, Lamarre, 1991.

⁵⁰ Ce conseil fut fondé en 1899, à l'occasion d'une réunion à Londres du Comité international des femmes. Mrs Bedford-Fenwick, Présidente du *National Council of Nurses of Great Britain*, fut chargée pour la section des professions féminines dudit comité, d'élaborer un programme d'études d'infirmières. S'exprimant alors au nom de l'association des matrones de Grande Bretagne et d'Irlande, elle émit avec succès le vœu de la création de ce qui allait devenir le CII. *Id.* p 173.

⁵¹ Véronique LEROUX-HUGON, *Des saintes laïques... op. cit.*

⁵² Michel POISSON, *Origines républicaines... op. cit.*

⁵³ Descendant du ministre Chaptal de Napoléon Premier

⁵⁴ René MAGNON, *Léonie Chaptal... op. cit.* p 24.

fréquenta incognito, expérience qui lui permit de publier un texte l'année suivante dans la *Revue des Deux Mondes*, entre le reportage réaliste et le brûlot⁵⁵. Grâce au précieux réseau d'influences politiques qu'elle tissa du fait de sa naissance, de ses centres d'intérêts et de sa réelle ouverture au monde, très tôt convaincue de l'importance de la question des pauvres, de leur situation socio-sanitaire et de leur nécessaire assistance⁵⁶ pour le maintien des équilibres sociaux, elle donna notamment l'impulsion nécessaire à l'essor de la formation des infirmières sur l'ensemble du territoire national. Plusieurs dispositions réglementaires marquantes furent prises avec sa participation active à partir des années 1920.

Remarquablement stratégique et malgré un fervent catholicisme dont elle ne cachait pas la pratique intensive, Léonie Chaptal fit très tôt le choix de la laïcité en privilégiant délibérément les aspects professionnels de son combat. Ainsi, elle associa souvent la charité chrétienne à la simple humanité dépouillée de tout dogme, cette judicieuse précaution lui permettant de rallier à sa cause les plus sceptiques quant aux vertus de l'au-delà. Admise au Conseil supérieur de l'Assistance publique en 1913, elle devint membre en 1920 de la section permanente de cette instance. Elle y côtoya Gustave Mesureur, directeur général de l'Assistance publique. Ainsi, réussit-elle à travailler au rapprochement de l'assistance publique et de l'assistance privée, mais aussi de personnages issus d'obédiences religieuses plus ou moins amies. Le premier conseil d'administration de l'Association nationale des infirmières diplômées de l'État français (ANIDEF) qu'elle fonda dès 1924, était composé d'une façon étonnamment œcuménique. On y retrouvait parmi la dizaine de demoiselles⁵⁷ directrices d'écoles d'infirmières qui le composaient, aussi bien de ferventes catholiques déclarées que des représentantes de la section des infirmières de la ligue des sociétés Croix-Rouge, Mlle Grenier, directrice de l'école publique de la Salpêtrière⁵⁸ ou encore Mlle Hélène Mignot, sous-directrice de l'école Florence Nightingale (protestante) de Bordeaux. En fondant l'ANIDEF, Léonie Chaptal ouvrait la voie des relations internationales aux infirmières françaises en leur permettant de participer officiellement au CII. Forte de l'association nouvellement créée, condition sans laquelle l'agrégation au prestigieux conseil était impossible, elle sollicita avec succès la participation de la France dès le congrès désormais quadriennal qui eut lieu en 1925 en Finlande. Au congrès

⁵⁵ Une école d'infirmières en 1903, Journal d'une élève infirmière, *Revue des Deux Mondes*, 15 janvier 1904, p. 409-433. Ce texte est publié in extenso dans MAGNON, *ibid.* p 126-142.

⁵⁶ Elle écrivit en 1904, *Comment aller aux pauvres*, brochure de 7 p., Besançon, Imprimerie De Jacquin, Ed. Leplay. Cet élan charitable teinté de prosélytisme à l'adresse des membres de sa condition était conforme à la doctrine sociale de l'Eglise affirmée dans l'Encyclique *Rerum Novarum* du pape Léon XIII en 1891.

⁵⁷ Si l'on excepte Mme Dières-Montplaisir, en réalité *sœur Stéphanie*, qui dirigeait alors l'école d'infirmières de l'Hôtel-Dieu de Nantes.

⁵⁸ Ouverte en 1907 alors que Gustave Mesureur était déjà directeur général de l'assistance publique et s'inscrivant dans le mouvement d'ensemble des initiatives privées, cette « école des bleues », ou « école des infirmières » emprunta un chemin et pris une tournure bien différente des héroïques écoles bournevilliennes des débuts. Alice PRINTEMPS, *L'école des infirmières de la Salpêtrière (1907-1922), Former des Infirmières professionnelles*, mémoire pour l'obtention du Master d'histoire contemporaine sous la direction de Christian Chevandier, université Paris 1 Sorbonne, centre d'Histoire sociale du XXème siècle, 2009.

suisant, qui se tint en 1929 à Montréal, elle fut élue Présidente du CII pour les quatre années suivantes. Le congrès international de 1933 eut lieu à Paris du 9 au 12 juillet, la journée de clôture du 13 juillet étant programmée à Bruxelles. A l'occasion des préparatifs de ce congrès, elle réussit même une sorte de tour de force en s'attirant les faveurs d'une association concurrente de l'ANIDEF numériquement bien supérieure, l'Union catholique des services de santé et des services sociaux (UCSS)⁵⁹, dirigée par Marie de Liron d'Airolles, catholique militante. Cette association, soutenue par la hiérarchie catholique, donnait le primat au confessionnel sur le professionnel et fut pendant longtemps réticente à un rapprochement avec le CII, dont l'influence anglaise et protestante était connue, de même qu'elle appréciait assez peu les bonnes grâces des gouvernants socialistes de l'époque à l'égard de l'ANIDEF⁶⁰. Or cette association finit par donner son accord enthousiaste pour participer au congrès du CII de 1933.

Ainsi, l'hommage aux accents hagiographiques de son biographe à cette sainte laïque⁶¹ des années 1930, lui permettait, aussi bien, de travailler aux fondations d'une sorte de panthéon spécialisé. Cette glorification était susceptible, à ses yeux, de stimuler des imaginaires en souffrance et de rassembler les membres d'une profession dont la plupart des auteurs du métier s'accordaient sur l'éclatement et la diversité presque délétère qui la caractérisaient, malgré les efforts déployés en son temps par son héroïne. Il souligna d'ailleurs le legs impressionnant qu'elle fit selon lui, à la profession :

Les infirmières possèdent désormais un titre reconnu, des circulaires ministérielles visant à le protéger, un Conseil de perfectionnement chargé d'étudier toutes les questions se rapportant à la fonction, à la formation et aux écoles ; grâce à l'association nationale, les infirmières ont rejoint la communauté internationale et peuvent participer aux congrès internationaux ; un Bureau central des infirmières contrôle les jurys d'examen, étudie les demandes d'autorisation d'exercer, les demandes d'agrément des nouvelles écoles et tend à promouvoir de meilleures conditions de travail et de vie ; elles possèdent une revue nationale, porte-parole de leur action et une collection d'ouvrages, premiers éléments de la constitution d'un savoir propre.⁶²

Si cela faisait beaucoup pour une femme seule, elle apporta indéniablement sa pierre à ces évolutions. Comme pour livrer une suite à son tout premier ouvrage, le même auteur publia presque 20 ans plus tard, *Les infirmières : identité, spécificité et soins infirmiers, le bilan d'un*

⁵⁹ Évelyne DIEBOLT, Une association professionnelle catholique : l'union catholique des services de santé et des services sociaux (1922-1938) in Marie-Françoise COLLIÈRE (dir.), Évelyne DIEBOLT (dir.), Pour une histoire des soins... *op cit.* p 142-157

⁶⁰ René MAGNON, *Léonie Chaptal...* *op. cit.* p 90.

⁶¹ Sainte femme en effet, qui selon l'annonce d'avis de son décès dont la carte est reproduite dans l'ouvrage, semble avoir été touchée par la grâce divine d'une limite à l'autre de sa vie : « Née le jour de l'Épiphanie 1873-rappelée à Dieu la veille de la résurrection 1937 [...] [elle avait] « mis sa grande intelligence au service du faible et de l'infirmes : la béatitude sera sa récompense » *Id.* p. 22.

⁶² *Id.* p 89.

*siècle*⁶³. Couvrant la période de 1870 à 2000, ce bilan plus que séculaire était ambitieux et l'approche thématique choisie en 1982 était remplacée par un découpage résolument chronologique, présentant la description de ce qui apparaissait comme la progression presque linéaire d'une profession sur le chemin de l'émancipation : de la genèse de la profession à la fin du siècle précédent à l'espoir d'une autonomie disciplinaire à l'aube du XXIème siècle, en passant par un lent processus de professionnalisation (1920-1960), la quête d'une spécificité (1960-1980) et d'une reconnaissance sociale (1980-2000), sur fond de libération progressive de la pensée infirmière du joug de la pensée médicale.

L'auteur annonça d'emblée qu'il comptait alors combler le regrettable manque d'un document de synthèse « concernant l'évolution des pratiques et des connaissances de la profession infirmière »⁶⁴. Ainsi présentait-il, une fois encore, un recueil organisé et commenté d'informations de nature à constituer une mémoire infirmière, entreprise à laquelle il travaillait depuis de nombreuses années, convaincu que l'histoire était porteuse des germes de cette culture professionnelle dont il constatait et regrettait le manque d'épaisseur, quelle que fût la génération considérée. C'est donc encore un militant qui souhaitait ainsi « mieux faire connaître les femmes, les hommes, les dates, les faits et les événements les plus marquants »⁶⁵, comme pour travailler à la construction d'une épopée qui ne disait pas son nom et qui, racontée, était susceptible d'impulser un élan pour l'avenir. Témoignage supplémentaire de cette volonté de contribuer à l'édification d'une mémoire collective aux vertus cimentaires et stimulantes à ses yeux, il nourrit durant toutes ces années avec ténacité, le projet d'un dictionnaire biographique des soins infirmiers⁶⁶. Au-delà des prises de position affichées, qu'il convient de lire, critiquer et analyser comme telles, ces différents ouvrages représentent, par les documents qu'ils rassemblent et les commentaires qu'il contiennent, une source considérable d'informations pour l'historien.

Quelle que soit leur origine, académique, indigène ou mixte, les historiens et historiennes s'accordent sur l'idée qu'un mouvement de professionnalisation est observable chez les infirmières françaises dans la première moitié du XXème siècle et s'affermi dans les décennies suivantes. A cet endroit, un détour comparatif, centré sur ce qui se joue dans d'autres aires culturelles ces mêmes années est éclairant. L'historiographie nord-américaine est beaucoup plus étoffée qu'en France depuis plusieurs dizaines d'années, la question du genre y étant très

⁶³ René MAGNON, *Les infirmières : identité, spécificité et soins infirmiers, le bilan d'un siècle*, Paris, Masson, 2001.

⁶⁴ *Id.* p 1.

⁶⁵ *Id.* p 3.

⁶⁶ Si cette entreprise ne vit pas le jour en l'état, elle aboutit dans son principe, sous la forme d'une rubrique intitulée « Figures marquantes des soins infirmiers », publiée dans la *Revue de l'infirmière* d'octobre 2007 à janvier 2011 et couvrant la période de 1660 à 1960.

prégnante à partir des années 1980. Les travaux de Yolande Cohen, historienne québécoise, sont éclairants à plus d'un titre.

Infirmières et soins infirmiers : importants objets d'étude pour les historiens d'Amérique du Nord - le cas du Québec

À la faveur du mouvement de libération des femmes des années 1970 et des grandes manifestations et grèves d'infirmières, dit Yolande Cohen⁶⁷, les pionnières de l'histoire du *nursing* comme Susan Reverby⁶⁸, Barbara Melosh⁶⁹, Celia Davies⁷⁰, ou encore Danièle Kergoat en France⁷¹ en firent le symbole de l'inégalité entre hommes et femmes dans le monde du travail. Ce courant opéra une rupture avec le genre hagiographique précédent⁷² en empruntant les voies de la critique marxiste. Ainsi, les grandes figures héroïques de la profession comme Nightingale en Grande Bretagne, Chaptal et Hamilton⁷³ en France, ou encore Ananéry au Brésil, étaient-elles regardées comme de grandes bourgeoises qui voulaient moraliser, évangéliser, voire domestiquer le peuple :

[...] issues des élites de la société, ces pionnières ne peuvent, aux yeux de ces historiennes, que reproduire la division traditionnelle des rôles entre hommes et femmes. Fidèles assistantes des médecins, les infirmières seront cantonnées dans un rôle subalterne, au nom de la complémentarité des rôles entre hommes et femmes. Ces historiennes établissent ainsi une histoire de domination des infirmières au pouvoir tout puissant des médecins et soulignent l'omniprésence de la domination masculine, exercée par les membres du clergé, du corps médical ou des administrations hospitalières et sanitaires.⁷⁴

S'appuyant sur la sociologie de Eliot Freidson⁷⁵, selon laquelle les médecins hommes détenaient et distribuaient le savoir et les infirmières femmes, par conséquent, ne pouvaient pas constituer une profession autonome, tout au plus une semi-profession, ces historiennes nuançaient, voire minimisaient la portée des grands combats conduits par ces pionnières pour

⁶⁷ Yolande COHEN, Rappports de genre, de classe et d'ethnicité : l'histoire des infirmières au Québec, *Canadian Bulletin of Medical History / Bulletin canadien d'histoire de la médecine*, 21/2 2004, p 387-409.

⁶⁸ Suzan REVERBY, *Ordered to Care : the dilemma of American Nursing 1850-1945*, New-York, Cambridge University press, 1987.

⁶⁹ Barbara MELOSH, *The Physician's hand : Work, Culture and Conflict in America Nursing 1850-1945*, Philadelphia, Temple University Press, 1982.

⁷⁰ Celia DAVIES, *Gender and the Professional Predicament of Nursing*, London, Routledge, 1995.

⁷¹ D. KERGOAT, *Les infirmières et leur coordination*, Paris, CNRS-PIRTTEM, 1990. Il s'agissait là d'une étude sociologique « à chaud » du mouvement des infirmières françaises en 1988, d'où fut tiré l'ouvrage du même titre, Danièle KERGOAT (dir.), Françoise IMBERT, Hélène LE DOUARE, Danièle SENOTIER, *Les infirmières et leur coordination, 1988-1989*, Paris, Lamarre, 1992

⁷² Edouard DESJARDINS, Suzanne GIROUD, Eileen FLANAGAN, *Histoire de la profession infirmière au Québec*. Montréal, AIPQ (Association des infirmières de la Province de Québec), 1970

⁷³ Médecin, importatrice en France au début du siècle du modèle des hôpitaux-école élaboré en Grande-Bretagne dans le dernier tiers du XIXème siècle par Florence Nightingale.

⁷⁴ Yolande COHEN, Rappports de genre, de classe et d'ethnicité... *op. cit.* p 389.

⁷⁵ Eliot FREIDSON, *La profession médicale*, Paris, Payot, 1984. Traduction française. La première édition américaine date de 1970.

le développement professionnel. A leurs yeux en effet, les grandes batailles pour l'enregistrement des infirmières et la reconnaissance de fait de la profession ou encore l'entrée de ces dernières à l'Université, quoique victorieuses demeuraient problématiques au regard de l'organisation du travail d'une activité essentiellement hospitalière. Ces travaux soulignaient la relation existante entre le manque d'autonomie de la profession infirmière au sein du système de santé élaboré au tournant du siècle et son caractère essentiellement féminin. Mais, demande Yolande Cohen⁷⁶, « Ces rapports de genre sont-ils pour autant consubstantiels au nursing ? »⁷⁷

De fait, plusieurs travaux plus récents élargissent le regard sur le phénomène à l'étude, en sortant d'un mode d'entrée strictement féministe pour concentrer le regard sur le rapport entre les genres. Ainsi, « les stratégies égalitaires suggérées par les analyses féministes antérieures sont confrontées aux stratégies basées sur l'affirmation de la différence sexuelle dans la plupart des travaux plus récents, faisant ainsi apparaître les facettes complexes de cette histoire. »⁷⁸ Dans ce contexte épistémologique élargi, il est possible de mettre au jour non plus seulement le genre comme facteur explicatif des mécanismes de domination entre hommes et femmes, mais aussi, paradoxalement, comme levier de ce qui peut être regardé comme une sorte d'émancipation. Ainsi, les infirmières apparaissent-elles dans plusieurs études comme le vivier inattendu des « premières femmes à avoir accès à l'éducation supérieure ou à des postes exigeant une qualification supérieure. »⁷⁹ Ailleurs, les infirmières montrent un degré d'autonomie égal ou supérieur aux autres professions féminines. Kathryn McPherson⁸⁰ décrit pour sa part, un réel développement de la profession en un siècle. Nuançant le rapport de classe dominant/dominé, elle met en évidence au contraire, une solidarité de genre entre les élites comme les surintendantes et les directrices d'école et les « *rank and file nurses*⁸¹ », l'alliance se construisant autour du combat pour tenter de délimiter les frontières de nature à distinguer le groupe des infirmières des soignantes non qualifiées et des médecins. Si les clivages de classe réapparurent dans l'entre-deux guerres en raison du déclin de la pratique privée au profit d'une augmentation de l'exercice hospitalier et de la montée en puissance du syndicalisme qui l'accompagnait, il n'en demeure pas moins que « la solidarité des infirmières basée sur les savoirs et l'expertise propre (la profession) va réussir à tempérer les divisions inhérentes à la structure hospitalière et aux inégalités entre praticiennes et administratrices. »⁸²

⁷⁶ Nous avons retenu le principe que quand un auteur est présenté et nommé une fois dans le corps du texte, nous ne reprenons que l'initiale de son prénom pour alléger le texte. Ce n'est pas vrai pour Yolande Cohen ni pour Yves Cohen, historien sollicité *infra*, en raison du risque de confusion entre les deux.

⁷⁷ Yolande COHEN, *Rapports de genre, de classe et d'ethnicité... op. cit. Ibid.*

⁷⁸ *Id.* p 390.

⁷⁹ *Ibid.*

⁸⁰ Kathryn McPHERSON, *Bedside Matters : The Transformation of Canadian Nursing, 1900-1990*. Toronto et New York, Oxford University Press, 1996.

⁸¹ Infirmières du rang formées dans les hôpitaux et travaillant dans le secteur privé.

⁸² Yolande COHEN, *Rapports de genre, de classe et d'ethnicité... op. cit.* p 392.

En s'appuyant sur l'analyse de cette littérature foisonnante et ses propres travaux⁸³ qui attribuent une place nouvelle aux associations féminines philanthropiques dans la définition des principales caractéristiques de la profession d'infirmière dont le *caring* n'est pas la moindre, Yolande Cohen est en mesure de confirmer que l'identité des infirmières se constitua « à l'intersection de rapports de classe, de genre et d'ethnicité » dès le début de la réforme du *nursing* au Québec. Cette identité, « fortement établie sur la revendication de rôles sexués, permet à ces dernières d'entrer dans le monde du travail salarié et professionnel. L'action des pionnières leur ouvre l'accès à l'éducation supérieure et permet à un petit nombre d'entre elles d'obtenir un statut professionnel. »⁸⁴ Au-delà, l'étude approfondie du processus de professionnalisation et de la transmission des savoirs permet de mettre en évidence l'influence conjointe du genre et de la religion. Le cas du Québec est très éclairant à cet endroit.

C'est en effet, dit l'auteure, en prenant en compte le facteur religieux comme élément fondamental d'analyse, qu'il est possible de « comprendre la définition même du soin (care). »⁸⁵ Deux courants confessionnels très marqués étaient à l'œuvre dès la fin du XIX^{ème} siècle et participèrent au siècle suivant à la co-construction de l'image de l'infirmière, et au-delà, de la réalité du métier et donc des pratiques : le modèle canadien français ou franco-catholique et le modèle canadien anglais ou anglo-protestant. Le premier courant était porteur de la tradition caritative des religieuses hospitalières, d'autant que les congrégations avaient pendant longtemps participé activement à la marche des hôpitaux et s'y étaient installées de manière solide et durable. Il était représenté par la figure de la *garde-malade*, investie d'une mission apostolique au service des malades et exerçant essentiellement à l'hôpital. L'infirmière (*nurse*), représentait la figure du second courant, importé du modèle mis au point par Florence Nightingale dès les années 1840 en Grande Bretagne. Cette dernière investit d'emblée le champ de la santé publique et de l'hygiène sociale, se plaçant délibérément au service du mouvement de réforme sociale de l'époque. Si les *nurses* étaient présentes dans les hôpitaux anglophones ainsi que dans certains hôpitaux du Québec, elles se consacrèrent essentiellement aux soins à domicile ou en dispensaires où elles développèrent notamment des activités de prévention. Elles s'affilièrent dès sa création au *Victorian Order of Nurses*⁸⁶ et furent à l'origine des premières écoles de soins infirmiers.

Ce dernier modèle est souvent mis en avant dans l'historiographie anglo-protestante du *nursing*, comme porteur de la laïcité nécessaire au processus de professionnalisation, dans le sillage de

⁸³ Yolande COHEN, *Profession infirmière, une histoire des soins dans les hôpitaux du Québec*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal, 2000.

⁸⁴ Yolande COHEN, *Rapports de genre, de classe et d'ethnicité... op. cit. Ibid.*

⁸⁵ *Id.* p 396.

⁸⁶ Cet ordre fut créé en 1897 et présenté à l'époque comme un mode parmi d'autres de commémoration au Canada, de l'accession de la Reine Victoria au trône de l'Empire Britannique 60 ans plus tôt. L'idée était de susciter des vocations et de promouvoir le recrutement de femmes célibataires susceptibles d'apporter leur contribution à la réforme sociale, dans la mouvance de ce qui se passait en Grande Bretagne sous l'impulsion de F. Nightingale.

la science conquérante, à l'origine des balbutiements de la réforme de la fin du siècle. Il apparaît donc *a priori* comme confessionnellement neutre et presque naturellement porteur de modernité. Or, d'après Yolande Cohen, cette neutralité est illusoire :

[...] la laïcité proclamée des réformateurs anglo-protestants était non seulement une version édulcorée du social gospel⁸⁷, idéologie anglo-protestante militante, mais aussi une arme de guerre contre le modèle franco-catholique de soins à qui l'on enviait sa structure institutionnelle et sa toute-puissance.⁸⁸

Ce voile étant levé, il est possible alors de dépasser ce qui apparaît comme un faux semblant de laïcité pour s'intéresser au rôle et à l'influence du protestantisme dans la réforme du *nursing* du début du siècle, en interaction avec le rôle et l'influence du catholicisme, tenant de l'autre modèle. Ceci conduit à relativiser les indéniables apports et l'influence du modèle anglais et à réhabiliter en quelque sorte, la contribution du modèle franco-catholique, mais aussi et surtout, à mieux comprendre ce qui se joua et s'élabora dans le champ des soins infirmiers au Québec.

Dans les deux courants, les valeurs originelles, procédant d'une même idéologie judéo-chrétienne⁸⁹ étaient partagées : charité chrétienne, dévouement féminin, don de soi, nécessité de travailler au salut des âmes sur fond de devoir de rédemption du malade. Autant de ferments sur lesquels s'appuya l'édification du *care*, pouvant être défini comme une attention aux êtres humains souffrants, comparé au *cure* visant la lutte contre la maladie qui devint un objet de connaissance et de pratique de plus en plus précis, avec l'essor de la médecine dans sa composante scientifique. La communauté de vues entre les deux courants s'arrêtait là. Il n'en allait en effet pas de même pour les stratégies développées en ce qui concernait la professionnalisation des infirmières, lesquelles constituaient la véritable pierre d'achoppement entre les deux modèles. Alors que les protestants tablaient sur un rapprochement immédiat avec le corps médical garantissant à leurs yeux l'adhésion massive du mouvement philanthropique, les catholiques y étaient très réticents, par crainte de perdre l'autonomie historique qui les caractérisait par rapport au corps médical dans l'organisation hospitalière. Ces derniers préféraient donc un modèle holiste les protégeant d'une trop grande influence médicale, et cherchaient à conserver le contrôle local de l'accès à la profession. Ainsi selon Yolande Cohen, c'est, contrairement à une idée tenace, moins une opposition à la science et à la médecine qu'une résistance à la professionnalisation de cette fonction soignante nouvelle risquant à terme de lui échapper qui détermina l'attitude des catholiques en ces années héroïques.

Le courant protestant prit indéniablement la tête de la modernisation du *nursing* et de l'appareil de formation s'y rapportant, en participant activement à l'avènement de services de soins

⁸⁷ Expression reprise de Ramsay COOK, *The regenerators : Social Criticism in Late Victorian English Canada*, Toronto, University of Toronto Press, 1985.

⁸⁸ Yolande COHEN, *Rapports de genre, de classe et d'ethnicité... op. cit. Ibid*

⁸⁹ La communauté juive emprunta les voies du courant anglo-protestant à partir de 1920.

spécialisés dans les hôpitaux anglo-protestants. Malgré le discours un peu nostalgique des héroïques pionnières sur la vocation et la nécessaire dévotion comme mode d'entrée dans la profession, « le caractère sacré et intime du rapport au patient [disparut] pour faire place à un rapport plus objectif et marchand » et « l'on [dut] remplacer le discours religieux par des pratiques de soins professionnelles et scientifiques. »⁹⁰ Si le modèle franco-catholique fut ébranlé ces années-là, en raison du retard de fait qu'il prit sur un concurrent s'accommodant fort bien pour sa part de la médicalisation des structures et d'une intervention régulatrice de plus en plus grande de l'État, il n'en apporta pas moins sa pierre à l'édifice selon sa logique propre. Quelques-unes en son sein, saisirent d'ailleurs assez rapidement la nécessité de suivre ce mouvement, au risque d'être considérées comme des traîtresses. Mais au-delà, durant la première moitié du XX^{ème} siècle, les congrégations furent de plus en plus tentées de s'engager dans la réforme du *nursing* sous diverses formes dans leurs propres rangs.

L'observation de ces développements permet aussi de mettre au jour des différences de classe notables entre les deux modèles. Alors que le recrutement dans le courant protestant s'opérait dans les classes moyennes ou aisées, il s'adressait plutôt aux milieux ruraux et pauvres chez son concurrent. De la même façon, lorsque l'expansion de ces professions conduisit à créer des postes subalternes destinés aux laïques⁹¹ dans les hôpitaux dès les années 1920 puis des postes de direction dans les années 1940, il fut possible d'observer un autre phénomène :

Si les distinctions de classe jouent de façon importante dans le secteur anglo-protestant du *nursing*, comme de nombreuses historiennes l'ont montré, opposant l'élite (blanche, bourgeoise et urbaine) du nursing aux infirmières sous-payées et peu qualifiées (rurales et pauvres), il n'en va pas de même dans le secteur franco-catholique, du moins avant 1947 et l'apparition des infirmières auxiliaires.⁹²

Ainsi, contrairement à son concurrent, le modèle franco-catholique était caractérisé par une véritable dynamique de promotion sociale. Ce furent bien les tensions entre ces deux modèles, leur communauté de genre et leurs particularisme à la fois religieux et de classe qui contribuèrent à dessiner progressivement la figure de l'infirmière au Québec durant le premier XX^{ème} siècle.

Enfin, durant toutes ces années de réforme, c'était aussi la question de la constitution des savoirs féminins comme un bien commun à la profession, qui se jouait :

En s'appropriant des savoirs féminins relatifs au *care*, les pionnières ont réussi à définir un ensemble de compétences exclusives, qui confèrent une légitimité à leur revendication d'autonomie. Cette expertise,

⁹⁰ *Id.* p 401.

⁹¹ Celles-ci furent d'ailleurs à l'origine des premières revendications salariales dans les hôpitaux catholiques dans les années 1930, même si les sœurs se chargèrent de freiner leur ardeur. Yolande COHEN, *Profession infirmière, une histoire des soins dans les hôpitaux du Québec... op. cit.*

⁹² Yolande COHEN, *Rapports de genre, de classe et d'ethnicité... op. cit.* p 402.

adroite combinaison de morale religieuse et de connaissances biomédicales, fut à la base de l'enseignement du *nursing* pendant toute la première moitié du XX^{ème} siècle. Progressivement, la morale sera remplacée par l'enseignement des humanités et des sciences sociales, les sciences biomédicales prenant une place plus grande avec la spécialisation accrue.⁹³

A partir des années 1950, un travail de neutralisation des savoirs infirmiers, à la fois du point de vue du genre et de la religion, s'opéra en même temps qu'une tentative d'introduction d'une mixité qui reste encore problématique aujourd'hui, au Québec comme ailleurs. Un regard sur l'émergence des sciences infirmières comme discipline dans la province québécoise permet d'achever cette instructive excursion outre Atlantique.

Aux origines d'une discipline académique : les sciences infirmières comme objet d'histoire aux Québec

Une équipe pluridisciplinaire était à l'œuvre dans cette étude conduite à l'occasion du quarantenaire de la faculté des sciences infirmières à l'université de Montréal⁹⁴. Il est question ici d'un événement marquant dans l'histoire du travail féminin, puisque les infirmières furent « les premières femmes à vouloir se doter d'une formation universitaire complète, à partir de la formalisation de savoirs féminins personnels. »⁹⁵ Il s'agit donc d'un des premiers modèles de carrière académique féminine et d'une création unique à l'époque, dans le monde francophone. Ici aussi, au-delà du genre et de ce qui se jouait pour les femmes au travail, la question de la religion était présente sans que l'on s'en étonne, sous la forme d'une compétition à peine masquée entre les deux courants évoqués précédemment.

Aboutissement de cette rivalité ou au moins de cette émulation, l'université de Montréal, francophone, put revendiquer la primeur de la création d'une véritable faculté universitaire dédiée aux infirmières en 1962. L'entreprise devait beaucoup aux sœurs de la charité de Montréal ou sœurs grises, congrégation mise sur pied au XVIII^{ème} siècle par Marguerite d'Youville. Déjà à l'initiative des écoles d'infirmières des hôpitaux d'obédience catholique depuis de nombreuses années, cette congrégation proposa, dans les années 1920, les premiers cours pour les infirmières dispensés à l'université de Montréal. Ces initiatives n'étaient sans doute pas sans relation avec l'ouverture en 1920, à l'université McGill, elle aussi localisée à Montréal et dont les enseignements étaient dispensés en anglais, de la *School of graduate nurses*⁹⁶. Du côté franco-catholique, à partir de 1923, des cours de perfectionnement furent

⁹³ *Id.* p 404.

⁹⁴ Yolande COHEN, Jacinthe PEPIN, Esther LAMONTAGNE, André DUQUETTE, *Les sciences infirmières, Genèse d'une discipline*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal, 2002. Yolande COHEN et Esther LAMONTAGNE sont historiennes, Jacinthe PEPIN et André DUQUETTE sont professeurs en sciences infirmières.

⁹⁵ *Id.* p 29.

⁹⁶ Laquelle devint *School of nursing* dans les années 1960.

aussi proposés aux infirmières religieuses et laïques, les contenus étant centrés sur l'administration, l'enseignement du *nursing* et la diététique. Parallèlement fut créée en 1925, l'école d'hygiène sociale appliquée, annexée à la faculté de médecine et ouverte dès le début aux infirmières diplômées des écoles des hôpitaux reconnues par la faculté de médecine. De là découla le projet de création d'une école supérieure de garde-malades, laquelle vit le jour en 1934, sous la forme d'un Institut Marguerite d'Youville, dénomination témoignant de l'influence toujours grande des sœurs grises. A l'époque, un programme en deux ans était offert aux infirmières déjà diplômées des hôpitaux : une première année comportait des enseignements généraux de philosophie, religion, et latin entre autres. Une seconde année était centrée sur les questions d'administration et d'enseignement des soins, mais comprenait aussi des cours de physique et de chimie, cette précaution témoignant de la volonté de satisfaire aux exigences des autorités médicales. Cette formation conduisait à l'obtention d'un baccalauréat ès sciences hospitalières, premier grade universitaire susceptible d'ouvrir plus tard la porte à des études théoriques plus poussées.

En 1952, une réforme montra l'adaptation de la formation aux nécessités du temps et du développement des sciences biomédicales. L'enseignement du latin et de la rhétorique fut supprimé au profit de cours plus importants de physique, de chimie et de gestion hospitalière. Dans les années qui suivirent, prévoyant le risque d'être dépassées par un courant anglo-protestant de plus en plus conquérant, notamment à l'université McGill, les sœurs grises, dont c'était le vieux projet, insistèrent auprès de l'archevêché pour obtenir son soutien devant la nécessité, à leurs yeux, d'ouvrir une faculté en sciences infirmières afin de rester dans la compétition. A la fin de la décennie, en 1962, elles étaient en mesure de proposer une formation universitaire en 4 ans. Cependant, le Québec connut aussi ces années-là, le bouleversement de son système éducatif. Ces transformations faisaient suite aux travaux de la Commission royale d'enquête sur l'enseignement dans la province de Québec, lesquels furent publiés sous le nom de Rapport Parent. Cette véritable entreprise de déconfessionnalisation de l'enseignement signa le début de la perte de l'influence et de l'hégémonie des sœurs grises sur les écoles d'infirmières des hôpitaux, lesquelles furent remplacées par une formation collégiale en 1967, lors de la création des CEGEPS⁹⁷, organismes publics. Ainsi, jusqu'à aujourd'hui, deux voies de formation furent offertes aux infirmières québécoises : l'une collégiale, préparant au diplôme d'études collégiales (DEC) et l'autre universitaire, préparant au baccalauréat en sciences infirmières, les deux permettant d'exercer la profession à son premier niveau.

Malgré tout, les sœurs grises avaient réussi à convaincre les autorités universitaires de la pertinence d'une formation académique pour les infirmières et c'est à leur suite que fut créée

⁹⁷ Collèges d'enseignement général et professionnel qui remplacèrent les collèges jusqu'alors dirigés par les religieux.

en 1962 la faculté de *nursing*⁹⁸ de l'Université de Montréal. Alice Girard, une laïque, en fut la première doyenne. Dans un premier temps, la faculté proposa un programme de maîtrise en administration et en éducation du *nursing*, l'Institut Marguerite d'Youville préparant au baccalauréat. Cette dernière institution fut officiellement intégrée à la faculté de *nursing* en 1967. Cette année-là vit aussi l'ouverture de la faculté des sciences infirmières de l'Université Laval, toujours au Québec, preuve que l'initiative avait créé un phénomène d'entraînement, jusqu'à conduire l'université McGill à changer le nom de son école⁹⁹.

De 1967 à la fin des années 1980, le Québec connut un profond remaniement de son système de santé. L'ordre des infirmières du Québec (OIQ) fut créé en 1973. Grâce aux nouvelles connaissances produites dans le cadre de recherches entreprises par le corps professoral, de nouveaux courants de pensée apparurent. En 1978, la faculté de *nursing* de l'université de Montréal devint faculté des sciences infirmières, attestant le dépassement d'une focalisation exclusive sur la pratique des soins vers la sphère de la connaissance. Il fut question alors, pour la faculté, d'œuvrer à « la formalisation des savoirs infirmiers, tant pratiques que théoriques »¹⁰⁰. Dans les années 1980, la recherche se développa et les connaissances enseignées furent réaménagées. Désormais, la détention d'un diplôme de doctorat était nécessaire pour enseigner, de même qu'une activité effective de recherche. Sur cette lancée, les années 1990 virent l'étayage et l'affermissement de la discipline. La profession acheva ainsi de se doter des attributs universitaires par la mise au point en 1993, d'un programme de doctorat conjointement avec l'université McGill, ce rapprochement consacrant symboliquement le primat donné à la science et à la construction disciplinaire, orientation qui permettait de dépasser définitivement les vieux clivages de nature religieuse. Clémence Dallaire, première infirmière docteure en sciences infirmières de la faculté de Montréal, soutint sa thèse en 1998.

Si cette expérience étrangère permet par comparaison d'éclairer la situation française, l'ouvrage d'Evelyne Diébolt et Nicole Fouché¹⁰¹, au regard assurément neuf dans l'historiographie française, apporte un supplément de lumière au tableau. D'une part, les auteures démontrent l'influence anglo-américaine et le caractère « atlantique » du développement de la profession d'infirmière en France de 1854 à 1938. L'ouvrage met en effet en évidence des connexions et la circulation de deux courants majeurs d'influence de la Grande-Bretagne vers les États-Unis,

⁹⁸ Le terme *nursing* peut étonner dans une université francophone, mais il est possible de faire l'hypothèse qu'il s'agissait là d'un objectif de communication par rapport à la concurrence de l'Université McGill. En proposant le terme de *nursing* et en centrant la faculté sur la discipline plus que sur les personnes formées (*School of graduates nurses* à McGill), l'avantage symbolique était ainsi repris par effet de miroir. Par ailleurs, cette appellation permettait de s'inscrire ostensiblement dans le sillage encore prestigieux du *nursing* nightingalien.

⁹⁹ La *School of graduates nurses* devint *School of nursing* en 1967, ce qui confirme que les considérations langagières faisaient partie intégrante de la compétition entre les deux universités.

¹⁰⁰ Yolande COHEN, Jacinthe PEPIN, Esther LAMONTAGNE, André DUQUETTE, *Les sciences infirmières, Genèse...* *op.cit.* p 196.

¹⁰¹ Evelyne DIEBOLT, Nicole FOUCHÉ, *Devenir infirmière en France, une histoire atlantique ? (1854-1938)*, Paris, Editions Publibook Université, 2011.

puis des États-Unis vers la France s'agissant de l'Atlantique, mais aussi de l'Angleterre vers la France du côté de la Manche. D'autre part, leur approche confirme que les infirmières et les soins infirmiers comme objets d'étude à la croisée de plusieurs histoires nationales, relèvent à la fois de « l'histoire des femmes, l'histoire des religions, l'histoire de la réforme sociale et de la santé publique »¹⁰². On y retrouve ainsi, comme chez Yolande Cohen, le genre et la religion, mais aussi les considérations de classe comme variables explicatives centrales. En France comme au Québec, protestantes et catholiques sont à l'œuvre, mais la question de la République s'invite dans le débat, vient brouiller le jeu et sans doute expliquer au moins partiellement, l'asymétrie des situations et des évolutions :

Dans les années 1930, le gouvernement de la III^{ème} République fait alliance avec les catholiques contre les avancées d'Anna Hamilton¹⁰³ : des familles protestantes françaises, qui voyaient dans la professionnalisation des soins un bon moyen de placer leurs filles, comprennent alors qu'il n'y a plus d'avenir pour elles dans cette direction. Elles leur conseillent alors de devenir docteurs en médecine [...] Le diplôme de 1938 entérine, en France, l'accès des classes populaires aux carrières sociales. Alors, la plupart des protestantes se retirent et laissent le champ libre aux catholiques et à l'Etat.¹⁰⁴

On assiste alors à un jeu d'alliances en quelque sorte inversé par rapport au Québec et c'est la catholique Léonie Chaptal qui semble faire sienne cette laïcité alibi qui avait bien servi la cause des protestantes québécoises. Ceci donne une exceptionnelle occasion de regarder Léonie Chaptal, l'héroïne française, sous un nouveau jour :

La catholique Chaptal, elle, est essentiellement intéressée par le fait que le secteur médico-social et en son sein la formation infirmière ne passent pas aux mains de l'Etat libre-penseur. Elle veut que le catholicisme libéral et la philanthropie catholique qu'elle incarne continuent de contrôler et d'organiser les femmes de France. Pour conserver cette prérogative, elle est prête à défendre le principe de laïcité et à traiter avec les républicains : elle est socialement très bien placée pour jouer ce rôle d'interface. Elle est une catholique fervente issue d'une famille très riche ; elle a un frère qui est évêque et des amitiés dans tous les milieux socialement intégrés : chez les hommes et les femmes d'église ainsi que dans la noblesse et dans la philanthropie française ; elle a des liens avec l'étranger, des relations avec le monde médico-social français et international, des soutiens importants dans la mouvance républicaine ainsi que des appuis dans la haute fonction publique.¹⁰⁵

Ce survol transatlantique donne un relief encore plus prononcé à la comparaison esquissée entre les situations française, québécoise et plus largement nord-américaine. Un double décalage saisissant apparaît alors. D'un point de vue historiographique d'abord, force est de constater la richesse des apports nord-américains comparés au caractère famélique de la

¹⁰² *Id.* p 310.

¹⁰³ Animatrice du courant protestant en France, adepte des thèses de l'anglaise Florence Nightingale. Note ajoutée par nous.

¹⁰⁴ *Id.* p 314.

¹⁰⁵ *Id.* p 314-315.

production française, s'agissant des historiens académiques. Le second décalage, à mettre sans aucun doute en relation directe avec le premier, réside dans l'histoire de la profession elle-même, singulièrement du point de vue du développement de la discipline et de la recherche en France, où l'on observe un retard de presque un demi-siècle si l'on prend l'entrée officielle d'une partie au moins des infirmières à l'Université comme indicateur¹⁰⁶. S'agissant de ce que l'on pourrait nommer des débuts de partenariats ou de coopérations avec l'Université, le décalage est tout aussi sensible¹⁰⁷.

L'objectivation de ce décalage n'autorise cependant pas à conclure sans autre forme d'examen, à une sorte d'archaïsme de la profession d'infirmière en France, par rapport à d'autres aires culturelles. Pour importants qu'ils soient, le rapport à l'Université, aux savoirs et au développement disciplinaire potentiel des soins infirmiers dans leur composante scientifique, ne peuvent en effet constituer le critère unique d'appréciation des situations. En se focalisant exclusivement sur ce qui apparaît comme un prisme modélisant largement mis en valeur dans la littérature, le risque serait grand alors, de réduire à l'un de ses composants, l'histoire de ce qui fait l'épaisseur de ce groupe social caractérisé par son activité, désignée sous le vocable de soins infirmiers. Or les soins infirmiers, selon Pierre-Yves Saunier dont nous reprenons les définitions opératoires, peuvent être à la fois considérés « comme une profession (organisation d'un groupe caractérisé par son activité), ou comme une discipline (enseignée dans des institutions dédiées », ou encore comme « un métier (ensemble des gestes accomplis au quotidien. »¹⁰⁸ Si la création de l'EIEIS représente l'événement fondateur du rapprochement entre les infirmières françaises et l'Université, elle s'inscrit d'abord et plus largement, dans l'histoire de ce groupe professionnel dans tous ses états, en interaction avec de nombreux autres acteurs individuels, collectifs et institutionnels, ceci à un niveau national et international. Comprendre l'EIEIS comme événement surgissant dans le cours du temps suppose donc de l'approcher « dans toute la complexité des contextes dans lesquels il s'inscrit et surtout sans

¹⁰⁶1962 au Québec, 2009 en France. Sans qu'il s'agisse véritablement dans ce dernier cas d'un basculement dans le système universitaire, au moins les étudiantes et étudiants ayant satisfait aux épreuves du diplôme d'Etat d'infirmier ou d'infirmière se virent désormais délivrer en même temps le grade de licence, attribut nouveau apparaissant comme une marque de reconnaissance et d'ouverture, de la part du milieu académique.

¹⁰⁷ 1920 à Montréal, 1965 à Lyon, à l'ouverture de l'EIEIS. S'agissant des États-Unis, au début des années 1920, de nombreuses innovations de ce type fleurirent, même si le système était loin d'être généralisé à l'ensemble du territoire : « *Simmons College (Boston, Massachusetts), North western University (Chicago, Illinois), Columbia University (New York) et les universités de Cincinnati (Ohio) ainsi que celles des États du Minnesota, du Michigan, du Colorado, d'Indiana [...]* » (Évelyne DIEBOLT et Nicole FOUCHE, *op cit.* p. 246). En outre, les premiers programmes de formation doctorale pour les infirmières y furent ouverts dans les années 1950, comme à l'université de Pittsburg, en 1954 par exemple.

URL : <http://www.nursing.pitt.edu/sites/default/files/Pitt%20Nursing%20History.pdf> consulté le 10 octobre 2017.

¹⁰⁸ Pierre-Yves SAUNIER, compte rendu de lecture de « Evelyne DIÉBOLT et Nicole FOUCHÉ, Devenir infirmière en France. Une histoire atlantique ? (1854-1938) », *Clio. Femmes, Genres, Histoire* [en ligne], 36| 2012, mis en ligne le 19 avril 2013, consulté le 01 octobre 2016. URL : <http://clio.revue.org/10892>.

primat d'une logique des enchaînements d'événements au détriment d'une autre.»¹⁰⁹ Penser cet événement, c'est donc aussi tenter de saisir en quoi et comment sa survenue « déchire l'ordre établi » et « introduit une "coupure", une discontinuité dans la continuité du temps »¹¹⁰, au-delà des séduisantes et confortables évidences.

La première partie de cette thèse est donc organisée autour de deux axes de réflexion portant sur le cours du temps qui a significativement précédé l'événement qui retient l'attention. D'une part, il sera question de l'émergence et de l'affermissement d'un modèle professionnel pour les infirmières françaises des années 1920 aux années 1960, qui verront l'édification de l'EIEIS. D'autre part, puisque cette institution avait par définition une vocation internationale, mais aussi, plus prosaïquement, parce que les infirmières françaises font partie des infirmières du monde, nous tenterons de saisir comment elles se situaient sur la scène internationale dans les années 1960, particulièrement par rapport aux infirmières anglaises, initiatrices au XIX^{ème} siècle de la professionnalisation de cette activité dans le monde, et aux infirmières américaines, dont le leadership s'était secondairement affirmé dès les années 1920, avec une montée en puissance dans les années 1950.

La deuxième partie se propose d'examiner dans un premier temps dans quelles conditions, comment et par qui l'EIEIS, dont la création s'imposa comme une nécessité dans ce tableau en France et en Europe, fut patiemment inventée pièce par pièce à partir de 1960, sous la forme inévitable d'un prototype. L'occasion sera alors donnée de regarder évoluer sur cette scène singulière, différents groupes d'acteurs aux logiques bien différentes mais tous concernés, souvent de très près, par cette innovation : infirmières, médecins, universitaires, administrateurs, pouvoirs publics furent amenés à s'investir, s'affronter, négocier, coopérer avec plus ou moins d'enthousiasme, au rythme de l'évolution ou non de leurs propres représentations de la profession d'infirmière et de la situation, sous le regard surplombant de l'OMS. Dans un second temps, le moment sera venu de regarder s'animer cet objet nouveau et de le voir prendre son envol en 1965, avec à son bord des étudiants, premiers acteurs concernés et derniers à entrer en scène.

La troisième partie enfin, se propose d'observer le fonctionnement de l'EIEIS sur la durée et de tenter de saisir les grandes étapes de sa trajectoire et leurs caractéristiques, jusqu'à sa fermeture en 1995. Dans un premier temps, il sera question des années de l'essor après le décollage. Il sera alors possible de regarder vivre et travailler l'équipe dirigeante et enseignante ainsi que les étudiants de l'EIEIS, dans et hors les murs de l'établissement, mais aussi de découvrir les

¹⁰⁹ Michel BERTRAND, « Penser l'événement » en histoire : mise en perspective d'un retour en grâce, in Michel GROSSETTI (dir.), Marc BESSIN (dir.), Claire BIDART (dir.), *Bifurcations : les sciences sociales face aux ruptures et à l'événement*, Paris, La découverte, 2009, p 42.

¹¹⁰ *Id.* p 40.

multiples difficultés qui surgirent sur le chemin des uns et des autres. Dans un second temps, la dernière période de l'institution et de son déclin sera abordée, en mettant au jour les raisons majeures de sa survenue. Enfin, le moment du bilan sera venu, à la recherche d'indicateurs permettant d'apprécier la capacité de cette institution trentenaire à bousculer l'ordre établi et à transformer le monde professionnel des infirmières françaises.

PREMIÈRE PARTIE – INFIRMIÈRES FRANÇAISES DES ANNÉES 1960 : HÉRITAGES ET ANCRAGES POUR LA FABRICATION D’UN MODÈLE ORIGINAL EN PHASE AVEC LE MONDE

L’invention des premières écoles municipales parisiennes d’infirmiers et d’infirmières en 1878 par le Dr Bourneville, médecin pastorien, républicain, radical et libre penseur, constitua incontestablement l’acte fondateur de la profession d’infirmière en France dans sa forme moderne¹¹¹. Comme médecin épris de progrès, Bourneville espérait bien transformer les soins aux malades en instruisant et en professionnalisant les infirmières. Il chercha alors avec plus ou moins de bonheur à mettre à leur portée les toutes nouvelles connaissances issues des avancées scientifiques et techniques de cette fin de siècle. Il fit même un voyage à Londres en 1877, pour y observer ce que Florence Nightingale avait mis sur pied depuis presque 20 ans. Il en revint intellectuellement séduit, mais convaincu que ce qui était déjà devenu l’élégant modèle anglais n’était pas plus compatible avec la situation française qu’avec ses propres conceptions du progrès. Loin de l’aristocratique modèle nightingalien qui avait fini par séduire les femmes du monde, l’ardent soutier de la IIIème République commençante entendait bien pour sa part, éduquer le personnel subalterne de l’hôpital pour le hisser à la hauteur de sa respectable tâche consistant à soigner ses prochains. Cette position était d’autant plus vigoureuse qu’il s’agissait dans le même temps, pour le militant politique, de laïciser l’espace hospitalier jusqu’alors occupé par l’Église. A la fin du siècle, il avait réussi malgré de nombreux vents contraires, à imposer en France l’idée même de la nécessité d’une formation pour les infirmières.

Le modèle très républicain qu’il avait mis au point apparut néanmoins comme trop rustique aux yeux des femmes du monde françaises qui s’emparèrent de la question dès les années 1900. Elles apportèrent alors leur contribution sur un terrain que Bourneville et quelques amis avaient été bien seuls à labourer pendant vingt ans. S’en suivit une querelle sur les conceptions de la profession, souvent sinon toujours, sous-tendue par un débat sur les origines sociales du recrutement des infirmières. Ce qui prit la forme d’un affrontement idéologique et politique, auquel se mêlèrent des considérations d’ordre religieux et sexuel, constitua le terreau sur lequel s’élabora un modèle professionnel complexe pour les infirmières françaises dans la première moitié du XXème siècle. La Première Guerre mondiale ouvrit la porte à de multiples courants d’influence qui s’invitèrent dans le débat et contribuèrent à accélérer le mouvement de professionnalisation dès l’entre-deux-guerres, lequel se poursuivit sous l’Occupation et à la Libération, sans réel ralentissement de l’élan qui avait été donné. A la fin des années 1950, un modèle professionnel particulier était dessiné pour les infirmières françaises. Dès lors, au même titre que leurs illustres devancières anglaises et américaines qui les avaient partiellement

¹¹¹ Michel POISSON, *Origines républicaines... op. cit.*

inspirées, elles disposaient d'une voix au chapitre dans le cadre de la toute nouvelle OMS où se discutait désormais l'avenir de leur profession au niveau mondial.

CHAPITRE 1 – entre influences anglo-américaines et contingences nationales multiformes, 40 ans de professionnalisation des infirmières françaises (1920-1960)

La première moitié du XX^{ème} siècle fut caractérisée par la structuration de la profession d’infirmière en France, à la fois du point de vue de la réglementation et de la formation professionnelle. Le 27 juin 1922, fut publié le décret portant institution de brevets de capacité professionnelle permettant de porter le titre d’infirmière diplômée de l’État français. Il s’agissait là d’un premier texte fondamental, dans le droit fil de la circulaire Combes du 28 octobre 1902 relative à l’application de la loi du 15 juillet 1893 sur l’assistance médicale gratuite, qui prescrivit pour la première fois, au moins dans son principe, la qualification des infirmières¹¹². Plusieurs facteurs permettent de comprendre ces événements des années 1920 et leurs prolongements sur tout le vingtième siècle : l’intérêt tardivement manifesté mais grandissant de l’État pour la santé publique en ces années d’immédiat après-guerre¹¹³, l’indéniable mouvement de professionnalisation porté par Léonie Chaptal au niveau national¹¹⁴, la dynamique internationale enfin, impulsée au siècle précédent par les infirmières anglaises, vigoureusement relayées par leurs collègues américaines, du fait de la Grande Guerre.

1.1 - Esquisses d’un modèle d’infirmière française pour le XX^{ème} siècle

La circulation des idées s’intensifia considérablement avec l’entrée en guerre des États-Unis en 1917. Un grand nombre de *nurses* de la Croix Rouge américaine, véritable « force de frappe¹¹⁵ » sanitaire, débarquèrent aux côtés de leurs compatriotes des troupes armées. Ce phénomène était au demeurant en cohérence avec la volonté de leadership par ailleurs affichée par des élites du *nursing*, soutenues politiquement par leur gouvernement et financièrement par un mouvement philanthropique en pleine expansion, dont la Fondation Rockefeller¹¹⁶ était une figure emblématique :

¹¹² Aux commissions hospitalières fut alors signifiée « l’obligation morale très étroite de ne confier des malades qu’aux infirmières qui ont justifié avoir acquis les connaissances indispensables à l’exercice de leur état ».

¹¹³ Didier TABUTEAU Santé et politique en France, *Recherche en Soins infirmiers*, 2012, N° 109, p 6-15

¹¹⁴ René MAGNON, *Léonie Chaptal... op.cit.*, Évelyne DIEBOLT, Léonie CHAPTAL (1873-1937), architecte de la profession infirmière, *Recherche en Soins infirmiers*, 2012, N° 109, p 93-107.

¹¹⁵ L’expression est de Évelyne DIEBOLT et Nicole FOUCHE, *Devenir infirmière en France... op. cit.* La Croix Rouge américaine participa activement à la préparation du corps expéditionnaire, en relation étroite avec les milieux du *Nursing* et les associations professionnelles. Elle s’attacha particulièrement dans son recrutement, à privilégier le plus haut niveau de qualification et donc de formation préconisée par ces dernières. C’est donc dans cette mouvance, « [...] essentiellement sous la tutelle de l’American Red Cross que débarquent les « nurses » américaines ». (p 199).

¹¹⁶ Ludovic TOURNES, La Fondation Rockefeller et la naissance de l’universalisme philanthropique américain, *Critique internationale*, 2007, V.2, N° 35, p173-197.

Le rôle de la philanthropie est double : il consiste d'une part à influencer sur les décideurs à travers un intense travail de *lobbying*, même si cette influence est difficile à quantifier. Il consiste d'autre part à mener une action de terrain, laquelle est parfois en phase avec le gouvernement, mais pas toujours [...] Ni marionnettes entre les mains du Département d'Etat, ni éminences grises tirant les ficelles dans l'ombre, les acteurs privés, et notamment les fondations, participent pleinement à l'élaboration de la diplomatie américaine en utilisant d'autres méthodes que celles des diplomates traditionnels. La politique étrangère américaine est le résultat de ces interactions complexes entre acteurs privés et publics, qui sont sans doute plus visibles dans l'entre-deux-guerres que dans les périodes ultérieures car l'administration fédérale est encore à la recherche de son rôle international.¹¹⁷

Bénéficiant du vent favorable d'un mouvement qui le dépassait très largement, le *nursing* participait ainsi activement à l'expansion des États-Unis et au déploiement à travers le monde des idées américaines.

Un modèle américain physiquement présent et actif en France, pendant et après la Grande Guerre

Dès le début du premier conflit mondial et en relation étroite avec les modifications rapides de la situation sanitaire qu'il engendra, la nécessité se fit sentir en France, dans le corps médical, avec à ses côtés des personnages éminents comme Léonie Chaptal, de développer des pratiques extrahospitalières jusqu'alors très minoritaires, notamment dans la lutte contre la tuberculose¹¹⁸. Ainsi se développèrent assez rapidement les infirmières visiteuses, mode particulier d'exercice mis au point au siècle précédent en Angleterre et aux États-Unis. Dès leur entrée en guerre, les États-Unis vinrent à la rescousse. En 1917, Frances Elizabeth Crowell, infirmière américaine éminente, fut recrutée par la Fondation Rockefeller pour coordonner l'activité infirmière de la *Commission for the prevention of tuberculosis in France* (CPTF). Dans ce cadre, elle organisa des cours dans de nombreuses villes¹¹⁹ pour former des infirmières visiteuses d'hygiène correspondant le plus possible aux rigoureux standards de la formation américaine déjà éprouvée, contrastant avec la formation plus fragile de la plupart des visiteuses en France¹²⁰. En 1919, elle devint entre autres occupations, membre du conseil d'administration de l'école d'infirmières de la CPTF à Paris.¹²¹

¹¹⁷ Ludovic Tournes, *Les États-Unis et la Société des Nations (1914-1946). Le système international face à l'émergence d'une superpuissance*, Bern, Peter Lang, 2015, p 376.

¹¹⁸ Stéphane Henry, « Les infirmières-visiteuses pendant l'entre-deux-guerres en Haute-Normandie : entre professionnalisme officiel et bénévolat officieux », *Genre & Histoire* [En ligne], n°5 | Automne 2009, mis en ligne le 20 décembre 2009, consulté le 12 février 2017, <http://genrehistoire.revues.org/index836.html>.

¹¹⁹ Il en fut ainsi à Paris, Lille, Nantes, Nancy, Strasbourg, Lyon ou Marseille.

¹²⁰ Evelyne Diebolt, Nicole Fouche, *Devenir infirmière en France... op. cit.* Ainsi, 45 infirmières furent formées au « *visiting nursing* » en 1918, 84 en 1919, 153 en 1920, 200 en 1921, 267 en 1922 et 559 en 1923 (p 207).

¹²¹ *Id.* p 202. Cette école formait des visiteuses avec la participation très active de médecins comme Albert Calmette, Léon Bernard, Émile Sergent ou ÉÉÉÉdouard Rist.

Elle songea à partir de cette année-là, à dépasser sa mission « spécialisée » dans la lutte contre la tuberculose pour s'intéresser au développement de la formation des infirmières françaises. A ses yeux en effet, le *visiting nursing* relevait d'une spécialisation qui ne pouvait être pensée que dans le contexte plus global de la formation des infirmières. Cette idée n'emporta la conviction de la direction de Rockefeller¹²², alors strictement focalisée sur la tuberculose, que dans un second temps, devant « les sollicitations du milieu infirmier américain dont les chefs de file [insistaient] sur la nécessité de développer une politique de formation des infirmières, tant aux États-Unis que dans le reste du monde.»¹²³ Dans ce dernier cas, « le soutien américain [était] conditionné par la capacité des acteurs sociaux à mobiliser des ressources sur place. »¹²⁴ En 1920, La Fondation envoya en Europe l'un des membres¹²⁵ de son *Board of Trustees*¹²⁶ qui préconisa quelques mois plus tard dans un rapport, de « soutenir le développement d'un corps d'infirmières professionnelles formées dans des écoles spécialisées selon les standards de la médecine moderne.»¹²⁷ Ces standards renvoyaient aussi très vraisemblablement au *Standard Curriculum for Schools of Nursing*, présenté en 1918 dans *l'American Journal of Nursing* et qui avait fait l'objet d'un ouvrage publié en 1919¹²⁸. Le projet fut entériné par la Fondation et l'animation de son volet européen fut confiée à Crowell, forte de sa présence en France depuis 1917¹²⁹.

Elle se mit à la tâche dès 1921, année où se préparèrent les dispositions réglementaires aboutissant au décret du 27 juin 1922 portant institution de brevets de capacité d'infirmières professionnelles¹³⁰, « au terme d'un processus auquel ont participé les représentants de la Croix Rouge Américaine et ceux de la Fondation Rockefeller.»¹³¹ La participation de la Fondation, par la voix et l'action de Crowell dans le cadre de la CPTF, fut en réalité neutralisée, selon l'analyse d'Évelyne Diébolt et Nicole Fouché. Deux projets distincts, respectivement portés par Chaptal et Crowell, furent en effet soumis aux autorités. Celui de Chaptal fut présenté et

¹²² Dans le développement suivant, la Fondation Rockefeller est aussi désignée indifféremment par les termes Fondation ou Rockefeller.

¹²³ Pierre-Yves SAUNIER, Ludovic Tournes, Rockefeller, Gillet, Lépine and Co.: Une joint-venture transatlantique à Lyon (1918-1940), in Ludovic Tournes (dir), *L'argent de l'influence : les fondations américaines et leurs réseaux européens*, Paris, Autrement, 2010, p 64-83. p 67.

¹²⁴ *Id.* p 73.

¹²⁵ Le secrétaire général Edwin Embree.

¹²⁶ Instance dirigeante de la fondation. Correspondrait en France à un Conseil d'administration.

¹²⁷ Pierre-Yves SAUNIER, Ludovic Tournes, Rockefeller, Gillet, Lépine and Co... *op. cit.* p 68.

¹²⁸ Evelyne DIEBOLT, Nicole FOUCHÉ, *Devenir infirmière en France...* *op. cit.* p 198. Il s'agissait de l'ouvrage *Standard Curriculum for schools of Nursing, Prepared by the Committee on Education of the National League for Nursing Education (1915-1918)*, Baltimore, The Waverly Press, 1919.

¹²⁹ Pierre-Yves SAUNIER, Ludovic Tournes, Rockefeller, Gillet, Lépine and Co... *op. cit.* p 68. Dans le développement suivant et pour alléger le propos, Frances Elizabeth Crowell sera désignée seulement par son nom. Il en sera de même pour Léonie Chaptal.

¹³⁰ Les très nombreux textes législatifs et réglementaires utilisés sont toujours désignés rigoureusement par leur titre exact, soit dans le corps du texte, soit en notes de bas de page, dans l'ensemble de l'ouvrage. C'est toujours la date de signature des textes qui est mentionnée.

¹³¹ Pierre-Yves SAUNIER, Ludovic Tournes, Rockefeller, Gillet, Lépine and Co... *op. cit.* p 68.

adopté dès la fin janvier 1922 au vote à l'unanimité au Conseil supérieur de l'Assistance publique (CSAP) dont elle faisait partie. Celui de Crowell, inachevé à cette date, arriva sur le bureau des autorités plus de deux mois plus tard, sans avoir reçu l'aval unanime de l'influent CSAP. Outre que la Fondation Rockefeller fut ainsi comme stratégiquement prise de vitesse par Chaptal¹³² ce déroulement montre pour le moins l'absence de coopération entre deux cheffes de file, toutes deux d'accord sur la nécessité de faire évoluer l'exercice et la formation professionnels des infirmières, mais animées par des logiques divergentes.

C'est que les projets étaient bien différents, du point de vue du profil de l'infirmière en train de se dessiner en France. Leur confrontation permet de comprendre ce qui se joua alors pour les différentes parties, comme en témoigne la synthèse réalisée par Évelyne Diébolt et Nicole Fouché après l'étude minutieuse de l'un et l'autre rapport¹³³ :

- Crowell, représentante de la Fondation Rockefeller, se préoccupe en priorité de former un nouveau corps d'infirmières dit de santé publique (*health visitors*)¹³⁴ alors que Chaptal se préoccupe de réglementer la fonction d'infirmière en général ;
- Crowell pense que c'est à la loi¹³⁵ et aux pouvoirs publics français de prendre en charge les écoles. Chaptal au contraire, veut absolument préserver le rôle social du secteur privé, libéral et confessionnel (philanthropie catholique) dans la sphère sanitaire et médico-sociale. C'est un principe auquel elle ne veut pas déroger¹³⁶ ;
- Dans les propositions de Chaptal, rien n'est prévu pour l'instruction des cadres féminins de la profession que Crowell veut former à l'étranger, faute de structures françaises pour le faire. Chaptal n'est guère préoccupée par la qualité des formations scientifique et technique ;
- Au niveau du contenu des programmes d'enseignement, Crowell est beaucoup plus technique, beaucoup plus pointue que Chaptal qui, de son côté, survalorise l'enseignement de l'éthique et privilégie le développement des qualités morales des futures infirmières ;
- Chaptal est nettement moins exigeante que Crowell en ce qui concerne la formation initiale des élèves¹³⁷. La Française et l'Américaine n'ont pas la même conception de la place de la profession sur l'échelle

¹³² Evelyne DIEBOLT, Nicole FOUCHÉ, *Devenir infirmière en France... op. cit.* p 229.

¹³³ *Id.* p 235-236. Les commentaires de bas de page sont effectués par nous, pour resituer le propos dans son contexte et sont précédés de la mention *N.B.* Les informations apportées proviennent toutes de l'ouvrage cité.

¹³⁴ *N.B.* Il s'agissait là d'une priorité du fait de la mission qui avait motivé son arrivée en France dans le cadre de la lutte contre la tuberculose. Le rapport présenté traitait bien néanmoins, de la profession d'infirmière dans son ensemble, conformément à sa préoccupation dès 1919. En outre, la formation de *health visitor* relevait à ses yeux d'une spécialisation en un an, après un an de formation commune avec les futures infirmières hospitalières (*bedside nurses*), lesquelles poursuivaient pour leur part leur formation dans leur branche.

¹³⁵ *N.B.* C'est d'ailleurs bien une proposition de loi qui était littéralement envisagée dans son mémorandum.

¹³⁶ *N.B.* Selon les auteures, sous couvert de laïcité, Chaptal souhaitait ainsi garder une mainmise idéologique sur la filière professionnelle des écoles d'infirmières, en réaction à la perte d'influence des milieux éducatifs congréganistes (secteur primaire et secondaire) suite aux lois laïques de la seconde moitié du XIX^{ème} siècle sur l'éducation des filles.

¹³⁷ *N.B.* Pour Crowell, qui s'inscrivait dans le sillage des élites anglaises et américaines historiques du *nursing*, les candidates devaient, outre faire preuve d'une bonne instruction générale, posséder un diplôme de fin d'études secondaires ou un brevet d'enseignement primaire. A titre d'exemple, ces conditions étaient exigées à Strasbourg, où elle avait récemment fondé une école d'infirmières hospitalières et visiteuses largement financée par la Fondation dans le cadre du CPTF, et où « *tous les diplômés sont délivrés par la faculté de médecine, ce qui leur confère légitimité et crédit* » p. 235.

- sociale : pour Chaptal, les infirmières restent du « personnel secondaire », c'est-à-dire d'exécution, soumis à la hiérarchie médicale ou administrative alors que pour Crowell, il s'agit de professionnelles indépendantes ayant des connaissances, des pouvoirs et des capacités de décision et d'initiative étendus ;
- Enfin, différence fondamentale, les écoles voulues par Crowell appartiennent à des complexes hospitaliers et sont financées par les pouvoirs publics¹³⁸, tandis que celles de Chaptal sont en dehors de l'hôpital et financées par la philanthropie privée.

Si les divergences étaient manifestes, la Française et l'Américaine s'accordaient néanmoins sur la nécessité de structurer et organiser l'exercice professionnel, que ce fût par voie législative ou réglementaire, de même que sur la durée de la formation qui devait dans l'un et l'autre cas, se dérouler sur deux ans au moins. Elles étaient aussi d'accord sur les limites du système des hôpitaux-écoles hérité de l'Anglaise Nightingale, chacune avançant cependant des arguments qui lui étaient propres. Pour Chaptal, parmi les hôpitaux français susceptibles d'être concernés, chacun n'offrait pas un éventail suffisant de pratiques pour être vraiment formateur, à quelques rares exceptions près. En outre, elle soulignait qu'en cas de conflit entre le milieu de l'enseignement et celui de la pratique des soins, la formation des élèves cédait toujours face aux exigences du service hospitalier. Elle recommandait donc une formation de type privé et libéral en dehors de l'hôpital, comme c'était le cas pour la « maison-école » qu'elle avait elle-même fondée¹³⁹, quitte à trouver des terrains de formation pratique en fonction des besoins. Crowell, comme sa consœur, préconisait des directions séparées entre l'école et le *nursing* hospitalier, ceci pour « éviter l'exploitation des élèves par l'hôpital »¹⁴⁰. Cette mesure constituait l'un des points fondamentaux devant, selon elle, figurer dans une loi affirmant leur caractère obligatoire, afin de les mettre à l'abri de toutes formes d'influence. En relation directe avec cette problématique et contrairement à Chaptal, Crowell soulignait par ailleurs, la nécessité d'établir des liens entre la formation des infirmières et les facultés ou écoles de médecine locales¹⁴¹.

L'idée de l'affiliation d'un certain nombre d'écoles de *nursing* aux universités avait émergé dès la fin du XIX^{ème} siècle aux États-Unis. Ce fut le cas par exemple de la *Columbia university school of nursing* qui ouvrit à New-York dès 1892¹⁴², alors que le système anglais des hôpitaux-écoles était au plus fort de son influence¹⁴³. En 1918, Mary Adelaïde Nutting, infirmière

¹³⁸N.B. A un niveau national ou régional : « [...] *the schools established under the law should be subventioned by the state and by the region in which the school operate* ». Crowell, citée p 233 note 658. L'avantage allait ici à Chaptal : outre qu'elle était à ses yeux, nécessaire idéologiquement (voir *supra*), sa solution était fort séduisante car très économique pour les pouvoirs publics.

¹³⁹ Evelyne DIEBOLT, Nicole FOCHE, *Devenir infirmière en France... op. cit.* p 226.

¹⁴⁰ *Id.* p 231.

¹⁴¹ *Id.* p 232 et en particulier la note 652.

¹⁴² URL : <http://nursing.columbia.edu/about-us/history-school> consulté le 24 février 2017.

¹⁴³ En témoigne l'ouverture du tout nouveau *Johns Hopkins Hospital*, à Baltimore, Maryland, en 1889. Ce dernier fut inauguré en même temps que la *Johns Hopkins Hospital School of Nursing* créée pour l'occasion, après que le président du conseil d'administration eût pris de précieux conseils auprès de Florence Nightingale, lors d'un voyage en Angleterre. Evelyne DIEBOLT, Nicole FOCHE, *Devenir infirmière en France... op. cit.* p 58. En complément de cette dernière source, la consultation du site officiel de l'actuel *Institute of Johns Hopkins Nursing* et notamment les repères historiques donnés à la rubrique « *Our history* », montre que ce modèle anglais originel

titulaire d'une chaire universitaire¹⁴⁴, prit contact avec la Fondation Rockefeller. La rencontre fut si fructueuse qu'elle déboucha sur la création du *Committee for the Study of Nursing Education*. Ce comité chargea l'une de ses membres d'une grande enquête sur les écoles américaines de *nursing*. Les résultats de cette étude furent publiés en 1923 sous la forme d'un volumineux rapport intitulé *Nursing and Nursing Education in the United States* :

Ce document, en contradiction totale avec le système Nightingale, met en valeur la nécessité de multiplier les *University Schools of Nursing* afin de sortir du piège des hôpitaux-écoles, dont les administrations sont pointées du doigt sur la question des conditions d'apprentissage réservées aux élèves. Leur évolution s'est faite au plus grand bénéfice des hôpitaux : les élèves ont constitué un personnel à bas coût, exploité comme un prolétariat, au détriment des études théoriques. Le procédé est maintenant considéré comme structurellement pervers car il conduit inéluctablement à l'exploitation des jeunes filles¹⁴⁵. Les responsables financiers des hôpitaux mènent évidemment campagne pour le faire perdurer. N'ayant pu faire respecter le principe de la direction unique – par une « nurse » qualifiée – du service infirmier de l'hôpital et de l'école d'infirmières, les tenants du système des hôpitaux-écoles s'inclinent¹⁴⁶.

Issu d'une enquête entièrement financée par la Fondation Rockefeller, ce rapport, est un exemple du mouvement philanthropique en actes au sens défini par Ludovic TOURNES¹⁴⁷, sur le territoire même des États-Unis, premier espace de conquête¹⁴⁸. Ce document consacrait symboliquement l'indépendance des infirmières américaines par rapport au modèle anglais, ou plus exactement, leur émancipation par leur volonté affichée de dépasser le modèle qui les avait inspirées :

L'entrée des écoles de *nursing* dans le système académique, expérimentée de longue date aux États-Unis, sera poursuivie avec l'idée de créer progressivement des diplômes de *nursing* correspondant aux

s'y imposa pendant longtemps. Alors que la *Johns Hopkins University School of medicine*, affiliée à l'université de Baltimore, ouvrit en 1893, la première entrée à l'université des infirmières eut lieu en 1950. Cette voie prometteuse de formation (« ...making major inroads for nurses training towards University affiliation ») fut ouverte grâce à des contacts pris par la directrice de l'école d'alors, Anna D. Wolf. La *Johns Hopkins University School of Nursing* ouvrit seulement en 1984, soit près d'un siècle après l'inauguration de cette école de *nursing* pourtant parmi les plus modernes de son temps. Mary Adélaïde Nutting, future figure historique du *nursing*, en fut l'une de premières élèves puis enseignante. Diplômée en 1891, elle milita dès 1895 pour allonger le temps de formation des nurses et raccourcir d'autant leur temps de travail à l'hôpital. Elle participa au lancement de l'*American Journal of Nursing* au début du siècle et en 1907, elle fut la première *nurse* à occuper une chaire universitaire à l'université Columbia qui en offrait la possibilité (voir note *infra*).

URL : <http://www.hopkinsmedicine.org/nursing/about/> consulté le 23 février 2017.

¹⁴⁴ En 1907, une formation de cadres et d'enseignantes de *nursing* fut mise sur pieds à l'initiative de *nurses* au *Teachers College*, université Columbia. Mary Adélaïde Nutting occupa la chaire s'y rapportant.

¹⁴⁵ Suzan REVERBY, *Ordered to Care...*, *op. cit.* Cette note figure dans la citation.

¹⁴⁶ Evelyne DIEBOLT, Nicole FOUCHE, *Devenir infirmière en France...* *op. cit.* p 245.

¹⁴⁷ Ludovic TOURNES, *Les États-Unis et la Société des Nations...* *op. cit.* voir *supra*.

¹⁴⁸ Indicateur supplémentaire, suite à ce rapport, la Fondation Rockefeller finança l'université Yale pour la création dès 1924, de la *Yale School of nursing*. Celle-ci fut la première à être installée dans un département spécifique, financièrement indépendant et avec sa propre doyenne, l'infirmière Annie W. Goodrich. Loin d'être étendu à l'ensemble du territoire, un élan fut néanmoins donné à ce système de formation de type académique et en 1926, il était possible de dénombrer 25 *colleges* et universités permettant de suivre des études de *nursing* sanctionnées par un *Bachelor of Art* ou un *Bachelor of science*. Evelyne DIEBOLT, Nicole FOUCHE, *Devenir infirmière en France...* *op. cit.* p 246.

différents grades universitaires. Valoriser les diplômes de *nursing* permet de former une élite professionnelle¹⁴⁹.

Cette idée, patiemment élaborée et même parfois mise en œuvre outre-Atlantique bien avant la publication du rapport qui la soutenait, ne parvint pas en l'état en France. Crowell privilégia, en effet, le rapprochement des écoles d'infirmières et des facultés de médecine par rapport à l'installation des infirmières à l'Université à proprement parler. Dans le courant de 1922, année de la publication en France du fameux décret dans la préparation duquel elle s'était tant impliquée, elle se consacra à un autre projet porté par la Fondation. Celui-ci consistait en la création d'une toute nouvelle école d'infirmières à Lyon, aujourd'hui « École Rockefeller », à partir de la fusion des trois écoles préexistantes¹⁵⁰ sur décision du conseil général du Rhône alors à la recherche d'économies. Cette opération se réalisa conjointement avec le professeur Lépine, doyen de la faculté de médecine lyonnaise¹⁵¹. Ce dernier était aussi, et sans doute prioritairement, intéressé par un autre projet de grande envergure, consistant en la réorganisation totale de l'enseignement médical lyonnais avec la participation de la Fondation Rockefeller, en quête permanente de nouveaux terrains de développement, à l'extérieur comme à l'intérieur du territoire américain :

Au lendemain de la Première guerre mondiale, la Rockefeller a voulu promouvoir en Europe une refonte de l'enseignement et de la recherche en médecine, en favorisant la mise en place de pôles médicaux intégrant facultés de médecine, hôpitaux et laboratoires de recherche médicale, et en poussant médecins et professeurs à couper avec la pratique libérale de la médecine au bénéfice d'une activité de recherche.¹⁵²

Les premiers contacts se nouèrent dès le début des années 1920. Les tractations entre les différentes parties s'accéléchèrent à la faveur du commencement des travaux de construction du nouvel hôpital sur le site de Grange Blanche à Lyon en 1922. La nouvelle faculté de médecine vit le jour en 1930. Or les instances dirigeantes de la Fondation considéraient « que la synergie entre faculté de médecine, hôpital et école d'infirmières [devait] constituer le fil conducteur de leurs actions de soutien à l'enseignement médical. »¹⁵³ La Rockefeller montrait ainsi tout le crédit qu'elle accordait aux infirmières comme partie intégrante, ès-qualités, des dispositifs de santé publique qu'elle entendait promouvoir. Sans doute de conception moins complexe et avant même de connaître l'issue des discussions concernant la faculté de médecine, le projet de refondation de l'école d'infirmières fut lancé dès 1922 et celle-ci ouvrit à l'automne 1923¹⁵⁴, au moment même du début de la mise en œuvre d'une autre entreprise qui lui était étroitement liée :

¹⁴⁹ *Ibid.*

¹⁵⁰ Infirmières hospitalières, visiteuses de l'enfance et visiteuses d'hygiène sociale. *id.* p. 256.

¹⁵¹ Pierre-Yves SAUNIER, Ludovic Tournes, Rockefeller, Gillet, Lépine and Co... *op. cit.*

¹⁵² *Id.* p 72.

¹⁵³ *Id.* p 73-74.

¹⁵⁴ Sous le nom d' « École d'infirmières et de visiteuses de Lyon et du Sud-Est ». Évelyne DIEBOLT, Nicole FOUCHE, *Devenir infirmière en France... op. cit.* p 257.

[...] le lancement par la Fondation Rockefeller d'un programme ambitieux de développement de l'enseignement infirmier dans toute l'Europe. Dans cette perspective, L'Ecole de Lyon est appelée à devenir un des centres stratégiques à partir duquel la Fondation envisage de promouvoir une nouvelle conception de la formation et du travail de l'infirmière.¹⁵⁵

Il s'agissait bien là de la mise sur pied d'une sorte de prototype promis à l'essaimage. L'investissement de Crowell et de ses assistantes dans la réussite du projet fut dense et très concret, sur des questions financières, techniques, mais aussi en termes de soutien et d'accompagnement du personnel enseignant de l'école dont plusieurs bénéficièrent de bourses d'études (*fellowships*) à l'étranger, octroyées par la Fondation¹⁵⁶. Pendant longtemps, la coopération entre Crowell l'infirmière et Lépine le médecin, tous deux copilotes du projet, se déroula sans heurts. Quelques zones de conflits apparurent néanmoins, notamment sur la question du partage du pouvoir entre la directrice de l'école, qui avait le soutien sans faille de Crowell, et le doyen de la faculté de médecine, président d'un conseil d'administration par ailleurs tout puissant :

Si Lépine partage les principes de formation professionnelle portés par la Fondation Rockefeller, il n'endosse pas pour autant le corollaire féministe introduit par Crowell, celui qui pose la profession infirmière comme un des terrains professionnels où les femmes pourraient trouver les ressources de l'émancipation sociale. Après la création de l'école, Crowell et ses collaboratrices ne cesseront de faire en sorte que la direction et la directrice puissent piloter l'école de manière autonome, mais cette tentative butera systématiquement contre la réalité des rapports sociaux de sexe, et contre les hiérarchies sociales et universitaires. Mugnier est bridée par le conseil d'administration, et d'abord par son Comité des Dames où domine la figure de Léonie Gillet, mais aussi et surtout par Lépine, qui intervient dans tous les domaines, manifestement persuadé qu'une femme ne peut tenir un rôle de direction dans le contexte masculin du monde hospitalier et médical, où l'infirmière est unanimement considérée par les professeurs comme devant se cantonner au rôle d'auxiliaire dévouée¹⁵⁷.

Ces profondes divergences de vues aboutirent à la brouille entre Lépine et Crowell en 1938. L'école avait bien décollé, mais les grands desseins de référence européenne envisagés par Crowell et avec elle la Fondation Rockefeller, ne furent pas atteints. Pour Pierre-Yves Saunier et Ludovic Tournès, ce semi échec ne relevait pas d'un quelconque refus d'un modèle américain non désiré, mais bien plutôt de « l'état des rapports sociaux de sexe dans la société française, et plus particulièrement le monde médical, de l'entre-deux guerres. »¹⁵⁸ On comprend mieux dès lors que quand bien même Crowell eût été animée d'un tel désir inavoué, l'accession des infirmières françaises à l'Université devait lui sembler bien prématurée dans un tel contexte. Il

¹⁵⁵ Pierre-Yves SAUNIER, Ludovic TOURNÈS, Rockefeller, Gillet, Lépine and Co... *op. cit.* p 69.

¹⁵⁶ *Ibid.* Hélène Mugnier, auparavant infirmière dans un dispensaire de la CPTF, fut nommée directrice de l'école à l'été 1923, après avoir bénéficié dans ce cadre, d'études au *University College London Hospital* pendant un an.

¹⁵⁷ *Id.* p 70-71.

¹⁵⁸ *Id.* p 71.

n'en reste pas moins que cette expérience lyonnaise, concernant à la fois les médecins et les infirmières, annonçait en quelque sorte, au moins dans ses grands principes, les Centres hospitalo-universitaires créés dans le cadre de la réforme hospitalière de 1958. Au-delà de la facilitation d'une simple transmission de savoirs, méthodes ou outils organisationnels des professionnels américains à leurs homologues français, le mouvement philanthropique avait permis, en l'occurrence, de transformer la situation locale au point de modifier la vision du monde et l'action de ses différents acteurs qui en retour, devenaient potentiellement porteurs d'influence en France et au-delà :

[...] on assiste à une coproduction qui prend forme au sein de l'espace de contact créé par les multiples voyages, rencontres, discussions et négociations entre les partenaires du projet. [...] Le plus grand apport « américain » est surtout d'avoir contribué à accentuer le branchement du milieu lyonnais de la santé sur les circuits internationaux de circulation des savoirs pratiques et scientifiques. C'est le cas des médecins dont les liens avec la philanthropie Rockefeller ne vont pas cesser de se développer au cours de l'entre-deux guerres, mais c'est également le cas des infirmières. Les jeunes diplômées de l'Ecole d'infirmières qui bénéficient d'un *fellowship* de la Rockefeller vont visiter les hôpitaux, les écoles et les dispensaires de Pologne, de Hongrie ou des Etats-Unis, tandis qu'en sens inverse, l'élite mondiale de la profession infirmières défile à Lyon, aux frais de la Fondation, pour des stages qui durent parfois plusieurs semaines. La symétrie n'est certes pas totale dans ces situations d'interactions provoquées à dessein par Elisabeth Crowell pour accélérer la « modernisation » de la formation professionnelle des infirmières françaises et l'aligner sur les standards internationaux que la Fondation Rockefeller travaille à établir à travers ses actions en Asie, en Europe et dans les Amériques (Etats-Unis inclus). Mais même lorsque les infirmières qui viennent à Lyon sont américaines, leur visite n'a pas simplement pour but d'attribuer des bons et des mauvais points aux élèves lyonnaises, mais aussi de tirer parti de leur expérience européenne.¹⁵⁹

Même s'il est difficile d'en mesurer la réception et à plus forte raison le degré de pénétration, et s'il convient de se garder d'en exagérer l'influence, les idées caractéristiques d'un *nursing* américain, lui-même en pleine transformation outre-Atlantique, débarquèrent littéralement sur le sol français ces années-là, en raison de la guerre et à la faveur du déploiement du mouvement philanthropique. Porteuses de ces idées, les actions mises en œuvre contribuèrent à modifier les représentations, l'environnement et donc le contexte dans lequel se développa la profession d'infirmière en France, dans la première moitié du siècle. Ces pratiques transformatrices, sont observables au plan local comme à Lyon pour ne retenir que cet exemple, mais aussi au plan national, comme dans le cas de la proposition de Crowell, à la fois concurrente et voisine de celle de Chaptal dans le cadre de la préparation des mesures réglementaires de 1922.

¹⁵⁹ *Id.* p 78-79.

Entre tentation et méfiance pour le séduisant exemple américain et le vénérable précédent anglais, l'invention d'un modèle français compliqué au début des années 1920

Si les orientations de Chaptal, au cœur des jeux de pouvoirs nationaux, l'emportèrent sur celles de Crowell, philanthrope en mission fermement convaincue mais non dénuée de pragmatisme, le décret de 1922¹⁶⁰ représentait une considérable avancée « tendant à classer administrativement la profession d'infirmière en France »¹⁶¹. A aucun moment, il n'était question, dans l'exposé des motifs par le ministre, des expériences étrangères susceptibles d'inspirer ou au moins de conforter une telle évolution. Tout en reconnaissant le caractère vital des services rendus « au pays » par des « infirmières improvisées »¹⁶² en termes d'assistance hospitalière pendant les « années tragiques » de la guerre, il s'agissait de préparer l'avenir :

Au surplus, les applications modernes de l'hygiène sociale - protection du premier âge, prophylaxie antituberculeuse et antivénérienne, notamment – sont venues apporter aux infirmières actuelles un champ d'activité élargi. Médecins et hygiénistes sont d'accord pour souhaiter qu'une formation professionnelle leur soit imposée, comprenant d'une part, des notions générales communes, d'autre part des spécialisations d'ordre technique, selon chacune des catégories à pourvoir, sans compter l'aptitude morale dont toutes devront faire preuve.¹⁶³

Deux moyens étaient mis en avant pour atteindre cet objectif : l'institution d'un « examen officiel » et la création d'un « conseil de perfectionnement »¹⁶⁴. L'examen devait avoir lieu dans les villes sièges d'une faculté de médecine ou d'une université pourvue d'une école de plein exercice¹⁶⁵. L'obtention du « brevet d'infirmière professionnelle » conférait le droit de porter un insigne particulier « pour chacune des branches de la profession indiquée à l'article 1^{er} ». ¹⁶⁶ Cette marque de distinction témoignait d'une volonté politique de reconnaissance symbolique. La détention d'un tel brevet était de surcroît, assortie de certains privilèges, fussent-ils bien aléatoires, par rapport aux professionnelles non brevetées :

Les administrations hospitalières et les organisations de services externes de consultations prophylactiques seront invitées à choisir de préférence, autant que leur règlement le leur permettront, un

¹⁶⁰ Décret du 27 juin 1922, *op cit.* Art. 1 : « Il est institué des brevets de capacité professionnelle permettant de porter le titre d'infirmière diplômée de l'Etat français qui seront délivrés par le ministère de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales aux infirmières hospitalières, aux visiteuses d'hygiène sociale et aux diverses infirmières à spécialité restreinte, puériculture, surveillance sanitaire des écoles, hygiène mentale, etc... (sic)[...] »

¹⁶¹ Décret du 27 juin 1922, *op. cit.* Rapport du ministre de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales Paul Strauss au Président de la République.

¹⁶² *Ibid.* Le ministre semblait alors faire peu de cas des infirmières formées à l'école de la Salpêtrière à Paris depuis 1907 et dont la qualification était reconnue par les chirurgiens des hôpitaux durant le conflit, à l'arrière comme au front. Christian CHEVANDIER, *Infirmières parisiennes... op. cit.*

¹⁶³ *Ibid.*

¹⁶⁴ *Ibid.*

¹⁶⁵ Décret du 27 juin 1922, *op. cit.* Art. 1. Lors de la révision du décret l'année suivante (voir *infra*), l'« école de plein exercice » sera remplacée par « école de médecine ».

¹⁶⁶ *Id.* Art. 2.

personnel muni d'un de ces brevets et de lui assurer, dans la mesure du possible, une situation matérielle et morale en rapport avec la sélection dont il aura été l'objet. La même recommandation sera adressée aux établissements privés subventionnés par les communes, les départements ou l'Etat.¹⁶⁷

La mission du Conseil de perfectionnement des écoles d'infirmières consistait précisément à donner vie à cet édifice innovant et notamment à « veiller aux modifications et améliorations nécessaires à apporter aux programmes et aux diverses parties de l'enseignement (technique et moral)¹⁶⁸. Il pouvait aussi être chargé de répartir les bourses d'études d'origine publique ou privée et les récompenses¹⁶⁹. Ainsi apparaissait le caractère véritablement dynamique du projet à l'œuvre. Avant d'envisager le perfectionnement de la formation des infirmières, l'une des premières tâches du conseil consista d'ailleurs en la proposition d'un programme initial au ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, conformément à la dernière des deux conditions énoncées pour l'obtention de l'un des brevets de capacité envisagés :

1° Justification d'un stage reconnu suffisant dans une ou plusieurs écoles d'infirmières professionnelles, soit générales, soit spécialisées, ayant au moins deux ans de fonctionnement.

2° Examen subi avec succès devant un jury constitué à cet effet par arrêté ministériel, suivant un programme préalablement rédigé par le ministre, après avis de la section compétente du conseil de perfectionnement ci-après institué¹⁷⁰.

Constitué de 25 membres, le conseil¹⁷¹ était divisé en deux sections spécialisées de 12 membres¹⁷², la première comptant en outre un représentant du service de santé militaire au ministère de la guerre. Chacune des sections devait donner un avis « sur l'organisation et le fonctionnement des écoles ressortissant de leur compétence respective, déterminée par arrêté du ministre », ainsi que sur « la durée minima (sic) du stage¹⁷³ à exiger des candidats au brevet dans chaque catégorie professionnelle, cette durée ne pouvant être inférieure à deux années pour le brevet professionnel général »¹⁷⁴. Chaque section devait enfin émettre un avis sur le règlement de chaque école relevant de sa compétence, avant que celui-ci ne fût soumis à

¹⁶⁷ *Ibid.*

¹⁶⁸ Décret du 27 juin 1922, *op. cit.* Art. 3.

¹⁶⁹ *Ibid.*

¹⁷⁰ *Id.* Art. 1.

¹⁷¹ Dans le présent développement et les pages suivantes, lire conseil de perfectionnement des écoles d'infirmières.

¹⁷² 10 choisis par le ministre, 1 par le conseil supérieur de l'assistance publique et un par le conseil d'hygiène publique de France. A l'issue du premier mandat de trois ans, c'est-à-dire à partir de 1925, parmi les membres choisis par le ministre dans chaque section, il était prévu que 5 soient élus par l'ensemble des écoles relevant de leurs compétences respectives et reconnues administrativement. Décret du 27 juin 1922, *op. cit.* Art. 3.

¹⁷³ Le terme « stage » regroupe ici les enseignements théoriques, pratiques et le stage en milieu professionnel à proprement parler. Il se réfère à une définition datée : « Temps d'épreuve dont on doit justifier pour être reconnu apte à certaines professions [...] Particulièrement, fréquentation obligatoire d'une étude de notaire, d'un hôpital, d'un établissement d'instruction, etc. » Émile LITTRÉ, *Dictionnaire de la langue française*, Chicago, Encyclopaedia Britannica, 1987 (1^{ère} édition 1866, 1^{er} supplément 1877).

¹⁷⁴ Décret du 27 juin 1922, *op. cit.* Art. 3. Le brevet professionnel général renvoyait très vraisemblablement au brevet destiné aux infirmières hospitalières.

l'approbation ministérielle qui valait reconnaissance administrative de l'école concernée¹⁷⁵. Le président du conseil de perfectionnement, les présidents et le ou les secrétaires de section étaient nommés par le ministre.

L'arrêté du 12 août 1922 relatif au conseil de perfectionnement des écoles d'infirmières en précisa la composition et les attributions. Un médecin, le professeur Letulle, fut nommé, au titre de membre de l'académie de médecine, président du conseil. Mlle Chaptal fut désignée présidente de la première section chargée des « infirmières hospitalières » et Mlle Milliard¹⁷⁶, présidente de la seconde section chargée pour sa part des « infirmières visiteuses, service d'hygiène sociale »¹⁷⁷. La composition de la première section présentait une remarquable parité, à la fois du point de vue du sexe et des groupes professionnels : 6 hommes, dont 5 médecins et 1 administrateur et 6 femmes¹⁷⁸ représentant les infirmières, dont Mlle Hamilton nommée ici au titre de directrice de l'École d'infirmières de Bordeaux. Anna Hamilton était docteur en médecine. Contrairement aux hommes, son titre de docteur était passé sous silence. Elle avait pris en 1902, dans les suites de la circulaire Combes, la direction de l'École de gardes malades de la maison de santé protestante de Bordeaux. Elle s'inspira alors explicitement du système des hôpitaux-écoles mis en œuvre en Grande-Bretagne par Florence Nightingale. L'école prit d'ailleurs le nom de son inspiratrice en 1918¹⁷⁹. Elle était donc l'importatrice du modèle anglais en France, même si c'était de façon « modifiée »¹⁸⁰, c'est-à-dire adaptée aux nécessités locales. Par sa présence, un type certes particulier d'élite du *nursing* international avait donc voix au chapitre, dans ce cénacle d'un genre nouveau en France. Cette source d'influence anglaise n'y était d'ailleurs pas la seule. Mlle Fumey, ancienne élève de Léonie Chaptal, nommée au titre de directrice de l'hôpital civil de Reims, et donc de l'école d'infirmières qui y était attachée, portait très vraisemblablement, elle aussi, ce courant qui y avait été introduit deux ans plus tôt¹⁸¹. La

¹⁷⁵ *Id. Art. 4.*

¹⁷⁶ Déléguée du Comité national de défense contre la tuberculose.

¹⁷⁷ Arrêté du 12 août 1922, *op. cit.* Art. 2.

¹⁷⁸ Toutes demoiselles, sauf Mme Chardayre, déléguée de l'Union des femmes de France.

¹⁷⁹ En 1925, à l'occasion de la modification du texte relatif au conseil de perfectionnement, ce nom fut officiellement reconnu, de même que le titre de docteur de sa directrice, sous une formulation particulière, rappelant le difficile combat des femmes pour leur reconnaissance dans la sphère professionnelle et académique : « Mlle la doctoresse Hamilton, directrice de l'École d'infirmière Florence Nightingale à Bordeaux ». Arrêté du 10 novembre 1925 relatif au conseil de perfectionnement des écoles d'infirmières. Art. 1. Le terme « doctoresse » au sens de « femme qui a reçu le doctorat en médecine » fut officialisé en 1871 (J.O. du 28 décembre, p 5205) « Sur la demande d'une dame médecin, Mme la doctoresse Anderson ». Émile LITTRÉ, *Dictionnaire de la langue française...op.cit.*

¹⁸⁰ Dr KREBS-JAPY, *Florence Nightingale, sa vie et son œuvre et Notes sur le soin des malades*, Traduction des principaux chapitres de l'ouvrage de Miss Nightingale, Paris, A. Poinat, éditeur, 1932. Cet ouvrage était préfacé par Léonie Chaptal.

¹⁸¹ « Le système Nightingale modifié a été adopté récemment dans quelques hôpitaux civils de Province, à Reims en 1920, à Nantes et à Avignon en 1923. » *Id.* p 54. En 1925, un autre renfort de ce type fut recruté en la personne de « Sœur Dieres Monplaisir », directrice de l'école d'infirmières des hospices de Nantes. Arrêté du 10 novembre 1925 relatif au conseil de perfectionnement des écoles d'infirmières. Future « Sœur Stéphanie », cette dernière fit une très longue carrière à la tête des écoles nantaises et comme membre du conseil de perfectionnement (*voir infra*).

composition de la seconde section était en revanche beaucoup plus déséquilibrée, qui comptait 3 femmes¹⁸² représentant les infirmières visiteuses et 9 hommes, dont 8 médecins et 1 administrateur¹⁸³. Parmi les médecins, figurait dans cette section le professeur Letulle, président du conseil.

Cette première composition du conseil suscita sans doute assez rapidement des interrogations du côté des autres ministères, mais aussi sur le fonctionnement de cet organisme comme structure intégrative surplombant les deux sections dotées de pouvoirs considérés comme trop étendus, si l'on en juge par les modifications apportées au décret dès l'année suivante¹⁸⁴. Pour permettre le renforcement de la représentation des ministères à composante militaire dans la première section, le nombre de membres fut porté à 30, « non compris le président »¹⁸⁵. En outre, le rôle éminent du président comme coordonnateur, de même que la supervision par le ministère de la répartition des membres dans les sections, furent précisés :

Les deux sections pourront se réunir en assemblée générale pour traiter les questions présentant un caractère mixte. [...] La répartition des membres entre les deux sections est faite par arrêté ministériel. Le président fait partie des deux sections. Chaque section comprend un membre désigné par le conseil supérieur de l'assistance publique et un par le conseil supérieur d'hygiène publique de France. La première section comprend en outre un membre désigné par le ministre de la guerre, un membre nommé par le ministre de la marine et un membre nommé par le ministre des colonies comme représentants des services de santé militaires. Les autres sont choisis par le ministre de l'assistance, de l'hygiène et de la prévoyance sociales.¹⁸⁶

Ces mesures furent concrètement entérinées par l'arrêté du 28 février 1923, modifiant l'arrêté du 12 août 1922 relatif au conseil de perfectionnement des écoles d'infirmières. La première section demeurait presque aussi paritaire et comprenait désormais 18 membres : 8 femmes représentant les infirmières¹⁸⁷ et 10 hommes, dont 7 médecins et 3 administrateurs¹⁸⁸. La composition de la seconde section était encore plus déséquilibrée, qui comptait toujours 3 femmes représentant les infirmières visiteuses, mais 10 hommes, dont 9 médecins et 1 administrateur. Parmi les médecins, figurait toujours le professeur Letulle, ce qui explique le surnombre total (31) par rapport à la prescription (30). Au regard du tout dernier décret, ce

¹⁸² Toutes demoiselles sauf Mme Carnot, déléguée de l'Association des dames françaises. Avec l'Union des femmes de France, représentée dans la première section, la voix de la Croix Rouge française était présente, ces deux associations constituant avec la Société de secours aux blessés militaires, les trois composantes de cette organisation jusqu'en 1940.

¹⁸³ Arrêté du 12 août 1922, *op. cit.* Art. 1.

¹⁸⁴ Décret du 19 février 1923 modifiant le décret du 27 juin 1922, *op. cit.*...

¹⁸⁵ *Id.* Art. 2.

¹⁸⁶ *Id.*, Art. 3.

¹⁸⁷ Mlle Grenier, surveillante générale [comprendre directrice] de l'école des infirmières de la Salpêtrière, assistance publique de Paris, fit son entrée, alors qu'en 1922 cette école n'était représentée que par M. Chenevier qui en était le directeur des études. Mlle d'Haussonville, déléguée de la Société de secours aux blessés militaires fut nommée, la Croix Rouge étant désormais totalement représentée.

¹⁸⁸ Dont M. Chenevier.

dernier aurait pourtant dû, en toute logique, être formellement décompté de l'effectif de la section en tant que président du conseil, ou bien figurer aussi dans la première section. Que cela relevât de l'erreur d'une retranscription un peu hâtive de données antérieures ou non, la persistance d'une surreprésentation de la gent masculine et du corps médical dans cette section était remarquable. Sans doute, le recrutement de représentantes de visiteuses était-il plus difficile que pour les hospitalières, dont la formation s'était plus amplement développée par diverses voies, notamment dans le secteur privé associatif. Mais d'autres enjeux justifiaient peut-être cette présence écrasante de sommités médicales dans cette instance particulière, dont celui, précisément, de l'innovation consistant à laisser se répandre dans la cité, des visiteuses échappant au regard et au contrôle immédiat possibles en secteur hospitalier.

En octobre 1923, dans un arrêté « pris par application du décret du 27 juin 1922 », fut publiée la liste des 28 premières écoles d'infirmières faisant l'objet d'une reconnaissance administrative, ceci « avec ou sans réserve [...] les réserves portant principalement sur l'obligation d'adopter le programme-type d'études délibéré par le conseil supérieur de l'assistance publique et par le conseil de perfectionnement des écoles d'infirmières »¹⁸⁹. Deux écoles seulement furent reconnues sans réserve : l'« Ecole Florence-Nightingale, section des gardes malades hospitalières, maison de santé protestante de Bordeaux », dirigée par Anna Hamilton et la « Maison-école d'infirmières privées, 66 rue Vercingétorix, Paris », dirigée par Léonie Chaptal¹⁹⁰. Non seulement la reconnaissance immédiate de ces deux établissements témoignait de l'incontestable leadership assuré par leurs directrices respectives, chacune à sa manière, mais elle montrait aussi bien que la tenante officielle du modèle anglais sinon anglo-américain, peut-être secrètement avantagée par un doctorat en médecine jamais ou fort peu mis en avant, occupait une place éminente dans l'élaboration des programmes-types. Ceux-ci n'avaient pas encore été arrêtés, ce qui explique les réserves émises pour les 26 autres établissements, dont la reconnaissance avait été prononcée uniquement du point de vue du règlement intérieur, question qui avait vraisemblablement nourri en priorité les premiers travaux du conseil de perfectionnement.

Les programmes-types, promis en 1922, furent publiés en juin 1924, en annexes d'un arrêté pris après délibération du conseil de perfectionnement en date du 10 mars. Deux catégories de programmes étaient présentées, conformément aux attributions respectives des 2 sections du conseil de perfectionnement¹⁹¹ : « le programme type minimum pour les écoles d'infirmières

¹⁸⁹ Arrêté du 10 octobre 1923 portant reconnaissance administrative des écoles d'infirmières.

¹⁹⁰ *Ibid.*

¹⁹¹ Arrêté du 24 juin 1924 relatif aux programmes types pour les écoles d'infirmières. Art. 1 : « Les programmes, dont les textes ci-annexés sont rédigés pour servir de modèle pour chaque catégorie d'élèves aux règlements des écoles reconnues, serviront jusqu'à nouvel ordre, pour les examens devant le jury qualifié pour la délivrance des brevets de capacité professionnelle permettant de porter le titre d'infirmières de l'Etat français, qui seront délivrés par le ministre du travail, de l'hygiène, de la prévoyance et de l'assistance sociales, aux infirmières hospitalières et aux infirmières visiteuses de l'hygiène sociale de la tuberculose et de l'enfance ».

hospitalières s'étendant sur deux années (22 mois) » d'une part ; « le programme minimum de la première année d'études mixtes d'infirmières se destinant à la spécialisation d'infirmières d'hygiène sociale de l'enfance et de la tuberculose » (11 mois), « le programme minimum type de la deuxième année d'études des écoles d'infirmières visiteuses (hygiène sociale de la tuberculose) – (durée des études : 11 mois) », « le programme type de l'année de spécialisation pour les écoles d'infirmières visiteuses d'hygiène sociale de l'enfance (durée des études : 11 mois) d'autre part. S'agissant des infirmières visiteuses, des programmes étaient prévus pour passer d'une spécialité à l'autre, sous réserve d'un ajustement de la formation d'une durée de 4 mois : « enseignement complémentaire nécessaire aux visiteuses d'hygiène de la tuberculose pour passer l'examen d'Etat d'infirmière visiteuse d'hygiène sociale de l'enfance » ; « enseignement complémentaire nécessaire aux infirmières visiteuses d'hygiène sociale de l'enfance pour passer l'examen d'Etat d'infirmière sociale de la tuberculose. »¹⁹²

Deux thèmes étaient communs aux deux sections : la morale professionnelle et un stage probatoire d'un mois, éliminatoire, dès le début des études. S'agissant du stage, qu'il faut ici aussi entendre au sens large d'enseignement et pas seulement d'exercice en milieu professionnel, il était question, pêle-mêle, d'« anatomie et de physiologie, de ménage, de cuisine et de tenue de maison »¹⁹³. L'énoncé sommaire des programmes montrait une volonté d'instruction pratique, mais aussi théorique, pour les infirmières des deux sections, même si la formation pratique apparaissait comme très dominante. Léonie Chaptal, avis autorisé s'il en fût, usa d'ailleurs sans hésitation de la métaphore hardie du pâté d'alouette, pour exprimer dans la revue nouvellement créée¹⁹⁴ la répartition entre théorie et pratique dans les enseignements :

Quelle est exactement la proportion nécessaire entre théorie et pratique ? Il ne s'agit pas de division par moitié, à moins que l'on entende par moitié le partage à la manière du fabricant de pâtés d'alouette qui ajoutait du cheval en garantissant 50 p. 100 d'alouette et faisait ce calcul : un cheval, une alouette ! Gardons-nous d'un partage à égalité. La proportion juste sera à peu près d'un cheval pour une alouette, l'alouette représentant la théorie pure. Les écoles les plus complètes au point de vue de l'enseignement calculent environ quarante heures de travail pratique (au lit du malade) chaque semaine, contre quatre heures de leçons ou cours faits par les professeurs. Et le programme adopté par le conseil de perfectionnement des écoles, au ministère de l'hygiène, comporte à peu près cette proportion.¹⁹⁵

¹⁹² *Ibid.*

¹⁹³ *Ibid.* La tenue de maison ne figurait pas pour la première année des infirmières visiteuses. Cette lacune rend compte du cloisonnement des deux sections (voir *infra*), plutôt que d'une particularité de l'activité, compte tenu de la spécialité en cause. Le caractère sexué des 3 dernières matières était sans doute d'autant plus aisé à énoncer qu'il n'était plus question des hommes. Ceux-ci avaient pourtant fait l'objet d'un article 6 plein d'attention dans le décret du 27 juin 1922, *op. cit.* : « Le brevet de capacité professionnelle pourra également être obtenu par des infirmiers. Là où il se présentera un assez grand nombre de candidatures masculines, une section (sic) d'examen pourra leur être particulièrement réservée ».

¹⁹⁴ Voir *infra*.

¹⁹⁵ Léonie CHAPTAL, De quelques considérations sur l'orientation des études d'une infirmière, *L'Infirmière française*, n°3, juin 1924, 1924-1925, p 121. Remarque. La revue était paginée par année de publication, chaque année s'étendant d'avril à avril. Ce mois correspondait en effet à la date de publication du premier numéro en

Ainsi, les cours théoriques¹⁹⁶ étaient présentés sous la forme d'une liste. Le nombre d'heures s'y rapportant n'était néanmoins pas précisé, contrairement à la durée des « stages pratiques obligatoires dans les salles d'hôpital » exprimés en nombre de mois recouvrant la totalité du temps d'études annoncées¹⁹⁷. Une ou deux demi-journées par semaine devaient être réservées aux enseignements à l'école, si l'on en juge par les précisions données uniquement dans le programme de 2^{ème} année pour les visiteuses de la tuberculose : « stages pratiques accomplis par l'élève toutes les matinées et tous les après-midis, sauf deux par semaine réservés à l'enseignement théorique »¹⁹⁸.

La grande hétérogénéité des formulations¹⁹⁹ et des présentations selon les sections, voire selon les spécialités concernant la seconde section, montre le fonctionnement cloisonné d'un conseil de perfectionnement qui semblait avoir des difficultés à assurer une fonction de coordination pourtant timidement rappelée dès 1923. Ainsi, les cours théoriques, dont certains titres renvoyaient vraisemblablement à des contenus similaires, étaient présentés de façon très différente d'une section à l'autre, ce qui témoignait de la totale indépendance de chacune d'elle dans la conception même des enseignements. Ceci permettait d'ailleurs aux hospitalières, sans doute sous l'influence conjointe de Chaptal et Hamilton, de développer des compétences générales étendues, se recoupant parfois avec les particularités professionnelles des visiteuses. A titre d'exemple, parmi les cours théoriques présentés figurait la thématique intitulée « Hygiène et enquêtes sociales (théorie et pratique) - étude des lois d'assistance ». Cette mention atteste d'une volonté d'approche élargie à la sphère sociale de l'activité d'hospitalière, alors même que le programme des visiteuses ne prévoyait aucun enseignement de ce type pour la première année mixte aux contenus strictement somatiques et que ce n'était qu'en année de spécialité, toujours aussi médicalisée, qu'apparaissaient les intitulés « enseignement social » pour les infirmières de la tuberculose et « éducation sociale » pour les infirmières de l'enfance.

1923. La source est donc identifiée systématiquement par les deux années de référence et le numéro de page correspondant aux tomes ainsi constitués. A partir de janvier 1928, la revue fut paginée en années civiles.

¹⁹⁶ La rubrique était ainsi formulée : « Cours théoriques (interrogations) » pour les hospitalières, « Enseignement théorique » pour les visiteuses en première année mixte et en année de spécialité.

¹⁹⁷ Arrêté du 24 juin 1924, *op. cit.* A titre d'exemple, pour les infirmières hospitalières sur les 2 années d'études : 5 mois en médecine adulte, 5 mois en chirurgie adulte, 2 mois en médecine infantile, 2 mois en chirurgie infantile, 2 mois en services de contagieux, 2 mois auprès des femmes en couches et des nouveaux né, et 3 mois en spécialités diverses (yeux, voies urinaires, larynx etc...). Les visiteuses bénéficiaient aussi de 11 mois de stages hospitaliers en première année « mixte », la deuxième année étant largement ouverte sur le milieu extrahospitalier.

¹⁹⁸ *Ibid.* C'était la seule formation qui prévoyait aussi en début de 2^{ème} année, un stage « préliminaire et éliminatoire » d'un mois à l'hôpital ou en dispensaire « avec enseignement théorique (tuberculose) donnant des connaissances précises ». De même, seul ce programme mentionnait que « tous les stages, comme d'ailleurs en premières année, seront faits sous la direction et la surveillance de monitrices spécialement préparées. » Il est possible sans grande hardiesse, de faire l'hypothèse que cette rigueur dans la formulation des exigences attendues du dispositif de formation, qui n'apparaissait pas avec un tel degré de précision dans les autres filières, était inspirée de façon plus ou moins avouée par les visiteuses américaines qui s'activaient en France depuis la guerre (voir *supra*).

¹⁹⁹ Voir notamment les intitulés des programmes ci-dessus.

La persistance de cette question de la coordination des activités par le conseil de perfectionnement, déjà soulevée en 1923 et apparaissant en creux à la lecture des programmes d'études, fut traitée de façon radicale par voie réglementaire dès le mois suivant²⁰⁰. Ainsi, toutes les responsabilités auparavant attribuées aux « sections compétentes » furent transférées au conseil de perfectionnement, notamment l'avis sur les programmes d'études²⁰¹, sur la composition des jurys d'examen²⁰², ainsi que sur le fonctionnement et l'organisation des écoles, dont la durée des études²⁰³ et la reconnaissance administrative des écoles²⁰⁴. Le nombre de membres du conseil de perfectionnement fut porté à 32, dont 7 membres de droits et la notion même de section disparut au profit d'une organisation plus englobante. La composition du conseil de perfectionnement dans cette nouvelle configuration fut publiée par arrêté du 10 août. L'ordre alphabétique fut choisi comme modalité d'exposition, contrastant en cela avec le texte de 1923 dont l'organisation semblait plus répondre à des questions de préséances mondaines. Enfin, le bureau du conseil fut modifié, comme pour mieux affirmer la gouvernance nouvellement instituée avec la suppression des omnipotentes sections : « M. le Professeur Letulle », président, « Mlle Chaptal », vice-présidente, étaient désormais intronisés, assistés de deux secrétaires, « M. le docteur Colin ²⁰⁵ » et « Melle Delagrangé²⁰⁶ », respectivement anciens secrétaires de la première et de la seconde section désormais obsolètes. Si cette nouvelle configuration du bureau consacrait symboliquement une première union de type marital²⁰⁷ entre la profession médicale et celle d'infirmière, elle permettait aussi bien à la seconde de se hisser au plus haut niveau de décision, mouvement qui allait incontestablement dans le sens du combat mené par Léonie Chaptal. Ceci ne constituait pas le moindre des paradoxes pour celle qui, comme l'écrasante majorité des femmes constituant l'élite féminine de la profession, avait trouvé dans le célibat, la condition de possibilité même de la puissance d'agir au tournant du siècle.

²⁰⁰ Décret du 18 juillet 1924 modifiant le décret du 27 juin 1922 modifié par le décret du 19 février 1923.

²⁰¹ *Id.* Art. 2

²⁰² *Id.* Art. 3. Par ailleurs, une précision fut apportée dans le même article, quant à la représentation impérative de deux catégories de médecins dans les jurys. En 1922, ils étaient désignés comme « corps professoral universitaire » d'une part et « corps professoral local » d'autre part. Désormais, ils étaient désignés comme « corps professoral universitaire » d'une part et « corps médical local » d'autre part. Si cette précision permettait de rappeler, voire réaffirmer les hiérarchies internes au corps médical lui-même, elle signifiait aussi bien que l'université gardait un regard vigilant comme institution sur la formation des infirmières, lesquelles bénéficiaient en retour d'une part de prestige, fût-elle bien ténue.

²⁰³ *Id.* Art. 4.

²⁰⁴ *Id.* Art. 5.

²⁰⁵ Secrétaire général des écoles départementales d'infirmières de la Seine.

²⁰⁶ Surintendante du personnel féminin des services d'hygiène des régions dévastées. Celle-ci avait aussi complété sa formation de visiteuse par une formation d'infirmière hospitalière. Evelyne DIEBOLT, Nicole FOUCHE, *Devenir infirmière en France... op. cit.* p 255.

²⁰⁷ Le terme est utilisé ici en son sens premier, juridique, c'est-à-dire « qui relève du mari ». Ce n'est qu'en 1938 que fut supprimée la « puissance maritale » et abrogée l'incapacité civile de la femme, le mari conservant « le droit d'imposer le lieu de résidence et d'interdire à sa femme le droit de travailler ». Michèle FERRAND, *Féminin, Masculin*, Paris, La Découverte, 2004, p 120-121.

Dans les suites de cette remise en ordre du conseil de perfectionnement, 5 textes, sous forme de simple information ou d'arrêtés pris par le ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales furent publiés, pêle-mêle, au Journal Officiel du 11 décembre 1924²⁰⁸. Ils portaient tous sur le dispositif réglementaire relatif aux écoles d'infirmières, s'agissant notamment de la désignation des jurys d'examens locaux. Certains d'entre eux, rédigés au passé, avaient vraisemblablement pour fonction de régulariser la publication d'arrêtés relatifs aux actions mises en œuvre depuis le mois de juillet à Dijon ou d'octobre, à Lyon ou à Marseille. Tous les examens réalisés avaient porté sur les programmes publiés le 24 juin 1924. Par ailleurs, un arrêté du 28 novembre 1924²⁰⁹ précisait les conditions rigoureuses dans lesquelles devaient désormais se dérouler les examens d'État²¹⁰ tant pour les infirmières hospitalières que pour les visiteuses. Ainsi, l'examen était structuré autour de trois parties²¹¹ dont le contenu portait un niveau d'exigence témoignant d'une réelle volonté de professionnalisation : un examen des titres scolaires et du dossier des candidates, lequel avait un caractère éliminatoire, mais dont la note ne pouvait s'ajouter aux deux autres épreuves - une épreuve pratique²¹² conférant l'admissibilité - une épreuve théorique d'admission divisée en deux parties comprenant une composition écrite et des interrogations orales, ces dernières comprenant 5 matières, non précisées pour les infirmières hospitalières²¹³. Le succès à ces épreuves ouvrait donc la voie au titre d'infirmière diplômée de l'État français, grâce au brevet de capacité professionnelle délivré par le ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales²¹⁴.

Un second arrêté fut publié le même jour²¹⁵, pour organiser une session d'examens d'État prévue à Lyon en décembre. La composition des trois jurys des trois filières concernées renseigne à la fois sur l'activité opérationnelle de certains membres éminents du conseil de perfectionnement loin de leur activité parisienne, et sur l'entrelacement de différents réseaux d'influence. Ces épreuves certificatives peuvent en effet aussi être regardées comme des lieux de métissage possible des différentes approches. Ainsi, dans le jury des infirmières

²⁰⁸ p 10863 à 10865.

²⁰⁹ Arrêté du 28 novembre 1924 relatif à l'examen d'Etat des infirmiers et infirmières hospitalières et visiteuses d'hygiène sociale.

²¹⁰ Lieu de déroulement (« villes de faculté ou d'école de médecine »), période de déroulement (deux fois par an selon les besoins locaux), constitution des jurys, modalités d'examen.

²¹¹ Arrêté du 28 novembre 1924... *op cit.*, Art. 4.

²¹² Celle-ci se déroulait au lit du malade, dans des services de consultation hospitalières ou en dispensaire. Les candidates devaient subir plusieurs épreuves à la demande du jury. Pour les visiteuses de la tuberculose, l'épreuve écrite faisait partie de l'admissibilité avec l'épreuve pratique.

²¹³ Arrêté du 28 novembre ... *op cit.*, Art. 5. A titre d'exemple, l'Art 6, consacré aux visiteuses d'hygiène sociale de la tuberculose, plus détaillé, précisait que l'épreuve orale portait sur 4 matières : tuberculose, hygiène infantile, assistance sociale, hygiène générale.

²¹⁴ *Id.* Art. 9.

²¹⁵ Arrêté du 28 novembre 1924 relatif à la composition des jurys pour la session d'examen d'Etat d'infirmières hospitalières, d'infirmières visiteuses d'hygiène sociale de la tuberculose, d'infirmières visiteuses d'hygiène sociale de l'enfance les 11, 12 et 13 décembre 1924.

hospitalières, Mlle Chaptal²¹⁶ côtoyait-elle Mlle Mugnier²¹⁷, directrice de l'école qui ne s'appelait pas encore « Rockefeller » et M. Le professeur Lépine²¹⁸, qui en était le président du conseil d'administration. Dans le jury des infirmières d'hygiène sociale de la tuberculose, c'est Mlle Delagrangé²¹⁹ qui côtoyait le Professeur Lépine et Mlle Bauer²²⁰. Enfin, dans le jury des infirmières d'hygiène sociale de l'enfance, l'omniprésent Professeur Lépine était accompagné de Mlle de Clausel²²¹. Dans ces jurys, la très forte proportion de médecins, tous des hommes, était confirmée sans que cela étonne, compte tenu des enjeux et de l'orientation de la formation traduits dans les dispositions réglementaires les plus récentes²²². Cette situation entraînait un déséquilibre d'autant plus grand du rapport des sexes, que les délégués du ministre étaient le plus souvent des hommes.

Dans la même série de textes²²³, information était donnée qu'une session d'examen d'État pour les infirmiers hospitaliers avait eu lieu à Lyon les 1^{er} et 2 décembre 1924, en référence au programme « spécifié le 24 juin 1924 ». Les infirmiers étaient donc *a priori* soumis à l'examen dans des conditions similaires à celles qui étaient réservées à leurs collègues féminines. La composition du jury alors constitué témoigne néanmoins d'un traitement particulier réservé aux hommes, conformément aux dispositions explicitement formulées à l'article 6 du décret du 27 juin 1922²²⁴. Il s'agissait là en totalité, d'une affaire d'hommes. Pour un jury de 7 personnes, de surcroît inférieur au minimum de 8 prescrit²²⁵, figuraient, outre le secrétaire général des

²¹⁶ Recrutée au titre de « directrice de la maison-école d'infirmières privées, 66 rue Vercingétorix, Paris ». *Id.* Art. 3.

²¹⁷ Recrutée au titre de « directrice de l'école d'infirmières hospitalières de Lyon (section de l'école d'infirmières et de visiteuses de Lyon et du Sud-Est ». *Ibid.*

²¹⁸ Recruté au titre de « doyen de la faculté de médecine de Lyon, président du conseil d'administration de l'école d'infirmières et de visiteuses de Lyon et du Sud-Est ». *Ibid.* Pour ce jury de 9 personnes, il était alors le seul représentant de l'université, ses 4 autres confrères étant des médecins praticiens. Soit 5 médecins pour 2 représentantes des écoles et une infirmière praticienne.

²¹⁹ Recrutée au titre de « surintendante au ministère du travail, de l'hygiène et de l'assistance ». *Ibid.*

²²⁰ Recrutée au titre de « directrice de la section des infirmières visiteuses d'hygiène sociale de la tuberculose de l'école d'infirmières et de visiteuses de Lyon et du Sud-Est ». *Ibid.* Pour un jury de 8 personnes, en plus du Pr Lépine, 2 autres professeurs représentaient l'université et 1 médecin le corps médical local. Soit 4 médecins pour deux représentantes des écoles et une infirmière praticienne. Il s'agissait là du jury dont la composition s'approchait le plus de la parité par sexe et par profession.

²²¹ Recrutée au titre de « directrice de la section des infirmières visiteuses d'hygiène sociale de l'enfance de l'école d'infirmières et de visiteuses de Lyon et du Sud-Est ». *Ibid.* Un autre professeur et 4 médecins praticiens composaient ce jury de 9 personnes, soit 6 médecins pour une représentante des écoles et une infirmière praticienne. L'aspect paradoxal de ce très grand déséquilibre du rapport des sexes alors qu'il est question d'enfance, souligne avec d'autant plus d'acuité les enjeux à l'œuvre dans la sphère médicale.

²²² Chaque jury, dont la composition était soumise à la délibération du conseil de perfectionnement, devait comprendre, outre une personne déléguée par le « ministre de l'hygiène », « au moins pour moitié, un ou plusieurs médecins, chirurgiens ou pharmaciens, représentants du corps professoral universitaire, un ou plusieurs représentants du corps médical local, un ou plusieurs représentants des écoles d'infirmières ou un infirmier en exercice ». Arrêté du 28 novembre 1924 relatif à l'examen d'Etat des infirmiers, *op cit.*, Art. 3.

²²³ J.O. du 11 décembre 1924, *op. cit.*

²²⁴ Voir *supra*.

²²⁵ Le jury « pourra comprendre un nombre minimum de membres, soit 8, lorsque le nombre de candidates ne dépassera pas 24 ». Arrêté du 28 novembre 1924 relatif à l'examen d'Etat des infirmiers, *op cit.*, Art. 3. Il est vrai que dans ce texte, il était question de candidates et non de candidats. De plus, la formulation « pourra », quoique

hospices civils de Lyon, délégué du ministre, un infirmier chef, 2 professeurs de médecine, 2 chirurgiens et un pharmacien. Dans ce jury donc, nulle directrice d'école, peut-être en raison d'un caractère tatillon réel ou supposé, de nature à faire obstacle à la réussite des candidats dont l'organisation avait tant besoin. Peut-être aussi la soumission de ces derniers au seul jugement des hommes résultait-elle de l'incongruité qu'il y avait alors à envisager qu'une ou des femmes pussent délibérer sur un travail effectué par des hommes, fussent-ils membres du personnel secondaire des hôpitaux, selon l'expression consacrée. Au bout du compte, 1924 avait été une année dense s'agissant de la structuration de la profession d'infirmière et accessoirement d'infirmier. En ce sens, au fur et à mesure qu'il gagnait en épaisseur, le dispositif réglementaire, permettait à la France de s'inscrire au niveau même de l'État, dans le mouvement international initié bien plus tôt.

Un autre événement, quoique non directement lié à la profession, contribua à cette dynamique favorable. Par décret en date du 4 décembre 1924, fut créé l'office national d'hygiène sociale (ONHS). Dans son propos liminaire adressé au Président de la République, le ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales, Justin Godart déplorait l'insuffisance de coordination des activités concourant à la santé publique. Pourtant, l'une des missions assignées au ministère de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales lors de sa création en 1920, consistait à rassembler sous une seule autorité, les services d'hygiène jusqu'alors dispersés dans de trop nombreux départements ministériels. Quatre ans plus tard, le rattachement de ce ministère au ministère du travail, la focalisation sur les questions administratives au détriment de l'action opérationnelle et l'insuffisance de moyens n'avaient pas à ses yeux, permis de régler ce qui apparaissait comme une carence dans le système français de santé publique :

L'action gouvernementale est donc, dans les circonstances actuelles, purement administrative et ne peut à elle seule suffire à l'œuvre d'éducation et de propagande si nécessaires pour permettre l'application, en France, des mesures indispensables de prophylaxie individuelle et d'hygiène générale. [...] La plupart des hygiénistes français, pour ne pas dire tous, sont aujourd'hui convaincus que si, en France, l'hygiène est restée si peu appliquée, cela tient particulièrement au manque d'éducation du public. [...] Au point de vue national, il n'est pas douteux que la protection de la santé publique est essentiellement conditionnée par l'éducation prophylactique ; différents pays étrangers peuvent se prévaloir d'une situation sanitaire meilleure que celle de la France, parce que, depuis quelques années, cette propagande intensive et l'éducation du public y sont faites d'une façon méthodique et continue²²⁶.

Ainsi fut créé « un établissement public dénommé office national d'hygiène sociale » ayant pour objet :

contradictoire avec le minimum indiqué, laissait une grande liberté d'interprétation apparemment mise à profit à cette occasion.

²²⁶ Décret du 4 décembre 1924 portant création de l'office national d'hygiène sociale, rapport du ministre Godart au Président de la République.

- 1° De recueillir et de tenir à jour une documentation sur l'état sanitaire de la France ;
- 2° De centraliser et de mettre à la disposition des services publics, nationaux et locaux du corps médical, des hygiénistes et du public, tous les documents français et étrangers et tous les renseignements relatifs à l'hygiène, aux maladies sociales et à leur prophylaxie ;
- 3° D'effectuer en France et aux colonies une propagande continue et méthodique auprès du public, en vue de lui faire connaître les mesures d'hygiène et de prophylaxie nécessaires à la conservation de la santé, à la lutte contre les maladies sociales et à la préservation de la race²²⁷.
- 4° D'assurer la liaison entre les pouvoirs publics et les œuvres privées, afin de coordonner tous les efforts faits en vue de protéger la santé publique²²⁸.

Cet organisme, s'inspirant des expériences étrangères et appelant à une coopération internationale notamment en termes de circulation de la documentation, était en réalité une autre forme de participation intense du mouvement philanthropique rockefellerien à l'organisation du système de santé publique, cette fois au plus haut niveau de l'État²²⁹. Non seulement cette création permettait une réelle avancée technique en termes de coordination et d'organisation, mais elle apportait un soutien financier qui avait jusqu'alors manqué. C'est que l'ONHS, qui était placé sous l'autorité du ministre en charge de l'hygiène publique, était suffisamment autonome pour être habilité à percevoir, en plus des subventions publiques et de ses ressources propres, de précieux dons et legs²³⁰, dont ceux, très importants, de la fondation Rockefeller. Preuve qu'elles avaient bien un rôle de premier plan à jouer dans le champ de la santé publique, les infirmières firent leur entrée officielle à l'ONHS en août 1925, par le rattachement à ce dernier du tout nouveau Bureau central des infirmières. Dès sa création, cet organisme apparut comme le centre de référence par excellence, facilement identifiable, pour quiconque s'intéressait à la profession d'infirmière :

[...] centre vivant et actif où se trouvent réunies et étudiées toutes les questions relatives aux infirmières, et où quiconque s'intéresse à ces questions peut, sans être contraint à des démarches multiples dans différents services, obtenir immédiatement soit par correspondance, soit verbalement, tous les renseignements qui lui sont nécessaires, et où les infirmiers et les infirmières trouvent appui et conseil au sujet de tout ce qui les préoccupe.²³¹

²²⁷ La préservation de la vitalité de la race, déjà présente dans l'exposé des motifs du ministre Godart, renvoyait à la fois à la santé de la population française et à sa capacité à se défendre contre les agressions extérieures, préoccupation centrale en ces années d'après-guerre. Les politiques natalistes et notamment la loi de 1920 sur l'interdiction de l'avortement et de la contraception et l'inscription de la maternité comme devoir civique dans le code de la famille en 1939, jusqu'à la qualification de l'avortement comme crime contre la sûreté de l'État en 1942 participaient de cet arsenal.

²²⁸ Décret du 4 décembre 1924 portant création de l'office national d'hygiène sociale, *op. cit.* Art. 2.

²²⁹ Évelyne DIEBOLT, Nicole FOUCHE, *Devenir infirmière en France... op. cit.*

²³⁰ Décret du 4 décembre 1924 ...*op. cit.* Art. 6, 7 et 8.

²³¹ Rapport sur le fonctionnement de l'Office national d'hygiène sociale, annexe, JO du 11 novembre 1926.

Les buts de ce bureau, fonctionnant avec des fonds « exclusivement fournis par la fondation Rockefeller »²³², étaient les suivants :

- 1° Centralisation de toutes les questions concernant les écoles d'infirmiers et infirmières ;
- 2° Organisation d'un fichier central du personnel infirmiers et infirmières de toutes spécialisations, existant en France ;
- 3° Propagande active pour le recrutement d'élèves infirmiers et infirmières ;
- 4° Propagande pour les écoles reconnues administrativement préparant au diplôme d'Etat, soit au moyen de tracts, brochures, soit au moyen de causeries.²³³

L'initiative montrait l'intérêt grandissant pour la profession et les efforts déployés au plus haut niveau afin de la rendre visible et peut-être surtout, attractive. La question du recrutement, étroitement associée à la pénurie chronique de professionnels plus ou moins qualifiés était en effet récurrente depuis la fin du siècle précédent. Sans surprise, elle fut envisagée avec pragmatisme dès les premières mesures de 1922. Si ce texte avait initié une authentique et exigeante régulation de l'exercice professionnel, il avait prudemment prévu la délivrance du brevet d'infirmière professionnelle « en dehors des conditions spécifiées à l'article 1^{er} aux titulaires d'un des diplômes d'infirmière ou des certificats de capacité obtenus dans des écoles publiques ou privées fondées antérieurement à la date du présent décret »²³⁴. Ce dispositif transitoire devait profiter « indéfiniment à ses bénéficiaires » à la condition expresse que la demande en fût formulée dans les deux ans à compter de la date de publication du décret. Selon Geneviève Charles, 24 726 diplômes furent ainsi délivrés sur avis du conseil de perfectionnement, ce qui s'avéra insuffisant et motiva la prolongation du dispositif d'attribution par décret en février 1925 aux infirmières ayant alors moins de cinq ans de service, ce qui permit de breveter par cette voie 3858 infirmières supplémentaires²³⁵. Alors que cette activité de délivrance des diplômes était entièrement prise en charge par le conseil de perfectionnement sous la forme des avis qu'il donnait, le bureau des infirmières arrivait opportunément à la rescousse, pour organiser la centralisation des informations au niveau national, saisir diverses données statistiques, établir un état des lieux rigoureux et en assurer le suivi, notamment en ce qui concernait le désormais considéré comme indispensable fichier central des infirmiers et infirmières :

On constitue en ce moment, le fichier central des infirmiers et infirmières de France (25 000 environ), qui ont déposé leur dossier en vue d'obtenir, pour le passé, leur diplôme d'Etat. A côté de ce fichier s'organise également le fichier des infirmiers et infirmières qui ont subi avec succès les épreuves de l'examen d'Etat

²³² *Ibid.*

²³³ *Ibid.*

²³⁴ Décret du 27 juin 1922, *op. cit.* Art. 5.

²³⁵ Geneviève CHARLES, *L'infirmière en France... op. cit.*, p 127.

institué par décret du 27 juin 1922. Parallèlement, le fichier des écoles préparant à ce diplôme d'Etat existe également au bureau central des infirmières.²³⁶

Outre qu'elle apportait une indéniable consistance statistique, la constitution systématique de ces fichiers initiait, en même temps, une forme de pratique de cet enregistrement qui conférait le statut de *Registered Nurse* obtenu de haute lutte par les infirmières anglaises et américaines bien des années plus tôt. L'organisation de deux fichiers séparés permettait en effet de distinguer les professionnelles dûment formées et diplômées des autres. Apparaissait là une preuve de plus de la capacité du mouvement philanthropique américain à adapter son œuvre aux choix nationaux souverains. Si l'exercice professionnel n'était pas protégé à proprement parler, ne fût-ce que pour des raisons d'insuffisance de recrues conformes, la nécessité de recruter des professionnels dûment formés et diplômés était véritablement entérinée, au point de faire l'objet de « causeries de propagande » pour attirer de jeunes élèves :

Ces causeries ont toujours pour effet d'amener aux écoles d'infirmières des candidates nouvelles, et ce résultat n'est pas négligeable, étant donnée la pénurie actuelle du personnel infirmiers et infirmières professionnellement préparé. Nombre de postes sont encore confiés, en France, à des titulaires qui n'ont aucune qualité personnelle, ni aucune qualité professionnelle pour les remplir. Lorsqu'une œuvre ou une institution désire s'attacher le concours d'une diplômée d'Etat, cette diplômée d'Etat est, pour la plupart du temps, introuvable, le nombre d'élèves sortant d'écoles spécialisées étant nettement inférieur aux besoins du moment. Il y a donc urgence à faire connaître les conditions nouvelles qui s'attachent aux carrières d'infirmiers et d'infirmières professionnels diplômés d'Etat ; à faire connaître les besoins actuels, la dignité et la beauté d'une tâche accomplie en vue de guérir et de préserver la santé.²³⁷

L'année même de la publication de ce bilan d'une année de fonctionnement du bureau central des infirmières, un arrêté fut publié, qui témoignait de l'avancée des travaux du conseil de perfectionnement et par là même, de la structuration de la profession et de sa diversification. Ce texte²³⁸, comme son titre l'indique, traitait de l'évolution et de l'ajustement des programmes. Mais il prévoyait aussi l'extension des études à des catégories supplémentaires d'infirmiers et d'infirmières²³⁹, fixait les conditions d'admission à suivre les études et apportait pour la première fois, des précisions à type de distinction d'ordre sexué. Enfin, comme en écho au discours teinté d'idéalisme du Bureau central des infirmières sur la question des difficultés de recrutement, il était porteur de propositions au réalisme plus abrupt.

²³⁶ Rapport sur le fonctionnement de l'Office national d'hygiène sociale, annexe, JO du 11 novembre 1926, *Op. cit.*

²³⁷ *Ibid.*

²³⁸ Arrêté du 1^{er} octobre 1926 fixant le programme pour les examens d'Etat d'infirmiers et d'infirmières.

²³⁹ « infirmiers hospitaliers, masseurs, masseuses ; infirmiers masseurs aveugles, infirmières masseuses aveugles ; infirmières sanitaires, infirmières sanitaires coloniales (indigènes et métropolitaines) ». Id. Art.1.

Considérations de genre, problématiques locales et difficultés chroniques de recrutement comme facteurs d'éclatement d'un modèle français pourtant en quête de regroupement et de rationalisation

En 1926, les programmes d'études, s'étendant toujours sur 22 mois, étaient sensiblement organisés comme lors de leur dernière parution en 1924, s'agissant des stages et des contenus théoriques. Ils étaient en revanche beaucoup plus précis, s'agissant du nombre de leçons correspondant à chaque thème et matière enseignés. Si la présentation d'ensemble était plus harmonieuse qu'en 1924, certains éléments témoignaient de la persistance d'un fonctionnement encore très cloisonné entre les hospitalières et les visiteuses, et au sein même de cette seconde branche. Ainsi, pour la première année d'études mixtes des visiteuses, il était précisé que les leçons hebdomadaires de morale professionnelle devaient être dispensées par la directrice ou la monitrice spécialisée. En 2^{ème} année, pour les visiteuses de la tuberculose, il était mentionné que les cours théoriques, à raison de deux après-midis par semaines, correspondaient « à l'audition des cours faits par le professeur ; aux répétitions qu'ils [entraînaient] par les directrices ou les monitrices de cours ; à leur rédaction et à la correction des cours et des devoirs. »²⁴⁰ Ces précisions renseignent sur la division du travail à l'œuvre, notamment par la mise en évidence de l'activité des directrices et des monitrices, de même que sur les méthodes pédagogiques montrant, en l'occurrence, un effort d'aide à l'intégration des savoirs dispensés. Ce qui était précisé s'agissant du déroulement concret des études pour les visiteuses de la tuberculose, et qui soulignait notamment l'implication des directrices et monitrices, ne l'était pas pour leurs homologues de l'enfance, indice, peut-être, de priorités d'affichage différentes et d'une influence plus grande encore du corps médical dans cette spécialité, à en juger par son imposante représentation dans les jurys d'examens²⁴¹.

Des passerelles entre les deux spécialités étaient toujours possibles, selon les mêmes modalités qu'en 1924. En outre, il était désormais possible aux visiteuses de la tuberculose et de l'enfance de préparer l'examen d'hospitalière, moyennant 10 mois de stages complémentaires et des enseignements théoriques à l'appréciation de chaque école²⁴². L'inverse n'était pas vrai pour les hospitalières, ce qui confirmait la position supérieure, presque aristocratique, acquise par les visiteuses. Autre indice de la différence entre les deux groupes, le stage d'un mois en début de formation n'était plus ni probatoire ni éliminatoire pour les hospitalières alors qu'il le demeurait pour les visiteuses. Ces dernières bénéficiaient sans aucun doute, au moins dans les textes, sinon

²⁴⁰ *Id. Art. 16.* Le contrôle de la tenue et du contenu des cahiers de cours et de stages pratiques des élèves par les monitrices et les surveillantes dans le second cas était en effets obligatoires. Léonie CHAPTAL, De quelques considérations sur l'orientation des études d'une infirmière, *L'Infirmière française... op. cit.*

²⁴¹ Voir *supra*.

²⁴² Arrêté du 1^{er} octobre 1926... *op. cit.* Art. 14. Et 15. Pour les visiteuses de l'enfance disposant aussi du diplôme d'Etat d'infirmière visiteuse d'hygiène scolaire de la tuberculose, 8 mois seulement de stages complémentaires étaient requis. Art. 16.

dans les faits, d'une part du prestige de leurs homologues américaines et de leur influence certaine sur le territoire national, s'agissant notamment des infirmières de la tuberculose. En revanche, un nouveau modèle de programme fit son apparition, permettant de former à l'ensemble de ces trois filières historiques en 33 mois d'études²⁴³. Cette nouvelle configuration apparaissait comme une tentative d'intégration de l'ensemble de la profession d'infirmière, répondant en cela à des intérêts d'origines diverses, même s'ils n'étaient pas explicités. Du point de vue des leaders françaises et notamment de Léonie Chaptal²⁴⁴, cela répondait au souci de regrouper les professionnelles, afin de lutter contre une dispersion jugée mortifère du fait d'une trop grande spécialisation, et aussi, plus discrètement, de conserver un contrôle sur la profession dans son ensemble. Les questions d'hygiène sociale, notamment, faisaient à ses yeux partie intégrante de la profession, quel que fût le lieu d'exercice. Du point de vue strictement administratif, ce type de programme, dont il n'était certes pas dit qu'il avait vocation à remplacer tous les autres dans l'immédiat, était néanmoins le bienvenu face à un éclatement qui forçait à déployer une batterie de textes réglementaires d'une grande complexité, compte tenu de la diversité originelle des brevets envisagés. Pas moins de 10 programmes figuraient en effet dans cet arrêté²⁴⁵. A cette foisonnante offre de formation furent de surcroît ajoutés, dans le même texte, 3 autres programmes types qui mettaient au défi la tentative de synthèse imaginée dans le programme en 33 mois d'études.

Les derniers programmes étaient en effet consacrés aux hommes²⁴⁶, à qui des mesures particulières avaient été promises 4 ans plus tôt. La formation des infirmiers hospitaliers s'organisait elle aussi autour de cours théoriques et de stages, sur les 22 mois prescrits par les textes. La présentation du programme était néanmoins beaucoup plus synthétique que pour les infirmières. Si le volume des cours en nombre de leçons était quasiment identique²⁴⁷, ceux-ci étaient organisés autour de quelques grands thèmes laissant une plus grande liberté d'appréciation et d'aménagement. Les stages, en revanche, se déroulaient sur 20 mois, soit 2 mois de moins que pour les infirmières. Ces derniers semblaient aussi offrir des possibilités

²⁴³ Arrêté du 1^{er} octobre 1926... *op. cit.* Art. 13. Programme type minimum pour les écoles préparant au diplôme d'Etat d'infirmières hospitalières, d'infirmières visiteuses d'hygiène sociale de la tuberculose et d'infirmière visiteuse d'hygiène sociale de l'enfance.

²⁴⁴ Elle défendait alors l'idée de ce qu'elle appelait les « infirmières complètes » ou encore polyvalentes. YVONNE KNIBIELHER, *Histoire des infirmières en France au XX^{ème} siècle...* *op. cit.* p 170.

²⁴⁵ Arrêté du 1^{er} octobre 1926... *op. cit.* Art. 7 à 16.

²⁴⁶ Programme-type minimum pour les écoles d'infirmiers hospitaliers. Programme-type minimum pour la première année d'études des écoles mixtes d'infirmiers avant spécialisation. Programme-type minimum pour la deuxième année de spécialisation des écoles préparant à l'examen d'Etat d'infirmiers masseurs. *id.* Art. 17,18 et 19.

²⁴⁷ Un décompte rapide à partir des données disponibles dans ces textes permet de mettre en évidence un nombre de leçons légèrement supérieur pour les infirmières, mais des précisions manquent pour un calcul exact. Par ailleurs, le volume horaire est calculable pour les hommes, sachant que la durée d'une heure par leçon est précisée. Si c'est très vraisemblablement le cas pour les femmes, cette même information fait systématiquement défaut dans tous les programmes, ce qui laisse subsister un doute qui ne permet pas d'établir une comparaison suffisamment rigoureuse.

plus souples de gestion, à raison de 9 mois dans les services de chirurgie, 9 mois dans les services de médecine et 2 mois en service de contagieux, contrairement aux infirmières pour qui le temps de stage était rigoureusement réparti en 7 catégories bien identifiées. Tout au plus y figuraient quelques orientations apparaissant comme des passages obligés : médecine adultes et enfants, tuberculeux, nerveux, dermato vénérologie ; chirurgie adultes, enfants, chirurgie des voies urinaires. Le caractère sexué de certaines de ces orientations apparaissait remarquablement. En effet, dans le cadre des 3 mois de stage consacrés aux « spécialités diverses », les soins aux « mentaux et aux nerveux », relevaient du stage facultatif pour les infirmières contrairement aux infirmiers. De même, si les voies urinaires et la dermatologie faisaient dans le même cadre, l'objet d'un stage spécialisé « le matin », les soins aux vénériens n'étaient pas explicitement indiqués contrairement à leurs collègues hommes²⁴⁸. Enfin, autre différence notable dont le caractère genré semble difficilement discutable, les infirmiers ne devaient pas effectuer, contrairement à leurs collègues de toutes filières, le mois de stage pratique du début de formation. Ils échappaient ainsi à la formation en « ménage, cuisine et tenue de maison » réservée à leurs consœurs. En revanche, ils bénéficiaient bien des cours d'anatomie et de physiologie prévus dans cette séquence pour les infirmières.

Les conditions d'accès aux études²⁴⁹ faisaient aussi apparaître des différences notables entre les femmes et les hommes. Ainsi, pour les femmes, l'âge d'admission était fixé à 20 ans au minimum et 40 ans au maximum dans les écoles de visiteuses, à 20 ans au minimums et 35 ans au maximum dans les autres écoles. S'agissant des hommes, le minimum était fixé à 18 ans et le maximum à 35 ans. Sans doute ces derniers étaient-ils alors considérés comme plus précocement raisonnables biologiquement, sachant que pour l'examen d'État, les infirmières devaient avoir au moins 21 ans et les hommes au moins 20 ans, soit un an avant la majorité civile. Pour la première fois, des conditions d'instruction minimales étaient mises en avant : les élèves infirmières devaient posséder une instruction « au moins équivalente à celle sanctionnée par le brevet élémentaire », et les élèves infirmiers être titulaires du certificat d'études ou à défaut, posséder « une instruction équivalente à celle sanctionnée par ce titre ». En l'absence du niveau requis, les élèves infirmières pouvaient néanmoins bénéficier de mesures exceptionnelles, à l'appréciation des directrices d'écoles, à condition d'être en capacité durant leurs études, de combler leurs lacunes dans les connaissances générales. Ces précautions en disaient aussi long sur la situation de pénurie et de difficultés à recruter, encore plus aigües chez les hommes, que sur la volonté d'augmenter le niveau d'exigence à l'entrée des écoles par rapport à 1922.

²⁴⁸ Arrêté du 1^{er} octobre 1926, *op. cit.* Art. 13.

²⁴⁹ *Id.* Art. 2.

Quatre ans de recul sur le dispositif de formation avaient vraisemblablement conduit les autorités à faire preuve d'un grand pragmatisme, à en juger à cette possibilité d'arrangement prévue dans le même texte :

Les écoles auront la possibilité de faire accomplir la période d'études obligatoires pour la préparation de l'examen d'Etat dans un laps de temps n'excédant pas au maximum quatre ans, sauf dispense, chaque cas particulier faisant alors l'objet d'une décision ministérielle spéciale²⁵⁰.

Il était précisé dans le même article que les stages²⁵¹ de même nature devaient être effectués dans leur intégralité, sans interruption. De même, les stages pratiques devaient être réalisés sous la surveillance « de moniteurs et de monitrices qualifiés, au minimum tous les matins et deux après-midis par semaine ». Quant aux « veilles », elles devaient être « effectuées autant que possible pendant une quinzaine de nuits consécutives, sauf une nuit de repos par semaine (bien entendu avec repos diurne) ». Autant ces informations témoignaient d'une louable intention pédagogique s'agissant de la continuité dans l'apprentissage, autant elles renseignaient sur ce qui relevait de la prescription d'une participation active des élèves à la bonne marche de l'hôpital, rejoignant en cela les principes de fonctionnement de l'hôpital-école anglais dont les limites avaient pourtant été identifiées et sévèrement critiquées par les infirmières américaines quelques années plus tôt.

L'assistance publique de Paris fut la première à bénéficier de ces possibilités d'aménagement selon un modèle taillé sur mesures et assorti d'une dispense spéciale par décret quelques jours plus tard. L'article 1^{er} de ce texte²⁵² était ainsi libellé :

L'administration de l'assistance publique du département de la Seine est autorisée à préparer à l'examen d'Etat d'infirmiers et d'infirmières professionnels le personnel hospitalier appartenant à ses cadres permanents au moyen d'un enseignement théorique s'étendant sur une année et comprenant les cours théoriques, prévus au programme minimum type établi pour l'enseignement des écoles reconnues administrativement préparant à l'examen d'Etat et enseigné dans les écoles dites municipales, créées par l'administration de l'assistance publique dans ses principaux établissements hospitaliers.

Au terme de cette année d'études, un examen théorique éliminatoire, subi devant un jury d'État, autorisait les élèves reçus à poursuivre ou non, durant quatre années, les stages pratiques débutés durant cette première année bien loin d'être exclusivement consacrée à des enseignements théoriques. Ces stages devaient s'effectuer « pour le moins » dans des services de médecine et des services de chirurgie. Au terme de ces 5 années d'études au total, un examen pratique subi avec succès donnait accès au diplôme d'État. Dans ce cas particulier, l'élan donné

²⁵⁰ *Id.* Art. 5.

²⁵¹ Comprendre ici les séquences de cours théoriques.

²⁵² Décret du 6 octobre 1926 autorisant l'administration de l'assistance publique du département de la Seine à préparer à l'examen d'Etat d'infirmiers et d'infirmières professionnels le personnel hospitalier appartenant à ses cadres permanents au moyen d'un enseignement théorique et pratique.

par Bourneville dans le dernier tiers du siècle précédent sur la possibilité offerte aux membres du personnel de gravir, fût-ce laborieusement, quelques échelons par une formation aménagée, avait sans aucun doute laissé des traces.

En outre, le système d'équivalences, largement mis en œuvre au niveau national, n'était pas en reste à l'assistance publique de Paris et fit même l'objet d'accommodements spécifiques²⁵³. Ainsi, tous les élèves ayant passé avec succès les épreuves théoriques de fin d'études dans les écoles municipales entre 1922 et 1926 furent dispensés de l'épreuve théorique prévue dans le présent texte. Des mesures exceptionnelles furent aussi prévues pour attribuer le diplôme d'État à tous les professionnels embauchés à l'assistance publique de Paris en 1921²⁵⁴ et qui avaient exercé les fonctions d'infirmiers ou d'infirmières pendant au moins cinq années. Enfin, le diplôme d'État fut accordé, de plein droit et par équivalence, aux infirmières de l'école de la Salpêtrière ayant satisfait en 1925 et courant 1926 aux épreuves de l'examen de fin d'études institué dans cet établissement préparant jusqu'alors au brevet supérieur d'infirmière hospitalière. A partir de la fin de l'année 1926, cette école, reconnue administrativement depuis 1924, adopta un fonctionnement similaire aux autres écoles du même type. Les décisions concernant les possibilités d'aménagement des études étaient toutefois présentées comme des mesures exceptionnelles et expérimentales, et ne pouvaient s'étendre, en tout état de cause, « qu'aux élèves des écoles des établissements hospitaliers comprenant au moins 10000 lits. »²⁵⁵ Si l'exception était circonscrite, elle n'en concernait pas moins, potentiellement, des établissements comme les hôpitaux de l'assistance publique de Marseille et les Hospices civils de Lyon, mastodontes capables de peser considérablement dans les évolutions nationales. En outre, chacun s'accordait sur le fait que les difficultés de recrutement et la pénurie d'hospitalières étaient parties pour durer, bien au-delà des grands établissements. Avec ces deux textes, il était de fait établi que la professionnalisation des infirmières, loin d'être uniforme, pouvait prendre plusieurs chemins permettant de prendre en compte ces réalités hospitalières du temps qui venaient se mêler, sinon s'opposer, aux autres influences, intérieures ou extérieures, elles-mêmes étroitement imbriquées. Parallèlement à l'affermissement de cette réglementation aussi complexe que cette réalité qu'elle s'efforçait de mettre en ordre, les relations entre les infirmières et les médecins s'étaient précisées durant toutes ces années.

Infirmières et médecins à la fin des années 1920 : émancipation des leaders et soumission des infirmières du rang

Les visiteuses avaient le vent en poupe, portées par le souffle très favorable de la philanthropie. De nombreux articles traitant de cette pratique spécialisée furent publiés dans *L'infirmière*

²⁵³ Id. Art. 6, 7 et 8.

²⁵⁴ Ceux qui avaient été embauchés antérieurement avaient bénéficié des mesures de 1922 et de 1925.

²⁵⁵ Id. Art. 5.

française, dont plusieurs témoignaient de l'expression sinon de l'influence du modèle américain. A titre d'exemple, on pouvait y lire des textes d'infirmières comme Elisabeth G. Fox²⁵⁶, Mary Sewall Gardner²⁵⁷ ou, plus tard, Hazel Avis Goff²⁵⁸. Autant de *Registered Nurses* dans une position de leaders aux États-Unis, auxquelles fut offerte une tribune dans cette revue créée par le professeur Calmette et deux collaborateurs, les docteurs Cruveilhier et Lafosse, en 1923. Léonie Chaptal, assurément active dans le projet et membre du comité de rédaction, apparaissait néanmoins de manière fort discrète dans le fonctionnement de cette publication présentée par ses fondateurs comme un vecteur de rassemblement de l'ensemble de la profession, au-delà des visiteuses mises en lumière :

Revue mensuelle d'enseignement technique²⁵⁹ [...] qui [...] s'adresse à un large public professionnel et [...] doit être un lien entre toutes les infirmières et infirmiers hospitaliers, les garde-malades, les infirmières visiteuses, les personnes qui s'occupent d'œuvres sociales, les infirmières congréganistes et des sociétés Croix-Rouge, enfin à tous ceux qui s'intéressent à leur formation professionnelle. Les infirmières y trouveront la mise au point de questions pratiques dont la connaissance leur est indispensable ; ces articles seront rédigés soit par des maîtres de la médecine, soit par des praticiens, par des infirmières ou des personnes particulièrement qualifiées. De plus, un bulletin professionnel dû en grande partie à Mlle Chaptal constituera une revue mensuelle des intérêts de la corporation.²⁶⁰

Albert Calmette dirigea la revue jusqu'en 1928. Éminent spécialiste des maladies infectieuses et tropicales, il était de surcroît à la pointe de la lutte contre la tuberculose depuis le début du siècle. Sans doute Elisabeth G. Fox et Mary Sewall Gardner, remarquables *visiteuses* dans tous les sens du terme, lui étaient-elles redevables de leur accueil dans les colonnes de la revue autant qu'à Léonie Chaptal qui y occupait alors une modeste place. C'est que le corps médical, qui

²⁵⁶ Elisabeth G. FOX, La formation des infirmières visiteuses aux Etats Unis, *L'infirmière française*, 1923-1924, n° 10, janvier 1924, p 429-436. Elle était alors Directrice du Service des infirmières visiteuses de la Croix-Rouge américaine.

²⁵⁷ Mary Sewall GARDNER, L'infirmière visiteuse, *L'infirmière française*, n°10, janvier 1926, p 501-509 - n° 11, février 1926, p 553-564 - n°1, avril 1926, p 35-41 - n° 2, mai 1926, p 87-90. Il s'agissait là de la publication de larges extraits d'un ouvrage de l'auteure, que Léonie Chaptal commenta ainsi : « Le fruit de son expérience sera un sujet inépuisable de réflexion pour les infirmières visiteuses de notre pays et nous tenons à saisir l'occasion qui se présente pour remercier les traducteurs de cet ouvrage pour l'avoir mis à la portée de toutes les infirmières françaises ». *Id.* p 91. Mary Gardner était Directrice du service des infirmières visiteuses de la ville de Providence, État de Rhode Island. *L'infirmière visiteuse*, publié aux PUF en 1926, était la traduction française par Juliette Lefebvre et René Sand d'un ouvrage paru dix ans plus tôt aux États-Unis.

²⁵⁸ Hazel Avis GOFF, Rapport sur une étude de l'activité des infirmières visiteuses d'hygiène en Europe, *L'infirmière française*, n° 1, janvier 1934, p 20-27. En 1931, « mise à la disposition de la section hygiène de la Société des nations », eËlle se vit confier la tâche de « recueillir des informations sur les infirmières-visiteuses d'hygiène dans les pays d'Europe qui [étaient] essentiellement agricoles ». Elle rendit compte de ce travail dans un congrès international de visiteuses en 1933, communication qui donna lieu à cet article. *Id.* p 20. L'auteure fut entre autres, la collaboratrice de F.E. Crowell, notamment dans le projet de création de l'école « Rockefeller » à Lyon.

²⁵⁹ *L'infirmière française* fut présentée comme « Revue mensuelle d'enseignement technique » jusqu'au numéro d'avril 1924. À partir du mois de mai de la même année, elle devint « Revue mensuelle d'enseignement technique et de développement professionnel ». Note ajoutée par nous.

²⁶⁰ Cités par René MAGNON, *Léonie Chaptal... op cit.* p 114.

était à l'initiative de l'entreprise, y avait la part belle et entendait bien y montrer sa vision du monde, notamment en ce qui concernait la distribution des rôles entre médecins et infirmières de ce côté-ci de l'Atlantique. Léonie Chaptal elle-même était un puissant vecteur de cette conception des relations entre une profession et l'autre :

Le médecin doit connaître les causes de la maladie, déduire ses origines et prévoir ses suites. Il est le seul à faire diagnostic et pronostic, le seul à pouvoir ordonner et prescrire ce qu'il faut ou faudra faire dans tel et tel cas. L'infirmière doit surtout connaître le malade, son milieu, soigner le mal, en prévenir l'extension. Elle doit, par une connaissance appropriée de l'être qui souffre et de la maladie en elle-même constituer l'instrument parfait qui a pour fonction principale de se tenir à portée de la main du médecin. C'est celui-ci qui doit de cet instrument docile faire l'usage voulu. Et ainsi il ne peut se produire de ces conflits qui ne doivent jamais exister : l'art de l'infirmière n'est que d'exécuter ce que décide la science du médecin.²⁶¹

Il n'est pas certain que les auteures américaines citées ou une Frances Elizabeth Crowell se fussent accommodées d'une telle représentation de l'infirmière dans une revue professionnelle outre-Atlantique²⁶². En France, cette affirmation ne faisait qu'entériner une conception dont l'essentiel avait déjà été dit plus de vingt ans plus tôt. En 1899, par le biais de ses représentants à une commission chargée de l'étude des programmes d'enseignement destinés aux infirmières, la profession médicale avait en effet dévoilé le fond de sa pensée sur la question :

La commission a voulu que les infirmières ne fussent jamais tentées de prendre une initiative qui n'appartient qu'au médecin. L'infirmière a un rôle très utile mais exactement limité, elle est l'aide du médecin dont elle doit suivre les prescriptions avec une obéissance passive. Il faut qu'elle soit à même d'apprécier suffisamment l'état du malade pour rendre compte au médecin de ce qui s'est passé en son absence, de faire prendre à propos les médicaments ordonnés, sans pour cela prétendre poser un diagnostic ou faire de la thérapeutique. Elle doit, en un mot, seconder le médecin, mais ne jamais se substituer à lui ; et le meilleur moyen de l'en empêcher est de limiter son instruction aux choses de son état.²⁶³

Léonie Chaptal, à la place qui était la sienne, s'efforça à maintes reprises de promouvoir plutôt que bousculer cette vision de l'ordre « des états », autant dire l'ordre social à l'hôpital et dans la cité s'agissant des infirmières visiteuses : « Lorsque le chef a parlé, l'infirmière se tait, elle n'a plus d'opinion, elle n'a plus qu'à exécuter la prescription aussi parfaitement qu'elle saura le faire »²⁶⁴. Sans doute cette soumission correspondait-elle aussi au prix à payer par cette jeune profession féminine pour exister en France ces années-là. Une bonne partie de la classe politique y était en effet en décalage avec le mouvement d'émancipation initié en Grande

²⁶¹ L'infirmière visiteuse d'hygiène sociale de l'enfance, Rapport présenté par Melle Chaptal au Comité national de l'enfance, *L'Infirmière française*, n° 6, septembre 1925, p 299.

²⁶² S'agissant des *health visitors* en particulier, il était question de « femmes fortes, informées et expérimentées, autonomes, responsables, capables de faire de la prévention, de l'éducation, de protéger la santé publique et d'imposer un panel de mesures strictes d'hygiène publique et sociale. » Évelyne DIEBOLT, Nicole FOUCHÉ, *Devenir infirmière en France... op. cit. p 231.*

²⁶³ Cité par Michel POISSON, *Origines républicaines... op cit.*, p 97.

²⁶⁴ Citée par Marie-Françoise COLLIÈRE,, *Soigner... Le premier art de la vie*, Paris, Inter-Edition, 1996, p 91.

Bretagne, aux États-Unis ou en Allemagne dans l'immédiat après-guerre s'agissant des droits civiques des femmes. Les sénateurs français, sans aucun doute ravis de l'excellence masculine comparée à l'immaturité féminine constitutive à leurs yeux, leur dénièrent en effet en 1922, un droit de vote pourtant adopté par les députés en 1919²⁶⁵. Du côté du corps médical, pour être un authentique militant en faveur de l'éducation des infirmières, Albert Calmette n'en rappelait pas moins sa permanente hantise que ces dernières pussent échapper au contrôle des médecins par l'usage intempestif de connaissances qui ne leur étaient pas destinées :

Nous redoutons par-dessus tout que vous commettiez, comme il arrive trop souvent, l'erreur de sortir de votre rôle de collaboratrice des médecins, et de vous croire assez instruites des choses de la médecine pour donner des conseils d'ordre médical.²⁶⁶

Peut-être Léonie Chaptal avait-elle mis au point et rendue publique sa douce et apaisante recette de pâté d'alouette pour amadouer ce corps médical bien inquiet. Elle était assurément instruite et fort bien informée du niveau d'autonomie revendiqué par les infirmières anglaises et américaines, situation qui la séduisait sans aucun doute. L'évolution du mode de fonctionnement de *L'Infirmière française* montra d'ailleurs la persévérance et les capacités de résistance de celle qui avait fini par s'affirmer comme chef de file de la profession. L'année 1928 fut marquée par ce qui ressemblait à un divorce à la tête de la revue, après une collaboration quinquennale entre le professeur Calmette, ses confrères et la discrète Léonie Chaptal. Cette année-là, dans le numéro de décembre, le professeur Calmette et le docteur Lafosse justifiaient ainsi leur démission :

A partir du présent numéro, cette revue devient l'organe officiel de l'Association nationale des infirmières diplômées de l'Etat français, et sa partie corporatiste est augmentée, tandis que sa partie scientifique est réduite. C'est, peut-être, une nécessité d'édition. Mais c'est aussi une évolution. La revue ne reste pas dans le cadre que nous avons tracé lorsque nous l'avons fondée. Nous ne critiquons pas les conceptions qui président à cette évolution, mais nous ne pouvons pas les partager. En conséquence, nous nous retirons de la direction et de la rédaction de *L'Infirmière française*.²⁶⁷

Parmi les chaleureux remerciements que les auteurs adressèrent « à tous ceux qui [avaient] fait de ce périodique, pour ce qui [était] de la partie enseignement technique une Revue hautement appréciée », pas un mot ne fut prononcé en faveur de Léonie Chaptal. Tout au plus apparut-elle comme une ombre dans leur conclusion : « Et maintenant, longue vie à *L'Infirmière française*, dont les destinées passent en d'autres mains »²⁶⁸. Ainsi, la question de la connaissance entraînait-elle en conflit direct avec celle du corporatisme, comme si le rapprochement de l'un et de l'autre

²⁶⁵ Christine BARD, *Les filles de Marianne. Histoire des féminismes, 1914-1940*, Paris, Fayard, 1995, p 145-146.

²⁶⁶ Cité par Pierre GUILLAUME, *Du désespoir au salut : les tuberculeux aux XIXe et XXe siècles*, Paris, Aubier, 1986, p 211.

²⁶⁷ Pr A. CALMETTE, Dr LAFOSSE, À nos lectrices, *L'Infirmière française*, n° 12, décembre 1928, p 437.

²⁶⁸ *Ibid.*

était inimaginable aux yeux des médecins pourtant grands experts en la matière. Cet argument en forme d'aveu témoignait d'enjeux sans doute moins légers qu'ils n'y paraissaient. Cette évolution témoignait en effet de velléités de structuration de la profession, d'autant plus que la création de l'ANIDEF avait ouvert aux infirmières françaises la voie des rencontres et échanges internationaux par l'intermédiaire du CII. Léonie Chaptal, devenue par la force des choses rédactrice en chef de la revue, répondit à cette démission dans le même numéro, sans relever la remarque acerbe sur le déclin annoncé de la dimension scientifique de la revue :

Notre Revue devient, avec le premier numéro de 1929, le porte-parole direct des infirmières diplômées de l'Etat français. Avec le grand regret de voir se retirer notre cher et vénéré directeur de la première heure, le professeur Calmette, ainsi que son zélé collaborateur, le docteur Lafosse, nous devons constater que la nouvelle orientation de cette publication si appréciée la fait entrer dans la voie la plus normale. Tous les périodiques qui s'adressent dans les pays étrangers aux infirmières sont dirigés par elles, avec la collaboration des médecins et professeurs qui ont à cœur la meilleure formation. C'est exactement ce qui sera désormais le cas de *l'Infirmière française*.²⁶⁹

Cette remarquable prise de position de l'infirmière face aux médecins déçus de la tournure d'événements qui désormais leur échappaient, se doublait de la prise de position d'une femme de pouvoir, suggérant assez finement à des hommes de pouvoir, de devenir désormais ses collaborateurs, au service de cette noble cause de la formation des infirmières qui représentait leur objectif commun. Ce retournement de situation apparaissait ainsi comme la manifestation d'une forme de féminisme non proclamé, pragmatique et discrètement réformateur, mais opérant ces années-là²⁷⁰. Reste que cette joute se déroulait entre puissants. S'agissant des infirmières du rang, Léonie Chaptal avait montré à plusieurs reprises qu'elle défendait ouvertement l'idée de l'ascendant des médecins et de la nécessaire obéissance qui leur était due. Dans ce système hiérarchique explicitement fondé sur l'épaisseur des savoirs, elle précisait volontiers cependant que cette allégeance, pour être librement consentie, n'en devait pas moins être plus réfléchie que passive, cherchant ainsi à affirmer la responsabilité personnelle des infirmières dans leur activité quotidienne²⁷¹. Si cette précaution apportait une note méliorative à l'édifice, il est possible néanmoins qu'elle ait pu contribuer par son existence même, à renforcer l'institutionnalisation et l'incorporation durables des mécanismes de domination à l'œuvre dans cette singulière relation entre une profession et l'autre.

²⁶⁹ Léonie CHAPTAL, À nos lectrices, à nos collègues, à tous les amis de *L'Infirmière française*, *Id.* p 438. Ce texte était précédé de la mention suivante, signée du Pr Calmette et du Dr Lafosse qui eurent à l'occasion de rappeler pour la dernière fois qu'ils furent bien les directeurs de la revue : « *Nous avons reçu de Melle Chaptal la note ci-jointe qu'elle nous prie de faire paraître à la suite de notre avis de démission. C'est le plus volontiers du monde que nous accédons à son désir : on ne saurait présenter avec plus d'élégante simplicité les raisons du changement d'orientation-et de direction- de notre revue.* » En italiques dans le texte.

²⁷⁰ Christine BARD, *Les filles de Marianne. Histoire des féminismes... op cit.*

²⁷¹ René MAGNON, *Léonie Chaptal... op cit.*

Du côté des leaders, en cohérence avec ce qui se jouait à la *Revue de l'Infirmière*, un autre événement témoignait de la poursuite de la structuration, au plus haut niveau de l'État, de la profession cette année-là. Pour alléger le fonctionnement du conseil de perfectionnement, fut instituée une « section permanente » qui en était issue²⁷². Cette cellule à vocation très opérationnelle, réduite et donc plus réactive que le lourd conseil, fut chargée de conseiller le ministre pour le règlement des affaires auxquelles les écoles d'infirmières, de plus en plus nombreuses à être accréditées, étaient confrontées au quotidien :

Cette section a pour mission de donner son avis sur les questions courantes telles que les dérogations aux conditions d'admissions dans les écoles d'infirmières, dispenses de stages pratiques, dérogations aux conditions d'admission à l'examen d'Etat, constitution de jurys d'examens d'Etat, examens de demandes d'équivalence du diplôme d'Etat d'infirmière, etc. En outre, elle étudiera préalablement les questions de principe à soumettre à l'avis du conseil de perfectionnement des écoles d'infirmières : règlements des écoles d'infirmières, reconnaissance administrative d'écoles d'infirmières, programmes d'examens d'Etat, organisation et fonctionnement des écoles d'infirmières, retraits de reconnaissance administrative d'écoles d'infirmières, etc.²⁷³

Cette intégration au fonctionnement administratif courant attestait aussi que les écoles étaient définitivement sorties des années de tâtonnements et d'expérimentations, sous la houlette du conseil de perfectionnement. Une relative stabilité étant acquise, l'activité de ce dernier se bornait désormais aux grandes décisions. La section permanente était composée du bureau du conseil et de six de ses membres, désignés par arrêté ministériel, soit 10 personnes au total²⁷⁴. Un mois plus tard, le nombre total en fut porté à 14, « en raison du nombre de questions à examiner par cette section et pour permettre d'y représenter différentes organisations s'intéressant aux questions d'infirmières ».²⁷⁵ Et il s'agissait bien là de la voix des leaders de la profession. Non seulement cet ajustement rapide témoignait du caractère stratégique de cette nouvelle institution, mais il montrait combien était grande la volonté de rassembler la diversité des points de vue à ce niveau opérationnel. Les personnalités nommées²⁷⁶ dans les suites de cette mise au point renseignent sur les revendications polies qui avaient sans doute eu lieu. Ainsi figuraient une représentante de l'Union des femmes de France, une déléguée de l'Association des dames françaises et la secrétaire générale du Groupe d'œuvres sociales de Belleville à Paris. Enfin, une certaine madame Gillet²⁷⁷, présidente de la fondation franco-

²⁷² Décret du 7 février 1929 portant institution de la section permanente du conseil de perfectionnement des écoles d'infirmières.

²⁷³ *Id.*, Art. 2.

²⁷⁴ *Id.* Art. 1.

²⁷⁵ Décret du 6 mars 1929 relatif à l'augmentation du nombre de membres de la section permanente du conseil de perfectionnement des écoles d'infirmières.

²⁷⁶ Arrêté du 27 mars 1929 nommant des membres de la section permanente du conseil de perfectionnement des écoles d'infirmières.

²⁷⁷ Il s'agissait vraisemblablement de Léonie Gillet, issue de la bourgeoisie industrielle textile du nord. Très impliquée de longue date dans l'action sanitaire et sociale, elle était l'épouse d'Edmond Gillet, industriel du textile et grand bourgeois lyonnais. Ils participèrent tous les deux à l'action sanitaire et sociale lyonnaise en tissant des

américaine des visiteuses de l'enfance à Lyon fut aussi nommée, permettant au mouvement philanthropique américain d'avoir voix au chapitre. Ainsi s'achevait cette décennie marquée par une professionnalisation certaine de la fonction des infirmières hospitalières ou visiteuses, qui disposaient désormais d'un dispositif de formation et de certification organisé, reconnu au plus haut niveau de l'État²⁷⁸. Malgré tout, si entre 1925 et 1932, plus de 6000 diplômes furent délivrés dans le cadre du dispositif d'examen officiel, 25000 furent attribués par équivalence²⁷⁹. Cette proportion, qui rendait compte des impératifs d'organisations toujours confrontées aux difficultés de recrutement, rappelait aux plus enthousiastes qu'un long chemin restait à parcourir, d'autant que d'autres professionnelles étaient en train de gagner en visibilité sur le terrain de l'hygiène sociale occupé par les infirmières visiteuses.

1.2 - Infirmières et assistantes sociales des années 1930 : entre concurrence et complémentarité, une régulation de plus en plus ferme de l'État

Les années 1930 débutèrent par la mise au jour du mouvement de professionnalisation des assistantes sociales. A côté de l'approche de type médico-social, qui avait trouvé sa voie dans le déploiement de la formation des infirmières visiteuses, une approche plus spécifiquement sociale se développa dès le début du siècle.

D'un cloisonnement initial absolu au début des années 1930 à un rapprochement sur décision politique en 1936

Dans la première décennie du siècle, plusieurs écoles furent créées à l'intention de celles qu'on n'appelait pas encore les assistantes sociales²⁸⁰. Ces institutions répondaient alors à la nécessité ressentie de former ces agents d'un genre particulier, qui avaient en commun d'œuvrer au maintien des équilibres sociaux, que ce fût dans la mouvance de la doctrine sociale de l'église catholique ou de celle de la réforme sociale d'obédience protestante, se mêlant parfois l'une et l'autre, à celle, républicaine et laïque, de la mise en actes des grandes lois sociales de ce début de siècle. Dans ce dernier courant, l'ouverture en 1917 de l'École des surintendantes à l'initiative de 5 femmes de confessions différentes, occupait une place particulière. Elle

liens notamment avec la fondation Rockefeller. Pierre-Yves SAUNIER, Ludovic TOURNES, Rockefeller, Gillet, Lépine and Co... *op. cit.*

²⁷⁸ En 1932, 92 écoles étaient reconnues et accueillait près de 4000 élèves. Evelyne DIEBOLT, Nicole FOUCHE, *Devenir infirmière en France... op. cit.* p 243.

²⁷⁹ *Ibid.*

²⁸⁰ A titre d'exemple : En 1907, École pratique de formation sociale, par Marie Gahéry ; en 1908, École libre d'assistance privée, par l'abbé Jean Viollet, soucieux « d'aller aux pauvres » et d'œuvrer « à la réconciliation des classes sociales », auteur en 1931 du *Petit guide du travailleur social* ; en 1911, École Normale sociale par Andrée Butillard et Aimée Novo, dont le but affiché était de « former des élites sociales féminines dans tous les milieux sociaux [...] et tendre à établir l'ordre social chrétien » ; 1913, École pratique de service social, par le Pasteur Doumergue. Geneviève PERROT, Les savoirs en service social avant 1950, *Vie sociale* 2008/3 (N°3). Les citations sont issues de ce texte p 35.

contribua en effet à l'effort de guerre en s'attachant particulièrement à la condition des ouvrières d'usines d'armement, qui occupèrent massivement la place des hommes partis au front²⁸¹. Centrées spécialement sur les problèmes sociaux dans les usines, à la manière des *ladies superintendents* œuvrant depuis 1913 en Angleterre, les surintendantes étaient conçues comme des médiatrices influentes dans le jeu social industriel, mais aussi dans la cité, s'agissant notamment de la politique nataliste :

Les surintendantes sont des ouvrières de préservation morale et de paix sociale ; préservation morale par la lutte contre l'alcoolisme, la prostitution, le néomalthusianisme ; paix sociale car la surintendante n'est placée ni contre le patron ni contre l'ouvrière, elle est leur auxiliaire à l'un comme à l'autre.²⁸²

Soucieuses de gagner en influence, plusieurs écoles se regroupèrent à partir de 1922, au point de solliciter, sans succès, la création d'un « diplôme national pour les assistantes sociales » en 1924²⁸³. Ce rassemblement prit la forme d'un comité d'entente des écoles de service social le 1^{er} juin 1927, au cours d'une réunion de représentant(e)s d'écoles de service social au musée social à Paris. Il s'agissait alors pour ce comité, à l'exclusion de toute ingérence dans leur fonctionnement et leur organisation, de « soutenir les intérêts communs à toutes ces écoles, de faire des démarches opportunes auprès des pouvoirs publics, de répandre dans le pays l'idée de service social. »²⁸⁴ Léonie Chaptal assista à cette réunion, au titre de l'école d'application de service social qu'elle créa la même année et dont les premiers cours ouvrirent le 3 novembre suivant²⁸⁵, alors même qu'elle formait aussi des infirmières visiteuses dans sa maison-école depuis le début du siècle. Elle n'avait pourtant pas soutenu la tentative de création d'un diplôme de service social en 1924, pas plus que la reconnaissance officielle des écoles qui y formaient. Pour Simone BOYER et Christine RATER-GARCETTE, son commentaire de l'événement montrait qu'il s'agissait néanmoins davantage pour elle, d'une divergence d'approche de la question que d'une opposition sans nuance aux propositions qui étaient alors faites par les écoles de service social :

²⁸¹ Madeleine PLIEZ, Le métier d'assistante sociale et son évolution aux Chemins de fer : d'une activité pragmatique à un professionnalisme éclairé, in Marie-François CHARRIER, Elise FELLER (dir.), *Aux origines de l'action sociale en France. L'invention des services sociaux aux chemins de fers*, Toulouse, érès, 2000, p 80-81. Les créatrices de l'école étaient : Marie Diemer, Renée de Monfort, Marie Routier, Cécile Brunsvick, Henriette Viollet.

²⁸² Cécile Brunsvick, citée par Brigitte BOUQUET, Danièle TREUIL, Ecole des surintendantes, *Vie sociale* n° 1-2, 1995, p 63. René Doumic, secrétaire perpétuel de l'académie française prononça cet éloge à l'occasion de la remise en 1929, à l'association des surintendantes, du prix de vertu qu'il avait créé : « Nous attendons beaucoup des surintendantes : ni religieuse, ni ouvrière, ni femme du monde, ou peut-être tout cela ensemble, elle est entre la classe ouvrière et la nôtre le meilleur agent de liaison, la marraine élue de la paix sociale. » *Id.* p. 62.

²⁸³ Madeleine PLIEZ, Le métier d'assistante sociale et son évolution... *op. cit.* p 82.

²⁸⁴ Compte rendu de réunion cité par Simone BOYER, Christine RATER-GARCETTE, Le Comité d'Entente des écoles de service social, *Vie sociale* n° 1-2, 1995 p. 124-125.

²⁸⁵ BOUQUET Brigitte, Ecole d'application de service social annexée à la maison école d'infirmières privées, *Vie sociale* n° 1-2, 1995, p 87-92.

Les écoles est-il écrit dans le rapport de juin 1924 avaient préparé un projet de décret « calqué » sur celui promulgué pour la réglementation de la profession d'infirmière où est prévue l'institution d'un « conseil de perfectionnement ». Cette manière de présentation de la demande avait permis de penser qu'il était possible de régler rapidement la question, en faisant entrer les écoles de service social dans le cadre des écoles d'infirmières par une modification de la teneur du décret primitif du 22-6-22. Le conseil de perfectionnement serait devenu le conseil de perfectionnement des écoles de préparation aux professions d'infirmières et de services sociaux et il aurait compris trois sections au lieu de deux : services hospitaliers, services de visiteuses d'hygiène, service social. C'était une solution si simple et si facile qu'on croyait que l'assemblée générale du conseil supérieur donnerait volontiers délégation à sa section permanente pour l'étudier dans cet esprit et dans ce but.²⁸⁶

Peut-être son souci de faire entrer les écoles de service social « dans le cadre des écoles d'infirmières » relevait-il d'un souci très pragmatique de simplification de l'organisation comme elle l'avancait et que cela motiva son absence de soutien à la demande alors formulée. Mais elle était par ailleurs convaincue que ces fonctions de nature sociale qu'elle ne niait pas, constituaient une branche de la profession d'infirmière, elle-même étroitement associée à la profession médicale²⁸⁷. Cette autre considération pouvait tout aussi bien motiver un désir plus secret d'intégrer les nouvelles venues dans la structure existante, dans le but d'en conserver le contrôle. Dans les débats de l'époque entre le « social pur » et le « médico-social », elle était opposée au premier courant²⁸⁸, sans doute en ce qu'il avait de farouchement indépendant par rapport à la médecine. Or c'était précisément celui-là qui s'exprimait de plus en plus fort et elle pouvait apparaître comme une convertie de la dernière heure à cette cause en 1927. Néanmoins, sa présence à cette réunion fondatrice du comité d'entente, de même que la création de cette école, montraient aussi bien, sa remarquable capacité, en cohérence avec ses objectifs politiques, à s'inscrire activement dans tous les mouvements porteurs dans le champ social. Elle dépassait ainsi sa préoccupation pour la profession d'infirmière comme levier d'action majeur, mais parmi d'autres, au service de buts plus élevés. La doctrine sociale de l'Église qui lui était chère, fût-elle traduite dans une version laïcisée très compatible avec la République, pouvait en effet se déployer dans sa forme concrète, partout et en toute occasion, dès lors qu'il était possible de s'activer au plus près de la population :

L'une comme l'autre, la visiteuse ou l'assistante, avec des nuances ou plutôt des degrés dans la technicité, assument cet ordre nouveau d'attributs et de fonctions que constitue le service social. Au dispensaire, à l'hôpital, à l'école, à l'usine, dans toutes les œuvres et institutions sociales, par conséquent dans tous les groupements humains coordonnés en vue d'une activité commune, le service social s'impose comme le complément indispensable de l'action du médecin.²⁸⁹

²⁸⁶ Léonie Chaptal citée par Simone BOYER, Christine RATER-GARÇETTE, Le Comité d'Entente des écoles de service social... op. cit. p 136.

²⁸⁷ BOUQUET Brigitte, Ecole d'application de service social ... op.cit.

²⁸⁸ *Id.* p 91.

²⁸⁹ Léonie Chaptal citée, *ibid.*

La première conférence internationale du service social à Paris en 1928, conforta sans aucun doute non seulement Léonie Chaptal, mais l'ensemble de ce groupe pionnier dans son élan et son projet de promotion de cette activité particulière. Il y fut en effet question de professionnalisation, de formation et donc d' « enseignement du service social », sur fond de savoirs académiques²⁹⁰, méthodologiques et techniques. Une définition du service social fut même adoptée par les 42 pays présents à la conférence :

L'expression service social embrasse tout effort visant à :

- soulager les souffrances provenant de la misère ;
- replacer les individus et les familles dans des conditions normales d'existence ;
- prévenir les fléaux sociaux ;
- améliorer les conditions sociales et le niveau d'existence, soit par le service social des cas individuels, soit par les services sociaux collectifs, soit par l'action législative et administrative de la collectivité, soit par les recherches et les enquêtes sociales.²⁹¹

Cette proposition attestait la volonté d'affirmer un courant d'action sociale élargi à la sphère et l'action politiques. Celui-ci, fût-il complémentaire et porté par la même grande inspiration hygiéniste, n'en était pas moins distinct du courant médico-social dans lequel s'inscrivaient les infirmières visiteuses, et autonome par rapport à ce dernier. Selon Christine GARCETTE, le terme d'assistante sociale, fut rapporté en 1913 en France, par des médecins de l'hôpital des enfants malades qui avaient observé l'expérience des *social assistants* travaillant auprès du Dr Cabot aux États-Unis²⁹². Ces dernières avaient pour fonction « d'apporter au médecin un diagnostic social complémentaire de son diagnostic médical », modèle ayant inspiré les premières expériences françaises²⁹³. Une lettre de Juliette Delagrangé, rédigée en 1930 au nom du comité d'entente des écoles de service social à l'attention du ministre et s'appuyant sur l'exemple de pays où ce diplôme était déjà délivré, rend bien compte des différences alors mises en évidence entre infirmières visiteuses et assistantes sociales. Le but de ce courrier était de présenter un programme d'études de service social qui serait commun à toutes les écoles concernées :

Ces deux enseignements se différencient dans tous les pays ; l'un, celui destiné aux infirmières et visiteuses d'hygiène sociale, s'établit essentiellement sur des données médicales et sur des stages dans

²⁹⁰ D'après une enquête effectuée auprès de 17 pays d'Europe de l'Ouest et Centrale, d'Amérique et d'Asie, outre l'hygiène, les savoirs issus des sciences sociales et humaines étaient sollicités plus ou moins largement en fonction des modes d'exercices visés. Geneviève PERROT, *Les savoirs en service social avant 1950... op. cit.*

²⁹¹ Cité par Geneviève PERROT, *id.* p 37.

²⁹² Comme pour les infirmières, une dynamique transnationale est attestée ces années-là, s'agissant du travail social : « Ainsi dans les années 1920-1930 les travailleuses sociales allemandes se sentaient poussées par l'activité de leurs consœurs américaines, qui n'étaient pas en reste dans l'admiration pour l'engagement politique de leurs homologues germaniques ; les leaders français et belges traduisaient les manuels des infirmières visiteuses et des case workers du travail social états-unien ». Pierre-Yves SAUNIER, *Les régimes circulatoires du domaine social 1800-1940 : projets et ingénierie de la convergence et de la différence*, *Genèses* 2008/2 n° 71, p 4-25.

²⁹³ Christine GARCETTE, *Le service social au temps de Madeleine Delbrêl*, *Vie sociale* n° 3, 2008 p 30.

des services hospitaliers. L'autre, celui du service social, s'établit principalement sur une connaissance approfondie des besoins sociaux de l'individu, de la famille, de la nation. De même que les deux enseignements sont compris et réalisés suivant des méthodes différentes, de même les assistantes agissent dans des fonctions où elles ne peuvent être remplacées par des infirmières ou des visiteuses. L'activité des unes et des autres se complète sans pouvoir se substituer.²⁹⁴

Cette activité professionnelle particulière, caractérisée à l'origine par un regard sur le monde distinct et complémentaire de celui des médecins, et supposant par là même des savoirs différents, fut officiellement reconnue par décret le 12 janvier 1932²⁹⁵. Le comité d'entente des écoles de service social avait, avec d'autres, attiré l'attention et fourni les arguments au ministre de la santé publique Camille Blaisot, sur la nécessité d'une telle innovation devant le développement des services sociaux « dans la grande industrie, le haut commerce, les administrations et les institutions de prévoyance sociale » :

Ces services sociaux, par le moyen de leurs assistantes, contribuent avec succès au relèvement du niveau social des familles de leur ressort, en faisant œuvre d'éducation et de préservation dans les domaines de l'assistance, de l'hygiène, de la santé et de la vie sociale en général [...] Les dispositions de ce décret donneront les meilleures assurances aux institutions sociales pour la formation technique du personnel nécessaire à leur fonctionnement ; elles seront en même temps la preuve manifeste de l'intérêt porté par l'Etat aux écoles de service social ; elles constitueront enfin une garantie légitime professionnelle pour les français et les françaises qui consacrent leur vie à une tâche dont les résultats sont particulièrement féconds pour le progrès social.²⁹⁶

Ce texte était structuré en tous points comme le décret de juin 1922 relatif aux infirmières hospitalières et visiteuses d'hygiène sociale. Il était explicitement question de la « profession d'assistante de service social »²⁹⁷ destinée à cohabiter avec et non à remplacer celle d'infirmière visiteuse. La composition du conseil de perfectionnement des écoles de service social témoignait d'un périmètre d'intervention élargi par rapport à celui des infirmières. Nettement moins médicalisé²⁹⁸, il comprenait un seul médecin, délégué de la faculté de médecine, au même titre qu'un membre délégué de la faculté de droit. Parmi les autres membres de droit figuraient un délégué des ministères de la santé publique, du travail et de la prévoyance, de l'instruction publique (enseignement technique), de l'intérieur, de la justice, de l'agriculture, et

²⁹⁴ Citée par Simone BOYER, Christine RATER-GARCETTE, *Le Comité d'Entente des écoles de service social...* op. cit. p 126. Juliette Delagrangé (voir *infra*) était en outre secrétaire générale des travailleuses sociales *ibid*.

²⁹⁵ Décret du 12 janvier 1932 portant institution d'un brevet de capacité professionnelle permettant de porter le titre d'assistant ou d'assistante de service social diplômé de l'Etat français.

²⁹⁶ Rapport du ministre Camille Blaisot au Président de la République, Décret du 12 janvier 1932... *op. cit*. Dans ce texte, le comité d'entente des écoles de service social est explicitement évoqué comme ayant attiré l'attention du ministre, ainsi que le comité d'étude des services sociaux de la région parisienne. Des membres de ces deux comités avaient participé au groupe de travail chargé des travaux préparatoires et des propositions en vue de la rédaction du décret.

²⁹⁷ *Id.*, Art. 2.

²⁹⁸ A l'instar du programme d'études littéralement démedicalisé figurant dans l'arrêté du 13 décembre 1932 relatif au programme de l'examen d'Etat d'assistant et assistante de service social.

des postes, télégraphes et téléphones²⁹⁹. Léonie Chaptal fut nommée au titre des représentants des écoles de service social lors de la désignation officielle des membres du conseil au mois de juillet de la même année³⁰⁰. La formation était prévue en 4 ans, dont deux ans d'études théoriques et pratiques et deux ans de stage probatoire. La fin des deux premières années était sanctionnée par deux épreuves écrites et deux épreuves orales très précises et codifiées jusqu'aux coefficients³⁰¹. Parmi ces dernières, la réalisation d'un mémoire avec argumentation orale était une épreuve innovante et témoignait d'un niveau d'exigence élevé, supposant une activité réflexive dépassant la simple acquisition de connaissances et de techniques pour une pratique convenable.³⁰²

Il est probable que, sans chercher à atteindre les performances visées pour les assistantes sociales, la question du niveau d'exigence en fin d'études fut posée du côté des écoles d'infirmières et de visiteuses, au point de faire l'objet d'un arrêté au mois de mars 1933, définissant les différentes règles à appliquer pour l'examen d'État les concernant. Cet arrêté fut d'ailleurs considéré comme suffisamment important pour faire l'objet d'une information en forme de rappel, publiée au journal officiel du 31 mai 1933 :

Un arrêté pris en date du 17 mars 1933 par le ministre de la santé publique définit les différentes règles à appliquer aux examens d'Etat d'infirmiers, d'infirmières, de visiteuses d'hygiène sociale de spécialisations diverses, notamment en ce qui concerne l'anonymat, les notations, le tirage au sort des sujets pour toutes les épreuves écrites, pratiques et orales, l'admission, l'admissibilité. Les dispositions de cet arrêté sont applicables à partir du premier octobre 1933.³⁰³

Le délai d'application de ces mesures montrait qu'un ajustement avait été jugé nécessaire, très vraisemblablement par comparaison avec l'arrêté de même type relatif aux assistants et assistantes de service social, dont la publication en décembre 1932 fut rappelée au même endroit³⁰⁴. Ce qui apparaissait *a priori* comme de l'émulation entre les professions d'assistante sociale et d'infirmière, en particulier de visiteuse, fut analysé en des termes plus politiques,

²⁹⁹ *Id.*, Art. 4.

³⁰⁰ Arrêté du 15 juillet 1932 relatif à la composition du conseil de perfectionnement des écoles sociales. Léonie Chaptal fut nommée au titre de son école d'application du service social. Sans poste éminent, elle n'en occupait pas moins cet espace nouveau, témoignage supplémentaire de son sens politique et stratégique.

³⁰¹ Art. 3, Arrêté du 13 décembre 1932 relatif au programme de l'examen d'Etat d'assistant et assistante de service social, *op.cit.*

³⁰² Le mémoire de Madeleine Delbrêl, une des premières élèves à effectuer ses études sous ce nouveau régime à l'École pratique de service social, fut publié en 1937 : *Ampleur et dépendance du service social*, Paris, Librairie Bloud et Gay. Geneviève PERROT, Les savoirs en service social avant 1950... *op. cit. p 36*. Il s'agit néanmoins d'une personnalité particulière, rompue à l'activité d'écriture et dont ce n'était pas la première publication. Elle ne représente donc pas nécessairement le groupe des assistantes sociales qui sortiront désormais des écoles. Claude LANGLOIS, Gilles FRANÇOIS, La jeunesse d'une assistante sociale : de la poésie au scoutisme, *Vie sociale* 2008/3 (N°3), p 9-18.

³⁰³ Information relative aux examens d'Etat d'infirmiers, infirmières et visiteuses d'hygiène sociale, JO du 31 mai 1933, p 5668.

³⁰⁴ Information relative aux examens d'Etat d'assistants et assistantes de service social, *ibid.*

comme une situation de concurrence, voire de redondance néfaste en 1936. Avec l'arrivée au pouvoir du Front populaire, le tout nouveau ministre de la santé publique Henri Sellier s'exprima avec vigueur sur le sujet dès le début de son ministère :

Le développement considérable pris par le service d'hygiène et de protection sociale, la création de multiples organismes qui tendent à exercer la prophylaxie individuelle et collective, ont posé un problème de coordination auquel il est nécessaire d'apporter dans le plus bref délai une solution judicieuse afin d'éviter un véritable gaspillage d'argent et d'efforts dans un domaine où il est désirable que les initiatives publiques et privées aboutissent au maximum de rendement. Les services de la santé publique se préoccupent actuellement de remanier les conditions d'attribution du diplôme d'Etat d'infirmière d'une façon telle que le service social puisse avoir un caractère polyvalent et s'exercer sans les multiples et fâcheux doubles emplois qu'il comporte à l'heure actuelle. En vue de permettre l'étude rapide d'une réforme attendue par tous les spécialistes du service social et d'aboutir à la détermination des conditions d'attribution d'un diplôme unique du service social, il semble désirable qu'il soit immédiatement mis fin à une dualité d'organismes qui ne correspond à aucun intérêt réel et peut aboutir à de regrettables divergences d'action.³⁰⁵

Il s'agissait là de l'exposé des motifs du texte proposant littéralement la fusion des deux conseils de perfectionnement précédents désormais obsolètes³⁰⁶. Le titre du nouveau conseil, en désignant formellement les fonctions soignante et de service social s'agissant des infirmières, suggérait assez habilement la possibilité d'envisager pour la première fois deux professions distinctes seulement, la seconde intégrant les assistantes de service social compte tenu du projet de fusion. Sur 37 membres, 10 l'étaient « *de droit* »³⁰⁷ et 27 étaient désignés par le ministre de la santé publique selon les proportions suivantes :

Un tiers parmi les fonctionnaires et techniciens participant au fonctionnement des services administratifs et techniques touchant à la protection sociale ; un tiers parmi des personnes spécialement qualifiées dans la formation du personnel d'infirmières et de service social ; un tiers parmi les administrateurs municipaux et départementaux, ou participant à la gestion d'organismes de protection et de prophylaxie sociale.³⁰⁸

En outre, le nouveau conseil était désormais présidé par le ministre de la santé publique lui-même ou son délégué. Trois vice-présidents et trois secrétaires étaient désignés par le même ministre et respectivement « choisis dans chacune des trois catégories. »³⁰⁹ A ces 6 personnes constituant le bureau du conseil, étaient ajoutés 5 membres eux aussi désignés par le ministre, l'ensemble constituant la section permanente qui avait les mêmes missions qu'antérieurement. Cette nouvelle configuration attestait la volonté très nette de contrôle de l'État et de la prise en

³⁰⁵ Rapport du ministre Henri Sellier au Président de la République, décret du 28 août 1936 portant constitution d'un conseil de perfectionnement des écoles d'infirmières soignantes et du service social.

³⁰⁶ Décret du 28 août 1936, *op. cit.* Art. 5.

³⁰⁷ Id. Art. 2. Outre les services de santé militaire des ministères de la guerre, de la marine et des colonies, ces membres représentaient divers ministères ainsi que le conseil supérieur d'hygiène publique.

³⁰⁸ *Ibid.*

³⁰⁹ Id. Art. 3.

mains de la coordination jugée défailante entre des organismes trop nombreux à son goût, mais aussi de la réorganisation des professions concernées, dans le but politique affiché d'améliorer l'efficacité des services rendus.

C'est que le ministre Sellier était particulièrement attaché à la rationalisation de la prise en charge des questions sociales depuis longtemps, à commencer par le niveau local. Cette figure de la SFIO³¹⁰, initiateur en France des cités jardins³¹¹, associa très tôt les questions de santé publique à son projet politique et fut très actif dans le courant du socialisme municipal³¹² avant d'accéder aux responsabilités politiques nationales. Dans la commune de Suresnes, dont il était maire depuis 1919, il expérimenta avec Louis Boulonnois, secrétaire de mairie particulièrement intéressé par la question, la sectorisation de l'activité des infirmières visiteuses. Très critiques par rapport à leur exercice médicalement trop spécialisé à leur goût dans les suites du décret de 1922, ils leur préférèrent des assistantes sociales polyvalentes, ayant chacune en charge un secteur de la commune.

Boulonnois sectorise la commune et désigne une seule visiteuse par secteur : elle devra prendre en charge *tous* les problèmes des familles visitées ; elle devra surtout informer fidèlement la mairie sur tous les problèmes qu'elle rencontre. Cette disposition arrache pratiquement la visiteuse à l'autorité médicale pour la placer sous l'autorité communale. Les médecins ont protesté mais en vain. On leur a seulement proposé de s'associer à l'action municipale, ce qu'ils n'ont pas accepté.³¹³

Cette expérience municipale concrète, qui avait par ailleurs séduit de nombreux observateurs³¹⁴, inspira sans aucun doute le ministre en charge de décisions nationales, comme en témoignent les recommandations aux préfets figurant dans cette circulaire du 26 octobre 1936 :

Je crois devoir également attirer votre attention sur la nécessité, toutes les fois que cela sera possible, d'utiliser pour l'hygiène sociale (tuberculose, maladies vénériennes, maternité, enfance, inspection scolaire) des « assistantes sociales familiales ou polyvalentes » desservant un secteur restreint, plutôt que des infirmières spécialisées exerçant ensemble dans un même secteur trop étendu. Il s'agit sans doute généralement de cas d'espèce, mais ceux-ci doivent être réglés en s'inspirant le plus possible des principes de la polyvalence, dont certains inconvénients peuvent être corrigés par l'introduction dans les cadres de « monitrices spécialisées »³¹⁵

³¹⁰ Section française de l'internationale ouvrière.

³¹¹ Katherine BURLIN (dir.), *La banlieue oasis. Henri Sellier et les cités-jardins (1900-1940)*, Saint-Denis, Presses Universitaires de Vincennes-Université de Paris VIII, 1987.

³¹² Roger-Henri GUERRAND, Christine MOISSINAC, *Henri Sellier, urbaniste et réformateur social*, Paris, la découverte, 2005.

³¹³ YVONNE KNIBIELHER, *Histoire des infirmières en France au XXème siècle... op cit.* P 186.

³¹⁴ *Ibid.*

³¹⁵ Circulaire du ministre de la santé publique Henri Sellier concernant les infirmières visiteuses d'hygiène sociale, adressée à MM les préfets le 26 octobre 1936.

Dans le même texte il était rappelé aux préfets, d'une part l'obligation pour les établissements ou services qui « tirent tout ou partie de leurs ressources, soit des fonds publics, soit des fonds privés réunis avec le concours ou même simplement avec l'autorisation de l'Etat », de ne recruter désormais que des infirmières diplômées de l'État français « chaque fois qu'il s'agira d'emplois rétribués » et d'autre part, d'exiger impérativement les brevets spécifiques d'hospitalière ou de visiteuse, en adéquation scrupuleuse avec les établissements ou organismes d'affectation³¹⁶. Le ministre Sellier confirmait ainsi qu'il entendait bien, au nom de l'État, affirmer la nécessité d'un exercice rigoureusement réglementé³¹⁷ de la profession d'infirmière, tout en préconisant la non moins grande nécessité politique d'en réorganiser et rationaliser les pratiques.

Les membres du nouveau conseil de perfectionnement furent désignés par arrêté³¹⁸ le 5 novembre suivant. Au nombre de 11 au total, les médecins y avaient la part belle. Ils étaient présents dans chaque alvéole du conseil³¹⁹ et particulièrement aux postes stratégiques. Deux d'entre eux furent nommés vice-présidents, un, secrétaire et deux comme membres de la section permanente. S'agissait-il d'éviter l'écueil rencontré dans l'expérience municipale de Suresnes concernant le faible enthousiasme du corps médical pour une innovation qui mettait à mal son influence ? Le corps médical avait ici, très largement, voix au chapitre et l'occasion de s'investir dans l'aventure. Chez les non médecins, dans la catégorie des personnes spécialement qualifiées dans le champ de la formation, figuraient à la fois des représentants et représentantes³²⁰ des écoles d'infirmières et de service social. Léonie Chaptal y siégeait au titre de sa maison-école d'infirmières privées, de même qu'elle figurait comme membre de la section permanente. Louis Boulonnois fut nommé dans la catégorie des délégués choisis par les administrateurs municipaux ou départementaux, ou participant à la gestion d'organismes de protection et de prophylaxie sociale. Nul doute que l'ancien secrétaire de mairie de Suresnes, devenu « chef

³¹⁶ L'évolution était ici très nette par rapport à une circulaire en date du 26 juin 1933 qui recommandait qu'en cas de vacance de poste, il n'était pas question d'obligation, mais tout au plus était-il considéré comme « indispensable de donner la préférence aux candidates diplômées d'Etat. » *Ibid.*

³¹⁷ Même si une circulaire était loin d'avoir la puissance d'une loi, ressurgissait ici l'idée chère à Léonie Chaptal et à l'ANIDEF, de protéger l'exercice de la profession. Un projet de loi sur le statut des auxiliaires médicaux avait d'ailleurs été déposé en ce sens à la Chambre des députés en janvier 1933 par un médecin, Arsène Célestin Fié, député SFIO. Ce texte précisait que « Nul ne peut exercer, en France ou dans les colonies, la profession d'auxiliaire médical, s'il n'est muni d'un diplôme d'infirmier de l'Etat français, délivré dans les conditions prévues par le décret du 27 juin 1922 par un jury d'examen désigné par un règlement d'administration publique ». Marie de Liron d'Airoles, rivale catholique traditionaliste de Léonie Chaptal, était farouchement opposée à un tel projet qui risquait de limiter considérablement son influence. Forte d'une UCSS beaucoup plus puissante en nombre car elle recrutait sans sélection (de 3000 en 1926 à 12 000 en 1935), que l'ANIDEF qui ne recrutait que les infirmières diplômées (3000 adhérentes en 1932), elle mena la fronde contre cette réforme grâce à ses amis politiques à la Chambre. Malgré des aménagements en 1934 par son auteur lui-même, ce texte ne dépassa jamais le stade de projet. Évelyne DIEBOLT, Nicole FOUCHE, *Devenir infirmière en France... op. cit.* p 272-276.

³¹⁸ Arrêté du 5 novembre 1936 relatif à la nomination des membres du conseil de perfectionnement des écoles d'infirmières soignantes et du service social.

³¹⁹ 2 au titre des membres de droit, 9 au titre des membres nommés par le ministre, soit respectivement 5, 2 et 2 dans chacune des trois catégories constituant ce groupe (voir *supra*).

³²⁰ 5 femmes et 4 hommes dont le Professeur Lépine, doyen de la faculté de médecine de Lyon.

des services administratifs de bureau d'hygiène » disposait de qualités étendues pour siéger dans cette catégorie et y porter le projet de rationalisation cher à Henri Sellier qu'il avait fidèlement suivi au ministère.

Infirmières et assistantes sociales à la veille de la guerre : convergences et distinctions

Ces textes de 1936 constituèrent à bien des égards, l'acte politique susceptible d'ouvrir la voie aux mesures plus radicales qui suivirent. Dès le mois de janvier 1938, un décret fut pris, qui confirmait la poursuite de l'entreprise de rationalisation et de la prise en main par l'État des questions d'hygiène sociale³²¹. Le radical socialiste Marc Rucart avait alors succédé au ministère à Henri Sellier, mais s'inscrivait sans aucun doute dans le mouvement initié par ce dernier. L'institution du conseil supérieur d'hygiène sociale était destinée à supprimer et remplacer les 13 « conseils, comités ou commissions » nommément désignés, parmi lesquelles figurait le conseil de perfectionnement des écoles d'infirmières soignantes et de service social³²². Les missions de ce nouvel organisme consistaient, à l'initiative du ministre ou par saisine de ses membres ou de son bureau, en « l'examen de toutes les questions [...] qui intéressent l'organisation, le fonctionnement et le développement de l'hygiène sociale », considérations qui pouvait donner lieu à l'émission de vœux³²³.

Le conseil était présidé par le ministre ou, à son défaut, par le directeur général de l'hygiène et de l'assistance, assisté de 5 vice-présidents et d'un secrétaire général nommés par ses soins³²⁴. Parmi les vice-présidents dont le profil témoignait du caractère très politique de ce poste³²⁵, figurait une femme, Cécile Brunschvicg. Militante radicale socialiste et féministe engagée, notamment en faveur du vote des femmes dans un parti pourtant bien peu enthousiaste sur la question³²⁶, elle était l'une des trois premières femmes à avoir occupé un poste ministériel en France, à l'occasion de la formation du premier gouvernement Blum. Elle fut sous-secrétaire d'État à l'éducation nationale sous la tutelle du ministre Zay, de juin 1936 à juin 1937³²⁷. Si

³²¹ Décret du 12 janvier 1938 instituant un conseil supérieur d'hygiène sociale.

³²² *Id.* Art. 1.

³²³ *Id.* Art. 3.

³²⁴ *Id.* Art. 9.

³²⁵ Arrêté du 12 janvier 1938 relatif à la nomination des membres du conseil supérieur d'hygiène sociale, Art. 3. Il s'agissait de Cécile Brunschvicg (Parti radical), Justin Godard (Parti radical), André Honnorat (Union républicaine), Henri Queuille (Parti radical), Paul Strauss (Union démocratique et radicale). Tous justifiaient d'un engagement politique à un niveau national. Le seul médecin du groupe, Henri Queuille, avait derrière lui une longue carrière politique qui motivait sans doute sa présence à cet endroit bien avant son lointain passé de médecin. La diversité des appartenances politiques montrait par ailleurs le caractère surplombant des questions d'hygiène par rapport aux différents courants.

³²⁶ Muriel PICHON, Cécile Brunschvicg née Kahn, féministe et ministre du front populaire, *Archives juives*, vol. 45, n°1, 2012, p 131-134.

³²⁷ Elle était en outre, vice-présidente de l'école des surintendantes à l'ouverture de laquelle elle avait activement participé vingt ans plus tôt. C'est à ce titre qu'elle fut à nouveau nommée au conseil de perfectionnement dont elle assura avec deux médecins la vice-présidence en 1936. Par ailleurs, elle milita dès 1924 pour la promotion du

elle avait, comme ses collègues de l'autre sexe, amplement démontré son vif intérêt pour l'hygiène sociale, sa présence à ce poste permettait d'afficher de surcroît, toute l'importance accordée aux professions féminines qui avaient œuvré pour la même cause jusqu'alors et dont on attendait encore beaucoup à l'avenir. Le poste de secrétaire général du conseil fut confié au docteur Sicard de Plauzoles³²⁸, attestant la volonté d'associer très nettement le corps médical, puissant bras armé, à une gouvernance par ailleurs délibérément politique. Une section permanente, chargée de « donner son avis sur toutes les questions présentant un caractère d'urgence, qui lui sont renvoyées par le ministre ou par le conseil » constituait le dernier volet de ces instances exécutives, en intégrant habilement les deux pouvoirs à l'œuvre³²⁹.

Le conseil comprenait des membres de droit, des membres désignés par le ministre de la santé publique et des auditeurs. S'agissant des membres de droit³³⁰, deux « directeurs ou directrices d'écoles d'infirmières » et deux « directeurs ou directrices d'écoles d'assistantes sociales », dont le mode de désignation n'était pas précisé, se perdaient dans la multitude. Ces derniers voisinaient, entre autres, avec un représentant de la fédération des services de santé de la Confédération générale du travail (CGT), deux représentants de la confédération générale des syndicats médicaux de France, un représentant du syndicat des médecins de sanatorium et un représentant du syndicat des médecins de dispensaire d'hygiène sociale. Parmi les membres nommés par le ministre, 36 médecins côtoyaient 21 non médecins³³¹. Les 13 organismes dissous avaient été reconfigurés en 7 commissions³³². Chaque commission comptait 5 auditeurs nommés par le ministre³³³. Les médecins étaient majoritaires, voire constituaient l'intégralité

service social et des écoles du même nom et fut pendant longtemps impliquée dans le comité d'entente de ces écoles.

³²⁸ Arrêté du 12 janvier 1938 relatif à la nomination ... *op. cit.* Art. 4.

³²⁹ Décret du 12 janvier 1938 ... *op. cit.* Art. 11. Cette section comprenait le directeur général de l'hygiène et de l'assistance, les présidents des commissions (tous médecins, voir *infra*), le secrétaire général, les inspecteurs généraux techniques du ministère de la santé publique (dont plusieurs médecins) et six membres désignés par le ministre.

³³⁰ *Id.* Art. 4. La constitution de ce grand groupe montre une très grande ouverture sur le monde. Elle témoigne de la recherche d'un consensus et de la volonté stratégique de ne froisser aucun acteur susceptible d'être partie prenante de l'entreprise. Le nombre d'éléments constituant cette catégorie n'est pas précisément identifiable, compte tenu qu'à côté d'individus représentant leurs groupes d'appartenance, des collectifs sont considérés comme membres de droit, donnant potentiellement à chacun des individus les constituant, la possibilité de participer : professeurs de phtisiologie des facultés de médecine, professeurs de médecine sociale des facultés de médecine, directeurs des différents ministères avec voix délibérative pour les affaires les concernant, chefs de bureau du ministère de la santé publique à titre consultatif, inspecteurs généraux techniques du ministère de la santé publique, conseillers techniques rétribués du ministère de la santé publique, conseillers techniques nommés au titre de la lutte contre la tuberculose, les maladies vénériennes, le cancer ou les rhumatismes, directeurs des centres régionaux anti cancéreux, inspecteurs régionaux des services antivénéériens.

³³¹ Arrêté du 12 janvier 1938 relatif à la nomination ... *op. cit.*

³³² Arrêté du 12 janvier 1938 relatif à la division du conseil supérieur d'hygiène sociale en 7 commissions. Dans l'ordre de leur numérotation de 1 à 7 : Tuberculose, Pêril vénérien, Cancer, Rhumatisme, Infirmières et assistantes de service social, documentation et propagande, coordination sanitaire et sociale (chargée des « rapports avec les assurances sociales »).

³³³ Décret du 12 janvier 1938 ... *op. cit.* Art. 6. À ceux-ci pouvaient se joindre de droit, pendant une période transitoire, les membres des commissions, conseils ou comité correspondants et supprimés du fait du décret.

des effectifs dans 6 d'entre elles³³⁴, de même qu'ils détenaient la majorité quand ce n'était pas l'exclusivité des postes de présidents, vice-présidents et secrétaires des commissions³³⁵.

S'agissant de la très particulière 5^{ème} commission, consacrée aux infirmières et aux assistantes sociales, elle ne comptait aucun médecin parmi ses auditeurs. Elle se distinguait en outre par son caractère très majoritairement féminin³³⁶. Seul homme du groupe, Louis Boulonnois, en fidèle passeur et tenant du fil rouge depuis l'expérience de Suresnes, semblait garantir la continuité du projet politique d'Henri Sellier au cœur même de la commission. Il y représentait l'État avec Mme Dememe, qui avait elle aussi été nommée au conseil de perfectionnement en 1936 au titre de représentante du sous-secrétaire d'État à la protection de l'enfance. Les postes de président et de vice-président étaient en revanche, occupés par des médecins³³⁷, ce qui levait toute ambiguïté quant à la structure hiérarchisée des relations entre la profession médicale et les deux autres.

C'est dans ce cadre général, administratif et médical, que se dessina le nouveau profil professionnel des infirmières, dont une esquisse discrète avait été tracée en 1936. Elle furent alors qualifiées pour la première fois de « soignantes », tout en étant paradoxalement comme happées dans des considérations d'hygiène sociale. Elles ne tardèrent pas, néanmoins, à s'en détacher. Un mois après la création du Conseil supérieur d'hygiène sociale, un nouveau décret modifia considérablement le territoire professionnel qu'elles avaient jusqu'alors occupé, en officialisant la fin des infirmières visiteuses, concurrencées par les assistantes de service social depuis 1932. Ce texte portait en effet institution des diplômes simple et supérieur d'infirmier et d'infirmière hospitaliers et d'assistants et d'assistantes du service social de l'État :

En pratique, la nouvelle réglementation supprime tout d'abord les différentes spécialités de visiteuses d'hygiène sociale, telles qu'elles avaient été primitivement prévues, et n'attribue dorénavant à côté du diplôme hospitalier, qu'un seul diplôme d'assistante de service social.³³⁸

Dans le droit fil des vœux formulés par Henri Sellier deux ans plus tôt, l'exposé officiel des motifs arguait d'une volonté de rationalisation des dispositifs de formation initiés en 1922 et de

³³⁴ Arrêté du 12 janvier 1938 relatif à la nomination ... *op. cit.* Art. 2. Tuberculose (5 médecins/5membres), rhumatisme (5 médecins/5membres), maladies vénériennes (4 médecins/5membres), cancer (4 médecins/5membres), propagande et documentation (3 médecins/5membres), coordination sanitaire et sociale (3 médecins/5membres). Ces médecins étaient tous des hommes, sauf Mme le docteur Henry, à la commission propagande et documentation.

³³⁵ Id. Art. 5 à 11. Tuberculose (3/3), rhumatisme (3/3), maladies vénériennes (3/3), cancer (3/3), propagande et documentation (2/3), coordination sanitaire et sociale (2/3)

³³⁶ Id. Art. 2. Y figuraient : M. Boulonnois, Mlle Greiner, Mlle Vieillot, Mlle Fumey et Mme Dememe.

³³⁷ Id. Art. 9. Respectivement Dr Renault et Pr Lépine. M. Voigt, secrétaire général du conseil supérieur de l'assistance publique, fut nommé secrétaire.

³³⁸ Décret du 18 février 1938 instituant les diplômes simple et supérieur d'infirmier ou d'infirmière hospitaliers et d'assistant ou d'assistante du service social de l'Etat, rapport du ministre de la santé publique Marc Rucart au Président de la République.

la réglementation qui s'y rapportait, sur fond d'adaptation à la situation socio-sanitaire du moment :

Ces décrets permirent d'améliorer dans notre pays les conditions de recrutement d'un corps professionnel sans lequel les soins aux malades et la prévention des fléaux sociaux seraient en péril ; mais l'œuvre entamée devait être encore perfectionnée, et il est apparu que le développement considérable pris par les différents services d'hygiène et de protection sociale devait nous amener à remanier les conditions d'attribution de ces diplômes et à réorganiser de façon complète l'enseignement hospitalier ou social.³³⁹

Mais d'autres raisons, plus souterraines, avaient pu motiver ce texte dont les orientations furent retenues après avis du conseil de perfectionnement, mais aussi en prenant tout spécialement en compte les suggestions présentées au Sénat par la commission d'hygiène siégeant en son sein et par la CGT³⁴⁰. L'improbable CGT mise à part, les médecins avaient donc, outre le conseil de perfectionnement mis en place en 1936, plusieurs instances à leur disposition pour faire entendre leur voix. Cette participation aux délibérations était d'autant plus motivée qu'une partie d'entre eux s'était bruyamment manifestée sur ce sujet par le passé :

Les relations entre médecins et visiteuses ont été difficiles dès le début. Certes, les grands patrons de la puériculture et de la phtisiologie ont été les promoteurs de ce nouveau métier féminin. Ils ont entraîné les médecins des hôpitaux. Mais les praticiens libéraux, soutenus par leurs syndicats, ont exprimé une violente hostilité. Ils s'appuyaient derrière le secret professionnel pour refuser par exemple, la déclaration d'un tuberculeux [...] Ils craignaient que le dispensaire, en envoyant ses représentantes dans les foyers, ne porte préjudice à la médecine libérale. Ils redoutaient surtout que la visiteuse, en donnant des soins à domicile, usurpe la place du docteur.³⁴¹

Ces années-là, au-delà de la question des infirmières visiteuses, les médecins se mobilisèrent très activement pour protéger les conditions d'un exercice professionnel assorti de revenus qu'ils voulaient sans entrave, les intérêts de la corporation entrant manifestement en conflit avec les préoccupations de santé publique :

Les syndicats médicaux ont alors défini et adopté une charte de la médecine libérale le 30 novembre 1927 affirmant les principes de libre installation, de libre choix du médecin mais aussi d'entente directe sur les honoraires. La loi du 2 avril 1928 instituant une assurance maladie pour les salariés qui ne reconnaissait pas ces principes n'a pas été appliquée et une loi de 1930 a entériné les principes de la charte de la médecine libérale, qui n'ont pas été remis en cause en 1945 lors de la création de la sécurité sociale.³⁴²

³³⁹ *Ibid.*

³⁴⁰ *Ibid.*

³⁴¹ YVONNE KNIBIELHER, *Histoire des infirmières en France au XXème siècle... op cit.* p 183.

³⁴² Didier TABUTEAU, *Santé et politique en France... op.cit.* p 9.

Autant la profession médicale se construisait contre l'État³⁴³, au moins dans sa forme libérale, autant la profession d'infirmière était pensée et construite à la fois par et pour l'État et par et pour le corps médical auquel elle était intimement liée. Dans ces opérations complexes de modelage, voire de remodelage, un glissement sémantique s'opéra même de *soignante* en 1936, à hospitalière en 1938, c'est-à-dire d'une caractérisation par la fonction, à une caractérisation par le lieu de travail. Peut-être parce que contrairement aux infirmières, les contours de leur espace de travail se perdaient dans les sinuosités de la cité, ce ne fut pas le cas pour les assistantes de service social, caractérisées de façon constante par le service qu'elles rendaient depuis 1932³⁴⁴. Auparavant, l'exercice comme infirmière visiteuse relevait de la spécialisation dès la première année. Il leur était néanmoins possible de se présenter à l'examen d'État d'infirmière hospitalière moyennant un complément de cours théoriques à l'appréciation des écoles et de stages pratiques, eux-aussi complémentaires par rapport au parcours antérieur. Ces dispositions montraient une porosité certaine et une souplesse d'adaptation entre les deux fonctions³⁴⁵. Désormais, les deux professions étaient formellement dissociées : « le diplôme social ne peut être admis aux lieux et places du diplôme hospitalier s'il s'agit de services hospitaliers et le diplôme hospitalier aux lieux et places du diplôme social s'il s'agit de services sociaux. »³⁴⁶

Ainsi, avec la fin des visiteuses, les assistantes de service social sortaient du champ sanitaire à proprement parler, démedicalisation partielle du métier opportune aux yeux des médecins, en ce qu'elle limitait les risques de concurrence à la source d'une inquiétude régulièrement manifestée depuis le début du siècle. Dans cette nouvelle configuration, les infirmières se retrouvaient pour leur part cantonnées à l'hôpital, sous le regard et le contrôle des médecins et donc sans aucune porte ouverte à de néfastes tentations. Ces dernières seraient désormais formées en deux ans et les assistantes du service social en trois ans³⁴⁷, la première année d'études étant commune aux deux groupes. Cette particularité de la première année permettait aux assistantes sociales de renouer avec une médicalisation, fût-elle limitée, qu'elles avaient totalement perdue en 1932. Outre qu'elle favorisait une culture et une socialisation communes

³⁴³ *Ibid.*

³⁴⁴ Une discussion eut lieu en 1930, dans le groupe de travail chargé de préparer le décret de 1932, sur la façon de nommer les professionnelles du service social. Le titre *d'assistante de service social* fut retenu à la grande majorité, contre *travailleuse sociale, auxiliaire sociale* ou *assistante sociale*. Simone BOYER, Christine RATER-GARCETTE, Le Comité d'Entente des écoles de service social... *op. cit.* p 126-127. Néanmoins, l'usage ne s'embarrassa pas longtemps de ce désir manifesté et le vocable d'assistante sociale s'imposa aussi bien que celui d'assistante de service social, y compris dans les textes réglementaires (voir *infra*).

³⁴⁵ Voir *supra*.

³⁴⁶ Décret du 18 février 1938 ... *op. cit.*, Art. 13. Néanmoins, des passerelles étaient prévues et précisées dans l'arrêté du 13 juin de la même année, relatif aux diplômes d'État d'infirmier et d'infirmière hospitalière et d'assistant ou d'assistante de service social, sous réserve pour les infirmières d'effectuer en complément un an et demi sur les deux ans d'études spécifiques aux assistantes sociales et pour les assistantes sociales d'effectuer l'année spécifique aux infirmières.

³⁴⁷ « La formation comprend alors une année commune avec les infirmières puis une année médico-sociale enfin une troisième année sociale. » Geneviève PERROT, Les savoirs en service social avant 1950... *op. cit.* p 36.

à ces deux professions qu'il appelait de ses vœux, cette mesure allait dans le sens politique de Sellier. Il avait sans aucun doute été influencé, voire inspiré par le système existant des infirmières visiteuses, même s'il était critiquable à ses yeux, en raison de sa trop grande spécialisation. Il avait en effet imaginé depuis longtemps des assistantes, qui pour être centrées sur le service social, n'en devraient pas moins être polyvalentes, c'est-à-dire capables d'intégrer la diversité des problèmes de santé dans leur compréhension des situations auxquelles elles étaient confrontées dans le secteur qui leur était confié.

Amorcée en 1922, la prise en main par les pouvoirs publics des écoles professionnelles était désormais solidement ancrée, ces institutions étant « soumises à des règles communes et au contrôle de l'Etat »³⁴⁸, s'agissant aussi bien des enseignements théoriques et pratiques que des stages. Les écoles, nécessairement agréées par le ministre de la santé publique, devaient désormais dépendre « d'institutions publiques ou d'associations reconnues d'utilité publique »³⁴⁹, disposition écartant définitivement les possibilités d'arrangements avec la sphère privée, obtenues par une Léonie Chaptal indépendante et fine négociatrice en 1922³⁵⁰. Alors que le texte de 1922 précisait uniquement les dispositions relatives aux examens de fin d'études, le présent décret traitait des conditions de recrutement des élèves. La formation était accessible aux prétendant(e)s ayant satisfait à un examen probatoire comportant une épreuve de culture générale et une épreuve de calcul, les titulaires du baccalauréat, du brevet secondaire ou d'un diplôme de fin d'études secondaires en étant dispensés. Ces dispositions renseignent aussi bien sur le niveau d'exigence attendu que sur la volonté d'encadrer un recrutement résolument démocratique, comme en témoigne la possibilité d'attribution de bourses d'études par le ministre de la santé publique³⁵¹. Par ailleurs, comme en 1922, les examens terminaux en vue de la délivrance des diplômes devaient se dérouler « dans les villes sièges d'université, faculté de médecine ou d'école de médecine, désignées par le ministre de la santé publique, après avis du conseil supérieur d'hygiène sociale », les épreuves « écrites, orales et pratiques » étant identiques sur tout le territoire³⁵². Cette organisation en étroite proximité avec les facultés et écoles de médecine, vivement soutenue par Crowell dans la décennie précédente, était

³⁴⁸Décret du 18 février 1938 ... *op. cit.* Rapport du ministre de la santé publique Marc Rucart au Président de la République.

³⁴⁹ Arrêté du 13 juin 1938 réglementant les écoles d'infirmiers ou d'infirmières hospitaliers et d'assistants ou d'assistantes de service social, Art. 1.

³⁵⁰ Les écoles devaient alors simplement justifier qu'elles dépendaient bien « d'un établissement public possédant les services hospitaliers nécessaires, soit pour l'enseignement général de la profession, soit pour une ou plusieurs spécialités, ou bien qu'elles [étaient] en liaison avec un ou plusieurs établissements pourvus des services nécessaires, ou enfin que leur propre organisation [offrait] des moyens d'études pratiques complètement satisfaisants » Décret du 27 juin 1922, *op. cit.*, Art. 1. Chaptal était à la fois idéologiquement et très personnellement intéressée par ces précisions assurant la survie de sa propre « Maison-école » fondée en 1905, laquelle était très privée et non rattachée à un établissement hospitalier. Décédée en 1937, elle ne connut pas la version finale de ce nouveau texte qui aurait en bien d'autres points motivé sa contrariété, tant il signifiait la fin d'une époque dans laquelle elle avait laissé une lourde empreinte, lorsque la mainmise de l'État sur ces questions était encore bien douce.

³⁵¹ Décret du 18 février 1938 ... *op. cit.* Art. 12.

³⁵² *Id.* art. 11

réaffirmée. Elle témoigne à la fois de la vigilance du corps médical par rapport à la formation de ce que chacun s'accordait toujours à nommer ses collaboratrices et de l'intérêt réel et croissant qu'il y portait, convaincu qu'il ne pouvait plus se passer de leur nécessaire qualification, laquelle supposait un partage suffisamment généreux du savoir. Ainsi, non seulement les enseignements de médecine devaient être dispensés par des professeurs agréés par le ministre de la santé publique après avis des facultés de médecine « en ce qui les [concernait] »³⁵³, mais les stages devaient « être effectués sous la direction du chef de service responsable ou de son représentant et sous la surveillance des monitrices. »³⁵⁴

Les diplômes ainsi obtenus devaient désormais être exigés des infirmiers et des assistants de service social exerçant dans des établissements publics ou privés, si ceux-ci tiraient tout ou partie de leurs ressources de fonds publics. Cependant, les titulaires des brevets de capacité antérieurs étaient admis aux mêmes droits que les titulaires du nouveau diplôme. En outre, d'autres mesures étaient envisagées pour ceux qui ne disposaient ni d'un titre ni de l'autre, mais qui avaient néanmoins exercé pendant plus de dix ans dans un emploi simple ou deux ans dans un emploi supérieur³⁵⁵. Les candidats remplissant les conditions devaient satisfaire à une épreuve sur titres, une épreuve théorique, une épreuve pratique et une épreuve orale, chacune d'elles étant spécifiquement située dans le champ hospitalier ou du service social en fonction du type de diplôme visé. Au terme de ces épreuves, le diplôme obtenu donnait les mêmes droits que le nouveau diplôme prévu, mais devait obligatoirement porter la mention « équivalence »³⁵⁶. Même s'il était recommandé pour les épreuves théorique et orale d'orienter les questions sur l'« activité pratique » des candidats³⁵⁷, ce qui témoignait de la volonté de ne pas leur compliquer la tâche, la multiplicité des épreuves démontrait néanmoins une volonté de rigueur et de méticuleuse sélection dans la mise en œuvre du système d'équivalences³⁵⁸. Comme au début des années 1920, la question des difficultés de recrutement demeurait cruciale,

³⁵³ Décret du 18 février 1938 ... *op. cit.* Art. 7

³⁵⁴ Arrêté du 13 juin 1938, relatif aux diplômes d'Etat d'infirmier et d'infirmière hospitalière et d'assistant ou d'assistante de service social. Art.10. S'agissant des infirmières, la distinction entre direction et surveillance du stage est un indice supplémentaire de la volonté de structurer formellement la division du travail dans l'espace hospitalier selon un ordre hiérarchique entre la profession de médecin et celle d'infirmière. En 1924, lorsque cette précision était donnée, direction et surveillance des stages étaient confiées aux monitrices. (Voir *supra*)

³⁵⁵ Décret du 18 février 1938 ... *op. cit.* Titre IV, transitoires, Art. 23 et 24.

³⁵⁶ Arrêté du 8 décembre 1938 relatif à l'attribution du diplôme d'Etat d'infirmiers ou d'infirmières hospitaliers et d'assistants ou d'assistantes du service social.

³⁵⁷ *Ibid.*

³⁵⁸ Autre indice de cette recherche de rigueur, un « avis aux infirmières et assistantes sociales candidates à l'examen prévu par l'arrêté du 7 décembre 1938 », publié au J.O. du 30 mars 1939 (p 4192), précisa les types d'établissements dans lesquels les candidates devaient avoir exercé pour prétendre à cet examen dans une liste pour « les hospitalières » et une liste pour les « assistantes sociales ». De plus, deux listes des emplois supérieurs permettant de se présenter au même examen à condition d'avoir été exercés pendant deux ans, furent communiquées. Pour les hospitalières : « Directrices d'hôpitaux, surveillantes ou infirmières chefs (indiquer le nombre d'infirmières placées sous leurs ordres et le nombre de malades placés sous leur surveillance) » - Pour les assistantes sociales : « Visiteuses chefs, assistantes sociales, chefs de service, ayant au moins trois assistantes sociales sous leurs ordres. »

au point d'envisager en dehors du dispositif évoqué ci-dessus, la possibilité d'ouverture d'écoles hospitalières dans les établissements de taille suffisamment importante :

Les établissements hospitaliers publics à caractère permanent comptant plus de 100 lits de malades de médecine et de chirurgie, pourront être après avis du conseil supérieur d'hygiène sociale, à titre transitoire, et pour une période de 10 an autorisés à créer en vue de la préparation du diplôme simple d'infirmier ou d'infirmière hospitalier des écoles réservées aux membres des cadres permanents de leur personnel.³⁵⁹

Il n'était plus question ici d'examen d'entrée, ni d'admission sur présentation d'un titre admis en équivalence. En revanche, de même que les stages préconisés, les cours théoriques pour la première année, inscrits au « programme minimum type » prévu dans le cadre du décret, devaient être suivis et pour leur part, faire l'objet d'un « examen théorique éliminatoire » de fin d'année. En cas de réussite, le reste de la formation devait se dérouler sur 4 ans de stages pratiques dans des services de chirurgie et de médecine adulte et enfants. Au terme de cette formation particulière d'une durée de 5 ans, un examen pratique devant un jury d'État permettait aux candidat(e)s, en cas de succès, d'obtenir le diplôme d'infirmier ou d'infirmière hospitalier de l'État³⁶⁰. Si les difficultés de recrutement étaient mises en avant dans l'exposé des motifs de cette initiative, d'autres raisons, non avouées, avaient pu l'encourager : d'une part, l'économie substantielle générée par des études théoriques effectuées en une année au lieu de deux, et d'autre part, la possibilité d'accéder de cette façon à une promotion professionnelle et sociale inaccessible autrement pour bon nombre de professionnels. Le rédacteur du décret conseillait d'ailleurs explicitement³⁶¹ de s'inspirer de l'expérience réglementée, conduite en 1926³⁶², dans des conditions approchantes pour le personnel de l'administration générale de l'assistance publique de Paris. Enfin, des dispositions prévoyaient que la Croix Rouge française pouvait s'investir pleinement dans les formations à ces nouveaux diplômes, pourvu que ses écoles fussent réglementairement reconnues aux mêmes conditions que les autres. Cette organisation conservait en outre le droit de « délivrer [...] des certificats ou brevets d'infirmières de la Croix-Rouge qui donnent le droit d'en porter le titre », ces derniers ne permettant néanmoins à leurs titulaires d'exercer que « dans le cadre de leur association en temps de paix comme en temps de guerre, non à titre professionnel mais avec possibilité d'indemnisation correspondant aux frais supportés. »³⁶³

Ainsi, au fil des années, la pénurie et les difficultés de recrutement persistantes conduisaient les pouvoirs publics à inventer des solutions ou à reproduire, en les aménageant, celles qui furent,

³⁵⁹ Décret du 18 février 1938 ... *op. cit.* Art. 25.

³⁶⁰ *Id.* Art. 26. Sans doute s'agissait-il là, des prémisses d'un système de validation des acquis de l'expérience remis au goût du jour au début du XXIème siècle.

³⁶¹ Décret du 18 février 1938 ... *op. cit.*, Rapport du ministre de la santé publique Marc Rucart au Président de la République.

³⁶² Voir *supra*.

³⁶³ *Id.*, Titre III, dispositions générales, Art. 22.

par le passé, à chaque fois annoncées comme transitoires. Mais ces initiatives résultaient aussi bien de la nécessaire prise en considération de nombreux facteurs liés à la grande diversité des organisations et de ce que l'on n'appelait pas encore les ressources humaines en présence. Au moment de la publication de ce nouveau décret, on pouvait dénombrer en 1938, 16 500 diplômes délivrés aux infirmières après examen d'État et 40 932 par équivalence³⁶⁴. Si cette très grande hétérogénéité du corps professionnel était promise à durer eu égard aux récentes mesures, il n'en reste pas moins que ce texte allait dans le sens de l'homogénéisation, en ne laissant en présence que deux professions et donc deux programmes de formation distincts, là où le foisonnement était la règle et les frontières professionnelles bien floues. Comme pour donner corps et épaisseur à cette radicale restructuration, un diplôme supérieur, obtenu dans des écoles spéciales fut même imaginé :

Il nous a semblé également nécessaire d'envisager la création d'un diplôme supérieur que sanctionneront des études complémentaires effectuées dans des écoles spécialisées. Ce diplôme sera exigé, mais par priorité seulement, du personnel appelé à exercer des fonctions de maîtrise dans les établissements hospitaliers et les organisations d'hygiène subventionnées par les collectivités publiques. C'est également à ce corps d'infirmières sélectionnées que sera confié le soin de former les nouveaux cadres et de les adapter aux nouvelles techniques.³⁶⁵

Ces études complémentaires devaient durer un an et un décret fixer ultérieurement « les conditions d'organisation et de fonctionnement des écoles supérieures de service hospitalier et social. »³⁶⁶ Ce texte ne fut jamais publié et la formation supérieure pourtant très officiellement établie³⁶⁷ en resta à l'état de promesse. Malgré son caractère virtuel, cet acte indélébile marquait la volonté de constituer deux corps professionnels, jusqu'à envisager un dispositif de formation en rapport avec ce qui s'apparentait à l'ébauche timide d'une carrière possible.

Au bout du compte, ce décret de 1938 peut être regardé comme le lieu de la résolution d'une négociation fort subtile entre les deux pouvoirs dominants, politique et médical. Ceux-ci étaient parvenus à développer et consolider leur ascendant sur l'influent et puissant mouvement philanthropique de toutes obédiences, à l'œuvre dans les deux premières décennies du siècle. L'un comme l'autre y gagnait ce qui apparaissait comme essentiel à ses yeux. Infirmières et assistantes de service social, au cœur des enjeux évoqués précédemment et concernées au premier chef, paraissaient *a priori* perdantes de leur côté. Les premières voyaient en effet se rétrécir considérablement un territoire professionnel conquis depuis 1922 et les secondes

³⁶⁴ Geneviève CHARLES, *L'infirmière en France*, op. cit. p. 150.

³⁶⁵ Décret du 18 février 1938 ... op. cit. Rapport du ministre de la santé publique Marc Rucart au Président de la République. Il convient de comprendre ici le terme de cadre au sens d'agent de l'hôpital ou du service social, en l'occurrence, infirmières et assistantes sociales.

³⁶⁶ Décret du 18 février 1938 ... op. cit. Art.16.

³⁶⁷ *Id.* Art. 14 : « Il est institué un diplôme supérieur d'infirmier ou d'infirmière hospitalière et d'assistant ou d'assistante de service social ».

s'évanouir une part de la grande indépendance acquise en 1932, notamment par rapport au corps médical. Néanmoins, deux groupes professionnels, désormais bien identifiés, étaient reconnus par l'État comme susceptibles de répondre aux besoins du moment, au terme d'une solide et exigeante formation.

Les nouvelles modalités des épreuves de l'examen d'État, publiées au printemps de 1940, alors que la France en guerre depuis septembre 1939 s'apprêtait déjà à vivre sous l'Occupation, témoignaient de l'affermissement de ces exigences. Pour les infirmières hospitalières et les assistantes de service social, trois types d'épreuves - pratique, écrite et orale - étaient prévues, la note de zéro à l'une ou l'autre des composantes de ces épreuves étant éliminatoire. Les infirmières³⁶⁸ devaient subir deux épreuves pratiques de chirurgie et deux de médecine dans les services hospitaliers, une épreuve écrite de médecine et une de chirurgie de 2h30 chacune, et 8 épreuves orales³⁶⁹. Ces deux dernières séries d'épreuves devaient se dérouler « suivant les cas, à la faculté, à la préfecture, à l'hôpital ». Les assistantes de service social³⁷⁰ pour leur part, étaient soumises à deux épreuves écrites d'une durée de 3 heures chacune³⁷¹ et deux épreuves pratiques³⁷² conférant l'admissibilité aux 10 épreuves orales³⁷³ d'admission. Les épreuves écrites et orales devaient se dérouler « suivant les cas, à la faculté, à la préfecture, ou dans tout autre local indiqué par l'autorité compétente ». A l'occasion du changement de régime politique suite à la débâcle, un dernier événement montra néanmoins une hésitation à franchir définitivement le pas pour entériner cette nouvelle configuration des deux professions identifiées.

Après la débâcle : entre ultime sursaut hygiéniste et hôpital moderne, vers la différenciation définitive des professions d'infirmière et d'assistante sociale sous le Régime de Vichy

Les premiers déplacements de population dès le début de la guerre, la débâcle, l'exode sous les bombardements, la déstabilisation économique du pays et l'appauvrissement de la population en découlant, engendrèrent une crise d'ordre humanitaire qui mobilisa fortement les deux

³⁶⁸ Arrêté du 18 mars 1940 relatif à l'examen d'infirmière ou d'infirmier hospitalier de l'Etat.

³⁶⁹ Médecine générale adulte et tuberculose - médecine générale enfance - chirurgie générale - femmes en couches, nouveau-nés et hérédosyphilis - hygiène, prophylaxie des maladies contagieuses et des maladies vénériennes - pharmacie - administration hospitalière, assistance et aide sociale (législation, organisation) - morale professionnelle. *Id.* Art. 7.

³⁷⁰ Arrêté du 17 mai 1940 relatif à l'examen d'Etat d'assistant ou d'assistante de service social.

³⁷¹ Une question d'hygiène sociale au choix entre « Hygiène, protection maternelle et infantile » ou « Lutte contre les fléaux sociaux » et une question sociale portant sur « assistance, prévoyance, aide et protection sociale ». *Id.* Art. 6.

³⁷² Pratique d'hygiène sociale et Pratique sociale au foyer. *Ibid.*

³⁷³ Hygiène maternelle et infantile - tuberculose - maladies vénériennes - hygiène générale - hygiène mentale - droit - protection du travailleur - législation et aides sociales - morale professionnelle - méthodes pratiques de travail. *Ibid.*

groupes professionnels. Le basculement du pays dans le Régime de Vichy à l'été 1940, donna une tonalité particulière à la continuité de l'État, caractérisée par une accentuation autoritaire de sa mainmise sur les questions socio-sanitaires. Infirmières et assistantes de service social firent l'objet de toutes les attentions, à en juger à la production foisonnante des textes normatifs les concernant, sur fond de remaniement précoce et profond de l'organisation des questions d'hygiène et d'assistance. Le conseil de perfectionnement des écoles d'infirmiers, d'infirmières, d'assistants et d'assistantes de service social fut rétabli en octobre 1940³⁷⁴, pour être remplacé en 1941 par un conseil de perfectionnement des écoles d'infirmiers ou d'infirmières hospitaliers, d'assistants ou d'assistantes et de monitrices médico-sociaux³⁷⁵. Le même texte portait en effet institution d'un diplôme d'assistant ou d'assistante médico-social³⁷⁶ et d'un diplôme de moniteur ou monitrice médico-social nécessitant trois mois de formation³⁷⁷. Un autre décret institua le même jour, un diplôme d'État d'assistante et d'assistant social et d'un conseil de perfectionnement des écoles concernées³⁷⁸. Les études conduisant aux deux diplômes à orientation sociale devaient durer 2 ans et demi. Ainsi ressurgissait en des termes actualisés, la configuration triangulaire de 1932 : des infirmières hospitalières et des infirmières visiteuses devenues assistantes médico-sociales d'une part³⁷⁹ et des assistantes de service social devenues assistantes sociales d'autre part. Le premier conseil était présidé par le secrétaire général de la santé, la vice-présidence revenait « de droit » au directeur de la santé, le commissaire général à la famille ou son représentant étant membre de droit. La section permanente de ce conseil était présidée par le directeur de la santé. Le second conseil ainsi que sa section permanente étaient présidés par le commissaire général à la famille. Aucun vice-président n'était prévu. Pour assurer la cohérence d'ensemble des deux catégories d'écoles à orientation sociale, une commission fut même créée, dans le but « d'examiner les décisions des deux conseils de perfectionnement [...] et d'assurer la liaison entre ces deux assemblées en vue d'inspirer, par une doctrine uniforme, le fonctionnement des écoles [...] »³⁸⁰. Cette instance suprême, porteuse d'une doctrine inspirante, était présidée par le secrétaire d'État à la famille et à la santé. Le secrétaire général de la santé ainsi que le commissaire général à la famille en étaient membres de droit.

³⁷⁴ Arrêté du 7 octobre 1940 relatif à l'institution d'un conseil de perfectionnement des écoles d'infirmiers, d'infirmières, d'assistants et d'assistantes de service social. Il fut pris en raison de la suppression du conseil supérieur d'hygiène sociale et donc de la commission des infirmières et des assistantes sociales.

³⁷⁵ Décret du 12 novembre 1941 instituant un diplôme d'Etat d'assistant ou d'assistante médico-social, et un conseil de perfectionnement des écoles d'infirmières ou d'infirmiers hospitaliers et d'assistants ou d'assistantes et de monitrices médico-sociaux.

³⁷⁶ *Id.* Titre I. Art. 1.

³⁷⁷ *Id.* Titre II. Art. 9.

³⁷⁸ Décret du 12 novembre 1941 instituant un diplôme d'Etat d'assistante ou d'assistant social et un conseil de perfectionnement des écoles préparant à ce diplôme.

³⁷⁹ Ce retour à la situation antérieure peut, au moins partiellement, être mis en relation avec une réactivation du courant hygiéniste du fait des conséquences sanitaires prévisibles de la guerre, comme en témoigne le décret du 4 octobre 1939 déterminant les mesures exceptionnelles d'hygiène motivées par l'état de guerre.

³⁸⁰ Décret du 12 novembre 1941 instituant une commission permanente de coordination des conseils de perfectionnement des écoles de service social.

Tous ces décrets-lois étaient signés d'abord par Philippe Pétain, ensuite par le secrétaire d'État à la famille et à la santé Serge Huard. Caractéristiques du fonctionnement autoritaire du régime, ces textes n'étaient pas encombrés par l'exposé des motifs ayant conduit à leur production. Plutôt qu'à satisfaire une fort peu probable bouffée de nostalgie pour la décennie précédente, ces reconfigurations étaient vraisemblablement destinées à placer sous un contrôle plus serré des agents aussi sensibles que les assistantes sociales et médico-sociales. Celles-ci avaient en effet la particularité et la capacité de pénétrer aisément et en confiance, à la fois dans le monde du travail et dans les familles, en milieu rural comme urbain. Elles constituaient ainsi des vecteurs stratégiques au service de la « révolution nationale » à l'œuvre. La publication de la « Charte du travail »³⁸¹ le 4 octobre précédent donnait d'ailleurs un aperçu assez limpide des transformations escomptées des rapports sociaux dans leur ensemble, l'« ordre social et familial »³⁸² voisinant avec l'ordre social professionnel. Sous la houlette du secrétaire d'État à la Famille et à la Santé, le secrétaire général et le directeur de la Santé, ainsi que le commissaire général à la Famille constituaient par leur omniprésence à tous les postes clés, la garantie d'une surveillance sans faille. En outre, ces hommes du pouvoir étaient assistés dans chaque conseil d'un directeur régional de la Santé et de l'Assistance, d'un médecin inspecteur de la Santé et d'un inspecteur des services de l'Assistance pour le premier ; de l'inspecteur général de la Famille et d'un délégué régional de la Famille pour le second. Autant d'officiels nommés par le secrétaire d'État et vraisemblablement chargés pour leur part, de diffuser la doctrine maréchaliste, mais aussi de veiller à sa déclinaison opérationnelle et à sa mise en œuvre au sein des conseils :

Appelées à remédier à toutes les misères du temps, les assistantes sociales œuvrent pour la plupart dans une grande proximité avec le régime. Nombre d'entre elles sont d'ailleurs salariées du Secours national qui, en 1944, emploie plus de mille personnes dans le cadre de son service social qui a, sans conteste, joué un rôle de laboratoire de l'action sociale. À partir de février 1941, Madeleine Delbrêl travaille à mi-temps pour cet organisme d'assistance à grande échelle, placé, depuis octobre 1940, sous la haute autorité du Maréchal Pétain. Quelques-unes [...] occupent des postes de déléguées techniques, autrement dit des postes de coordination qui les placent au contact direct des autorités. D'autres enfin [...] sont membres, au titre de technicienne du travail social, de ces conseils municipaux fantoches nommés par Vichy en remplacement des conseils dissous.³⁸³

Ces considérations ne préjugent en rien, dans ce groupe professionnel, des velléités ou des capacités d'opposition, voire de résistance de la première, la seconde ou la dernière heure par rapport au régime qui a précocement et même avec un certain empressement, fait part de sa

³⁸¹ Loi N° 4260 du 4 octobre 1941 relative à l'organisation sociale des professions.

³⁸² *Id.* Art. 33

³⁸³ Isabelle VON BUELTZINGSLOEWEN, La guerre, l'occupation et le régime de Vichy : de nouvelles perspectives pour le travail social, *Vie sociale* 2008/3 (N°3), p 22.

sympathie pour les théories et pratiques racistes de l'occupant³⁸⁴. Elles attestent simplement qu'au moins à ces postes élevés, les assistantes de service social furent, en raison d'une profession particulièrement sensible³⁸⁵, des instruments du pouvoir, comme le furent bon nombre d'autres fonctionnaires ou hauts fonctionnaires.

Pour compléter cet édifice très politique, les deux conseils de perfectionnement comportaient aussi entre 9 au moins et 19 membres au plus, désignés par le secrétaire d'État à la Famille et à la Santé « en raison de leur compétence personnelle en matière d'assistance médico-sociale » pour le premier et « en matière d'assistance sociale » pour le second. Ainsi, dans le premier conseil, les infirmières hospitalières étaient fondues dans l'« assistance médico-sociale ». Bien plus que de la négligence pour les hospitalières, cette focalisation sur les questions sociales montrait la volonté de les inclure dans le même mouvement idéologique qui avait le primat sur les questions techniques. Même les médecins, qui avaient perdu tous les postes clés stratégiques qu'ils détenaient depuis la réforme de 1936, se retrouvaient de surcroît en minorité dans ce groupe, comme en témoigne la liste des membres publiée le 20 novembre³⁸⁶. Sur 19 membres, limite réglementaire supérieure prescrite, elle comprenait 7 médecins, 7 directrices d'écoles d'infirmières ou d'infirmières et d'assistantes sociales, 1 directrice de service social hospitalier et 5 directeurs à orientation administrative, ces derniers se situant le plus souvent dans l'entourage ministériel. Ces personnes étaient nouvelles pour l'essentiel, même si quelques membres avaient été reconduits par rapport à 1936. Il en allait ainsi pour les médecins, de MM. Renault, Parisot et Lépine. Pour les administratifs, Mlle de Hurtado et M. Voigt, respectivement au titre du comité français du service social et du comité français de l'assistance, étaient toujours présents. Mlle Fumey fut elle aussi reconduite, au titre de directrice de la Maison-école de Léonie Chaptal à laquelle elle avait succédé. Il est possible que toutes ces personnes, porteuses de l'histoire récente ou plus ancienne, aient pu assurer une forme de continuité dans le mouvement de réforme initié bien avant la guerre, et peut-être pour certaines, inciter à revenir à la configuration antérieure à celle de 1938. Chez les assistantes sociales, cette dernière réforme avait particulièrement contrarié les tenants de la réforme de 1932 et de la promotion du « social pur » par rapport à l'approche médico-sociale. Par ailleurs, comme Mlle Fumey, élève fidèle de Léonie Chaptal, Le Pr Lépine, avait quelques raisons de nourrir un peu de nostalgie par rapport aux infirmières visiteuses pour lesquelles il avait beaucoup œuvré, malgré

³⁸⁴ Loi du 3 octobre 1940 portant sur le statut des juifs, expliquant en son article 1 les conditions dans lesquelles un être humain devait être « regardé comme juif » ; loi du 16 octobre 1940 sur les ressortissants étrangers de race juive, stipulant en son article 1 que ces ressortissants « pourront être internés dans des camps spéciaux par décision du préfet du département de leur résidence ».

³⁸⁵ Ce moment d'histoire compta sans doute pour beaucoup, plus tard, dans la genèse des questionnements d'ordre ontologique propres à cette profession, après sa différenciation définitive : « L'assistante sociale doit-elle être l'auxiliaire des institutions et des autres professions en mettant sa technique d'enquête à leur service – ou s'affirmer comme assistante sociale clinicienne – ou encore comme agent de développement social ? » Geneviève PERROT, Les savoirs en service social avant 1950... *op. cit.* p 43.

³⁸⁶ Arrêté du 20 novembre 1941 relatif à la nomination des membres du conseil de perfectionnement des écoles d'infirmiers ou d'infirmières hospitaliers, d'assistants ou d'assistantes et de monitrices du service médico-social.

ses désaccords avec Elizabeth Crowell. Enfin, en termes de continuité, Henri Sellier n'avait-il pas proposé, dès 1936, la création de monitrices spécialisées pour développer la polyvalence médico-sociale³⁸⁷ ? Que celui-ci ne fût pas en odeur de sainteté auprès du régime politique qui le destitua de ses fonctions de maire de Suresnes et l'emprisonna l'année même de la publication de ces textes, n'empêchait pas l'emprunt d'une idée alors jugée judicieuse.

Cependant, cet apparent regain d'intérêt pour un passé fortement teinté d'hygiénisme ne dura pas. La différenciation des professions d'assistante sociale et d'infirmière prit une tournure définitive en 1942, par la publication de deux décrets spécifiques qui annulaient toutes les dispositions de 1941. Le premier était consacré aux assistantes sociales³⁸⁸. Les études devaient durer deux ans et demi. Le conseil de perfectionnement se rapportant aux écoles était à nouveau spécialisé et un diplôme de monitrice ou de moniteur de service social fut créé, pour l'obtention duquel une formation de trois mois était prévue. Un centre de formation à cette fonction ouvrit en 1943, l'objectif étant de « former des cadres susceptibles d'assumer des fonctions de maîtrise et de coordination »³⁸⁹. Le Professeur Parisot, alors président de l'office départemental d'hygiène sociale de Meurthe et Moselle en assura la direction. Un mois plus tard, les infirmières hospitalières, pour leur part, émergèrent de la nébuleuse médico-sociale dans laquelle elles avaient été comme happées par inadvertance. Leur situation changea en effet, à l'occasion de la publication d'un décret relatif au diplôme d'État qui leur était tout spécialement destiné³⁹⁰. Les études devaient toujours durer deux ans et les conditions d'admission dans les écoles étaient identiques à celles préconisées en 1938. Toutefois, une dispense partielle de scolarité pouvait être accordée aux titulaires de diplômes dont la liste devait ultérieurement être précisée et « à des candidats justifiant de services hospitaliers d'une durée suffisante »³⁹¹. Des « spécialités » pouvaient être mentionnée sur le diplôme³⁹², « dans des conditions qui sont déterminées par le secrétaire d'Etat, après avis du conseil de perfectionnement »³⁹³. Ce texte annonçait en outre, la création du diplôme de monitrice ou de moniteur, nécessitant, comme pour les monitrices de service social, 3 mois de formation³⁹⁴. Enfin, un conseil de perfectionnement des écoles d'infirmières et d'infirmiers hospitaliers était créé et « substitué au conseil prévu par le décret du 12 novembre 1941 »³⁹⁵. Si la structure et la composition du conseil était identique au précédent du point de vue des postes clés, les 15 membres nommés

³⁸⁷ Voir *supra*.

³⁸⁸ Décret du 11 juillet 1942 relatif au diplôme d'Etat d'assistante ou d'assistant social et au conseil de perfectionnement préparant à ce diplôme.

³⁸⁹ Isabelle VON BUELTZINGSLOEWEN, La guerre, l'occupation et le régime de Vichy ... *op. cit.* p 26.

³⁹⁰ Décret du 10 août 1942 ayant pour objet la délivrance du diplôme d'Etat d'infirmier ou d'infirmière hospitalier.

³⁹¹ *Id.* Art. 2. Ces accommodements renvoyaient aux problèmes récurrents de pénurie et de recrutement, mais aussi économiques, particulièrement aigus en ces temps de guerre et d'occupation.

³⁹² C'était aussi le cas pour les assistantes sociales.

³⁹³ *Id.* Art. 9.

³⁹⁴ *Id.* Titre II. Art. 10 à 12.

³⁹⁵ *Id.* Titre III. Art. 13.

en plus des représentants du pouvoir étaient « choisis parmi les personnes particulièrement compétentes dans les questions qui intéressent les services hospitaliers. »³⁹⁶

Cette tardive mise en lumière des infirmières hospitalières, dans un décret pris quelques mois seulement après le revirement observé par rapport aux mesures de 1938, a de quoi surprendre. Elle semble en effet refléter un caractère assez hésitant, voire brouillon, de pouvoirs publics pourtant assurément peu enclins aux attermolements et aux délibérations démocratiques alors catégoriquement jugées délétères. Mais cette mesure prend toute sa cohérence, placée au regard de la loi hospitalière publiée en décembre 1941³⁹⁷, soit un mois après les décrets évoqués ci-dessus. Il est donc possible de postuler que la prise de conscience de la juste place à accorder aux infirmières hospitalières pour équiper l'hôpital tel qu'il était conçu dans ce texte fondamental, ne s'était effectuée que secondairement, jusqu'à leur accorder cette attention toute particulière.

C'est que cette loi très ambitieuse prescrivait la réorganisation totale du système hospitalier selon un quadrillage systématique de l'ensemble du territoire par région sanitaire. L'édifice était placé sous la tutelle omniprésente du secrétaire d'État à la Famille et à la Santé, représenté par les puissants directeurs régionaux de la Santé et de l'Assistance auxquels les préfets devaient rendre des comptes en permanence, de même que les commissions administratives à la tête de chaque établissement. Ces nouvelles instances exécutives se trouvaient en effet désormais « sous l'autorité du préfet et le contrôle technique du directeur régional de la santé et de l'assistance ».³⁹⁸ Le directeur, ou directeur économe pour les établissements de moindre importance, nommé par le préfet après concours, fit son apparition comme « agent appointé par l'établissement [...] chargé d'exécuter les décisions de la commission administrative et d'assurer la direction du service »³⁹⁹. Il disposait du pouvoir de nomination du personnel administratif, hospitalier et secondaire dans les établissements supérieurs à 200 lits. En-deçà, ce pouvoir restait entre les mains des commissions administratives. Ces commissions comprenaient, outre le maire de la commune, 6 membres nommés par le préfet. Parmi ces derniers, devait figurer obligatoirement un médecin, désigné par le conseil départemental de l'ordre des médecins⁴⁰⁰. Dans les villes sièges d'une faculté ou d'une école de médecine devait en plus figurer parmi ces membres, un « professeur de clinique présenté par la faculté ou l'école de médecine »⁴⁰¹. Si les médecins, chirurgiens, pharmaciens et spécialistes des hôpitaux étaient nommés par le préfet « sur proposition du directeur régional de la santé et de l'assistance »

³⁹⁶ *Id.* Art. 14.

³⁹⁷ Loi du 21 décembre 1941 relative aux hôpitaux et hospices civils.

³⁹⁸ *Id.* Art 10.

³⁹⁹ *Id.* Art. 13.

⁴⁰⁰ Lequel fut créé un an plus tôt par la loi du 7 octobre 1940 instituant l'ordre des médecins.

⁴⁰¹ Loi du 21 décembre 1941... *op. cit.* Art. 6.

après concours⁴⁰², leur entrée officielle dans la gouvernance hospitalière marquait le début d'une ère nouvelle, en relation directe avec les progrès des sciences et des techniques médicales et pharmacologiques. Ces nouvelles perspectives contrastaient avec un hygiénisme persistant mais déclinant, au rythme du développement de plus en plus soutenu des possibilités thérapeutiques. La nouvelle conception de l'organisation hospitalière, imprégnée de ces nouvelles données, consacrait littéralement la transformation de l'espace hospitalier, longtemps lieu d'hébergement des miséreux et de régulation de l'ordre social, en lieu de soins. Sa fonction sociale première était certes toujours présente⁴⁰³, mais en s'ouvrant aux malades payants⁴⁰⁴, il prenait une toute autre dimension qui supposait une réflexion approfondie, à la fois sur ses équipements et ses équipages.

Ainsi, La loi traitait « De la création, de la transformation et de la suppression des hôpitaux et hospices »⁴⁰⁵, mais aussi de « Dispositions diverses »⁴⁰⁶ au premier rang desquelles figuraient :

1° Les conditions de fonctionnement des établissements hospitaliers [...]; 2° La classification et les attributions des personnels de toutes catégories; 3° Le statut du personnel administratif, hospitalier et secondaire; 4° Le statut du personnel médical comportant en particulier les conditions de recrutement et de nomination des médecins, chirurgiens, pharmaciens, élèves internes et externes [...]⁴⁰⁷

Tous ces thèmes renvoyaient à « un ou plusieurs règlements d'administration publique » ultérieurs, devant préciser les conditions d'application de la loi.

Ces mesures qui confirmaient le vaste projet de médicalisation de l'espace hospitalier furent publiées en avril 1943 sous la forme d'un texte de 15 pages et 248 articles⁴⁰⁸. Les hôpitaux publics de chaque région sanitaire étaient classés en trois catégories « suivant l'importance de leur circonscription et de leur outillage technique. »⁴⁰⁹ : les hôpitaux, les

⁴⁰² *Id.* Art. 16.

⁴⁰³ « Les hôpitaux et hospices constituent des établissements publics communaux, intercommunaux ou départementaux, destinés à recevoir [...] des malades, des blessés, des femmes en couches, des vieillards, infirmes et incurables [...] Les hospices peuvent en outre faire fonction d'hospices dépositaires des services départementaux d'enfants assistés [...] » *Id.* Art. 1. « Les hôpitaux et hospices reçoivent, dans les conditions prévues par les lois et règlements en vigueur, les malades, les vieillards infirmes et incurables, les femmes en couches admis au bénéfice des lois d'assistance [...] » *Id.* Art. 2.

⁴⁰⁴ *Id.* Art. 35, alinéas 5 et 6.

⁴⁰⁵ *Id.* Titre IV. Art. 28 à 34.

⁴⁰⁶ *Id.* Titre V.

⁴⁰⁷ *Id.* Art. 35.

⁴⁰⁸ Décret du 17 avril 1943 portant règlement d'administration publique pour l'application de la loi du 21 décembre 1941 relative aux hôpitaux et hospices publics. Ce texte était signé de Pierre Laval, chef du gouvernement, puis du ministre secrétaire d'Etat à l'économie et aux finances, du ministre secrétaire d'Etat à l'éducation nationale, du secrétaire d'Etat à la santé et à la famille et du ministre secrétaire d'Etat au travail, implication pluri ministérielle qui montrait l'ampleur de la réforme envisagée.

⁴⁰⁹ *Id.* Art.2.

centres hospitaliers⁴¹⁰ et les centres hospitaliers régionaux⁴¹¹. La médicalisation était manifeste dès la première catégorie :

Tout hôpital public doit [...] posséder un ou plusieurs services de médecine générale comprenant des salles réservées pour chacune des catégories de malades suivantes : enfants, tuberculeux, vénériens ; une installation permettant de recevoir des aliénés jusqu'à leur transfert dans un établissement spécialisé, un ou plusieurs services de contagieux, une maternité, une installation de radiodiagnostic, une consultation dentaire, et en outre de services de chirurgie générale et de certaines spécialités, si la population justifie la présence dans la ville siège de l'hôpital d'un chirurgien ou d'un spécialiste. Tout hôpital doit, s'il ne les possède pas, être rattaché à un laboratoire d'analyses chimiques et bactériologiques et à un laboratoire de sérologie et être pourvu d'un matériel permettant d'effectuer dans l'établissement et à l'extérieur, la réanimation des asphyxiés.⁴¹²

Tout centre hospitalier⁴¹³ devait en outre posséder des services de chirurgie générale et de « spécialités courantes »⁴¹⁴, des services de médecine spécialisée⁴¹⁵, des services ou établissements susceptibles de recevoir des malades chroniques et des services de convalescence pour les malades opérés. Le centre hospitalier régional⁴¹⁶ enfin, « constituant également un centre de recherche et s'il y a lieu d'enseignement », devait être établi dans une ville siège d'une faculté ou école de médecine ou à défaut, dans la ville la plus importante de la région. Ces centres hospitaliers régionaux devaient satisfaire aux exigences des établissements des deux premières catégories et posséder en outre des services d'obstétrique, de pneumologie, de psychiatrie, de neurologie, de chirurgie spécialisée⁴¹⁷. À ces exigences minimales pour les hôpitaux de cette catégorie, le secrétaire d'État à la Santé pouvait ordonner, le cas échéant, l'adjonction d'autres spécialités chirurgicales⁴¹⁸ et d'un centre anticancéreux.

Médecins, chirurgiens, et pharmaciens dans une moindre mesure, faisaient une entrée en force dans ces nouveaux espaces hiérarchisés, organisés autour de leur propre division du travail, en relation directe avec la montée en puissance de leurs savoirs et savoir faire de plus en plus étendus et spécialisés⁴¹⁹. Pour leur donner voix au chapitre, une commission médicale

⁴¹⁰ « qui sont soit des hôpitaux importants, soit des groupements d'hôpitaux » *Ibid.*

⁴¹¹ « qui sont des hôpitaux ou groupements d'hôpitaux destinés à satisfaire en plus des besoins locaux, aux besoins spéciaux de l'ensemble de la région » *Ibid.*

⁴¹² *Id.* Art. 3. De même, chaque hospice public ou « quartier d'hospice rattaché à un hôpital public » devait posséder un ou plusieurs services de vieillards valides et un ou plusieurs services d'infirmités ou d'incurables. Il devait être pourvu « d'un matériel permettant d'effectuer à l'extérieur la réanimation des asphyxiés ». Les hospices de plus de 30 lits devaient en plus disposer d'un poste de secours avec une salle de pansement, un matériel pour soins urgents et quelques chambres individuelles. *Id.* Art. 4.

⁴¹³ *Id.* Art. 3.

⁴¹⁴ Oto-rhino-laryngologie, ophtalmologie, stomatologie, électroradiologie.

⁴¹⁵ Nourrissons, enfants, vénérologie.

⁴¹⁶ *Ibid.*

⁴¹⁷ Au minimum chirurgie infantile et chirurgie urinaire.

⁴¹⁸ Chirurgie osseuse, pulmonaire, neurochirurgie, etc.

⁴¹⁹ En fonction de l'importance de l'établissement, le personnel médical comprenait : 1° Des médecins, chirurgiens, spécialistes gynécologues-accoucheurs, oto-rhino-laryngologistes, ophtalmologistes,

consultative fut instituée « dans chaque hôpital ou groupement hospitalier »⁴²⁰. Outre le médecin représentant du conseil de l'ordre à la commission administrative, président, la commission comprenait deux médecins, deux chirurgiens, deux spécialistes et un pharmacien, tous chefs de service élus par leurs collègues chefs de service. La commission était obligatoirement appelée à donner son avis sur les changements, aménagements, grosses réparations ou la répartition des services. Elle délibérait « en général sur toutes les questions intéressant le fonctionnement technique et médical de l'établissement ou du groupement hospitalier », notamment sur la salubrité des locaux et l'alimentation des malades. Ses avis, observations et vœux étaient transmis au directeur qui en saisissait la commission administrative.

Médecins, chirurgiens, spécialistes et assistants d'anesthésie dirigeaient et surveillaient le travail des internes et des externes « placés directement sous leurs ordres » et étaient responsables du personnel de leur service sur lequel ils avaient autorité⁴²¹. Dans les services cliniques, de loin les plus nombreux, il s'agissait notamment du « personnel hospitalier soignant »⁴²², qui comprenait les « sages-femmes, surveillantes et surveillants, infirmières et infirmiers ». Les assistantes sociales, « obligatoires seulement dans les hôpitaux des villes de plus de 100 000 habitants et dans les maisons maternelles annexées aux hôpitaux », faisaient partie du « personnel secondaire spécialisé »⁴²³, classification qui entérinait définitivement leur séparation des infirmières. Si les unes soignaient, celles et ceux de l'autre sous-groupe faisaient un travail d'une autre nature, spécialisé par définition. Dans le sous-groupe qu'ils constituaient, rien ne rassemblait ces membres, sinon qu'ils apportaient, chacune et chacun à sa manière, une contribution, le plus souvent indirecte, à l'organisation et à la mise en œuvre de l'activité diagnostique et thérapeutique, ainsi qu'à la réinsertion ou la réadaptation dans la société des malades guéris ou rétablis du mieux possible. Quoi de commun, en effet, entre une secrétaire médicale et un mécanicien dentiste ?

Concernant les assistantes sociales, si le clivage soignant/non soignant avait été perçu comme nécessaire et mis en avant dès 1936, il avait fallu attendre le présent texte pour que cette

électroradiologistes, stomatologistes, chefs de laboratoire de biologie médicale ; 2° Des assistants en médecine, en chirurgie ou en spécialités ; 3°) Des assistants d'anesthésie ; 4°) Des internes en médecine, en chirurgie ou en spécialités ; 5°) Des externes. A ceux-ci s'ajoutait des pharmaciens et des internes en pharmacie et le cas échéant, dans les grands établissements, des chirurgiens-dentistes. *Id.* Art. 105.

⁴²⁰ *Id.* Chapitre II, Commission médicale consultative, Art. 14.

⁴²¹ *Id.* Art. 106.

⁴²² *Id.* Art. 66. Ce sous-groupe et les suivants étaient intégrés à la catégorie « *personnel secondaire des hôpitaux et hospices* »

⁴²³ *Ibid.* Ce sous-groupe comprenait en outre les aides de laboratoire, chimistes, biologistes, aides-radiologistes, aides-histologiques, manipulateurs radiographes, préparateurs en pharmacie, mécaniciens dentistes, prothésistes, secrétaires médicales. Aux deux sous-groupes précédents s'ajoutaient, « le personnel des services généraux », le « personnel ouvrier à l'entretien » qui pour leur part, ne relevaient pas du statut de fonctionnaire mais de la charte du travail et enfin le « personnel congréganiste », qui relevait d'un statut spécial fixé par arrêté du secrétaire d'Etat à la Santé. *Ibid.* et Art. 67.

différenciation fût définitivement mise en acte, après bien des hésitations. Dès lors, elles empruntèrent un chemin bien différent de celui des infirmières. Leur première année de formation identique, qui ne fut pas remise en cause, rappelait néanmoins aux unes et aux autres, leurs mêmes origines héroïques, au temps où la faible médicalisation des espaces ne permettait pas encore, par la division du travail, de réduire la porosité entre les sphères sanitaire et sociale, par ailleurs inéluctablement entremêlées. Du fait de ce passé et cette formation communs, les assistantes sociales partageaient d'ailleurs avec les infirmières, l'insigne et rare privilège d'être admises à prendre part au secret professionnel des médecins, bien gardé dans le dossier médical de chaque malade. Si celui-ci devait être conservé dans chaque service sous la responsabilité du chef de service, il était question de l'utiliser plus largement, comme instrument de suivi :

En vue de permettre aux membres du corps médical hospitalier de suivre les hospitalisations successives des malades et de retrouver éventuellement leur dossier médical, il doit être créé dans les centres hospitaliers régionaux et, le cas échéant, il peut être institué dans les centres hospitaliers un service central d'archives médicales qui est placé sous l'autorité d'un médecin, chirurgien ou spécialiste des hôpitaux en exercice ou honoraire et dont le personnel est pris exclusivement parmi des infirmières ou des assistantes sociales diplômées d'Etat. [...] Toutes mesures seront prises pour que le secret médical soit rigoureusement observé.⁴²⁴

Le diplôme d'État fonctionnait là, à la fois comme une garantie de compétence pour le délicat travail d'archivage demandé, mais aussi comme un gage de probité, indicateur complexe de reconnaissance s'il en fût. Il n'en restait pas moins que dans l'espace hospitalier, les assistantes sociales n'étaient jugées que très partiellement indispensables, parce que l'essentiel de leur tâche était ailleurs. Ce n'était pas le cas du personnel soignant qui, porté par le mouvement d'ensemble, était désormais nécessairement présent, partout où les médecins, chirurgiens ou spécialistes officiaient. L'état de développement de leur science et de leur art était tel qu'il leur était désormais impossible de se passer de ce personnel. Si ce besoin était particulièrement aigu dans les centres hospitaliers régionaux en train de se métamorphoser aussi en lieux de production du savoir et de diversification exponentielle des techniques, il ne l'était pas moins dans les hôpitaux des autres catégories, en raison des retombées parfois très rapides de cette activité de recherche⁴²⁵.

Preuve de sa position à la fois singulière et stratégique dans le nouvel édifice hospitalier, le personnel soignant occupait la quasi-totalité du chapitre pourtant *a priori* consacré à l'ensemble du personnel secondaire⁴²⁶. Seule allusion à la totalité de cette catégorie, il était stipulé en introduction que ce personnel était « placé sous l'autorité du directeur, du directeur économe

⁴²⁴ *Id.* Art. 38.

⁴²⁵ René MAGNON, *Les infirmières : identité, spécificité... op. cit.* En particulier : principales découvertes scientifiques et médicales concernant l'évolution des pratiques et du savoir infirmiers au XX^e siècle, p 183-188.

⁴²⁶ Décret du 17 avril 1943... *op. cit.* Chapitre III, règles particulières au personnel secondaire.

ou du sous-directeur » qui le répartissait « dans les équipes ou les services suivant les besoins »⁴²⁷. Après le travail des sages-femmes, chargées de pratiquer les accouchements « normaux » sous l'autorité du médecin chef de service, les activités des infirmières et infirmiers, de leur encadrement, ainsi que celles des servants et servantes étaient succinctement présentées :

Les surveillants et surveillantes dirigent les infirmiers et infirmières et le personnel de service sous l'autorité du directeur, du directeur économe ou sous-directeur pour toutes les questions administratives, et du médecin chef de service pour les soins à donner aux malades. Ils sont responsables de la distribution aux malades des vêtements, aliments et de tous autres objets de consommation reçus de l'économe. Les premières infirmières et premiers infirmiers suppléent et secondent les surveillantes et surveillants. Les infirmières et infirmiers donnent les soins aux hospitalisés. Les servants et servantes sont chargés plus spécialement dans les hôpitaux des travaux matériels dans les salles de malades et les services généraux ; dans les hospices, ils doivent assurer les services des vieillards valides.⁴²⁸

Cet exposé, même sommaire, renseigne assez précisément sur le double système hiérarchique administratif et médical, spécifique aux infirmières et à leur encadrement. Même si celui-ci remontait à la fin du siècle précédent dans son principe⁴²⁹, y compris s'agissant du système de suppléance, il était réaffirmé ici avec insistance, sans doute aussi parce que l'ordre et la discipline habitaient toutes les décisions du moment, quels que fussent les domaines d'activité considérés. La vacuité de ces postes éminents semblait tellement impensable que deux articles supplémentaires y étaient consacrés : le premier précisait le mode de recrutement des premiers infirmiers, et premiers préposés⁴³⁰ parmi les infirmiers et préposés de 1^{ère} et 2^{ème} classe⁴³¹, le second le mode de recrutement des surveillants et surveillantes parmi les premiers infirmiers et les infirmiers de 1^{ère} et 2^{ème} classe. L'agent pressenti remplissait alors les fonctions visées pendant 6 mois avant d'être nommé dans le grade avec effet rétroactif, à condition d'avoir donné satisfaction⁴³². Enfin, les infirmiers et infirmières devaient tous être titulaires du diplôme d'État, même si, comme par le passé, des mesures spéciales et transitoires étaient prévues, « en faveur du personnel actuel non muni de ce diplôme »⁴³³.

⁴²⁷ Id. Art. 101. Ce propos liminaire global apporte néanmoins la précision selon laquelle « *le personnel des services économiques est surveillé par l'économe* », particularité elle aussi fort stratégique.

⁴²⁸ *Ibid.*

⁴²⁹ Voir le développement sur les cadres, *infra*.

⁴³⁰ Lire partout, conformément au texte, infirmiers et infirmières, préposés et préposées.

⁴³¹ Décret du 17 avril 1943... *op. cit.* Art. 103. Alors que les infirmiers travaillaient auprès des malades, les préposés travaillaient dans les services généraux.

⁴³² Id. Art. 104. Marque supplémentaire de distinction pour les infirmières, les surveillants et surveillantes n'étaient recrutés que dans leur corps, même pour les services généraux.

⁴³³ *Id.* Art. 102.

Ces considérations réglementaires précises sur les infirmières hospitalières constituaient une sorte de prélude à la première loi qui leur fut consacrée trois mois plus tard⁴³⁴. Pour la première fois, une définition précisant les contours de leur emploi était proposée :

Est considérée comme relevant de la profession d'infirmière ou d'infirmier au sens de la présente loi, tout emploi dont le titulaire donne habituellement, soit à domicile, soit dans des services publics ou privés d'hospitalisation ou de consultation, les soins prescrits ou conseillés par un médecin.⁴³⁵

Si la définition demeurait bien floue, ce texte marquait une étape décisive dans le long processus de professionnalisation observable depuis le début du siècle. Comme au temps des écoles bournevilliennes de la fin du siècle précédent, la profession était à nouveau désignée par le terme générique « *infirmière* », sans adjectif qualificatif⁴³⁶. À l'inverse, les années 1920 furent caractérisées par la formation rapide d'une nébuleuse de spécialités *a priori*, c'est-à-dire qui ne relevaient pas d'une spécialisation après une formation initiale généraliste alors non identifiée. Cette curiosité généalogique⁴³⁷ avait abouti au record de dix programmes différents auxquels étaient ajoutés 3 programmes dédiés au genre masculin en 1926⁴³⁸. Malgré le titre d'infirmière diplômée de l'État français que conféraient les nombreux et variés brevets de capacité professionnelle et l'intitulé générique des écoles « d'infirmières », cette atomisation constitutive ne rendait pas aisée une construction identitaire, même minimale. Les tentatives de synthèse et de clarification n'avaient certes pas manqué. Mais ce ne fut qu'en 1938, après que l'État se fût énergiquement emparé de la question, que s'opéra la distinction entre les infirmières alors qualifiées d'hospitalières et les assistantes de service social, jusqu'aux derniers soubresauts hygiénistes de 1941, vite oubliés. Dans le présent texte, non seulement le qualificatif « hospitalière » disparaissait dans la définition, alors même que le titre de la loi le contenait, mais il était explicitement indiqué qu'elle exercerait aussi à domicile, ce qui levait toute ambiguïté sur leur surface potentielle d'intervention par rapport aux mesures de 1938. Par ailleurs, le caractère légal et protégé de l'exercice était définitivement entériné :

Nul ne peut en France, exercer la profession d'infirmière ou d'infirmier ni prendre le titre d'infirmière ou d'infirmier diplômé s'il n'est muni soit de l'un des brevets d'Etat délivré en application du décret du 27 juin 1922, à l'exclusion du brevet de masseur, soit du diplôme d'infirmière ou d'infirmier hospitalier

⁴³⁴ Loi n° 372 du 15 juillet 1943 relative à la formation des infirmières et infirmiers hospitaliers, à l'organisation et à l'exercice de leur profession.

⁴³⁵ Id. Art. 1.

⁴³⁶ Si elles étaient parfois désignées par le terme « hospitalières », c'était dans une forme substantive qui se suffisait à elle-même.

⁴³⁷ Ce processus inhabituel peut être regardé et compris comme le résultat de la confrontation entre les nombreux courants et acteurs intéressés à cette professionnalisation : mouvements philanthropiques américain et français, courants religieux protestant et catholique, ce dernier étant agité par ses propres conflits internes entre Léonie Chaptal et Marie de Liron d'Airolles, corps médical universitaire et hospitalier pas toujours en phase avec les praticiens libéraux, État longtemps dans une position de retrait qui ne lui permettait pas de s'affirmer comme arbitre et pourtant potentiellement porteur d'une synthèse par ailleurs jugée nécessaire par de nombreux acteurs. À tous ces courants s'ajoutaient les questions sexuelle, économique et sociale, qui traversaient les débats.

⁴³⁸ Voir *supra*.

substitué aux dits brevets par décret du 18 février 1938.⁴³⁹ [...] L'exercice illégal de la profession d'infirmière ou d'infirmier est puni d'une amende de 500 à 2000 fr. et, en cas de récidive, de 2000 à 5000 fr. et d'un emprisonnement d'un mois à un an, ou de l'une de ces deux peines seulement. L'usurpation du titre d'infirmière ou d'infirmier diplômé est punie des peines prévues à l'article 259 du code pénal.⁴⁴⁰

Un délai de 3 ans était donné aux établissements hospitaliers « publics ou assimilés » pour se mettre en conformité avec ces prescriptions⁴⁴¹. Face à ces drastiques injonctions, des dérogations étaient néanmoins prévues, comme par le passé, afin de ne pas mettre en péril la continuité des soins. Cette précaution indiquait aussi bien que les dispositifs de formation mis en place depuis plus de 20 ans, n'avaient toujours pas réussi à répondre à une demande en croissante augmentation :

[...] jusqu'à ce que le nombre des diplômés d'Etat soit devenu suffisant pour répondre à tous les besoins, l'exercice de la profession est permis, pour un ou plusieurs établissements, ou pour un mode d'activité déterminé : 1° aux personnes pourvues de certificats, titres ou attestations dont la liste et les conditions de validité seront établies par arrêté du secrétaire d'Etat à la santé et à la famille. 2° Aux élèves préparant le diplôme d'Etat [...] seulement dans les établissements ou services agréés pour recevoir des stagiaires.⁴⁴²

Ces dérogations, comme toutes celles qui avaient été régulièrement inscrites dans les textes réglementaires depuis 1922, étaient prévues pour une durée limitée. Il était prudemment annoncé dans le même article, que la date de leur cessation serait fixée ultérieurement par décret. En revanche, une exclusion pure et simple ou une régularisation rapide sous conditions était formellement prévue dans des dispositions transitoires, pour celles et ceux qui n'entraient pas dans ce cadre dérogatoire :

Les personnes qui ne remplissent pas les conditions fixées [...] devront cesser toute activité professionnelle dans les deux ans qui suivront la promulgation de la présente loi. Toutefois, celles qui exerçaient depuis plus de cinq ans peuvent être autorisées définitivement à continuer l'exercice de leur profession suivant les modalités fixées par arrêté du secrétaire d'Etat à la santé et à la famille. Elles doivent déposer leur demande à la préfecture de leur résidence dans les 3 mois à dater de la promulgation de la présente loi. Si l'autorisation leur est accordée, mention doit en être portée sur un registre spécial déposé à la préfecture.⁴⁴³

Ainsi apparaissait la nouvelle catégorie des « infirmières autorisées » par l'État, certes, dûment identifiées comme telles, à côté des infirmières diplômées d'État. Cette innovation apparaissait à la fois comme un aveu et un indicateur supplémentaire de la chronicité des problèmes de

⁴³⁹Loi n° 372 du 15 juillet 1943 relative à la formation des infirmières... *op.cit.* Art. 2.

⁴⁴⁰ *Id.* Art. 9.

⁴⁴¹ *Id.* Art.5. Lesdits établissements étaient en outre fermement engagés pour y parvenir, soit à créer des écoles, soit à conclure des accords avec d'autres établissements hospitaliers ou « à défaut, avec des écoles précédemment autorisées ».

⁴⁴² *Id.* Art. 6.

⁴⁴³ *Id.* Art. 12.

recrutement et donc de pénurie de professionnels. Au bout du compte, tous les professionnels autorisés à exercer d'une façon ou d'une autre étaient concernés par l'instance de surveillance, de contrôle et de régulation instituée dans le même texte :

Il est créé une union nationale des infirmières et infirmiers hospitaliers, reconnue d'utilité publique, qui assure la défense des intérêts de la profession et qui a la garde de son honneur et de sa discipline. Toute personne exerçant la profession [...] doit être inscrite à l'union. L'exclusion temporaire ou définitive de l'union entraîne corrélativement la suspension du droit d'exercer.⁴⁴⁴

Cette organisation s'inscrivait dans l'esprit corporatif de la charte du travail de 1941. Elle était néanmoins beaucoup plus proche de la structure ordinaire que de l'organisation syndicale dans sa forme nouvelle et totalitaire⁴⁴⁵. Si la charte prévoyait bien une organisation des syndicats en unions puis en fédérations⁴⁴⁶, c'était la fédération qui occupait le niveau national, contrairement à la présente union, constituée au niveau national d'emblée. Par ailleurs, comme dans les attributions d'un ordre, elle était centrée sur la défense de la profession⁴⁴⁷ et non sur celle des professionnels, caractéristique de l'activité syndicale. Un ordre n'était néanmoins pas imaginable pour les infirmières qui ne constituaient pas une profession libérale et n'avaient aucune existence indépendante en raison du lien de subordination de fait avec la profession médicale, constitutif de la définition même de leur profession. Cette union nationale apparaissait donc comme une instance originale, aux allures de sous-ordre étroitement lié à l'ordre des médecins et même à son service. Car si elle permettait la protection légale de l'exercice professionnel des infirmières, elle avait aussi pour mission de prévenir l'exercice illégal de la médecine dans ses rangs :

La suspension temporaire ou l'incapacité absolue de l'exercice de la profession d'infirmière ou d'infirmier peuvent être prononcées dans les conditions fixées par l'article 25 de la loi du 25 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine, modifiée par la loi du 26 mai 1941 [...] ⁴⁴⁸ L'union nationale instituée par l'article 7 de la présente loi est habilitée à poursuivre les délinquants dans les formes prévues à l'article 17 de la loi du 30 novembre 1892 précitée.⁴⁴⁹

Ainsi, non seulement l'union était garante de l'ordre et de la discipline dans les rangs des infirmières, mais elle était littéralement dotée d'un pouvoir de police concernant l'exercice de

⁴⁴⁴ *Id.* Art. 7. Les élèves, autorisées à exercer la profession par dérogation, n'étaient pas tenues de s'inscrire.

⁴⁴⁵ Cette particularité était en effet annoncée sans ambiguïté : « [...] ces syndicats ne seront plus les syndicats de tendance du passé [...] ils seront désormais obligatoires pour être forts, uniques pour être francs. Leur activité sera désormais strictement limitée au domaine de leur profession. Ils vivront et fonctionneront sous l'autorité des comités sociaux et en s'inspirant de leurs doctrines qui ne sauraient être elles-mêmes que celles du gouvernement. » Rapport de l'amiral de la flotte Darlan, ministre vice-président du conseil au Maréchal de France, chef de l'Etat français, Loi N° 4260 du 4 octobre 1941 relative à l'organisation sociale ... *op cit.*

⁴⁴⁶ *Id.* Art. 19.

⁴⁴⁷ Notamment ses intérêts, son honneur et sa discipline, éléments qui apparaissaient aussi dans les attributions du conseil supérieur de l'ordre des médecins. Loi du 7 octobre instituant l'ordre des médecins, *op.cit.* Art. 4.

⁴⁴⁸ Loi n° 372 du 15 juillet 1943 relative à la formation des infirmières... *op.cit.* Art. 10.

⁴⁴⁹ *Id.* Art. 11.

la profession médicale, habilitation qui sonnait aussi bien comme une injonction à faire respecter l'ordre dans tous les sens du terme. Ces attributions quasi-ordinales portaient indéniablement en elles les mécanismes de domination entre une profession et l'autre. Cependant, du fait des nombreuses analogies⁴⁵⁰ avec la prestigieuse profession médicale, elles n'en constituaient pas moins des marques de distinction qui participaient à une forme de reconnaissance symbolique significative de l'avancement du processus de professionnalisation des infirmières. Comme pour les médecins, l'enregistrement obligatoire à la préfecture des « diplômes, brevets, titres ou certificats » des infirmières « dans le mois qui suit leur installation », puis à chaque changement de département, était lui aussi inscrit dans la loi⁴⁵¹.

Toutes ces mesures, prises par un État autoritaire occupé à sa « révolution nationale » et à la mise en ordre et en ordres, à sa guise, du monde du travail, contribuèrent à rehausser la visibilité des infirmières par leur entrée dans la sphère législative. La loi de 1943 fut publiée alors même que le Comité français de la libération nationale, institué depuis le 3 juin de la même année, s'apprêtait à devenir gouvernement provisoire de la République française en juin 1944. Dès lors, toute la production législative et réglementaire du Régime de Vichy, désormais considéré comme illégitime et de plus en plus vacillant, fut réexaminée à l'aune des valeurs et principes républicains rétablis à la Libération⁴⁵².

1.3 - Infirmières de la Libération et de l'après-guerre : une profession affirmée qui se structure

La confirmation du modèle quasi achevé sous Vichy, pour une profession en développement

La loi du 15 juillet 1943 fut confirmée par ordonnance du gouvernement provisoire dès l'été 1944⁴⁵³ sous réserve de l'annulation pure et simple des articles relatifs à l'union nationale des infirmiers et infirmières hospitaliers⁴⁵⁴. Les questions relevant de l'exercice illégal de la médecine par les infirmières furent renvoyées à l'ordonnance du 18 octobre 1943 relative à

⁴⁵⁰ Le décret d'application relatif à l'union, paru au début de l'année suivante, confirmait une structuration nationale et régionale, ainsi qu'un système de sanctions identiques à l'organisation de l'ordre des médecins. Décret du 21 février 1944 portant création d'une union nationale des infirmières et infirmiers hospitaliers.

⁴⁵¹ Loi n° 372 du 15 juillet 1943 relative à la formation des infirmières... *op.cit.* Art. 8.

⁴⁵² Ordonnance du 9 août 1944 relative au rétablissement de la légalité républicaine sur le territoire continental. Tiré à part. JO du 12 septembre 1944.

⁴⁵³ Ordonnance du 28 août 1944 portant validation et modification de l'acte dit « loi n° 372 du 15 juillet 1943 » relative à la formation des infirmiers et infirmières hospitaliers, à l'organisation et à l'exercice de leur profession.

⁴⁵⁴ « Sont et demeurent nuls les articles 7 et 11 [...] qui ont institué une union nationale des infirmiers et infirmières hospitaliers » *Id.* Art. 2. De la même façon, le comité français de libération nationale avait dissous le conseil national de l'ordre des médecins par l'ordonnance du 18 octobre 1943 relative à l'exercice de la médecine, tout en maintenant le principe d'un ordre. Celui-ci fit l'objet de l'ordonnance n°45-2184 du 24 septembre 1945 relative à l'exercice et à l'organisation des professions de médecin, de chirurgien-dentiste et de sage-femme.

l'exercice de la médecine. Du point de vue réglementaire, aussi bien pour les infirmières que pour les assistantes sociales, les dispositions de 1942, « actes de l'autorité de fait se disant gouvernement de l'Etat français », furent reconduites provisoirement en 1945⁴⁵⁵. La seule modification consista au rétablissement d'un conseil de perfectionnement unique pour les écoles d'assistantes sociales et d'infirmières. Cette mesure était assortie de la possibilité de constituer « pour l'étude de certaines questions, des commissions spéciales », et de solliciter l'avis avec voix consultative, « des personnes spécialement qualifiées par leurs compétences techniques ou par leurs fonctions »⁴⁵⁶, précaution témoignant du souci de prendre en compte les spécificités de chaque profession. Sur le fond, la continuité était la règle, comme en témoigne la composition du conseil de perfectionnement arrêtée deux semaines plus tard⁴⁵⁷. Parmi les membres nommés, 9 étaient déjà présents⁴⁵⁸ dans la même instance en 1936 et avaient assuré une remarquable permanence technique du front populaire à la libération, malgré la guerre et les événements politiques en découlant. D'autres avaient été reconduits après avoir été nommés en 1941. Sur la forme, une préséance pour le corps médical était rétablie dans l'exposé de la liste des membres, au lieu de l'ordre alphabétique adopté sans discontinuer depuis 1936. Cette modification attestait la consolidation par les médecins de leur place éminente dans le système de santé. Mais elle témoignait aussi bien de la stabilisation, voire de l'achèvement du modèle professionnel patiemment élaboré pour les infirmières depuis le début du siècle. En ces années d'après-guerre, leur profession était définitivement prise et comprise, sans aucun débordement, dans sa relation avec le corps médical qui la tirait dans son sillage, au rythme de son propre développement. Cette conception fut entérinée dans la nouvelle définition législative proposée en 1946 :

Est considérée comme exerçant la profession d'infirmier ou d'infirmière toute personne qui donne habituellement, soit à domicile, soit dans des services publics ou privés d'hospitalisation ou de consultation, des soins prescrits ou conseillés par un médecin.⁴⁵⁹

Si la définition était centrée directement sur la personne de l'infirmière et non plus sur son emploi comme en 1943, la filiation avec la définition précédente était patente. Ce qui apparaissait comme relevant de la stricte division du travail médical ressortait d'autant plus que dans le même texte, le législateur n'avait pas jugé nécessaire de définir la profession d'assistante sociale, sans doute parce que l'enjeu n'était pas aussi crucial que pour les

⁴⁵⁵ Décret n° 45-505 du 8 mars 1945 portant validation et modification de l'acte dit décret du 11 juillet 1942, instituant un diplôme d'Etat d'assistante ou s'assistant social, et de l'acte dit décret du 10 août 1942, instituant un diplôme d'Etat d'infirmière ou d'infirmier hospitalier.

⁴⁵⁶ *Id.* Art. 7.

⁴⁵⁷ Arrêté du 21 mars 1945 relatif à la composition du conseil de perfectionnement des écoles d'infirmiers hospitaliers ou d'infirmières hospitalières et aux écoles d'assistants sociaux ou d'assistantes sociales.

⁴⁵⁸ Dont les docteurs Leclainche, Cavaillon, Hazemann, Weill-Halle, Mlles Fumey, Fritsch (devenue assistante sociale chef du département de Gironde) et M. Voigt, alors nommé sans fonction particulière.

⁴⁵⁹ Loi n° 46-630 du 8 avril 1946 relative à l'exercice des professions d'assistantes ou d'auxiliaires de service social et d'infirmières ou d'infirmiers. Art. 4.

infirmières. Pour leur part, la référence au décret fondateur de 1932⁴⁶⁰ rappelait la revendication historique d'indépendance d'une frange de la profession, en même temps que l'exclusivité de l'exercice dans leur champ. Si d'autres titres, certificats ou brevets, dont le diplôme d'État d'infirmière, autorisaient leurs titulaires à s'aventurer par dérogation sur le terrain du service social, ce ne pouvait être qu'en qualité d'auxiliaires, « sous le contrôle d'assistantes ou d'assistants diplômés »⁴⁶¹. La différenciation des deux professions était donc définitivement entérinée, même si la première année commune de formation dura jusqu'à la fin des années 1960. Désormais, les ressorts et les déterminants du travail des assistantes sociales, dont l'émancipation par rapport à la profession médicale était achevée, se nichaient et se nouaient ailleurs⁴⁶².

A la fin de la guerre, toutes les mesures inscrites dans la loi de 1943 étaient maintenues pour les infirmières : réglementation de l'exercice professionnel et protection du titre⁴⁶³, inévitables mesures dérogatoires et transitoires⁴⁶⁴, sanctions en regard de l'exercice illégal et de l'usage non autorisé de l'insigne⁴⁶⁵, enregistrement obligatoire⁴⁶⁶. Ainsi, une forme de professionnalisation était acquise par ces travailleuses, au sens où elles disposaient dorénavant d'une licence incontestablement reconnue pour exercer⁴⁶⁷. Leur activité en revanche, à commencer par leur formation, n'existait théoriquement que dans et par la volonté du corps médical, seul véritable décideur et donc unique détenteur du mandat⁴⁶⁸ dont elles bénéficiaient

⁴⁶⁰ « Nul ne peut occuper un emploi d'assistante ou d'assistant dans un service social public ou privé, ni prendre le titre d'assistante ou d'assistant de service social, ou tout autre titre pouvant prêter à confusion avec le titre susvisé s'il n'est muni du diplôme d'Etat exigé depuis le décret du 12 janvier 1932. » Id. Art. 1.

⁴⁶¹ Id. Art. 2.

⁴⁶² Sur le mouvement de professionnalisation des assistantes sociales dans les années 1960 et suivantes, voir Yvonne KNIBIEHLER, *Nous les assistantes sociales, naissance d'une profession. Témoignages*, Paris, Aubier, 1980 et Bertrand DELAUNAY, La formation initiale en service social, une instance de professionnalisation, *Vie Sociale*, n°4, 2007, pp 59-78.

⁴⁶³ Loi n°46-330 du 8 avril 1946... *op. cit.*, Art 1 : « [...] nul ne peut exercer la profession d'infirmière ou d'infirmier s'il n'est muni soit de l'un des brevets délivrés en application du décret du 27 juin 1922, soit du diplôme unique délivré depuis le décret du 18 février 1938 ».

⁴⁶⁴ Id. Art. 5. Ces mesures permettaient d'exercer « soit en qualité d'auxiliaire polyvalent, soit pour un ou plusieurs établissements ou pour un mode d'activité déterminé. » Elles étaient assorties de la possibilité d'autoriser la poursuite d'un exercice antérieur sous réserve de se soumettre à un « examen de récupération ». Art. 13.

⁴⁶⁵ Id. Art. 10 et 11. L'art. 12 conférait l'habilitation à poursuivre les délinquants aux « groupement professionnels régulièrement constitués » en lieu et place de l'union nationale dissoute en 1944.

⁴⁶⁶ Id. Art. 6 et 7. Toutes les mesures contenues dans les articles 6 à 13 étaient communes avec les assistantes sociales, pour application dans leur champ propre.

⁴⁶⁷ Le terme de licence est pris ici au sens que lui attribue le sociologue Everett C. HUGHES. *Le regard sociologique. Essais choisis*, Paris, Editions de l'Ecole des Hautes études en Sciences Sociales, 1996. Ainsi, au-delà de l'autorisation d'exercer « un type d'activité » au sens général du terme, celui-ci renvoie aussi à la permission de mettre en œuvre « des actions qui ne sont ni permises aux autres, ni attendues des autres » et de « s'écarter des comportements ordinaires ». p 99-100. Par exemple, le pouvoir donné aux infirmières de pratiquer des actes supposant une effraction potentiellement sanglante de la barrière cutanée (prélèvements ou injections) en toute légalité et d'attenter ainsi à l'intégrité corporelle humaine prohibée pour tous sauf pour les médecins et chirurgiens (et de façon plus restreinte, les bourreaux ou certains ministres des cultes aux fins de mutilations rituelles comme les circoncisions) constituait l'une de ces remarquables exceptions qui en faisaient des êtres à part dans un groupe à part.

⁴⁶⁸ « Les professions établies, plus encore peut-être que tout autre type de métier, revendiquent un mandat légal, moral et intellectuel. Non seulement leurs membres, parce qu'ils sont entrés dans le cercle magique des collègues,

secondairement par une procuration scrupuleusement réglementée. Cette limitation de leurs marges de manœuvre n'empêchait pas, néanmoins, le développement de leur qualification. A partir de 1945 et durant la décennie suivante, une cinquantaine d'écoles nouvelles ouvrirent, portant le nombre total d'établissements agréés à 182 en 1962⁴⁶⁹. En relation directe avec cet accroissement rapide et constant de l'appareil de formation, le nombre annuel de diplômées d'État augmenta de façon spectaculaire, passant de 2160 en 1946 à 4543 en 1957 et à 9541 en 1958⁴⁷⁰.

Outre le conseil de perfectionnement des écoles devenu conseil de perfectionnement pour les études d'infirmières en 1957⁴⁷¹, la profession était représentée au plus haut niveau du secrétariat d'État puis du ministère de la Santé publique par le conseil supérieur des infirmières et infirmiers créé en 1951⁴⁷². Cette instance était chargée de donner son avis sur toutes les questions relatives à l'exercice de la profession. Dans sa version de 1959⁴⁷³, elle comprenait 28 membres⁴⁷⁴ parmi lesquels 7 représentants de la profession étaient choisis « sur les propositions des groupements professionnels les plus représentatifs »⁴⁷⁵. La reconnaissance de ces groupements comme mode de recrutement de représentants professionnels, était conforme aux dispositions de la loi de 1946. Elle attestait aussi bien la reconnaissance officielle de l'existence de différents collectifs, au-delà des représentations individuelles ès qualités. Parmi les collectifs répertoriés en 1962⁴⁷⁶, trois associations à orientation professionnelle plus ou moins confessionnelle, avaient de surcroît la particularité d'être inscrites dans un mouvement

ont individuellement licence de faire ce que d'autres ne font pas, mais en tant que groupe, ils prétendent indiquer à la société ce qui, dans tel domaine de l'existence, est bon et juste pour l'individu et la société ». *Id.* p 100. De ce point de vue, la détermination des tâches pouvant être confiées aux infirmières et des connaissances dont elles avaient besoin pour les mettre en œuvre faisait partie du mandat que la profession médicale s'était octroyé dès la conquête de son monopole sur tout ce qui touchait à la santé humaine à la fin du siècle précédent.

⁴⁶⁹ *La Profession d'infirmière en France*, étude publiée par la Revue de l'Infirmière et de l'Assistante Sociale, Paris, l'Expansion éditeur, 2^{ème} édition, 1962, p. 13-14.

⁴⁷⁰ *Ibid.*

⁴⁷¹ Décret n° 57-1132 du 5 octobre 1957 relatif aux conseils de perfectionnement pour les études de service social et pour les études d'infirmiers et d'infirmières. Le titre II était consacré aux infirmières.

⁴⁷² Décret n° 51-243 du 28 février 1951 portant création d'un conseil supérieur des infirmières et infirmiers.

⁴⁷³ Décret n°59-1150 du 28 septembre 1959 créant un nouveau conseil supérieur des infirmières et infirmiers et abrogeant les textes concernant l'ancien conseil.

⁴⁷⁴ 7 représentants de l'administration, 7 représentants d'organismes intéressés à l'exercice de la profession (parmi lesquels l'ordre des médecins, la confédération des syndicats médicaux français), 7 représentants de la profession et 7 membres choisis en raison de leur compétence particulière. *Id.* Art. 3.

⁴⁷⁵ *Ibid.*

⁴⁷⁶ *La Profession d'infirmière en France ... 1962, op.cit.* p. 17-28. Publié pour la première fois en 1959, cet ouvrage de près de 400 pages, fût-il modestement présenté comme une « brochure », était réalisé par la rédaction de la *Revue de l'infirmière et de l'assistante sociale* fondée en 1951, sans filiation avec *l'Infirmière française*. Il avait pour but de « rassembler en un seul petit volume l'essentiel des renseignements qui lui sont chaque jour demandés par des lectrices de la revue ». Cette initiative témoigne de la volonté de construire un système d'information à destination des professionnelles en dehors des circuits de l'État apparemment moins performants de ce point de vue. Les références présentées ici sont extraites d'un article rédigé par Mlle Jane Martin, directrice de l'école des cadres de la Croix Rouge Française (voir *infra*). Son contenu renseigne aussi bien sur le point de vue d'une des leaders de la profession à l'époque.

international : l'ANIDEF, affiliée au CII⁴⁷⁷ depuis 1925, l'UCSS⁴⁷⁸, affiliée depuis 1937 au Comité international catholique des infirmières et assistantes médico-sociales (CICIAMS)⁴⁷⁹ et l'Amicale des infirmières et des assistantes sociales de la Croix-Rouge Française, qui était rattachée au niveau mondial au Comité international de la Croix Rouge et à la Ligue des sociétés de la Croix Rouge. Deux associations à orientation d'abord confessionnelle complétaient ce panorama : l'association professionnelle protestante, qui comportait une section pour les professions médicales et paramédicales parmi lesquelles siégeaient les infirmières et l'Union évangélique des infirmiers de France⁴⁸⁰. A côté de ces groupements, figuraient « 4 fédérations des syndicats d'infirmières qui ont pour but la défense des intérêts de leurs membres »⁴⁸¹. Il s'agissait là des grandes centrales syndicales généralistes qui rappelaient au demeurant, que les infirmières étaient des travailleuses comme les autres : CGT, CGT-FO (Force ouvrière), CFTC⁴⁸² et CGC⁴⁸³. Plus spécialisée, la Fédération nationale des infirmiers et infirmières de France, d'Union Française et des Territoires associés, regroupait des syndicats d'infirmières et d'infirmiers exerçant à domicile à titre libéral⁴⁸⁴, possibilité ouverte par la loi en 1943 et confirmée en 1946⁴⁸⁵. Enfin, la Fédération autonome des personnels des services de

⁴⁷⁷ Conseil international des infirmières voir *supra*. Au niveau international, la Fondation internationale Florence Nightingale (FIFN) était « associée au Conseil International des Infirmières dont elle [était] devenue la division de l'enseignement » *Id.* p 37.

⁴⁷⁸ Union catholique des services de santé et des services sociaux, voir *supra*.

⁴⁷⁹ Créé en 1923 à l'initiative de l'organisation internationale Caritas, ce comité avait pour objectif « l'union du personnel soignant catholique pour appliquer l'idéal et l'éthique de la religion catholique ». Il devint officiellement actif à l'OMS à partir de 1954. Geneviève CHARLES, *L'infirmière en France...* *op. cit.*, p 220.

⁴⁸⁰ Les membres de ces deux associations étaient invités à « se rattacher pour l'étude des problèmes techniques et pour ceux d'organisation professionnelle, aux groupements nationaux, et [à] leur apporter leur compétence comme leur idéal humain. » *La Profession d'infirmière en France ... 1962, op.cit.*, p 26.

⁴⁸¹ *Id.* p 27.

⁴⁸² Confédération française des travailleurs chrétiens.

⁴⁸³ Confédération générale des cadres, au sein de laquelle figurait le Syndicat national des infirmiers et infirmières DE (diplômés d'État). *La Profession d'infirmière en France ... 1962, op.cit.* p 28. Créée fin 1944, La CGC était organisée autour de la puissante Fédération nationale des syndicats d'ingénieurs (FNSI) existant avant Vichy et non dissoute pendant. Néanmoins, pour atteindre une masse suffisante et peser, notamment face aux syndicats ouvriers, elle s'ouvrit à d'autres catégories, comme en témoignent les 3 sections qui la constituaient alors : 1° cadres de direction (ingénieurs, cadres administratifs et commerciaux) correspondant au début à la FNSI – 2° cadres de maîtrise (techniciens, cadres administratifs et commerciaux) – 3°VRP (voyageurs, représentants, placiers). Luc BOLTANSKI, *Les cadres. La formation d'un groupe social*, Paris, Les éditions de Minuit, 2011, p 133. « La masse des petits cadres et, particulièrement des représentants et des placiers, pour qui l'affiliation à la CGC constitue une sorte de brevet de noblesse, fonctionne objectivement comme une masse de manœuvre au service des ingénieurs. La CGC élabore alors sa doctrine de recrutement, elle-même solidaire d'une définition élargie de la population des cadres : est cadre tout agent investi, dans l'entreprise, de "responsabilités" quelles qu'elles soient (et aussi minimales soient-elles) » *Ibid.* Les infirmiers et infirmières DE y étaient donc admis en tant qu'ils tenaient une position supérieure par rapport à la masse des non diplômés qui soignaient les malades sous leur contrôle, notamment en milieu hospitalier.

⁴⁸⁴ Soit une quarantaine de syndicats rassemblant « environ 2000 infirmières ». *La Profession d'infirmière en France ... 1962, op.cit.*, p.28.

⁴⁸⁵ A cet effet, fut publié l'arrêté du 31 décembre 1947 relatif aux actes médicaux pouvant être exécutés par un auxiliaire médical qualifié. Ces actes devaient faire l'objet d'une prescription quantitative et qualitative du médecin traitant. Certains pouvaient être effectués hors de sa présence (Art.1). D'autres ne pouvaient être effectués qu'après qu'il se fût personnellement assuré de la possibilité pour l'auxiliaire de les réaliser « du fait de sa compétence et des possibilités inhérentes à chaque cas » (Art. 2). D'autres enfin ne pouvaient être effectués par un auxiliaire, « sauf sous la responsabilité et la surveillance directe du médecin traitant pouvant ainsi contrôler et intervenir à

santé et des services sociaux était mentionnée. Tous ces collectifs, en tant qu'ils étaient « régulièrement constitués » aux termes de la loi, étaient susceptibles de représenter les professionnels dans les instances. Ce foisonnement de groupements répondant à des motivations diverses – professionnelles plus ou moins confessionnelles, syndicales plus ou moins politiques, voire spirituelles et morales - contrastait de façon saisissante avec la simplicité fruste de l'unique union nationale maréchaliste de 1943. Si Mlle Martin ne semblait en rien nostalgique de l'époque, elle n'en soulignait pas moins les problèmes soulevés par cette richesse de l'offre de groupements :

Nombreux et de statuts très divers, ils répondent parfaitement à notre goût d'indépendance, mais ne donnent pas, à l'heure actuelle, aux pouvoirs publics et à la population, le sentiment que notre profession ait atteint sa « majorité » et ait pris entièrement conscience de ses responsabilités civiques.⁴⁸⁶

En fait, cette riche palette de groupements rendait compte de la diversité des courants idéologiques, religieux ou politiques, qui avaient alimenté le processus complexe de professionnalisation à l'œuvre. Néanmoins, pour jouir des formes abondantes de libre participation à nouveau permises depuis la Libération après l'ordre imposé, rigide et austère de 1943, il y avait un prix à payer. Cette grande variété de l'offre ne facilitait en effet pas un regroupement déjà rendu difficile par la diversité des modes et conditions d'exercice hospitalier ou à domicile. Ces difficultés étaient de surcroît, aggravées par les mesures dérogatoires et les multiples arrangements, parfois locaux, essentiellement motivés par une pénurie chronique de professionnels installée depuis l'entre-deux guerres. Entre les infirmières diplômées d'État, certes de plus en plus nombreuses et reconnues et les « autorisées » de toutes sortes à l'exercice parfois limité et aux intérêts pas toujours convergents, l'espace était encore trop vaste pour qu'un groupe professionnel aux contours bien définis fût véritablement identifiable et faire corps. Les difficultés de regroupement étaient d'autant plus grandes, que parallèlement à la diversité des formations initiales et des modes d'exercice professionnel des infirmières elles-mêmes, un processus de spécialisation émergea par l'institution du diplôme d'État de puériculture en 1947⁴⁸⁷. Obtenu au terme de 3 ans d'études, ce diplôme était accessible en un

tout moment » (Art. 3.) Ces actes servirent aussi de base au remboursement des soins par le système de sécurité sociale institué par ordonnance le 4 octobre 1945.

⁴⁸⁶ *La Profession d'infirmière en France ... 1962, op.cit, p.22.*

⁴⁸⁷ Décret n° 47-1544 du 13 août 1947 instituant un diplôme d'Etat de puériculture. Ce texte faisait suite, sans y faire référence, à la loi n° 203 du 9 mai 1944 de l'État français relative à l'enseignement de la puériculture, laquelle créait un diplôme de monitrice de puériculture et un certificat d'auxiliaire de puériculture qui ne virent pas le jour. Ce premier diplôme de spécialité fut suivi par le certificat d'aptitude à la fonction d'aide-anesthésiste créé par décret le 9 avril 1960 et par le certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmière de salle d'opération créé par le décret n° 71-388 du 21 mai 1971. Ces dates rendent compte du rythme très lent de la diversification des spécialités officielles, de surcroît cantonnées pour les deux dernières, à l'activité chirurgicale. En marge du processus de spécialisation, le diplôme d'infirmière ou d'infirmier des hôpitaux psychiatriques fut créé par arrêté du 28 juillet 1955. Il était délivré « aux candidates et aux candidats ayant suivi l'enseignement et subi avec succès l'examen organisé [...] » Art.1. Ce diplôme, permettait uniquement d'exercer en milieu psychiatrique. *Ibid.* Faisant suite à des initiatives locales qui remontaient pour certaines au début du siècle, la formation était mise en œuvre par et dans les hôpitaux. Art.2. Sous la direction technique d'un médecin de l'établissement, les enseignements étaient

an aux infirmières, assistantes sociales et sages-femmes diplômées d'État. Ce texte prévoyait en outre, l'attribution du certificat d'auxiliaire de puériculture aux personnes ayant suivi « un enseignement préparatoire consacré à une première orientation professionnelle », à la condition expresse que cette formation fût organisée « dans les conditions fixées par le ministre de la santé publique et de la population »⁴⁸⁸. Cette toute dernière disposition marquait le début de l'officialisation d'une division hiérarchisée du travail de soins.

Des assistantes hospitalières lyonnaises des années 1920 aux aides-soignants en 1949 : division du travail de soins et stratification du groupe professionnel des infirmières en question

Un exercice professionnel de plus en plus réglementé et encadré avait indéniablement permis aux infirmières de se distinguer d'autres professionnels moins qualifiés. Pour autant, ceux-ci n'en étaient pas moins considérés comme tout aussi indispensables, notamment dans l'espace hospitalier. A la fin des années 1920, aux Hospices civils de Lyon (HCL), la mise en place du nouveau corps des assistantes hospitalières et d'un dispositif de formation s'y rapportant spécifiquement, parallèlement au développement des écoles d'infirmières diplômées, témoigne de la précocité de cette préoccupation alors d'ordre essentiellement économique⁴⁸⁹. Pour être localement motivée et délimitée, cette initiative n'en renvoyait pas moins à une forme de stratification de l'exercice professionnel des infirmières par niveau de compétence. Comme en témoigne le compte rendu des délibérations du conseil d'administration des HCL du 13 octobre 1926, il s'agissait pour les administrateurs hospitaliers, de faire face à la raréfaction des religieuses qui avaient jusqu'alors massivement pris en charge l'activité de soins, son organisation et son encadrement, contrairement à l'assistance publique de Paris où le processus de laïcisation avait été beaucoup plus radical et rapide :

dispensés par « les médecins directeurs ou directeurs, les médecins chefs, les pharmaciens, les secrétaires de direction » Art. 3. Certains cours seulement pouvaient « être confiés à des infirmières directrices ou monitrices, d'écoles d'infirmières. » *Ibid.* Ces précisions montrent que le but premier de ce texte était de permettre et d'améliorer immédiatement le fonctionnement interne des établissements concernés, sur le modèle, certes très arrangé du point de vue de la gouvernance et de la sélection sociale et sexuelle des élèves, de l'hôpital-école nightingalien. En témoigne la pratique obligatoire qui semble lui être directement empruntée, de « La tenue des cahiers individuels de cours » soumis au contrôle régulier des professeurs. Art. 10. Le programme, comprenant des enseignements théoriques, pratiques et des stages, était néanmoins national et donc applicable à tous les établissements concernés, de même que les examens organisés par région sanitaire. Art.14. Les infirmiers et infirmières diplômés d'État pouvaient en revanche exercer partout, y compris dans ces lieux de soins. Art. 30.

⁴⁸⁸ Décret n° 47-1544 du 13 août 1947... *op. cit.* Art. 8. Il s'agissait là d'entériner une fonction perçue comme essentielle depuis longtemps et pour laquelle des formations avaient été organisées localement bien avant cette réglementation. En témoigne l'arrêté du 13 novembre 1964 reconnaissant pas moins de 28 certificats de cet ordre. Voir *infra*.

⁴⁸⁹ Christian CHEVANDIER, *Infirmières parisiennes ... op. cit.* Voir en particulier le chapitre sept, « Ailleurs, d'autres choix », p. 258-286.

Le personnel religieux se faisant de plus en plus rare, quelques-uns de nos Collègues Directeurs sont appelés à examiner la possibilité de le remplacer par du personnel laïque gratifié : ce personnel existe, grâce à l'École d'Infirmières de la Charité, nous pourrions facilement recruter des infirmières diplômées capables de remplacer nos sœurs, le moment venu. Mais si nous devons les remplacer en nombre égal par des infirmières diplômées, l'opération serait très onéreuse sans que, ni les malades, ni le corps médico-chirurgical y trouvent un avantage quelconque. Il n'est pas utile de n'avoir que des diplômées dans nos salles. Ce qu'il faut, c'est un cadre d'infirmières diplômées de tout premier ordre – cela existe à la Charité- et sous leurs ordres et pour les seconder, des femmes ayant une instruction professionnelle et une éducation suffisante pour donner aux malades les soins qu'ils sont en droit d'exiger de notre personnel. Actuellement, ce personnel n'existe pas et, jusqu'à ce jour, rien n'a été fait pour l'avoir ; il est donc temps de se mettre à l'œuvre et de créer quelque chose pour cela.⁴⁹⁰

Ce jour-là, le nouveau grade d'assistante hospitalière fut créé. Rapidement, une formation en un an fut mise au point, permettant aux prétendantes de s'y préparer au moyen de cours du soir tout en travaillant à l'hôpital, organisation rappelant les cours municipaux parisiens dont Bourneville fut l'inventeur à la fin du siècle précédent⁴⁹¹. L'année suivante, une grille salariale spécifique prévoyant un véritable déroulement de carrière fut proposée pour cette nouvelle catégorie de professionnelles qui cessèrent « d'être effectivement des femmes de service »⁴⁹² sans pour autant devenir des infirmières au sens moderne, c'est-à-dire diplômées. D'autres initiatives locales du même type virent le jour dans les mêmes années, comme par exemple aux Hospices civils de Saint-Etienne, dans les hôpitaux de Bordeaux ou encore à l'Assistance publique de Marseille. Celles-ci prirent fin respectivement en 1932, 1933 et 1949⁴⁹³, existence contrastant avec la remarquable longévité de l'expérience lyonnaise dont la dernière promotion fut recrutée en 1979, l'extinction totale du corps des assistantes hospitalières étant prévue pour 2017⁴⁹⁴.

Au niveau national, c'est en 1947 que ce mouvement de stratification débuta officiellement, par la création du certificat d'auxiliaire de puériculture⁴⁹⁵ au terme d'une formation visant à « former les exécutantes des services de protection maternelle et infantile [...] ainsi que les éleveuses d'enfants »⁴⁹⁶. Mais il ne s'agissait là que d'une frange minoritaire, quasi

⁴⁹⁰ Cité par Christian CHEVANDIER, *Infirmières parisiennes ... op. cit.*, p 272.

⁴⁹¹ *Ibid.* Ces cours subsistèrent jusqu'en 1945, parallèlement aux formations d'infirmières préparant au diplôme national.

⁴⁹² Délibération du CA des HCL du 9 décembre 1927, citée par Christian CHEVANDIER, *id.* p 275.

⁴⁹³ *Id.* p 285.

⁴⁹⁴ *Id.* p 279.

⁴⁹⁵ Voir *supra*.

⁴⁹⁶ *La Profession d'infirmière en France, op.cit.* édition de 1959... p 140. Dans cet ouvrage, publié 12 ans après la création du certificat, alors que la dénomination officielle était « auxiliaire de puériculture », la rubrique était intitulée « aide-puéricultrice ». Il est peu douteux qu'il s'agissait là d'un effet de langage intentionnel et militant, pour insister sur l'incarnation de l'activité par les puéricultrices, c'est-à-dire des infirmières spécialisées, même si les diplômes d'assistante sociale et de sage-femme permettaient d'y accéder jusque dans les années 1970. La puéricultrice était alors ainsi définie, sans ambiguïté : « agent d'exécution, de contrôle et de liaison du médecin puériculteur et du pédiatre : c'est l'infirmière d'enfants spécialisée ». *Id.* p 232. Dans l'édition de 1962 du même ouvrage, peut-être en raison d'un rappel à l'ordre, il était question d'auxiliaire de puériculture et non plus d'aide-

aristocratique, de la profession. C'est véritablement en 1949, à l'Assistance publique de Paris (AP), qu'il est possible de repérer les origines de ce qui allait donner le nouveau groupe professionnel des aides-soignants, à terme plus qualifiés que les agents de service et moins que les infirmières⁴⁹⁷. Le 13 janvier, les agents de service qui revendiquaient une augmentation de leur traitement alors même que les pouvoirs publics venaient d'annoncer fermement un blocage des salaires, se lancèrent, à l'initiative de la CGT⁴⁹⁸, dans un mouvement social d'une étendue et d'une vigueur exceptionnelles. Début février, une intersyndicale fut constituée, malgré de notables divergences ayant récemment abouti à la scission entre la CGT et FO. Le mouvement s'étendit rapidement à la totalité des établissements de l'AP, puis de façon moins dense aux établissements de la région parisienne et dans les grandes villes de province. Devant l'ampleur du mouvement, le 11 février, le ministère de la Santé publique décida de créer la nouvelle catégorie d'aide-soignant, « considérant que tous les services de sécurité ont été assurés et après avoir étudié dans un esprit favorable les revendications des intéressés »⁴⁹⁹.

Ainsi, le mouvement social fut un puissant acteur dans la création de ce qui allait devenir un nouveau métier à l'hôpital, processus dont Christian Chevandier souligne d'ailleurs le caractère paradoxal dans ce milieu professionnel : « Cette première grève hospitalière se termine sur une victoire, le paradoxe étant cependant qu'un moyen d'action contraire aux pratiques identitaires des métiers de soignants soit à l'origine de la création d'un de ces métiers. »⁵⁰⁰ Sans doute les agents de service avaient-ils bénéficié dans cette lutte, d'une position moins exposée que celles des infirmières s'agissant de la pratique de la grève, longtemps impensable ou au moins difficilement envisageable pour elles, du point de vue moral mais aussi technique. Autant de conditions de nature à construire un rapport de force très favorable aux grévistes. Mais cette victoire témoignait, aussi bien, de la prise de conscience par l'administration, de la complexité de leur travail et de la participation réelle aux soins de beaucoup d'entre eux, bien au-delà des tâches strictement domestiques. Comme le souligne Anne-Marie Arborio, sociologue, les mêmes tâches peuvent être effectuées par différents acteurs en fonction des périodes de

puéricultrice, ce qui suggérait que lesdites auxiliaires pouvaient aussi remplir leurs fonctions sous l'autorité d'infirmières diplômées d'État travaillant auprès d'enfants. Simple coïncidence ou réaction à ce qui avait pu être ressenti comme une petite humiliation, la définition de la puéricultrice de 1959 fut reprise à l'identique mais augmentée de la précision suivante : « [...] Elle exécute ou dirige l'exécution des soins à donner aussi bien au nouveau-né et à l'enfant normaux qu'au nourrisson et à l'enfant malades. » *La Profession d'infirmière en France, 1962... op.cit.* p 243. Autant d'indices qui pour être infimes, n'en montrent pas moins un segment minoritaire du groupe professionnel des infirmières agissant selon sa logique propre, avec des effets à la fois négatifs sur la cohésion du groupe d'appartenance et positifs quant à son enrichissement et son affermissement. Position à la fois antagoniste et complémentaire qui rend compte de la complexité de la construction identitaire à l'œuvre.

⁴⁹⁷ Christian CHEVANDIER, *L'hôpital dans la France...*, *op. cit.*

⁴⁹⁸ Confédération générale du travail, distincte de la CGT-FO (Force ouvrière) depuis la scission officiellement opérée en 1948.

⁴⁹⁹ Communiqué du gouvernement rapporté dans une note du cabinet du directeur général de l'AP, citée par Christian CHEVANDIER, *L'hôpital dans la France...*, *op.cit.* p 273.

⁵⁰⁰ *Ibid.* L'auteur donne la définition suivante du terme « soignantes » : « personnes qui œuvrent dans les services de soins (ce que les comptes moraux appellent le "personnel attaché au service des administrés") ». *Infirmières parisiennes... op.cit.*, p. 260 note 13.

l'histoire qui conditionnent la structuration des organisations et des hiérarchies au travail⁵⁰¹. Si la création du corps des aides-soignants relevait politiquement du « tour de passe-passe qui, pour mettre fin à la grève, permet de contourner l'opposition du ministère des Finances à toute augmentation des traitements » comme le suggère Christian Chevandier⁵⁰², elle n'en répondait pas moins à « l'actualité d'une exigence de qualification », car « ces années-là sont bien celles où se pose la question de la qualification des agents sans formation initiale, qui apprennent sur le tas leur métier »⁵⁰³. Durant les sept années suivantes, aucune formation ne fut dispensée. Les agents de service étaient admis dans le nouveau corps sur examen de leur dossier individuel par une commission paritaire comprenant d'une part un médecin chef et des représentants de l'administration et d'autre part des représentants du personnel désignés par les organisations syndicales proportionnellement à leur représentativité⁵⁰⁴.

Le 23 janvier 1956, un arrêté portant création d'un certificat d'aptitude aux fonctions d'aide soignant⁵⁰⁵ et d'aide soignante dans les hôpitaux et hospices publics ou privés fut publié. Ce diplôme était « destiné à sanctionner la formation reçue⁵⁰⁶ », théorique et pratique, d'une durée de dix mois. Pouvaient s'y présenter les « personnels de toutes catégories d'un établissement hospitalier public ou privé effectivement en fonction depuis une année au moins⁵⁰⁷ ». Très encadrées, les fonctions visées permettaient au titulaire du certificat de « donner des soins d'hygiène générale, à l'exclusion de tout soin médical, sous l'autorité du personnel infirmier diplômé ou autorisé »⁵⁰⁸.

Le contenu du programme des études annexé à l'arrêté renseigne sur la volonté manifeste de structurer et organiser le travail dans les services de soins, s'agissant notamment de la division du travail entre les infirmières et leurs aides, subordonnés mais désormais officiellement formés et certifiés. Huit rubriques structuraient les matières à enseigner⁵⁰⁹. Si les soins directs aux malades occupaient une grande place⁵¹⁰, la participation, aux côtés de l'infirmière, aux soins répondant à une activité médicale n'était pas en reste. Ainsi, la rubrique « Soins » était-elle particulièrement étoffée, comprenant des notions d'asepsie, d'antisepsie, de désinfection, de

⁵⁰¹ Anne-Marie ARBORIO, *Un personnel invisible. Les aides-soignantes à l'hôpital*, Paris, Anthropos, 2001

⁵⁰² Christian CHEVANDIER, *L'hôpital dans la France... op. cit.* p 270.

⁵⁰³ *Ibid.*

⁵⁰⁴ *Id.* p 273.

⁵⁰⁵ Il s'agit bien du vocable « aide soignant » et non « aide-soignant » usité plus tard.

⁵⁰⁶ Arrêté du 23 janvier 1956, *op. cit.* Art. 1.

⁵⁰⁷ *Id.* Art. 2.

⁵⁰⁸ *Id.* Art. 7. Cette précision plaçant les infirmiers indifféremment diplômés ou autorisés en position d'autorité par rapport à ces agents lève toute ambiguïté, en confirmant implicitement la non inclusion des aides soignants au groupe des infirmiers.

⁵⁰⁹ Morale professionnelle - Hygiène du malade - Hygiène de la salle - Alimentation du malade - Soins - Rôle de l'aide médicale dans les services spécialisés - Hygiène alimentaire - Economie domestique.

⁵¹⁰ Hygiène corporelle totale, confort, alimentation, élimination. La présence de deux chapitres sur le sujet de l'alimentation étonne, d'autant que « notions de diététique » et « régimes spéciaux » figurent au programme de l'« Alimentation du malade » et que l'« Hygiène alimentaire » faisant l'objet du second chapitre n'était pas déclinée.

stérilisation, sans doute comme préalables nécessaires à l'activité de « préparation du matériel de l'infirmière » et de nettoyage du matériel utilisé. En outre, des éléments de surveillance clinique du malade étaient abordés, comme la respiration, l'élimination des urines et des selles, la pesée, la température, le faciès, l'état de conscience, l'attitude psychique du malade, ou encore la « surveillance de l'opéré ». Enfin, quelques actes techniques figuraient au programme : pose de bouillottes, pose de vessies à glace, révulsions⁵¹¹, lavements simples, lavage d'intestin. Le programme était consacré dans son intégralité aux aspects physiques du patient⁵¹², témoignage supplémentaire de la manière de regarder l'activité hospitalière, fortement conditionnée par l'exercice de la médecine et de la profession d'infirmière.

Comme en réaction à cette stratification très officielle du groupe des soignants⁵¹³, aboutissant à la reconnaissance d'un nouveau métier en bas de l'échelle hiérarchique, le groupe des infirmières commença à s'organiser par la création en 1949, du Comité d'entente des écoles d'infirmières hospitalières françaises et de l'Union française⁵¹⁴. Cette initiative attestait la prise de conscience que l'unification, encore à l'ordre du jour, de la formation des infirmières sur l'ensemble du territoire et donc de la préparation au diplôme d'État, était un facteur d'affermissement de la profession. A l'autre extrémité de la ligne hiérarchique, en écho au mouvement social et à la grève, unique ressource et ultime recours des sans grade, le mouvement associatif, plus policé, portait la voix des plus gradées.

Le tardif comité d'entente des écoles en 1949 : de la réflexion des directrices d'écoles sur la formation des infirmières à l'ébauche d'une structuration des niveaux supérieurs de la profession

En créant le Comité d'entente des écoles, les infirmières empruntèrent la même voie que celle qui avait conduit les assistantes sociales sur le chemin de l'émancipation plus de 20 ans plus tôt. Il s'agissait ici pour elles, « tout en conservant entièrement l'autonomie des Écoles » qui composaient le Comité d'entente :

- 1- de représenter les intérêts communs de ces Écoles ;
- 2- de coordonner leurs efforts en établissant entre les Directrices, les Monitrices et les personnes qui s'intéressent à l'enseignement des infirmières en France et à l'Étranger, un lien permanent ;

⁵¹¹ Procédé thérapeutique consistant à produire un afflux sanguin dans une région déterminée dans le but de décongestionner un organe. Pratiquement, il s'agissait de la pose de ventouses.

⁵¹² Mise à part la surveillance de l'« attitude psychique du malade », renvoyant en l'occurrence, très vraisemblablement, au comportement de la personne.

⁵¹³ Le terme « soignant » est employé ici et ailleurs au sens défini par Christian CHEVANDIER, *supra*.

⁵¹⁴ « La Profession d'infirmière en France », 1959... *op.cit.* p 28. Sur ce sujet, cet ouvrage a le double intérêt de rappeler les origines du Comité et de faire part de commentaires sur son activité après 10 ans de fonctionnement.

- 3- de rechercher le perfectionnement des méthodes pédagogiques par tous les moyens et la documentation possibles, notamment par l'étude et la mise en commun des diverses techniques de soins aux malades.⁵¹⁵

Les problèmes abordés étaient certes déjà discutés au sein de l'ANIDEF dans le cadre d'une commission pédagogique depuis sa création. Mais il s'agissait là du petit cénacle d'une élite de pionnières constituant les groupes de travail et de réflexion. La création du Comité d'entente apparaissait donc aussi comme une tentative pour faciliter l'appropriation systématique de toutes ces questions par les professionnelles elles-mêmes, à commencer par les directrices⁵¹⁶, en élargissant les possibilités de débats, d'échanges et de réflexion. Si l'inspiration puisée dans l'initiative des assistantes sociales était patente, y compris dans des formulations suffisamment habiles pour éviter le risque d'un plagiat fort peu glorieux, le discours semblait moins virulent, sinon moins militant. Il n'était pas question par exemple, de « faire des démarches opportunes auprès des pouvoirs publics ». C'est que sur ce dernier point, qui renvoyait à ce que l'on n'appelait pas encore en France le *lobbying*⁵¹⁷, les pouvoirs publics avaient amplement précédé la démarche, contrairement à l'expérience des assistantes sociales. Il s'agissait sans doute plus ici, d'échapper un peu à l'emprise d'un État prescripteur, omniprésent depuis plus de deux décennies, que de construire un argumentaire destiné à susciter un intérêt qu'il avait déjà amplement démontré. Les liens de subordination étaient néanmoins loin d'être véritablement rompus, puisqu'il arrivait au même État de passer commande au Comité : « Ses réalisations sont déjà importantes et les Pouvoirs Publics sollicitent son avis en lui proposant comme sujets d'étude les projets qui seront discutés au Conseil de Perfectionnement des Ecoles.»⁵¹⁸ Il n'était pas question non plus, pour l'heure, de « répandre dans le pays » l'idée de service infirmier comme ce fut le cas pour « l'idée de service social » chère aux militantes des années 1920. Alors que les assistantes sociales étaient parvenues très tôt, au moins dans le discours, à distinguer la professionnelle comme sujet agissant de son objet de pratique, il semblait, pour l'heure, difficile pour les infirmières de mettre en avant un objet apparemment accaparé en totalité par la profession médicale. Dès lors, la focalisation sur les questions techniques, voire instrumentales et pédagogiques, apparaissait comme allant de soi.

Il n'en demeurait pas moins cependant, que les rencontres à l'initiative du Comité d'entente offraient des temps et des espaces d'échanges propices à une forme de construction identitaire débordant même, parfois, le niveau national :

Les réunions qu'il organise chaque année pour les Directrices et les Monitrices d'Écoles dans le cadre du Centre International d'Etudes Pédagogiques de Sèvres, sont des rendez-vous attendus par ses membres français comme par ses invitées étrangères. Elles permettent à chacune d'affermir sa conception de

⁵¹⁵ *Ibid.* Les initiales en majuscules figurent dans le texte original.

⁵¹⁶ Les monitrices durent attendre la fin de la décennie suivante pour constituer un groupe et être admises dans ce comité. Voir *infra*

⁵¹⁷ D'après le Petit Robert, le terme *lobby* fut repéré en France à partir de 1952.

⁵¹⁸ « La Profession d'infirmière en France », 1959... *op.cit.* p 28.

l'enseignement des infirmières. Par les conférences professionnelles, pédagogiques et techniques que leur programme comporte, elles offrent à leurs membres une possibilité de culture et de progrès.⁵¹⁹

En fréquentant le Centre international d'études pédagogiques de Sèvres (CIEP), les membres du Comité d'entente des écoles d'infirmières investissaient un haut lieu de l'innovation pédagogique, fondé en juin 1945 par Gustave Monod, inspecteur général de l'instruction publique nommé directeur de l'enseignement secondaire à la Libération. Promoteur depuis les années 1930 d'une pédagogie nouvelle s'appuyant sur des méthodes actives, il était convaincu de la nécessité de réformer le système éducatif afin de modifier le statut de l'élève et le transformer en véritable acteur de son apprentissage. Le Centre de Sèvres était un lieu de rencontres, d'échanges et de réflexion au service de ce projet qui supposait une ouverture certaine au monde :

Le Centre international d'études pédagogiques (désormais CIEP) dont Gustave Monod est le « père fondateur » est étroitement lié à l'expérience des classes nouvelles. C'est le lieu qui va permettre de fédérer les enseignants et de leur faire partager une même conception de la pédagogie dans un cadre d'emblée ouvert sur les expériences étrangères et les contacts avec les autres systèmes éducatifs. C'est aussi celui qui lui permettra de mener à bien l'ensemble des mesures liées à la réforme⁵²⁰ et de les diffuser sur l'ensemble du territoire [...] il s'agit d'une part, d'assurer la formation permanente des enseignants français liée à l'expérimentation d'une nouvelle pédagogie et, d'autre part, de créer entre enseignants de tous les pays un courant d'échanges et une formation réciproque.⁵²¹

Le CIEP fut installé dans les locaux occupés jusqu'en 1940 par l'École normale supérieure de jeunes filles. Cette institution avait œuvré depuis sa création à la fin du XIX^{ème} siècle, pour l'accès des filles à l'agrégation jusqu'alors réservée au genre masculin⁵²². Ce lieu d'histoire d'une émancipation féminine était donc aussi hautement chargé de symbole pour les infirmières enseignantes qui le fréquentèrent quelques années seulement après sa création. La direction en fut d'ailleurs immédiatement confiée à une femme, Edmée Hatinguais, qui avait dirigé l'École normale supérieure de Sèvres de 1941 à 1944⁵²³. Par ailleurs, que la diversification,

⁵¹⁹ *Ibid.*

⁵²⁰ Il s'agit de l'ambitieux plan Langevin-Wallon, initié en 1944 sous le Gouvernement provisoire de la République française. Celui-ci prévoyait une réforme démocratique profonde du système éducatif s'appuyant sur ce qui se passait dans le reste du monde, notamment en Grande-Bretagne et aux États-Unis. Il fut néanmoins tardivement présenté en 1947, alors que d'autres préoccupations, notamment économiques, supplantèrent déjà les considérations d'ordre éducatif. Il ne fut pas mis en œuvre, hormis quelques expérimentations locales précoces de « classes nouvelles » non généralisées. Ce plan n'en constitue pas moins une référence toujours respectée et influente, s'agissant des réformes du système éducatif. Etya SOREL, Pierre BOUTAN, *Le plan Langevin-Wallon, une utopie vivante*, Paris, PUF, 1998. Note ajoutée par nous.

⁵²¹ Tristan LECOQ, Annick LEDERLE, *Le Centre international d'études pédagogiques à Sèvres. Une histoire plurielle d'un lieu singulier. Manufacture royale, Ecole de la République, creuset de l'ouverture au monde*, CIEP, Sèvres, 2010. p 69-70.

⁵²² Au terme de multiples et laborieuses étapes qui montraient que le corps médical n'était pas le seul groupe d'hommes à considérer que les femmes n'étaient pas biologiquement aptes à s'approprier et faire usage de la même connaissance qu'eux, l'unification définitive des concours eut lieu en 1976. *Id.* p. 62.

⁵²³ Après une brève disgrâce à la Libération, elle fut réhabilitée en 1945 et rétablie dans ses fonctions de directrice de l'École normale supérieure de jeunes filles, sans véritablement reprendre ce poste alors occupé depuis 1944 par

l'enrichissement et la diffusion des méthodes pédagogiques sur l'ensemble du territoire fussent au programme pour les enseignants de l'éducation nationale dans le cadre du projet du CIEP donnait un relief particulier à la fréquentation du lieu par les infirmières enseignantes, pour ces mêmes raisons. Il était en effet remarquable que celles qui, en 1950, ne disposaient encore d'aucune formation spéciale pour occuper les postes qui leur étaient confiés, apparaissaient comme n'ayant rien à envier à leurs homologues de l'éducation nationale. Ceux-ci étaient pourtant bien armés s'agissant des contenus disciplinaires à enseigner, contrairement aux infirmières, qui étaient essentiellement chargées des aspects pratiques et moraux de la formation et ne faisaient usage des connaissances théoriques que par procuration, comme répétitrices⁵²⁴.

Il est probable que l'activité du Comité d'entente, enrichie par la fréquentation au moins annuelle du creuset offert par le CIEP, facilita les réflexions sur la nécessité de former les cadres de la profession et notamment les monitrices. Ces travaux aboutirent à une première initiative en 1951. Cette dernière avait la particularité d'émaner du groupe professionnel lui-même, par l'intermédiaire de la Croix Rouge française, et non de l'État qui avait jusqu'alors initié et orchestré toutes les réalisations d'envergure, au moins depuis les années 1930.

Former des infirmières cadres et enseignantes au service de l'hôpital moderne dans les années 1950

Les surveillantes laïques, dans des fonctions d'encadrement⁵²⁵ du personnel domestique au service des malades hospitalisés, existaient depuis le début du XIX^e siècle. Elles étaient alors minoritaires par rapport aux religieuses qui occupaient la place dans les mêmes fonctions. Cette situation s'inversa inexorablement dans le dernier tiers du siècle, durant lequel un nouveau modèle de surveillante fut inventé, à la fois au service de la Troisième République commençante et de la médecine conquérante, dans sa composante scientifique et pastorienne. L'ouverture, en 1878, des premières écoles municipales parisiennes d'infirmiers et d'infirmières par Bourneville constitua bien l'acte fondateur de la profession d'infirmière en France dans sa forme institutionnelle. Mais cet événement introduisit aussi, par obligation politique, un regard neuf sur la fonction et les procédures de recrutement des surveillantes au

Lucy Prenant qui l'avait remplacée lors de sa destitution. Elle fut ensuite affectée à la direction du lycée de jeunes filles de Sèvres, en même temps qu'à l'organisation et la mise sur pied du CIEP dont elle assura officiellement la direction de 1949 à 1966. *Id.* p 70.

⁵²⁴ Mlle Fumey, élève, puis monitrice et future directrice de la Maison-école de Léonie Chaptal, avait présenté dès 1936, les contours durables de la fonction : « La monitrice sera une enseignante, une répétitrice pour la partie théorique, elle doit organiser l'enseignement de façon à former un tout : pratique - théorie - formation morale. La formation morale soutenant et éclairant sans cesse l'enseignement théorique et pratique ». Melle FUMEY, Rôle de la monitrice dans une école d'infirmières, *L'Infirmière Française*, 1936, n° 6, juin 1936, p 222.

⁵²⁵ Le terme d'encadrement est employé ici pour la clarté du propos. Pour éviter toute forme d'anachronisme, il convient de le comprendre comme traduisant l'acte de gouverner et surveiller le personnel domestique, puis subalterne ou secondaire des hôpitaux à l'époque considérée.

sens défini ci-dessus⁵²⁶. C'est que l'ouverture de la première école d'infirmiers et d'infirmières relevait aussi du projet politique de leur inventeur : pour laïciser l'espace hospitalier et remplacer les religieuses devenues indésirables dans leurs éminentes fonctions, il avait besoin d'un nouveau vivier. Alors que les religieuses « surveillantes » provenaient de leurs communautés, sans formation particulière pour soigner, Bourneville entreprit de recruter au sein même de l'espace hospitalier, parmi les infirmières au contact direct des malades, celles qui étaient destinées à les remplacer. Pour l'inventeur des premières écoles, les surveillantes devaient donc désormais obligatoirement être issues du groupe des infirmières professionnelles, formées pour soigner les malades conformément aux avancées de la science. En introduisant cette forme endogène de recrutement, il fut aussi l'initiateur de la promotion interne, professionnelle et sociale à l'hôpital, idée ô combien compatible avec la République conquérante. Comme le souligne Christian Chevandier, c'est bien dans le cadre de la laïcisation que les grades de suppléant, suppléante, sous-surveillant, sous-surveillante, surveillant et surveillante apparurent et « jusqu'à la veille de la Grande Guerre, surveillants et surveillantes font encore griefs aux quelques religieuses qui restent de bloquer la carrière des autres. »⁵²⁷

Cette nouvelle figure de la surveillante était conçue à la fois pour servir le nouveau régime politique et la nouvelle façon toute républicaine de regarder l'hôpital, qu'il était alors question de faire évoluer d'un lieu d'enfermement des miséreux et de régulation de l'ordre social vers un lieu de soins⁵²⁸. Ces transformations apparaissaient au moment où, en France comme ailleurs et quelles que fussent les organisations, émergeait le besoin de chef au sens intermédiaire du terme. Jusqu'alors, « le terme de “chef” existait certes dans beaucoup de domaines pour désigner la tête d'un groupe quelconque, mais non pas les niveaux hiérarchiques intermédiaires. [...] On ne conçoit pas de “chef” intermédiaire, qui ait à obéir à un plus grand. »⁵²⁹ Ce besoin découlait, selon l'auteur, d'une crise d'autorité en relation, à la fois avec le déficit grandissant de légitimité d'une noblesse autrefois au cœur d'un système de domination perçu comme allant de soi, et l'augmentation de la complexité des organisations en relation avec la seconde industrialisation. Cette figure, émergente dans les dernières décennies du XIX^{ème} siècle, s'affermir au siècle suivant :

Ce terme ne désigne ni une classe ni un groupe social. Il identifie un type humain pour découper une catégorie destinée à abriter un certain nombre de personnes distinguées de toutes les autres. La figure devient un instrument pour penser la société, d'autant plus qu'elle met, dans le cas de celle du chef, en relation avec des hiérarchies et par suite, des « chaînes de commandement », des structures, des

⁵²⁶ Michel POISSON, *Origines républicaines... op.cit.*

⁵²⁷ Christian CHEVANDIER, *Infirmières parisiennes...op. cit.* p 126.

⁵²⁸ Michel POISSON, *Des surveillantes aux cadres de santé (1875-2015) : points de repères et éléments de réflexion sur les origines et l'évolution d'une fonction dans le système de santé français*, in DIVAY Sophie (dir.) *Cadres en devenir, Evolutions, transformations, socialisations, tensions*, Toulouse, Octares éditions, 2017.

⁵²⁹ Yves COHEN, *Le siècle des chefs. Une histoire transnationale du commandement et de l'autorité (1890-1940)*, Paris, Editions Amsterdam, 2013, p 258.

organisations, des fonctionnements institutionnels, des « groupements » de toutes sortes, pour utiliser le terme wébérien. »⁵³⁰

Le chef se déclina dès lors à différents degrés, au service de la mise en ordre des organisations. Il était désormais perçu comme indispensable, en tant qu'il sauvait le monde de l'anomie⁵³¹. Le personnage de l'ingénieur, mais aussi du contremaître, dans cette fonction explicite de mise en ordre du monde firent leur apparition dans l'industrie :

La catégorie des ingénieurs [qui] gardent un contact avec les ouvriers⁵³² tout en appartenant à l'encadrement supérieur, est désignée comme dépositaire privilégié de l'autorité patronale, celle des chefs d'entreprise. Les ingénieurs sont enjoins de devenir des chefs. La maîtrise, avec sa figure centrale du contremaître, mal considérée depuis les deux extrêmes du jeu social industriel, rejoint la cohorte des "chefs" au prix d'un souci particulier que commencent à montrer à son égard les directions des entreprises, du moins les plus grandes.⁵³³

Dans le monde hospitalier français et s'agissant de la profession d'infirmière, il était question au même moment de développer exclusivement le premier niveau hiérarchique, c'est-à-dire de la maîtrise au sens défini ci-dessus. Cette conception contrastait remarquablement avec la situation anglaise à la même époque. Florence Nightingale avait d'emblée mis au point une ligne hiérarchique autonome couvrant les deux niveaux, la *matron* représentant sans ambiguïté la figure éminente du second⁵³⁴. Ce dernier niveau était impensé et même impensable en France, du fait que les médecins eux-mêmes occupaient la place et représentaient alors les ingénieurs tout désignés pour gouverner les infirmières et avec elles, leurs chefs de première ligne⁵³⁵. Dans ce système hiérarchique nouveau, d'ordre médical et technique, les surveillantes puisaient leur légitimité dans les savoirs alors savamment distillés et parcimonieusement partagés par les médecins. Mais ces dernières étaient aussi investies d'un autre genre de responsabilités, d'ordre administratif. Les directeurs étaient alors les concepteurs prudents de cette seconde ligne hiérarchique, d'autant que leur statut était encore bien fragile et incertain, jusqu'à la loi hospitalière de 1941 et le règlement d'administration publique du 17 avril 1943 qui créa officiellement la fonction. De leur côté, si des fonctions du niveau des *matrons*, assorties de nombreuses nuances, furent envisagées à Paris, elles furent bien vite repoussées pour longtemps⁵³⁶. Ainsi se dessina le profil de la surveillante républicaine, au service de la

⁵³⁰ *Ibid.*

⁵³¹ *Id.* p 301.

⁵³² A l'image des capitaines et des lieutenants dans l'armée, constitués comme « les chefs décisifs car ce sont les officiers qui conservent le contact avec la troupe » (*ibid.*)

⁵³³ *Id.* p 260-261.

⁵³⁴ Michel POISSON, *Des surveillantes aux cadres de santé ... op. cit.*

⁵³⁵ *Ibid.*

⁵³⁶ L'intérêt de l'administration pour les surveillantes concernait l'économie, mais aussi l'ordre et la discipline dans les salles de malades, et même dans l'ensemble de l'institution. Dans le règlement de 1903, un poste particulier fut imaginé à cet effet dans les hôpitaux de l'AP. Il s'agissait d'« une surveillante-inspectrice, désignée par le Directeur de l'Administration et résidant dans l'établissement, [...] spécialement chargée d'assurer la bonne tenue et la discipline du personnel hospitalier. » Cité par Christian CHEVANDIER, *Infirmières parisiennes...op. cit.* p 130. L'initiative ne fut pas suivie d'effet, en raison notamment, des réticences des directeurs locaux. La même année, à l'occasion des travaux préparatoires à la réforme de l'AP, un autre poste, un peu différent mais au même

mise en ordre du nouveau régime et du monde hospitalier imaginé dans cette mouvance. Pendant la première moitié du XX^{ème} siècle, ces surveillantes étaient nommées à l'ancienneté ou sur la démonstration de capacités professionnelles remarquées et en récompense des bons et loyaux services qu'elles rendaient à cette organisation bicéphale. Il en allait de même pour les monitrices, sachant que celles qui avaient été repérées comme « bonnes élèves » dès leurs années de formation, étaient privilégiées dans le processus de recrutement.

Jusqu'aux années 1940, nul ne songea à former ces personnages d'un genre nouveau dans le jeu hospitalier, tant leur fonction, fondée uniquement sur leur expérience professionnelle, allait de soi. Il en allait de même dans d'autres domaines d'activité, même si la nécessité de former les acteurs à ce niveau hiérarchique était confusément perçue dès le début du siècle : « Le contremaître comme figure centrale du commandement industriel inférieur et appelé à se professionnaliser, devient la cible de nombreux projets de formation, en particulier dans la mécanique et l'automobile »⁵³⁷. Cependant, dans les premières décennies, ceux-ci ne disposaient pas « d'écoles spéciales [leur confirmant] par un diplôme qu'ils [étaient] bien des chefs »⁵³⁸ comme c'était le cas pour les ingénieurs. Quelques initiatives virent néanmoins le jour dans les années 1920, comme chez Michelin ou dans l'usine métallurgique de Pont-à-Mousson. Mais ce fut véritablement après l'arrivée au pouvoir du Front Populaire que la préoccupation pour la formation des chefs à ce niveau hiérarchique apparut, en réaction aux événements de 1936. Il s'agissait alors d'« intensifier la formation des chefs à leur commandement, malgré l'irruption du mouvement social qui [signait] pourtant l'échec de toutes ces années de politique du chef. »⁵³⁹ Désormais, ce qui n'était qu'un discours sur le caractère indispensable du chef se transforma en projet de formation concrètement saisissable dans des cours, des écoles et des centres de formation. Chez Peugeot, un département social fut ainsi inauguré en 1937, dont le chef proposa un an plus tard « une formation sur "l'art de mener les hommes", sous la forme d'une série de conférences à tous les agents de maîtrise [...] »⁵⁴⁰ Dans cette mouvance, « un programme pour une "Ecole de maîtrise" [fut] mis à l'étude », qui déboucha sur l'ouverture à Sochaux, de l'« Ecole de Cadres », opérationnelle de 1941 à 1943⁵⁴¹.

niveau dans l'établissement, avait été envisagé sans plus de succès, pour des raisons similaires : « Cette surveillante générale aurait eu, dans chaque établissement, la direction et la surveillance de tout le personnel secondaire [...]. Elle aurait eu ainsi la situation de la matrone des hôpitaux anglais. Mais il était à craindre que cette surveillante générale n'eût tendance, par sa situation unique, à s'exagérer son importance et à se considérer comme un sous-directeur. » Cité par Chevandier, *id.*, p 133.

⁵³⁷ Yves COHEN, *Le siècle des chefs... op.cit.* p 308.

⁵³⁸ *Id.* p 330.

⁵³⁹ *Id.* p 336.

⁵⁴⁰ *Id.* p 338.

⁵⁴¹ Le glissement sémantique d'« école de maîtrise » à « école de cadres » 3 ans plus tard, porte l'empreinte du régime de Vichy qui étendit à la société civile le terme de cadre emprunté au monde militaire, et l'officialisa dans la Charte du travail. Luc BOLTANSKI, *Les cadres... op.cit.* p 128. S'agissant de l'école de Sochaux, une brochure, élaborée pour l'occasion, permet une saisie furtive de la représentation fortement teintée du paternalisme autoritaire ambiant que l'on se faisait alors du contremaître : « Un chef, pour si modeste que soit le poste qu'il occupe, doit, à tout instant, s'en montrer digne en s'imposant à ceux dont il a la charge par la supériorité de ses capacités professionnelles et de ses qualités morales. Il doit s'attacher à bien comprendre son personnel, à l'aimer

En ce qui concerne les infirmières, c'est en 1938 et en 1942 qu'il est possible de trouver les traces d'un projet de formation supérieure. Si ces dispositions réglementaires ne furent pas suivies d'effets⁵⁴², elles n'en témoignent pas moins d'une préoccupation nationale pour le développement de la formation des infirmières, au-delà de la formation de base. Ce souci politique pour la formation de cadres dans le milieu hospitalier entrainait remarquablement en résonance avec ce qui se jouait durant les mêmes années dans le monde industriel. S'agissant de la formation des surveillantes et des monitrices, l'ambitieux projet qui avait émergé en 1938 ne prit une forme concrète au niveau de l'État que deux décennies plus tard. Du point de vue des leaders de la profession, l'exposé des motifs était ainsi rétrospectivement présenté en 1962 :

L'enseignement supérieur des soins infirmiers a pris naissance de la nécessité d'approfondir les connaissances de base des cadres de notre profession, dans le but d'assurer une plus grande sécurité des malades pour les cadres exerçant des responsabilités de surveillance du personnel infirmier, et dans le but de donner plus de solidité à l'enseignement donné dans les écoles d'infirmières par les cadres qui assument des responsabilités pédagogiques.

Le premier de ces deux groupes avait, en plus, besoin d'un complément de formation administrative, afin de pouvoir faire face aux responsabilités de cet ordre qui lui sont confiées. Quant au second, une formation pédagogique, jusqu'alors inexistante pour cette branche d'enseignement, s'avérait indispensable, au même titre que pour les enseignants de l'Éducation Nationale.

Voilà pourquoi un organisme privé, la Croix-Rouge Française, lançait en 1951, en plein accord avec les pouvoirs publics, une expérience pilote [...] ⁵⁴³

La Croix-Rouge française ouvrit en effet la marche par la création dès 1951, de l'« Ecole de cadres de la Croix-Rouge française » à Paris. Il était alors question « d'offrir à des infirmières ayant déjà acquis de l'expérience dans leur profession et le sens des responsabilités, deux programmes d'études »⁵⁴⁴. Le premier d'entre eux visait les infirmières qui briguaient un poste de monitrice dans les écoles d'infirmière et le second s'adressait à celles qui envisageaient « un poste de surveillance ou de direction des services hospitaliers »⁵⁴⁵. Cette mention d'une possible « direction de service hospitalier » ne manquait pas d'audace, rapportée à la grande réticence très tôt manifestée des administrateurs devant la simple évocation de la possibilité pour les infirmières de dépasser un degré d'encadrement de première ligne. Mais elle montrait aussi bien la persistance de la circulation des idées d'un bord à l'autre de l'Atlantique et l'écho certain produit en France par le « prototype anglo-américain »⁵⁴⁶ élaboré dans la première moitié du siècle. Dans ce modèle qui avait fini par faire figure de matrice identitaire au niveau

et à l'aider en toute circonstances ». Automobiles Peugeot, *Ecole de Cadres*, Paris, Berger-Levrault, 1943, cité par YVES COHEN, *op cit.* p. 339.

⁵⁴² Hormis l'expérience très ponctuelle s'adressant de surcroît aux assistantes sociales en 1943. Voir *supra*.

⁵⁴³ « La Profession d'infirmière en France », 1962... *op. cit.* p 197.

⁵⁴⁴ « La Profession d'infirmière en France », 1959... *op.cit.* p 162.

⁵⁴⁵ *Ibid.*

⁵⁴⁶ Évelyne DIEBOLT et Nicole FOUCHE, *Devenir infirmière en France... op. cit.*

international, les infirmières pouvaient assurer des fonctions de direction sans que cela parût incongru. Les enseignements étaient organisés autour de trois programmes : technique, pédagogique et administratif. La composante technique était commune aux deux options et concernait l'approfondissement et la mise à jour des savoirs médico-chirurgicaux. Mais elle renvoyait aussi à « l'aspect total des soins infirmiers ⁵⁴⁷ » et à « la notion des répercussions psychologiques et sociales de la maladie », rappelant au passage que la pratique des infirmières ne se réduisait pas à ses aspects médico-chirurgicaux, preuve supplémentaire de l'influence américaine. De nombreux acteurs étaient mobilisés dans la mise en œuvre des enseignements, outre la directrice et les monitrices de l'école : médecins, chirurgiens et spécialistes des hôpitaux de Paris, administrateurs, surveillantes des services hospitaliers et monitrices des écoles d'infirmières. Les cours de psychologie et de pédagogie étaient assurés par des « Professeurs de l'Université mis à la disposition de l'Ecole par Mme HATINGUAIS, Directrice du Centre International d'Etudes Pédagogiques de Sèvres »⁵⁴⁸. Ainsi l'influence du CIEP ressurgissait au cœur même des enseignements, attestant nettement le rapport entre l'ouverture de cette école et les travaux du Conseil de perfectionnement des écoles d'infirmières. Du fait de ses affiliations internationales, la Croix Rouge Française fonctionnait comme un passeur facilitant une ouverture sur le monde très compatible avec le projet originel du CIEP.

Deux ans plus tard c'était l'« Ecole catholique de cadres d'infirmières et de monitrices »⁵⁴⁹ qui ouvrait, elle aussi, à Paris. L'Union Nationale des Congrégations d'Action Hospitalière et Sociale portait cette initiative, avec le concours de l'UCSS. Une formation théorique de base était commune aux deux options. Les monitrices recevaient une formation spécifique en pédagogie et les surveillantes bénéficiaient d'une formation en organisation hospitalière. La formation théorique se rapprochait, dans son principe, du programme technique de l'école de la Croix-Rouge. Néanmoins, des différences notables apparaissaient dans les contenus des enseignements et ne montraient pas le même enthousiasme pour le modèle anglo-américain. L'« aspect total des soins infirmiers », notamment, ne figurait pas au programme qui demeurait étroitement cantonné à la sphère médico-chirurgicale. De même, si la psychologie était abordée et déclinée sous forme de « psychologie générale, méthodes de connaissances des êtres, psychologie appliquée aux différentes catégories de malades », les aspects sociaux de la maladie n'apparaissaient pas. Comme une survivance de l'influence passée de Marie de Liron d'Airolles, les enseignements concernant la déontologie prévoyaient exclusivement « des conférences religieuses », lesquelles se déclinaient en trois thématiques : « Les richesses de la bible, les sacrements et les malades, la liturgie à l'hôpital ». Des « conférences de culture générale » traitant entre autres des « problèmes sociaux et doctrine sociale de l'Eglise »

⁵⁴⁷ C'est-à-dire comprenant la prévention, la réhabilitation, l'éducation du malade et de son entourage. « La Profession d'infirmière en France », 1959... *op. cit.* p 162.

⁵⁴⁸ *Id.* p 164.

⁵⁴⁹ *Id.* p 166-168, d'où sont extraites toutes les citations suivantes.

complétaient un dispositif de formation en accord avec l'orientation confessionnelle affichée dans le titre donné à l'école. Ces deux initiatives successives et concurrentes, attestaient la persistance des débats sur la conception de la profession d'infirmière et donc le processus de professionnalisation, sur fond de luttes d'influence entre le courant anglo-américain d'inspiration protestante et le courant catholique encore vivace en France. Mais l'une et l'autre expérience montraient aussi bien que la qualification des futures monitrices ou surveillantes était conçue sans ambiguïté sur le métier d'origine, dont l'approfondissement des aspects théoriques ou techniques constituaient la base des enseignements communs aux deux options.

Ces deux formations expérimentales donnaient lieu uniquement à une certification d'école. Elles créèrent néanmoins un précédent suffisamment sérieux pour être suivies au plan national dans leurs grandes orientations, lorsque le décret n° 58-1104, portant création d'un certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmière monitrice et d'infirmier moniteur (CAFIM), et d'un certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmière surveillante et d'infirmier surveillant (CAFIS), fut publié le 14 Novembre 1958. Ces certificats devaient être délivrés « aux personnes titulaires du diplôme d'Etat d'infirmière ou d'infirmier qui ont suivi un enseignement d'une durée de huit mois dans une école de cadres agréée par le ministre de la Santé publique et de la Population, et subi avec succès un examen à l'issue de cet enseignement »⁵⁵⁰. Les dispositions relatives à la direction et l'agrément des écoles de cadres à répartir sur le territoire national furent fixées par arrêté le 20 juillet 1959. La création d'une école devait avoir lieu dans une ville siège d'une faculté ou d'une école nationale de médecine, ou encore « au chef-lieu d'une circonscription sanitaire ». La direction devait en être assurée « soit par un docteur en médecine, soit par une personne exerçant ou ayant exercé les fonctions de directeur ou directrice d'une école d'infirmiers et d'infirmières agréée »⁵⁵¹. La grande réforme hospitalo-universitaire de 1958 dite « loi Debré »⁵⁵² n'était assurément pas étrangère à ces diverses orientations. Au cœur de ces dispositions, la création des Centre Hospitaliers Universitaires permettait d'achever la transformation de l'hôpital en lieu de soins, mais aussi d'enseignement et de recherche, ainsi que la prise en main de cet espace par l'État, amorcée en 1941.

Le programme de formation des cadres annexé à l'arrêté du 20 juillet 1959, confirmait les grandes orientations communes aux deux écoles pionnières. Le programme commun⁵⁵³ (180 heures) entre les deux options comprenait un « Enseignement théorique » (80 heures) en droit civil, pénal, hospitalier, déontologie, législation du travail, sciences socio-humaines⁵⁵⁴ et une

⁵⁵⁰ Décret n° 58-1104, *op. cit.*

⁵⁵¹ Ibid.

⁵⁵² Ordonnance n° 58-1198 du 11 décembre 1958 portant réforme hospitalière, Ordonnance n° 59-1199 du 13 décembre 1958 relative à la coordination des équipements sanitaires, Ordonnance n° 58-1370 du 30 décembre 1958 portant réforme hospitalo-universitaire.

⁵⁵³ « La Profession d'infirmière en France », 1962... *op. cit.* p. 202-204.

⁵⁵⁴ Une rubrique « psychologie et sociologie appliquées » était déclinée selon les éléments suivants : « Perspectives psychologiques, sociologiques, psychosociologiques ; Connaissance des êtres. -Influence du milieu ; Les types caractérologiques ; les facteurs caractérologiques. Psychologie du groupe. – Problèmes de commandement et

« Formation technique complémentaire » (100 heures). S'agissant de l'enseignement théorique, si le recours aux sciences sociales et humaines était manifeste et diversifié, l'« aspect total des soins infirmiers » caractéristique du programme de l'école de la Croix Rouge, n'était évoqué à aucun moment⁵⁵⁵. La formation technique complémentaire, pour sa part, résidait, comme dans les écoles pilotes, dans l'approfondissement et la mise à jour des connaissances médico-chirurgicales ainsi que des « techniques hospitalières ». Cinquante heures étaient consacrées à chaque « programme propre ». Les futures monitrices bénéficiaient d'un « enseignement pédagogique », portant également sur « l'organisation de l'enseignement infirmier⁵⁵⁶ » en France et à l'étranger. Le programme s'adressant aux surveillantes traitait d'une part de « direction et responsabilité » et d'autre part, d'« organisation des services d'hospitalisation, de soins, de cures et de prévention ». Comme dans les écoles de la Croix Rouge et catholique, des stages pratiques étaient prévus au programme. Sur cette lancée, chaque région fût dotée dans les années soixante-dix d'une, voire deux école(s) de cadres sous cette réglementation.

Ainsi se développa en France, depuis la fin du XIX^{ème} siècle, une fonction d'encadrement et d'enseignement pour les infirmières, au service de la transformation en profondeur de l'hôpital, amorcée dans les mêmes années. Surveillantes et monitrices parvinrent à donner de plus en plus d'épaisseur à une légitimité qu'elles tiraient d'une qualification professionnelle grandissante, au rythme du développement et de l'affermissement du dispositif de formation initiale et grâce à une formation taillée sur mesure, à l'aune des exigences de chacun des deux pouvoirs, administratif et médical, qui avaient besoin des infirmières pour achever leur installation durable dans l'hôpital rénové. Comme toutes les innovations, ce dispositif mit beaucoup de temps à se développer et à produire des effets visibles dans la réalité hospitalière. Les organisations continuèrent pendant longtemps à fonctionner comme par le passé, avec un encadrement non formé. Il en allait de même pour les monitrices des écoles. Son existence attestait néanmoins la reconnaissance officielle pour les infirmières, au-delà des activités de soins, d'une place de plus en plus visible dans l'organisation administrative, mais aussi médicale de cet espace.

d'organisation au sein des groupes ; psychologie sociale appliquée » id. p 202. La ponctuation originale est strictement reproduite. Une autre rubrique, intitulée « Culture et humanisme », n'était pas déclinée. *Ibid.*

⁵⁵⁵ Cette absence de formalisation des soins infirmiers comme tels, lesquels étaient abordés sous le vocable de *nursing* outre-Manche et outre-Atlantique, est remarquable et montre, en creux, la persistante réticence à se laisser inspirer officiellement par ce modèle en France, fut-ce sous forme de fragments. Le recours aux sciences humaines et leur déclinaison, en l'absence de précision sur l'objet de leur application, apparaît donc comme bien davantage centré sur les questions de conduite des hommes au travail, voire des groupes en formation, que sur les façons d'aborder la santé et la maladie qui procédaient très majoritairement d'une vision biologisante confortée par les progrès spectaculaires de la médecine et des possibilités thérapeutiques.

⁵⁵⁶ Notons que c'est l'une des premières traces en France dans un texte normatif, d'adjectivation du vocable « infirmier » déjà repérée sous cette forme s'agissant des « soins infirmiers » dans le programme de l'école de cadres de la Croix Rouge.

Conclusion

En toute logique, les infirmières françaises, formées ou non à des degrés divers, furent largement sollicitées du fait de la Grande Guerre, au front comme à l'arrière. Mais elles furent en même temps portées, sinon emportées par la dynamique internationale dans laquelle s'inscrivait le conflit, comme en témoigne le débarquement massif des *nurses* américaines avec les soldats du contingent en 1917. A côté de ce phénomène de nature militaire, des personnalités porteuses des idéaux américains, arrivées la même année dans le cadre du mouvement philanthropique, s'installèrent durablement sur le sol français, bien après la fin de la guerre. Si l'influence de ces actrices d'un genre particulier est difficilement mesurable avec précision, des traces de leur action propre ou des échanges et contacts qu'elles générèrent sont repérables en plusieurs endroits, tant au niveau national que local, comme à Lyon ou dans les grandes villes des régions dévastées de l'Est. C'est dans ce contexte national transformé que s'édifia dans les années 1920, un modèle professionnel français qui prit la forme d'une nébuleuse de brevets multiples permettant d'accéder au titre d'infirmière diplômée d'un État désormais très officiellement impliqué, fût-ce timidement.

Dès lors commença, par le biais du conseil de perfectionnement des écoles d'infirmières, un long travail de mise en ordre et de rationalisation, prenant en compte de nombreux acteurs, animés par des logiques loin d'être toujours en phase :

- importatrices et passeuses du modèle anglais originel voisinant avec les mandataires de la philanthropie américaine, porteuses de leur propre modèle
- représentantes de la Croix Rouge française et des divers courants religieux, la mouvance catholique étant elle-même traversée par les luttes intestines entre la traditionaliste Marie de Liron d'Airolle et l'œcuménique Léonie Chaptal, ouverte pour sa part à la dynamique internationale portée par la mouvance protestante
- directions de petits ou grands établissements hospitaliers, confrontées au problème rapidement chronique de recrutement, sur fond d'une rareté tout aussi chronique des ressources financières.

En relation avec les contraintes précédentes, les administrations hospitalières étaient de surcroît investies d'une mission républicaine de promotion sociale, initiée avec la III^{ème} République. Elles devaient donc prendre en compte, dans leurs analyses, les perspectives de carrière de l'ensemble du personnel secondaire des hôpitaux, tous sexes confondus. Ces préoccupations, qui avaient comme but essentiel d'assurer une certaine stabilité des organisations et de l'ordre républicain, n'étaient pas nécessairement partagées avec enthousiasme par les élites féminines de la profession. Parmi tous ces acteurs, les médecins occupaient une place éminente dans les débats et les choix d'orientations. Ce groupe n'était pourtant pas lui-même indemne de divergences de vues internes, selon qu'il s'agissait de médecins hospitaliers ou libéraux, universitaires ou non, les uns et les autres nourrissant un intérêt variable pour la santé publique

et donc pour le développement et la promotion de la profession d'infirmière. Ce groupe, au demeurant assez hétérogène, redevenait néanmoins corps compact et univoque lorsqu'il s'agissait de préserver un monopole conquis de haute lutte à la fin du siècle précédent. Si le développement de la profession d'infirmière fut accepté, parfois même avec enthousiasme par le corps médical, c'était à la condition qu'elle fût explicitement placée sous son contrôle.

Au début des années 1930, les assistantes sociales en quête de reconnaissance et d'autonomie de leur activité par rapport au corps médical s'invitèrent dans les débats, en posant la question de la pertinence, chez les infirmières, de cumuler les fonctions d'hospitalières et de visiteuses. Après un cloisonnement initial entre leur profession et celle d'infirmière en 1932, lequel n'alla pas jusqu'à la suppression des visiteuses et contribua à complexifier la situation, un rapprochement fut politiquement prescrit sous le Front Populaire en 1936. L'efficacité des services rendus par les unes et par les autres, fut alors avancée comme raison majeure de cette évolution, justifiant par là-même, une forte implication assortie d'une indéniable mainmise de l'État sur le développement de ces professions. Ce mouvement aboutit en 1938 à un nouveau programme de formation préparant aux deux professions d'assistante sociale et d'infirmière désormais bien différenciées. Le rapprochement prôné en 1936 fut néanmoins maintenu et prit la forme d'une première année de formation commune. Ce mouvement fut entériné par le Régime de Vichy qui poursuivit la professionnalisation de l'une et l'autre activité par des mesures législatives. S'agissant des infirmières, le modèle stabilisé sous Vichy, comprenant notamment une définition précise de l'infirmière sous l'étroite dépendance du médecin, fut reconduit à la Libération. Les années 1950 furent caractérisées à la fois par la poursuite de la professionnalisation dans le sens d'une qualification toujours plus grande des infirmières, y compris par la voie de la spécialisation en puériculture puis en anesthésie, et de la structuration réglementée de l'activité de soins. Ainsi émergea le groupe des aides-soignants reconnu statutairement en 1949, lequel fut doté d'une solide formation spécifique et certifiante en 1956. A l'autre extrémité de la ligne hiérarchique, une formation fut expérimentée au début des années 1950 pour les surveillantes et les monitrices par la Croix Rouge française dans un premier temps, puis par les milieux associatifs catholiques. Ces deux initiatives privées, qui délivraient des diplômes d'école, furent suivies en 1958 de la création par la voie réglementaire de diplômes nationaux assortis d'un programme officiel de formation.

A la fin des années 1950, tout un dispositif législatif et réglementaire, diversifié et structuré, témoignait de l'implication forte de l'État dans le développement de la profession d'infirmière en France. Celle-ci disposait, de surcroît, d'un système de représentation au plus haut niveau, par le biais du conseil supérieur des infirmières et infirmiers. Ces préoccupations témoignaient aussi bien de la prise de conscience par les pouvoirs publics de la nécessité qu'il y avait à qualifier les équipages à tous les niveaux de l'organisation hospitalière dans sa forme nouvelle, telle qu'elle avait été arrêtée par les ordonnances de 1958. Si la traduction concrète de toutes

ces mesures dans la réalité était loin d'être acquise, des normes exigeantes étaient identifiées, dessinant par là même les contours d'un modèle professionnel d'infirmière pour la France. Qu'en était-il alors du modèle anglo-américain, puis américain, qui s'était taillé une réputation de leader sur la scène internationale depuis la Grande Guerre ? Où en étaient en 1960 les infirmières françaises par rapport à leurs collègues américaines, qui avaient le vent en poupe, mais aussi anglaises, qui bénéficiaient de l'antériorité du mouvement de professionnalisation débuté un siècle plus tôt ?

CHAPITRE 2 - Infirmières françaises à l'aune des infirmières du monde dans les années 1960 : retard des unes, avance des autres, deux mythes à l'épreuve de la réalité

La dynamique de développement de la profession d'infirmière identifiable en France s'inscrivait dans un contexte mondial profondément transformé par la guerre. Les échanges internationaux empruntèrent désormais les voies nouvelles des organisations mises en place à l'issue du conflit. Émanation spécialisée de l'Organisation des Nations Unies (ONU) institutionalisée en 1946, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), créée en 1948, devint progressivement un acteur prédominant, aux multiples influences.

2.1 - L'OMS et les infirmières dans les années 1960 : pour des formations de haut niveau, au service de l'assistance et du développement partout dans le monde

Des origines à la fin des années 1950 : une place grandissante pour les infirmières et les soins infirmiers à l'OMS

Dès les années 1950⁵⁵⁷, les soins infirmiers figuraient en tant que service consultatif dans l'organigramme relatif à la structure du secrétariat du siège de l'OMS⁵⁵⁸. Le bureau du directeur général était lui-même assisté de deux bureaux⁵⁵⁹ et de la division de l'information qui lui étaient directement rattachés. Trois départements étaient placés sous la responsabilité du directeur général : services consultatifs, services administratifs et financiers, services techniques centraux. Le département des services consultatifs comptait lui-même cinq divisions⁵⁶⁰. Les soins infirmiers constituaient l'un des services de la seconde division, dite de l'organisation des services de santé publique, aux côtés des services suivants : administration de la santé publique, hygiène sociale et médecine du travail, éducation sanitaire de la population, hygiène de la maternité et de l'enfance, santé mentale, nutrition. Au sein de ce

⁵⁵⁷ Voir Michel POISSON, *Infirmières, enseignantes et pionnières : le personnel infirmier dirigeant et enseignant permanent à l'ouverture de l'École internationale d'enseignement infirmier supérieur à Lyon en 1965*, *Recherche en Soins infirmiers*, N° 109, 2012, p 69-92.

⁵⁵⁸ OMS, *Les dix premières années de l'Organisation mondiale de la Santé*, Genève, Organisation mondiale de la Santé, palais des Nations, 1958. Graphique 1 « Structure du secrétariat du siège » au 31 décembre 1957, p. 103. Remarque : il s'agit ici, de même que pour l'ouvrage concernant la décennie suivante (OMS 1968) d'une source imprimée contemporaine des événements étudiés. Elles sont donc utilisées ici comme sources de première main, en tant que publications reflétant à la fois les représentations et les pratiques de l'OMS. Il s'agit en effet d'une forme de saisie de la réalité de cette organisation à un moment donné, rendant compte pour chacune de ces publications, à la fois du bilan de la décennie écoulée et du projet pour les dix ans qui suivent.

⁵⁵⁹ Bureau de liaison avec les Nations Unies et bureau des relations extérieures

⁵⁶⁰ Division des services des maladies transmissibles, division de l'organisation des services de santé publique, division des services d'enseignement et de formation professionnelle, division de l'assainissement, division de l'éradication du paludisme.

service, le Comité international d'experts des soins infirmiers produisait les études et rapports donnant lieu aux diverses recommandations traduisant les orientations de l'OMS en la matière.

Dès son origine en 1948, l'OMS se préoccupa de la question des infirmières et des sages-femmes, notamment de leur formation. Ces professionnelles, à condition d'être formées et assistées de personnels auxiliaires, dont la formation constituait aussi par ailleurs une réelle préoccupation, apparaissaient en effet comme indispensables pour « mettre en œuvre des programmes efficaces de soins aux malades, de prévention des maladies et d'amélioration de la santé. »⁵⁶¹ Après la guerre, la situation sanitaire mondiale varia considérablement en fonction du niveau de développement économique, social et d'instruction de chacun des pays concernés. À ses débuts⁵⁶², l'OMS procura aux pays moins développés, des professionnelles formées dans d'autres pays plus en avance, dans le but de participer concrètement à la lutte contre le paludisme, la tuberculose, les maladies vénériennes ou au développement de l'hygiène de la maternité et de l'enfance. Assez rapidement cependant, les pays demandeurs cherchèrent à développer leur propre appareil de formation avec l'aide des pays les plus développés dans le domaine. C'est ainsi que des équipes composées d'une infirmière monitrice, d'une sage-femme monitrice et d'une infirmière de santé publique furent envoyées en assistance aux pays qui en avaient besoin. Cela n'allait pas sans difficultés. D'une part, les pays les plus pauvres disposaient rarement ou très difficilement des personnes qualifiées pour enseigner, ce qui rendait peu aisée la transmission du relais. D'autre part, les cours organisés par ces équipes n'étaient pas nécessairement adaptés à la réalité de la situation sanitaire des pays concernés.

Progressivement, ces facteurs défavorables furent pris en compte dans le développement des programmes de formations des écoles. Ainsi, l'enseignement de la santé publique fut introduit dans les formations de base, de façon à développer l'action préventive, à côté des interventions curatives, notamment dans les pays peu dotés en personnels sanitaires. Pour les mêmes raisons, les soins de maternité furent eux aussi, intégrés dans les formations de base des infirmières. Enfin, le troisième axe de développement consista à préparer les infirmières, dès leur formation initiale, à assurer des fonctions pédagogiques et administratives. Cette dernière précaution permettait aux professionnelles nouvellement diplômées d'assurer les soins dans les salles hospitalières ou les centres de santé qui leur étaient confiés, mais aussi d'assurer la formation et la surveillance des élèves et auxiliaires qui y étaient affectés. Ainsi, durant la première décennie, l'OMS prêta un concours, aux formes variables selon les besoins, à soixante-neuf écoles d'infirmières et de sages-femmes réparties dans quarante-huit pays⁵⁶³.

⁵⁶¹ OMS, *Les dix premières années...* 1958 *op.cit.* p 391.

⁵⁶² Durant la première décennie, l'effectif en soins infirmiers de l'OMS évolua de 7 infirmières en 1948 à 155 en 1957. *id.* p 401.

⁵⁶³ *Id.* p 394.

Au-delà de la réflexion et des projets sur les formations de base, la question des formations supérieures en soins infirmiers fut posée dès les années 1950. Peu à peu, les infirmières des pays demandeurs se déplacèrent à l'étranger pour y effectuer des études spécialisées, approfondir leur formation et revenir au pays pour assurer des fonctions importantes leur permettant de contribuer activement au développement des soins infirmiers. Les orientations de l'OMS allaient dans ce sens et étaient, en outre, assorties de recommandations de nature à conforter les chances de réussite :

La préparation des infirmières et des sages-femmes aux activités de santé publique ainsi qu'à l'enseignement et aux fonctions administratives doit aussi être facilitée. Elle devra se faire de préférence dans le pays-même, ou dans un pays où existent des conditions analogues, de façon que l'enseignement présente un intérêt plus direct et que les méthodes employées puissent être plus facilement adaptées aux nécessités locales. Il faudra certes prévoir des possibilités d'études supérieures à l'étranger, mais l'acquisition préalable, dans le pays-même, d'une instruction et d'une expérience complémentaires plus poussées accroîtra considérablement le bénéfice retiré de cours suivis dans un pays dont la langue, les coutumes, les ressources et les besoins sont entièrement différents.⁵⁶⁴

À côté des indispensables activités de santé publique, les fonctions d'enseignement et d'administration des soins infirmiers étaient considérées comme cruciales, s'agissant de leur conception et leur mise en œuvre concrète. Mais l'organisation générale de ces services au niveau national ne l'était pas moins. En 1950, le Comité d'experts en soins infirmiers recommanda « que des infirmières qualifiées [fussent] nommées à des fonctions administratives et chargées d'organiser les services et l'enseignement infirmier dans le cadre du programme général de santé publique. »⁵⁶⁵ :

Dans huit pays, une infirmière a été désignée par l'OMS pour aider à organiser une division ou une section de soins infirmiers dans l'administration de la santé publique et, dans cinq de ces pays, une infirmière nationale assure maintenant la continuation des travaux. Dans plusieurs pays, l'infirmière principale de l'équipe de l'OMS a fait office de conseiller du gouvernement pour l'organisation générale du service infirmier, en plus de l'aide qu'elle a apportée pour l'exécution du programme d'assistance proprement dit.⁵⁶⁶

En outre, ces infirmières conseils apportaient aussi une assistance à la fois aux États et aux associations professionnelles concernées, s'agissant de la construction de l'appareil législatif et réglementaire nécessaire à l'encadrement de ces activités en développement.

La préoccupation de l'OMS pour l'assistance aux pays les moins développés n'empêchait pas les réflexions sur le développement et l'adaptation des soins infirmiers dans les pays les plus

⁵⁶⁴ *Id.* p 396.

⁵⁶⁵ *Id.* p 398.

⁵⁶⁶ *Ibid.*

avancés. Les mêmes questions - enseignement de base, supérieur et spécialisé, administration des soins infirmiers - étaient aussi posées s'agissant des pays les mieux dotés. Des recommandations furent élaborées, en collaboration étroite et officielle avec d'autres organisations internationales non gouvernementales comme le CII, le CICIAMS ou le Bureau des infirmières de la ligue des sociétés de la Croix-Rouge. Par exemple, le CII réalisa plusieurs études avec l'aide financière de l'OMS : « liste internationale des programmes d'enseignement supérieur des soins infirmiers, comment procéder à l'étude d'une école d'infirmières, principes et méthodes d'administration appliqués à l'enseignement supérieur des soins infirmiers. »⁵⁶⁷

A la fin de cette première décennie, le besoin de formation de responsables à tous les niveaux émergea de façon très nette :

[...] tous les pays auront surtout besoin de constituer des cadres. Certains gouvernements demanderont une assistance pour la formation complémentaire des infirmières qui se destinent à l'enseignement, à des fonctions administratives ou qui veulent se spécialiser dans un domaine clinique. C'est pourquoi des bourses seront attribuées en plus grand nombre pour des études supérieures à l'étranger.⁵⁶⁸

Ces résolutions constituaient la trame du projet pour la décennie qui s'annonçait, d'autant que le monde entier connut, dans les années 1960, une pénurie de personnels sanitaires et singulièrement d'infirmières, dont la dureté fut très inégalement ressentie selon les pays. Les orientations ainsi définies étaient valables quelles que fussent les régions⁵⁶⁹ et donc les aires culturelles. Les approches étaient en revanche bien différentes selon les contextes géographique, politique et économique en évolution constante.

Après la décolonisation : infirmières et soins infirmiers comme ressources de première ligne à l'OMS

A l'occasion de la décolonisation, qui s'accéléra dans les années 1960, leur retrait massif fit prendre conscience aux pays riches de l'état de sous-développement de leurs anciennes colonies. La pauvreté, qui en était le signe le plus patent, apparaissait d'autant plus qu'en ces années de croissance, les inégalités s'aggravèrent entre les pays riches et les pays pauvres, à la manière des inégalités qui se creusaient aussi entre riches et pauvres dans les pays industrialisés. A l'époque, les cinq critères retenus par l'ONU pour caractériser le sous-développement étaient les suivants : « la faiblesse du revenu individuel, la malnutrition, l'analphabétisme, une

⁵⁶⁷ OMS, *Les dix premières années...* 1958 *op. cit.* p 401.

⁵⁶⁸ *Ibid.*

⁵⁶⁹ Du point de vue opérationnel, l'OMS était organisée selon un découpage régional, chaque partie disposant d'un bureau régional : Région africaine (Brazzaville), Région des Amériques (Washington), Région de l'Asie du Sud-Est (New Delhi), Région européenne (Copenhague), Région de la Méditerranée orientale (Alexandrie) et Région du Pacifique occidental (Manille).

démographie galopante et une excessive concentration de la population active dans l'agriculture. »⁵⁷⁰ Ainsi, les besoins élémentaires concernant l'alimentation, l'éducation et la santé n'étaient nulle part satisfaits dans ces pays, phénomène préoccupant de plus en plus les organisations internationales. Pour l'OMS, l'état de santé des populations, directement influencé par les questions d'alimentation et d'éducation, apparaissait comme un élément central dans cette problématique du sous-développement. Du point de vue sanitaire, on assista alors à un double mouvement en interaction, témoignant du déséquilibre du monde : aide au développement pour les pays les plus pauvres confrontés à des besoins vitaux insatisfaits et développement pour les pays les plus riches, confrontés, pour leur part, à des problèmes de santé nouveaux, émergeant paradoxalement des fastes et glorieuses années de croissance économique. A l'instar des médecins, les infirmières apparurent de plus en plus comme des acteurs éminents dans ce contexte.

La configuration de la Région africaine changea du fait même de la décolonisation et de l'accession à l'indépendance de jeunes États. Alors qu'elle comptait 3 États membres en 1957, 29 figuraient au tableau en 1967⁵⁷¹. Ce mouvement conduisit l'OMS à mener des réflexions et autres études afin d'aider « les pays nouvellement indépendants à revoir l'organisation de leurs services sanitaires et à orienter judicieusement leurs efforts de formation de personnel »⁵⁷². Du point de vue socio-économique, le constat dressé à l'époque était plutôt sombre et confirmait l'aggravation des inégalités au niveau mondial dans les années soixante :

[...] les résultats obtenus au cours des six premières années de la décennie des Nations Unies pour le développement ont été décevants. Le fossé entre les pays développés et les pays en voie de développement s'est en fait élargi puisque le revenu par habitant a augmenté de 14% dans les premiers et de 8% seulement dans les seconds.⁵⁷³

Les choix en termes de priorité de développement dans le domaine sanitaire durent donc être opérés au regard de ces conditions et de la faiblesse des moyens disponibles. Ainsi, trois objectifs aussi modestes que primordiaux s'imposèrent à la Région africaine :

[...] mettre en place des services de santé organisés de manière que la majorité de la population y ait facilement accès pour ses besoins essentiels en matière de soins curatifs et préventifs [...] constituer des effectifs suffisants de personnel convenablement formé, comprenant des auxiliaires bien encadrés dans l'accomplissement des tâches polyvalentes qui leur incombent [...] organiser des équipes d'éducation sanitaire qui fassent comprendre à la population qu'il est possible de prévenir la maladie et qui renseignent sur les services mis à disposition.⁵⁷⁴

⁵⁷⁰ Serge BERSTEIN, Pierre MILZA, *Histoire du XXème siècle, de 1953 à nos jours*, T. 3, Paris, Hatier, 1990, p 273.

⁵⁷¹ OMS, *La deuxième décennie de l'Organisation mondiale de la santé*, Genève, Organisation mondiale de la santé, 1968. p 4

⁵⁷² *Id.* p 30.

⁵⁷³ *Id.* p 11.

⁵⁷⁴ *Ibid.*

La tâche s'avérait en effet immense, dans cette Région où les neuf dixièmes de la population vivaient en secteur rural, loin des grandes agglomérations qui bénéficiaient pour leur part, de services sanitaires curatifs de qualité variable et parfois de services préventifs. Il était donc question de « favoriser une réorganisation progressive des activités, inspirée par le souci de faire à la médecine préventive une place plus large tout en l'intégrant dans un service général de santé dont l'action pourrait s'étendre graduellement aux campagnes. »⁵⁷⁵ Pour parvenir à ces fins, la formation de personnels sanitaires de base, notamment en santé publique et préventive, mais aussi d'un personnel d'encadrement concernant l'administration et l'enseignement était donc cruciale. Dans cette dynamique, un effort considérable fut fait en direction de la formation de personnels locaux des jeunes États : « [...] la fraction du budget régional total consacrée à l'attribution de bourses d'études est ainsi passée de 8,9% pour la période 1958-1962 à 19,6% pour la période 1962-1966. »⁵⁷⁶

La Région européenne était globalement mieux lotie que la Région africaine du point de vue socio-économique. Néanmoins, de par son étendue du milieu de l'Atlantique à l'Océan Pacifique, une grande diversité de conditions physiques et économiques était observable selon les pays et à l'intérieur même de ces derniers. Ce déséquilibre se traduisait par des répercussions contrastées en termes d'indicateurs de l'état de santé des populations :

Les taux de mortalité infantile par exemple, ont varié en 1963 entre 15,4 pour 1000 dans un pays et 77,4 pour 1000 dans un autre, mais on a enregistré également à l'intérieur d'un même pays des extrêmes de 12,7 et de 35,4 selon les provinces, alors que le taux moyen pour l'ensemble du pays était de 21,7 pour 1000. Des variations analogues s'observent parfois dans une même ville.⁵⁷⁷

Les migrations, à type soit d'exode rural ou de déplacements interurbains entre les anciennes cités et les nouveaux ensembles au sein d'un même pays, soit d'afflux de travailleurs d'un pays à l'autre, à la recherche de meilleures conditions d'emploi, comptaient pour beaucoup dans ces variations. Les déracinements et transplantations y étant liés entraînaient en effet des répercussions sanitaires importantes. Il en allait de même des toxicités engendrées par l'industrialisation, ou encore de l'augmentation des maladies cardiovasculaires et des troubles mentaux. A ces facteurs, s'ajoutait l'augmentation du pourcentage de personnes dépendantes, en relation avec le vieillissement de la population, notamment en Europe du Nord. Enfin, d'autres dangers menaçaient la santé dans la Région :

⁵⁷⁵ *Id.* p 5.

⁵⁷⁶ *Id.* p 6.

⁵⁷⁷ *Id.* p 27.

Dans une grande majorité des pays, les accidents occupent maintenant la première ou la deuxième place parmi les causes de décès pour les individus âgés de 1 à 44 ans. A un âge plus avancé, ce sont les maladies chroniques du poumon, qui prennent le plus d'importance.⁵⁷⁸

Tous ces facteurs faisaient que même une région riche *a priori* n'était pas exempte d'importants problèmes sanitaires entretenant et générant des besoins en professionnels de ce secteur.

Malgré tout, les maladies transmissibles y régressaient inégalement mais globalement en raison des moyens de lutte disponibles, contrairement à la Région africaine par exemple. Ainsi, en 1962, la Région européenne fut la première à se déclarer indemne de paludisme, hormis les cas importés d'autres pays. En outre, cette Région disposait à elle seule, de près de la moitié des écoles de médecine du monde et en dépit d'une très grande diversité des systèmes de prise en charge des soins, la situation sanitaire y était plutôt avantageuse :

[...] on peut dire cependant que pratiquement dans tous les pays de la Région, 80% au moins de la population peuvent bénéficier de soins médicaux financés en partie au moyen de deniers publics et englobant les services d'omnipraticiens aussi bien que ceux de centres hospitaliers. Partout il existe des services de santé publique, qui sont parfois très étendus.⁵⁷⁹

Dans ces conditions favorables contrastant de manière saisissante avec la situation de la Région africaine, il était possible à la Région européenne de poursuivre son propre développement et d'aider d'autres Régions :

On s'est attaché tout particulièrement au développement des services et de l'enseignement infirmiers, la réalisation la plus marquante en la matière étant la création de deux centres internationaux d'enseignement infirmier supérieur donnant respectivement des cours en français et en anglais. La création d'un centre où l'enseignement sera assuré en russe est aussi prévue.⁵⁸⁰

Il s'agissait là de l'École internationale d'enseignement infirmier supérieur de Lyon pour le premier, de l'École de même type ouverte à Édimbourg pour le second, et de l'École de Lublin pour le projet du troisième centre, les trois langues officielles⁵⁸¹ du Bureau régional européen étant ainsi représentées. Le caractère international de ces établissements montrait que ces derniers n'étaient pas créés au bénéfice de la seule Région européenne consciente de sa relative richesse :

L'Europe dispose d'important moyens pour aider d'autres régions. Une grande partie de ce potentiel est mise à profit [...] Les écoles de médecine et autres établissements d'enseignement d'Europe reçoivent de

⁵⁷⁸ *Id* p 29.

⁵⁷⁹ *Id.* p 30.

⁵⁸⁰ *Ibid.*

⁵⁸¹ Le russe était devenu langue officielle en 1960.

nombreux ressortissants d'autres régions qui viennent y faire des études de base ou des études supérieures.⁵⁸²

Parmi les bénéficiaires de cette aide, laquelle prit la forme de bourses d'études, étaient explicitement évoqués les étudiants en médecine « ressortissants de pays nouvellement indépendants qui n'ont pas encore d'école de médecine », sachant qu'il leur appartenait de faire des connaissances acquises en Europe *un usage adapté* « aux besoins et aux conditions de leur propre pays. »⁵⁸³. Mais à la fin de la décennie, l'OMS comptait de plus en plus sur les infirmières pour améliorer la situation sanitaire mondiale. Au-delà du nécessaire effort à maintenir concernant les formations de base, surtout dans les pays en voie de développement où de tels programmes n'étaient pas encore stabilisés, il s'agissait de mettre l'accent, de façon croissante, à plusieurs niveaux :

[...] sur l'enseignement infirmier global, l'enseignement supérieur et spécialisé, ainsi que sur la planification générale des services infirmiers à l'échelon provincial et national, ce qui implique qu'on accepte dans chaque pays de donner aux infirmières un rôle de premier plan dans la direction des activités relevant de leur profession [...].⁵⁸⁴

Suite aux travaux du Comité d'experts des soins infirmiers, qui rendit son cinquième rapport en 1966, apparut « la nécessité d'incorporer l'enseignement infirmier, aussi bien de base que supérieur, dans le système d'enseignement universitaire, aussi rapidement que les conditions le permettent. »⁵⁸⁵ C'est bien au niveau international que les formations supérieures en soins infirmiers prirent alors leur essor, faisant suite aux initiatives pionnières dans le domaine, notamment en Amérique du Nord, mais aussi dans le monde arabe par exemple :

Ainsi, à l'Université de Bagdad, une école d'infirmières qui s'est ouverte en 1963 avec l'appui de l'OMS donne un cours de base de quatre ans sanctionnés par un diplôme de Bachelor. La deuxième école d'infirmières de la République Arabe Unie a été ouverte en 1965 à l'Université du Caire avec l'aide de l'OMS. L'Ecole supérieure d'Infirmières⁵⁸⁶ de l'Université d'Alexandrie, dont l'OMS avait également soutenu la création, avait été la première école d'infirmières pour les pays de langue arabe. Presque toutes les infirmières diplômées de cette école occupent des postes clés dans leurs pays respectifs.⁵⁸⁷

Au-delà des formations de base qui pouvaient se dérouler à l'Université, « Les programmes d'enseignement supérieur et spécialisé [étaient] conçus pour préparer les infirmières à exercer des fonctions de direction dans les conditions sanitaires de leurs pays »⁵⁸⁸. La solution la plus

⁵⁸² OMS, *La deuxième décennie ... 1968 op.cit.* p 31.

⁵⁸³ *Id.* p 32.

⁵⁸⁴ *Id.* p 77.

⁵⁸⁵ *Id.* p 79.

⁵⁸⁶ Le premier cours fut dispensé dans cette Ecole en 1955. OMS, *Les dix premières années... 1958 op. cit.* p 397.

⁵⁸⁷ OMS, *La deuxième décennie ... 1968 op.cit.* p79.

⁵⁸⁸ *Ibid.*

simple consistait au début, pour beaucoup de pays, à envoyer leurs ressortissants à l'étranger, là où ces structures existaient, pour aller s'y former. L'OMS les assistait dans ce sens par l'attribution de bourses d'études, ce qui ne l'empêchait pas d'aider à la création d'un tel dispositif de formation sur place, dès que le niveau de développement du pays le permettait. Le premier programme présentant ces objectifs fut créé sous le nom de Centre d'enseignement infirmier supérieur à l'Institut de Santé publique de Tokyo en 1958. Plus tard, un programme d'enseignement supérieur vit le jour en Inde, à l'École d'Infirmières de l'Institut d'Enseignement postuniversitaire et de Recherche à Chandigarh, initiative qui fut suivie dans les universités d'Ahmedabad, de Bombay et de Madras. En Iran, c'est en 1967, qu'ouvrit le programme d'enseignement supérieur à l'Université Pahlavi de Chiraz. Concernant la Région africaine, c'est dans les universités anglophones du Ghana et d'Ibadan au Nigeria que furent créés deux programmes d'enseignement infirmier supérieur. Ces deux centres accueillent des étudiants d'autres pays de la Région. S'agissant de l'Afrique francophone, un projet du même type était prévu pour 1968 au Cameroun, mais ne vit le jour qu'en 1975⁵⁸⁹.

Dès 1959, la question des programmes des enseignements supérieurs pour les étudiantes étrangères⁵⁹⁰ fit l'objet d'une conférence interrégionale sous l'égide de l'OMS :

Le rapport de cette conférence peut servir de guide aux infirmières qui envisagent de poursuivre leurs études à l'étranger, aux administrateurs des services infirmiers et services de santé qui décident du choix des candidates et de leur emploi ultérieur, au corps enseignant des établissements qui reçoivent ces étudiantes, enfin, aux organismes qui patronnent les programmes de bourses d'études à l'étranger.⁵⁹¹

Dans ce cadre, de nombreuses bourses d'études furent allouées aux étudiants par l'OMS. De 1958 à 1966, le nombre d'attributions pour ces motifs passa de 113 à plus de 300 bourses.

Durant ces deux décennies, l'OMS fut à la fois un lieu de passage, de rencontres, d'échanges et de débats, mais aussi de décisions et d'orientations politiques et stratégiques pour les infirmières du monde dont les leaders, très souvent sinon toujours des femmes, étaient largement conviées à ce forum planétaire sur la santé. Le Comité d'experts en soins infirmiers, qui réunissait différentes nationalités, constituait en l'occurrence une instance d'expression, de délibérations et de propositions, même s'il se réunissait rarement⁵⁹². Si les avis qu'il rendait sous forme de rapports étaient consultatifs, ils étaient toujours rendus publics. Cette précaution permettait aux

⁵⁸⁹ Décret n° 75/518 du 8 juillet 1975 portant création du Centre d'Enseignement Supérieur en Soins Infirmiers (CESSI) au Centre universitaire des sciences de la santé de Dakar.

⁵⁹⁰ OMS, *Programmes d'enseignement infirmier supérieur pour étudiantes étrangères*, Rapport d'une conférence, Genève, 5-14 octobre 1959, Série de rapports techniques N° 199, Genève, Organisation mondiale de la santé, 1960.

⁵⁹¹ OMS, *La deuxième décennie ... 1968 op.cit.* p 80.

⁵⁹² En 1966, le Comité publia le 5^{ème} rapport consistant en l'examen des aspects généraux des soins infirmiers. OMS, *Comité OMS d'experts en soins infirmiers*, cinquième rapport, Série de rapports techniques N° 347, Genève, Organisation mondiale de la santé, 1966. Douze années s'étaient écoulées depuis le précédent rapport en 1954. *Op.cit.* p 5.

experts⁵⁹³ de dépasser la simple fonction de conseillers de princes à l'oreille incertaine, pour répandre une parole plus directement saisissable dans la réalité du monde⁵⁹⁴. Dans ce lieu où se tissaient les projets de structuration et de développement des soins infirmiers sur fond de service rendu à la santé publique mondiale, s'élaborait aussi, par touches successives, une représentation de l'infirmière et de sa profession dans le monde.

2.2 – Le comité d'experts en soins infirmiers à l'OMS : un creuset international pour la fabrication et la diffusion d'un idéal-type de l'infirmière et de sa profession dans les années 1960

Si les dispositifs de formation, du niveau dit de base au niveau supérieur, occupaient une place de choix dans les discussions, il était aussi question de l'organisation et de la structuration des services de soins infirmiers et des activités s'y rapportant. Les pays les plus avancés et expérimentés dans ce domaine apportèrent assez logiquement leur éclairage. Les tenants du « prototype anglo-américain », en particulier les infirmières américaines, trouvèrent là un nouvel espace institutionnalisé d'expression et d'influence, que ce fût ès qualités pour certaines personnalités, ou à travers des associations de portée internationale comme le Conseil international des infirmières, largement sollicitées durant ces années. Il ne s'agissait pas néanmoins d'une simple prise en compte des réalisations antérieures pour les reproduire systématiquement, mais bien plutôt de leur examen et leur mise en question, pour mieux envisager l'avenir. Alors même qu'il avait été critiqué et dépassé par une partie des infirmières américaines dans les années 1920, le modèle anglais, fondateur de la profession dans la seconde moitié du XIX^{ème} siècle, semblait encore occuper les débats, fût-ce en filigrane. Pour mieux comprendre la persistance de cette influence et sa place dans les échanges, il est sans doute utile de rassembler quelques éléments historiquement constitutifs de ce modèle.

Quelques éléments caractéristiques du modèle anglais fondateur en 1860 : rapports de classes, rapports de sexes et rapport au savoir comme déterminants de la relation infirmières-médecins

Lorsque Florence Nightingale fit part en 1857 du projet d'ouverture de sa première école de *nurses* au St. Thomas's Hospital à Londres, une grande partie du corps médical manifesta son hostilité. Ces médecins et chirurgiens pensaient en effet que les *nurses* étaient bien comme elles

⁵⁹³ Lire partout experts et expertes, d'autant que la majorité féminine était écrasante dans le Comité, s'agissant des membres à proprement parler : 1 homme et 7 femmes, dont Huguette Bachelot, alors directrice de l'EIEIS. Toutes les femmes étaient des demoiselles sauf une. *op cit.* p 2.

⁵⁹⁴ L'avertissement en tête du rapport de 1966 rappelait ce souci de préserver la liberté de parole des unes et la liberté de décision des autres : « Ce rapport exprime les vues collectives d'un groupe international d'experts et ne représente pas nécessairement les décisions ou la politique officiellement adoptées par l'Organisation mondiale de la Santé. » OMS, *Comité OMS d'experts en soins infirmiers...* 1966. *Op. cit.*

étaient, qu'une formation était inutile et présentait le risque de les inciter à outrepasser leurs prérogatives et à empiéter sur leur territoire⁵⁹⁵. Au sein même du St. Thomas's Hospital, le docteur South, président du collège des chirurgiens et consultant senior dans l'établissement, jugeait que le *nursing* dans cet hôpital était déjà à un niveau très élevé. Selon lui, les *sisters*⁵⁹⁶ ne pouvaient apprendre que par expérience et les *nurses* étaient « subordonnées, dans une position de domestiques⁵⁹⁷ et n'avaient besoin que de l'instruction la plus simple, comme la réalisation d'un cataplasme »⁵⁹⁸. Florence Nightingale ne partageait pas toutes ces considérations, même si elle était consciente qu'elle devait en tenir le plus grand compte⁵⁹⁹.

- À l'origine du modèle anglais, Florence Nightingale : une personnalité complexe et un discours ambivalent sur les femmes et les rapports de sexes

Il est certes plus facile de trouver, sous la plume alerte de Florence Nightingale, des propos persifleurs quant à la supposée supériorité des médecins par rapport aux *nurses* telles qu'elle les concevait, que des déclarations d'allégeance :

Aucun homme, pas même un médecin, n'a jamais donné une autre définition de ce que devrait être une *nurse* à part dévouée et obéissante. Cette définition conviendrait tout juste à un portier. Elle pourrait convenir à un cheval. Je n'en voudrais pas pour un policier.⁶⁰⁰

Elle avait en effet une toute autre idée, bien plus haute, de ce que devait être une *nurse* pour qui elle avait imaginé une véritable carrière. Elle la voulait bien formée, efficace et hautement payée, dotée des capacités morales, intellectuelles et physiques requises pour la profession⁶⁰¹. Elle s'adressait à chaque femme, quelle que fût sa classe ou sa religion⁶⁰². En 1860, alors que

⁵⁹⁵ Cecil WOODHAM-SMITH, *Florence Nightingale*, New-York, McGraw-Hill Book Company, Inc. 1951, p 233. Traduction libre. Les termes en anglais sont indiqués à chaque fois que la compréhension du propos s'en trouve facilitée.

⁵⁹⁶ Traduire par surveillantes.

⁵⁹⁷ « *In the position of house-maids* »

⁵⁹⁸ *Ibid.* La fraîcheur de ces arguments et commentaires n'avait pas souffert lorsqu'ils furent repris par la majorité des médecins parisiens 20 ans plus tard, au moment de la création des écoles municipales d'infirmiers et d'infirmières. Michel POISSON, *Origines républicaines... op. cit.*

⁵⁹⁹ C'est son intervention pendant la guerre de Crimée qui fit sa célébrité. Pourtant, alors qu'elle était officiellement soutenue par le premier ministre et le secrétaire d'État à la guerre, lorsqu'elle débarqua au front en 1854 avec son équipe de *nurses* sur lesquelles elle avait la haute main, elle se heurta à l'opposition farouche des médecins militaires. C'est en décidant de subordonner pointilleusement toute intervention des *nurses* à la demande officielle d'un de ces médecins qu'elle put se faire accepter, de même que les *nurses* qui l'accompagnaient. Non seulement cette stratégie lui donna la possibilité d'agir comme elle l'entendait, mais le travail d'assistance effectué se trouvait ainsi intégré dans le travail médical : « L'activité d'infirmière était ainsi définie comme un élément subalterne de la division technique des tâches attachées à la médecine ». Eliot FREIDSON, *La profession médicale... op. cit.* p 71.

⁶⁰⁰ Florence Nightingale, citée par Cecil WOODHAM-SMITH, *Id.* p 230.

⁶⁰¹ *Id.* p 308. « *for the vocation of a Nurse* ». Le terme est ambigu et revêt à la fois une connotation religieuse et professionnelle. Il ne s'agissait sans doute ni tout à fait d'une vocation au sens français actuel, ni tout à fait d'une profession au sens américain des années 1950. Nous avons par ailleurs renoncé au terme métier qui n'offrait qu'une synthèse trop réductrice des deux termes.

⁶⁰² « *any woman, of any class, of any sect* » *Id.* p 308.

débutait en Grande Bretagne le mouvement pour l'éducation et l'émancipation des femmes, John Stuart Mill en personne, lui demanda de soutenir le mouvement pour l'habilitation des femmes à préparer les mêmes doctorats en médecine que les hommes. Il essuya un refus. Le motif avancé était qu'il y avait d'autres urgences pour les femmes que de revendiquer l'accès à des métiers d'hommes : « rien ne l'exaspérait plus que le désir d'une partie des femmes d'imiter et de concurrencer les hommes. »⁶⁰³ Elle écrivit au même interlocuteur en 1862, à propos d'Elisabeth Blackwell, première femme docteur en médecine aux États-Unis en 1849 et première à être enregistrée comme médecin à Londres en 1859. Elle lui assura que pour sa part, elle préférait que des femmes devinssent des *nurses* de 1^{er} rang plutôt que des médecins de 3^{ème} rang. Elle faisait en l'occurrence allusion au fait qu'Elisabeth Blackwell avait eu, à ses yeux, du mal à s'imposer dans cette corporation⁶⁰⁴. Malgré tous ses efforts, J. Stuart Mill échoua à convaincre F. Nightingale que tous et toutes ne pouvaient occuper les premières places et que les femmes avaient pour l'heure d'autant moins de chances d'y prétendre qu'elles étaient peu nombreuses. Il s'adressait là à la fois en philosophe, économiste et logicien à une éminente statisticienne⁶⁰⁵. Il ajouta que, pour l'essentiel, il était question de droit moral pour les femmes d'accéder à cette profession⁶⁰⁶. Ce second argument était celui du militant féministe, particularité suffisamment rare chez les hommes de son temps pour être soulignée. Au moment de ces échanges avec F. Nightingale, il venait en effet de publier un ouvrage dans lequel il plaidait non seulement en faveur de l'émancipation des femmes, notamment par le droit de vote, mais il proposait une analyse aboutissant à la thèse de la construction sociale de la domination et à son incorporation par les femmes, contre les conceptions essentialistes qui avaient alors bonne presse⁶⁰⁷.

Mais la question des droits intéressait moins son interlocutrice que « le travail qu'il y avait à faire dans le monde »⁶⁰⁸. Pour elle, le monde disposait déjà de médecins de premier rang et avait en revanche, grand besoin de nurses de premier rang. Il en allait de même de la question des femmes et de leurs droits d'une façon générale. En 1867, J. Stuart Mill, qui faisait là preuve d'une remarquable persévérance, lui demanda de devenir membre de la Société nationale pour le suffrage des femmes à Londres. Il était bien conscient que la grande influence de celle qui

⁶⁰³ Cecil WOODHAM-SMITH, *Florence Nightingale... op. cit.* p 310

⁶⁰⁴ Son jugement par rapport à Elisabeth Blackwell était sans doute bien hâtif et sévère, en ne prenant pas en compte la conviction de cette nouvelle docteure que les femmes pouvaient donner à la médecine une couleur particulière, notamment dans le domaine moral, de la réforme sociale et de la santé publique. Elle ne visait donc pas nécessairement les postes les plus élevés ou les plus prestigieux, mais les plus utiles à ses yeux. Elle s'opposait en cela à sa jeune collègue Mary Putnam Jacobi, qui militait en faveur de la conquête par les femmes de toutes les spécialités médicales, à égalité avec les hommes. Cette dernière avait terminé ses études de médecine à Paris et fut la première docteure diplômée en France. MORANTZ Regina, *Feminism, Professionalism and Germs: the Thought of Mary Putnam Jacobi and Elisabeth Blackwell*, *American Quarterly*, Vol. 34, n° 5, 1982, p 459-478.

⁶⁰⁵ Bernard COHEN, *Florence Nightingale*, *Pour la Science*, Mai 1984, pp 66-75.

⁶⁰⁶ Cecil WOODHAM-SMITH, *Florence Nightingale... op. cit.* p 311.

⁶⁰⁷ STUART MILL John, *The subjection of women*, London, Longmans, Green, Readers & Dyers, 1859.

⁶⁰⁸ Cecil WOODHAM-SMITH, *Florence Nightingale... op. cit. Ibid.*

était devenue une grande dame et même une héroïne depuis la guerre de Crimée, pourrait servir la cause. Là aussi, il essuya un refus. Non pas qu'elle jugeât la cause infondée, elle disait même être convaincue de sa pertinence. Néanmoins, à l'exact inverse de Stuart Mill qui en faisait le préalable à toute évolution, elle ne croyait pas au suffrage comme panacée pour réparer les injustices qui étaient faites aux femmes et dont elle avait pleinement conscience⁶⁰⁹. Elle jugeait plus urgent d'agir et de réformer et rappelait volontiers que dans ses activités passées dans les bureaux ministériels, elle avait eu plus d'influence administrative que si elle avait bénéficié d'un mandat électif. Elle était donc bien loin de compter parmi les suffragettes : « Quoiqu'elle avait fait plus pour ouvrir de nouveaux horizons aux femmes que peut-être nulle autre femme, Miss Nightingale n'était pas une féministe ».⁶¹⁰ En 1858, elle se disait même « violemment indifférente aux torts et aux droits de [son] sexe »⁶¹¹, allant jusqu'à ironiser sur le « jargon du droit des femmes »⁶¹². Elle s'intéressait en effet par priorité aux démunis, aux êtres faibles dépourvus de la moindre défense, quel que fût leur sexe. A la fin de sa vie, cependant, à un correspondant à qui elle demandait ce qu'il pensait que le vote des femmes était susceptible d'apporter aux femmes ordinaires, elle confia qu'elle regrettait de s'être trop laissée emporter contre les « vociférantes ladies qui parlaient de choses auxquelles elles ne connaissaient rien du tout, à propos des femmes ordinaires »⁶¹³. Mais il s'agissait là, plus vraisemblablement d'une conversion un peu tardive aux préoccupations civiques et démocratiques lui permettant de dépasser ses considérations pratiques sur la marche du monde, que d'une révélation sur les bienfaits des solidarités de genre. Pour sa biographe critique, sa position par rapport au féminisme s'expliquait en effet entre autres, par ses origines sociales :

Son point de vue était aristocratique⁶¹⁴. L'égalité signifiait peu de choses pour elle. L'égalité des sexes, but des premières pionnières du féminisme, encore moins que tout. Elle ne s'était jamais sentie handicapée du fait de son sexe et n'avait jamais rêvé d'être un homme [...] Elle avait appris que dans le monde des affaires, les suggestions d'une femme étaient acceptées avec moins d'empressement que les suggestions d'un homme, mais en usant des bonnes tactiques, elle avait été capable de passer outre ce désavantage [...] Elle préférait les hommes aux femmes et les antagonismes de sexe, les rivalités de sexe lui étaient étrangers.⁶¹⁵

Même si elle renvoyait dos à dos les discours selon lesquels les femmes devaient absolument chercher à faire tout ce que faisaient les hommes ou au contraire, ne rien faire qui ne fût classé dans la catégorie des activités féminines, les femmes constituaient à ses yeux la seule armée de

⁶⁰⁹ Elle ne savait pas alors que l'histoire lui donnerait en grande partie raison. Sur les décalages entre le féminisme politique et les réalités concrètes des femmes, voir Michèle RIOT-SARCEY, *Histoire du féminisme*, Paris, La Découverte, Repères, 2002.

⁶¹⁰ Cecil WOODHAM-SMITH, *Florence Nightingale... op. cit*, p 217.

⁶¹¹ « *brutally indifferent to the wrongs or the rights of my sex* ». *Ibid.*

⁶¹² *Id.* p 230.

⁶¹³ *Id.* p 312.

⁶¹⁴ Il s'agit bien là de son regard sur le monde, car elle était issue des classes supérieures (*upper middle class*) caractérisées par des revenus confortables et un niveau élevé d'éducation et non de la noblesse.

⁶¹⁵ *Id.* p 310.

réserve envisageable pour servir la cause du *nursing*. Elle les regardait donc comme telles et attendait beaucoup d'elles, au point de les juger collectivement très sévèrement. En 1861, sans doute dans une passe un peu aigre et sombre⁶¹⁶, elle écrivit à Clarkey⁶¹⁷ qui venait de publier un ouvrage sur Madame Récamier :

Vous avez écrit « les femmes sont plus sympathiques que les hommes ». Aujourd'hui, si j'avais à écrire un livre sur mon expérience, je le commencerais par « *les femmes n'ont pas de sympathie* ». Votre point de vue relève de la tradition - le mien de la conviction de l'expérience. Je n'ai jamais trouvé une femme qui ait transformé sa vie d'un iota pour moi ou mes opinions.⁶¹⁸

En revanche, elle ne tarissait pas d'éloges pour les hommes qui s'étaient intéressés à elle et impliqués dans ses projets. C'était le cas pour Sydney Herbert, secrétaire d'État à la guerre, qui l'avait sollicitée pour la mission qu'elle avait effectuée en Crimée et soutenue dans ses activités durant toutes ces années. Sigmund Freud n'avait alors que 5 ans, mais la formulation de l'hommage de F. Nightingale à celui qui était devenu son ami l'eût sans doute beaucoup troublé lorsque, devenu grand, il avait levé un voile sur quelques secrets du fonctionnement psychique :

Sydney Herbert et moi étions ensemble exactement comme deux hommes- exactement comme lui et Gladstone. Et c'était la même chose pour Clough, ho Jonathan, mon frère Jonathan, mon amour pour toi était si grand, dépassant l'amour des femmes⁶¹⁹.

William Ewart Gladstone était un homme politique britannique influent, ami de Sydney Herbert. Il fut premier ministre entre 1868 et 1874. Arthur Hugh Clough était un proche collaborateur très actif et productif de Florence Nightingale⁶²⁰. L'interpellation de Jonathan paraît très énigmatique dans le texte de Cecil Woodham-Smith. Elle l'est moins dans celui de Patrick G. Scott qui l'a placée entre guillemets. Il ne s'agit donc pas des propos de Florence Nightingale, mais d'une citation qu'elle utilisa dans une lettre très vraisemblablement chargée d'émotion, puisque rédigée dans les suites des décès de S. Herbert et A.H. Clough⁶²¹. Il s'agit donc là, sans beaucoup de doutes, d'une référence sans le nommer à David comme figure

⁶¹⁶ Les nombreuses périodes de profonde dépression qu'elle traversa peuvent sans aucun doute être au moins partiellement mises en relation avec la fibromyalgie, maladie chronique douloureuse et très invalidante dont elle était atteinte et qui la cloua au lit longuement, à de nombreuses reprises, dès les années 1860.

⁶¹⁷ Il s'agit d'un surnom attribué dans son milieu à Mary Clark. Née à Londres, amie de Madame Récamier, elle anima pendant de nombreuses années un salon littéraire à Paris et y fréquenta la haute société parisienne ou britannique de passage. Les relations épistolaires suivies de F. Nightingale avec cette femme montrent l'étendue et la nature de son réseau relationnel.

⁶¹⁸ *Id.* P 258. Italiques dans le texte original.

⁶¹⁹ "...my love for thee was very great *PASSING THE LOVE OF WOMEN*". *Id.* p 260. En majuscules dans le texte.

⁶²⁰ Patrick G. SCOTT, Arthur Hugh Clough and Florence Nightingale, a relationship reexamined, University of South Carolina, Columbia, 10-20-2006. Consulté le 2 août 2017.

URL : http://scholarcommons.sc.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1224&context=engl_facpub .

⁶²¹ *Ibid.*

biblique et à sa relation avec Jonathan. En témoigne cet extrait de l'une des innombrables versions et traductions de la Bible : « Jonathan mon frère, je suis dans la détresse à cause de vous, vous m'avez été extrêmement doux, j'ai plus estimé votre amour que l'amour des femmes. »⁶²² Quelle qu'en fût la raison, et malgré son caractère pour le moins approximatif, la citation était choisie et communiquée à dessein par l'auteure de la lettre. Sans s'aventurer dans de sinieuses spéculations d'ordre psychosexuel, prudence que nous partageons avec Patrick G. Scott⁶²³, il est possible de regarder ces considérations comme un indice supplémentaire d'un rapport pour le moins ambigu de F. Nightingale aux femmes et aux hommes. Elle ne voulait pas être un homme, mais disait se comporter comme l'une d'entre eux avec qui elle semblait convaincue de partager la sympathie comme attribut constitutif et même exclusif de leur genre :

Je crois que je suis « comme un homme » [...] mais en quoi ? *En ayant de la sympathie*. Je suis sûre que je n'ai rien d'autre. Je suis sûre que je n'ai pas de génie. Je suis sûre que mes contemporaines, Parthe, Hillary, Marianne, Lady Dunsany, étaient toutes plus intelligentes que je ne l'étais, et plusieurs d'entre elles plus désintéressées. Mais aucune n'avait la moindre sympathie.⁶²⁴

En sortant du lot, elle s'excluait de ce collectif dépourvu de sympathie. Ses poussées paroxystiques de rancœur vis à vis des femmes allaient même parfois jusqu'à voisiner avec une misogynie dont bon nombre d'hommes qui n'en étaient pas avares, n'auraient rien eu à lui envier : « Les femmes aspirent à être aimées, pas à aimer. Elles implorent votre sympathie toute la journée, mais sont incapables de donner quoi que ce soit en retour. »⁶²⁵ Ses agacements étaient aussi motivés par les difficultés de recrutement d'élèves pour son école à ses débuts, témoignant du peu d'intérêt des femmes pour son projet de réforme du *nursing*. Or pour réaliser ce grand dessein, elle avait besoin d'elles et le répétait. Cette perspective les rendait précieuses au point de générer chez elle un sentiment assez paradoxal de sororité. En atteste cette lettre adressée aux sages-femmes qui revendiquaient en 1871 d'être intégrées à la profession médicale, combat pour lequel elle avait quelque sympathie, mais qu'elle montrait assez maladroitement : « Chères sœurs, les femmes ont mieux à faire que d'être des hommes médecins, c'est d'être des femmes médecins. »⁶²⁶ Si la formule était aussi ironique qu'elliptique, elle témoignait à la fois d'une certaine connivence entre femmes et de la complexité du rapport au monde et aux sexes de son auteure.

⁶²² LE CENE Charles, *La sainte Bible contenant l'ancien et le nouveau testament : nouvelle version française*, Tome second volume 5, Michel Charles Lecene, 1741, p 232. Dans une version plus contemporaine, la même idée fut formulée différemment : « Je suis dans la douleur à cause de toi, Jonathan mon frère ! Tu faisais tout mon plaisir ; Ton amour pour moi était admirable, au-dessus de l'amour des femmes ». *La Sainte Bible*, Ancien testament, version de L. Segond, Nouveau testament, version de H. Oltramare revue, Paris, Berger Levrault, 1944, p 224.

⁶²³ Patrick G. SCOTT, Arthur Hugh Clough... *Op cit* p. 12.

⁶²⁴ *Ibid*. En italiques dans le texte.

⁶²⁵ Cecil WOODHAM-SMITH, *Florence Nightingale...* *op. cit.* p 260.

⁶²⁶ « *medical men* »; « *medical women*. *Id.* p 305.

F. Nightingale fit part de toutes ces considérations vingt ans après la première publication de son *Cassandra*, un ouvrage considéré comme fondamental par le mouvement féministe, au point d'être rediffusé plus d'un siècle plus tard, par une maison d'édition spécialisée⁶²⁷. Elle y décrivait dans une vigoureuse diatribe, la mollesse d'esprit et l'oisiveté dans laquelle les femmes de la haute société britannique étaient enfermées contre leur gré, réduites qu'elles étaient à de frivoles mondanités. Il s'agissait là d'une critique sévère et audacieuse de la famille victorienne, pourtant sacrée. Dans une biographie récente⁶²⁸, l'auteur apporte, entre autres, des éléments attestant que la version publiée de *Cassandra* fut nettement arrangée et impersonnalisée par rapport aux manuscrits originaux. Ces derniers relevaient en effet, largement de l'autobiographie d'une jeune fille aux prises avec le carcan, fût-il doré, d'une famille étouffante, contrariant ses désirs et nombreux projets favorisés par un esprit exceptionnellement brillant dès le plus jeune âge⁶²⁹. Elle faisait alors figure de rebelle, sans revendiquer ce qualificatif, en prenant péniblement conscience⁶³⁰ des mécanismes de domination littéralement incorporés par les femmes, dont sa mère et sa sœur étaient d'intimes représentantes. Le renoncement au mariage comme condition de sa liberté de penser et d'agir faisait partie des choix au prix fort élevé qu'elle avait faits délibérément. On comprend mieux, dès lors, son acharnement à développer, outre les questions de promotion de la santé publique qui l'animaient profondément et authentiquement, une profession qui appartiendrait aux femmes et à elles seules. Vu sous cet angle, ce projet radical apparaît à la fois comme la condition de possibilité et le gage d'une forme de libération par le travail. Il est possible alors, que la violence tout aussi radicale de son jugement par rapport aux femmes de sa condition s'explique par son incompréhension et sa déception devant leur inertie par rapport à son projet libérateur⁶³¹, alors même qu'elle avait trouvé d'attentives oreilles masculines pour s'y intéresser. Son discours péremptoire sur la sympathie comme attribut chez les uns et carence absolue chez les autres ne se rapportait donc vraisemblablement pas à elle-même, mais à son projet qui pour être personnel, n'en était pas moins porté par un dessein bien plus vaste, d'envergure collective. Au-delà de ses origines sociales et de la vision aristocratique du monde qui l'habitait, de la maladie grave avec laquelle elle devait vivre, cette enfance tourmentée avait

⁶²⁷ Florence NIGHTINGALE, *Cassandra, angry outcry against the forced idleness of victorian women*, Cuny, The feminist Press, 1979. Première édition en 1852.

⁶²⁸ Mark BOSTRIDGE, *Florence Nightingale, the making of an icon*, New York, Farrar, Strauss & Giroux, 2008.

⁶²⁹ Elle était capable de tracer des courbes sur l'efficacité de la prière à 6 ans, de lire Homère en grec à 9 ans, bien avant donc, de soutenir à 20 ans, des échanges d'ordre philosophique, théologique ou sur des questions de salubrité publique avec des personnes cultivées de passage chez ses parents. *Ibid.* Autant d'indices qui montrent qu'elle avait malgré tout bénéficié d'une éducation qui lui avait permis de devenir celle qui œuvrerait à sa façon à l'émancipation des femmes.

⁶³⁰ Ce qu'elle découvrit par la douloureuse expérimentation fut théorisé quelques années plus tard de façon plus distanciée et sans doute avec moins de souffrance par Stuart Mill. Voir *supra*.

⁶³¹ Au moins à ses débuts, car plus tard, il prit un envol planétaire, bien au-delà de ses espérances premières. En 1887, 24 anciennes élèves de la *Nightingale School* étaient à la tête d'hôpitaux, institutions ou autres organisations comme *matrons* ou d'écoles comme *superintendents*. Parmi les *nurses* formées dans ces écoles, une partie étaient parties travailler aux États-Unis, en Australie, au Canada (Montréal), en Inde, à Ceylan, en Allemagne et en Suède. Cecil WOODHAM-SMITH, *Florence Nightingale... op. cit.* p 350.

contribué à forger la personnalité complexe de F. Nightingale et agissait aussi bien comme facteur déterminant, parmi d'autres, de son action. C'est dans ses conditions que furent pensées et établies les relations entre les médecins et les *nurses* dont elle avait imaginé une nouvelle génération.

- *Nurses et médecins au temps et au pays de Nightingale : les non-dits d'une subordination feutrée, librement consentie*

La *Nightingale Training School for nurses* ouvrit le 9 juillet 1860. Sa direction fut confiée à Mrs Wardroper, *matron* de l'hôpital St. Thomas, élevée pour l'occasion au rang de *superintendent* de l'école. L'opération fut réalisée en dépit du nombre très minoritaire de soutiens parmi les médecins. Pourtant, le projet était ambitieux et l'enjeu de sa réussite d'autant plus grand :

L'objectif de l'école était de produire des *nurses* capables de former les autres. Les *nurses* de Nightingale n'étaient pas destinées à dispenser des soins de nature privée ; elles devaient prendre des postes dans les hôpitaux et les institutions publiques pour y établir des standards de soins d'un niveau plus élevé. Elles devaient devenir des missionnaires et à ce titre, être au-dessus de tout soupçon. Une indiscretion même minime, un faux pas et les espoirs de réformer la profession d'infirmière⁶³² et d'élever son statut pouvaient retomber pendant des années [...] L'avenir du *nursing* dépendait du comportement de ces jeunes femmes. En conséquence, les candidates pour devenir des stagiaires Nightingale⁶³³ étaient soumises à un examen rigoureux et il y avait beaucoup de difficultés à trouver des jeunes femmes au caractère approprié.⁶³⁴

La sélection était intransigeante et constituait, malgré les difficultés de recrutement qu'elle engendrait, une force pour l'image et l'implantation du modèle. De plus, point n'était besoin de clamer que l'école était réservée aux jeunes femmes de la haute société, ce qui eût singulièrement manqué d'élégance. Le mode de sélection choisi consistait précisément en la vérification pointilleuse de l'incorporation des codes et bonnes manières, autant dire les *habitus* de la classe dominante. Aucune élève n'était admise si elle n'était munie d'un « certificat de bon caractère »⁶³⁵ délivré au début par F. Nightingale elle-même et par la suite, par les directrices⁶³⁶ d'école. Ce type de sélection sociale qui ne portait pas son nom, n'était pas l'affaire des médecins qui, pour la grande majorité d'entre eux, se contentaient des services des domestiques qui leur étaient dévoués autant qu'aux malades.

Au-delà des questions d'image d'un modèle qu'il s'agissait d'implanter, ce mode de sélection permettait aussi aux prétendantes de ne pas être en sous-décalage culturel par rapport aux

⁶³² « *nursing profession* »

⁶³³ « *Nightingale probationners* ».

⁶³⁴ Cecil WOODHAM-SMITH, *Florence Nightingale... op. cit.* p 234.

⁶³⁵ *Ibid.*

⁶³⁶ « *Superintendents* » ou « *matrons* »

médecins qu'il était question d'appriivoiser. S'il n'était aucunement question pour elles d'effectuer des tâches ménagères, les élèves travaillaient beaucoup. Leur formation durait un an et se terminait, sous réserve d'avoir donné satisfaction aux examens, par l'inscription comme *nurse* certifiée dans le registre de l'hôpital. Les élèves étaient employées comme assistantes dans les salles de malades où elles passaient la majorité de leur temps. Elles y recevaient une instruction pratique de la part des surveillantes⁶³⁷ et des médecins ou chirurgiens⁶³⁸. Chaque jour, elles assistaient à des cours donnés par le personnel médical ou les surveillantes de l'Hôpital St Thomas. Elles rencontraient l'aumonier de l'hôpital deux fois par semaine. Elles étaient tenues de prendre des notes, le cahier sur lequel celles-ci figuraient étant susceptible d'être contrôlé à tout moment. De même, elles devaient se tenir prêtes à des examens écrits ou oraux en permanence⁶³⁹. Si l'on excepte les régulières interventions de l'aumonier, c'est d'une double formation, médicale et en *nursing*, dont bénéficiaient les élèves, tant du point de vue des cours théoriques que de la formation clinique. Elles recevaient donc de l'instruction et des instructions de la part à la fois des médecins et des *sisters*, ce qui les préparait à des relations de travail futures sans doute plus caractérisées par un partage négocié des activités, du temps et des espaces que par une division rigide, hiérarchisée et chargée de violence symbolique du travail. Les quelques cas de rébellion des élèves relatés⁶⁴⁰ renvoyaient bien plus à des conflits de type anciennes et modernes par rapport aux *sisters* ou aux *nurses* que par rapport aux médecins.

C'est que F. Nightingale avait judicieusement préparé le terrain. Finement informée de la marche du monde, elle savait que le tout récent *Medical Act* de 1858⁶⁴¹ protégeait l'exercice des médecins et des chirurgiens. Ceux-ci disposaient donc de fait du monopole de l'activité médicale qui ne pouvait être de surcroît effectuée que par des personnes dûment enregistrées après contrôle de leur formation par le *General Council of Medical Education and Registration of the United Kingdom*, sorte de conseil supérieur de la profession créé par le même texte. Du point de vue strictement législatif, l'exercice professionnel des médecins était donc protégé. En 1859, soit un an avant l'ouverture de l'école, F. Nightingale publia ses *Notes on Nursing*, ouvrage traitant des soins des malades dont la première traduction française des « principaux chapitres » fut publiée en France en 1932⁶⁴². Y figurait une théorie de l'activité des *nurses* par rapport à celle des médecins. Pour être audacieuse, celle-ci n'en présentait pas moins le grand

⁶³⁷ « *sisters* »

⁶³⁸ « *Surgeons* » : ce terme signifiait aussi bien l'un que l'autre et renvoyait surtout au praticien de la médecine, quel que fût son domaine d'exercice.

⁶³⁹ *Ibid.* et p 235.

⁶⁴⁰ Cecil WOODHAM-SMITH, *Florence Nightingale... op. cit.*

⁶⁴¹ <http://www.legislation.gov.uk/ukpga/Vict/21-22/90/contents/enacted> consulté le 03-08-2017.

⁶⁴² Dr KREBS-JAPY, *Florence Nightingale, sa vie et son œuvre... op. cit.* La traduction fut effectuée par le DR Edouard Krebs, mari de l'auteure, décédée avant la fin du projet de publication. Le terme *nursing* fut traduit par *soignage*, néologisme qui n'eut aucune existence extérieure à l'ouvrage. La première édition américaine parut un an après l'édition anglaise, ce qui montre son influence immédiate outre Atlantique. FLORENCE NIGHTINGALE, *Notes on nursing, what it is, and what it is not*, New York, D. Appleton & company, 1860.

avantage de donner à voir immédiatement le *nursing* comme complémentaire plutôt que comme concurrent de la médecine :

On croit souvent que la médecine est le procédé qui guérit. C'est une erreur : la médecine est la chirurgie des fonctions comme la chirurgie elle-même est celle des membres et des organes. Elles n'ont, toutes deux, d'autres pouvoirs que de lever des obstructions. Aucune ne guérit : seule la nature guérit. La chirurgie extrait d'un membre le projectile qui met obstacle à la guérison, mais c'est la nature qui guérit la blessure. Il en est de même pour la médecine. La fonction d'un organe est obstruée : la médecine, pour autant que nous le sachions, aide la nature à lever l'obstruction, mais ne fait rien de plus. Le rôle du soignant, dans l'un et l'autre cas, est de mettre le patient dans les meilleures conditions possibles pour que la nature agisse en lui.⁶⁴³

Médecins et infirmières devaient donc, chacun et chacune à sa place mais ensemble, mettre en œuvre des procédés « capables de maintenir ou ramener l'état de santé »⁶⁴⁴. Cet ouvrage était de nature à rassurer le corps médical plus qu'à l'inquiéter, pour plusieurs autres raisons de registres différents. Tout d'abord, il s'adressait à toutes les *nurses*, c'est-à-dire toutes les femmes⁶⁴⁵ susceptibles d'apporter des soins dans la sphère domestique, que ce fût aux enfants ou aux adultes : « chaque femme, ou au moins presque chaque femme, a, en Angleterre, à un moment ou à l'autre, en charge la santé personnelle de quelqu'un, que ce soit un enfant ou un malade,- en d'autres termes, chaque femme est une *nurse*. »⁶⁴⁶ L'ouvrage était donc rédigé à l'intention des femmes ordinaires⁶⁴⁷, qui devaient ainsi se familiariser avec la manière de voir d'une *nurse*. Il ne s'agissait donc pas, prévenait son auteure, d'un manuel à l'intention des *nurses* professionnelles, car le *nursing* ne « [pouvait] être appris dans les livres, mais seulement dans l'expérience même qui s'acquiert au lit des malades. »⁶⁴⁸ Cette brève annonce portait modestement tout le sens des hôpitaux-écoles, où l'on apprenait en travaillant. Ceci était de nature à rassurer bien des inquiets : les administrateurs pour des raisons économiques, mais aussi les médecins qui ne voyaient pas là de concurrence dans le domaine du savoir alors résolument considéré comme non théorisable du côté des infirmières⁶⁴⁹.

⁶⁴³ Dr KREBS-JAPY, *Florence Nightingale, sa vie et son œuvre... op. cit.* p 132.

⁶⁴⁴ *Ibid.*

⁶⁴⁵ Au sens de personne de sexe féminin, qu'elle soit enfant ou adulte.

⁶⁴⁶ Florence NIGHTINGALE, *Notes on nursing, what it is, and what it is not... op. cit.* Préface. Celle-ci ne figure pas dans la traduction française. Le terme de *nurse* renvoie ici aussi bien aux jeunes filles ou même aux enfants de sexe féminin qui pouvaient, dès l'âge de 5 ans, s'occuper d'autres enfants. *Ibid.* Pour cette raison, nous avons choisi de ne pas le traduire par le terme infirmière, en l'occurrence réducteur.

⁶⁴⁷ Vraisemblablement, cette version fut jugée un peu trop ordinaire ou généraliste puisqu'un ouvrage spécialisé pour les classes laborieuses, *Notes on nursing for the labouring classes*, parut en 1861. Dr KREBS-JAPY, *Florence Nightingale, sa vie et son œuvre... op. cit.* p 40.

⁶⁴⁸ *Id.* p 128.

⁶⁴⁹ Un tel ouvrage, publié dans la collection *Bibliothèque de l'infirmière* des éditions A. Poinat en 1932 avait aussi ses avantages en France de ce point de vue. De plus, il pouvait conforter Léonie Chaptal, sa préfacière, dans sa recette de pâté d'alouette, à l'importante nuance près que le recrutement des élèves était très différent. En Grande-Bretagne, celles qui étaient par recrutement des héritières cultivées, pouvaient sans beaucoup d'effort, augmenter considérablement et à leur guise, la proportion d'alouette dans le pâté, ceci quelle que fût la provenance de l'oiseau, afin de lui donner, sans aucun doute, plus de saveur. Voir *supra*.

En outre, dans l'édition originale, F. Nightingale avait clairement formulé la distinction entre ce savoir-là, « que tout le monde devrait posséder » et le « savoir médical, que seule une profession peut posséder. »⁶⁵⁰ *Notes on nursing* ne contenait donc pas une théorie de la connaissance mais seulement quelques conseils pratiques ou conduites à tenir, à l'usage des femmes au quotidien, toutes potentiellement *nurses*. Mais ces recommandations d'ordre hygiénique à visée de vulgarisation ne devaient pas, pour autant, occulter ni « mésestimer le métier proprement dit de l'infirmière »⁶⁵¹. Ce qui fut traduit par métier dans la version française ne permet pas de saisir la portée du choix terminologique de F. Nightingale. Car dans le texte original, il ne s'agissait pas du terme *occupation*, désignant le métier ou l'emploi au sens générique, ni même de *vocation*, se rapportant certes à la sphère religieuse, mais aussi à une activité professionnelle, mais du terme *handicraft*, renvoyant explicitement à un métier manuel. Cette dernière traduction eût sans doute mieux permis d'en saisir le sens stratégique. Il est peu douteux en effet, que F. Nightingale ait minutieusement choisi et pesé ce terme. Il est tout aussi improbable qu'elle ait pu dénier aux *nurses* qu'elle voulait former, toute activité réflexive et donc cognitive, tant elle attendait d'elles qu'elle fussent en éveil constant et en analyse permanente des conditions dans lesquelles se trouvaient les malades. Elle utilisa donc très vraisemblablement ce vocable bien plus pour rassurer le corps médical quant à une éventuelle concurrence sur le terrain du savoir que pour caractériser le travail des infirmières. Elle décrivait en effet ce dernier comme essentiellement pratique, fondé sur l'expérience plus que sur les données livresques, mais pas exclusivement manuel, comme en témoigne l'introduction à l'épais chapitre intitulé « *de l'observation des malades* » :

La plus importante des leçons pratiques, que l'on doit donner aux infirmières, est celle qui consiste à leur enseigner ce qu'il faut observer et comment on y parvient ; quels sont les symptômes qui manifestent une amélioration, quels sont ceux qui signifient le contraire ; quels sont les signes importants et ceux qui ne le sont pas ; ceux qui prouvent une négligence et sur quel point porte la négligence.⁶⁵²

C'était bien une activité cognitive à visée diagnostique qui était présentée, à la fois pour l'infirmière elle-même, afin de savoir « vraiment reconnaître si leur malade se porte mieux ou va plus mal au contraire »⁶⁵³ mais aussi dans le but accepté de rendre compte le plus précisément possible au médecin de l'état du patient. F. Nightingale évoquait cet aspect de l'activité des infirmières pour déplorer leur absence de formation sur cette question :

Je ne mentionnerai qu'un petit nombre des réponses que j'ai entendu faire, par des amis ou par des infirmières, à des médecins et à des chirurgiens, au chevet du lit de malades. Ceux-ci auraient pu les

⁶⁵⁰ Florence NIGHTINGALE, *Notes on nursing, what it is, and what it is not... op. cit. Ibid.*

⁶⁵¹ Dr KREBS-JAPY, *Florence Nightingale, sa vie et son œuvre... op. cit.* 128..

⁶⁵² *Id.* p 99.

⁶⁵³ *Ibid.*

contredire mot pour mot, mais n'en faisaient rien, soit par amabilité, soit par timidité, le plus souvent par apathie.⁶⁵⁴

Si le propos, comme souvent chez F. Nightingale, était peu flatteur pour les médecins, il introduisait discrètement une coopération possible des infirmières avec eux, dans l'intérêt bien compris de leur propre activité. Il laissait aussi entendre que pour arriver à ces fins, un partage minimum de leur propre savoir était requis. Vues sous cet angle, les infirmières n'apparaissaient donc pas comme des envahisseuses sur leur territoire, mais plutôt comme des aides précieuses dans leur propre travail et notamment leur activité diagnostique et de suivi de l'état du patient.

Il en allait de même pour l'activité thérapeutique. F. Nightingale considérait avec d'autres, qu'il y avait déjà incontestablement « bien assez d'amateurs médecins comme cela »⁶⁵⁵ et semblait par là-même, sans l'avouer, justifier et promouvoir le *Medical Act* de 1858. Elle savait aussi que les femmes n'étaient pas en reste dans cette activité « d'amateur médecin », dénonçant leur « inlassable manie de droguer » par l'usage inconsidéré de laxatifs et de calomel⁶⁵⁶, pour elles-mêmes et pour les autres. Elle proposait donc de rompre radicalement avec ces pratiques antérieures :

Si les femmes veulent prendre ou donner des remèdes, le parti le plus sûr pour elles est de recourir chaque fois au médecin [...] Une infirmière vraiment expérimentée et attentive ne drogue jamais ni elle-même ni les autres. [...] c'est là le meilleur moyen d'en finir avec les amateurs médecins, et, si les docteurs voulaient bien prendre la peine de s'en convaincre, d'obtenir de leurs infirmières une aide obéissante et efficace au lieu d'être constamment contrecarrés. Une telle éducation chez les femmes serait donc des plus utiles pour alléger le travail du médecin : n'en doutez pas, à moins que vous ne préfériez croire sérieusement que les médecins désirent avoir plus de malades pour avoir plus à faire.⁶⁵⁷

L'évocation de l'obéissance de l'infirmière au médecin est suffisamment rare dans le discours de F. Nightingale pour être soulignée. Elle était présentée ici comme nécessaire, non pas dans l'absolu, mais en raison d'un partage des tâches, l'usage raisonné des drogues étant l'affaire du médecin supposé en avoir la fine et juste connaissance. De plus, c'était à lui d'obtenir cette obéissance qui ne semblait pas aller de soi et qui de surcroît, n'était pas formellement prescrite. Ce n'était que par déduction subtile, au regard de l'exercice illégal de la médecine par les personnes non enregistrées, que cette soumission de l'infirmière au médecin transparissait. Il ne s'agissait pas ici d'un discours juridique positif, d'ailleurs jamais évoqué par F. Nightingale, mais de l'exposé de relations purement fonctionnelles, dans la perspective d'une coopération, d'une relation d'aide de l'infirmière envers le médecin. Cette relation n'était néanmoins pas

⁶⁵⁴ *Ibid.* et p 100.

⁶⁵⁵ *Id.* p 129.

⁶⁵⁶ *Ibid.* Le calomel était un remède à base de chlorure de mercure, longtemps considéré comme panacée et dont la haute toxicité justifiant l'interdiction de son usage par les médecins fut établie dès la fin du XIX^{ème} siècle aux États-Unis, sans convaincre ses plus frénétiques adeptes.

⁶⁵⁷ *Id.* p 131-132.

réciroque. A aucun moment il n'était question que le médecin vînt en aide à l'infirmière dans ses tâches, ce qui réduisait considérablement l'envergure de ce qui aurait pu apparaître comme une coopération. La subordination des infirmières aux médecins était bien là, mais n'occupait pas le devant de la scène et n'était pas absolument proclamée ni érigée en système comme ce fut le cas en France quelques années plus tard.

A la fin des années 1880, le système de formation mis au point par F. Nightingale avait fait ses preuves et nul ne contestait sa réussite, ni même son excellence. Néanmoins, les premières oppositions émergèrent, remettant en cause son caractère fermé, échappant notamment à toute forme de contrôle et de surveillance externes, et le niveau d'exigence exorbitant des écoles qui ne permettait pas de former un nombre suffisant de *nurses* pour répondre à la demande grandissante. En 1886, un comité émanant d'une association d'hôpitaux⁶⁵⁸ proposa la création d'un corps d'examineurs indépendants des écoles de formation. Celui-ci devait être chargé d'autoriser les *nurses* ayant subi les épreuves avec succès à figurer nommément au registre prévu à cet effet. Ainsi, un standard de l'excellence technique en *nursing* serait établi et de nature à protéger la population. F. Nightingale était en désaccord avec cette proposition. D'une part, si elle disait ne pas être contre l'enregistrement par principe, elle le jugeait prématuré, en raison de la jeunesse de la profession. D'autre part, elle considérait que l'examen public autorisant l'enregistrement ne pouvait être exclusivement fondé sur des habiletés techniques comme le suggérait le comité, ce qui revenait à réduire l'évaluation des infirmières à celle des ingénieurs. Or ce type d'appréciation ne prenait pas en compte la formation du caractère, impossible à évaluer sinon par la *matron* ayant suivi l'élève pendant sa formation. Ainsi, à ses yeux, le *nursing* relevait indissociablement de la *vocation* et de la *profession*⁶⁵⁹. Mais peut-être oubliat-elle de préciser, dans cette argumentation, que le plus dérangeant pour elle dans ces propositions, résidait dans la profonde mise en cause du système socialement marqué qu'elle avait mis au point près de trente ans plus tôt et sur lequel elle avait jusqu'alors régné sans partage, de même que ses élèves progressivement formées, notamment en matière de recrutement⁶⁶⁰.

Si ces propositions ne furent pas suivies d'effet cette année-là, elles annoncèrent le début d'une large fissure dans le milieu du *nursing* jusqu'alors soudé autour de l'héroïne de la guerre de Crimée. Cette dernière et ses partisans s'opposèrent à l'Association des *nurses* britanniques fondée dès 1887⁶⁶¹ qui porta désormais le combat pour l'enregistrement. Tout au plus F.

⁶⁵⁸ *Hospitals' Association*

⁶⁵⁹ Cecil WOODHAM-SMITH, *Florence Nightingale... op. cit* p 351. Il n'était plus question ici de *handicraft*.

⁶⁶⁰ Parmi les qualités mises en avant dans l'appréciation du caractère, figurait *gentleness*, au remarquable double sens de « bonne naissance » et de « douceur ». La sympathie faisait aussi partie des critères, ce qui laisse songeur après avoir pris connaissance des considérations de F. Nightingale à ce sujet, à propos des femmes en particulier. Voir *supra*.

⁶⁶¹ *Nurses british association* qui devint la *Royal british nurses association*.

URL : <http://www.rbna.org.uk/origins.asp> consulté le 08-08-2017.

Nightingale concéda-t-elle que « si un registre devait être utilisé, il devrait être mis à jour de façon permanente et comporter une description du caractère de chaque *nurse* et une récente recommandation d'un chirurgien ou d'un médecin »⁶⁶². Cette proposition d'arrangement ne fut pas nécessaire car l'adoption de l'enregistrement n'eut lieu qu'en 1919, 9 ans après son décès. Elle confirmait néanmoins qu'en cette fin de siècle, quel que fût le système préconisé, médecins et infirmières étaient indissociables, y compris dans le dispositif d'évaluation et de contrôle des dernières. Cette précision apparaissait comme un indice supplémentaire que les premiers étaient sans ambiguïté dans une position hiérarchique, fût-elle non proclamée, par rapport aux secondes. C'est, entre autres, sur cette caractéristique majeure de la profession en évolution, que se pencha le comité international d'experts en soins infirmiers, un siècle après l'éclosion du modèle anglais reconnu par toutes et tous comme fondateur.

Infirmières et médecins en 1960 : au-delà de la division du travail médical, deux visions du monde de la santé pour une coopération loyale

Le 10 juillet 1953, le Code international de déontologie de l'infirmière fut adopté par le Grand conseil du CII à Sao-Paulo, Brésil. En introduction de ce texte⁶⁶³, l'infirmière était d'emblée présentée comme une professionnelle au service des malades, indépendamment du médecin :

L'infirmière professionnelle donne ses soins aux malades. Elle a le devoir de créer un milieu physique, social et spirituel favorable à la guérison et elle s'efforce par l'enseignement et l'exemple, de prévenir la maladie et de promouvoir la santé. L'infirmière est au service de la santé de l'Individu, de la Famille et de la Société et coordonne son action avec celle des autres professions de l'équipe sanitaire.⁶⁶⁴

Cette autonomie affichée n'évacuait pas pour autant, les termes d'une nécessaire relation avec le médecin en tant qu'élément constitutif parmi d'autres, de l'exercice professionnel de l'infirmière. Sur les 14 articles qui composaient le code, 3 d'entre eux s'y rapportaient expressément et 2 autres pouvaient s'y rapporter au même titre que d'autres professionnels :

Art. 6. – Consciente de l'étendue de ses responsabilités, l'Infirmière en connaît aussi les limites. Elle ne recommande ou n'exécute un traitement sans prescription médicale qu'en cas d'urgence, et, dans une telle éventualité, fait un rapport au médecin dans le plus bref délai.

Art. 7. – L'Infirmière a l'obligation d'exécuter les prescriptions médicales avec intelligence et loyauté, et de refuser de participer à des actes que la déontologie condamne.

Art. 8. – L'Infirmière entretient et encourage la confiance dans le médecin et les autres membres de l'équipe sanitaire.

⁶⁶² Cecil WOODHAM-SMITH, *Florence Nightingale... op. cit* p 353.

⁶⁶³ Traduction française de l'intégralité du code in *La Profession d'infirmière en France, 1962... op. cit.* p.143-145. Note de l'éditeur : « le texte étant une traduction, le terme « infirmière » comprend aussi les infirmiers ».

⁶⁶⁴ *Id.* p 143. Les majuscules initiales aux termes individu, famille et société figurent dans le texte cité.

Art. 11. – L’Infirmière coopère avec ses collègues et avec les membres des autres professions et maintient avec eux des relations harmonieuses.

Art. 14. – L’Infirmière doit partager les responsabilités et se joindre à l’action des autres membres de l’équipe sanitaire et de ses concitoyens en vue de répondre aux besoins du public en matière de santé, sur le plan local, national et international.⁶⁶⁵

Si une relation de subordination de l’infirmière au médecin était reconnue et acceptée sous la forme d’une obligation, elle n’apparaissait pas comme absolue, mais contingente aux situations et à l’appréciation à la fois technique et morale qui en était faite par l’infirmière.

Cette conception, qui supposait chez l’infirmière à la fois une collaboration loyale avec le médecin et une liberté critique par rapport aux situations, fut entérinée une fois pour toutes en 1965. Cette année-là, l’infirmière fut en effet définie par le CII sans la moindre allusion au médecin, comme « [...] la personne qui, ayant suivi un enseignement infirmier de base, est apte et habilitée à assumer dans son pays la responsabilité de l’ensemble des soins infirmiers que requièrent la promotion de la santé, la prévention de la maladie et les soins aux malades. »⁶⁶⁶. Un an plus tard, le comité d’experts en soins infirmiers de l’OMS réuni à Genève s’appropriait cette définition jugée légitime, « car l’organisme le plus qualifié pour dire ce qu’est une infirmière est bien l’Association professionnelle internationale où sont groupées les associations nationales d’infirmières »⁶⁶⁷. Les soins infirmiers étaient aussi définis dans un glossaire annexé au même rapport, sans aucune allusion au corps médical. Le Comité reprit pour l’occasion, la définition proposée par Virginia Henderson⁶⁶⁸, infirmière américaine, enseignante et chercheuse. Après avoir procédé à la révision de la 4^{ème} édition d’un manuel auparavant publié par Bertha Harmer⁶⁶⁹ puis remanié seule le même ouvrage⁶⁷⁰, elle fut parmi les premières à théoriser et modéliser l’activité des infirmières⁶⁷¹. Pour elle, les soins infirmiers consistaient à :

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. Donner cette assistance de manière à permettre à celui qui la reçoit

⁶⁶⁵ Id. p 144-145.

⁶⁶⁶ Rapport spécial et rapport des Commissions présentés aux réunions du Conseil d’administration et du Grand Conseil du CII, Francfort, juin 1965. Cité in OMS, *Comité OMS d’experts en soins infirmiers...* 1966. *Op. cit.* p 9.

⁶⁶⁷ *Ibid.* Participaient comme membres aux travaux de ce comité : le Mexique, la France, la Pologne, l’Iran, le Ghana, les États-Unis, l’Angleterre et les Philippines. Le comité international catholique des infirmières et assistantes sociales et le CII représentaient dans cette instance les organisations non gouvernementales.

⁶⁶⁸ Virginia HENDERSON, *Basic principles of nursing care*, International council of nurses, 1960.

⁶⁶⁹ Bertha HARMER, Virginia HENDERSON, *Textbook of the Principles and Practice of Nursing*, 4th edition, New York, Macmillan Co, 1939.

⁶⁷⁰ Virginia HENDERSON, *Textbook of the Principles and Practice of Nursing*, 5th edition, New York, Macmillan Co, 1955. Cet ouvrage fut réédité en 1978.

⁶⁷¹ Virginia HENDERSON, *The Nature of Nursing. A Definition and the Implications for Practice, Research and Education*, New York, Macmillan Co, 1966. Virginia HENDERSON, *La Nature des Soins infirmiers*, Paris, InterEditions, 1994. Traduction française.

d'agir sans concours extérieur aussi rapidement que possible. *Dans cet aspect de son travail, c'est à l'infirmière qu'incombent l'initiative et le contrôle ; c'est elle qui dirige.*⁶⁷²

Le rapport rendant compte des travaux du Comité à cette occasion, permet en outre de saisir quelques caractéristiques de la figure de l'infirmière et de son activité, mais aussi des relations qu'elle entretenait avec le médecin, telles qu'elles y transparaissent à ce niveau international :

Il faut donc que tous les travailleurs sanitaires, mais particulièrement le médecin et l'infirmière, observent le malade, l'écoutent, puis se consultent pour faire le point de la situation. S'il est vrai que l'infirmière doit s'en rapporter au médecin pour le diagnostic et le plan de traitement, il lui appartient d'établir pour son propre compte une évaluation des difficultés du malade. [...] La responsabilité de l'infirmière dépasse donc de loin les « actes soignants » concrets. [...] Il appartient aussi à l'infirmière de veiller à ce qui fait de la vie humaine autre chose qu'un processus purement végétatif, c'est-à-dire les relations sociales, les occupations récréatives et productives. En d'autres termes, l'infirmière aide le malade à maintenir ou à recréer le mode de vie normal qu'il entretiendrait sans assistance s'il était en parfaite santé.⁶⁷³

A l'instar des infirmières françaises, les infirmières du monde anglophone et les québécoises n'échappèrent pas, dans la première moitié du siècle, à la montée en puissance et en prestige, à la mesure de leur efficacité, des connaissances et techniques biomédicales. Comme les françaises, elles se les approprièrent délibérément, pour une coopération sans équivoque avec les médecins. Pour autant, elles ne minimisèrent pas une vive autonomie héritée des *nurses* de l'Angleterre victorienne, sans toutefois se laisser aller à d'immuables et nostalgiques considérations sur l'œuvre de ces vénérables pionnières.

Questionner le passé pour mieux appréhender l'avenir : traditions, genre, rapport aux sciences et formation

Le Comité était résolument tourné vers l'avenir, incitant même les infirmières au mouvement et à l'audace, pour « gagner une partie » présentée comme périlleuse, au regard de l'évolution du monde :

[...] la profession infirmière doit rompre avec certaines de ses traditions et transformer les stéréotypes hérités du passé. Au cours de la prochaine décennie, une tâche difficile mais exaltante l'attend. La tendance à recourir au traitement médical de masse et la modification de la structure des services de santé obligeront l'infirmière de demain à accepter des responsabilités sans précédent. Ce ne sont pas de légères

⁶⁷² OMS, *Comité OMS d'experts en soins infirmiers...* 1966. *Op. cit.* p 33. En italiques dans le texte. Cette citation de VIRGINIA HENDERSON fut reprise par le comité d'experts dans la deuxième édition de son ouvrage *Basic principles of nursing care*, 1961. Celui-ci fut ensuite réédité par le CII en 1968, 1969, 1973, 1974, 1976, 1977, ce qui atteste le caractère durable de l'influence américaine au niveau international, notamment de cette personnalité, tant par le canal du CII que de l'OMS.

⁶⁷³ Id. p 10.

transformations dans les services infirmiers actuels qui permettront de satisfaire les exigences nouvelles dans une société en évolution rapide. Une refonte sera nécessaire.⁶⁷⁴

Pour affronter ces évolutions prometteuses mais ardues, il était nécessaire, aux yeux des experts, de faire évoluer le profil des professionnelles, en acceptant, de leur part, des motivations elles aussi en évolution par rapport au passé :

La grâce, l'élégance, la fierté d'exceller dans sa profession devraient être les caractéristiques de l'infirmière, tout comme le sens des responsabilités et les compétences techniques. Les conceptions étroites qui ont parfois prévalu dans le passé peuvent être surmontées pour laisser venir à la profession des jeunes filles qui ne correspondront pas nécessairement au stéréotype traditionnel de l'élève infirmière.⁶⁷⁵

Ailleurs, tout en rappelant l'adaptation inévitable aux situations nationales voire locales dans certains pays, la nécessité de relever le niveau de recrutement des élèves était soulignée, pour rendre, en dépit de l'apparent paradoxe, la profession plus attractive que par le passé, y compris et peut-être surtout pour les hommes :

Contrairement aux craintes qui ont été exprimées quelques fois, des sujets d'élites peuvent être attirés vers la profession d'infirmière si elle répond à des normes élevées et si elle offre des carrières intéressantes et bien rémunérées [...] Ce sont les mêmes facteurs qui inciteront les hommes et les femmes à se tourner vers les carrières infirmières : niveau social plus élevé et rémunération financière suffisante ; relèvement du niveau d'instruction générale et des qualifications professionnelles requises ; perspective d'une carrière attrayante avec des possibilités d'avancement. Dans certains pays, l'inégalité des chances d'avancement a contribué à éloigner les hommes des carrières d'infirmières.⁶⁷⁶

Parmi les orientations de nature à bousculer les représentations historiquement ancrées dans le groupe professionnel des infirmières, la question du genre fut spécialement abordée, sous la forme d'un très bref paragraphe intitulé « Les hommes dans la profession infirmière » :

Chaque pays doit examiner ses besoins en fonction de la main d'œuvre disponible. Bien que la profession ait toujours été réservée principalement aux femmes, le Comité estime que la densité et la qualité des soins infirmiers pourraient être améliorées si l'on incitait davantage les hommes à se tourner vers cette profession. Il existe de nombreux pays où le personnel infirmier est en majorité de sexe masculin ; dans d'autres, les hommes sont de plus en plus attirés vers cette carrière ; il existe aussi des pays où, en raison des conditions matérielles de travail, les hommes sont plus aptes à assurer certains soins. Dans d'autres au contraire, rien n'est fait pour les attirer. Le Comité a estimé que la présence d'une proportion plus forte d'hommes dans les services infirmiers pourrait apporter une stabilité plus grande, du fait que nombre d'infirmières doivent quitter leur profession, tout au moins temporairement, lorsqu'elles se marient.⁶⁷⁷

⁶⁷⁴ *Id.* p 7-8.

⁶⁷⁵ *Id.* p 18.

⁶⁷⁶ *Id.* p 17-18.

⁶⁷⁷ *Id.* p 16-17.

En focalisant la problématique d'emblée et exclusivement sur la question de la diversification du recrutement et en attestant la réalité d'une mixité, de surcroît à majorité masculine, dans certains pays, le Comité rompait définitivement avec l'idée d'une éternelle féminité teintée d'essentialisme, qui avait fini par s'installer dans les imaginaires. Plus que comme une impossible recommandation compte tenu de la diversité des situations selon les aires culturelles, l'avis du Comité sonnait à la fois comme une autorisation et une incitation à dépasser les croyances et pratiques anciennes du point de vue du genre. Au-delà de la permission, ce qui apparaissait comme une neutralisation du discours idéologique sur les infirmières elles-mêmes forçait presque à déplacer le regard sur le service rendu, c'est-à-dire sur l'objet de leurs pratiques, lesquelles renvoyaient à des connaissances, des méthodes et des techniques.

La question du rapport de la profession à la connaissance et donc aux sciences, fut d'ailleurs abordée, là aussi pour étayer la nécessité d'une évolution par rapport au passé :

On peut se demander, par exemple, s'il est opportun de former des médecins et des infirmières dans les hôpitaux où l'on soigne uniquement des maladies à la phase aigüe, ou de continuer à appliquer un programme d'enseignement infirmier traditionnel prévoyant une formation rigide, à orientation presqu'exclusivement biologique plutôt que sociale.⁶⁷⁸

S'agissant des emprunts et du rapport aux sciences, les membres du comité soulignèrent la présence de plus en plus importante et bénéfique, dans les facultés de médecine, de professeurs en sciences fondamentales qui enseignaient et réalisaient des recherches dans des disciplines « nécessaires à l'exercice de la médecine »⁶⁷⁹. Il en allait de même à leurs yeux, pour les infirmières, notamment en ce qui concernait les sciences sociales :

D'un point de vue réaliste, il faut reconnaître qu'un certain nombre des objectifs assignés aux soins infirmiers [...] exigeraient des connaissances de sciences sociales infiniment plus approfondies que celles qui figurent dans les programmes actuels, même les plus « avancés »⁶⁸⁰. En ce qui concerne particulièrement la préparation à l'« enseignement de la santé », il est de fait que l'ignorance des sciences sociales tend à rendre l'infirmière moins apte à faire parler utilement les malades et à établir les échanges réciproques qui sont à la base des relations de maître à élève. [...] S'il est vrai que les écoles d'infirmières devront de plus en plus s'assurer le concours de professeurs spécialisés dans les sciences physiques et les sciences sociales, le problème de cette nouvelle orientation ne pourra être résolu uniquement par l'addition de nouveaux cours aux programmes d'études. Le personnel chargé de l'enseignement des soins infirmiers devra parfaire ses propres connaissances dans les domaines en question et reconnaître que cet

⁶⁷⁸ Id. p 7-8.

⁶⁷⁹ Id p 19.

⁶⁸⁰ Plus loin dans le rapport, les auteurs n'hésitèrent pas, par ailleurs, à évoquer cette carence assez générale dans l'enseignement initial comme un obstacle au développement de l'enseignement supérieur pour les infirmières : « [...] les programmes d'études ne prévoient aucun enseignement en matière de science du comportement humain et de sciences sociales, et cette lacune risque d'empêcher l'élève de se faire une idée juste d'elle-même ou de son rôle vis-à-vis des malades ou de la société. » *Id.* p 23.

effort de perfectionnement doit se poursuivre constamment, car les progrès de la science n'attendent pas.⁶⁸¹

Ce recours aux sciences sociales, complémentaire des emprunts aux sciences de la nature et de la vie largement sollicitées jusqu'alors, s'imposait d'autant plus selon les auteurs, que le premier rapport d'experts en soins infirmiers de l'OMS, publié en 1950, préconisait déjà une conception nouvelle du rôle de l'infirmière, désormais « destinée à collaborer avec les malades et non plus à travailler pour eux, et la nature même de ces relations avec le malade devant constituer en soi un agent thérapeutique. »⁶⁸² Pour le Comité d'experts, il était par ailleurs établi que « l'infirmière [devait] posséder, outre la connaissance des signes indicateurs de l'état de santé et celle du traitement de la maladie, une certaine compréhension des comportements humains et des principes qui [étaient] à la base de l'organisation des sociétés. »⁶⁸³

Un autre rapport d'envergure internationale, initié en 1957 et publié en 1961 par l'OMS, permet de confirmer l'intérêt porté dès les années 1950 pour les sciences humaines dans la formation initiale des infirmières. Son auteure, Katharine LYMAN, était ainsi présentée : « *Associate Professor, College of Nursing, University of Bridgeport, Connecticut, États-Unis d'Amérique* ». Ce document consistait en des suggestions pour l'établissement des programmes concernant « l'enseignement infirmier de base ». La sociologie, par exemple, figurait en bonne place à côté de la physique et de la biologie dans les « matières de base », et était à nouveau mentionnée, à côté de la psychologie de l'enseignement et la pédagogie dans les « matières relevant de l'enseignement infirmier proprement dit et sujets connexes. »⁶⁸⁴

De l'avis prudent du Comité, l'étendue, dans la réalité des enseignements, de ce recours idéal aux sciences sociales et humaines était certes à relativiser même aux États-Unis, et à rapporter à la situation particulière et au niveau de développement de chaque pays⁶⁸⁵. Néanmoins, son évocation et même son introduction dans le discours sur la profession et le dispositif de formation confirmaient l'indépendance du rapport aux sciences des infirmières du point de vue de ces leaders internationaux :

En dehors des médecins, dont la participation à l'enseignement infirmier est traditionnelle et acceptée depuis longtemps, on peut faire appel comme professeurs à temps partiel à des maîtres de culture générale, à des spécialistes des sciences, à des sociologues, à des psychologues, à des travailleurs sociaux [...] L'adaptation de l'enseignement aux objectifs de l'école et la répartition des classes et des stages pratiques

⁶⁸¹ *Id.* P 19-20.

⁶⁸² *Ibid.*

⁶⁸³ *Id.* P 12.

⁶⁸⁴ Katharine LYMAN, *L'enseignement infirmier de base, suggestions pour l'établissement des programmes*, Organisation mondiale de la santé, Genève, 1961, p 63-64.

⁶⁸⁵ Voir *supra*.

ne peuvent être le fait des seuls professeurs. Il doit y avoir une collaboration avec les cadres supérieurs pour l'établissement du plan général des études, avec les simples monitrices pour l'exécution.⁶⁸⁶

La volonté de prise en main de la formation par les professionnelles elles-mêmes, apparaissait très clairement dans ces orientations, ceci du point de vue de l'appropriation de connaissances issues d'autres disciplines, notamment par les enseignantes en soins infirmiers, mais aussi du point de vue de l'organisation et de la coordination des enseignements. En outre, ces dernières remarques faisaient état de deux niveaux de participation, stratégique et opérationnel, qui témoignaient de l'existence d'une ligne hiérarchique identifiable dans le champ de la formation.

Compte tenu de la tâche qui attendait les infirmières du futur, l'enjeu de la formation de base⁶⁸⁷ était immense aux yeux des experts, par ailleurs fort conscients des grandes disparités des appareils de formation et des niveaux de recrutement. Ils reconnaissaient aussi que ces disparités seraient durables. Néanmoins, ils posèrent le principe, pour l'avenir, « que l'enseignement infirmier devrait être incorporé dans la structure d'enseignement supérieur, soit d'une université, soit sur le modèle des dispositions adoptées pour d'autres professions »⁶⁸⁸. À leurs yeux, cet idéal pourrait être atteint au terme d'une période transitoire dont la durée n'était pas évoquée et durant laquelle « deux formules pourraient exister parallèlement »⁶⁸⁹. En attendant, les points saillants du profil professionnel et du niveau d'exigence esquissés par le Comité donnait une idée de la complexité de la mission attendue des directrices d'écoles et des enseignantes :

Il conviendrait de s'attacher particulièrement à développer certaines qualités et certaines compétences : intelligence du comportement humain ; vivacité d'esprit, curiosité et sens critique ; faculté d'observation ; perspicacité et prévoyance ; imagination et initiative ; aptitude à entretenir des relations humaines dans les limites de ses propres attributions ; sûreté de jugement et de décision ; capacité de prévoir les besoins et de prendre les mesures qui s'imposent ; désir de se perfectionner sur le plan professionnel.⁶⁹⁰

Dans cet inventaire, les compétences intellectuelles et sociales l'emportaient largement sur les capacités techniques à peine évoquées. Sans doute ces dernières allaient-elles de soi, tant les infirmières et donc les systèmes de formation avaient déjà largement fait leurs preuves dans ce domaine. De même, l'esprit critique et l'affirmation de soi prenaient le pas sur le don de soi, le dévouement, l'humilité, voire la religiosité originellement ancrée. Ces dernières

⁶⁸⁶ Katharine LYMAN, *L'enseignement infirmier de base ... op. cit.* p 66.

⁶⁸⁷ Cet enseignement était ainsi défini : « Programme organisé de formation qui assure la préparation large et solide nécessaire à la pratique efficace des soins infirmiers, et qui jette les fondements d'une formation supérieure éventuelle. » OMS, Comité OMS d'experts en soins infirmiers...1966, *op. cit.* Glossaire p. 34.

⁶⁸⁸ *Id.* p 18.

⁶⁸⁹ *Ibid.* Cette coexistence des systèmes était effective depuis le premier tiers du siècle aux États-Unis, ou encore au Québec à partir de 1934, dans le cas de l'École supérieure de gardes malades annexée à l'université de Montréal sous la forme de l'Institut Marguerite d'Youville (Voir *supra*). Ces précédents parmi d'autres, pouvaient expliquer la très clairvoyante prudence des experts quant à une hypothétique uniformisation dans l'avenir.

⁶⁹⁰ *Id.* p 19.

caractéristiques avaient pendant longtemps été mises en avant avec d'autant plus d'enthousiasme qu'elles avaient, pour une grande part, contribué à la belle réussite et à la promotion d'un modèle compatible avec l'époque :

La profession d'infirmière réclame une vocation spéciale [...] Trois motifs doivent la dominer : Le motif naturel, l'amour des soins à donner aux malades ; le motif professionnel, le perpétuel effort pour réaliser la perfection de ces soins ; le motif religieux [...] Qu'elle le veuille ou non, l'infirmière a de toute nécessité un idéal religieux.⁶⁹¹

Ce saisissant contraste laissait entendre de profonds changements qui conditionnaient à la fois l'évolution des dispositifs de formations et de leurs équipages. La nécessité de structurer le champ de la formation et de former les enseignants à un niveau supérieur fut d'ailleurs largement développée dans le rapport de leur collègue sur l'enseignement infirmier de base. La directrice d'école d'infirmières devait, outre la démonstration de compétences administratives, avoir « pratiqué l'enseignement infirmier à la suite d'une préparation spéciale »⁶⁹². Elle avait des relations directes avec « le service infirmier de l'administration sanitaire nationale ou locale dont [relevait] l'école » et entretenait des relations stratégiques avec les chefs des services infirmiers⁶⁹³ sollicités pour les besoins de l'enseignement, les directeurs d'autres institutions, et les départements où étaient recrutés les enseignants. En outre, il était précisé que ce personnage éminent devait détenir le « pouvoir de choisir le personnel et de mettre fin aux engagements ou de faire des recommandations à ce sujet ». Il lui appartenait alors « de prendre des initiatives pour le développement du programme et l'établissement du budget de l'école »⁶⁹⁴. S'agissant du recrutement des enseignantes, la préférence allait à des infirmières pleinement qualifiées à la fois du point de vue théorique et de l'expérience pratique :

Dans l'enseignement infirmier comme dans d'autres domaines, on admet trop souvent qu'une professionnelle experte sera forcément une bonne enseignante. En fait, d'autres qualités s'imposent : une connaissance approfondie de la spécialité clinique en cause, une instruction générale plus étendue que celle des élèves et des notions suffisantes de psychologie et de pédagogie. A cela doivent s'ajouter les dispositions personnelles exigées de tout professeur : intérêt pour les élèves, curiosité d'esprit et aptitude à inculquer des idées et à inspirer à autrui du respect pour la science et la recherche.⁶⁹⁵

Lorsque cet idéal n'était pas atteignable, il était suggéré de recruter des enseignantes en les aidant à se préparer à la fonction. Dans ce cas, celles-ci devaient être informées « qu'elles ne [seraient] engagées à titre provisoire qu'à condition d'être résolues à se perfectionner dans des

⁶⁹¹ Propos de Florence Nightingale, cités par Dr KREBS-JAPY, *Florence Nightingale, sa vie et son œuvre... op. cit.* p 49.

⁶⁹² Katharine LYMAN, *L'enseignement infirmier de base ... op. cit.* p 65.

⁶⁹³ L'usage de cette expression atteste la réalité de la fonction dans ces aires culturelles à cette date.

⁶⁹⁴ *Ibid.*

⁶⁹⁵ *Ibid.*

délais raisonnables »⁶⁹⁶, grâce à la mise en œuvre d'un « plan de congé pour études » spécialement établi à cet effet. Dans tous les cas, ces recrues devaient être placées sous la responsabilité de monitrices expérimentées et dûment qualifiées, constituant un cadre conditionnant la réussite de l'entreprise. Ces possibilités d'arrangements suivant les situations, n'empêchaient pas d'évoquer cette autre solution apparaissant comme la plus satisfaisante à chaque fois que c'était possible et consistant à « attendre pour ouvrir l'école qu'un groupe d'infirmières compétentes aient achevé leur formation supérieure et soient en mesure de prendre elles-mêmes l'initiative de l'organisation et du développement de l'enseignement »⁶⁹⁷. Cette précision montrait que non seulement la nécessité d'une formation supérieure pour les enseignantes était recommandée, mais que celle-ci était déjà mise en œuvre en quelques endroits de certains pays⁶⁹⁸, que ce fût systématiquement comme préalable à la prise de fonction ou secondairement par le biais de ce qui apparaissait comme un système de formation permanente. Dans ces conditions idéales ou non, l'organisation spécialisée de l'équipe d'enseignantes était ainsi préconisée :

En dehors de la directrice qui pourra donner certains cours, il devra y avoir au minimum une monitrice s'occupant des leçons d'initiation aux soins infirmiers, une qui coordonnera l'enseignement des sciences fondamentales et une monitrice par spécialité clinique, d'autres les assistant si le nombre d'élèves l'exige [...] L'enseignement clinique et la surveillance des travaux pratiques sont particulièrement efficaces quand les infirmières responsables connaissent bien la situation dans les hôpitaux. Dans beaucoup d'écoles, des infirmières-chefs de salles font partie à titre permanent du personnel enseignant, du comité du programme d'études etc. La mesure dans laquelle elles peuvent assumer des fonctions d'enseignement et de surveillance dépend de l'intérêt qu'elles portent à la pédagogie et de leurs compétences à cet égard, de leur compréhension des objectifs et des activités de l'école et de la possibilité pour elles de se libérer d'une partie de leurs tâches professionnelles pour consacrer du temps aux élèves.⁶⁹⁹

La présence de l'infirmière-chef, officiant à la fois à l'hôpital et à l'école, montrait que l'aspect clinique de la formation était largement mis en avant, se rapprochant en cela des principes qui présidaient à la formation des médecins. Elle indiquait aussi la cohérence recherchée pour ce qui était désigné comme les services infirmiers, en associant étroitement l'enseignement théorique et la pratique clinique des soins infirmiers qui lui donnait son épaisseur.

⁶⁹⁶ *Ibid.*

⁶⁹⁷ *Id.* p 66.

⁶⁹⁸ Voir *supra*, les premières expériences américaines dans ce domaine dès le début du siècle, puis à partir de la fin des années 1950, au Japon et dans d'autres pays, à l'initiative de l'OMS.

⁶⁹⁹ Katharine LYMAN, *L'enseignement infirmier de base ... op. cit. ibid.*

Structurer les services infirmiers et les personnels s'y rapportant : stratifications, hiérarchies et expertises

C'est plus largement au niveau même de l'exercice professionnel, que le Comité souleva par ailleurs la question de la structuration⁷⁰⁰, nécessaire à ses yeux, du personnel infirmier envisagé comme un groupe professionnel rendant des services spécifiques et doté d'une direction qui lui était propre :

Le Comité est convaincu de l'importance que revêt l'établissement d'une structure rationnelle pour l'utilisation du personnel infirmier dans chaque pays. Un tel système devrait prévoir une direction des services infirmiers chargée d'orienter le développement d'ensemble, tout en ménageant la possibilité de déléguer à un personnel formé à moindres frais les fonctions qui peuvent lui être confiées [...] Les tâches qui incombent aux services infirmiers dans chaque pays pourraient être classées selon leur degré de complexité ou la somme d'initiatives qu'elles exigent, de manière à permettre une détermination systématique du personnel infirmier nécessaire pour chaque catégorie de travaux [...] Dans chaque pays, par exemple, les infirmières devraient participer à la planification des programmes de santé et des services infirmiers, ainsi qu'à l'établissement des principes et des directives, à l'échelon national, comme à l'échelon local.⁷⁰¹

Outre l'affirmation sans équivoque de la place éminente à occuper par les infirmières au plus haut niveau des systèmes nationaux de santé publique, un premier type de structuration était proposé, consistant à classer le personnel infirmier en trois catégories ou champs de compétences, en relation directe avec le degré de complexité des situations à affronter et des problèmes à résoudre :

1. Les infirmières répondant à la définition donnée plus haut⁷⁰². Elles devront avoir une large culture générale ainsi qu'une formation professionnelle fondée sur des connaissances approfondies en matière de sciences physiques et sociales, de manière à posséder une base étendue et solide pour pratiquer efficacement les soins infirmiers et pour aborder l'enseignement infirmier supérieur. Elles devront se montrer capables d'administrer les soins infirmiers les plus délicats dans un service hospitalier ou au sein de la collectivité et d'exercer leur jugement pour prendre des décisions indépendantes, conformes aux principes scientifiques et cliniques ainsi qu'aux conditions du traitement ; en un mot, leur travail sera du niveau le plus qualifié.

⁷⁰⁰ Les experts précisèrent les définitions suivantes. « Services infirmiers : les nombreux aspects de l'administration dans le cadre desquels les soins infirmiers sont administrés. » - « Structure du personnel infirmier : plan organisé pour l'emploi et l'affectation du personnel infirmier. Un tel plan suppose que les éléments des travaux infirmiers sont classés dans chaque pays suivant leur complexité ou l'importance des décisions qu'ils requièrent ; il facilite l'évaluation quantitative et qualitative du personnel nécessaire. Sous la direction des infirmières les mieux préparées, un personnel ayant reçu une formation moins poussée et exigeant un salaire moindre peut être affecté aux fonctions qu'il est en mesure d'assumer ; la fragmentation du service et la prolifération des catégories de personnel peuvent être évitées. » OMS, *Comité OMS d'experts en soins infirmiers...* 1966. *Op. cit.* Glossaire p 33-34.

⁷⁰¹ *Id.* p 11-12.

⁷⁰² Voir définition du CII, *supra*.

2. Le personnel infirmier apte à donner aux malades des soins généraux de caractère plus simple, demandant à la fois la compétence technique et l'aptitude aux relations humaines. Le personnel de cette catégorie devra être capable d'appliquer les traitements préventifs, curatifs et de réadaptation, en tenant compte des besoins psychologiques et sociaux de chacun des malades.
3. Le personnel infirmier chargé d'accomplir des travaux déterminés demandant beaucoup moins de discernement. Ce personnel devra être capable d'avoir de bons rapports avec les malades et d'exécuter fidèlement et sous surveillance les tâches pour lesquelles il a été formé.⁷⁰³

Le but annoncé de cette classification était d'éviter la trop grande fragmentation dudit personnel, d'améliorer la qualité des services rendus, en rationalisant l'organisation, ceci en intégrant le point de vue économique⁷⁰⁴. Ces propositions étaient néanmoins avancées en termes d'orientations à adapter en fonctions des situations très hétérogènes des différents pays, y compris en termes de dispositifs de formation. Ces nécessaires adaptations aux réalités locales n'excluaient pas le recours à d'autres personnels auxiliaires, là où ils s'avéraient utiles. Un principe fondamental était néanmoins avancé, qui consistait à ce que l'« infirmière la plus qualifiée soit la principale responsable de l'organisation du travail » de l'« équipe de soins infirmiers » ainsi constituée. Un autre type de structuration émergeait alors, sous la forme d'une stratification explicitement hiérarchique fondée sur la qualification :

Dans l'idéal, l'infirmière « chef d'équipe » doit posséder de bonnes connaissances scientifiques et une grande compétence professionnelle, être animée du désir de servir et être capable de travailler en collaboration [...] Lorsque les soins sont d'une importance essentielle pour la guérison du malade ou pour le maintien de sa santé, ou qu'ils ne sont pas rigoureusement déterminés par un plan de traitement bien défini, l'infirmière chef d'équipe peut être amenée à participer dans une plus large mesure à la détermination du traitement effectif. L'une des erreurs les plus fréquentes est de considérer que la tâche de l'infirmière chef d'équipe est en grande partie administrative. Certes, l'importance des capacités administratives ne doit pas être sous-estimée ; toutefois, il convient de maintenir un équilibre entre ce talent particulier et l'expérience pratique des soins infirmiers.⁷⁰⁵

Cette infirmière-chef ainsi décrite était donc, aux yeux du Comité, un garant de la qualité des soins dispensés par l'équipe qu'elle encadrait, assurance qu'elle tirait de sa propre formation et des hautes compétences cliniques développées dans son exercice professionnel :

Il est de plus en plus notoire que, sous la direction d'une bonne infirmière chef d'équipe, la qualité des soins aux malades s'améliore, du fait que les membres de l'équipe apprennent à accomplir leur tâche avec plus de discernement, à mettre leurs problèmes en commun et à tenter, au moyen de mesures réalistes, de modifier des pratiques inopportunes. C'est une tâche ardue mais qui peut apporter des satisfactions ; elle

⁷⁰³ *Id.* p 13.

⁷⁰⁴ *Id.* p 14.

⁷⁰⁵ *Id.* p 16.

exige de la part du chef d'équipe non seulement une grande habileté, mais aussi la capacité d'évaluer avec précision, la contribution de tous ceux qui collaborent à l'œuvre commune.⁷⁰⁶

L'infirmière-chef apparaissait alors comme l'« infirmière modèle », figure ainsi désignée par les experts ailleurs dans le rapport, à propos de la qualité des soins infirmiers :

Il importe donc que ces infirmières modèles soient de plus en plus nombreuses dans les hôpitaux et dans la collectivité, aussi bien dans les rôles cliniques que dans des postes plus traditionnels de surveillantes et de monitrices [...] Alors qu'il semble admis dans la profession que l'infirmière qualifiée doit jouer un rôle d'éducatrice et de surveillante, il apparaît de plus en plus qu'elle doit continuer à exercer si elle veut conserver et améliorer ses capacités. L'infirmière qui choisit de rester au service des malades devrait donc bénéficier d'un reclassement dans l'échelle sociale et de compensations sur le plan financier.⁷⁰⁷

À côté des fonctions de surveillante et de monitrice, qu'ils considéraient comme traditionnelles, les membres du Comité mettaient en avant une nouvelle figure éminente d'infirmière dont l'expertise clinique était la caractéristique essentielle. Cette fonction nouvelle était même jugée digne d'entrer dans le cadre du développement d'une carrière. Une telle mise en perspective des soins infirmiers comme exercice clinique attestait la réalité d'un développement disciplinaire distinct de la médecine, tout en lui étant étroitement lié. Ces considérations pour la carrière ne se limitaient pas à ces aspects très opérationnels et au contenu même du travail. Ainsi, « la nécessité de former des cadres infirmiers »⁷⁰⁸ à un niveau supérieur était mise en avant.

Développer les formations supérieures et la recherche

L'enseignement supérieur était ainsi défini :

Programme d'études destiné à des infirmières ayant reçu l'enseignement infirmier de base ; cet enseignement a) est dispensé dans une université ou un autre établissement d'enseignement supérieur ; b) se poursuit régulièrement d'année en année (c'est-à-dire ne constitue pas un cours de recyclage ou un séminaire) ; c) est agréé par l'autorité compétente ; d) comporte des conditions d'admission bien définies ; e) est assuré par des professeurs à plein temps.⁷⁰⁹

Ce type d'enseignement, visant l'approfondissement des fonctions administrative, clinique et d'enseignement identifiées, était vivement préconisé quelles que fussent les situations locales et à plus forte raison dans les pays où les soins infirmiers étaient les moins développés. Il

⁷⁰⁶ *Ibid.*

⁷⁰⁷ *Id.* p 11.

⁷⁰⁸ Il s'agissait là d'un sous-titre figurant dans un chapitre intitulé « L'enseignement infirmier supérieur ». C'est donc sans ambiguïté que la formation des cadres était d'emblée pensée comme supérieure, à l'instar de celle des enseignantes. *Id.* p 23.

⁷⁰⁹ *Id.* Glossaire p 24

appartenait alors aux personnes formées d'adapter secondairement leur action à la situation telle qu'elle se présentait localement :

[...] quelles que soient les difficultés de la situation, chaque pays devrait être encouragé à affecter une partie de ses ressources à un enseignement supérieur destiné tout au moins à quelques infirmières très qualifiées, de manière à préparer des cadres pour l'enseignement et l'administration, ainsi que des praticiennes parfaitement expérimentées. Ce groupe devrait connaître suffisamment bien les sciences sur lesquelles sont fondés les soins médicaux, ainsi que les facteurs sociaux, économiques et politiques qui interviennent, pour être aptes à intégrer les plans et les services de soins infirmiers dans la structure des services de santé, d'enseignement et de protection sociale, à mesure qu'ils se développent à tous les niveaux. En matière de soins infirmiers, ce personnel devrait posséder, tant sur le plan pratique que sur le plan théorique, des compétences en rapport avec les responsabilités qui lui sont confiées dans les fonctions administratives supérieures.⁷¹⁰

Au moins dans un premier temps, il s'agissait là de former une élite professionnelle, caractéristique confirmée par le petit nombre visé, considérée comme indispensable pour organiser les services infirmiers là où ils ne l'étaient pas. Le terme de « cadre infirmier » employé à cet endroit doit donc être compris dans son contexte temporel et même spatial, compte tenu des influences anglo-américaines à l'œuvre. Il renvoyait plus, en effet, à des fonctions supérieures du niveau des ingénieurs qu'aux fonctions de maîtrise où il était entendu en France à la même époque s'agissant des écoles de cadres⁷¹¹. En d'autres termes, il s'agissait là de former des cadres d'un niveau supérieur, promis à des fonctions de direction dans les domaines de l'enseignement et de l'administration, ou à un exercice clinique de haut niveau dans le domaine des soins.

Si la dimension politique de cette formation supérieure était mise en avant pour le développement des systèmes de santé, la portée stratégique de cette dernière pour le développement des soins infirmiers était, elle aussi, affirmée en tant que telle. Il était question de former une élite capable de porter et de faire entendre la voix de la profession au plus haut niveau :

Toutefois, le Comité doute que la profession infirmière puisse conquérir sa place dans les conseils nationaux de planification si elle continue à se contenter d'une culture superficielle et étroite. Il faut donc préconiser l'autre solution, c'est-à-dire le recrutement de sujets d'élite qui aient l'étoffe et la volonté nécessaire pour s'élever aux niveaux supérieurs.⁷¹²

Enfin, une autre ambition émergea dans ce projet de développement de l'enseignement supérieur. Il s'agissait de la formation à la recherche, qui donnait une coloration disciplinaire,

⁷¹⁰ *Id.* p 23-24.

⁷¹¹ La situation avait d'ailleurs évolué par rapport aux ambitions originelles de l'École de la Croix Rouge française en 1951, laquelle évoquait alors la préparation à des postes de « surveillance ou de direction de services hospitaliers ». Voir *supra*.

⁷¹² *Id.* p 24.

voire académique, au dessein que les experts envisageaient pour la profession à un niveau international :

Une tâche immense est assignée à l'enseignement infirmier supérieur. Outre l'indispensable préparation aux postes d'enseignement et d'administration, il doit assurer la formation de praticiennes d'une grande compétence professionnelle, et aussi, pour répondre à un besoin plus récent, d'infirmières capables de participer à la recherche.⁷¹³

S'appuyant sur les travaux d'un séminaire international sur la recherche en matière de soins infirmiers⁷¹⁴, le Comité rappela que le rapport des professionnelles à la recherche se situait à deux niveaux. Un premier niveau consistait pour une majorité d'entre elles, à utiliser dans leur pratique quotidienne des résultats de recherche et à y intégrer, par un éveil constant sur ces questions, un questionnement de nature à faire émerger des pistes d'investigation. Un second niveau consistait, pour un plus petit nombre, à réaliser des activités de recherche à proprement parler. Ce second degré posait des problèmes particuliers de mise en œuvre en fonction des situations locales :

L'organisation d'un programme de préparation à la recherche pour une minorité d'infirmières pose des problèmes, particulièrement dans un pays où on ne leur accorde pas de grades universitaires. L'infirmière doit d'abord compléter ses connaissances dans la branche de la médecine ou des sciences sociales dans laquelle elle désire effectuer les recherches qu'elle appliquera aux soins infirmiers, puis apprendre à se servir du matériel de recherche utilisé dans ce domaine spécial et finalement acquérir une certaine habileté dans le maniement de ce matériel avant d'être en mesure d'organiser, de diriger ou de réaliser des projets de recherche.⁷¹⁵

La mention du passage obligé par les sciences en usage dans diverses branches de la médecine ou par les sciences sociales, pour les appliquer secondairement au champ des soins infirmiers, attestait qu'à cette date, l'objet de connaissance des infirmières n'était pas véritablement isolé et encore moins stabilisé. En cela, cette jeune discipline semblait se comporter au demeurant comme toutes les autres, qui n'avaient pu se développer dans un premier temps que par emprunt aux disciplines préalablement établies, tant sur le plan des connaissances que des techniques et méthodes. La médecine elle-même, dans sa composante scientifique, n'avait pas échappé à cette règle. S'agissant du *nursing*, ce processus initiatique valait aussi pour les pays les plus avancés, même si le développement de la recherche y était facilité. Ces derniers étaient en effet caractérisés par la possibilité d'accéder à une formation initiale sanctionnée par un grade universitaire de type *bachelor* pour une partie des effectifs, parcours fonctionnant comme une propédeutique leur permettant de viser les niveaux supérieurs d'enseignement. Pour les autres pays, les experts préconisaient une solution moyenne très pragmatique. Celle-ci consistait à

⁷¹³ *Ibid.*

⁷¹⁴ CII, *Learning to investigate nursing problems*, Londres, 1960.

⁷¹⁵ OMS, *Comité OMS d'experts en soins infirmiers...* 1966. *Op. cit.* p 29.

faciliter l'entrée dans un processus de recherche d'infirmières praticiennes⁷¹⁶, aidées en cela par des programmes brefs de formation et accompagnées dans cette tâche par des chercheurs plus expérimentés, comme des statisticiens ou des sociologues par exemple. Ces initiatives permettaient, aux yeux du Comité, l'identification de problèmes de recherche très concrets et l'accumulation de données dont des chercheurs chevronnés pouvaient se saisir secondairement pour conduire des recherches approfondies. Mais elles favorisaient aussi bien, quelles que fussent les situations nationales, le développement d'un goût pour la recherche, considéré comme une caractéristique essentielle de la profession :

Dans l'idéal, l'esprit d'investigation devrait être inculqué au stade de l'enseignement infirmier de base, soit par une méthode pédagogique fondée sur l'analyse des problèmes, soit par des exercices d'organisation de recherches, au besoin fictives. Le même esprit doit régner dans l'enseignement infirmier supérieur. Aux deux niveaux, il est nécessaire que le personnel enseignant soit préparé convenablement à cette tâche, de manière à pouvoir diriger l'élève vers des sources d'informations utiles et afin d'éviter la dispersion des efforts ou les entreprises mal inspirées [...] Une profession consciente de ses devoirs doit poser des questions qui méritent de susciter des recherches, être disposée à permettre des recherches portant sur son activité et à faire passer dans la pratique les résultats de ces recherches.⁷¹⁷

Ce rapport à la recherche, constitutif de la profession, apparaissait aussi comme un indicateur de son degré de développement comme discipline appliquée, même si celle-ci n'était pas nommée. Ainsi, le profil de la profession d'infirmière dessiné par les experts de l'OMS, pour être envisagé aussi de façon très pragmatique, n'en était pas moins caractérisé par la volonté d'afficher un champ disciplinaire distinct et complémentaire de celui, voire de ceux occupés par la médecine⁷¹⁸, fût-il encore bien nébuleux. En témoignait le discours autonome sur le rapport aux sciences et la volonté affichée de développer la recherche par tous les moyens. En outre, c'était une profession avec voix au chapitre au plus haut niveau des systèmes de santé nationaux qui était décrite, justifiant dès lors une formation supérieure permettant d'assumer ces éminentes fonctions qui se profilaient. Ces fonctions se rapportaient directement et exclusivement à ce qui était identifié et nommé comme les services infirmiers⁷¹⁹ qu'il était question de structurer, tant du point de vue administratif et de la division du travail en aval et en amont de la figure centrale de l'infirmière, que sous l'angle de la formation de base et supérieure. Enfin, la carrière envisagée pour les infirmières professionnelles prévoyait non seulement une évolution dans des fonctions administratives et d'enseignement dites traditionnelles, mais aussi dans des fonctions cliniques et de recherche. Cette dernière

⁷¹⁶ Dans notre propos, nous employons délibérément l'expression « infirmière praticienne » pour désigner celles qui soignent les malades et les distinguer de manière certaine des cadres ou des enseignantes.

⁷¹⁷ *Id.* p 30.

⁷¹⁸ La médecine était en effet, dans sa composante scientifique, caractérisée par un nombre en augmentation constante de disciplines comme autant de spécialités, voire de sous-disciplines, si l'on en juge aux différentes manières d'aborder et d'étudier la maladie mentale par exemple.

⁷¹⁹ Ce pluriel ne tarda pas à se singulariser, comme pour mieux mettre en valeur l'épaisseur du champ ainsi désigné (voir *infra*)

orientation introduisait un segment nouveau, en relation avec le développement disciplinaire et donc le déploiement et la croissance des savoirs, des méthodes et des techniques afférentes.

Cette esquisse, à la fois ambitieuse et fortement teintée de pragmatisme, ne rendait assurément pas compte de la réalité dans chaque territoire national, ni même d'aucune réalité nationale intégrale. Il s'agissait là d'une construction à visée prospective, s'inspirant des expériences des pays les plus avancés, mais s'efforçant de prendre en compte les réalité et contraintes locales qui constituaient autant de facteurs plus ou moins puissants de ralentissement ou de blocage des évolutions souhaitées. Ses concepteurs étaient bien conscients que comme par le passé, chaque pays continuerait d'avancer comme il pouvait, aux prises avec les problèmes sanitaires propres à sa situation politique, géographique et démographique, mais aussi avec les ressources financières, matérielles et humaines dont il disposait. Néanmoins, ce qui apparaît comme une sorte d'idéal-type au sens du sociologue Max Weber⁷²⁰ et toutes proportions gardées⁷²¹, constituait aussi bien, un instrument idéologique au service de la profession d'infirmière, en ce qu'il permettait de communiquer très largement ce que les experts avaient estimé de mieux ou au moins de plus désirable à un moment donné pour cette dernière au niveau planétaire. En cela, cet idéal était susceptible de contribuer à la modification des imaginaires et secondairement, des conditions de l'action concrète. Mais cet idéal-type d'un genre particulier peut aussi être utilisé par l'historien comme un instrument à visée heuristique⁷²², en ce qu'il permet de saisir comment les infirmières françaises se situaient sur la scène internationale ces années-là. En confrontant les éléments structurants à quelques parties saisissables de la réalité, il permet en effet de comparer le modèle français aux modèles anglais et américain à la même époque.

⁷²⁰ « On obtient un idéaltype [sic] en accentuant unilatéralement un ou plusieurs points de vue et en enchaînant une multitude de phénomènes donnés isolément, diffus et discrets, que l'on trouve tantôt en grand nombre, tantôt en petit nombre et par endroits pas du tout, qu'on ordonne selon les précédents points de vue choisis unilatéralement, pour former un tableau de pensée homogène [einheitlich]. On ne trouvera nulle part empiriquement un pareil tableau dans sa pureté conceptuelle : il est une utopie. » Max WEBER, L'objectivité de la connaissance dans les sciences et la politique sociales, 1^{er} essai (1904), in *Essais sur la théorie de la science*, Paris, Plon, 1965, p 141.

⁷²¹ Ce tableau idéal était ici construit par des acteurs directement impliqués, poursuivant pour l'essentiel, des objectifs missionnaires et militants plutôt que scientifiques.

⁷²² À propos de son usage possible : « Le travail historique aura pour tâche de déterminer dans chaque cas particulier combien la réalité se rapproche ou s'écarte de ce tableau idéal [...] Appliqué avec prudence, ce concept rend le service spécifique qu'on en attend au profit de la recherche et de la clarté ». Max WEBER, L'objectivité de la connaissance... *op. cit. ibid.*

2.3 – Infirmières françaises, anglaises et américaines des années 1960 : l'idéal-type international comme instrument de comparaison

D'une féminisation volontariste à la difficile acceptation de la mixité de la profession : une même trajectoire dans des aires culturelles aux histoires différentes

Dans les trois pays, les débats sur la question du genre s'étaient atténués. Ils avaient laissé la place, sinon à son acceptation, au moins à une résignation devant une mixité qui avait fini par s'imposer, après avoir longtemps été considérée comme incongrue, voire impensable.

En Angleterre, où fut initiée cette orientation sexuelle délibérée de la profession, Carolyn Mackintosh-Franklin⁷²³ souligne combien le discours sur ce qui procédait aussi de la construction d'une féminité prétendument naturelle et donc éternelle du métier, dans la mouvance de la réforme nightingalienne, finit par occulter une réalité des pratiques beaucoup plus mixte, attestée au XVIIIème siècle et bien avant. Jusqu'à la fin du XIXème siècle, les hommes étaient en effet encore très présents dans des institutions comme les infirmeries des *workhouses*, les asiles de malades mentaux, ou encore des organismes relevant d'associations privées⁷²⁴. Recrutés sans aucune formation⁷²⁵ dans les mêmes milieux que leurs collègues féminines d'avant la réforme, aux antipodes des milieux de provenance des nouvelles *nurses*, ils renvoyaient la même image dégradée que leurs infortunées collègues. Avec la réforme et l'idéologie qu'elle véhiculait, les hommes, qui cumulaient handicap sexuel et handicap social, furent pendant longtemps indésirables et même rejetés par la profession elle-même, quand bien même rien ne leur interdisait légalement de s'y aventurer. Très peu d'hôpitaux acceptaient de les former. Les quelques diplômés éligibles à l'enregistrement à partir de 1919 étaient inscrits sur une liste à part du registre. La situation s'améliora dans les années 1930, du fait de la pénurie d'infirmières et surtout après la seconde guerre mondiale, lorsqu'il fut question de trouver un débouché aux infirmiers militaires masculins démobilisés. En 1947, un rapport suggéra à propos des *nurses* que tous les postes pouvaient être également ouverts aux hommes et aux femmes et que de surcroît, même les postes les plus élevés pouvaient être occupés par des hommes dûment qualifiés⁷²⁶. En 1960, les hommes furent officiellement admis à figurer comme membres au Royal College of Nursing⁷²⁷.

⁷²³ Carolyn MACKINTOSH, A historical study of men in nursing, *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 26, n°2, Août 1997, p 232-236.

⁷²⁴ Cette mixité originelle était aussi observable dans les hôpitaux de l'Assistance publique à Paris au XIXème siècle. Michel POISSON, *Origines républicaines*, *op. cit.*

⁷²⁵ Comme dans les hôpitaux parisiens, il n'était pas rare que d'anciens malades pussent devenir *male nurses* dans ces structures et les recrutements à l'extérieur se faisaient souvent par défaut pour les candidats, d'avoir trouvé un emploi dans un autre métier. Pour les asiles, les embauches pouvaient se faire sur les simples critères d'une force physique suffisante et d'une sobriété acceptable à défaut d'être absolue. Carolyn MACKINTOSH, A historical study... *op. cit.* p 233.

⁷²⁶ Carolyn MACKINTOSH, A historical study... *op. cit.* p 235.

⁷²⁷ URL : <https://www.rcn.org.uk/about-us/our-history> Consulté le 27-09-2017.

Aux États Unis, la mixité originelle est elle aussi attestée jusqu'à la fin du XIX^{ème} siècle⁷²⁸. Pendant la guerre de Sécession (1861-1865) par exemple, 50 % des *nurses* étaient des hommes, au moins auprès des soldats de l'armée du Nord (*Union*)⁷²⁹. Au début du XX^{ème} siècle, sous l'effet de la pénétration sur le territoire américain de la réforme anglaise et de l'idéologie féminisante qu'elle tirait dans son sillage, le nombre d'hommes dans la profession s'effondra à une proportion inférieure à 1%⁷³⁰. Deux types de mouvements étaient alors observables⁷³¹. Les soins aux femmes gagnèrent en qualité du fait de la formation et de la qualification des *nurses* de la nouvelle génération qui s'en chargèrent. En revanche, les soins aux hommes furent laissés à des domestiques peu ou pas formés, ce qui contribua comme en Angleterre, à assombrir la réputation des hommes dans la profession, au point d'attribuer au genre une inadaptation qui relevait en réalité de l'absence d'une formation qui leur était désormais inaccessible, précisément en raison de leur sexe. Quelques écoles furent malgré tout ouvertes pour les hommes, dans le but d'améliorer les soins aux malades mentaux et aux malades souffrant de troubles urologiques, mais demeurèrent très minoritaires. Un autre événement, qui trouva sa source dans le milieu militaire, contribua considérablement à marginaliser les hommes dans la profession⁷³². Durant la brève guerre hispano-américaine (avril à août 1898), des infirmiers des deux sexes furent également employés du fait de la pénurie de ce type de personnels. Dans les suites du conflit, le *Surgeon General*⁷³³ Sternberg fit alors savoir qu'il était fermement opposé à ce que cette mixité durât dans l'armée, craignant que les soldats n'eussent des difficultés à se concentrer sur leur tâche s'ils avaient à côtoyer des infirmières en permanence. Il proposa donc de ne plus autoriser les *female nurses* à exercer en milieu militaire. Malgré la vivacité de son argumentation, les pressions auprès du Congrès et du Département à la guerre des leaders féminines de la profession, ajoutées à celles de nombreux chirurgiens convaincus de la qualité des soins prodigués par les infirmières bien formées qu'ils avaient vues à l'œuvre, aboutirent à l'exact inverse. En 1901 fut créé le corps exclusivement féminin des infirmières de l'armée⁷³⁴, suivi en 1908 de la création du même corps dans la *Navy*⁷³⁵. Cette exclusion radicale des hommes dura pendant plus d'un demi-siècle. Ils ne purent, en effet, rejoindre le corps des infirmières de l'armée qu'en 1955, et celui de la *Navy* en 1965. Cette décision d'ordre militaire dès le début du siècle, aggrava le processus de discrimination dans lequel les hommes étaient

⁷²⁸ Chad O'LYNN (Ed.), Russel TRANBARGER (Ed), *Men in Nursing : History, Challenges, and Opportunities*, New York, Springer Publishing Company, 2006.

⁷²⁹ *Id.* p 67.

⁷³⁰ *Id.* p 68.

⁷³¹ *Ibid.*

⁷³² *Id.* p. 27.

⁷³³ Médecin ou chirurgien, le *Surgeon General* était aux États-Unis, la plus haute autorité médicale et de santé publique auprès du secrétaire d'État à la santé. Il avait autorité sur le service de santé fédéral qu'il pouvait mobiliser très rapidement en cas de crise sanitaire majeure, d'origine civile ou militaire. Cette fonction est toujours en vigueur.

⁷³⁴ *Army Nurse Corps*.

⁷³⁵ *Marine de guerre*.

engagés et leur accès fut refusé pendant longtemps dans de nombreuses écoles, quoique la loi ne le leur interdisait pas dans la société civile. Concernant le milieu associatif, les hommes furent admis comme membres de l'Association des infirmières américaines (ANA)⁷³⁶ à partir de 1930. A compter de cette date, cette association plaida leur cause auprès des pouvoirs publics, notamment pour leur réadmission dans les forces armées⁷³⁷. En 1940, elle créa même une section spéciale pour les hommes afin qu'ils pussent partager leur expérience et faire part de leurs besoins particuliers⁷³⁸. Néanmoins, il fallut attendre les années 1950 pour que la plupart des associations des différents États finissent par accepter les hommes⁷³⁹.

La France n'avait pas échappé au mouvement de féminisation de la profession depuis la fin du XIX^e siècle⁷⁴⁰. Le phénomène connut même un regain de vigueur dans les deux premières décennies du siècle suivant, du fait de l'influence des leaders féminines de la sphère privée, dont quelques-unes se situaient explicitement dans la mouvance du modèle anglais, puis du débarquement des *nurses* du contingent américain et de leurs collègues missionnaires du mouvement philanthropique. Toutefois, la présence de plus en plus ferme de l'État dans le processus de professionnalisation, contribua assez précocement à l'affirmation de la mixité par son inscription dans les textes normatifs. Si le décret fondateur de 1922 s'adressait aux infirmières dans son intitulé, il prévoyait déjà en son article 6, la possibilité pour les hommes d'obtenir, fût-ce dans des conditions particulières, un brevet de capacité d'infirmier donnant le droit au titre. Cette partie du texte fut d'ailleurs assez rapidement mise en application. Le décret de 1932 consacré aux professionnels du service social s'adressait d'emblée aux assistants et aux assistantes, consacrant ainsi la mixité d'une profession dont la généalogie sexuée s'apparentait à celle des infirmières. Le décret de 1938 institua quant à lui, les diplômes simple et supérieur, à la fois pour les infirmiers et les infirmières. Enfin, les lois de 1943 et 1946 définirent explicitement la profession dans sa mixité. Le milieu professionnel associatif, marqué par ses origines féminines, ne se précipita cependant pas dans ce processus de neutralisation affiché avec persévérance par l'État. L'ANIDEF, créée en 1924 par Léonie Chaptal, ne

⁷³⁶ *American nurses association* (ANA). Cette association fut fondée en 1896. Elle accueillit aussi les infirmières canadiennes jusqu'en 1911, date à laquelle elle devint une association nationale états-unienne. Son caractère fédéral mit plus de vingt ans à se construire, par l'adhésion lente et progressive des différents États. Elle ne recevait dans ses rangs que les *Registered Nurses*. De plus en plus active et écoutée, elle se rapprocha officiellement des médecins en 1958, par la création d'un comité de liaison avec l'*American medical association*. ANA, *basic historical review of nursing education*. URL :

<http://www.nursingworld.org/FunctionalMenuCategories/AboutANA/History/BasicHistoricalReview.pdf> ANA consulté le 14 août 2017.

⁷³⁷ Chad O'LYNN (Ed.), Russel TRANBARGER (Ed), *Men in Nursing... op. cit.* p 29. L'intérêt de cette organisation pour les hommes dans la profession est néanmoins attesté depuis 1911, par la saisie de statistiques par sexe des étudiants et diplômés. Ainsi, dans cette population, les hommes étaient 7% en 1911, 3,66% en 1920, 2% en 1930 et 2,18% en 1940. Calculs effectués d'après les données figurant dans ANA, *basic historical review of nursing ... op. cit.*. Outre le déclin de la proportion d'hommes sur la période, ces chiffres montrent par leur existence même, l'absence de phénomène de déni de la réalité de l'exercice masculin dans cette association.

⁷³⁸ *Id.* p 69.

⁷³⁹ *Ibid.*

⁷⁴⁰ Michel POISSON, *Origines républicaines... op. cit.*

s'adressait qu'aux femmes. Si elle devint ANIFDE⁷⁴¹ après la guerre, sans doute pour prendre des distances avec la période de Vichy et d'un « État Français » devenu lourd à porter dans un titre qui se voulait rassembleur, elle n'en profita pas pour ouvrir ostensiblement la porte aux hommes. C'est en 1964 que l'ANIFDE devint ANFIIDE⁷⁴², dernière modification qui consacrait son acceptation pleine et entière d'une mixité longtemps passée sous silence, à défaut d'être déniée. Il n'en fut pas de même pour le Comité d'entente des écoles d'infirmières hospitalières françaises et de l'Union française lors de sa création en 1949, qui devint Comité d'entente des écoles d'infirmières et des écoles de cadres (CEEIEC) en 1964⁷⁴³. Sans doute la reconnaissance affichée de la mixité était-elle plus stratégique pour l'ANFIIDE, dont la force était proportionnelle au nombre d'adhérents accueillis, que pour le Comité d'entente, dont le nombre de participant(e)s, était de toute façon limité au nombre d'écoles à représenter, le sexe des délégué(e)s important peu. Comme dans les autres pays, peu d'écoles accueillait les hommes. Sur 193 écoles répertoriées en 1962⁷⁴⁴, 26 seulement, soit moins de 14 % formaient également des infirmiers.

L'idée même de la mixité avait fini par s'imposer dans l'ensemble des pays examinés. Mais cette évolution ne signifiait pas, loin de là, que la question était réglée dans les imaginaires. Dans les 3 pays, les hommes étaient très minoritaires et le demeurèrent⁷⁴⁵. Ce déséquilibre numérique était si important qu'en France, l'usage du féminin s'imposa le plus souvent pour désigner les membres de la profession de façon générique, contre la règle grammaticale. Il n'est pas certain cependant, que ce qui apparaît comme une légitime volonté d'apprécier et de désigner plus justement une réalité statistiquement dominante, n'ait pas contribué à entretenir la féminité comme caractéristique majeure du métier et à nourrir ainsi un stéréotype susceptible

⁷⁴¹ Association nationale des infirmières françaises diplômées d'État au lieu d'Association nationale des infirmières diplômées de l'État français. C'est sous ce nouveau vocable qu'elle apparaît dans « La Profession d'infirmière en France » ... 1959, *op.cit.* p. 23.

⁷⁴² Association nationale française des infirmières et infirmiers diplômés d'État. Marie-Françoise COLLIÈRE, *Promouvoir la vie...* *op. cit.* p 379. L'association continua de diversifier son accueil et à partir de 1975, sans changement du sigle, l'intitulé évolua et elle devint l'Association nationale française des infirmières et infirmiers diplômés d'État et élèves. En outre, à compter de cette date, les infirmiers et infirmières ainsi que les élèves de secteur psychiatrique furent admis. *Ibid.*

⁷⁴³ *Id.* p 380.

⁷⁴⁴ « La Profession d'infirmière en France » ... 1962, p. 81-99.

⁷⁴⁵ Si en France et en Grande-Bretagne, il est difficile d'en chiffrer le nombre avec précision à cette période, une étude montre aux États-Unis, une proportion d'hommes *Registered Nurses* qui passe de 2,7 % en 1970 à 9,6 % en 2011. Leur proportion dans la population des *Licensed practical* et *Licensed vocational Nurses* passe dans le même temps de 3,9 % à 8,1 %, ce qui montre une même tendance pour des modes d'exercice à niveaux de formation différents. L'auteure précise que par défaut de distinction dans les données jusqu'à 2010, les *Registered Nurses* comptabilisées comprennent les infirmiers anesthésistes, ce qui ne permet pas d'affiner l'étude du point de vue de cette spécialité *a priori* attractive en termes de prestige, du fait de sa plus grande proximité avec la profession médicale. Liana Christin LANDIVAR, *Men in nursing occupations. American Community Survey Highlight Report*, Industry and Occupation Statistics Branch, Social, Economic and Housing Statistic Division, US Census Bureau, 2013, p. 3. En Grande Bretagne, la proportion des *male nurses* était évaluée à 11,4 % en 2014. URL : <https://www.theguardian.com/healthcare-network/2017/mar/01/why-so-few-male-nurses> consulté le 2 octobre 2017. En France, elle s'élevait à 13,10% en 2014. URL : <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dt-statistiques-189.pdf> consulté le 2 octobre 2017.

de conditionner son attractivité pour les hommes et donc leur proportion dans les effectifs⁷⁴⁶. C'est ce déséquilibre qui motivait sans aucun doute les appels pressants du Comité des experts de l'OMS à mieux intégrer les hommes dans la profession. Ils invitaient ainsi la profession à se défaire du stéréotype qui s'était installé s'agissant de leur recrutement, au point de générer une sorte de plafond de verre probablement encore confusément ressenti et qui ne pouvait alors dire son nom⁷⁴⁷. Cette mixité à dominante féminine n'était pas la seule caractéristique partagée dans les trois aires culturelles.

Médecins et infirmières : une même subordination mise en mots et en œuvre différemment selon les pays

Dans les trois pays, les relations de travail entre les infirmières et les médecins étaient caractérisées par la subordination des premières aux seconds :

Que ce soit aux Etats-Unis ou à l'étranger, les dirigeants des associations d'infirmières ont beau s'efforcer, avec la dernière énergie, de faire reconnaître le caractère spécifique de leur qualification et leur statut de profession à part entière, l'infirmière n'en paraît pas moins vouée à rester soumise aux ordres du médecin, et cela en grande partie du fait que son travail a lieu le plus souvent dans l'enceinte d'un hôpital.⁷⁴⁸

Toutes les infirmières avaient hérité en cela du lointain modèle anglais, lequel n'avait d'ailleurs trouvé la voie pour une existence pleine et entière que dans son rapprochement inaugural avec la profession médicale, si l'on songe à l'expérience de Florence Nightingale en Crimée⁷⁴⁹. Il est remarquable que cette expérience fondatrice consista précisément en une prise de distance avec des fonctions traditionnelles d'assistance longtemps indépendantes de l'activité

⁷⁴⁶ Au-delà de ces modes de désignation propres aux particularités de la langue et de la grammaire françaises, l'hypothèse de stéréotypes, profondément ancrés parmi les nombreux facteurs pouvant expliquer le caractère durable de la faible proportion d'hommes dans la profession, est avancée par Carolyn MACKINTOSH, A historical study of men in nursing... *op. cit.* et Chad O'LYNN (Ed.), Russel TRANBARGER (Ed), *Men in Nursing... op. cit.* Ces auteurs soulignent aussi les effets possibles d'une historiographie du champ le plus souvent centrée sur les femmes, au moins à ses débuts. Cette posture était sans doute inévitable voire nécessaire, compte tenu du caractère tardif de l'intérêt de l'histoire pour le travail des femmes. Mais en se privant d'une compréhension élargie du monde des soins par la prise en compte des acteurs des deux sexes et de l'interaction entre eux, elle a pu contribuer à entretenir le mythe d'une éternelle et donc constitutive féminité. S'agissant de la France, l'ouvrage de Marie-Françoise COLLIERE, *Promouvoir la vie, de la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers ... op. cit.* est édifiant à cet endroit.

⁷⁴⁷ À la fois parce que ce concept n'avait pas encore été mis en usage par les sociologues et parce que qu'une dynamique de progression était alors encore observable, vers un plafond qui ne serait identifié qu'au début du XXIème siècle dans une très grande partie du monde. Chad O'LYNN (Ed.), Russel TRANBARGER (Ed), *Men in Nursing... op. cit.*

⁷⁴⁸ Eliot FREIDSON, *La profession médicale... op. cit.* p 67. La première édition de cet ouvrage aux États-Unis est contemporaine de la période étudiée. Son contenu constitue donc à la fois une source de données empiriques et un précieux témoignage pour l'historien, en plus des éclairantes analyses sociologiques et socio-historiques offertes, dont il convient de ne pas se priver par ailleurs. *Profession of Medicine*, New York, Harper & Row Publishers, 1970.

⁷⁴⁹ Voir *supra*.

médicale⁷⁵⁰. Le rapprochement des médecins fut en effet jugé nécessaire par F. Nightingale, comme condition de possibilité de l'action pour les *nurses*. Mais il supposait en échange, l'abandon d'une forme de liberté d'action se traduisant par la volontaire et paradoxale sollicitation d'une subordination. Un siècle plus tard, les infirmières étaient partout soumises à la prescription médicale pour agir. Mais en retour, elles bénéficiaient aussi d'une part de prestige de la profession médicale, du fait d'une proximité de plus en plus visible dans les activités. De ce point de vue, la situation décrite aux États-Unis était assez proche de la situation française :

Avant 1900, on ne voyait guère davantage dans l'infirmière qu'une domestique docile et dévouée. Mais elle est devenue d'abord l'assistante de l'anesthésiste et du chirurgien, puis en médecine interne, elle s'est faite l'indispensable agent d'une pratique toujours plus fine et plus complexe, en établissant des diagrammes précis, en faisant les prises de sang et les transfusions, en administrant les médicaments, etc. ; si bien qu'elle a fini par apparaître dans ces circonstances comme un substitut du docteur assez au fait de la théorie générale et des procédures de la médecine moderne pour pouvoir mener à bien l'exécution des ordonnances.⁷⁵¹

Mais il s'agissait là d'exercice hospitalier. Concernant les soins privés au domicile des malades, « rares [étaient], aux États-Unis, les États qui [exigeaient] des qualifications spéciales pour donner cette sorte de soins contre rétribution »⁷⁵². Cette quasi absence de réglementation rendait les infirmières d'autant plus dépendantes dans leur activité. La demande émanait soit des malades, soit du médecin, qui appréciait si les soins qu'il souhaitait confier relevaient d'une simple garde-malade, travail qu'il était difficile de distinguer de tâches domestiques ou bien d'une infirmière diplômée, capable de prendre en charge les soins médicalisés. Alors les infirmières inscrites sur le répertoire du médecin pouvaient être sollicitées. Ces pratiques privées étaient en déclin du fait de l'essor de l'hôpital comme centre de recours pour les actes techniques. Le reste des soins extrahospitaliers étaient de plus en plus pris en charge par les infirmières visiteuses et surtout, les infirmières de la santé publique. Ces dernières étaient obligatoirement employées par des organismes de soins à domicile ou un hôpital, ce qui les dispensait de figurer sur le répertoire privé du médecin. De la même façon que dans les anciennes pratiques privées, le médecin décidait des actes à effectuer, lesquels venaient s'ajouter à la demande propre des patients qui s'apparentait le plus souvent à des tâches domestiques. En l'absence d'organisation fédérale de la santé⁷⁵³, les médecins avaient toute latitude pour décider localement ce qui devait être fait, avec l'appui de leur puissante

⁷⁵⁰ Eliot FREIDSON, *La profession médicale... op. cit.* Voir aussi à ce sujet, l'importante contribution de Michel NADOT, sur l'histoire de ce qu'il a nommé le « prendre soin institutionnel ». Michel NADOT, *Le mythe infirmier. Ou le pavé dans la mare !* Paris, L'Harmattan, 2012.

⁷⁵¹ Eliot FREIDSON, *La profession médicale... op. cit.* p 74.

⁷⁵² Id. p 73.

⁷⁵³ Id. p 36

association nationale aux fines ramifications locales, tant au niveau des États et des Territoires, que des provinces ou comtés⁷⁵⁴.

La situation n'était pas si éloignée en Grande-Bretagne⁷⁵⁵. Comme aux États-Unis, la subordination était assez peu codifiée et rien n'était interdit aux infirmières, hormis la prescription, limitation qui fut formellement rappelée dans le *Medicines Act* de 1968. Les infirmières pouvaient ainsi effectuer un certain nombre d'actes de leur propre initiative⁷⁵⁶, et d'autres actes que les médecins pouvaient leur confier s'ils le jugeaient bon. L'exercice était encore très majoritairement hospitalier et ce mode de fonctionnement relevant de la seule décision du médecin entraînait de grandes disparités locales⁷⁵⁷.

Les infirmières françaises partageaient cette soumission au bon vouloir du corps médical avec leurs collègues. Elles avaient même le privilège d'être les seules à avoir fait l'objet d'une définition législative proclamant cette subordination en 1946⁷⁵⁸, entérinant les nombreux discours sans équivoque tenus par les médecins depuis le début du siècle. Étaient-elles pour autant plus soumises que leurs collègues ? Rien n'est moins sûr. Cette inscription dans le dispositif législatif peut en effet tout aussi bien être regardée comme une forme de reconnaissance de cette profession qui avait péniblement émergé de la brume. En 1962, un nouvel arrêté⁷⁵⁹ compléta le dispositif réglementaire initié en 1947⁷⁶⁰, lequel nommait les actes techniques pouvant être réalisés par une infirmière et précisait les conditions de leur mise en œuvre. Non seulement celle-ci était considérée comme agissant sur prescription ou conseil médical, mais elle était désormais très officiellement reconnue apte à pratiquer des actes médicaux comportant notamment une atteinte à l'intégrité corporelle, marque suprême de distinction entre les médecins et les autres avec le diagnostic et la prescription. Ainsi l'arrêté de 1962 comportait : les actes ne pouvant être pratiqués que par les docteurs en médecine⁷⁶¹ - les

⁷⁵⁴ *Ibid.* Il s'agissait de l'AMA, *American medical association* qui avait, entre autres activités, établi « les normes de formation du personnel paramédical ». *Id.* p 37.

⁷⁵⁵ Isabelle FERONI, Anémone KOBER, *L'autonomie des infirmières, une comparaison France/Grande-Bretagne, Sciences sociales et santé*, Volume 13 n°3, 1995, pp 35-68.

⁷⁵⁶ Les infirmières avaient alors repris une autonomie depuis la guerre de Crimée où F. Nightingale exigea que la moindre toilette ou la moindre aide à la prise des repas fût ordonnée. Les actes effectués dans ce domaine relevaient des soins d'hygiène et de confort, voire à visée éducative ou d'aide psychologique, et excluaient, quoiqu'aucun texte ne le prescrivît, l'usage de médicaments et toute technique supposant une atteinte à l'intégrité corporelle. Avec le diagnostic et la prescription, cette possibilité était l'apanage des médecins dans le monde entier.

⁷⁵⁷ En 1972 seulement, un rapport recommanda que seuls les actes techniques enseignés en formation initiale pussent être mis en œuvre. Cette préconisation ne fut inscrite dans la loi qu'en 1979. Dès lors, d'autres actes pouvaient être effectués par dérogation au niveau local (*extended role*), sous réserve de posséder le certificat habilitant les infirmières à les dispenser. Isabelle FERONI, Anémone KOBER, *L'autonomie des infirmières... op cit.* p 48.

⁷⁵⁸ Voir *supra*.

⁷⁵⁹ Arrêté du 6 janvier 1962 relatif aux actes médicaux pouvant être exécutés par un auxiliaire médical qualifié.

⁷⁶⁰ Voir *supra*, l'arrêté du 31 décembre 1947 relatif aux actes médicaux pouvant être exécutés par un auxiliaire médical qualifié.

⁷⁶¹ Arrêté du 6 janvier 1962 relatif aux actes médicaux ... *Op cit.* Art 2. Y figuraient entre autres « tous les traitements dits d'ostéopathie, de spondylothérapie (ou vertébrothérapie) et de chiropraxie. », vraisemblablement

actes ne pouvant être effectués par des auxiliaires médicaux que sous la responsabilité et la surveillance directe d'un médecin, celui-ci pouvant contrôler et intervenir à tout moment⁷⁶² - les actes pouvant être effectués par des auxiliaires médicaux qualifiés et uniquement sur prescription qualitative et quantitative du médecin, mais en dehors de la présence de celui-ci⁷⁶³. La réglementation confirmait que les infirmières françaises, comme leurs homologues, étaient jugées capables de mettre en œuvre une partie importante du travail médical dans sa composante technique, y compris des actes très complexes. Celles qui exerçaient en mode libéral pouvaient donc mettre en œuvre seules tous les actes relevant de l'article 4. En revanche, elles devaient aussi bénéficier d'une prescription médicale pour tous les soins d'hygiène, de confort et d'accompagnement, alors que comme leur homologues américaines ou anglaises, elles les réalisaient de leur propre initiative en milieu hospitalier⁷⁶⁴. Cette prescription était nécessaire pour rendre opérationnel le dispositif de remboursement de ce type de soins par la sécurité sociale. Cette pratique dura jusqu'au XXI^e siècle et montre que si les compétences techniques des infirmières furent reconnues sans ambiguïté, il n'en fut pas de même s'agissant de leur capacité à participer à la gestion des deniers publics, contrairement aux médecins pour qui elle semblait aller de soi, tant ils étaient parés de toutes les vertus.

Ainsi, la subordination des infirmières aux médecins était partagée dans les trois pays, de même que la double caractéristique de leur travail : celui qui relevait de leur propre initiative d'une part et qui renvoyait pour l'essentiel aux tâches traditionnelles d'assistance autour des soins du corps et des âmes, ces derniers ayant été reconvertis en actes d'accompagnement et de soutien psychologique ; celui qui relevait de la division d'un travail médical et technique en pleine expansion, qui était soumis à la prescription. Pour ce même travail à quelques nuances techniques près, les infirmières françaises étaient les seules à bénéficier d'un dispositif législatif et réglementaire qui leur était spécifiquement destiné, ce qui constituait une preuve tangible de la reconnaissance de leur place dans le système national de santé publique. En revanche, cette reconnaissance d'appartenance au monde du travail médical contribuait, par là-même, à les enfermer dans la vision du monde élaborée par les médecins alors que le flou réglementaire laissait à d'autres un espace pour développer un discours alternatif, voire dissonant, comme en

en prévention d'un futur débordement par les concurrents potentiels, du fait de la création du diplôme d'Etat de masseur kinésithérapeute en 1957 ; « le massage prostatique et le massage gynécologique », sans doute pour conserver l'ultime privilège de l'autorisation à franchir sans instrument les limites de l'intimité corporelle. Car le sondage urétral, le sondage vésical, les injections vaginales simples et les lavements simples ou médicamenteux étaient réalisables par l'infirmière hors de la présence du médecin. Voir *Infra*.

⁷⁶² *Id.* Art. 3. Y figuraient entre autres « Les perfusions intraveineuses de sang, de plasma et de tout produit d'origine humaine, au niveau des membres seulement » et l'« anesthésie générale ».

⁷⁶³ Art. 4. Y figuraient entre autres les injections sous-cutanées, intradermiques, intramusculaires, les injections et les perfusions intraveineuses, ainsi que le sondage urétral, vésical et le tubage gastrique, le premier de ces trois deniers actes devant être effectué en présence d'un médecin.

⁷⁶⁴ Même si jusque très tard dans le siècle voire jusqu'au début du XXI^e siècle, il n'était pas rare de rencontrer la prescription « soins de nursing », renvoyant aux soins d'hygiène et de confort, expression qui témoignait d'une vision très réductrice du *nursing* aux États-Unis et en Grande-Bretagne.

témoigne le tableau dressé par le Comité des experts. Au-delà de la division du travail médical, il était possible d'observer dans les trois pays, une même volonté de structurer les soins aux malades et les professionnels chargés de les mettre en œuvre.

Des schémas différents pour une même volonté de structuration et d'organisation des personnels dispensant des soins

Aux États-Unis, une double tendance était observable du point de vue de la division du travail de soins. Tout d'abord, les tâches traditionnelles d'assistance furent de plus en plus confiées à des aides, sans formation véritable sinon l'acquisition de compétences en travaillant⁷⁶⁵. Il s'agissait là des aides-soignantes, que le sociologue Anselm Strauss qualifiait de personnels profanes. Du fait de l'absence de formation, elles avaient, en effet, un rapport au travail beaucoup plus humain que professionnalisé, en l'absence de médiation par des savoirs formels dont elles ne disposaient pas⁷⁶⁶. Ceci ne les empêchait d'ailleurs pas de développer leurs propres connaissances et savoir-faire et en certains endroits, de préparer et administrer « des médecines », voire de « [commencer] des injections de liquides intraveineux. »⁷⁶⁷ La seconde tendance était que le travail des infirmières formées était lui-même hiérarchisé :

L'infirmière auxiliaire est formée pour soigner sélectivement les patients qui souffrent de maladies subaiguës et chroniques et pour seconder l'infirmière professionnelle en faisant équipe avec elle, notamment pour les soins à donner aux cas les plus aigus. Elle effectue son service d'assistance dans les institutions et au domicile des particuliers où elle peut avoir des tâches ménagères si nécessaires... L'infirmière auxiliaire ne travaille que sous les ordres directs d'un médecin diplômé ou sous la surveillance d'une infirmière professionnelle patentée.⁷⁶⁸

L'infirmière auxiliaire était formée en un an pour l'obtention d'un « brevet technique pratique ». L'infirmière professionnelle ou diplômée avait fait des études plus longues et complètes. A priori, cette différence de formation était censée se traduire par un emploi différent dans la division du travail en milieu hospitalier, projet tout relatif confronté à la réalité :

L'infirmière diplômée (*registered nurse*) a fait des études complètes et des stages équivalents à ceux d'un médecin. Elle a le droit d'exercer à son compte, ce qui n'est pas le cas d'une infirmière auxiliaire (*auxiliary nurse*), qui a suivi un programme d'études abrégé. L'infirmière diplômée s'occupe de la salle

⁷⁶⁵ Eliot FREIDSON, *La profession médicale...* *op. cit.* p 74.

⁷⁶⁶ Anselm STRAUSS, *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme*, textes réunis et présentés par Isabelle Baszanger, Paris, L'Harmattan, 2006. Voir en particulier l'hôpital et son ordre négocié, p 87-112. Ce texte fut publié aux États-Unis en 1963.

⁷⁶⁷ Eliot FREIDSON, *La profession médicale...* *op. cit.* p 75. L'auteur reprenait là les travaux de Everett C. HUGHES, Helen MACGILL, Irwin DEUTSCHER, *Twenty thousand nurses tell their story : a report on studies of nursing functions*, Philadelphia, J.B. Lippincott Co., 1958. D'autres auteurs avaient mis en évidence ailleurs que des infirmières dûment « patentées » tondaient le gazon ou s'occupaient de la comptabilité lorsqu'elles étaient employées à domicile. *Ibid.*

⁷⁶⁸ *Id.* Rapport d'une commission mixte publié en 1951, cité p 75.

d'hôpital, mais l'infirmière auxiliaire y assume les mêmes tâches car il va de soi que, dans l'état actuel des choses, un service d'hôpital ne pourrait pas fonctionner si la répartition des tâches obéissait strictement à la nomenclature des qualifications.⁷⁶⁹

Malgré ces décalages entre le discours et la réalité, ces considérations issues de données empiriques montrent l'existence d'une stratification au sein même de la profession, y compris hiérarchique, s'agissant de la responsabilité des salles de malades, de même que l'hétérogénéité des formations et des modes d'exercice. Cette question fut d'ailleurs posée en des termes très explicites au plus haut niveau de l'État en 1963. Cette année-là, un groupe de consultants en soins infirmiers fut nommé par le *Surgeon General* pour examiner la situation des soins infirmiers aux États-Unis. Ce travail donna lieu à la production d'un rapport. S'agissant de la formation, la sévérité des conclusions témoignait d'une situation pour le moins considérée comme très insatisfaisante :

Le dispositif actuel de formation des infirmières manque d'organisation, d'ordre et de cohérence. Il n'y a pas de différenciation claire en ce qui concerne les niveaux de responsabilité pour lesquels les diplômés de chaque type de programme sont préparés. Le groupe de consultants est convaincu que le programme de baccalauréat devrait être le minimum requis pour les infirmières qui assumeront des fonctions de leader.⁷⁷⁰

Ces préoccupations étaient d'autant plus vives qu'à l'instar de nombreux autres pays⁷⁷¹, les États-Unis connaissaient alors une pénurie d'infirmières en relation avec un déficit de recrutement. Le problème y fut tellement pris au sérieux qu'en 1964, le Président Johnson lui-même s'adressa aux membres du Congrès à l'occasion de la promulgation, le 4 septembre, d'une grande loi fédérale sur la formation des infirmières. C'est en évoquant d'emblée la nécessité d'attirer un plus grand nombre de jeunes gens parmi les plus qualifiés vers ce « grand et noble métier » qu'il ouvrit son discours de présentation de « la législation sur les soins infirmiers⁷⁷² la plus importante dans l'histoire [du] pays. »⁷⁷³ Il y était en effet question d'autoriser un programme important de subventions pour construire et rénover les écoles de *nursing*⁷⁷⁴, d'établir un programme pour aider les mêmes écoles à renforcer et améliorer leurs programmes de formation, et d'aider les écoles hospitalières⁷⁷⁵ à faire face au coût résultant de l'augmentation prévisible des embauches, compte tenu des besoins à satisfaire dans la décennie. Enfin, ce texte recommandait l'extension des programmes de formation avancés déjà

⁷⁶⁹ *Id.* p 74. Ces précisions, sont apportées par la traductrice de cette partie de l'ouvrage (N.d.T.)

⁷⁷⁰ Cité par Rita MUNLEY GALAGHER, Kaye SULLIVAN, *Compendium of ANA education positions, position statements, and documents*, American nurses association, 1994, p 2.

⁷⁷¹ Voir *supra*, les constats faits dans ce sens par l'OMS.

⁷⁷² «*nursing legislation*»

⁷⁷³ Lyndon B. JOHNSON, *Remarks Upon Signing the Nurse Training Act of 1964*, September 4, 1964. Online by Gerhard Peters and John T. Woolley, *The American Presidency Project*.

URL : <http://www.presidency.ucsb.edu/ws/?pid=26484> consulté le 14-08-2017.

⁷⁷⁴ «*nursing schools*»

⁷⁷⁵ «*diploma schools of nursing*»

mis en œuvre pour les professionnelles diplômées et un système de bourses permettant aux étudiantes financièrement dans le besoin d'accéder à la profession. Il s'agissait là, selon le Président des États-Unis, de tourner une page, après avoir rendu hommage aux courageuses pionnières qui avaient depuis un siècle, suivi les pas de Florence Nightingale ou de Clara Barton : « L'infirmière d'aujourd'hui doit être à la fois humaniste et scientifique. Sa grande compassion doit être égalée par une beaucoup plus grande compétence. »⁷⁷⁶ Un tel discours et surtout une telle loi étaient de nature à autoriser les initiatives les plus audacieuses.

En 1965, L'ANA, qui s'était rapprochée pour l'occasion de la Ligue nationale pour les soins infirmiers⁷⁷⁷, prit une position sur le système de formation qu'il convenait de développer, en rapport avec les conclusions des consultants auprès du *Surgeon General* en 1963 et suite à la loi de 1964. Il s'agissait là pour elle, de présenter de grands principes structurants pour l'avenir, la nécessité étant établie qu'il fallait donner plus de profondeur et d'envergure à la dimension scientifique de la formation, compte tenu du développement considérable des connaissances par ailleurs :

- L'éducation de toutes les personnes autorisées à exercer la profession d'infirmière⁷⁷⁸ devrait se dérouler dans des institutions d'enseignement supérieur
- La préparation minimale pour débiter dans la pratique professionnelle du *nursing*⁷⁷⁹ aujourd'hui, devrait être un baccalauréat en *nursing*
- La préparation minimale pour débiter dans la pratique technique du *nursing*⁷⁸⁰ aujourd'hui devait être un grade de technicien supérieur en *nursing*⁷⁸¹.
- L'éducation préparant aux métiers d'aides aux soins devrait être courte, intensive, privilégiant une formation dans des centres de formation professionnelle⁷⁸² plutôt qu'une formation sur le tas.⁷⁸³

Ces propositions contenaient bien une vision stratifiée et hiérarchisée de l'exercice professionnel, laquelle était directement mise en relation avec les niveaux de formation requis, tout aussi hiérarchisés. Ce type de division du travail entre des « infirmières professionnelles », formées dans les écoles universitaires et des infirmières praticiennes ou techniciennes (*practical nurses*) placées sous la responsabilité des infirmières professionnelles, avait été préconisé dans un rapport réalisé par une socio-anthropologue en 1948⁷⁸⁴, consistant en la présentation des résultats d'une recherche empirique qui portait sur l'observation et l'étude de la réalité du travail des infirmières :

⁷⁷⁶ *Ibid.*

⁷⁷⁷ *National League for Nursing*, anciennement *League for Nursing Education*, voir *supra*.

⁷⁷⁸ "licensed to practice nursing"

⁷⁷⁹ "professional nursing practice"

⁷⁸⁰ "technical nursing practice".

⁷⁸¹ "associate degree education in nursing".

⁷⁸² "vocational education institutions".

⁷⁸³ Rita MUNLEY GALAGHER, Kaye SULLIVAN, *Compendium of ANA... op.cit.* p 2 et 3.

⁷⁸⁴ Esther Lucile BROWN, *Nursing for the future : A Report Prepared for the National Nursing Council*, New York, Russel Sage Fundation, 1948.

En pratique clinique, deux sortes de fonctions distinctes, qui sont toutefois liées entre elles, ont été presque unanimement reconnues comme relevant de l'action professionnelle de l'infirmière. L'une concerne le rôle d'assistante du médecin en assurant les procédures techniques et les traitements considérés comme trop complexes et trop dangereux pour être confiés à un personnel auxiliaire ou à des infirmières diplômées n'ayant reçu qu'un premier niveau de formation. L'autre consiste à avoir la responsabilité d'une observation critique du malade, à le soigner parfois durant de longues périodes sans directives spécifiques du médecin, ainsi que de décider ce qui est à communiquer au médecin concernant l'état de santé du malade et quand il convient de le faire. Pour accomplir ces fonctions, une responsabilité plus étendue revient constamment à l'infirmière, bien que la profession médicale pas plus que la profession infirmière n'ait complètement pris conscience de ce fait.⁷⁸⁵

Sans qu'elles fussent ainsi nommées, la partition entre infirmières techniciennes et infirmières professionnelles, au champ d'action plus étendu et par là même plus autonomes, était présentée dans ce rapport comme un élément de réponse possible aux problèmes de recrutement inhérents aux nouveaux besoins identifiés pour l'avenir.

La projection proposée par l'ANA en 1965 semblait en revanche, ignorer les titulaires de *diplomas* préparés dans les écoles hospitalières, alors même que les professionnels ainsi formés représentaient selon ses propres statistiques, 78% des infirmières en exercice⁷⁸⁶. Les réactions durent être vives, au point de contraindre l'ANA à préciser dès 1966 que sa position concernait le futur, mais ne préjugait en rien, à ses yeux, du statut des infirmières déjà formées et recrutées, parmi lesquelles les titulaires de *diplomas* faisaient partie des actuelles *Registered Nurses*⁷⁸⁷. En 1971, le problème des *diplomas* n'était toujours pas réglé et l'ANA fut alors interpellée par l'Association nationale des étudiantes infirmières⁷⁸⁸ qui n'avait semble-t-il, pas envisagé comme elle, l'abandon à terme de ce type de formation. L'ANA leur rappela qu'elle était convaincue que l'éducation de tous les futurs infirmiers praticiens devrait se dérouler dans des institutions d'enseignement supérieur où les étudiants obtiendraient soit un grade de technicien supérieur, soit un grade de bachelier⁷⁸⁹. Insatisfaites de la réponse, les étudiantes sollicitèrent un réexamen par l'ANA de la question, avec leur participation. En 1973, l'ANA reprécisa sa position en reconnaissant que les diplômés des écoles hospitalières assuraient la part la plus importante des soins dans le pays. Ce type de formation pouvait donc être poursuivi, à condition d'être soumise aux standards en vigueur. Par ailleurs, interpellée sur la pertinence de la distinction qu'elle fit en 1965 entre les infirmiers professionnels et les infirmiers techniciens, elle précisa à nouveau sa position. Il s'agissait pour elle d'envisager l'évolution future du dispositif de formation, plus que de distinguer les professionnels individuellement,

⁷⁸⁵ Id. p. 78. Cité par Marie-Françoise COLLIÈRE, In Virginia HENDERSON, *La Nature des Soins infirmiers*, Paris, InterEditions, 1994, p 228.

⁷⁸⁶ Rita MUNLEY GALAGHER, Kaye SULLIVAN, *Compendium of ANA... op.cit.* p 3.

⁷⁸⁷ *Ibid.*

⁷⁸⁸ NSNA, "National Student Nurses Association."

⁷⁸⁹ "Associate or baccalaureate degree" *id.* p 4.

tous également praticiens au titre de *Registered Nurse*. Néanmoins, les titulaires du *baccalaureate degree* étaient les seuls à disposer de la clé pour accéder au système académique général au fur et à mesure de son développement concernant le *nursing*, ce qui leur permettait d'entrer en profession au sens américain du terme.

Que la question fût encore posée à cette date, montrait que les voies d'accès à la profession étaient loin d'être homogènes⁷⁹⁰. Néanmoins, la volonté d'organisation et de rationalisation était patente, notamment du côté des leaders de la profession, qui devaient tenir le plus grand compte d'une réalité porteuse de résistances de tous ordres à leurs vœux affichés d'élévation du niveau de formation. Le baccalauréat représentait sans aucun doute le niveau le plus prestigieux à leurs yeux, jusqu'à figurer dans le rapport de 1963, comme condition pour occuper des postes de leaders, notamment de surveillantes dans un premier temps, mais aussi pour participer au développement de la recherche. Au-delà de la diversité des recrutements, la stratification⁷⁹¹ était présente, mais passée sous silence. Ces leaders n'ignoraient pas que le système de santé fonctionnait grâce aux diplômés de toutes provenances et que les titulaires diplômés des écoles hospitalières occupaient encore la plus grande place, avec la reconnaissance affichée des autorités. Dans son discours, le Président Johnson n'avait pas oublié de manifester son intérêt pour les titulaires de *diplomas*.

⁷⁹⁰ Et la situation était partie pour durer. Aujourd'hui encore aux États-Unis, les modes d'accès à la profession confirment la persistance de cette offre diversifiée de formation. Bureau of Labor Statistics, U.S. Department of Labor, *Occupational Outlook Handbook, 2016-17 Edition, Registered Nurses*.

URL : <https://www.bls.gov/ooh/healthcare/registered-nurses.htm>, consulté le 17-01-2017. D'après la Commission Fulbright franco-américaine d'échanges universitaires et culturels, trois voies sont identifiées pour devenir *Registered Nurse* (RN) aux États-Unis, après avoir subi avec succès un examen national, administré dans chaque État, pour l'obtention de l'indispensable licence d'exercice. Il s'agit du *National council licensure examination for registered nurses ou NCLEX-RN*, auquel il n'est possible d'accéder qu'après avoir effectué des études dans une école spécialisée et accréditée. Une première possibilité consiste à suivre des études dans le cadre de « programmes hospitaliers ». D'une durée de trois ans, ces dernières conduisent à l'obtention d'un *Diploma in nursing program*. Ce type d'études, « en voie de disparition » selon les auteurs, apparaît comme une survivance du système nightingalien des hôpitaux-écoles de la première vague de développement du *nursing* aux États-Unis à la fin du XIX^e siècle, fût-il considérablement transformé. En adéquation avec la deuxième vague de développement témoignant de l'émancipation des infirmières américaines par rapport au modèle anglais dans les années 1920, il est possible d'effectuer des études universitaires. D'une durée de 4 ans, celles-ci conduisent à l'obtention d'un *Bachelor of science in nursing degree (BSN)*. Enfin, une troisième voie permet de préparer en 2 à 3 ans dans les *community colleges* (institutions d'enseignement supérieur moins onéreuses que les universités) un *Associate degree in nursing (ADN)*. Ces trois modes d'accès aux études de *nursing*, dont les intérêts et mérites respectifs sont controversés, permettent l'accès au *NCLEX-RN*. Les auteurs soulignent néanmoins que de nombreux professionnels titulaires d'un *ADN* préparent un *BSN* après quelques années d'exercice. C'est que ce dernier diplôme constitue toujours le précieux sésame qui ouvre les portes d'accès aux études supérieures spécialisées en *nursing* (particulièrement recherche, enseignement, exercice clinique...) conduisant à l'obtention d'un *Master' degree* voire un *PhD*. Commission Fulbright franco-américaine, *Les études de nursing aux Etats-Unis*. <http://fulbright-france.org/sites/default/files/nursing2016.pdf> consulté le 16-01-2017.

⁷⁹¹ Il serait sans doute possible d'émettre l'hypothèse d'une stratification par les origines sociales des recrues dans ces trois voies de formation, pouvant expliquer le vif intérêt porté par les étudiants pour les écoles hospitalières, sans doute moins onéreuses et plus faciles d'accès.

Les infirmières auxiliaires, pourtant bien réelles, ne furent pas explicitement évoquées. Peut-être s'agissait-il pour l'ANA, sans passer à des aveux stratégiquement risqués, de les remplacer le moment venu par les infirmières techniciennes. A l'appui de cette hypothèse, figurent d'une part ses demandes réitérées jusqu'à la fin du siècle de ne retenir à terme que le *baccalaureate* comme mode d'entrée dans la profession⁷⁹², et d'autre part, sa proposition en 1985, de ne réserver le titre de *Registered Nurse* qu'aux titulaires du *baccalaureate*, et d'attribuer le titre légal « *d'infirmière associée*⁷⁹³ » aux infirmières techniciennes⁷⁹⁴. Toutes ces propositions étaient assorties de la possibilité pour les non titulaires du *baccalaureate* d'accéder secondairement à ce grade et au titre de *Registered Nurse* dans le cadre de la formation continue. Cette précaution montrait la volonté de construire un système qui pour être hiérarchisé, n'en était pas moins ouvert à des possibilités de promotion sociale de nature à favoriser une fluidité salubre pour le maintien des équilibres et la pérennité des organisations. En tout état de cause, les vœux de l'ANA n'étaient toujours pas exaucés en 2017⁷⁹⁵. En revanche, comme en écho aux revendications de stratification de l'ANA, il existe aujourd'hui aux États-Unis une formation conduisant à l'obtention d'une licence pratique ou une licence professionnelle d'infirmière, permettant au bout d'un an de formation aux infirmières ainsi formées d'exercer sous la direction d'une *registered nurse* ou d'un médecin. Cette fonction semble reproduire celle des infirmières auxiliaires des années 1950 sans en porter le nom⁷⁹⁶.

Concernant les aides-soignants, l'ANA envisageait une formation dans sa prise de position de 1965, ce qui signifiait que tout restait à faire. Les avancées furent vraisemblablement très lentes, car en 1970, il était toujours question de « définir une éducation appropriée et les besoins de formation pour les aides-soignants. »⁷⁹⁷ Les cadres de la profession ne furent pas évoqués en 1965. Ils ne constituaient sans doute pas la priorité du moment, et par ailleurs, la cause semblait entendue que les infirmières du niveau de formation le plus élevé, et sans doute aussi le plus prestigieux, constituaient le vivier privilégié de recrutement des cadres de première ligne. Cela n'empêcha pas l'ANA de publier la même année les « standards pour des services de soins infirmiers organisés »⁷⁹⁸, qui attestaient son intérêt pour les questions managériales à tous les

⁷⁹² Rita MUNLEY GALAGHER, Kaye SULLIVAN, *Compendium of ANA... op.cit.* p 6 et 7.

⁷⁹³ "Associate nurse".

⁷⁹⁴ Rita MUNLEY GALAGHER, Kaye SULLIVAN, *Compendium of ANA... op.cit.* p 12 et 13.

⁷⁹⁵ Voir *supra*, les différents modes de formation actuellement en vigueur permettant tous de prétendre au titre de *Registered Nurse*. Il est probable que les luttes sociales pour maintenir cette diversité de formation et donc de recrutement des infirmières, l'emportèrent sur cette autre forme de combat, plus corporatiste et élitiste. L'ANA renonça en effet délibérément au droit de grève en 1950, en échange de l'obligation pour les employeurs de reconnaître les représentants autorisés de la profession, parmi lesquels elle figurait en bonne place, et de négocier avec eux. ANA, *basic historical review of nursing education... op. cit.*

⁷⁹⁶ Bureau of Labor Statistics, U.S. Department of Labor, *Occupational Outlook Handbook... op. cit. Licensed practical and licensed vocational nurses.* <https://www.bls.gov/ooh/healthcare/licensed-practical-and-licensed-vocational-nurses.htm> consulté le 19-08-2017.

⁷⁹⁷ ANA, *basic historical review of nursing education... op. cit.*

⁷⁹⁸ *Ibid.*

niveaux des organisations. En cela, elle s'inscrivait dans une dynamique observée et analysée par ailleurs, à la même époque :

L'infirmière aux Etats-Unis cherche à s'aligner sur l'administration hospitalière et à trancher les liens qu'elle a avec la médecine proprement dite. Elle réagit ainsi, semble-t-il, au moins pour une part, contre ce qui entrave sa mobilité : elle ne peut échapper au pouvoir des médecins tant qu'elle reste affectée aux tâches cliniques ; en devenant personnel administratif, elle y parvient. Pour administrer, il faut des qualifications plutôt générales, et aucun métier n'en a encore acquis le monopole : en renonçant à sa spécialisation de garde-malade et en s'orientant vers les fonctions d'administration, l'infirmière peut gravir la hiérarchie jusqu'à égaler, voire à organiser d'en haut, tous ceux qui travaillent dans l'appareil médical.⁷⁹⁹

La préoccupation pour les services infirmiers et leur organisation procédait aussi de cette volonté d'occuper l'espace non seulement horizontalement, là où les soins étaient concrètement mis en œuvre, mais aussi verticalement, dans une visée émancipatrice qui supposait, pour être comprise et admise, de justifier le caractère spécifique de ce type d'encadrement. En 1978, l'ANA approuva « l'élargissement des financements d'études supérieures préparant aux fonctions d'administrateurs en soins infirmiers et pour l'introduction de nouveaux programmes »⁸⁰⁰, ce qui signifiait que la formation des cadres à un niveau supérieur existait dans le cadre universitaire⁸⁰¹, mais qu'elle restait à développer.

En Grande-Bretagne, la situation était moins complexe. Les infirmières n'y avaient, en effet, pas vécu la seconde révolution mise en œuvre par les Américaines depuis le début du siècle par leur entrée à l'Université, revigorée par le rapport « *Nursing and Nursing Education in the United States* » de 1923⁸⁰². Cette publication remettant durement en cause le glorieux système des hôpitaux-écoles qui s'était imposé au monde, y fut même accueillie assez froidement. En témoignent les propos tenus à ce sujet durant la conférence de l'Association des hôpitaux britanniques qui se déroula les 19 et 20 juin 1924. Commentant le contenu de ce rapport dont il recommandait la lecture à l'assistance, le responsable médical d'un hôpital britannique termina ainsi son exposé : « Beaucoup de critiques pourraient être adressées au système de soins infirmiers anglais ainsi qu'aux infirmières anglaises, mais le résultat de ce système ne peut être concurrencé par aucune infirmière dans le monde. »⁸⁰³ Tout était dit et cette déclaration en forme d'autosatisfaction ne souleva apparemment pas d'objection susceptible de figurer au compte-rendu. Pourtant, la formation des infirmières occupa une place importante dans cette

⁷⁹⁹ Eliot FREIDSON, *La profession médicale... op. cit.* p 75

⁸⁰⁰ Rita MUNLEY GALAGHER, Kaye SULLIVAN, *Compendium of ANA... op.cit.* p 16.

⁸⁰¹ Depuis l'initiative fondatrice en 1907 au *Teachers College*, université Columbia, sous la houlette de Mary Adélaïde Nutting. Il s'agissait là d'abord de former des enseignantes et des directrices d'école, mais aussi des cadres de la profession. Voir *supra*.

⁸⁰² Voir *supra*.

⁸⁰³ BRITISH HOSPITAL ASSOCIATION, compte rendu de la 14ème conférence, *The British medical Journal*, June, 28, 1924, p 1137.

conférence. La nécessité de ne pas négliger les connaissances théoriques, notamment en anatomie, physiologie, pathologie et bactériologie, fut rappelée. Il s'agissait là de répondre aux accusations récurrentes, selon lesquelles ce type de contenus d'enseignement étaient excessifs pour des infirmières⁸⁰⁴. Néanmoins, une migration de la formation vers l'université fut d'emblée écartée, sans doute pas uniquement pour une question d'honneur. Les directions hospitalières, une bonne partie du monde médical et des professionnelles elles-mêmes étaient en effet opposés à ces évolutions⁸⁰⁵. Chaque groupe avait de bonnes raisons de s'en méfier, ou plus justement, de manifester son attachement au système ancien et éprouvé des hôpitaux-écoles, caractérisé par une formation essentiellement pratique. Les premiers y voyaient la fin d'un personnel à très bon marché ; les seconds, convaincus qu'ils étaient les seuls dépositaires et donc distributeurs du savoir utile n'y voyaient pas grand intérêt et les derniers percevaient une vision élitiste avec de difficiles et inutiles obstacles à franchir à leurs yeux.

Dans ce contexte, les écoles hospitalières occupèrent très majoritairement le devant de la scène jusqu'en 1956. Cette année-là fut créée à l'université d'Édimbourg une unité d'enseignement s'adressant aux infirmières, avec le soutien de la fondation Rockefeller et de l'OMS. Elsie Stephenson fut alors la première directrice d'études universitaires de *nursing* en Europe⁸⁰⁶. Avec sa compatriote Ethel Bedford-Fenwick, qui avait œuvré en faveur de l'enregistrement contre F. Nightingale, elle était à la pointe du combat pour asseoir les statuts de la profession et la développer dans sa composante théorique. Dès 1960, elle proposa « un système d'éducation et de formation pour les femmes qui se destinaient plus tard à être en situation de leadership ». Au bout de deux ans, les *Registered Nurses* qui avaient suivi ce programme recevaient un certificat ou un diplôme - en fonction de leur qualification antérieure- qui leur conférait le statut d'infirmières enseignantes. Dans un second temps, pour former les infirmières, un système intégré⁸⁰⁷ en 5 ans fut proposé. Enfin, la décision d'ouvrir une École internationale d'études avancées en soins infirmiers⁸⁰⁸ dans la même université fut prise en 1962. Si elle enrichissait le dispositif initié 6 ans plus tôt, cette structure était néanmoins distincte. Sa vocation internationale répondait spécifiquement aux recommandations de l'OMS qui assurait son financement. Il s'agissait d'accueillir des étudiants anglophones étrangers, y compris des pays en voie de développement. D'autres expériences universitaires suivirent ces initiatives dans la même décennie⁸⁰⁹.

⁸⁰⁴ *Id.* p 1138.

⁸⁰⁵ Isabelle FERONI, Anémone KOBER, *L'autonomie des infirmières... op cit.* p 43.

⁸⁰⁶ URL : <http://www.ed.ac.uk/edit-magazine/editions/issue-3/history-makers-nursing-ambition> Site de l'université d'Edinburgh, consulté le 17 août 2017.

⁸⁰⁷ « *Integrated degree* ». Ce système permettait de combiner le premier et le second niveau d'études, jusqu'à l'obtention d'un *Master of art (MA)*. *Ibid.*

⁸⁰⁸ *International school of advanced nursing studies.*

⁸⁰⁹ *Ibid.*

Malgré tout, le système des hôpitaux-écoles domina très largement jusqu'en 1989, où commença le transfert très progressif des écoles hospitalières vers des « collèges d'études infirmières » publics suite à une réforme du système de formation en 1986⁸¹⁰. Jusqu'à cette date, deux types d'infirmières étaient formées dans ce système : les *Enrolled Nurses*, titulaires d'un certificat obtenu au terme de deux ans de formation pratique et les *Registered Nurses*, titulaires d'un diplôme après trois années d'études théoriques et pratiques⁸¹¹. Comme aux États-Unis, la partition entre infirmières techniciennes et infirmières professionnelles semblait différencier les modes de formation et d'exercice, sans que les appellations ne fussent reprises, parce qu'un tel emprunt était impossible. Culturellement, la situation était en effet loin d'être comparable entre les deux pays. En Grande-Bretagne, la formation était hospitalière dans les deux cas et renvoyait directement à la formation préparant au *diploma* pour les infirmières américaines. Le terme *professionnel* était attaché à l'histoire des professions aux États-Unis et renvoyait presque par définition à la formation à l'Université. Les infirmières techniciennes titulaires d'un *associate degree* avaient pour leur part, obtenu leur diplôme dans un *Community College*, appartenant explicitement à l'enseignement supérieur, ce qui n'était pas le cas des infirmières anglaises. En 1963, un rapport avait en effet jugé que leur formation ne pouvait être considérée comme faisant partie de l'enseignement supérieur en raison de son caractère trop pratique⁸¹². Aux côtés de ces infirmières œuvraient des auxiliaires de soins⁸¹³ qui n'étaient pas autorisés à porter le titre de d'infirmière. Parmi ces derniers, certains disposaient d'une formation, d'autre d'une instruction locale succincte et d'autres se formaient sur le tas⁸¹⁴. A partir de 1989, la formation des *Enrolled Nurses* fut abandonnée et seule la formation conduisant au diplôme d'État⁸¹⁵ d'infirmière subsista. Ainsi, dans les années 1960, une stratification du travail de soin était observable en Grande Bretagne, comme aux États-Unis. Néanmoins, la formation des infirmières était encore profondément ancrée dans le système originel des hôpitaux-écoles, même si elle avait indéniablement évolué en un siècle, pour s'adapter à l'augmentation et à la diversification des connaissances et techniques médicales. Les personnels auxiliaires existaient, mais la diversité de leur formation, quand elle existait, témoignait de la faible structuration de leur groupe.

La formation des cadres ne fut, quant à elle, explicitement évoquée que dans la toute récente école universitaire de nursing à Édimbourg et visait essentiellement la formation d'enseignantes. Pourtant, le système d'encadrement mis en place dans le dernier tiers du

⁸¹⁰ Isabelle FERONI, Anémone KOBER, *L'autonomie des infirmières...* op cit. p 44.

⁸¹¹ *Id.* p 41.

⁸¹² *Id.* p 47. La situation ne commença à s'inverser qu'en 1989, lors de la mise en œuvre de la réforme de 1986, qui préconisa pour la première fois d'exclure les élèves infirmières des effectifs du personnel hospitalier, leur présence dans les services ne se justifiant qu'à des fins pédagogiques. *Id.* p 44. Cette réforme mit officiellement fin au système plus que séculaire des hôpitaux-écoles.

⁸¹³ *care assistants*

⁸¹⁴ *Id.* p 41. En 1989, on comptait 50% de *Registered Nurses*, 20 % d' *Enrolled Nurses* et 30% d'auxiliaires. *Ibid.*

⁸¹⁵ *state registration id.* p 44.

XIX^{ème} siècle avait été sévèrement remis en cause dans l'après Deuxième Guerre mondiale. La mise en place du *National health service* (NHS) en 1948, avait en effet considérablement amputé l'influence des niveaux supérieurs de la profession, installés à l'époque héroïque de Nightingale: « Les matrons perdent le contrôle de la formation et de l'intendance et sont écartées des nouvelles équipes de direction hospitalières (Hospital Management Committees) et régionales (Regional Hospital Boards), en dépit des protestations des associations professionnelles.»⁸¹⁶ A la fin des années 1960 néanmoins, gouvernement et associations professionnelles s'accordèrent sur la nécessité de revoir la structure de l'encadrement infirmier, projet qui se réalisa dans la réforme Salmon. Celle-ci eut pour effet d'augmenter « le nombre, le pouvoir et la visibilité des cadres infirmiers intermédiaires et supérieurs à tous les niveaux exécutifs du NHS. »⁸¹⁷ Ces évolutions furent confortées et même amplifiées en 1974, à l'occasion de la réorganisation du NHS. La préconisation, dans le cadre de cette réforme, d'une formation particulière pour les cadres infirmiers ne fut pas mise en œuvre, carence qui se solda par d'importantes difficultés pour eux, à s'imposer dans les « équipes directoriales.»⁸¹⁸

En France, le même phénomène de structuration était observable. Outre les quelques spécialités qui commençaient à se développer, les différents niveaux hiérarchiques formellement retenus étaient réduits au nombre de trois : surveillantes, infirmières et aides-soignants, auxquels s'ajoutaient les agents des services hospitaliers, moins directement attachés aux soins et qui ne disposaient pas de formation. Chacun de ces niveaux disposait d'une formation spécifique unique, organisée et réglementée au niveau national, ce qui n'était le cas ni aux États-Unis, ni au Royaume-Uni pour les aides-soignants et les cadres. S'agissant des infirmières, contrairement aux autres pays, un seul programme de formation était défini, s'appliquant sur tout le territoire et préparant au seul diplôme d'État⁸¹⁹. Ce haut degré de structuration et de formalisation était de nature à émouvoir et même susciter l'admiration des auteurs de l'idéal-type mis au point par les experts de l'OMS. De plus, il témoignait incontestablement d'une implication forte de l'État dans la reconnaissance et l'organisation de la profession. Mais ce qui apparaissait alors comme l'exception française à bien des égards, présentait néanmoins quelques limites repérables dans la réalité.

Comme aux États-Unis et en Grande-Bretagne, les soins aux malades et le fonctionnement hospitalier étaient soumis à d'importantes contraintes. Celles-ci rappelaient que ce dispositif normatif très récemment épuré, n'était qu'un projet qui mettrait beaucoup de temps à s'imposer dans la pratique et dans une réalité qui n'avancait pas toujours au pas léger des considérations

⁸¹⁶ FERONI Isabelle, KOBER-SMITH Anémone, La professionnalisation des cadres infirmiers : l'effet de l'action publique en France et en Grande-Bretagne, *Revue française de sociologie*, 46-3, 2005, p 476.

⁸¹⁷ *Ibid.*

⁸¹⁸ *Ibid.*

⁸¹⁹ *Programme d'enseignement, Etudes préparatoires au diplôme d'Etat d'infirmier ou d'infirmière*, Ministère des affaires sociales, Nancy, Berger-Levrault, 1961.

réglementaires. Les problèmes chroniques de recrutement observés depuis le début du siècle n'avaient pas cessé. Ceci eut pour effet de continuer à se tourner, comme par le passé, vers la diversification des intervenants potentiels pour dispenser les soins, comme en témoigne cet arrêté publié en 1964⁸²⁰. Pas moins de 29 titres furent reconnus comme permettant d'exercer « en qualité d'infirmier, infirmière autorisé(e) polyvalent(e) »⁸²¹ : 3 diplômes supérieurs de la Croix Rouge française – 10 brevets supérieurs des armées de terre, air, mer, des troupes coloniales et des troupes de marine - 3 diplômes hospitaliers locaux (Grenoble, Amiens, Clermont-Ferrand) – 1 attestation de 3 inscriptions annuelles validées en faculté de médecine – 4 diplômes locaux de Guadeloupe, Guyane, Martinique et Réunion – 3 titres (brevet, certificat ou diplôme) délivrés en Afrique du Nord – 5 diplômes étrangers (Belgique, Croix Rouge suisse, Grande-Bretagne⁸²², Allemagne et Danemark)⁸²³. 15 titres furent validés pour exercer « en qualité d'infirmier (e) auxiliaire »⁸²⁴ : le diplôme d'État d'assistante sociale - le certificat d'aide médico-sociale de la Croix Rouge française – 6 brevets élémentaires d'infirmiers du service de santé des armées de terre, air, mer, des troupes coloniales et des troupes de marine – 7 diplômes locaux hospitaliers⁸²⁵. 4 certificats locaux furent reconnus pour exercer « en qualité d'infirmier (ère) de sanatorium »⁸²⁶. L'activité de leurs titulaires était « limitée aux établissements sanatoriaux », sauf s'ils étaient certifiés depuis au moins 5 ans, auquel cas ils pouvaient étendre leur exercice exclusivement aux services de phthisiologie des hôpitaux, aux centres départementaux de phthisiologie ou aux dispensaires antituberculeux, à la condition de produire un certificat médical de guérison : « Dans ce cas, le certificat devra dater de moins de trois mois, attester la guérison clinique, radiologique et bactériologique et constater que cette guérison a fait ses preuves par cinq ans d'activité depuis qu'ont disparu les signes et symptômes d'évolution lésionnelle »⁸²⁷. S'agissant de la psychiatrie, 35 titres locaux dispensés antérieurement à 1950 furent validés en plus des « titres délivrés à l'issue de l'enseignement professionnel organisé dans les établissements psychiatriques depuis 1949 et reconnu par le

⁸²⁰ Arrêté du 13 novembre 1964 relatif à la validation des titres pour l'exercice de la profession d'infirmier ou d'infirmière.

⁸²¹ *Id.* Art. 2.

⁸²² *Registered Nurse*

⁸²³ Outre qu'elle permettait de diversifier les solutions possibles à la pénurie, cette reconnaissance des titres au-delà des frontières témoignait aussi d'une forme d'harmonisation des pratiques en train de se construire en Europe de l'Ouest.

⁸²⁴ Arrêté du 13 novembre 1964... *op. cit.* Art. 3.

⁸²⁵ Dont le diplôme de fin d'études des cours municipaux de l'assistance publique de Paris, délivré jusqu'en 1945, le diplôme d'infirmière de l'assistance publique de Marseille délivré jusqu'en 1949 et le diplôme d'assistante hospitalière encore délivré par les hospices civils de Lyon.

⁸²⁶ *Id.* Art. 4. Le certificat d'infirmière de sanatorium était réglementé et dispensé au niveau national depuis 1955. Il était obtenu au terme de 15 mois d'études. « Cet enseignement, étant destiné à d'anciens malades stabilisés, est organisé de telle sorte que les élèves puissent bénéficier d'une surveillance médicale stricte et d'une cure journalière de repos. » La profession d'infirmière en France, 1962... *op.cit.* p 271.

⁸²⁷ *Ibid.* Ce mode d'accès à la profession témoigne de la diversification parfois très imaginative du recrutement. Mais cela permettait aussi aux intéressés d'accéder à un emploi après une maladie encore très grave à l'époque et souvent stigmatisante. Si le traitement de la tuberculose par la streptomycine fut progressivement introduit après la guerre, son usage en pratique courante mis beaucoup de temps à se stabiliser, jusqu'à la découverte des vertus de la multi-antibiothérapie.

ministère de la santé publique et de la population » pour exercer « en qualité d’infirmier(e) des hôpitaux psychiatriques »⁸²⁸, leur activité étant limitée aux hôpitaux, dispensaires ou services d’hygiène mentale. Enfin, 28 certificats locaux délivrés antérieurement à la réglementation de 1947 étaient reconnus comme permettant « l’exercice d’auxiliaire de puériculture »⁸²⁹.

Hormis les 5 diplômes étrangers et le cas particulier des auxiliaires de puériculture qui atteste bien la structuration des soins infirmiers mais ne concerne pas directement les infirmières, les 78 titres évoqués dans ce texte montrent une atomisation certaine de la profession d’infirmière dans les années 1960. A n’en pas douter, ce texte avait au moins deux fonctions, même si ni l’une ni l’autre ne furent expressément mises en avant. La première consistait à faire face à la pénurie et à faciliter le recrutement, en examinant les conditions concrètes de possibilité d’exercice de la profession tout en organisant son contrôle. La seconde consistait à tourner une page, mettre en ordre le présent et préparer l’avenir, après avoir minutieusement rassemblé et ordonné le résultat de 42 ans d’évolution de la profession. Ce tableau complexe donne d’ailleurs, par le pointilleux inventaire qu’il contient, l’exceptionnelle occasion de porter un regard à la fois archéologique et généalogique sur le processus ayant abouti au schéma simple offert par la réglementation arrêtée à la fin des années 1950. Cette ultime configuration⁸³⁰ apparaît en effet comme l’achèvement d’une laborieuse et lente synthèse, initiée au lendemain du décret de 1922. En enlevant les données relatives à l’exercice des infirmiers en milieu psychiatrique, caractérisé par la singularité de sa structuration, 43 titres étaient reconnus pour exercer la profession d’infirmière en soins généraux dans certaines conditions particulières. Si le sentiment de dispersion domine au premier regard, la classification *a posteriori* rappelle la hiérarchisation à l’œuvre outre-Atlantique et outre-Manche : *Registered nurses* et *Auxiliary Nurses* aux États-Unis, *Registered Nurses* et *Enrolled Nurses* en Grande-Bretagne, infirmières diplômées d’État ou infirmières autorisées polyvalentes et infirmières auxiliaires en France. Il est tentant alors, en première analyse, de conclure à une sorte de communauté de vues dans les trois pays, sur la question de la structuration de la profession.

⁸²⁸ *Id.* Art.5.

⁸²⁹ *Id.* Art. 6.

⁸³⁰ La dernière touche fut véritablement posée en 1972, par l’officialisation de la fin de la première année de formation commune avec les assistantes sociales. Décret n° 72-818 du 5 septembre 1972 relatif aux études préparatoires et aux épreuves du diplôme d’Etat d’infirmier. En réalité, ce mouvement de séparation s’amorça dès 1968, par des dispositions dérogatoires transitoires pour les études des assistants de service social. Arrêté du 1^{er} août 1968 relatif aux aménagements à titre transitoire à la répartition des enseignements préparant au diplôme d’Etat d’assistant et d’assistante de service social. « [...] des aménagements peuvent être apportés par les écoles de service social à la répartition des enseignements théoriques, des travaux pratiques et des stages entre les trois années d’études préparatoires au diplôme d’Etat d’assistant et d’assistante de service social » Art. 1. Arrêté du 15 novembre 1968 relatif à la répartition de l’enseignement théorique, des travaux pratiques et des stages de la première année d’études préparatoires au diplôme d’Etat d’assistant et d’assistante de service social. Ce texte était plus prescriptif et entérinait la modification de la première année d’études des assistants de service social, en annonçant des modifications pour les deux autres années, ce qui aboutissait littéralement à un nouveau programme spécifique.

Néanmoins, à y regarder de près, la catégorie des infirmières auxiliaires françaises est trompeuse, car elle ne correspondait à aucune catégorie officielle, mais plutôt à une commode catégorie fonctionnelle permettant d'ordonner la réalité hospitalière. Du point de vue statutaire, les infirmiers auxiliaires se rapprochaient beaucoup plus de la somme toute assez récente catégorie officielle des aides-soignants. Un décret publié en 1960 laisse peu de doute quant à cette interprétation⁸³¹. Ce texte concernait explicitement les aides-soignants et les agents des services hospitaliers⁸³² :

Le personnel secondaire des services médicaux [...] comprend : les aides soignants ; les agents des services hospitaliers.

Les aides soignants assurent le service des hospitalisés et participent aux soins qui sont dispensés à ces derniers. A l'exception des agents titulaires d'une autorisation d'exercer à titre auxiliaire la profession d'infirmier, les aides soignants ne peuvent donner des soins que sous le contrôle et la responsabilité des infirmiers diplômés d'Etat ou autorisés.

Les agents des services hospitaliers sont affectés de façon permanente dans les salles de malades ou dans les services d'hospices ou de maternité. Ils sont chargés des travaux matériels et du service des hospitalisés.⁸³³

Ainsi, les infirmiers auxiliaires étaient bien classés dans la catégorie des aides-soignants. Tout au plus bénéficiaient-ils du privilège d'échapper au contrôle des infirmiers diplômés dans leur activité telle qu'elle était définie. Les agents des services hospitaliers étaient quant à eux, chargés des tâches matérielles, ce qui contribuait à en soulager les personnes plus qualifiées. Cela ne les dispensait pas du « service des hospitalisés », prudente précaution dans l'attente plus ou moins fébrile que les établissements pussent disposer d'aides-soignants qualifiés en nombre suffisant. S'agissant des infirmiers auxiliaires, le mode de recrutement des aides-soignants confirmait qu'ils étaient considérés comme appartenant à cette catégorie :

Les aides soignants sont recrutés par voie de concours sur titres ouverts :

1° Aux candidats [...] qui sont titulaires soit d'une autorisation d'exercer à titre auxiliaire la profession d'infirmier, soit d'un brevet ou certificat conférant une autorisation de cette nature ;

2° Aux agents des services hospitaliers, titulaires, stagiaires ou contractuels, ayant obtenu le certificat d'aptitude institué par l'arrêté du 23 janvier 1956 [...]⁸³⁴

Ces dispositions furent précisées du point de vue statutaire par un arrêté pris le même jour⁸³⁵. Dans un tableau annexé, la carrière des aides-soignants se déroulait sur 10 échelons, avec un écart indiciaire passant de 150 à 245 en fin de carrière. Ces dispositions s'adressaient aux

⁸³¹ Décret n° 60-1047 du 24 septembre 1960 relatif au recrutement et à l'avancement du personnel secondaire des services médicaux des établissements d'hospitalisation, de soins ou de cure publics.

⁸³² Ce qui indique par ailleurs que les infirmières ne faisaient désormais plus partie du personnel secondaire.

⁸³³ *Id.* Art. 2.

⁸³⁴ *Id.* Art. 3.

⁸³⁵ Arrêté du 24 septembre 1960 relatif au classement et à l'échelonnement indiciaire des emplois du personnel secondaire des services médicaux des établissements d'hospitalisation, de soins ou de cure publics.

« Agents autorisés à exercer à titre auxiliaire la profession d’infirmier ou titulaires du certificat d’aptitude institué par l’arrêté du 23 janvier 1956 [...] »⁸³⁶ Un autre déroulement de carrière était prévu pour les agents reclassés dans le corps des aides-soignants entre 1949 et 1956, sur simple examen de leur dossier. Celui-ci, classé en voie d’extinction, comportait 8 échelons avec un écart indiciaire entre 145 et 225⁸³⁷. Les agents des services hospitaliers, jusqu’alors employés comme « servants et servantes »⁸³⁸, firent aussi l’objet d’un reclassement pour une carrière se déroulant en 8 échelons, avec un écart indiciaire de 115 à 190⁸³⁹.

Non seulement ces textes confirmaient le haut degré de formalisation et d’organisation des personnels hospitaliers, mais ils confirmaient en creux, une volonté de faire évoluer les représentations dudit personnel. Les servants et servantes devenaient des agents de services hospitaliers, les aides-soignants étaient d’autant plus reconnus statutairement qu’ils étaient qualifiés et les infirmières diplômées sortaient de la catégorie des personnels secondaires. Ainsi les infirmières françaises se distinguaient-elles par leur programme unique de formation conduisant à un diplôme d’État unique. Elles furent suivies en cela près de 30 ans plus tard par les infirmières britanniques qui abandonnèrent la formation des *Enrolled Nurses* en 1989, en même temps que s’éteignait le système des hôpitaux-écoles. Ce ne fut pas le cas pour les américaines, puisqu’aujourd’hui encore, subsiste une formation diplômante à dominante pratique rappelant les infirmières auxiliaires des années 1950⁸⁴⁰. Cette particularité peut étonner au pays où précisément, une partie des infirmières eurent l’opportunité d’entrer précocement à l’Université. Surtout à partir des années 1920, l’occasion fut donnée aux élèves infirmières américaines entrées dans le métier par cette voie de découvrir le monde de la production des connaissances théoriques et même pour certaines, de s’y installer durablement. Au même moment, les Anglaises étaient toutes occupées à faire fonctionner les hôpitaux et les Françaises à mettre consciencieusement en œuvre la recette chaptalienne du pâté d’alouette, même si elles en modifièrent progressivement et sensiblement les proportions de leur propre chef, au fur et à mesure de l’acquisition de connaissances biomédicales de plus en plus poussées. Le développement de la recherche, observable dès les années 1950 aux États-Unis, découlait de cette particularité historique. Celle-ci contribua pour beaucoup à caractériser le *nursing* américain, jusqu’à le hisser rapidement au rang de matrice identitaire de portée mondiale.

⁸³⁶ *Id.* Tableau Annexe.

⁸³⁷ *Ibid.*

⁸³⁸ Décret n° 60-1047 du 24 septembre... *op. cit.* Art. 4.

⁸³⁹ Arrêté du 24 septembre 1960... *op. cit.* Tableau annexe.

⁸⁴⁰ Voir *supra*, la note à propos des *Licensed practical and Licensed vocational Nurses*. Ces professionnelles ne se confondent pas avec les *nursing assistants* ou *nursing aides* officiant par ailleurs et qui correspondent aux aides-soignants. Bureau of Labor Statistics, U.S. Department of Labor, *Occupational Outlook Handbook...* *op. cit.* URL: <https://www.bls.gov/ooh/Healthcare/Nursing-assistants.htm> consulté le 18 août 2017.

Rapport à l'Université et développement de la recherche : l'exception américaine pour une minorité d'infirmières, porteuses d'une aspiration à l'émancipation et modèles pour le plus grand nombre

Dès le début des années 1950, les infirmières américaines étaient pleinement confrontées à la problématique d'une activité de recherche balbutiante, comme en attestent les propos d'un grand témoin éclairé s'exprimant devant un congrès de l'ANA :

Lorsqu'un métier passe de l'état d'artisanat à celui de profession les gens qui l'exercent s'étudient et étudient leur travail et l'organisation dans laquelle celui-ci s'accomplit. Cela peut avoir été fait auparavant - mais par d'autres. Il faut un certain courage pour analyser son propre travail, comme il en faut pour examiner de près ce qui vous est cher et fait votre fierté [...] On doit féliciter les infirmières américaines d'entreprendre de s'étudier. Un observateur extérieur peut seulement leur proposer les pistes de recherche que lui suggère ses constatations antérieures sur d'autres métiers. Les données de base concernant les soins infirmiers viendront en définitive des seules personnes qui détiennent l'information par expérience, autrement dit les infirmières elles-mêmes [...] Le programme de recherche lancé par l'Association des infirmières américaines vise tout simplement à soutenir les infirmières dans leurs efforts pour nous aider à comprendre.⁸⁴¹

Ce texte d'Everett C. Hughes fut publié en 1951 dans *The American Journal of Nursing*. L'auteur était alors professeur de sociologie à l'université de Chicago et président de la société d'anthropologie appliquée. Il était aussi membre du conseil technique de l'ANA pour l'étude des fonctions et activités des infirmières⁸⁴². Par cette conférence, il démontrait selon la revue, « son grand intérêt pour le nursing comme profession »⁸⁴³. Le programme de recherche évoqué par l'auteur renvoyait à un projet lancé en 1950 par l'ANA, consistant précisément à étudier sur 5 ans les fonctions et activités des infirmières. Les résultats furent publiés en 1958, sous la direction de Hughes⁸⁴⁴. Outre que les infirmières américaines bénéficiaient là d'un conseiller et d'un compagnon de route de choix, ce commentaire sur son intérêt pour leur profession n'était pas anodin. Le terme « profession » aux États-Unis, renvoyait fondamentalement à un statut élevé par rapport à une « occupation » ou un métier qui pour être tout aussi respectable, n'était pas pourvu du même prestige :

Le terme anglais profession s'appliquait, au XIX^{ème} siècle, principalement à la médecine, au barreau, au clergé, et au professorat d'université, et, par extension, à des métiers associés à un statut élevé [...] Au cours du XX^{ème} siècle se sont développés aux Etats-Unis, parmi les métiers de statuts moins élevés - bibliothécaires, travailleurs sociaux, infirmières, etc.- des mouvements qui revendiquaient pour ces métiers un statut analogue à celui de ces professions, c'est-à-dire la « professionnalisation » de ces

⁸⁴¹ Everett C. HUGHES, Pour étudier le travail de l'infirmière, in *Le regard sociologique... op. cit.* p 69-73.

⁸⁴² ANA's Technical Committee on Studies of Nursing Functions.

⁸⁴³ Ces informations et les précédentes sont issues de la présentation de l'auteur dans le texte original, Everett C.HUGHES, Studying the Nurse's Work, *American journal of Nursing*, 1951 (May), p 294.

⁸⁴⁴ HUGHES et al., *Twenty thousand nurses tell their story... op cit*

métiers. La France n'a pas connu ce type de mouvements sociaux et, en conséquence, les connotations du vocabulaire ne sont pas les mêmes en français et en anglais.⁸⁴⁵

Aux États-Unis, à la fin du XIX^{ème} siècle, les clivages sociaux étaient moins proéminents qu'en Angleterre et une *middle class* à laquelle beaucoup se sentaient appartenir, gagna progressivement en épaisseur. La profession devint alors un moyen de différencier les individus en fonction du mérite, dépassant les distinctions par la seule origine sociale. Progressivement, l'enseignement supérieur américain se transforma en lieu par excellence de la professionnalisation et entraîna le *nursing* dans ce courant au siècle suivant, même si ce fut de façon très inégale sur le vaste territoire américain⁸⁴⁶. La recherche constituait l'un des indicateurs de ce processus de professionnalisation initié par les infirmières, dans le propos même de Hughes, qui apparaissait comme un mentor à la fois réaliste et rassurant pour elles. Il leur rappela d'ailleurs pour l'occasion, la situation « délicate mais pas impossible »⁸⁴⁷ dans laquelle elles se trouvaient. La publication du premier numéro de la revue *The Nursing Research* en 1952 démontra la viabilité du projet et donc la possibilité pour ce groupe professionnel de s'engager dans l'aventure de la recherche.

Les premiers ouvrages de portée théorique, sous la plume de Virginia Henderson⁸⁴⁸ puis de Hildegard Peplau⁸⁴⁹ dans les années 1950, témoignent de cette dynamique générée par la rencontre entre le milieu professionnel et l'Université. L'une et l'autre avaient été formées initialement dans des écoles hospitalières et secondairement à *Teachers college, Columbia university*⁸⁵⁰. En 1910, un « département d'enseignement infirmier de la santé » y fut créé. Un programme pour les infirmières de santé publique y fut, entre autres, développé et eut un retentissement important sur la profession d'infirmière, aux États-Unis et au-delà :

C'est là que se sont pensés, puis étendus les programmes infirmiers de formation supérieure. A partir de là, d'autres programmes se sont élaborés et développés dans d'autres collèges et universités, tant aux États-Unis qu'au Canada, puis bien au-delà. Des infirmières du monde entier sont venues se former à *Teachers College*, de Grande-Bretagne, d'Inde, d'Allemagne, du Japon, de France (Catherine Mordacq),

⁸⁴⁵ Jean-Michel CHAPOULIE, Composition de ce recueil et principes adoptés pour les traductions, in Everett C. HUGHES, *Le regard sociologique... op. cit.* p 8.

⁸⁴⁶ Évelyne DIEBOLT, Nicole FOUCHE, *Devenir infirmière en France... op. cit.*

⁸⁴⁷ Everett C. HUGHES, Pour étudier le travail de l'infirmière, in *Le regard sociologique... op. cit.* p 69.

⁸⁴⁸ A partir de 1939, pour sa participation à la révision de l'un des tous premiers ouvrages de ce type jusqu'alors rédigé par Bertha HARMER. Voir *supra*.

⁸⁴⁹ Hildegard PEPLAU, *Interpersonal relations in nursing*, Putnam Edition, New York, 1952.

⁸⁵⁰ Virginia Henderson (1897-1996), préalablement titulaire d'un *diploma* obtenu à l'école d'infirmières de l'armée, y prépara un *bachelor* puis un *master's degree* en éducation avant d'y être recrutée comme enseignante jusqu'en 1948. Marie-Françoise COLLIÈRE, Chronologie biographique, In Virginia HENDERSON, *La Nature des Soins infirmiers*, Paris, InterEditions, 1994. Traduction française de *The nature of Nursing* (1966). Hildegard Peplau (1909-1999) pour sa part, était préalablement titulaire d'un *diploma* d'une école hospitalière d'infirmières, puis d'un *bachelor* en psychologie obtenu au *Bennington College*, avant de préparer au *Teachers College* un *masters's degree* puis un doctorat en éducation. Elle présida l'ANA en 1970 et 1971. Barbara J. CALLAWAY, *Hildegard Peplau : Psychiatric nurse of the century*, New York, Springer Publishing Company, 2002.

de l'Amérique du Sud. Isabel Stewart, qui fut la première infirmière en charge du département infirmier, qualifiait ce département de « La Mecque » des infirmières, tant il a accueilli des infirmières du monde entier.⁸⁵¹

Le parcours de Virginia Henderson retient particulièrement l'attention⁸⁵². Comme le rappela Marie-Françoise Collière, elle traversa les trois phases majeures de développement de l'organisation et des pratiques des infirmières à partir des années 1920 aux États-Unis⁸⁵³. Ces grandes étapes avaient été mises en évidence en 1961, à l'occasion de la publication d'un ouvrage collectif⁸⁵⁴. Ce processus de développement consista, dans son ensemble, à cultiver et organiser le rapport des infirmières aux savoirs et donc aux sciences et disciplines déjà établies. La première phase débuta en 1923, suite au rapport recommandant une formation universitaire pour les infirmières⁸⁵⁵. L'accent fut alors mis sur les connaissances de type physique, biochimique et biomédical. A partir de 1948, l'approche globale du patient, débordant largement sa dimension biologique, fut recommandée, influencée en cela par les conclusions d'une étude conduite par Esther Lucile Brown, socio-anthropologue⁸⁵⁶. Enfin, à partir de 1958, débuta « une phase où l'on cherche à asseoir la pratique professionnelle sur des bases scientifiques plus larges. »⁸⁵⁷ Il s'agissait là néanmoins, de phases observables dans les travaux d'une petite élite de la profession, car de l'aveu même des auteures qui les avaient identifiées, le monde de la pratique était fort différent et 90% des écoles et des services en étaient encore à la première phase lors de la parution de l'ouvrage⁸⁵⁸.

Virginia Henderson avait sans aucun doute été portée par ces courants et tendances dont elle fut à la fois le produit et l'une des promotrices. Ses rencontres avec des enseignants au cours de ses études complémentaires à la faculté de médecine⁸⁵⁹ et surtout au *Teachers College*, représentaient autant de sources d'inspiration auxquelles elle eut la possibilité de puiser pour proposer un modèle théorique préconisant une approche complexe des soins, correspondant aux différentes dimensions du fonctionnement humain : la physiologiste Caroline Stackpole, le psychopédagogue Edward Lee Thorndike, ou encore le psychologue Abraham Maslow⁸⁶⁰. Du point de vue de l'anthropologie sociale, Esther Lucile Brown avait poursuivi ses travaux et

⁸⁵¹ Marie-Françoise COLLIÈRE, *In Virginia HENDERSON, La Nature des Soins infirmiers, op cit.* p 224.

⁸⁵² Pour une approche biographique en français, voir aussi Isabelle BOITTIN, Monique LAGOUTTE, Marie-Claude LANZ, Virginia Henderson : 1897-1996, biographie et analyse de son œuvre, *Recherche en Soins infirmiers*, n° 68, 2002, p 5-17.

⁸⁵³ *Id.* p 17.

⁸⁵⁴ Faye G. ABDELLAH, Irene L. BELAND, Almeda MARTIN, Ruth V. MATHENEY, *Patient-Centered Approaches to nursing*, New York, The Macmillan Company, 1961.

⁸⁵⁵ Voir *supra*.

⁸⁵⁶ Esther Lucile BROWN, *Nursing for the future ... op. cit.* Ce type d'influence montrait à la fois la nécessité ressentie et la capacité d'ouverture des infirmières à toutes les disciplines susceptibles de les aider à élaborer leur propre rapport à la connaissance.

⁸⁵⁷ Marie-Françoise COLLIÈRE, *in Virginia HENDERSON, La Nature des Soins infirmiers, op. cit.* p 17.

⁸⁵⁸ *Ibid.*

⁸⁵⁹ Elle y suivit un cours d'anatomo-physiologie et un cours de bactériologie. *Id.* p 208.

⁸⁶⁰ *Ibid.* et p 220.

publié un autre ouvrage en trois volumes entre 1961 et 1964⁸⁶¹. La dernière partie, « Les patients en tant que personne », se rapprochait en particulier des conceptions développées par Virginia Henderson. Enfin, sans que les voies de connexion ne soient précisément identifiées, l'influence hautement probable de l'anthropologue Bronislaw Malinowski sur ses travaux a été mise en évidence il y a quelques années⁸⁶². Lorsqu'elle fut recrutée, au début des années 1950, comme chercheur-assistant à la faculté infirmière de l'université de Yale, sa rencontre avec Leo Simmons, sociologue à l'université de Cornell, fut tout aussi déterminante du point de vue de son rapport à la recherche⁸⁶³. Celui-ci la sollicita en effet dans le cadre d'un appel d'offre national, pour réaliser une collecte des écrits de la profession infirmière sur l'ensemble du territoire. Suite à ces patients travaux préliminaires, elle fut nommée directrice du projet de constitution d'un *nursing index* en 1959, à l'université de Yale. Pour les besoins de cette tâche, elle s'entoura, en fine stratège, d'un comité de consultants représentant respectivement *l'American journal of nursing*, le *Nursing research journal*, et *l'Index medicus*⁸⁶⁴. Les premiers volumes du *Nursing studies index* parurent sous sa direction en 1963. En 1964, elle publia avec Leo Simmons un ouvrage sur l'état de la recherche en soins infirmiers aux États-Unis⁸⁶⁵. A partir de 1966, le *Nursing studies index* devint *l'International nursing index*⁸⁶⁶, nouvelle désignation qui attestait la position incontestable de leader mondial occupée par les infirmières américaines en termes de recherche. Virginia Henderson fut parmi les plus actives dans cette conquête et l'examen combiné de son itinéraire et de son œuvre de pionnière permet de repérer diverses sources d'influences aux origines d'une discipline en construction.

Si les précoces incursions des pionnières américaines à l'Université avaient rendu ce projet possible, il n'en restait pas moins que le chemin pour aboutir à un programme véritablement académique couronné par le doctorat, fut long et sinueux. Deux auteures identifièrent quatre stades de développement pour rendre compte de ce processus⁸⁶⁷. Pendant la première période, de 1900 à 1940, les doctorats en éducation étaient quasiment les seuls accessibles aux infirmières. Jusqu'en 1960, elles pouvaient suivre un programme doctoral dans des disciplines

⁸⁶¹ Esther Lucile BROWN, *Newer dimensions of patient care*, New York, Russel Sage Fundation. Part I. *The Use of the hospital for therapeutic purposes*, 1961. Part II. *Improving staff motivation and competence in the general hospital*, 1962. Part III. *Patients as people*, 1964.

⁸⁶² Nicolas VONARX, De Bronislaw Malinowsky à Virginia Henderson, révélation sur les origines anthropologiques d'un modèle de soins infirmiers, *Aporia*, V.2, N°4, 2010, p 19-28. Cet auteur est professeur en sciences infirmières à l'université Laval, Québec.

⁸⁶³ Marie-Françoise COLLIÈRE, in Virginia HENDERSON, *La Nature des Soins infirmiers*, op. cit. p 209.

⁸⁶⁴ Cette publication, dont l'origine remontait à la fin du siècle précédent, répertoriait systématiquement la littérature produite dans le domaine médical et servit très vraisemblablement de modèle, ou au moins de précédent à regarder avec attention par les infirmières. Par ailleurs, la présence de représentants de cette vénérable institution contribua sans aucun doute à conforter l'image de sérieux du projet.

⁸⁶⁵ Leo SIMMONS, Virginia HENDERSON, *Nursing Research - Survey and assessment*, New York, Appleton-Century-Crofts, 1964.

⁸⁶⁶ Marie-Françoise COLLIÈRE, in Virginia HENDERSON, *La Nature des Soins infirmiers*, op. cit. *Ibid.*

⁸⁶⁷ Joanne S. STEVENSON, Nancy WOODS, Nursing science and contemporary science: Emerging paradigms, In SORENSEN Gladys E.(ed.), *Setting the agenda for the year 2000: knowledge development in nursing*, Kansas City, MO: American Academy of Nursing, 1986, p 6-20.

fondamentales au choix, dont les sciences sociales, sans relation avec le *nursing*. La décennie suivante, dans les mêmes programmes, le *nursing* pouvait être introduit de façon mineure. Enfin, c'est véritablement dans les années 1970 que les programmes de doctorat en sciences du *nursing* (DNSc) et les *nursing PhD* se développèrent rapidement.

Malgré tout, à l'image d'Hildegard Peplau et de Virginia Henderson, les infirmières volontaires, titulaires de doctorats ou de maîtrises dans d'autres disciplines, constituèrent aux côtés de chercheurs extérieurs au groupe, de précieuses ressources indigènes pour développer la recherche bien avant cette reconnaissance académique officielle. Cette orientation avait indéniablement permis aux infirmières américaines de s'émanciper, dans un second temps, du modèle anglais des hôpitaux-écoles de Florence Nightingale qui les avait initialement inspirées. La fréquentation de l'Université par une partie d'entre elles avait favorisé une prise de distance, sinon une rupture, avec le caractère socialement et sexuellement⁸⁶⁸ marqué de ce modèle et permis la construction progressive d'un discours de type disciplinaire, s'intéressant à l'objet de pratique, mais aussi de connaissance des infirmières, au-delà de leurs qualités ou vertus personnelles. Que ce mouvement ne concernât qu'une minorité d'infirmières importait peu. L'accès au *bachelor*⁸⁶⁹ et aux autres grades universitaires avait ouvert la voie et rendu possible une réflexion critique et émancipatrice, dont les résultats influencèrent incontestablement les positions des experts infirmiers de l'OMS, avec de potentielles répercussions au niveau mondial⁸⁷⁰.

A travers leurs représentantes, même minoritaires, fortes d'une expérience dont les prémisses dataient du début du siècle, les infirmières américaines faisaient incontestablement figure de leaders sur ces questions. Seules les infirmières canadiennes et en particulier québécoises s'étaient elles aussi lancées à partir des années 1920 dans cette aventure qui leur avait permis de disposer d'une faculté de *nursing* en 1962 à l'Université de Montréal, devenue faculté de sciences infirmières en 1967, l'année même de l'ouverture de la seconde faculté de ce type à

⁸⁶⁸ De celle qui proclamait « *Every woman is a nurse* », sa très admirative biographe, parmi d'autres, écrivit sans doute avec un rien de nostalgie : « Et puis elle avait un désintéressement parfait. Elle ne pensa jamais qu'à deux choses : au bien des malades qu'elle aimait et voulait mieux soignés ; au bien des femmes, ses sœurs, dont elle voulait utiliser plus librement le génie de dévouement qui est au fond de leur nature ». En note de bas de page était ajoutée la mention suivante : « Jusqu'alors, le dévouement semblait l'apanage d'un petit nombre de femmes consacrées à la vie religieuse. » Dr KREBS-JAPY, *Florence Nightingale, sa vie et son œuvre... op. cit.* p 46.

⁸⁶⁹ Cette possibilité précocement offerte aux infirmières peut être symboliquement regardée à la fois comme voie royale d'accès à la professionnalisation au sens américain du terme, et comme voie d'émancipation si l'on songe à l'indépendance un peu espiègle à laquelle renvoie l'expression anglaise « *bachelor girl* ».

⁸⁷⁰ La réception et le succès international du « *Basic principles of nursing care* » de Virginia Henderson, publié en 1960 par le CII est édifiante à cet égard. Il s'agissait en effet d'un résumé, commandé par le CII à l'intention des pays membres, du « *Textbook of the Principles and Practice of Nursing* » publié en 1955. Alors que cet ouvrage originel n'avait produit qu'un faible écho aux États-Unis, les larges extraits publiés en 1960 connurent un succès immédiat et durable au niveau international. Marie-Françoise COLLIERE, in Virginia HENDERSON, *La Nature des Soins infirmiers, op. cit.* p. 209. CII et OMS constituèrent alors deux gigantesques porte-voix pour une œuvre jusqu'alors presque confidentielle sur le territoire américain.

l'université de Laval à Québec⁸⁷¹. En Grande-Bretagne, la première initiative du genre fut observable à partir de 1956⁸⁷², suivie de la création de l'École internationale d'études avancées en soins infirmiers en 1962, laquelle accueillit ses premiers étudiants en 1964. Cette création particulière avait vu le jour à l'initiative de l'OMS, au même titre que l'ouverture de l'École internationale d'enseignement infirmier supérieur en France quelques années plus tard. Ces deux pays rejoignaient ainsi pratiquement ensemble, le mouvement international de développement des études supérieures initié et soutenu dans les mêmes années par une OMS sans aucun doute inspirée par un précédent américain d'autant plus imposant qu'il ne souffrait d'aucune concurrence. Ces incontestables avancées, pour être spectaculaires, n'en demeuraient pas moins l'œuvre d'une petite élite. Elles ne signifiaient pas, loin de là, un changement aussi spectaculaire en termes de rapport des infirmières praticiennes aux savoirs et d'élargissement du regard porté sur les situations de soins, comme le soulignèrent en 1961 les auteures qui avaient identifié les phases de développement de la manière de concevoir les pratiques de soins⁸⁷³. A plus fortes raisons, l'apparente aisance de leur exportation et leur incontestable succès d'estime ne signifiait pas que les écrits condensés de Virginia Henderson produisirent immédiatement des effets massifs dans les pratiques à l'étranger.

Conclusion

A la fin de leur rapport, les infirmiers experts de l'OMS émirent 8 recommandations à destination des pouvoirs publics nationaux. Celles-ci montraient que les échanges qui avaient eu lieu étaient destinés, au-delà de la vision prospective qu'ils proposaient, à envisager des stratégies ou moyens d'actions concrets :

1. Qu'un soutien soit accordé aux pays qui s'efforcent de répondre à une demande accrue et légitime de services infirmiers tout en créant un noyau d'infirmières qualifiées capables de recevoir une préparation à des postes supérieurs, soit dans la pratique des soins, soit dans l'enseignement, soit dans l'administration des services.
2. Qu'en vue de favoriser une meilleure utilisation du personnel et des ressources disponibles, chaque pays structure ses effectifs infirmiers de manière à éviter la prolifération anarchique des catégories et des niveaux.
3. Que des programmes organisés d'enseignement et de formation en cours de service soient créés à l'intention de tout le personnel infirmier en vue d'améliorer la qualité des soins aux malades.

⁸⁷¹ Voir *supra*.

⁸⁷² La persévérance et la constance de la Fondation Rockefeller est ici remarquable. Alors que le rapport de 1923, qu'elle avait financé, n'avait pas été suivi d'effets à l'époque en Grande-Bretagne, c'est grâce aux fonds qu'elle avait mis à disposition 30 ans plus tard que les anglaises furent dotées de cette structure universitaire faisant figure de tête de pont sur le sol européen. Elle consista dans un premier temps à former des infirmières enseignantes, possibilité offerte aux infirmières françaises par d'autres voies depuis le début de la décennie.

⁸⁷³ Faye G. ABDELLAH et al., *Patient-Centered Approaches to nursing... op. cit. voir supra*.

4. Que le développement des services infirmiers s'effectue en fonction des besoins de chaque pays et que tous les pays confient à une ou plusieurs infirmières un rôle de responsabilité nationale dans l'organisation et la coordination des services infirmier au sein des services de santé.
5. Qu'un organisme consultatif composé en majorité d'infirmières soit chargé dans chaque pays de conseiller le gouvernement pour ce qui concerne les soins infirmiers.
6. Qu'une attention particulière soit accordée aux mesures propres à intensifier et à renforcer la préparation d'infirmières à des postes de direction, en tant que facteur essentiel de développement rationnel des programmes de soins infirmiers du pays.
7. Que l'enseignement infirmier, tant au niveau de base qu'au niveau supérieur, soit incorporé dans la structure de l'enseignement supérieur du pays aussi rapidement que le permet la situation.
8. Que la recherche en vue de l'amélioration des soins infirmiers soit encouragée et considérée comme un élément essentiel de l'organisation des services de santé et que les infirmières puissent s'initier aux méthodes de la recherche, notamment grâce à des bourses ou des subventions d'études.⁸⁷⁴

Nulle part, dans les trois pays examinés, les huit recommandations n'étaient intégralement mises en œuvre, preuve que des marges de progression existaient partout, au regard de l'idéal-type construit à l'OMS. Partout, la volonté de structurer les effectifs infirmiers et les services les employant était patente et les stratifications présentes, notamment en termes d'exercice de la profession d'infirmière elle-même. En Grande-Bretagne comme aux États-Unis, deux segments hiérarchisés d'infirmières praticiennes apparaissaient, sous des appellations différentes. Dans ces deux pays, d'autres personnels le plus souvent sans formation, apportaient leur contribution aux soins et venaient en aide aux infirmières. De ce point de vue, la France n'était pas en reste et faisait même figure d'exception à plus d'un titre. S'agissant de l'exercice de la profession d'infirmière, il y avait même trois groupes identifiables : les infirmières diplômées, les infirmières autorisées qui disposaient des mêmes prérogatives que les précédentes, et les infirmières auxiliaires à compétences limitées. Les deux dernières catégories n'avaient néanmoins pas vocation à durer et n'étaient identifiées que pour clarifier et organiser momentanément la situation, jusqu'à l'extinction du groupe des autorisées et des auxiliaires. Ces dernières étaient d'ailleurs assimilées au nouveau groupe des aides-soignants, même si leurs fonctions étaient légèrement différentes⁸⁷⁵. À terme donc, à partir de 1961, un seul programme de formation était prévu pour les infirmières en France, ce qui témoigne du plus haut degré de structuration de ce groupe professionnel dans les trois pays étudiés. Une autre exception française qui renvoyait à la précédente, résidait dans le fait que c'était le seul pays où le groupe des aides-soignants bénéficiait d'une reconnaissance officielle depuis 1949, statutaire et en matière de formation depuis 1956. Enfin, la France était le seul pays à disposer d'un appareil de formation pour les cadres à titre expérimental et privé depuis le début des années 1950 et national à partir de 1958. Même si celui-ci mit beaucoup de temps à couvrir les besoins

⁸⁷⁴ OMS, *Comité OMS d'experts en soins infirmiers...* 1966. *Op. cit.* p 32.

⁸⁷⁵ Plus tard dans le siècle, au moins jusque dans les années 1980, au fur et à mesure de la disparition des auxiliaires, certains aides-soignants se virent confier par la force des choses, c'est-à-dire pour la bonne marche des organisations, des actes techniques *a priori* réservés aux infirmières, phénomène qui fut pudiquement désigné comme « glissement de tâches ».

en surveillantes et en monitrices⁸⁷⁶, son existence seule était remarquable. Aux États-Unis, cette fonction était inégalement remplie par l'université depuis longtemps, notamment pour la formation des enseignantes, comme ce fut le cas à *Teatchers College*, et il était acquis que la détention d'un *bachelor* prédisposait plus à un poste de cadre qu'un autre diplôme. En Grande-Bretagne, la question de la formation des cadres ne se posa que tardivement, probablement du fait de la persistance du système des hôpitaux-écoles qui donnait le primat à l'expérience pratique sur toute autre forme de sélection pour gravir les différents échelons. En outre, historiquement, le système de sélection sociale nightingalien faisait que les élèves *nurses* recrutées étaient toutes, *a priori* suffisamment éduquées pour remplir toutes les fonctions, y compris les plus élevées. Le problème de la formation des cadres ne se posa donc que bien après la raréfaction de ce type de recrutement et la perte d'intérêt des femmes des classes supérieures pour le *nursing*, d'autres possibilités d'investir le monde du travail, mieux rémunérées, s'étant ouvertes à elles⁸⁷⁷.

S'agissant de l'encadrement supérieur, en Grande-Bretagne, les *matrons* et *superintendents* s'imposèrent d'emblée selon les mêmes modalités de recrutement par sélection sociale, jusqu'à leur douloureuse mise en cause en 1948. Elles firent de même aux États-Unis pour les mêmes raisons à la fin du XIX^{ème} et au début du XX^{ème} siècle, puis progressivement du fait d'une formation universitaire dont ne bénéficièrent pas les Anglaises à la même période. Si le système français présentait le plus haut niveau de formalisation, de structuration et d'intégration nationale, tant du point de vue de la stratification professionnelle que des dispositifs de formation s'y rapportant, il faisait en revanche exception par l'absence totale de représentation de la profession d'infirmière au plus haut niveau des organisations hospitalières⁸⁷⁸. Les infirmières françaises ne bénéficièrent en effet à aucun moment comme les Anglaises, d'un recrutement parmi les élites féminines de la société⁸⁷⁹ capables de s'imposer pendant longtemps à ces niveaux, ni comme les Américaines, d'un système de formation universitaire ayant pu contribuer pour certaines, dans un second temps, à compenser ce déficit culturel handicapant à ces postes exposés. Si l'invention des écoles de cadres avait permis aux infirmières françaises de combler partiellement cette lacune, la portée de l'innovation demeurerait limitée à un premier niveau d'encadrement. Enfin, le développement de la recherche étant indiscutablement lié au

⁸⁷⁶ A titre d'exemple, en 1968, 80 % des monitrices n'avaient pas suivi la formation et une partie d'entre elles n'étaient parfois même pas bachelières. Christian CHEVANDIER, Former des professionnelles, former une profession : la formation des infirmières au XX^{ème} siècle in B. CARRIER-REYNAUD (dir.), *L'enseignement professionnel et la formation technique du début du XIX^{ème} au milieu du XX^{ème} siècle*, Saint-Étienne, Institut des Études Régionales et des Patrimoines, 2006, p 40.

⁸⁷⁷ Le déclin de ce mode de recrutement était déjà observé et analysé dans ces termes dans les années 1920. *BRITISH HOSPITAL ASSOCIATION*, compte-rendu de la 14^{ème} conférence, *The British medical Journal...* op. cit. *ibid.*

⁸⁷⁸ Malgré quelques tentatives vite oubliées à Paris au début du siècle à l'AP. Voir *supra*.

⁸⁷⁹ Si ce fut le cas pour les directrices d'écoles privées qui furent très actives dans le processus de professionnalisation à la française, leur influence dans les structures hospitalières était très limitée, voire inexistante, par rapport à celle des *matrons* des hôpitaux-écoles.

rapport à l'Université, Françaises et Anglaises partageaient presque solidairement cette lacune par rapport aux Américaines qui avaient pu s'acculturer progressivement à ces pratiques et s'engager dans cette voie.

Le prototype anglo-américain avait vécu et laissait la place au modèle américain, aux sens à la fois états-unien et canadien du terme, en particulier québécois pour le monde francophone. Les États-Unis constituaient néanmoins la figure de proue la plus imposante, du fait de leur antériorité et leur ancienneté dans le processus de développement disciplinaire. Les premières théoriciennes y furent dans un même élan, les premières à bâtir et diffuser une rhétorique émancipatrice, destinée à l'ensemble de la profession, mais aussi à chaque professionnelle. Néanmoins, la question cruciale de la dépendance des infirmières par rapport au corps médical était encore loin d'être résolue dans le pays, dans la sphère juridique comme dans la pratique. Virginia Henderson s'exprima sur la question à la fin des années 1970 :

Le public, et probablement la majorité des médecins à travers le monde, conçoivent l'infirmière comme l'assistante du médecin. Pour le médecin américain moyen, tous les donneurs de soins sont à ranger sous l'étiquette « paramédicale », exceptés les dentistes, qui semblent toujours considérés comme une classe à part – le pourquoi ne relève pas de notre discussion. Alors que les médecins et les infirmières canadiens sont officiellement convenus du rôle de collaboratrice – plutôt que d'assistante- tenu par l'infirmière, aucun autre pays n'a, à ma connaissance, adopté de semblables positions officielles (Association des infirmières Canadiennes, 1972). La question de savoir jusqu'à quel point les infirmières peuvent servir le client, ou patient, qui n'est pas simultanément soigné par un médecin est loin d'être réglée aux États-Unis. Tant qu'il ne sera pas clairement reconnu qu'elles peuvent le faire légalement, il sera difficile de se débarrasser de cette conception qui considère les soins infirmiers comme dépendants de la médecine.⁸⁸⁰

Ainsi, en témoin éclairé par une assez salutaire humilité, l'éminente Américaine qui avait ouvert une voie pour les infirmières du monde à de nombreux titres, reconnaissait qu'à ces yeux, les infirmières canadiennes avaient pris l'ascendant sur ses compatriotes à ce sujet, au moins en termes de prise de position officielle. Si la petite cruauté du constat n'allait pas jusqu'à anéantir la solide réputation qu'elles s'étaient par ailleurs taillée à juste raison, elle invitait largement à repousser à plus tard, la tentation de l'expression d'un sentiment de supériorité pour les unes et d'infériorité pour toutes les autres.

⁸⁸⁰ Virginia HENDERSON, *La Nature des Soins infirmiers...op. cit.* p 144. Il s'agit là d'un article, Le concept des soins infirmiers, qui avait été publié en 1978 dans le *Journal of Advanced Nursing*. Le terme de collaboratrice est à lire ici en son sens anglais, c'est-à-dire « qui travaille avec une ou d'autres personnes pour un projet commun » et non au sens polysémique français, renvoyant d'une part à la même idée et d'autre part à la notion d'assistant ou d'adjoint que récusait précisément Virginia Henderson dans ce texte.

CONCLUSION DE LA PREMIERE PARTIE

Durant l'entre-deux guerres, un modèle professionnel fut esquissé pour les infirmières françaises, au rythme de la mise en action de forces multiples, souvent contradictoires, mais toutes intéressées à son élaboration, avec la participation d'un mouvement philanthropique conquérant, attaché à diffuser les idéaux américains du *nursing* depuis 1917. A la fin des années 1930, l'État, longtemps timide sur cette question, s'en était vigoureusement emparé et avait pris l'ascendant sur tous les autres acteurs. Durant la Deuxième Guerre et sous le Régime de Vichy, le processus de professionnalisation se poursuivit, en phase avec la transformation définitive de l'hôpital en lieu de soins. En témoignent les textes législatifs et réglementaires qui furent pour l'essentiel, entérinés à la Libération, jusqu'à la stabilisation en 1946 d'une définition de la profession résolument située dans l'ombre de la profession médicale, mais bénéficiant, par là même, d'une qualification grandissante du point de vue des connaissances et des techniques en évolution constante dans le domaine de la médecine. Ce processus de professionnalisation se poursuivit durant les années 1950, assorti d'une structuration réglementée de l'activité de soins. Non seulement les premières spécialisations virent le jour, mais la division du travail fut précisée et organisée, comme en témoigne la création du métier d'aide-soignant dès 1949, lequel disposa d'une formation certifiante de bon niveau en 1956. A l'autre extrémité de la ligne hiérarchique, les monitrices et surveillantes furent officiellement reconnues selon le même processus de formation certifiante en 1958, l'année même de la publication des ordonnances Debré qui permirent la transformation en profondeur de l'espace hospitalier en lieu de soin, d'enseignement et de recherche.

En 1960, le modèle français était stabilisé et consolidé. Après avoir connu l'état de nébuleuse aux aspects multiformes, la profession s'était fortement focalisée et structurée, avait gagné en épaisseur et en qualification, avec la participation de plus en plus ferme et active de l'État. Les organisations internationales issues du deuxième conflit mondial avaient par ailleurs changé la façon de regarder le monde. S'agissant de la santé et des professions s'y rapportant, l'OMS était désormais le lieu où se forgeaient les représentations idéales à la fois de l'infirmière et de sa profession dans le monde, mais aussi où se dessinaient et s'exprimaient les projets et les attentes les concernant en fonction des situations de chaque pays. A travers ce prisme d'un genre nouveau, les infirmières françaises pouvaient désormais se comparer à leurs homologues anglaises et américaines. Les premières avaient ouvert la voie de la professionnalisation dans la seconde moitié du siècle précédent et les secondes s'étaient immédiatement mises dans leur sillage. Dans un second temps, une partie d'entre elles prirent leurs distances avec les vénérables pionnières anglaises et ouvrirent un autre chemin, plus conforme à leurs ambitions et à l'idée qu'elles se faisaient de leur profession.

Dans les trois aires culturelles, une même diversité de niveaux de formations des infirmières, pas toujours prédictifs des emplois réellement occupés, était observable sous des formes locales différentes. En référence aux recommandations des experts de l'OMS, la France apparaissait alors comme présentant le degré le plus achevé de structuration au niveau national, à travers un dispositif réglementaire arrêtant pour l'avenir un seul niveau de qualification des infirmières de base, à l'issue de la mise en œuvre d'un programme unique de formation, à partir de 1961. De même, elle était la seule à avoir identifié un niveau de qualification spécifique, assorti d'un statut et d'une formation pour les aides-soignants, distincts des agents de service en ce que leur activité était explicitement rattachée à celle des infirmières et donc différente des travaux domestiques. Si ceux-ci existaient dans les deux autres pays, les contours de leur emploi demeuraient flous et ils bénéficiaient le plus souvent d'une formation « sur le tas ». Enfin, les infirmières françaises étaient les seules à bénéficier d'un dispositif national de formation, prévoyant à terme un quadrillage territorial par région, pour les monitrices et les surveillantes. Si ce type de formation avait été envisagé très tôt dans le siècle aux États-Unis dans le cadre d'enseignements universitaires, notamment pour les enseignantes et sans toutefois être généralisé, cela n'avait pas été le cas pour les Anglaises, longtemps portées par un modèle originel qui contenait intrinsèquement les modes de sélection sociale permettant d'accéder à ces postes. Ce modèle se passait en conséquence bien volontiers de l'Université, option qui n'avait d'ailleurs jamais été envisagée par une Florence Nightingale et des émules ouvertement rétives sur la question. A la fin des années 1950 néanmoins, avec l'introduction d'une première formation universitaire suivie d'autres initiatives, les cadres anglaises commencèrent à se former comme les Américaines, sans que ce dispositif ne fût systématisé.

Si la question des cadres de première ligne, de leur recrutement et de leur formation, rend assez bien compte des trajectoires historiques des infirmières dans l'un et l'autre pays, il en est de même pour l'encadrement supérieur. Identifié et fonctionnel d'emblée sous la forme de *matrons* ou de *surintendants* en Grande-Bretagne par une Florence Nightingale habile négociatrice qui l'avait intégré à son modèle de carrière pour les prestigieuses *nurses* qu'elle entendait former, il emprunta les mêmes voies aux États-Unis lors de la première vague de développement du *nursing*. Si le système anglais connut ses limites du fait du tarissement du recrutement par les origines sociales qui avait entraîné une perte de prestige et de pouvoir des *matrons* dans les années 1950, le système de formation universitaire très tôt mis en place permit aux infirmières américaines une transition moins brutale d'un système à l'autre. Les infirmières françaises ne connurent ni l'une ni l'autre de ces voies, et en 1960 elles n'avaient toujours pas accédé aux niveaux d'encadrement supérieur occupés par leurs homologues des deux pays, hormis pour les directions d'écoles d'infirmières et d'écoles de cadres. La notion même de service infirmier ne pouvait donc pas véritablement émerger comme elle l'avait fait de longue date dans les deux autres pays du fait de la présence d'un encadrement supérieur reconnu et actif dans l'organisation hospitalière.

De même, l'accès à la recherche et à une forme d'autonomie qu'une partie des Américaines avaient commencé à expérimenter grâce à leur familiarisation précoce avec le monde universitaire, était alors impossible et même impensable en France. Dans ce pays particulièrement marqué par l'hégémonie de la pensée médicale dans le champ de la santé depuis la conquête de leur monopole légal par les médecins à la fin du XIX^{ème} siècle, il fut en effet bien difficile, pendant longtemps, de se détacher de la personne de l'infirmière pour construire un discours distancié sur son objet particulier de pratique et à plus forte raison de connaissance⁸⁸¹, comme ce fut le cas aux États-Unis. Or cette distinction entre le sujet qui connaît et l'objet à connaître constituait, hier comme aujourd'hui, la condition première de possibilité de toute théorie de la connaissance⁸⁸². Si en Grande-Bretagne, Florence Nightingale avait théorisé le *nursing* comme pratique, elle s'était satisfaite de la connaissance dont des recrues socialement sélectionnées étaient censées disposer à ses yeux. Anglaises et Françaises furent donc également et durablement distancées dans ce domaine de la recherche jusque dans les années 1960. Les Anglaises furent les premières à se rapprocher du monde universitaire par la création, à l'université d'Édimbourg, de la première unité d'enseignement universitaire destinée aux infirmières sur le sol européen en 1956. Cette première initiative fut suivie de la création dans le cadre de la même université, de l'École internationale d'études avancées en soins infirmiers en 1962, laquelle s'inscrivait par définition dans le projet de développement du *nursing* préconisé par l'OMS. Si cette École d'enseignement infirmier supérieur avait aussi permis à l'unité d'enseignement universitaire préalablement créée de développer ses réseaux internationaux dans le domaine du *nursing*⁸⁸³, elle ne remplissait pas les mêmes fonctions de développement interne. Les Françaises ne connurent pas cette entrée officielle à l'Université, contrairement aux Anglaises qui bénéficièrent en l'occurrence du soutien décisif de la Fondation Rockefeller. En revanche, la création, à Lyon en 1965, de l'École internationale d'enseignement infirmier supérieur selon les principes qui présidèrent à l'ouverture de l'École internationale d'Édimbourg, représentait une opportunité inespérée pour elles. Outre les missions de portée internationale assignées par l'OMS, cette institution ouvrait potentiellement la voie au développement interne de la profession en France. L'EIEIS permettait en effet aux infirmières françaises de se rapprocher de l'Université, condition nécessaire pour développer les niveaux hiérarchiques supérieurs, le service infirmier dans tous ses aspects, et notamment

⁸⁸¹ Les différences de pratiques langagières d'un espace à l'autre illustrent cette difficulté. Sans s'interdire de deviser sur la personne de l'infirmière, les experts de l'OMS, qui reprenaient en cela d'anciennes pratiques anglaises ou américaines, recoururent d'emblée et couramment à l'adjectif *infirmier* pour qualifier le contenu du travail considéré, qu'il s'agît du service qu'il désignait, de l'enseignement ou encore des soins qui en constituaient la substance. En France, le discours porta durablement, exclusivement sur la personne de l'infirmière. Ainsi, le vocable *infirmier* ne fut pendant longtemps usité que sous forme de substantif. L'apparition de son adjectivation, notamment dans les textes normatifs, mais aussi dans les pratiques du groupe professionnel, est donc un indicateur de choix concernant l'évolution de la profession. L'avènement de l'EIEIS initia incontestablement un tournant à cet égard.

⁸⁸² Jean-Michel BESNIER, *Les théories de la connaissance*, Paris, Flammarion, 1996.

⁸⁸³ <http://www.ed.ac.uk/edit-magazine/editions/issue-3/history-makers-nursing-ambition> *op. cit.*

l'activité de recherche s'y rapportant. La complexité des enjeux, compte tenu de cette double perspective interne et internationale, marquait l'originalité de l'expérience française comparée aux récentes réalisations anglaises.

DEUXIEME PARTIE - L'OUVERTURE DE L'EIEIS À LYON EN 1965 : UN NOUVEL ÉLAN POUR LE DÉVELOPPEMENT DE LA PROFESSION D'INFIRMIÈRE EN FRANCE

Le projet d'édification d'une EIEIS francophone en Europe introduisit en France une occasion inattendue de relancer la réflexion sur la profession d'infirmière. Celle-ci était jusqu'alors comme enfermée dans un schéma dessiné depuis les années 1920 et confirmé à la fin de la Deuxième Guerre, notamment en ce qui concernait les perspectives et l'envergure de la carrière qui leur était réservée. Si les infirmières étaient les premières concernées, cette nouvelle donne entraîna la mobilisation de nombreux acteurs contraints pour l'occasion, de remettre en question l'ordre jusqu'alors établi et la place plutôt enviable qu'ils y occupaient par rapport à elles. Médecins, directeurs d'hôpitaux ou pouvoirs publics avaient tous inégalement mais largement contribué à leur tracer consciencieusement un périmètre d'activité sans débordements possibles, pourvu que les organisations hospitalières et le système de santé publique fussent en mesure de fonctionner. Pour la première fois, ils devaient compter avec une participation plus affirmée des infirmières elles-mêmes. Une petite élite s'était organisée à travers un mouvement associatif qui leur permettait de porter une voix d'autant plus audible qu'elles bénéficièrent du renfort inespéré de collègues d'autres pays. Avec le projet d'EIEIS, l'OMS, qui en était à l'initiative, s'invitait en effet dans le débat, et avec elle des infirmières qui avaient déjà pensé ailleurs le possible débordement de l'espace dans lequel leurs collègues avaient été cantonnées en France. Enfin, compte tenu du caractère supérieur de la formation envisagée, les universitaires furent eux aussi et pour la première fois s'agissant des infirmières, nécessairement et très largement sollicités. Autant de conditions nouvelles générées en France par la simple irruption d'un projet supranational. Si le projet d'EIEIS concernait aussi des infirmières du monde francophone, c'était comme futur prestataire potentiel d'une formation susceptible de contribuer à leur développement dans leur propre contexte national. Du fait de son installation en France, cette perspective utilitariste se doublait d'une inévitable et profonde réflexion sur l'avenir des infirmières françaises comme groupe professionnel, susceptible d'interroger le système de santé dans son ensemble. Tout, ou presque, était alors à inventer.

CHAPITRE 3 – Conditions humaines et matérielles pour l’invention en France, d’un prototype d’École supérieure internationale destinée aux infirmières (1960-1964)

3.1 - La France des années 1960 : un contexte favorable au développement de la profession d’infirmière

La résolution de la Seconde Guerre mondiale avait laissé la place à la Guerre froide et à l’affrontement idéologique durable entre les deux blocs constitués autour des États-Unis et de l’URSS qui dominaient désormais le monde. À côté de cette nouvelle configuration en forme de confrontation bilatérale, une autre composante du monde, que l’économiste et démographe Alfred Sauvy nomma Tiers Monde en 1952⁸⁸⁴, émergea avec le déclin puis la chute des anciens empires coloniaux. Cette tierce partie du monde, qui n’avait eu aucune existence propre depuis la mainmise des empires sur son sort, demanda à « être quelque chose », à la manière du Tiers État dont Sieyès avait célébré l’aspiration au moment de la Révolution française⁸⁸⁵. S’appuyant sur le contenu de la Charte des Nations unies, la Conférence de Bandung donna l’occasion à de nombreux pays de cette catégorie, d’affirmer cette revendication et sa légitimité, désormais difficilement contestable, en 1955⁸⁸⁶. Cet événement faisait suite à la prise de conscience quelques années plus tôt par les pays riches, du problème de la pauvreté d’une grande partie du monde. Cette question avait été soulevée solennellement dès 1949 par le président américain Harry S. Truman dans son discours d’investiture du 20 janvier. Ce dernier justifia « pour la première fois au niveau officiel des politiques d’aides économiques et financières comme alternatives aux relations coloniales entretenues par les pays européens comme l’Espagne, la France le Portugal et le Royaume-Uni.»⁸⁸⁷ Cette déclaration marqua le début d’une rhétorique durable sur la nécessité pour les pays les plus riches, de contribuer au développement économique des États les plus démunis, dans le but avoué du maintien de la paix, au-delà des considérations humanitaires. S’agissant des États-Unis, il était aussi question, en période de

⁸⁸⁴ Alfred SAUVY, Trois monde, une planète, *L’observateur*, 14 août 1952, n° 118, p 14.

⁸⁸⁵ *Ibid.*

⁸⁸⁶ Ou conférence de Bandoeng. Celle-ci se déroula du 18 au 25 avril 1955 et consistait en un rassemblement de pays du Tiers Monde : « Vingt-neuf nations, représentant plus de la moitié de l’humanité mais seulement 8% de ses richesses, y sont représentées [...] La résolution finale affirme le droit des peuples à disposer d’eux-mêmes, la souveraineté et l’égalité entre toutes les nations, le refus de toute pression de la part des grandes puissances et de toute ingérence dans les affaires intérieures des Etats [...] les pays représentés se sont mis d’accord pour “déclarer que le colonialisme, dans toutes ses manifestations, est un mal auquel il doit être mis fin rapidement” et pour affirmer que “ la question des peuples soumis à l’assujettissement à l’étranger, à sa domination et à son exploitation, constitue une négation des droits fondamentaux de l’homme, est contraire à la Charte des Nations Unies et empêche de favoriser la paix et la coopération mondiales.» Serge BERSTEIN, Pierre MILZA, *Histoire du XXème siècle... op.cit.* p 265.

⁸⁸⁷ Isabelle HILLENKAMP et Jean-Michel SERVET, "La lutte contre la pauvreté, un enjeu international", *CERISCOPE Pauvreté*, 2012, [en ligne], consulté le 16/01/2017, p 1.

URL: <http://ceriscope.sciences-po.fr/pauvrete/content/part1/la-lutte-contre-la-pauvrete-un-enjeu-international>

Guerre froide, de lutter contre les conditions favorables à l'expansion du communisme⁸⁸⁸. Ce mouvement en profondeur affecta la France des années 1960, à travers le processus de décolonisation qui avait débuté dans la décennie précédente. Les mêmes années furent caractérisées en métropole par des bouleversements politiques, pour certains en relation directe avec la décolonisation, mais aussi par de profondes transformations économiques et sociales.

De la fin de l'Empire colonial à l'invention de relations nouvelles avec les anciennes colonies

La Guerre d'Indochine, qui débuta dès 1946, relevait bien de la réaction à la lutte pour l'indépendance engagée par le Viet Minh dans cette colonie française. Mais elle s'inscrivit aussi très rapidement dans le contexte de la Guerre froide, compte tenu de l'obédience communiste du mouvement rebelle. L'humiliante défaite de Dien Bien Phu, le 7 mai 1954, aboutit à une crise politique et à la prise de conscience par la France de l'échec de sa politique coloniale. Au terme de cette longue guerre, elle dut en effet envisager et mettre en œuvre son retrait des trois territoires composant la péninsule indochinoise, sous le tout nouveau gouvernement de Pierre Mendès France. Suite aux accords de Genève, en juillet 1954, le Laos et le Cambodge furent proclamés indépendants. Le Vietnam fut pour sa part divisé en deux, de chaque côté du 17^{ème} parallèle. Le nord revenait au Viet Minh et le sud était administré par un gouvernement sous protection américaine, jusqu'à la tenue d'élections censées aboutir à la réunification ultérieure du pays⁸⁸⁹. Ce projet en forme de solution diplomatique et démocratique fut rapidement oublié pour laisser la place à la Guerre du Vietnam. La réunification eut bien lieu, mais seulement en 1975, au bout de 20 ans d'un conflit qui illustra de façon brûlante et meurtrière les affrontements de la Guerre froide.

A partir de 1956 et de la « loi cadre des territoires d'outre-mer »⁸⁹⁰, le processus de décolonisation, longtemps hésitant sous la IV^{ème} République, s'accéléra, même si des incertitudes subsistaient quant aux liens à tisser entre les territoires concernés et la métropole française. S'agissant de l'empire d'Afrique Noire, à la faveur de la constitution de 1958, du référendum s'y rapportant et du basculement dans la V^{ème} République⁸⁹¹, la possibilité fut donnée aux territoires d'outre-mer de choisir entre devenir des États autonomes au sein de la Communauté française d'une part, et la sécession d'autre part. Seule la Guinée, en votant non au référendum, opta d'emblée pour cette dernière solution et se proclama indépendante dès l'automne 1958. Au début de l'année 1960, l'ensemble des territoires sous dépendance

⁸⁸⁸ *Id.* p 2.

⁸⁸⁹ Serge BERSTEIN, Pierre MILZA, *Histoire du XX^{ème} siècle... op.cit.* pp 137-140.

⁸⁹⁰ Loi n°56-619 du 23 juin 1956 autorisant le gouvernement à mettre en œuvre les réformes et à prendre les mesures propres à assurer l'évolution des territoires relevant du ministère de la France d'outre-mer.

⁸⁹¹ Voir développement *infra*.

française optèrent pour l'indépendance⁸⁹². Ce processus de décolonisation est souvent présenté comme pacifique et en tout état de cause, moins violent et tumultueux⁸⁹³ que celui qui concerne l'Afrique du Nord. Dans cette région et contrairement à l'Afrique Noire, les mouvements nationalistes étaient solidement et anciennement implantés et les velléités d'indépendance se manifestaient de façon plus directe par la lutte armée. La Tunisie et la Maroc accédèrent à l'indépendance respectivement en 1956⁸⁹⁴ et 1959.

Plus complexe, la situation en Algérie donna lieu à ce que l'on osa appeler seulement à la fin du siècle, la guerre du même nom qui dura 8 ans. Elle débuta en 1954, avec l'insurrection conduite par le Front de libération nationale (FLN) de Ben Bella. Les deux premières années furent marquées par la montée en puissance des actions violentes d'un FLN hostile à toute politique d'intégration à la France, lesquelles se heurtèrent à l'intransigeance du pouvoir et à la répression, jusqu'à la bataille d'Alger en janvier 1957. L'armée, de plus en plus forte en raison des effectifs dont elle disposait, des pouvoirs élargis qui lui étaient conférés⁸⁹⁵ et du soutien massif des colons, multiplia des initiatives de plus en plus difficilement contrôlées par le pouvoir en place. Cette déstabilisation institutionnelle aboutit à la crise du 13 mai 1958. Au cours d'une émeute, la foule envahit et occupa le gouvernement général à Alger, action qui conduisit à la constitution d'un comité de salut public présidé par le général Massu. Celui-ci exigea le soir même, la création d'un gouvernement de salut public, seul susceptible à ses yeux, de conserver l'Algérie dans la République française. Devant le risque représenté par une armée prête à prendre le pouvoir en métropole pour arriver à ses fins, le général de Gaulle se présenta comme l'homme capable de dénouer cette situation de façon pacifique et légale. Il fut investi Président du Conseil le 1^{er} juin, disposant alors des pleins pouvoirs, dont celui d'élaborer une nouvelle constitution qui fut approuvée par référendum à une majorité écrasante le 28 septembre. Le 21 décembre, il était élu Président de la toute nouvelle Vème république. Fort de cette nouvelle et solide légitimité, dans un contexte international favorable aux mouvements de libération, lequel était notamment caractérisé par les pressions que l'Organisation des nations unies (ONU) exerçait dans ce sens, le nouveau Chef de l'État opta pour une issue négociée. La reconnaissance, en septembre 1959, du droit des Algériens à l'autodétermination, marqua cette inflexion d'envergure dans la manière d'envisager le problème. Les accords d'Évian du 18 mars 1962 consacrèrent l'indépendance de l'Algérie. L'hostilité persistante d'une bonne partie de la

⁸⁹² Il en fut ainsi pour la Mauritanie, le Mali (ex Soudan français), le Sénégal, la Haute Volta, la Côte d'Ivoire, le Togo, le Niger, le Dahomey (futur Bénin), le Tchad, le Cameroun, le Gabon, le Congo-Brazzaville, la République Centrafricaine (ex Oubangui-Chari), ainsi que Madagascar et la Côte française des Somalis (futur « territoire des Afars et Issas »). Serge BERSTEIN, Pierre MILZA, *Histoire du XXème siècle, op. cit.* p 257. Sauf indication contraire, les données utilisées dans le présent développement sont toutes issues de cet ouvrage.

⁸⁹³ Des recherches de plus en plus précises et poussées invitent néanmoins à nuancer la douceur de ce tableau. Thomas DELTOMBE, Manuel DOMERGUE, Jacob TATSITSA, *Kamerun, La guerre cachée aux origines de la Françafrique, 1948-1971*, Paris, La Découverte, 2011.

⁸⁹⁴ Même s'il s'agissait en l'occurrence, d'« indépendance dans l'interdépendance librement consentie » selon la formule consacrée dans les accords.

⁸⁹⁵Le général Massu disposait des pleins pouvoirs à Alger.

communauté française d'Algérie contre l'indépendance entretenit de vives tensions jusqu'à la fin de la guerre. Cette opposition frontale rendait impensable toute forme de cohabitation entre les communautés et força au rapatriement de près d'un million de Pieds Noirs qui vécurent cet événement comme un exil contraint, violent et douloureux⁸⁹⁶.

A la fin de 1962, il ne restait plus de l'ancien empire colonial français que quelques bribes éparées, correspondant aux départements et territoires d'outre-Mer (DOM-TOM). La France entreprit désormais de tisser avec ses anciennes colonies, devenues des États, de nouvelles relations. Celles-ci prirent la forme d'une coopération aux configurations variées, pas toujours en rupture totale avec les relations passées, comme en témoignent les analyses usant du concept de Françafrique dans une acception néocolonialiste à la fin des années 1990⁸⁹⁷. D'un point de vue politique, ces nouvelles relations furent consacrées par la création d'un ministère de la Coopération. Celui-ci avait pour fonction affichée de contribuer au développement des « pays du champ », devenus indépendants après la décolonisation. A partir de 1962, ce ministère envoya des volontaires en qualité de coopérants pour effectuer dans le cadre de leur service national, des missions d'assistance technique ou militaire dans les pays concernés. D'un point de vue économique et financier, cette coopération prit la forme concrète de la Caisse centrale de coopération économique (CCCE)⁸⁹⁸ en 1958. Cette institution publique avait, pour l'essentiel, une fonction de banque de développement. Le domaine de la santé fut particulièrement concerné par ces actions diversifiées d'aide au développement et la création de l'EIEIS, portée par l'OMS, avait incontestablement vocation à s'inscrire dans cette dynamique internationale nouvelle. La situation politique, économique et sociale en métropole constituait un contexte favorable au développement de la profession d'infirmière au niveau national.

Croissance économique et transformations sociales en métropole

En 1960, la France sortait d'une crise politique majeure, en relation directe avec le processus de décolonisation et singulièrement la question algérienne, qui donna naissance à la Vème République en décembre 1958. D'un point de vue économique, le pays était au milieu de ce qui fut nommé plus tard les « Trente glorieuses », période caractérisée par une croissance constante. De 1947 à 1973, la croissance moyenne annuelle de la production industrielle fut en effet de

⁸⁹⁶ Serge BERSTEIN, Pierre MILZA, *Histoire du XXème siècle... op.cit.* pp 150-170. Antoine PROST, *Petite histoire de la France, de la belle époque à nos jours*, Paris, Armand Colin, 2009.

⁸⁹⁷ Thomas DELTOMBE, Manuel DOMERGUE, Jacob TATSITSA, *Kamerun... op.cit.*

⁸⁹⁸ Cet organisme était en filiation directe avec la Caisse centrale de la France libre (CCFL), créée par le général de Gaulle en 1941 et assurant les fonctions de Trésor public de son gouvernement en exil à Londres. Pour une présentation plus détaillée de la filiation, voir ministère de l'Économie et des Finances, Centre des archives économiques et financières (CAEF). URL : <https://www.economie.gouv.fr/caef/caisse-centrale-cooperation-economique> consulté le 12 juillet 2017.

5,9 %⁸⁹⁹. Cette dynamique, observable au niveau international, répondait en France aux objectifs d'industrialisation affichés par Georges Pompidou comme ministre de Charles de Gaulle (1962-1968) puis président de la République (1969-1974). Le marché extérieur se développa du fait d'une ouverture grandissante aux échanges internationaux. La demande intérieure s'accrut elle aussi considérablement, activée par une croissance démographique spectaculaire. De la fin de la Deuxième Guerre mondiale à 1975, la population française augmenta en effet de 12 millions d'individus. Ce contexte, stimulant pour l'économie, favorisa la genèse de ce qui fut désigné comme « la société de consommation », caractéristique de l'époque. Un nouveau mode de vie en découla sur fond de développement d'une politique du pouvoir d'achat, les producteurs et singulièrement les ouvriers, étant de mieux en mieux perçus comme des consommateurs potentiels. L'avènement de la publicité contribua, pour une très large part, à susciter le désir d'acheter, en relation avec la recherche constante d'innovation chez les industriels, propice au renouvellement et à la diversification des biens de consommation. L'équipement massif des ménages en appareils électroménagers ou concernant le confort sanitaire par exemple, atteste ces importants changements. Au-delà de leur impact sur le mode de vie, les découvertes techniques issues de ce mouvement contribuèrent par elles-mêmes à modifier les conditions de production. De spectaculaires gains de productivité s'ensuivirent grâce notamment à l'électronique et à l'informatique, directement utilisés dans le processus de développement des automatismes industriels. L'impression d'enrichissement que suscitèrent ces changements fut confirmée dans la réalité. Les ouvriers profitèrent aussi de cette croissance, comme en témoigne l'augmentation sensible de leur pouvoir d'achat. Néanmoins, cela ne se traduisit pas nécessairement pour eux comme un chemin spectaculaire vers plus d'aisance, la perception du seuil de pauvreté se déplaçant à l'aune des nouvelles données issues des bouleversements en cours. Si le niveau de vie progressait objectivement, il en était de même s'agissant du bien-être et du niveau de protection sociale. La durée des congés annuels dans l'industrie s'allongea et de 2 semaines en 1936, on passa à 3 en 1955 et à 4 en 1962. Cette libération de temps permit le développement d'une économie des loisirs qui participa à la croissance générale. En 1945, la Sécurité sociale commença à unifier les assurances sociales initiées dans les années vingt et trente. Cette création eut un impact considérable sur l'état de santé de la population, en rendant les soins accessibles à tous et en permettant à chacun de conserver par les indemnités journalières, des ressources autorisant à s'arrêter de travailler si nécessaire, le temps d'aller mieux. Au-delà de l'assurance maladie, l'assurance vieillesse et l'assurance chômage complétèrent ce système dont le nom, rendant compte de son caractère socialement sécurisant n'était pas usurpé.

⁸⁹⁹ Ces données et les suivantes sont, sauf indication contraire, issues de l'ouvrage d'Antoine PROST, *Petite histoire de la France... op. cit.*

L'essor de l'éducation participa à ce mouvement d'ensemble et on assista à une croissance sensible du nombre des enfants scolarisés dans le second degré. L'explosion démographique n'expliquait que partiellement ce phénomène dont la source se situait essentiellement dans « la convergence entre la demande sociale et la politique gouvernementale »⁹⁰⁰. C'est que ces années étaient porteuses de nombreuses perspectives d'ascension sociale, dont l'école représentait la clé pour les parents, leur aisance relative les incitant moins à trouver rapidement un emploi pour leurs enfants. L'État de son côté, misa sur la formation pour assurer la modernisation du pays, portant ainsi l'âge de la scolarité obligatoire jusqu'à 16 ans en 1959. Le Collège d'enseignement secondaire (CES), accueillant désormais les enfants de 11 à 16 ans, fut créé en 1963. La formation à visée de promotion sociale ou professionnelle⁹⁰¹ n'était pas en reste. Si la préoccupation pour la formation des adultes remontait à la fin du siècle précédent⁹⁰², elle connut un regain d'intérêt politique ces années-là. En témoignent les initiatives législatives innovantes, prises sous l'impulsion d'un Michel Debré animé par la conviction, pas toujours partagée par son entourage politique, des vertus de l'« ascenseur social » et de la « deuxième chance » pour le maintien de l'unité nationale et de la cohésion sociale⁹⁰³. Le secteur des soins aux malades fut précocement concerné, à tel point que la loi sur la promotion sociale de 1959 fut précédée du décret n°59-496 du 27 mars 1959 portant organisation d'une promotion sociale à destination des aides-soignants et du personnel servant des établissements publics :

Un enseignement destiné à favoriser la promotion professionnelle du personnel titulaire, aide-soignant et servant des établissements publics d'hospitalisation, de soins ou de cure est organisé [...] » Art. 1. « Cet enseignement est dispensé dans les écoles d'infirmières [...] Les écoles publiques sont tenues de réserver aux bénéficiaires du présent décret des places de première année jusqu'à concurrence de 20 p. 100 ; elles peuvent porter ce pourcentage à 50 p. 100. » Art. 2

Les infirmières firent aussi l'objet de toutes les attentions quelques années plus tard, initiative qui détonnait d'autant plus, dans le paysage français de la formation à visée de promotion sociale, qu'il était question d'un groupe très majoritairement, sinon exclusivement féminin. Or s'agissant de la formation des femmes adultes, « dans la première moitié des années 1960 en

⁹⁰⁰ *Id.* p 81.

⁹⁰¹ Bernard CHENOT en proposa une définition dans un rapport présenté pour la Commission d'étude des problèmes de formation et de promotion sociale en février 1964 : « doit être considérée comme action de promotion sociale toute action de formation ou de perfectionnement, de quelque nature qu'elle soit, à quelque niveau qu'elle se situe, dès lors qu'elle s'adresse à une personne déjà engagée dans la vie professionnelle. » Cité par Françoise F. LAOT, *La promotion sociale des femmes : le retournement d'une politique de formation d'adultes au milieu des années 1960*, *Le Mouvement social* 2010/3, n° 232, p 30.

⁹⁰² Françoise F. LAOT (dir.), Emmanuel de LESCURE (dir.), *Pour une histoire de la formation*, Paris, l'Harmattan, 2008.

⁹⁰³ Pierre BENOIST, Michel Debré et la formation professionnelle 1959-1971, *Histoire de l'éducation* [en ligne], 101|2004, mis en ligne le 12 janvier 2009, consulté le 11 juillet 2017. A titre d'exemple, la loi n° 59-960 du 31 juillet 1959 relative à diverses dispositions tendant à la promotion sociale ou la loi n° 66-892 du 3 décembre 1966 d'orientation et de programme sur la formation professionnelle.

France, la question n'est tout simplement pas posée, le travail des femmes restant un sujet tabou des politiques publiques. »⁹⁰⁴ Si les infirmières comptaient parmi les rares privilégiées ces années-là, c'est qu'elles étaient précieuses aux yeux de la puissance publique :

En 1963, une note de la DGPS⁹⁰⁵ fait état d'une ligne de crédit pour organiser des « actions de promotion sociale des infirmières et du personnel spécialisé pour l'enfance inadaptée ». Il s'agit essentiellement de faire face aux difficultés rencontrées (déjà) par les établissements hospitaliers dans le recrutement du personnel soignant, par un « élargissement du recrutement à des candidats et des candidates déjà engagés dans la vie professionnelle » et par la promotion interne des infirmières vers des postes de surveillantes et de monitrices.⁹⁰⁶

La France n'échappait pas à la pénurie d'infirmières, dont la gravité au niveau mondial avait été soulignée par l'OMS⁹⁰⁷. Si la mise en évidence des perspectives d'évolution à différents niveaux et de la possibilité d'une véritable carrière comme levier de recrutement était perceptible, cette préoccupation de l'État était porteuse, dans le même temps, d'une opportunité de développement pour le groupe professionnel considéré. Enfin, à l'Université, la réforme Fouchet introduisit deux cycles de deux ans en 1966. Le second se terminait par la maîtrise, nouveau diplôme importé des États-Unis.

Le caractère apparemment idyllique de ce tableau de croissance-abondance doit cependant être nuancé. On travaillait beaucoup durant ces années, d'autant plus que la population active restait quasiment stable, alors que le nombre d'enfants et de personnes âgées était en augmentation sensible. Malgré l'indispensable recours à l'immigration et les gains de productivité permis par l'essor de la technologie, un travail intense était nécessaire pour assurer de tels résultats, d'autant que l'allongement de la scolarité et le départ à la retraite à 65 ans contribuaient à la raréfaction du nombre des actifs. Si les congés annuels augmentèrent, le nombre d'heures travaillées par semaine aussi, de 44 heures à la Libération à 46 heures en 1966. En outre, deux catégories, les paysans et les commerçants, souffrirent beaucoup des recompositions sociales et économiques qui se jouèrent alors. Ces derniers furent peu nombreux à tirer un bénéfice du mouvement d'ensemble, compte tenu du changement structurel à type de concentration qui affectait à la fois les exploitations agricoles et les établissements commerciaux. Ces modifications profondes donnèrent lieu à de violentes manifestations de colère chez les paysans au printemps 1960 et à l'été 1961. S'agissant des commerçants, l'Union de défense des

⁹⁰⁴ Françoise F. LAOT, La formation des travailleuses (1950-1968) : une revendication du syndicalisme mondial ? Contribution à une histoire dénationalisée de la formation des adultes, *Le Mouvement social* 2015/4, n° 253, p 69.

⁹⁰⁵ Délégation générale à la promotion sociale. Note ajoutée par nous.

⁹⁰⁶ Françoise F. LAOT, La promotion sociale des femmes ... *op. cit.*, p 36.

⁹⁰⁷ Voir *supra*, de même que le discours du Président Johnson aux États-Unis en 1964, qui avait pour but de mettre en valeur une profession dont le pays avait le plus grand besoin.

commerçants et artisans (UDCA) de Pierre Poujade, particulièrement active politiquement, vit le jour dès 1954. Enfin, si le niveau de vie augmenta incontestablement, les inégalités sociales aussi. Les écarts de revenus entre les cadres et les ouvriers se creusèrent particulièrement, les derniers tirant, malgré l'effort consenti, un bien moindre bénéfice d'une croissance au bout du compte assez inégalement répartie.

Hormis les manifestations des paysans et commerçants, le climat social était plutôt détendu sans être atone, depuis la fin de la guerre. Néanmoins, les remaniements économiques et sociaux en cours favorisèrent l'éclosion de nouvelles aspirations à un mieux-être et à une libéralisation des mœurs. S'agissant de la revendication égalitaire entre les sexes, les femmes mariées se libérèrent un peu plus du joug de leur mari. La réforme des régimes matrimoniaux en 1965 permit aux épouses, désormais définitivement considérées comme majeures, d'ouvrir un compte bancaire sans l'autorisation de leur conjoint. En 1966, elles purent enfin se passer de leur permission pour exercer une activité professionnelle⁹⁰⁸. En 1967, les femmes furent autorisées à entrer à la Bourse, mâle territoire à la mixité jusqu'alors inconcevable⁹⁰⁹. La même année, la contraception, légalement interdite depuis 1920, fut autorisée par la loi Neuwirth. L'avancée était symboliquement décisive, même si les textes d'application ne furent publiés que 4 ans plus tard. Par ailleurs, la « société de consommation » fut analysée au-delà de ses belles apparences et mise en question dans le milieu intellectuel⁹¹⁰ et par une jeunesse étudiante de plus en plus critique envers l'ordre établi.

Comme pour donner corps à un ensemble d'aspirations et de revendications en germes, la brève mais profonde crise de mai 1968 apporta une touche d'espoir ou de désenchantement selon les protagonistes du conflit, dans ce monde à la fois glorieux et laborieux de la croissance. Les étudiants universitaires déclenchèrent le premier coup de tonnerre dans ce ciel en apparence serein. Conséquence directe de l'effort éducatif à l'œuvre, ceux-ci se sentaient de plus en plus à l'étroit dans des locaux et des organisations dépassés pour absorber un effectif multiplié par trois en 10 ans, autant de conditions de nature à aviver des mécontentements nourris par les aspirations grandissantes à plus de liberté. Après la grève étudiante du 3 mai dans le prolongement du mouvement du 22 mars puis l'agitation des jours suivants, vint la nuit des barricades au quartier latin, du 10 au 11 mai. Le mouvement ouvrier emboîta le pas, à l'initiative des syndicats ouvriers accompagnés par les syndicats enseignants, le 13 mai. Le mot d'ordre de grève générale fut majoritairement suivi et le mouvement s'étendit à tout le pays en une semaine, secteur privé et public confondus, atteignant jusqu'à 5 millions de grévistes. Les troubles durèrent jusqu'aux négociations de Grenelle entre patronat et syndicats, puis se

⁹⁰⁸ Michèle FERRAND, *Féminin, Masculin...* op cit. *Ibid.*

⁹⁰⁹ *Ibid.*

⁹¹⁰ Guy DEBORD, *La société du spectacle*, Paris, Buchet-Chastel, 1967. Jean BAUDRILLARD, *La société de consommation*, Paris, Denoël, 1970.

prolongèrent, voire s'aggravèrent en raison du refus des accords par les ouvriers de Renault le 27 mai. Le pouvoir politique semblait dépassé par cette crise sociale et économique majeure. Après une proposition de référendum sans effet le 24 mai, le général de Gaulle disparut le 29 pour réapparaître le lendemain à la télévision, annonçant la dissolution de l'Assemblée Nationale et le recours au suffrage universel pour dénouer la crise. Cette solution rencontra un succès massif, aboutissant à un renforcement assez inattendu du parti au pouvoir aux élections législatives des 23 et 30 juin.

Le secteur hospitalier fut doublement affecté par ces événements, notamment dans les grandes villes et en particulier à Paris⁹¹¹. D'une part, il s'agissait de soigner les blessés qui arrivaient par dizaines suite aux échauffourées parfois très violentes, tant du côté des manifestants que des forces de l'ordre. D'autre part, cet espace se transforma lui-même en théâtre du mouvement social, une de ses caractéristiques résidant dans « sa situation d'interface entre le monde universitaire et celui du travail, particularité renforcée par la réforme Debré. »⁹¹² Du côté des médecins, bon nombre d'internes et d'externes participèrent activement au mouvement, d'autant qu'ils étaient confrontés à l'accueil d'autres étudiants blessés dont ils se sentaient solidaires. Le 13 mai, les élèves infirmières de l'Assistance publique de Paris s'engagèrent majoritairement dans la grève des cours et examens à l'école, mais aussi des stages⁹¹³. Le mouvement se développa et l'agitation se répandit dans les facultés de médecine et les écoles d'infirmières de province. Les travailleurs hospitaliers eux-mêmes, dont les infirmières, entrèrent dans le mouvement, pour répondre à l'appel à la solidarité lancé par les syndicats. Des dispositions particulières furent prises s'agissant des règles de sécurité et des soins aux malades, le personnel de soins étant « généralement présent dans les services tout en participant aux assemblées générales quotidiennes et aux manifestations. »⁹¹⁴ Au même titre qu'ailleurs, ce monde du travail très particulier fut secoué durant ce printemps, au point de rendre plus poreux des milieux sociaux jusqu'alors particulièrement cloisonnés. Non seulement étudiants en médecine et élèves infirmières se retrouvèrent dans les mêmes manifestations et les mêmes assemblées générales, mais des travailleurs de l'hôpital franchirent même les portes des amphithéâtres des facultés de médecine où se tenaient les débats⁹¹⁵. Au-delà de ce mouvement social particulier, mai 1968 constitua le point de départ d'une contestation à l'hôpital et de l'hôpital, d'une autre nature, caractérisée dans les années 1970 par « une indéniable dimension intellectuelle, relayée avec plus ou moins de pertinence dans l'institution elle-même. »⁹¹⁶ L'hôpital, au même titre que d'autres grandes institutions comme l'école ou la justice fut soumis

⁹¹¹ Christian CHEVANDIER, *L'hôpital dans la France... op. cit.*

⁹¹² *Id.* p 317.

⁹¹³ Émilie CAMINADE, *Les écoles d'infirmières de l'Assistance Publique de Paris dans l'après mai 1968*, Mémoire de Master 2 d'histoire contemporaine sous la direction de Christian Chevandier et Jean-Louis Robert, université Paris 1 Sorbonne, centre d'Histoire sociale du XXème siècle, 2001. p 26.

⁹¹⁴ Christian CHEVANDIER, *L'hôpital dans la France... op. cit.* p 319.

⁹¹⁵ *Id.* p 20.

⁹¹⁶ *Id.* p 320.

au débat. Ces années-là, Michel Foucault⁹¹⁷ fut beaucoup mobilisé, y compris en ce qui concernait ses écrits antérieurs, moins perçus comme fondamentaux au moment de leur publication. Le sociologue Erving Goffman fut, lui aussi, tardivement sollicité à travers la traduction l'année des événements de son livre *Asylums*, publié en 1961⁹¹⁸. A côté du dévoilement des mécanismes de domination institutionnelle et de la critique sévère que ces ouvrages permettaient, des auteurs comme Ivan Illitch⁹¹⁹ ou encore Jean-Pierre Dupuy et Serge Karsenty⁹²⁰ contribuèrent à remettre en cause l'institution médicale jusqu'au sein de la machine hospitalière qui l'abritait. Ces différentes contributions critiques furent elles-mêmes soumises au débat. Mais elles n'en constituaient pas moins un matériau nouveau dont les personnels hospitaliers médicaux, mais aussi non médicaux, étaient susceptibles de se saisir pour penser autrement l'institution qui les employait et leurs propres pratiques, autant de conditions favorables pour envisager des alternatives à la toute-puissance médicale.

Si le dénouement de la crise fut plutôt heureux pour le pouvoir en place, celui-ci interpréta les événements de mai 1968 comme la manifestation de la nécessité de réformer un système institutionnel en décalage avec les transformations de la société. Dès le mois de novembre, le ministre Edgar Faure fit adopter une loi d'orientation de l'enseignement supérieur qui voulait faire de l'Université, d'où étaient partis les troubles, une institution moins autoritaire, plus ouverte au dialogue, y compris entre les disciplines. D'une façon plus générale, dès le second semestre, les salaires furent sensiblement augmentés. En décembre, le droit des syndicats à créer des sections d'entreprise fut inscrit dans la loi, modifiant par là même les conditions d'exercice de l'autorité sur le lieu de travail. En 1969, Georges Pompidou, nomma un premier ministre réformateur en la personne de Jacques Chaban-Delmas, partisan résolu d'une politique contractuelle avec les syndicats, notamment sur la question des conditions de travail et des salaires, dans le prolongement des accords de Grenelle. Ce dialogue permanent participa progressivement à la réduction des écarts entre les salaires des cadres et des ouvriers, en donnant la priorité à la progression des salaires les plus bas. C'est dans cet esprit de réforme du monde du travail que fut votée la loi du 16 juillet 1971 organisant la formation permanente. Ce texte, qui suivait le chemin défriché par Michel Debré⁹²¹, eut un impact majeur dans la vie au travail de bon nombre de salariés dont, en particulier ceux du monde hospitalier et de la santé. Ainsi se termina cette décennie qui préfigurait le « changement dans la continuité » de la Présidence Giscard d'Estaing ouverte en 1974, à l'aube du choc pétrolier annonçant la fin des « Trente glorieuses ».

⁹¹⁷ *Folie et déraison, Histoire de la folie à l'âge classique*, Paris, Plon, 1961. *Naissance de la clinique : une archéologie du regard médical*, Paris, Presses universitaires de France, 1963. *Surveiller et punir. Naissance de la prison*, Paris, Gallimard, 1975. Michel FOUCAULT et alii, *Les machines à guérir*, Bruxelles/Liège, Pierre Mardaga, 1979.

⁹¹⁸ *Asiles, études sur la condition sociale des malades mentaux*, Paris, Editions de minuit, 1968.

⁹¹⁹ *Némésis médicale*, Paris, Seuil, 1975.

⁹²⁰ *L'invasion pharmaceutique*, Paris, Seuil, 1974.

⁹²¹ Pierre BENOIST, Michel Debré... *op cit.*

Ce contexte de croissance ininterrompue favorisa sans aucun doute l'amélioration de l'état économique et social de la France durant cette décennie. D'un point de vue international, il créa aussi les conditions de possibilité, pour cette dernière, de sortir de la dépendance des États-Unis, laquelle fut hautement marquée par l'assistance économique mise en œuvre dans le cadre du Plan Marshall de 1948 à 1952 : « La croissance économique, l'assainissement monétaire, la puissance industrielle deviennent avec de Gaulle les moyens de l'indépendance nationale. »⁹²² C'est dans cet esprit que le premier Président de la Vème République décida du retrait des troupes françaises de l'Organisation du traité de l'Atlantique Nord (OTAN) en 1966. Cette volonté d'indépendance et de non alignement par rapport aux deux superpuissances se traduisit aussi dans les conceptions européennes du général de Gaulle⁹²³. Le traité de Rome instituant la Communauté économique européenne (CEE) fut en effet signé le 27 mars 1957⁹²⁴. Le chef de l'État s'opposa en 1963, à l'entrée de la Grande-Bretagne dans le marché commun, en raison de sa trop grande proximité avec les États-Unis et du risque à ses yeux, de la voir se transformer en tête de pont à leur service, voire en « cheval de Troie » en Europe. Hostile à toute forme de supranationalité, ce dernier n'envisageait en effet l'Europe que comme une entité regroupant des États souverains capables d'occuper ensemble une position propre dans le jeu international, sous l'influence la plus active possible de la France.

Ces positions très tranchées du Président de la République française n'empêchèrent en rien le projet européen d'évoluer selon sa logique propre. Les exécutifs des trois communautés constitutives de l'organisation européenne⁹²⁵ fusionnèrent par traité en 1965 en un Conseil et une Commission uniques des communautés européennes qui entrèrent en vigueur au mois de juillet 1967, marquant par là une étape décisive dans un processus de construction initié au début de la décennie précédente. Dès lors, comme emportés par ce mouvement qui gagnait en puissance, les pays membres, dont la France, travaillèrent à une harmonisation croissante sur des sujets de plus en plus diversifiés. C'est ainsi que l'Accord européen sur l'instruction et la formation des infirmières fut conclu à Strasbourg dès le 25 octobre 1967⁹²⁶. Cet accord fut signé par la France le 30 novembre suivant, mais ne fut ratifié que le 3 septembre 1974 pour une application le 4 décembre de la même année⁹²⁷. Il était néanmoins établi que le sort des infirmières comme de nombreuses autres professions se jouait désormais aussi au niveau

⁹²² Antoine PROST, *Petite histoire de la France...* *Op cit.* p 77.

⁹²³ Serge BERSTEIN, *La France de l'expansion, I. La République gaullienne 1958-1969*, Paris, Seuil, 1989, p 245-251.

⁹²⁴ Elle s'ajoutait à la Communauté européenne du charbon et de l'acier (CECA) et à la communauté européenne de l'énergie atomique (CEEA, Euratom) créées en même temps en 1951.

⁹²⁵ CECA, CEEA et CEE.

⁹²⁶ René MAGNON, *Les infirmières, identité...*, *op cit.* p 51.

⁹²⁷ Signatures, ratifications et entrées en vigueur par pays de l'Accord européen sur l'instruction et la formation des infirmières [en ligne]

URL : https://www.coe.int/en/web/conventions/full-list/-/conventions/treaty/059/signatures?p_auth=oDvPapWf consulté le 15 mai 2018.

européen, dans une dynamique mondiale pilotée par une OMS à l'autorité incontestée. C'est donc dans ce contexte nourrissant et stimulant, tant du point de vue national qu'international, que le projet de création de l'EIEIS vit le jour au début de la décennie, à l'initiative, mais aussi avec le soutien actif de l'OMS.

Preuve que la question de l'enseignement supérieur pour les infirmières était à l'ordre du jour au niveau mondial, la Conférence sur les programmes d'enseignement infirmier supérieur pour les étudiantes étrangères⁹²⁸ se tint à Genève, sous l'égide de l'OMS, du 5 au 10 octobre 1959. Sur les 13 participant(e)s⁹²⁹, 3 venaient des États-Unis, dont la présidente de la Conférence, 2 de Grande-Bretagne dont une chargée des fonctions de rapporteur, 1 d'Iran, vice-Présidente et 2 de Suisse. Par ailleurs, 5 personnes représentaient respectivement la Birmanie, l'Australie, le Canada (Québec), le Chili et la France. Au titre des organisations internationales non gouvernementales, une Anglaise représentait le CII et une Suisse la Ligue des sociétés de la Croix Rouge. Enfin, les 5 observatrices invitées venaient toutes des États-Unis, hégémonie témoignant de l'incontestable avance qu'elles avaient prise dans le domaine à l'étude. L'année même de la publication du rapport rendant compte de cette conférence, Mlle Fernanda Alves-Diniz, responsable des services infirmiers au Bureau de l'OMS pour l'Europe, en commenta les résultats auprès du Directeur du Bureau régional au cours d'une rencontre le 19 avril 1960 :

Dans beaucoup de pays d'Europe, il est difficile ou totalement impossible aux infirmières de recevoir cet enseignement supérieur. Une école européenne dispensant un enseignement infirmier supérieur pourrait être créée pour préparer le personnel infirmier :

- a) Aux postes de responsabilité dans des services spécialisés (par exemple soins infirmiers psychiatriques, soins infirmiers du travail, etc.) ;
- b) Aux postes dans l'administration et l'enseignement ;
- c) A la recherche appliquée aux soins infirmiers.

Il semble que le besoin de ce type d'enseignement infirmier supérieur soit particulièrement aigu en Europe, étant donné que beaucoup de pays européens envoient parfaire leurs études en Amérique du Nord celles de leurs infirmières qui désirent se préparer à des postes de responsabilité et de direction dans l'administration ou dans l'enseignement. C'est particulièrement le cas de pays de langue française et de ceux où le français est la seconde langue des infirmières.⁹³⁰

L'École d'Édimbourg fut créée dans les suites de ce constat. L'argument en faveur d'une école francophone dû être d'autant plus convaincant aux yeux du directeur régional que ces voyages

⁹²⁸ OMS, *Programmes d'enseignement infirmier supérieur pour étudiantes étrangères... op. cit.*

⁹²⁹ Un seul homme était présent.

⁹³⁰ Citée par Marjorie Duvillard, « Mission accomplie entre le 15 novembre 1962 et le 30 janvier 1964 par Mlle M. Duvillard, infirmière consultante pour le Bureau régional de l'Organisation mondiale de la santé en vue de l'établissement d'une Ecole internationale d'enseignement infirmier supérieur en France. », R1 « Rapport sur la mission de la consultante du 15 novembre 1962 au 31 janvier 1963 », p 33 et 34. Archives EIEIS, document tapuscrit, dossier « Assistance OMS ». Ce volumineux document est lui-même organisé en plusieurs rapports dans l'ordre chronologique, que nous dénommons R1, R2, etc. par commodité, en donnant leur intitulé exact et les dates de la mission auxquels ils renvoient comme indiqué par la consultante.

éducatifs obligés en Amérique du Nord étaient non seulement lourds à organiser et coûteux pour l'OMS, mais de surcroît difficilement accessibles pour les nombreuses infirmières qui ne maîtrisaient pas la langue anglaise⁹³¹. De plus, sans que cet argument de type géopolitique ne fût ouvertement avancé, ces initiatives participaient de l'émancipation relative de la région européenne par rapport à la région américaine, largement dominée par les États-Unis. L'idée fut rapidement entérinée et les aspects opérationnels du projet furent confiés à Mlle Alves-Diniz.

3.2 – Porter le projet et prévoir l'ouverture de l'EIEIS : des recrutements anticipés pour l'ébauche d'une équipe dirigeante et enseignante (1960- 1963)

Alors que la localisation de la future EIEIS n'était pas encore déterminée malgré l'évocation de la ville de Lyon dès les premiers échanges⁹³², Mlle Alves-Diniz entreprit de solliciter en France, deux personnes susceptibles de se former à l'étranger, c'est-à-dire en Amérique du Nord, et de se préparer à l'ouverture de l'École. Sur les deux, une serait retenue comme directrice le moment venu et l'autre serait enseignante, voire l'adjointe de la première. Aux yeux de l'OMS, la future directrice devait remplir les conditions suivantes :

Être infirmière diplômée d'une école d'enseignement infirmier supérieur dans son pays ; avoir fait en outre des études supérieures complémentaires à l'étranger ; avoir au minimum six ans d'expérience dans son pays et à l'étranger dans les domaines de l'administration des services infirmiers et l'enseignement infirmier ; connaître à fond le français et l'anglais.⁹³³

Les moniteurs ou monitrices, termes utilisés pour désigner les enseignants infirmiers permanents à l'EIEIS, devaient pour leur part répondre aux exigences suivantes :

Être infirmière diplômée ; posséder le diplôme d'une école d'enseignement infirmier supérieur dans son pays ; avoir fait des études supérieures à l'étranger portant sur l'enseignement infirmier ou l'administration et sur un domaine de soins hospitaliers ou de santé publique ; avoir une expérience approfondie dans un domaine des soins infirmiers.⁹³⁴

S'il était urgent de commencer par recruter et former celles qui porteraient le projet encore à l'état embryonnaire jusqu'à son éclosion, c'est-à-dire les directrices potentielles (1960), il était tout aussi fondamental de songer dans un second temps mais assez rapidement (1962 et 1963),

⁹³¹ L'institution de l'École de Lublin, en langue slave, la décennie suivante, répondit aux mêmes motivations.

⁹³² A l'époque, il était question d'une « Ecole supérieure des cadres de Lyon. » Les HCL avaient été officiellement saisis du projet par lettre émanant du ministère de la Santé publique et de la Population en date du 26 septembre 1960 comme rapporté à la séance du Conseil général d'administration des HCL du 9 janvier 1963. Extrait du registre des délibérations, archives EIEIS.

⁹³³ Marjorie Duvillard, « Mission accomplie entre le 15 novembre 1962 et le 30 janvier 1964 ... » *op. cit.* R1 p 40. S'agissant de l'enseignement infirmier supérieur, un diplôme d'une école de cadres en France permettait de satisfaire au critère.

⁹³⁴ *Ibid.* et p 41.

à recruter les premières enseignantes potentielles, d'autant que celles-ci devaient, elles aussi, impérativement se former à l'étranger.

Nicole Mennesson, infirmière bâtitrice et voyageuse

Par lettre en date du 16 août 1960, le Directeur Général adjoint de la Santé publique au ministère de la Santé publique et de la Population, sollicite Nicole Mennesson, infirmière enseignante. Après lui avoir rappelé le projet de l'OMS d'ouvrir une école supérieure éventuellement à Lyon⁹³⁵, il lui signifia que « Le bureau de l'Europe accorderait des bourses d'études à des infirmières françaises pour leur permettre d'acquérir cette formation supérieure aux Etats-Unis ou au Canada, en vue d'occuper par la suite les postes de directrice et de monitrices de l'Ecole supérieure des cadres de Lyon »⁹³⁶. Il lui proposa donc de se manifester, si elle était intéressée par une formation de ce type soit en 1960-61 soit en 1961-62. Elle ne se précipita pas pour répondre. Au mois d'octobre, elle fut informée par le chef du bureau des relations internationales au ministère de la Santé publique et de la Population, qu'une bourse lui était accordée par l'OMS pour partir en formation durant l'année scolaire 1961-62 aux États-Unis⁹³⁷. L'OMS se faisant de plus en plus pressante, le Dr Aujaleu, Directeur général de la Santé publique, se sentit contraint de répondre par télégramme le 26 décembre au directeur pour l'Europe que Nicole Mennesson s'engageait fermement⁹³⁸. Son adjoint, le Dr Charbonneau, s'en expliqua par un courrier un peu gêné à l'intéressée le 29 décembre :

Depuis votre passage à Paris, nous avons reçu une lettre du Bureau de l'Europe de l'Organisation mondiale de la santé nous demandant à votre sujet une réponse ferme sur la date du début de votre cours à l'Ecole d'infirmières de Montréal au Canada.

J'ai dû répondre par télégramme. À la suite de notre conversation dans mon bureau, je me suis cru autorisé à prendre une décision et à soumettre à la signature du Dr Aujaleu⁹³⁹, le télégramme ci-joint qui vous engage pour le 1^{er} août 1961.⁹⁴⁰

Outre l'ampleur de la tâche et l'envergure du poste visé, parmi les raisons qui motivaient la réserve de celle-ci figuraient sans doute ses difficultés linguistiques pour étudier aux États-Unis. Si le choix d'une école francophone était plutôt rassurant, d'autres inquiétudes semblaient animer la candidate, y compris après cet engagement quasiment prescrit, notamment en ce qui concernait l'ouverture de l'École à Lyon. Le 26 mai 1961, une nouvelle lettre du même

⁹³⁵ A l'époque, la décision du lieu d'implantation n'était pas encore prise.

⁹³⁶ Archives EIEIS, dossier « Enseignants ».

⁹³⁷ Lettre du 6 octobre 1960, même endroit.

⁹³⁸ Télégramme du 26 décembre 1960, même endroit : « *Melle Mennesson engagée par le siège pour six mois au Cambodge prend engagement ferme pour suivre à partir 1^{er} août cours école Montréal Stop. Dr Aujaleu.* ».

⁹³⁹ Directeur général de la santé au ministère de la santé publique et de la population.

⁹⁴⁰ Lettre du 29 décembre 1960, même endroit.

interlocuteur, qu'elle reçut à Phnom-Penh où elle était en mission, lui permit de lever ses doutes :

Les renseignements que Melle Crechman⁹⁴¹, infirmière-chef de l'Organisation mondiale de la santé, vous a fournis, ne sont pas exacts. Il n'a jamais été envisagé de ne pas mettre à Lyon l'école supérieure de cadres. Bien au contraire, puisque le DR. LATAILLADE et Melle DINITZ, du Bureau de l'Europe de l'OMS, ont encore été la semaine dernière à Lyon pour en jeter les bases avec le Directeur Départemental de la Santé et la Direction des hospices. On compte toujours sur vous pour votre séjour au Canada et il y aura probablement une autre boursière française qui ira avec vous.⁹⁴²

Celui-ci lui rappela en outre qu'il était intervenu en sa faveur auprès du directeur général des Hospices civils de Lyon (HCL) s'agissant de sa situation et notamment des garanties relatives à son recrutement. Quatre jours plus tard, le Directeur général des HCL lui adressa un courrier suite aux échanges avec le ministère. Il lui fit part de son accord pour son intégration parmi le personnel d'encadrement de « l'Ecole Supérieure des Cadres dont l'ouverture est envisagée, à Lyon, en 1963 », ceci « au titre de monitrice tout d'abord »⁹⁴³. Puis il l'informa qu'au terme de la première année scolaire, sa candidature serait « examinée en concurrence avec celle de la deuxième monitrice de l'Ecole pour l'accès au poste de directrice ». Dans le même courrier il précisa enfin qu'il lui était impossible, dans l'état des textes réglementaires existants, de préciser les conditions de traitement offertes car « ... ni les Directrices d'Ecoles de Cadres, ni les monitrices ne figurent parmi les emplois du Ministère de la Santé dotés d'une échelle indiciaire. Monsieur le Dr Charbonneau doit d'ailleurs intervenir à ce sujet auprès du Directeur du personnel au ministère et j'espère que d'ici votre prise de fonctions, une décision sera intervenue »⁹⁴⁴. Nicole Mennesson donna son accord au terme de ces échanges.

Toutes ces lettres témoignent que l'affaire était prise très au sérieux, au point de mettre directement en jeu des acteurs situés au plus haut niveau de l'État, lui-même surplombé par les décisions d'une OMS que nul ne semblait songer à discuter. Le Dr Aujaleu, Directeur général de la Santé publique, était par ailleurs, lui-même très impliqué à un niveau international depuis 1945⁹⁴⁵ et plus récemment dans le cadre du Conseil de l'Europe, puis de l'OMS. Dans cette dernière institution, il fut membre de plusieurs comités d'experts avant d'y représenter la France comme délégué en 1958, puis comme membre de son Conseil exécutif qu'il dirigea de 1959 à 1960⁹⁴⁶. Cette figure éminente de l'État constitua sans aucun doute un soutien

⁹⁴¹ D'après une autre source, il s'agissait plus vraisemblablement de Mlle Creelman.

⁹⁴² Lettre du 26 mai, même endroit.

⁹⁴³ Lettre du 30 mai 1961, même endroit.

⁹⁴⁴ *Ibid.*

⁹⁴⁵ Pierre LEFEBVRE, Société médicale des hôpitaux. Nécrologie Eugène Aujaleu (1903-1990), *Annales de médecine interne*, vol. 142, n°8, 1991, p 632-633

⁹⁴⁶ *Ibid.* En 1964, il fut nommé, par le ministre Marcellin, Directeur de l'Institut national de l'hygiène, avec pour mission de le transformer en un Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), organisme désormais centré sur « les problèmes de recherche biologique, clinique et de santé publique » *Id.* p 632.

indiscutable et indiscuté pour le projet de création de l'EIEIS. S'ils renseignent sur le fonctionnement de l'appareil hiérarchique, ces échanges de courriers donnent aussi des indications assez précises sur le déroulement chronologique et les prémisses du projet, notamment en ce qui concerne les premiers recrutements et le choix de la ville finalement retenue pour l'ouverture de l'École. Ils informent aussi sur ce qui se joua d'emblée en termes de reconnaissance statutaire de ces postes d'un genre nouveau, d'un niveau supérieur par définition. Le problème était d'autant plus délicat que la question des statuts du corps enseignant des écoles d'infirmières ou de cadres n'avait alors jamais été soulevée. Enfin, la longue réflexion de la première recrue, ses hésitations et sa recherche d'assurance concernant la stabilité de sa situation, son sens aigu de la négociation qui apparaissait en filigrane, le fait que toutes ses questions et préoccupations furent scrupuleusement prises en compte au plus haut niveau, témoignent du caractère précieux de cette candidature. En l'absence d'indication sur une éventuelle protection ou un soutien personnel dont elle aurait pu bénéficier, il est possible, pour expliquer la bienveillance conjointe du Ministère de la Santé et de la Direction générale des HCL, d'émettre l'hypothèse de la rareté des personnes volontaires et présentant les compétences nécessaires pour se lancer dans ce qui ressemblait à une périlleuse aventure. La première recrue en présentait le profil.

Le parcours⁹⁴⁷ de cette candidate, née à Reims le 10 août 1925, correspondait par sa diversité, aux exigences de l'OMS. Après des études classiques jusqu'au baccalauréat de lettres qu'elle obtint en 1944 dans un établissement catholique à Reims, elle entreprit des études conduisant au diplôme d'aide médico-sociale de la Croix-Rouge française. Ce diplôme permettait alors d'exercer les fonctions d'infirmière à l'hôpital pendant la guerre, après une formation d'un an⁹⁴⁸. Elle ne mena pas cette formation à son terme pour des raisons personnelles et entreprit en 1948, des études d'infirmière à l'école des infirmières des facultés libres de Lille. Diplômée d'État en 1950, elle exerça à l'Hôpital de la Charité à Lille pendant deux ans. En 1952, elle fut recrutée comme monitrice à l'école d'infirmières où elle avait effectué ses études. Elle exerça cette fonction pendant un an et entreprit en 1953, des études à l'école des cadres de la Croix Rouge française à Paris où elle obtint un certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmière monitrice⁹⁴⁹. En 1954, elle exerça comme monitrice à l'école d'infirmières du centre hospitalier de Saint Quentin, dans l'Aisne.

En 1955, à trente ans, elle fut recrutée par l'OMS et débuta ainsi un exercice international, au gré des missions qui lui furent alors confiées. De 1955 à 1957, elle officia en Tunisie où elle s'occupa de l'organisation de la formation des infirmiers et infirmières des écoles de Tunis,

⁹⁴⁷ Curriculum vitae (CV) et autres documents, archives EIEIS, dossier « Enseignants ». Voir aussi Michel POISSON, *Infirmières, enseignantes et pionnières...* *op cit.*

⁹⁴⁸ Ce titre fut validé en 1964 pour exercer en qualité d'infirmier ou d'infirmière auxiliaire. Décret du 13 novembre 1964, *op cit.*

⁹⁴⁹ Il s'agissait là d'un diplôme d'école, le CAFIM n'ayant été officialisé qu'en 1958. Voir *supra*.

Sousse et Sfax. De novembre 1957 à mars 1958, en l'absence de poste en langue française pour l'OMS, elle fut chargée par la France d'un projet de protection maternelle et infantile (PMI) au Sénégal. De 1958 à 1961, elle fut à nouveau chargée d'une mission par l'OMS, pour l'organisation de la formation des infirmiers, infirmières et sages-femmes au Cambodge. Elle travailla alors à Phnom-Penh, siège de la seule école existante. C'est en 1961, après mûre réflexion, qu'elle obtint une bourse de l'OMS pour aller se former et étudier les formations supérieures en Amérique du Nord, en vue de la fondation en France de l'EIEIS. Il n'est pas douteux que sa candidature pour le poste fut retenue par les autorités nationales et internationales en raison de ce riche parcours de missionnaire pour l'OMS. C'est donc à l'occasion de cette nouvelle mission qu'elle rencontra Huguette Bachelot, la seconde candidate pressentie pour ce qui allait devenir leur aventure commune. Elles firent d'ailleurs connaissance « à l'aéroport »⁹⁵⁰, en partance pour le Québec.

Huguette Bachelot, infirmière exploratrice et engagée

En 1957, Huguette Bachelot se retrouva sur les rangs suite à la recommandation de l'ancienne directrice adjointe de l'école des cadres de la Croix Rouge française à Paris, où elle avait fait ses études. Cette directrice adjointe, devenue infirmière conseillère au ministère de la Santé publique et de la Population, avait dans les années 1950 secondé à l'école des cadres, Mlle Jane Martin, directrice, qui avait représenté la France à la conférence sur les programmes d'enseignement infirmier supérieur pour les étudiantes étrangères⁹⁵¹. Le parcours⁹⁵² d'Huguette Bachelot est lui aussi très édifiant, quoique différent de celui de sa future collègue de voyage d'étude et de formation. Née le 27 août 1923 à Djidjelli, en Algérie, elle avait vingt ans quand elle obtint son diplôme d'aide médico-sociale de la Croix Rouge à Mascara. De 1943 à 1946, elle s'engagea dans la Croix Rouge française pour la durée des hostilités et travailla à l'hôpital militaire de Mascara. Le débarquement allié en Algérie à la fin de l'année 1942 et la bataille de Tunisie qui prolongea l'événement générèrent un besoin important en personnels sanitaires dans la région. Mineure à l'époque, elle dut obtenir l'autorisation de ses parents et notamment de son père, magistrat, pour s'engager dans cette activité consistant en une irruption assez fracassante dans le monde des soins. Affectée successivement dans les services de phthisiologie, chirurgie, contagieux, laboratoires, elle y découvrit des maladies comme le croup, le typhus, la tuberculose et même quelques cas de peste. Elle fit à cette très violente occasion, connaissance avec la souffrance physique et psychique, la peur, l'absurdité de situations dans lesquelles elle était inévitablement impliquée et bien souvent, la mort :

⁹⁵⁰ C'est en ces termes qu'Huguette Bachelot présenta leur première rencontre au cours d'un entretien les 2 et 3 décembre 2010.

⁹⁵¹ OMS, *Programmes d'enseignement infirmier supérieur pour étudiantes étrangères...* op. cit

⁹⁵² Curriculum vitae et autres documents, archives EIEIS, dossier « Enseignants ». Entretiens des 2 et 3 décembre 2010. Voir aussi Michel POISSON, *Infirmières, enseignantes et pionnières...* op. cit.

Il y avait un service de tuberculose, ça mourrait toutes les nuits et c'étaient surtout des légionnaires. Et ces légionnaires, ça a été terrible pour moi de commencer comme ça... J'étais d'une naïveté absolue, je croyais encore presque que les enfants naissaient dans des choux. J'ai été jetée là-dedans mais [...] La nuit, on était seuls, avec un gitan qui avait une lampe à acétylène, on n'avait pas d'électricité et là il y avait dans cet étage de tuberculeux, des légionnaires de tous les pays d'Europe qui mourraient là et qui m'ont laissé de l'argent, des bijoux, des messages pour des familles dans le sud de la Pologne [...] Je me suis trouvée dans des trucs invraisemblables, des demandes en mariage [...] Il y en avait un qui allait boire le sang des bêtes à l'abattoir pour pouvoir m'épouser.⁹⁵³

Autant d'expériences qui contribuèrent sans aucun doute à forger la personnalité de celle qui se décrivait comme une candide jeune fille à l'aube de ces premiers engagements. De 1946 à 1948, elle effectua ses études d'infirmière à l'école de la Croix Rouge à Nice, sur l'insistance de sa mère. Celle-ci avait, dans un élan un peu trop protecteur à son goût, jeté pour elle son dévolu sur une école où l'on parlait français :

Ma mère ne voulait pas que j'aille à l'école de la Croix Rouge qui était à Alger en pleine Casbah et où la langue arabe était obligatoire. C'était le moins qu'on pouvait faire [...] ma mère avait l'idée fixe qu'il fallait préserver sa fille, car elle n'avait que des garçons. Alors les garçons ils pouvaient faire comme ils voulaient mais la fille [...] C'était bouclé ! Et hyper protégé. Donc on m'a inscrite à St Joseph, chez les bonnes sœurs de St Joseph là-haut à Paris [...] Et puis quand on a passé nos vacances à Nice et qu'on a visité l'école d'infirmières, mon père a dit « effectivement elle sera bien là », surtout que j'avais deux tantes, les deux sœurs de ma mère qui étaient là.

Nice à défaut de Paris, peu lui importait. Ni l'une ni l'autre de ces solutions ne lui convenait vraiment. Pour sa part, elle aurait bien fait ses études à Alger, bien décidée à faire l'effort de s'adapter aux mœurs locales. Elle ne savait pas encore que cet épisode *a priori* anodin, mais où s'entrechoquaient déjà les cultures et les langues, participerait à sa manière de regarder la formation et les études à l'École internationale où viendraient se former à la fois des étudiants de l'ancien Empire colonial français, mais aussi d'anciens pays colonisateurs européens. Munie de son diplôme d'État d'infirmière, elle travailla de 1948 à 1949 comme infirmière de santé publique en Casbah d'Alger. De 1949 à 1950, elle occupa le poste d'infirmière responsable d'un service de chirurgie infantile spécialisé dans les malformations congénitales. Dans le même temps, elle prépara le diplôme d'infirmière anesthésiste⁹⁵⁴ à l'École d'anesthésie de l'hôpital Mustafa, futur CHU d'Alger. Cette nouvelle qualification obtenue en 1951 après deux ans de formation, lui permit d'exercer comme infirmière anesthésiste en chirurgie infantile, adulte et chirurgie d'urgence pendant deux ans. De 1953 à 1955, elle s'arrêta longuement de

⁹⁵³ Entretiens des 2 et 3 décembre 2010. Pour tous les *verbatim* suivants, la source est la même sauf précision inverse.

⁹⁵⁴ Il s'agissait alors d'un diplôme d'école, car le Certificat d'aptitude aux fonctions d'aide-anesthésiste, ne fut créé que dix ans plus tard. Voir *supra*.

travailler suite à une tuberculose pulmonaire contractée en intubant⁹⁵⁵ des enfants pour l'anesthésie. Elle reprit le travail de 1955 à 1956 comme surveillante de bloc opératoire, puis exerça les fonctions de surveillante chef d'un service de 150 lits de chirurgie générale, orthopédie, neurochirurgie, d'un centre de rééducation et d'un service de consultations.

La guerre d'Algérie avait débuté et gagnait en intensité. Non seulement l'hôpital d'Alger n'était pas à l'abri des événements, mais il était même le théâtre de certaines pratiques en relation directe avec ces derniers : « L'hôpital était farci de coins où on allait peu et où il y avait des gens qui travaillaient pour le FLN. Et puis [...] dans les services on avait des bonnes sœurs qui cachaient des gens du FLN à la police, on avait tout à la fois, selon les options de chacun ». Un épisode l'avait particulièrement marquée. Comme surveillante chef, elle avait eu l'idée d'aller voir ce qui se passait « aux chiens », chenil au service de la médecine expérimentale. Même si ce lieu faisait partie du territoire dont elle avait la charge, elle le fréquentait habituellement assez peu, d'autant qu'elle connaissait bien, appréciait et faisait une confiance absolue à l'aide-soignant algérien qui s'en occupait. Un employé de son service l'avait vivement dissuadée de faire cette visite, en lui expliquant que c'était dangereux. Après beaucoup d'hésitations, elle y renonça. Quarante-huit heures après, l'aide-soignant qui y travaillait était arrêté. Il y fabriquait des bombes pour le FLN. Cette tranche de vie professionnelle sur fond d'une autre guerre avait, elle aussi, contribué pour une bonne part à étayer le caractère et le regard sur le monde de cette trentenaire aguerrie par la force et le cours des choses. Elle y avait entre autres, appris à discerner l'essentiel du plus futile et à regarder l'avenir sans trop d'appréhension.

De 1956 à 1957, elle prépara le Certificat d'aptitude aux fonctions de surveillante à l'école des cadres de la Croix Rouge à Paris. Elle y fit la connaissance des deux fondateurs de l'établissement en 1951 : le professeur Fred Signier, qui y avait apporté sa caution médicale et Mlle Jane Martin, directrice. Alors que le certificat obtenu la préparait plutôt aux fonctions administratives, elle fut recrutée en 1957 comme monitrice à l'école d'infirmières de l'hôpital d'Alger. Elle y enseigna les soins infirmiers en chirurgie et réanimation, l'anatomie, la physiologie et l'administration. Elle dispensa aussi un enseignement clinique au lit du malade. A l'époque, elle inventa même, contrainte par les circonstances, une sorte d'hôpital-école de type nightingalien : « le matin il n'y avait plus d'infirmières dans ce service. C'étaient les élèves de l'école qui assuraient les soins sous ma direction ». Parallèlement, elle fut chargée d'assister la directrice de l'école. Elle occupa ces fonctions diversifiées jusqu'en 1961, année de son implication dans le projet de l'EIEIS.

Ce parcours professionnel pour le moins dynamique, se doubla d'un itinéraire témoignant d'un engagement ininterrompu, à la fois professionnel, associatif et syndical. Présidente de l'UCSS

⁹⁵⁵ Technique consistant à introduire par la bouche ou le nez et à travers le pharynx, un tube dans la trachée.

pour l'Algérie de 1949 à 1952, elle assura de 1953 à 1956 la présidence pour l'Algérie de l'Association nationale des infirmières françaises diplômés d'État⁹⁵⁶. De 1957 à 1960 enfin, elle fut membre du groupe des monitrices du CEEIEC. Dans le même temps, elle officia comme déléguée syndicale du personnel du centre hospitalier d'Alger sous la bannière de la CTFC de 1952 à 1959. Au croisement de ses engagements professionnels, associatifs, syndicaux et confessionnels, elle assura la responsabilité, de 1949 à 1959, du transport et des soins infirmiers d'un groupe de 30 grands malades accompagnés tous les ans depuis l'Algérie jusqu'à Lourdes pour un séjour de deux semaines⁹⁵⁷.

En 1960, Huguette Bachelot avait 37 ans. Son parcours témoigne d'un profil de pionnière comme infirmière praticienne, surveillante ou enseignante, et de militante, tant du point de vue syndical que professionnel. Comme pionnière, elle était à l'avant-garde et défrichait des terrains inexplorés sur tous les fronts. Elle avait à peine vingt ans et n'était pas encore infirmière lorsqu'elle se retrouva confrontée à la réalité des soins en pleine guerre mondiale en 1943. Elle travailla comme infirmière anesthésiste près de 10 ans avant la création officielle de cette spécialité en France. Comme sa collègue, elle était l'élève de l'école de cadres fondatrice de la Croix Rouge française, avant même la création officielle du diplôme et de la formation nationaux. Comme militante, elle prit ses premières responsabilités à 26 ans, en tant que présidente régionale de l'UCSS. Enfin, elle avait à peine 30 ans lorsqu'elle s'engagea syndicalement, ce dernier événement témoignant d'une ouverture sur le monde qui débordait les combats purement professionnels.

En 1961, les chemins des deux candidates à la direction de la future EIEIS se rapprochèrent jusqu'à ne faire plus qu'un pendant un moment. C'est ensemble qu'elles s'envolèrent pour l'Amérique au mois d'août 1961 et qu'elles y restèrent jusqu'à leur retour à Lyon en octobre 1962.

Deux directrices potentielles en formation au Québec et en voyage d'étude en Amérique du Nord (août 1961 - octobre 1962)

À en juger par la première lettre reçue en 1960 par Nicole Mennesson, il était question, au départ, de partir aux États-Unis ou au Canada. Les deux derniers courriers montrèrent

⁹⁵⁶ ANIFDE, ancienne ANIDEF et future ANFIIDE. Ce passage, dans le monde associatif, de l'UCSS de ses débuts en 1949 à l'ANIFDE en 1953 témoigne aussi de sa volonté de s'engager délibérément dans un combat pour la professionnalisation et la promotion du métier d'infirmière plus marqué dans cette association qu'à l'UCSS, historiquement guidée par des considérations strictement confessionnelles. Voir *supra*.

⁹⁵⁷ Elle était catholique pratiquante, mais elle en faisait une affaire privée. Elle entretenait un rapport très libre à la religion. Elle n'avait rien d'une bigote et posait un regard distancié et critique sur les « bonnes sœurs » au regard sur le monde parfois trop étroit à son goût. Elle avait délibérément séparé ses réflexions et engagements professionnels de la question religieuse qui, pour elle, « n'avait rien à voir ». Entretien des 2 et 3 décembre 2010.

néanmoins une évolution radicale en ne mentionnant plus que le Canada et en l'occurrence, le Québec. C'est que ni l'une ni l'autre, n'étaient des anglicistes chevronnées. Pour sa part, Huguette Bachelot devait partir à Washington, mais y renonça très vite, consciente de ses handicapantes lacunes de ce point de vue, en dépit des conditions familiales plutôt favorables au bilinguisme dont elle avait bénéficié :

Au départ, je dois partir à Washington [...] on m'avait dit on verra bien si votre anglais est suffisant ou pas. Moi je le trouvais tout à fait insuffisant. Je ne comprenais rien, au départ. J'avais toujours été épouvantable en anglais [...] ma mère parlait anglais, petite. Elle avait imaginé quand on était enfant de nous parler anglais, on a fait la grève de l'écouter, la grève de parler [...] Elle a renoncé la pauvre, c'était très dommage [...] j'ai dit non ce n'est pas possible, je ne vais pas faire des études universitaires dans ces conditions-là. Donc on m'a dit... l'université libre de Montréal.

Le bilinguisme figurait pourtant bien dans les projets initiaux de l'OMS, comme une condition de recrutement de la future directrice de l'EIEIS qui devait « connaître à fond le français et l'anglais ». L'abandon rapide de cette exigence témoignait aussi bien de l'adaptation des tenants de l'entreprise aux réalités complexes du monde. En l'occurrence, la décision fut prise de parer au plus pressé, au prix d'une première entorse à un projet initial teinté d'idéalisme.

Les deux recrues furent dotées d'une « Bourse OMS pour étudier les formations supérieures en Amérique du Nord en vue de la fondation en France de l'École internationale d'enseignement infirmier supérieur ». Cette étude consistait d'une part en la « Préparation du Baccalauréat Ès sciences infirmières à l'université de Montréal » et d'autre part, en un « voyage d'observations dans les Ecoles supérieures nord-Américaines »⁹⁵⁸. Toutes deux s'envolèrent pour le Québec et se retrouvèrent à la fin de l'été 1961 à l'Institut Marguerite d'Youville, université de Montréal, chez les sœurs grises, afin d'y préparer le Baccalauréat (Bachelor) ès sciences infirmières. Elles y furent d'autant mieux accueillies que Sœur Denise Lefebvre, directrice de l'Institut, avait participé en 1959 à la conférence sur l'enseignement infirmier supérieur pour étudiantes étrangères⁹⁵⁹. Leurs parcours respectifs, émaillés de diplômes divers, leur valurent d'être admises toutes les deux directement en deuxième année sans difficulté. Cette formation, très personnalisée en raison des objectifs institutionnels qui dépassaient largement les projets individuels des étudiantes⁹⁶⁰, dura un peu moins d'un an. C'est par une lettre signée d'elles deux et adressée en mai 1962 à « Monsieur le DIRECTEUR GENERAL de la Santé Publique », en l'occurrence le Dr Aujaleu, à qui elles apprirent l'issue favorable de cette première partie de

⁹⁵⁸ CV Nicole Mennesson, dossier « Enseignants », *op. cit.*

⁹⁵⁹ OMS, *Programmes d'enseignement infirmier supérieur pour étudiantes étrangères...* *op. cit.*

⁹⁶⁰ Entretien avec Huguette Bachelot les 2 et 3 décembre 2010. Elle précisa modestement que tout le monde était bien conscient à l'Institut Marguerite d'Youville, jusqu'à l'évêque qui en assurait la supervision, qu'il s'agissait là de la mise en œuvre d'un projet de portée nationale et même internationale, de surcroît engagé à l'initiative de l'OMS, et que les diplômes remis à ces deux directrices potentielles avaient une forte portée symbolique, bien au-delà des qualifications individuelles.

leur voyage en Amérique : « Nous sommes heureuses de vous annoncer que nous avons obtenu, toutes deux, le baccalauréat en sciences du nursing de l'Université de Montréal et que nous allons commencer un voyage d'étude à travers Canada et Etats- Unis.⁹⁶¹ ». Huguette Bachelot, avait démontré de telles capacités d'apprentissage et d'adaptation qu'elle avait même reçu une « très grande distinction ⁹⁶²», assortie des félicitations de l'évêque⁹⁶³.

La deuxième partie du voyage consista, pour les deux boursières, à visiter diverses institutions de formations supérieures dans cette région du monde. Elles effectuèrent pour l'occasion, un impressionnant périple. Au Canada, leur visite des Écoles supérieures en soins infirmiers les conduisit, au-delà de l'Institut Marguerite d'Youville à Montréal qu'elles expérimentèrent comme étudiantes, à Québec, Ottawa, Toronto, Winnipeg, Edmonton et Vancouver. Aux États-Unis, elles visitèrent les Écoles supérieures des villes de Détroit, Seattle, San Francisco, Iowa City, Washington et New York⁹⁶⁴. Pour tous ces déplacements, un avion était mis à leur disposition par l'OMS⁹⁶⁵, engagement financier qui témoignait des enjeux de ce projet d'École francophone en Europe. Huguette Bachelot s'exprimait ainsi sur ce voyage qui avait littéralement changé son regard sur la profession d'infirmière :

Une des aventures pour moi aux États-Unis, les plus importantes, ça a été de voir à quel point pour elles c'était aussi bien que d'être médecin. Dans leur choix de carrière ou autre, c'était autre chose, mais c'était aussi bien, alors que les infirmières françaises n'avaient qu'un rêve, c'était de gratter quelque chose à la médecine. Et elles n'étaient pas fières d'être infirmières. C'était de toute manière pour elles un sous-ordre et ça c'était vraiment une aventure très grande pour moi.⁹⁶⁶

Comme dans les écoles supérieures canadiennes, elle avait retenu de ce voyage la lutte pour l'autonomie par rapport à la médecine, déployée par les infirmières. Ces observations la conduisirent à la prise de conscience des possibilités concrètes d'émancipation qu'elle ressentait jusqu'alors assez confusément, mais aussi du long chemin qui restait à parcourir en France, où la situation relevait à ses yeux de ce qu'elle n'hésitait pas à qualifier de marasme. Elle s'était d'ailleurs engagée dans ce projet en le regardant comme un immense défi à relever, malgré le prix très fort à payer individuellement, notamment en raison de l'angoissante incertitude générée par la crise algérienne :

Il y avait une vraie volonté de l'O.M.S. de sortir la France de son retard par rapport aux pays anglo-saxons. Et moi ça a été la plus profonde motivation. J'ai toujours été européenne, profondément et je m'intéressais à la création de l'Europe depuis le début. Et l'idée que les pays de langue française étaient

⁹⁶¹ Lettre du 13 mai 1962, Archives EIEIS, dossier « Enseignants ».

⁹⁶² CV, Huguette Bachelot, même endroit

⁹⁶³ Entretien des 2 et 3 décembre 2010.

⁹⁶⁴ Cette description figure explicitement dans le CV de Nicole Mennesson, même endroit.

⁹⁶⁵ Entretien Huguette Bachelot, 2 et 3 décembre 2010. Avant leur retour en France, elles firent toutes deux une escapade d'ordre personnel au Mexique sur leurs propres deniers.

⁹⁶⁶ *Ibid.*

tellement en retard par rapport aux anglo-saxons, ça ne passait pas quoi. Et quand on m'a dit mais cette école c'est l'occasion de, mais j'aurais accepté n'importe quoi alors que je savais que je laissais ma famille dans une difficulté immense, que ça allait être très dur pour moi d'être au Canada où les nouvelles arrivaient ou n'arrivaient pas. Je ne savais rien de ce qui se passait vraiment en Algérie [...] Bon, mais la motivation était tellement forte de pouvoir sortir la France de ce marasme.

Le terme de marasme était sans aucun doute exagéré. Mais le contraste perçu était d'autant plus saisissant qu'elles visitèrent des écoles supérieures, loin de représenter la totalité de la réalité américaine. Il en allait de même s'agissant de l'expression de la fierté d'être infirmières, largement conditionnée par les caractéristiques de leurs interlocutrices. Il n'en restait pas moins que cette réalité-là, fût-elle très sélective, contribua à modifier son regard sur la situation française et à renforcer d'autant plus son engagement dans l'action. Au terme de ce voyage de formation et d'étude, les deux recrues rentrèrent toutes les deux en France en octobre 1962. Il s'agissait désormais pour elles de s'occuper très concrètement des travaux préliminaires à l'ouverture de l'EIEIS, avec l'aide précieuse de l'OMS. Elles étaient d'ailleurs amplement édifiées sur l'avancée du projet à travers un courrier adressé au mois d'avril 1962 par le docteur Aujaleu à Nicole Mennesson, toujours en quête persévérante de clarification de sa position. Celui-ci avait en effet confirmé l'engagement ferme des HCL, tant pour sa situation personnelle que pour la création de l'EIEIS, au point de mentionner les travaux de construction du bâtiment destiné à l'accueillir :

A la suite de mon intervention en votre faveur, M. le Directeur Général des Hospices Civils de Lyon a bien voulu me faire savoir qu'il est d'accord pour vous recruter comme titulaire dans cet établissement dès septembre 1962 ; ceci vous permettra de participer à la préparation de l'ouverture de l'Ecole internationale prévue pour octobre 1963, tant au point de vue de l'établissement du programme que de l'aménagement des locaux dont la construction doit commencer courant 1962⁹⁶⁷.

Dans le même courrier, il lui fit part de sa volonté de remédier à l'absence totale de statuts des monitrices et directrices d'écoles, contrairement aux infirmières et aux surveillantes⁹⁶⁸, préoccupation qui la concernait d'autant plus, ainsi que sa collègue de voyage, que la situation de l'EIEIS était inédite. Toute décision en direction de cette nouvelle structure supposait donc qu'une solution fût d'abord trouvée pour la totalité des personnels évoluant dans la sphère de

⁹⁶⁷ Lettre du 3 avril 1962, Archives EIEIS, dossier enseignants. Comme rappelé au cours des délibérations du Conseil général d'administration des HCL du 9 janvier 1963, la question de la construction du bâtiment avait été abordée dès le début de l'année 1962 et rapidement entérinée : « Par délibération du 31.1.1962 et du 25 avril suivant, approuvées, le Conseil Général d'Administration des H.C.L. a adopté le programme de construction des bâtiments devant abriter, d'une part l'Ecole de Cadres infirmiers de la Région RHONE-ALPES qui fonctionne à l'Hôtel-Dieu depuis le 1.10.1961, et, d'autre part, l'Ecole Internationale de Cadres Infirmiers supérieurs. Cette réalisation est financée à 40% de subventions par l'Etat ». Au cours du même Conseil d'administration fut rappelée l'intégration dans le personnel des HCL de « Melles BACHELOT et MENNESSON, futures monitrices de l'Ecole, diplômées de l'Ecole supérieure de Cadres Infirmiers de MONTREAL (Canada) », ceci « par délibération du 3.10.1962, approuvée ». Registre des délibérations..., *op. cit.*

⁹⁶⁸ Un décret précisant le statut de ces personnels fut en effet publié le 2 février 1962. Voir *infra*.

l'enseignement. Pourtant à l'état embryonnaire, le projet d'EIEIS introduisait déjà un questionnement sur la marche du monde et induisait même l'urgence de le transformer :

Je me préoccupe par ailleurs, en fonction des récentes dispositions concernant la nouvelle échelle indiciaire applicable aux infirmières et aux surveillantes, d'obtenir que la situation des directrices et monitrices, notamment des écoles de cadres, soit étudiée et qu'un statut prévoie pour elles des règles normales de déroulement de carrière, avec des indices de traitement correspondants.⁹⁶⁹

En plus des deux directrices potentielles, deux autres personnes furent recrutées un peu plus tard, dans le but de constituer par anticipation, un équipage opérationnel pour l'ouverture de l'École.

Catherine Mordacq et Marie-Françoise Collière, premières monitrices pressenties

Catherine Mordacq naquit le 24 avril 1924 à Sedan⁹⁷⁰. Fille de militaire⁹⁷¹, elle apprit rapidement à voyager. A 13 ans, elle partit au Maroc avec son père, officier général chargé du commandement de la cavalerie de ce territoire. Un premier baccalauréat en poche en 1942, elle prépara et obtint à Rabat, le diplôme d'aide médico-sociale en 1943. Elle entreprit ensuite des études à l'école d'infirmières de Casablanca et obtint son diplôme d'État en 1945. De retour en France juste après la guerre, elle passa une année « à ne rien faire » à Libourne chez une tante. En 1946, elle commença des études d'assistante sociale à l'École normale sociale de Bordeaux. Diplômée en 1948, elle prit un poste d'assistante sociale de secteur à la caisse d'allocations familiales de la Gironde pendant un an. Elle exerça la même activité à la Mutualité agricole du Calvados, jusqu'en 1950. Elle découvrit alors les conditions difficiles de cette population rurale d'une grande pauvreté et en même temps, les difficultés de l'exercice de la profession d'assistante sociale dans ces circonstances. A la fin de cette mission, une cousine lui fit part d'une proposition qui lui était faite par une association plaçant des jeunes gens désireux de pratiquer la langue anglaise dans des familles en Angleterre. Très intéressée par cette opportunité, elle partit pendant un an dans une famille d'accueil. Elle y apprit effectivement l'anglais. En décembre 1951, sollicitée par la Croix Rouge, elle s'engagea comme infirmière dans le corps expéditionnaire des forces armées d'Extrême Orient en Indochine. Elle était alors désireuse de « servir la France », comme pour réparer le sentiment de n'avoir « pas du tout subi la guerre. » Elle exerça alors à Saïgon dans « un hôpital de l'arrière » puis à Haïphong dans un hôpital « tenu par la marine », jusqu'en juillet 1953.

⁹⁶⁹ *Ibid.*

⁹⁷⁰ Curriculum vitae et autres documents, archives EIEIS, dossier « Enseignants ». Entretiens des 2 et 3 décembre 2010. Voir aussi Michel POISSON, *Infirmières, enseignantes et pionnières...* *op cit.*

⁹⁷¹ Sa mère, au foyer, décéda lorsqu'elle avait 5 ans.

D'octobre 1953 à octobre 1962, elle obtint par le biais de la Croix Rouge, un poste de monitrice à l'école d'infirmières et d'assistantes sociales du Comité national de défense contre la tuberculose à Paris. Cette période fut caractérisée par plusieurs interruptions pour des études. De 1954 à 1955, elle prépara le certificat de cadre, option monitrice, à l'école des cadres de la Croix Rouge Française à Paris. En juillet, elle réintégra son école d'origine, où elle enseigna jusqu'en septembre 1955. Elle saisit alors une opportunité qui lui était offerte par Mademoiselle de Cuverville, directrice de l'école. Dans le cadre d'une association « France-Amérique », il était alors possible à des volontaires, grâce à l'attribution d'une bourse, d'aller effectuer des études aux États-Unis. Elle partit donc à *Syracuse University*, État de New York, pour y suivre des études de pédagogie. Comme la bourse attribuée ne lui permettait pas de satisfaire tous ses besoins, elle travailla tous les week-ends et la moitié des vacances comme infirmière au *Syracuse Hospital* à New York puis au *Presbyterian Hospital* à Chicago. A cette occasion, elle découvrit un système hospitalier et une organisation du travail « totalement différents », contrastant tellement avec le système français, que ce dernier lui apparut alors au « stade de la préhistoire ». L'organisation du travail des infirmières en secteurs, chacune étant responsable d'un nombre limité de patients, comparée à l'organisation à la tâche d'inspiration taylorienne qui caractérisait les hôpitaux de l'Assistance publique de Paris la frappa particulièrement. En outre elle découvrit aussi une organisation de la direction de l'hôpital qu'elle décrivait comme « tripartite : direction des soins infirmiers, direction médicale et direction administrative ». Nul doute que cette expérience, et l'effet de contraste qu'elle offrait, influença le regard qu'elle portait sur la situation de la profession d'infirmière et des soins infirmiers en France. Enfin, elle profita de ce voyage pour s'offrir avec une amie, à un prix compatible avec ses faibles moyens de l'époque « un grand billet pour faire le tour des États-Unis en autocar ». A la fin de cette période, elle réintégra son école de rattachement en septembre 1956.

Au début de l'année 1962, après avoir été recommandée en France par les mêmes voies qu'Huguette Bachelot, et sans doute compte tenu de sa remarquable expérience professionnelle et linguistique, elle fut sollicitée par le bureau de l'OMS Europe pour partir se former aux États-Unis afin d'occuper un poste de monitrice à la future EIEIS. A l'été, après l'attribution d'une bourse de l'OMS, elle repartit donc à New York, pour y effectuer des études au *Teachers College, Columbia University*. Elle y prépara un *bachelor of arts* qu'elle obtint en 1963, puis un *master of sciences* en février 1965⁹⁷². Dans cette formation universitaire d'enseignants toutes disciplines confondues, elle fut marquée par « deux ou trois idées » qui devinrent des leitmotivs structurants dans son exercice futur d'enseignante-formatrice. Un colloque sur l'évaluation et la découverte des travaux de Benjamin Bloom, psychopédagogue américain, la marquèrent au

⁹⁷² Entre temps, elle se présenta aux épreuves et obtint le baccalauréat de philosophie au Consulat de France à New York le 5 juin 1964. Entretien des 2 et 3 décembre 2010. Les études préparant à ce master furent réalisables en raison du report de l'ouverture de l'EIEIS à l'automne 1965 qui lui permit de prolonger son séjour studieux aux États-Unis et d'augmenter d'autant sa qualification.

point qu'elle y trouva l'inspiration pour préparer une thèse qui la conduisit à l'obtention d'un doctorat de troisième cycle en sciences de l'éducation à l'université de Lyon en 1980. Les travaux de la psychiatre et psychologue américaine Elisabeth Kübler-Ross, qui effectuait alors aux États-Unis les premières recherches sur le processus de deuil, retinrent également toute son attention. Son intérêt se portait autant sur le domaine exploré - le vécu de l'approche de la mort était alors à peu près inconnu des psychologues - que sur ses méthodes de recherche. Aux yeux de Catherine Mordacq, cette chercheuse, en allant simplement demander aux personnes ce qu'elles ressentaient à l'approche de la mort, avait « ouvert un champ extraordinaire d'expérience ». Elle s'appropriä cette méthode concernant les soins infirmiers : « on ne sait rien tant qu'on n'a pas parlé aux personnes ... aux malades ou aux personnes qui les accompagnent. On ne sait rien et on fait n'importe quoi ». Enfin, elle fut marquée par les évaluations de la qualité des soins qui étaient conduites dans les hôpitaux, pratiques alors inconnues en France. Elle rentra en France en mars 1965, où elle fut recrutée comme monitrice à l'EIEIS en prévision de la rentrée à l'automne suivant.

Marie Françoise Collière naquit le 6 avril 1930 à Oran⁹⁷³ et décéda à Lyon le 27 janvier 2005. Son père était responsable d'une entreprise de défrichage agricole à Aïn Témouchent, en Algérie⁹⁷⁴. Elle quitta ce territoire en 1939 et vécut avec sa mère, ses deux frères et sa sœur, en région parisienne. Son père resta en Algérie et ne rejoignit la métropole qu'à la fin de sa vie, bien après l'indépendance. Aucune de ses deux biographes, pourtant proches ou amies, n'évoque un divorce ni même une séparation du couple parental, chacune soulignant avec de nombreux autres témoins, l'aspect assez secret et même très énigmatique de sa personnalité⁹⁷⁵. Elle effectua ses études secondaires à Notre-Dame des Oiseaux, institution religieuse réservée aux « jeunes filles de bonne famille. »⁹⁷⁶ Un baccalauréat de philosophie lui permit de suivre à l'université de la Sorbonne à Paris, « en travaillant pour gagner sa vie »⁹⁷⁷, des cours de

⁹⁷³ Archives EIEIS, CV et autres documents, dossier enseignants. Les informations figurant sur les documents, notamment sur son parcours professionnel en début de carrière, ne sont pas précisément datées. René MAGNON, Marie-Françoise Collière, une infirmière/auteur engagée, notice nécrologique, *Soins* n° 694, 2005, p 17-19. Marie-André VIGIL-RIPOCHE, Marie-Françoise Collière 1930-2005. Une infirmière, Une historienne, Une auteure, Une pédagogue, Une conceptrice des soins et... Une femme, *Recherche en Soins infirmiers*, n° 107, 2011, p 7-22. Annie DENAYROLLES, Marie-Françoise COLLIÈRE, *Biographie. Une œuvre dédiée à la compréhension du prendre soin*, Paris, Seli Arslan, 2014. Voir aussi Michel POISSON, *Infirmières, enseignantes et pionnières...* *op cit.*

⁹⁷⁴ Aucune de ses biographes ne mentionne la profession de sa mère, qui était peut-être au foyer, au moins au début de son mariage. L'origine de ses ressources en métropole, lorsqu'elle quitta l'Algérie avec ses quatre enfants alors que son mari resta en Algérie, reste une énigme.

⁹⁷⁵ Quand bien même c'eût été le cas, faire part d'un divorce, voire d'une séparation dans cette famille issue d'un milieu catholique très pratiquant était d'autant moins envisageable. Tout au plus des rapports très conflictuels entre Marie-Françoise Collière et sa mère sont-ils évoqués par ses biographes. Annie Denayrolles fait par ailleurs remarquer que lors de la réalisation de son ouvrage, la famille et notamment ses frères et sa sœur ne souhaitaient pas que les informations renvoyant à sa vie personnelle fussent développées. Elle s'est donc limitée dans ce domaine, aux informations déjà publiées.

⁹⁷⁶ Marie-André VIGIL-RIPOCHE, Marie-Françoise Collière... *op. cit.* p 10.

⁹⁷⁷ Annie DENAYROLLES, *Marie-Françoise COLLIÈRE, Biographie...* *op. cit.* p 43. Aucune précision n'est néanmoins donnée quant au travail effectué.

psychologie et d'anthropologie de 1951 à 1953. Elle entra ensuite à l'école d'infirmières de la Croix Saint-Simon⁹⁷⁸ à Paris, pour y suivre des études qui la conduisirent au diplôme d'État d'infirmière en 1956 et d'assistante sociale en 1958. Elle avait, confia-t-elle un jour, choisi cette voie professionnelle pour « gagner sa vie »⁹⁷⁹. Compte tenu de cette double formation, elle travailla d'emblée dans le champ de la santé publique. Elle exerça alors en soins à domicile et en entreprise à Paris, puis à la Compagnie générale Transatlantique à Marseille. Elle travailla aussi en service d'hygiène scolaire⁹⁸⁰. En 1962, elle obtint son certificat de cadre option monitrice, après des études à l'École catholique de cadres d'infirmières et de monitrices de la rue de Vanves à Paris. Elle exerça ensuite pendant très peu de temps comme infirmière enseignante en école d'infirmières à Paris et à Chartres.

C'est probablement dans le courant de l'année 1963 qu'elle fut sollicitée par l'OMS, sur recommandation de la directrice de l'École de cadres de la rue de Vanves⁹⁸¹ au ministère de la Santé et de la Population. Il lui fut alors proposé une bourse lui permettant d'aller se former en Amérique du Nord, de façon à occuper les fonctions de monitrice à l'ouverture de l'EIEIS. Elle saisit cette opportunité et partit aux États-Unis. Elle prépara et obtint un *Master of science, Teaching Public Health Nursing* en 1965, à la *Wayne State University*, Détroit, Michigan. Il est très vraisemblable que cette spécialité d'enseignement des soins infirmiers de santé publique, et sans doute l'université de destination, lui furent vivement conseillées, sinon prescrites, par l'OMS⁹⁸². Cette organisation tenait, en effet, absolument à développer cet aspect des soins à l'EIEIS et notamment les soins de santé primaire, en particulier pour les pays en voie de développement, mais aussi pour certains pays dits développés, dont la France. Il est tout aussi probable que Marie-Françoise Collière accepta de bonne grâce cette orientation compte tenu de sa formation et de son parcours professionnel assez bref, qui montrait un attrait particulier voire exclusif pour la santé publique dès le début de sa carrière. Son expérience hospitalière était en effet littéralement inexistante, comme le rappela Catherine Mordacq avec un brin de malice⁹⁸³. A l'occasion de cette formation, elle développa une option anthropologie et sociologie des religions, occasion pour elle, d'approcher l'histoire des soins et des soignants, notamment à travers les œuvres de Florence Nightingale et d'Anna Hamilton qu'elle découvrit alors⁹⁸⁴. Cette première rencontre avec ces deux personnages marquants fut sans doute à l'origine d'un centre

⁹⁷⁸ Alors que son cv ne mentionne pas les lieux de ses études, nous avons trouvé ces informations dans un document de l'OMS intitulé « *questionnaire destiné à définir le profil des membres du tableau OMS d'experts en soins infirmiers* », archives EIEIS.

⁹⁷⁹ Annie DENAYROLLES, *Marie-Françoise COLLIÈRE, Biographie... op. cit.* p 44.

⁹⁸⁰ Cette activité figure ainsi libellée dans son cv. Plus précisément, d'après Catherine Mordacq, elle fut infirmière dans une école catholique pendant un an. *Id.* p 59.

⁹⁸¹ Catherine Mordacq, entretien des 2 et 3 décembre 2010.

⁹⁸² Voir *infra*.

⁹⁸³ Entretien des 2 et 3 décembre 2010.

⁹⁸⁴ S'agissant d'Anna Hamilton, il est assez remarquable qu'il fallût à cette infirmière française traverser l'Atlantique pour entendre parler de cette femme qui anima tout un courant des soins en France au début du siècle. Ces informations attestent en outre la richesse documentaire des universités américaines.

d'intérêt majeur pour l'histoire et singulièrement l'histoire des femmes soignantes qui traversa une vie professionnelle marquée, en 1982, par l'obtention à l'Université de Paris VII d'un Diplôme d'Études Approfondies d'histoire des civilisations sous la direction de l'historienne Michèle Perrot⁹⁸⁵. Dans le courant de l'année 1966, toujours grâce à une bourse de l'OMS, laquelle confirmait l'engagement de cette organisation pour le développement de l'enseignement de la santé publique, elle effectua ce qu'elle appela « un voyage d'information »⁹⁸⁶ sur les soins infirmiers de santé publique en Angleterre, en Belgique, en Suède et en Finlande.

En attendant leur prise de fonction, ces deux monitrices respectivement pressenties en 1962 et 1963 étaient pour l'heure occupées à se former. Pendant ce temps, il s'agissait pour Huguette Bachelot et Nicole Mennesson, après leur formation, de donner corps au projet d'ouverture de l'EIEIS, avec l'aide de l'OMS et notamment d'une consultante spécialement dépêchée à cette fin.

3.3 – Premières explorations, sous la houlette d'une consultante de l'OMS (novembre 1962- avril 1963)

Marjorie Duvillard, infirmière suisse : une consultante de choix pour les autorités françaises et un mentor d'exception pour les deux directrices potentielles de l'EIEIS

Née le 14 février 1911⁹⁸⁷ d'une mère écossaise et d'un père suisse, Marjorie Duvillard passa son enfance en Argentine avant que sa famille ne s'installât en Suisse où elle effectua la totalité de ses études secondaires jusqu'en 1929. Un milieu familial plutôt aisé lui permit ensuite de vivre une période qu'elle qualifia elle-même d'oisive. Elle suivit ensuite une formation d'infirmière à l'école « Le Bon Secours » à Genève. A la mort de son père en 1939, diplômée depuis 1935, polyglotte du fait de son ascendance mixte et de son enfance en Amérique du sud, elle fut sollicitée pour représenter l'Union internationale de secours aux enfants à la conférence panaméricaine de la Croix-Rouge au Chili en 1940. Dans les suites, elle accepta d'occuper bénévolement le poste de déléguée générale de cette organisation pour l'Amérique latine. Elle bénéficiait alors de l'aide financière de sa mère. Même si elle œuvra de façon informelle au départ, elle débuta ainsi une véritable carrière internationale.

⁹⁸⁵ Titre : *Du retour aux sources de l'histoire de la profession infirmière à une étude sur le « rôle de l'infirmière »*.

⁹⁸⁶ Archives EIEIS, cv MF Collière.

⁹⁸⁷ Juliana CARVALHO, *L'Union Internationale de Secours aux Enfants et sa Délégation générale en Amérique latine*, Mémoire réalisé en vue de l'obtention de la maîtrise universitaire en sciences de l'éducation – Analyse et intervention dans les systèmes éducatifs (AISE), sous la direction de Droux Joëlle, Université de Genève, 2017. Ces informations biographiques générales sont issues de cet ouvrage.

Grâce à une bourse d'études offerte par la Croix-Rouge américaine, elle put étudier les soins infirmiers à Washington pendant un an de 1943 à 1944. A l'occasion de l'attribution de cette bourse, elle fit la connaissance de Yvonne Hentsch, elle-même infirmière diplômée de l'école d'infirmières « La Source » à Lausanne. Cette compatriote avait effectué des études supérieures en soins infirmiers en Angleterre⁹⁸⁸ et aux États-Unis. Elle était devenue une personnalité de la Croix-Rouge internationale. Membre de la Ligue des sociétés de la Croix-Rouge depuis 1939, elle y occupa les postes de directrice du Bureau des infirmières, puis de sous-secrétaire générale responsable du secteur des services aux sociétés nationales. Marjorie Duvillard emboîta le pas de cette grande figure. Entre 1944 et 1948, elle fut déléguée pour l'Amérique latine du Bureau des infirmières de la Ligue des sociétés de la Croix-Rouge. Sur ce vaste espace, elle était notamment « chargée de rédiger des rapports et d'aider chaque société nationale de Croix-Rouge à se développer en termes de soins infirmiers. »⁹⁸⁹ À l'occasion d'un voyage pour des vacances en Suisse en 1946, son attention fut attirée sur la baisse d'activité et la situation financière préoccupante de l'école « Le Bon Secours » où elle avait fait ses études. La Fondation Rockefeller ayant été sollicitée pour examiner cette situation, elle servit d'interprète auprès de sa représentante qu'elle avait eu l'occasion de rencontrer en Amérique latine. La Fondation proposa d'aider l'école à la condition expresse que Marjorie Duvillard en prît la direction. Elle donna son accord en 1946, à condition d'être déchargée de sa mission en Amérique latine.

En acceptant la direction de l'École Le Bon Secours, Marjorie Duvillard était pleinement consciente que la tâche serait difficile. Elle avait d'ailleurs longuement hésité avant de franchir ce pas. À sa prise de poste en 1948, il lui revenait en effet, impérativement, de conduire et accompagner en douceur une véritable « révolution culturelle »⁹⁹⁰, consistant à transformer une maison au fonctionnement quasi familial et aux allures d'internat pour jeunes filles⁹⁹¹ de début de siècle en institution capable de s'inscrire dans le mouvement de développement de la profession d'infirmière observable dans le monde près de cinquante ans plus tard. L'adaptation de cette institution au changement d'époque était la condition même de sa survie, d'autant plus qu'elle conditionnait l'aide offerte par la Fondation Rockefeller. Les dénominations successives de l'École donnent à elles-seules, une idée du chemin parcouru :

⁹⁸⁸ Le cadre n'est pas précisé. Peut-être au *University College London Hospital*, ouvert à quelques infirmières étrangères dans l'entre-deux guerres, comme en atteste la formation de Mlle Mugnier, directrice de l'école d'infirmières lyonnaises « Rockefeller ». Voir *supra*.

⁹⁸⁹ *Id.* p 42.

⁹⁹⁰ Denise FRANCILLON, *Le Bon Secours : quand le passé annonce l'avenir*, Chêne-Bourg, Georg, 2005.

⁹⁹¹ Cette École privée fut entièrement conçue et fondée en 1905 par Marguerite Champendale, l'une des rares femmes docteur en médecine, en Suisse comme ailleurs. Pour l'aider dans cette activité qui s'ajoutait à l'exercice intensif de la médecine en institution et à son domicile, elle s'adjoignit les services de Céline Pélissier, jeune femme cultivée et de bonne famille, visiteuse de malades pauvres de sa paroisse et intéressée par les problèmes médicaux et les soins qu'ils nécessitaient. Cette dernière fut chargée entre autres, de l'organisation des stages pour les élèves. *Id.* p 31.

1905 – Le Bon Secours, Ecole et Association d’infirmières volontaires pour soigner à domicile les malades indigents

1907 – Le Bon Secours : Ecole privée de gardes-malades pour jeunes filles et femmes de la classe cultivée⁹⁹²

1953- Le Bon Secours : Ecole d’Infirmières placée sous le patronage de l’Université de Genève – Reconnue par la Croix-Rouge Suisse.⁹⁹³

La dernière appellation portait la trace des différentes métamorphoses de l’institution. À l’origine totalement indépendante, revendiquant une « liberté d’être et de penser », farouchement opposée à toute forme de contrôle extérieur, elle avait fini par accepter de se soumettre en 1936⁹⁹⁴ aux normes édictées par la Croix-Rouge Suisse, obtenant par là même et pour la première fois sa reconnaissance en dehors de ses propres murs. A partir de 1948, un pas supplémentaire et non des moindres fut franchi par son rapprochement de l’université, au moins sous la forme d’un patronage officiel, lequel faisait partie des conditions posées par la Fondation Rockefeller. Devant l’ampleur de la mission, la future directrice demanda dès 1946 de pouvoir s’y préparer. Elle obtint une bourse de la Fondation Rockefeller pour se rendre aux États-Unis et y visiter un grand nombre d’écoles d’infirmières. Dès 1947, les infirmières destinées à devenir ses collaboratrices partirent quant à elles, se former à Toronto, elles aussi comme boursières de la Fondation Rockefeller. Marjorie Duvillard ne manquait pas d’humour et elle eut l’occasion de le rappeler dans la description qu’elle fit de son accueil à l’aéroport de Genève au mois de mai 1948, à son retour des États-Unis. Ce tableau en disait aussi long sur son état d’esprit que sur la tâche à accomplir, tant le lourd et presque lugubre passé était encore visiblement présent, malgré les indéniables évolutions de l’école depuis ses débuts :

J’avais encore sur la tête un chapeau de paille garni d’un bouquet de cerises. Quel spectacle pour le comité de réception qui m’attendait ! J’ai été accueillie par une rangée d’uniformes gris, voiles noirs et nœuds

⁹⁹² Accolée à ce nouveau titre était maintenue la mention « et Association d’infirmières volontaires pour soigner les indigents à domicile », peut-être pour lever une gênante ambiguïté quant à la clientèle potentielle de ces « femmes cultivées ». En 1926, la directrice, qu’on appelait « la doctresse » créa même en parallèle, une « Ecole complémentaire de la femme » destinée à former chaque femme intéressée « non seulement en tant que mère, mais aussi en tant que femme du monde, cultivée et sachant tenir conversation ». Id., p 50. « Mon premier but disait-elle, est de former des femmes et puis des infirmières car l’infirmière est une spécialisation de la femme. » *Ibid.*

⁹⁹³ Chronologie reconstituée d’après Denise FRANCILLON, *Le Bon Secours ... op. cit.* pp 31, 44, 114. La date de 1953 ne correspond pas nécessairement au changement de nom de l’école qui avait vraisemblablement eu lieu avant. Elle figure ici car l’usage de ce nom est attesté sur un document officiel du 15 septembre 1953. Il s’agit du « Carnet de l’infirmière diplômée » portant la signature de Marjorie Duvillard et celle du « Président du conseil d’école ». Ce document porte en outre la mention suivante : « Le diplôme d’infirmière du Bon Secours est délivré après trois ans d’études théoriques et pratiques, aux candidates ayant passé avec succès l’examen final. Ce diplôme, valable dans tous les cantons, est reconnu par la Croix-Rouge Suisse, chargée par les autorités fédérales, du contrôle des écoles d’infirmières en Suisse. » Id. p 114.

⁹⁹⁴ Id. p 88.

papillon. Des corbeaux ou plutôt des pingouins, c'est plus aimable pour cet état-major. Toute l'étiquette Bon Secours !⁹⁹⁵

Au Bon Secours comme dans les autres écoles d'infirmières suisses, la situation était alors la suivante :

[Chaque établissement] offrait à ses élèves l'apprentissage habituel : quelques cours fréquemment sans relation avec la pratique et des stages où l'élève apprenait, au gré des circonstances, ce qu'elle pouvait glaner par ses propres moyens ou ce qu'une infirmière, ici ou là, prenait le temps de lui enseigner. Les services trouvaient leur compte dans ce système, qui leur procurait régulièrement un personnel docile, prêt à faire tout ce qu'on lui demandait et coûtant la moitié ou le quart de ce que coûtait un personnel diplômé. Les élèves, flattées de se sentir indispensables [...] passaient par l'épreuve du feu sans trop se poser de question.⁹⁹⁶

Quelle que fût la réalité, la mission confiée par la Fondation Rockefeller était précise. Miss Brackett, avait été dépêchée à Genève par la Fondation pour étudier la situation. Elle avait non seulement été convaincue à cette occasion que Marjorie Duvillard était à la hauteur de la tâche, mais avait notamment formulé les recommandations suivantes, en reconnaissant que c'était à l'état d'expérimentation, ce qui signifiait que tout était à réaliser :

- Modification du programme : celui-ci devrait prévoir un enseignement continu pendant trois ans ainsi que des stages en santé publique.
- Donation importante et unique qui serait versée pendant cinq ans, de manière dégressive, à condition que l'Etat prenne aussi sa part en subventionnant le Bon Secours en progression inverse et assure l'avenir au terme de ces cinq ans.
- Formation supérieure des enseignantes en pédagogie des soins infirmiers, en sciences infirmières et en santé publique : trois bourses d'études sont offertes.
- Engagement de Marjorie Duvillard en tant que directrice de l'école, au vu de ses nombreuses compétences.
- Organisation d'une formation professionnelle nouvelle – des desiderata sont exprimés-
 - o 1 tant que l'élève apprend, elle ne doit en principe pas recevoir de salaire ;
 - o 2 une élève infirmière doit être considérée comme une étudiante à qui doivent être assurés le temps nécessaire à son instruction et un horaire réduit.⁹⁹⁷

Dûment formée et accompagnée par et grâce à la Fondation, Marjorie Duvillard avait mené à bien sa mission sur une décennie, avec une patience soumise à de rudes et multiples épreuves. Elle avait même obtenu une aide financière de cinq ans supplémentaires de la part de la Fondation Rockefeller. Elle avait assuré la « réorganisation de l'école et de la formation selon

⁹⁹⁵ Danièle LANZA et Marjorie DUVILLARD, *Rencontres au bout du monde. L'histoire d'une vie au service des soins infirmiers*, Genève, Le Bon Secours, Le Mont-sur- Lausanne, Editions Ouverture, 1994, p 124. Cité par Denise Francillon, *op. Cit.*, p 111.

⁹⁹⁶ Marjorie Duvillard s'exprimant en 1956 sur ses débuts au Bon Secours, citée par Denise FRANCILLON, *Le Bon Secours ... op. cit.* p 112.

⁹⁹⁷ Citée par Denise FRANCILLON , *Le Bon Secours...op.cit.* p 108.

le modèle anglo-saxon » et favorisé « l'accès aux études supérieures offertes aux monitrices afin d'élever et d'ouvrir la formation aux réflexions professionnelles les plus avant-gardistes enseignées dans le cadre des universités états-uniennes ou canadiennes, voire anglaises. »⁹⁹⁸ Toutes ces formations avaient d'ailleurs rapidement permis aux enseignantes du Bon Secours d'être admises dans des réunions ou groupes de travail internationaux⁹⁹⁹. Non seulement elle avait introduit des stages en santé publique, mais elle avait aussi initié, à la fin des années 1950, un cours spécial d'infirmières en d'hygiène sociale. De même, elle s'était exprimée sur la nécessaire clarification, à ses yeux, des rôles respectifs de ces infirmières et des assistantes sociales, les premières devant tendre vers un exercice de plus en plus affirmé en santé publique. Pour elle, il ne faisait aucun doute qu'il s'agissait désormais pour les élèves, y compris en formation de base, de se préparer du mieux possible à exercer, ce qui signifiait « Soigner dans le sens le plus large du terme, [...] en tenant compte de l'aspect physique de la maladie et des problèmes de santé mais aussi des contingences d'ordre psychologique et social qui s'y trouvent mêlées »¹⁰⁰⁰.

Enfin, sur le plan des valeurs originelles de la maison qu'il n'était pas question de renier, elle avait initié dès 1949, un glissement de « la morale professionnelle à caractère religieux enseignée dans les écoles » vers ce qu'elle appelait « la promesse de l'infirmière » où il était question de devoirs de la profession et de l'action incessante nécessaire pour en élever le niveau¹⁰⁰¹. Ces réflexions portaient en germes les considérations plus vastes figurant dans le code de déontologie de l'infirmière publié par le CII en 1953 et marquaient par là même un tournant dans la manière de considérer l'activité des infirmières :

La philanthropie religieuse qui sous-tend l'histoire du Bon Secours s'efface progressivement au profit d'une activité professionnelle rémunérée, puis reconnue d'utilité publique et qui a progressivement obtenu des conditions d'emploi proches de celle de professionnels exerçant des activités de valeur égale.¹⁰⁰²

Le contexte national était d'ailleurs plutôt favorable à de telles transformations. La Suisse connut en effet dans les années 1950, une réorganisation importante des soins infirmiers¹⁰⁰³. Une première école de cadres ouvrit à Zurich en 1950¹⁰⁰⁴ et une seconde à l'école La Source à Lausanne en 1956. L'idée de former des cadres au Bon Secours avait été évoquée dès le début

⁹⁹⁸ *Id.* p 121. Le « modèle anglo-saxon » dénote un effet de formation non seulement de la directrice, mais progressivement de l'équipe enseignante. S'agissant du Canada, que les premières monitrices aient été envoyées en Ontario (Toronto) et non pas au Québec n'est pas anodin de ce point de vue.

⁹⁹⁹ OMS, CII, ou Ligue des sociétés de la Croix-Rouge par exemple.

¹⁰⁰⁰ Marjorie Duvillard, citée par Denise FRANCILLON, *Le Bon Secours... op. cit.* p 124.

¹⁰⁰¹ *Id.* p 173.

¹⁰⁰² *Ibid.*

¹⁰⁰³ Denise FRANCILLON, La première infirmière chercheur suisse : Nicole-France Exchaquet, *Journal la Source*, n°1, 2002, p 12.

¹⁰⁰⁴ École supérieure d'infirmières de la Croix-Rouge Suisse. Une formation d'une dizaine de jours à l'intention des infirmières chefs était dispensée à l'école d'infirmières La Source à Lausanne depuis 1943. *Ibid.*

de la réflexion sur le sauvetage de l'école par la Fondation Rockefeller. Il s'agissait alors d'un projet envisagé « sur le modèle des écoles universitaires d'Amérique », lequel n'avait pas convaincu Miss Brackett qui avait jugé plus raisonnable de concentrer d'abord les efforts sur la formation de base « de type universitaire », et s'occuper des « formations postgrade » dans un second temps¹⁰⁰⁵. Durant les mêmes années¹⁰⁰⁶, l'Association suisse des infirmières diplômées (ASID) s'émancipa de la Croix-Rouge suisse, ce qui lui permit entre autres d'avoir les coudées plus franches en termes de revendications, fussent-elles très polies. La durée du travail des infirmières passa de 80 heures hebdomadaires à 52 heures, marquant un changement de regard sur la profession qui commença progressivement à se dépouiller de ses caractéristiques ancillaires solidement ancrées ou du joyeux bénévolat s'agissant des femmes de la haute société. Comme partout dans le monde, une grave pénurie d'infirmières était observable et les hypothèses de solutions s'intéressaient aussi à l'organisation du travail qui faisait alors l'objet de toutes les attentions. La profession amorça un mouvement de stratification aux niveaux inférieurs, par la mise en place en 1958 d'une formation d'aide-hospitalière, à l'initiative des directeurs sanitaires cantonaux. Une formation d'aides-soignantes, futures infirmières assistantes, fut créée en 1961.

Dans ce contexte mouvementé, Marjorie Duvillard mit sa connaissance étendue de l'évolution des soins infirmiers au service du Bon Secours qu'elle voulait en prise directe avec les réalités du monde. Si elle avait réussi dans sa mission sur de nombreux points, la question du caractère universitaire de la formation, pourtant préconisée par la Fondation Rockefeller, n'était toujours pas réglée à la fin des années 1950. Des cours dispensés dans le cadre des formations universitaires destinées aux paramédicaux par le biais de l'Institut d'éducation physique et de sports n'avaient pas donné satisfaction. En 1957, le professeur de médecine, alors président du Conseil d'école, avait effectué une ultime démarche auprès des autorités de l'université de Genève. À regret, il se rendit à l'évidence que cette institution n'avait pas évolué comme ses homologues d'autres pays, dont certaines avaient accueilli des écoles d'infirmières « dans leur cadre. »¹⁰⁰⁷ Tout au plus avait-elle accordé son patronage à l'école du Bon Secours. Si cet appui moral était sans doute bon à prendre, il était loin d'être de nature à satisfaire pleinement l'énergique directrice. Celle-ci ne se découragea pas et revint à la charge avec succès, près de dix ans plus tard. Elle proposa alors un « programme expérimental » aux « élèves particulièrement bien préparées par leurs études antérieures », lequel conduisait à l'obtention d'une licence qui pouvait être combinée à la formation d'infirmière. Cependant, les étudiantes qui s'emparèrent de cette possibilité furent peu nombreuses, sans doute très largement en raison

¹⁰⁰⁵ Denise FRANCILLON, *Le Bon Secours... op. cit.* p 116-117. Avec l'ouverture de l'école de Zurich, il était question selon l'auteur, de « la mise en place d'une formation supérieure en Suisse que l'on pourrait qualifier de pragmatique et morale : pas d'élitisme, pas d'aspiration à imiter le modèle anglo-saxon de type universitaire ». *Id.* p 117. Ces caractéristiques rappelaient la situation française dans les mêmes années à bien des égards.

¹⁰⁰⁶ Denise FRANCILLON, *La première infirmière chercheur... op. cit.*

¹⁰⁰⁷ Denise FRANCILLON, *Le Bon Secours... op. cit.* p 131.

des difficultés qu'elle ajoutait à la formation d'infirmière déjà devenue très exigeante. Elle cessa en 1972, « faute de candidates. »¹⁰⁰⁸ Cette formation « scientifique » supplémentaire était pourtant délibérément destinée, dans l'esprit de Marjorie Duvillard, à préparer certains membres de la profession à la recherche, dont elle était convaincue depuis longtemps qu'elle était cruciale pour le développement de la profession. Elle n'avait d'ailleurs pas attendu cette dernière innovation pour prendre des initiatives dans ce sens.

Dès 1951, elle envoya une enseignante de l'école, Nicole-France Exchaquet, en formation à l'université de Yale, aux États-Unis. Elle avait obtenu à cette fin, une bourse de la Fondation Rockefeller. Il s'agissait alors pour la directrice de l'école, « d'élever le niveau de la profession d'infirmière, au Bon secours tout d'abord, puis indirectement en Suisse. »¹⁰⁰⁹ Forte de cette formation, Nicole Exchaquet fut intégrée dès son retour à l'équipe de direction de l'école. À partir de 1954, celle-ci participa « à l'effort de l'OMS qui [tentait] depuis l'année précédente de poser les bases de la recherche en soins infirmiers dans le cadre du Bon Secours avec l'aide de la Fondation Rockefeller. »¹⁰¹⁰ En 1960, elle bénéficia d'une formation de 4 semaines à « la recherche socioprofessionnelle » à Londres, auprès de Henry Alexander Goddard, consultant en management hospitalier bien connu à l'OMS¹⁰¹¹. Deux ans plus tard, le même type de cours fut organisé au Bon Secours, par M. Goddard lui-même. Seize infirmières suisses, vraisemblablement dans des positions d'encadrement bénéficièrent de cette formation :

¹⁰⁰⁸ *Ibid.*

¹⁰⁰⁹ Denise FRANCILLON, *La première infirmière chercheur suisse... op.cit.*

¹⁰¹⁰ *Id.* p 13.

¹⁰¹¹ Celui-ci avait coordonné un rapport présentant des recommandations concernant l'administration du service infirmier, lequel fut publié en 1958. Cet ouvrage, qui rendait compte d'une étude commandée par l'OMS en 1954, avait été réalisé avec la participation active d'un comité d'experts en soins infirmiers issus de pays anglophones et de nombreux pays européens. Parmi ces experts, figuraient deux membres francophones : Nicole Exchaquet pour la Suisse et Annick Clamageran, directrice de l'école d'infirmières et d'assistantes sociale du Centre hospitalier régional de Rouen pour la France. Si les États-Unis n'étaient pas présents dans ce comité, l'imposante bibliographie américaine figurant à la fin du rapport ne laisse aucun doute quant à leur influence sur les travaux, compte tenu de leur antériorité dans ce domaine. Leur absence indique néanmoins la volonté d'une réflexion autonome en Europe. Les experts relevaient en effet majoritairement du Bureau de l'OMS pour l'Europe, même si le rapport final avait été soumis à l'approbation de représentants d'autres régions, compte tenu de sa portée mondiale. GODDARD Henry Alexander, Goddard § Company, Management consultants, London, England, Chairman, Nurses and midwives Whistley Council (Great Britain), *Principles of Administration Applied to Nursing Service*, World Health Organization, Monograph series n° 41, Geneva, 1958. p 5-7. Ce rapport eu un tel succès qu'il fit l'objet de 4 rééditions, la dernière ayant eu lieu en 1979. *Id.* p 4. H. A. Goddard s'était précédemment intéressé au travail des infirmières en dirigeant de 1949 à 1951, une étude portant sur ce sujet et la pertinence de la gestion des emplois s'y rapportant. Denise FRANCILLON, *La première infirmière chercheur suisse... op. cit.* p 13. Le rapport relatif à cette recherche fut publié en 1953 et ne fut sans doute pas étranger à la commande de l'OMS en 1954. NUFFIELD HOSPITAL PROVINCIAL TRUSTS, *The work of nurses in hospital wards*, London, Nuffield hospital provincial trusts, 1953. Ainsi, en Angleterre, les infirmières constituaient-elles pour les gestionnaires un objet fondamental de recherche, au moment où aux États-Unis, au-delà du statut d'objet suscitant l'intérêt, elles apparaissaient aussi comme des « sujets cherchant », certes balbutiants, avec les encouragements et le soutien de sociologues comme E.C. Hughes. Voir *supra*. Néanmoins, s'agissant de l'étude commandée par l'OMS en 1954, le comité d'experts en soins infirmiers contribua largement à introduire les infirmières comme sujets dans cette entreprise dont H A Goddard apparaissait comme le maître d'œuvre.

Il s'agit d'apprendre à « penser » ses problèmes et les principes en cause, de pouvoir partager ses expériences et ses difficultés avec d'autres infirmières chefs car tout chef n'est-il pas parfois solitaire ? L'apprentissage de l'esprit de recherche commence en Suisse par ces diverses initiatives auxquelles Nicole Exchaquet est associée de manière active.¹⁰¹²

Ainsi, en Suisse, l'initiation à la recherche fut d'abord destinée aux infirmières chefs, pour les aider à penser les problèmes inhérents à leur fonction. Ce sujet de réflexion et d'étude était somme toute, assez compatible avec les centres d'intérêts de celui qui avait initié cette formation à Londres. Quelles que furent les voies empruntées, ces premiers pas avaient permis d'instiller l'« esprit de recherche » au Bon Secours et bien au-delà des murs de l'école. Pour sa part, Nicole Exchaquet participa largement à sa diffusion au niveau national. Depuis 1960, elle occupait un poste d'infirmière-conseil au service de la santé publique du canton de Vaud. En outre, elle était membre du comité central de l'Association suisse des infirmières depuis 1955 et en assura la présidence à partir de 1962. En novembre 1965, fut annoncée la création de « l'Étude des soins infirmiers en Suisse, organisme de niveau national [...] qui a la charge de gérer la mise sur pied et le développement de la recherche en soins infirmiers. »¹⁰¹³ Nicole Exchaquet était alors considérée comme l'une des infirmières suisses les mieux préparées à cette tâche tant du point de vue universitaire que professionnel. Elle se vit donc confier le pilotage de ce premier projet de recherche mis en œuvre officiellement par des infirmières. Le travail débuta le mois suivant et consistait « d'une part à définir les domaines fonctionnels de la profession, d'autre part, à établir la liste d'activités contenues dans ces différents domaines et à préciser les niveaux de la hiérarchie hospitalière par lesquels ces activités peuvent être accomplies. »¹⁰¹⁴ Cette initiative nationale, dont les racines remontaient jusqu'au Bon Secours, témoignait de la dynamique observable en Suisse dans les années 1950. Par les choix stratégiques innovants qu'elle avait effectués, Marjorie Duvillard y avait apporté une contribution certaine.

Parallèlement, elle avait repris son activité internationale comme consultante à l'OMS à partir de 1953. De 1960 à 1961, elle obtint une bourse de la Fondation Rockefeller pour se perfectionner pendant 18 mois dans les domaines de la recherche et de l'enseignement infirmier

¹⁰¹² Denise FRANCILLON, La première infirmière chercheur suisse... *op. cit.* p 13.

¹⁰¹³ *Id.* p 14.

¹⁰¹⁴ *Ibid.* Le rapport de recherche fut publié en 1969. Une deuxième étude directement liée à la première, « l'Étude-pilote sur les besoins des malades en soins infirmiers », fut réalisée immédiatement dans le même cadre et publiée en 1971. Une troisième étude, à visée expérimentale, fut réalisée dans 4 hôpitaux suisses. Le rapport publié en 1973 permit de « démontrer l'action que peut avoir l'infirmière bien préparée à sa fonction d'agent de changement pour aider à faire évoluer les soins au sein de l'institution » *Ibid.* Ces différents travaux préliminaires aboutirent à la quatrième phase de ce programme décennal, qui consista en la « production d'un guide pour le calcul de la dotation en personnel soignant des services de malades des hôpitaux généraux ». Ce document fut publié en 1976, quelques mois après la fin du programme et même de l'organisme qui le portait : « [...] en 1973, devant les premiers signes annonciateurs de la récession, les organisations de soutien de l'Étude décident la fin de son activité pour le 31 décembre 1975 » *Ibid.* L'organisme était soutenu à la fois par la Croix-Rouge suisse, le service fédéral d'hygiène publique, l'association suisse des infirmières, l'OMS ayant assumé la mise à disposition d'un expert pour dispenser aide et conseils dans le déroulement de l'entreprise.

à la *School of nursing* de l'université de Californie. En 1961, elle devint membre du Comité international de la Croix-Rouge (CICR)¹⁰¹⁵, instance habitée depuis sa création par l'idée tenace que les questions traitées à ce niveau planétaire étaient exclusivement une affaire d'hommes¹⁰¹⁶. L'admission de cette femme dans ce cénacle très majoritairement masculin¹⁰¹⁷ témoignait avec d'autant plus de force de la reconnaissance des capacités et de l'autorité qu'elle avait développées durant toutes ces années et qui la conduisirent par ailleurs à occuper le poste de directrice exécutive adjointe du CII en 1969 et 1970¹⁰¹⁸. Ce n'était pas la moindre des performances pour cette femme assurément à l'avant-garde de son temps, dans le monde, mais de manière bien plus manifeste encore, dans son propre pays :

Il faut se rappeler que les féministes suisses n'étaient pas sous la pression de mouvements internationaux progressistes mais plutôt sous la contrainte d'un conservatisme politique – il faudra attendre jusqu'en 1971 pour que les femmes suisses aient le droit de vote- et culturel, qu'elles contribuaient d'ailleurs à entretenir. Ainsi, ce n'est que dans les années septante que le discours féministe s'élève contre cette « nature féminine » allant de soi.¹⁰¹⁹

En 1962, ce fut donc cette demoiselle cultivée et respectée, infirmière formée à un haut niveau professionnel, remarquablement expérimentée et dotée d'un vaste réseau relationnel à l'échelle internationale, que Le Directeur du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe recruta pour accompagner le projet de création de l'EIEIS en France. Comme il l'annonça au ministre français de la Santé publique et de la Population en 1961, la mission de cette consultante consistait à « faire une étude détaillée sur place, des ressources existantes pour la création et le fonctionnement d'une École internationale d'enseignement infirmier supérieur (EIEIS), et de présenter des recommandations à ce sujet.»¹⁰²⁰ Plus d'une quinzaine d'années plus tard, elle se retrouvait dans la position de Miss Brackett qui avait, au nom de la Fondation Rockefeller, étudié la situation du Bon Secours et lui avait mis le pied à l'étrier. Pour sa part, elle était investie des mêmes fonctions au nom de l'OMS, à ceci près qu'il ne s'agissait pas de transformer une institution existante, mais d'en inventer une de toutes pièces. La première partie¹⁰²¹ de cette mission, à visée essentiellement prospective, la conduisit à Genève, Lyon,

¹⁰¹⁵ URL : <https://www.cambridge.org/core/journals/international-review-of-the-red-cross-1961-1997/article/irc-volume-10-issue-111-cover-and-front-matter/B9187AD18C29E1CF44267A2487C0E211> consulté le 21 novembre 2017.

¹⁰¹⁶ Daniel PALMIERI, Guerre, humanité et féminité : le Comité international de la Croix-Rouge et les femmes (1863-1965), in Jean-Marc DELAUNAY et Yves DENECHERE (dir.), *Femmes et relations internationales au XXe siècle*, Paris, Presses Sorbonne Nouvelle, 2006, p 198.

¹⁰¹⁷ URL: <https://www.cambridge.org/core/journals/international-review-of-the-red-cross-1961-19971> ...op cit. La composition du CICR en juin 1970 comptait une seule femme en plus de Marjorie Duvillard, sur 19 membres. En outre, une seule femme figurait parmi les 12 membres honoraires identifiés. *Ibid.*

¹⁰¹⁸ *Ibid.* et Juliana CARVALHO, *L'Union Internationale de Secours aux Enfants...* op. cit. p 43

¹⁰¹⁹ Denise FRANCILLON, *Le Bon Secours...* op.cit. p 132.

¹⁰²⁰ Lettre du 6 avril 1961 au ministre de la santé publique et de la population, citée par Marjorie Duvillard, « Mission accomplie entre le 15 novembre 1962 et le 30 janvier 1964 ... » op. cit., R1 p 1.

¹⁰²¹ Sa mission fut organisée en deux grandes parties : la première se déroula du 15 novembre 1962 au 15 janvier 1963- R1- La seconde s'étendit du 15 avril 1963 au 30 janvier 1964, R2 et suivants.

Rennes, Rouen, Caen, Soissons et plusieurs fois à Paris et à Copenhague. Il s'agissait alors pour elle, dans les limites permises par les 58 jours ouvrables qu'elle avait pu y consacrer, « d'apprécier les conditions de création de la future EIEIS et les ressources disponibles pour son organisation, son administration et ses programmes d'études ». ¹⁰²² Les 9 premiers jours d'investigation à Genève, Paris, Lyon et Copenhague se déroulèrent en présence de Mlle Alves-Diniz, fonctionnaire régionale de l'OMS pour les soins infirmiers. Il s'agissait là de visites préliminaires de portée diplomatique, aux sièges international (Genève) et régional (Copenhague) de l'OMS, au ministère de la Santé publique et de la Population à Paris, à la Direction départementale de la santé (DDS) du Rhône et aux HCL à Lyon. Pour toutes les visites sur le territoire français, Marjorie Duvillard et ses propres collaboratrices furent systématiquement accompagnées de Huguette Bachelot et Nicole Mennesson. Ces dernières étaient pour l'heure conviées au titre de monitrices de la future école, car il n'appartenait pas à la consultante de préjuger du recrutement ni de la nomination de la future directrice. Au-delà des objectifs formalisés, « le but des contacts pris et des visites faites était d'informer sur le projet d'une EIEIS et d'être renseigné sur l'intérêt suscité par le projet [...] et sur la collaboration à laquelle il serait éventuellement possible de faire appel. » ¹⁰²³

Le système de soins français et l'université de Lyon sous le regard critique d'une consultante en voyage prospectif (15 novembre 1962 – 31 janvier 1963)

Le caractère exceptionnellement rigoureux, factuel et organisé des informations contenues dans son rapport témoignait de la grande expérience de la consultante dans cet exercice. Elle formula néanmoins le regret d'avoir effectué des observations trop succinctes à son goût, en raison d'un manque de temps. Ceci ne l'avait pas empêchée de produire un document particulièrement développé et précis. S'il est indispensable de ne pas perdre de vue la personnalité de l'auteure du rapport qu'il importe de soumettre à l'analyse critique, la description ainsi fournie sur le mode du reportage, permet de saisir quelques traits caractéristiques de la réalité rencontrée au rythme des étapes de ce voyage d'étude pour la consultante, et initiatique, à bien des égards, pour les deux monitrices ¹⁰²⁴. La toute première réunion au ministère de la Santé publique et de la Population fut présidée par Mlle Baudry, « Chef du cabinet du Ministère des Relations étrangères ». Cette particularité indiquait des enjeux qui dépassaient le périmètre du ministère

¹⁰²² *Ibid.* Dans le développement suivant, toutes les données proviennent de ce précieux document, sauf indications contraires. Les termes ou expressions figurant entre guillemets et en italiques proviennent aussi de ce texte, même en l'absence de référence en bas de page. Les majuscules figurant dans le texte original pour désigner les différents titres, organismes ou instances, ont été respectées.

¹⁰²³ *Id.* p 2.

¹⁰²⁴ Ce témoignage éclairé est d'autant plus digne de confiance que les données d'ordre national rapportées dans le document sont compatibles par recoupement, avec les données provenant d'autres sources, dont celles utilisées dans la première partie. Quant aux données d'ordre local, le rapport reprenait strictement les informations fournies par les acteurs concernés et disponibles dans l'abondante documentation administrative, notamment en ce qui concernait l'administration des HCL. Sauf indication contraire, les informations utilisées dans le développement suivant sont toutes issues de ce rapport.

d'accueil, lequel était représenté par Mme le Dr Laporte, déléguée par le Dr Aujaleu et Mlle Levy, « chef administratif » du 2^{ème} Bureau de la sous-direction des professions paramédicales. Le niveau local était représenté par le Dr Robin, Inspecteur divisionnaire de la santé, Directeur départemental du Rhône, et M. Veyret, directeur général des HCL. Dès cette première visite, les questions d'organisation, mais aussi du financement de la future école furent évoquées. Ces thèmes furent repris lors de l'importante étape suivante du voyage dans la région lyonnaise, occasion pour les deux monitrices de découvrir la ville de Lyon et notamment son système hospitalier.

- Les Hospices civils de Lyon

Lors de la première visite aux HCL, 4 entretiens eurent lieu avec le Directeur général, dont plusieurs en présence de ceux que la consultante désignait comme des « hauts fonctionnaires » de son entourage. Un déjeuner fut même offert aux visiteuses par le Médecin général Gabrielle, Président du Conseil général d'administration des HCL. Marjorie Duvillard et ses accompagnantes avaient ensuite rencontré les directeurs de cinq grands hôpitaux et visité dans leurs établissements respectifs, plusieurs services en leur compagnie et celle des surveillantes desdits services.

Cette administration comprenait 9 hôpitaux et 6 maisons de santé, représentant 9000 lits au total, pour 6000 employés. Les directeurs des hôpitaux n'avaient, pour la plupart, pas suivi de formation particulière pour se préparer à ces fonctions : « Ils accèdent à ce poste après avoir passé par tous les échelons prévus par l'administration, après de longues années au service des Hospices. Ils sont assistés d'un adjoint et du personnel administratif habituel. »¹⁰²⁵ L'École nationale de la santé publique (ENSP), installée à Rennes en 1960¹⁰²⁶, n'offrit en effet une formation conséquente aux directeurs ou économes, appellations héritées de la loi hospitalière de 1941, qu'à partir de 1961¹⁰²⁷. En marge du personnel administratif attaché aux directeurs,

¹⁰²⁵ *Id.* p 4.

¹⁰²⁶ Voir *infra*.

¹⁰²⁷ Si depuis le milieu des années 1950, un stage de « perfectionnement » de deux semaines était proposé aux directeurs par l'ENSP alors parisienne, il ne s'agissait en rien d'une formation initiale. Tout au plus était-il question de se mettre en règle avec les modifications statutaires relatives au personnel de la Fonction publique hospitalière intervenues en 1955. Ces dispositions prévoyaient en effet que la titularisation dans un emploi permanent n'était possible qu'à l'issue d'un stage d'une durée déterminée. François-Xavier SCHWEYER, La formation des directeurs d'hôpital. Trente ans de réforme et de débats, *Revue fondamentale des questions hospitalières*, juin 2002, n° 5, p 111-176. Deux textes réglementaires, publiés en 1960, mirent le statut et la formation des directeur et économes en conformité avec la réforme hospitalière de 1958 : décret n° 60-805 du 2 août 1960 relatif à la nomination et à l'avancement du personnel de direction des hôpitaux et hospices publics ; décret n° 60-806 du 2 août 1960 relatif à la nomination et à l'avancement du personnel d'économat des établissements d'hospitalisation, de soins ou de cure publics. L'arrêté du 26 juillet 1961 concernant les stages de formation professionnelle à l'école nationale de santé publique, annoncés dans les textes précédents, précisa que les stagiaires devaient recevoir « un enseignement théorique et pratique d'une année comportant des leçons sur place complétées d'exercices en commun et de travaux pratiques, de stages et visites d'initiation en milieu de travail ainsi qu'un ou plusieurs stages d'application avec affectation provisoire sous l'autorité d'un directeur en exercice ». Art. 2.

apparaissait un autre personnage dont la besogne ne semblait pas remplir les conditions pour une intégration au corps administratif :

Le surveillant général dans les hôpitaux des Hospices civils de Lyon est un agent¹⁰²⁸ ayant rempli n'importe quelle fonction aux Hospices civils de Lyon, et qui s'est acquis la confiance de ses chefs. Il ne fait pas partie du personnel administratif. Son rôle est de veiller à la distribution, au remplacement et à la discipline du personnel.¹⁰²⁹

Immédiatement après les directeurs, le personnel soignant était abordé et décrit, notamment du point de vue de sa composition et de sa structuration. Le poste de surveillant général évoqué ci-dessus était même abordé, mais désigné au féminin, et pour regretter doucement son absence dans ce domaine si particulier des soins aux malades :

Le personnel soignant des Hospices civils de Lyon se compose de religieuses, encore nombreuses, et d'infirmières laïques¹⁰³⁰. On trouve dans la hiérarchie des infirmières surveillantes, chargées de la responsabilité d'un étage ou d'un service, et les surveillantes-chefs dont la responsabilité s'étend à un pavillon ou à plusieurs services. La surveillante générale, responsable de l'ensemble du personnel soignant et du service infirmier d'un établissement, est actuellement inconnue à Lyon. Certains directeurs d'hôpitaux le souhaitent vivement. Les surveillantes ont deux responsabilités, l'une envers le médecin-chef du service, l'autre envers l'administrateur de l'hôpital.¹⁰³¹

Qu'il fût adopté à dessein ou non, l'ordre d'exposition présenté par la consultante faisait apparaître par contraste, dans deux paragraphes contigus, deux manières d'envisager la fonction de surveillant général. La première, héritée du passé, était occupée par un homme obéissant et procédait de la besogne indifférenciée, nécessaire mais si peu honorable qu'elle n'était pas intégrée à la sphère administrative. Elle consistait à veiller au maintien de l'ordre, de la discipline et au bon fonctionnement de l'organisation générale de l'établissement. La seconde, tournée vers l'avenir et destinée à être occupée par une femme, procédait d'une fonction éminente, porteuse de la responsabilité entière du service identifié comme infirmier et du personnel s'y rapportant. Ainsi apparaissait en filigrane, le message de la consultante, teinté d'un habile militantisme pour la cause de l'EIEIS.

Le recrutement des religieuses était à la baisse. Elles étaient issues d'un ordre créé par les HCL eux-mêmes au milieu du XVI^e siècle, de surcroît « reconnu canoniquement en 1933 »¹⁰³². Elles occupaient des postes de surveillantes et de surveillantes-chefs. Comme elles échappaient miraculeusement à la pointilleuse législation du travail élaborée dans le siècle, elles ne

¹⁰²⁸ « Terme qui s'applique de façon générale à tout le personnel des Hospices ». Note figurant dans le texte.

¹⁰²⁹ Marjorie Duvillard, « Mission accomplie entre le 15 novembre 1962 et le 30 janvier 1964 ... » *op. cit.*, R1 p 4.

¹⁰³⁰ « Il y a également des infirmiers. » Note figurant dans le texte.

¹⁰³¹ *Id.* p 5.

¹⁰³² *Ibid.*

comptaient pas leurs heures et leur disponibilité sans borne était « très appréciée de certains directeurs. »¹⁰³³ Néanmoins, leur statut particulier était assorti de certains privilèges qui avaient fini par générer quelques tensions, de l'avis d'autres directeurs :

D'autres estiment qu'elles sont un obstacle à la promotion administrative des infirmières laïques souvent mieux formées. Les religieuses sont de droit les premières à occuper les postes de surveillantes. D'une façon générale, les directeurs reconnaissent que la présence d'infirmières religieuses et laïques dans les mêmes services cause des tensions et des problèmes.¹⁰³⁴

D'une part, ce mode de recrutement des surveillantes témoignait d'un conflit important entre l'ordre religieux et l'ordre administratif et républicain, le premier primant étonnamment sur le second, plus de 70 ans après la laïcisation des hôpitaux parisiens et plus de 50 ans après la séparation de l'Église et de l'État. D'autre part, il apparaissait que la profession et la formation, dont la qualité était pourtant reconnue par certains directeurs, ne s'étaient pas encore imposées pour dépasser ces critères ancestraux dans le processus de développement des carrières. Pour les postes qui leur restaient, les infirmières laïques étaient promues par ancienneté aux grades supérieurs, ceci jusqu'en 1961, année de l'ouverture de l'école de cadres infirmiers de Lyon. Dès lors, « la préparation de surveillante [fut] exigée. Cependant, les infirmières nommées surveillantes avant l'ouverture de l'École de Cadres [n'étaient] pas mises au bénéfice d'une formation dans cette école. »¹⁰³⁵ Cette précision confirmait l'idée forte que la formation n'était pas, pour l'heure, considérée comme un facteur déterminant du bon fonctionnement des organisations, pour les surveillantes comme pour les directeurs. Pourtant, les visiteuses avaient recueilli des témoignages qui montraient que la situation était très améliorable, occasion supplémentaire pour Marjorie Duvillard et ses deux protégées, d'avancer des arguments utiles à la cause pour laquelle elles s'étaient engagées à leurs places respectives. La pénurie de personnels était au centre des préoccupations :

Partout les directeurs se plaignent de la pénurie et de l'instabilité du personnel infirmier. Ils estiment que l'infirmière surveillante est trop accaparée par des tâches médicales et insuffisamment préparée au point de vue de l'administration des services infirmiers. Certains jeunes médecins déplorent le niveau de recrutement du personnel infirmier et attribuent la crise du recrutement aux salaires extrêmement bas qui leur sont attribués.¹⁰³⁶

Les salles de malades étaient plutôt bien tenues aux yeux de la consultante, « malgré la vétusté des locaux et du matériel ». Les soins d'hygiène et les « soins physiques » étaient en particuliers effectués conformément aux attentes. En revanche, les problèmes psychologiques et sociaux

¹⁰³³ *Ibid.*

¹⁰³⁴ *Ibid.*

¹⁰³⁵ *Ibid.*

¹⁰³⁶ « Une infirmière soignante gagne entre 650 et 750 francs. Le coût de la vie à Lyon est élevé ». Note figurant dans le texte. *Ibid.*

des patients lui semblaient faire l'objet de peu d'attention. Les veilles de nuit étaient confiées aux assistantes hospitalières, « catégorie particulière des Hospices civils de Lyon »¹⁰³⁷. Celles-ci pouvaient faire appel aux infirmières diplômées « de garde » en cas de besoin, fonctionnement qui témoignait de l'intégration et donc de la reconnaissance des qualifications dans le fonctionnement de l'organisation. Le regard porté sur ce qui ne s'appelait pas encore le management de l'établissement, prit une tournure particulièrement critique. Au-delà de la simple et froide description, chaque niveau hiérarchique fut habilement évoqué et en prit poliment pour son grade :

Nous n'avons rencontré, dans ces hôpitaux, ni programmes de perfectionnement en cours d'emploi, ni d'orientation du nouveau personnel. Les surveillantes ne réunissent pas le personnel dont elles sont responsables. On nous dit qu'occasionnellement, les infirmières se réunissaient entre elles, mais que ces réunions prenaient un caractère revendicateur, et qu'elles n'étaient pas encouragées. Les représentants des grands syndicats sont à l'œuvre dans les Hospices civils de Lyon.¹⁰³⁸

Ainsi, Marjorie Duvillard suggérait dans son rapport qu'aux HCL, les grands syndicats investissaient un espace laissé vacant par un encadrement soit absent, soit occupé à freiner les rassemblements d'infirmières d'abord jugés comme potentiellement dangereux. Cette attitude défensive les privait de la prise de connaissance de doléances légitimes ou non, mais qui, écoutées et prises en compte, auraient peut-être présenté moins de risques de se transformer en revendications. C'est que l'intérêt porté au personnel infirmier et donc la prise en compte de sa parole ne semblaient pas très développés aux HCL, sauf une exception remarquée par la consultante :

Parmi les contacts pris dans les hôpitaux des Hospices civils de Lyon, seul le Directeur de l'hôpital de la Croix-Rousse, M. Rebouillat, semblait s'intéresser de façon très ouverte aux problèmes du personnel infirmier. Le jeune économiste de cet hôpital revient d'une année d'études à Bruxelles où il a suivi le cours pour gestionnaires d'hôpitaux, organisé à l'Université libre de Bruxelles avec la collaboration de l'OMS. Par ailleurs, M. Rebouillat a désigné une de ses surveillantes, Madame Rossi, pour le poste de surveillante générale, poste qui doit vraisemblablement être créé prochainement par les Hospices civils de Lyon.¹⁰³⁹

Cet économiste faisait partie de ces rares directeurs innovants, convaincus de la pertinence d'organiser le service infirmier par établissement et donc de la nécessité de nommer à cette fin, une directrice désignée sous le vocable de surveillante générale dont le poste restait à créer. Sans doute ce directeur était-il porteur aux HCL d'une forme de modernité acquise au cours de

¹⁰³⁷ Id. p 6. Ailleurs dans le rapport, la consultante donna d'ailleurs la raison à ses yeux, et sans doute d'après les renseignements qu'elle avait recueillis durant sa brève enquête, de la création de ce corps particulier : « Ce programme a été créé à l'École d'infirmières des HCL pour satisfaire aux besoins de cette institution en personnel soignant la nuit ». *Id.* p 10. Si cette assertion était discutable du point de vue historique, elle témoignait assurément des usages en 1962 s'agissant des affectations de ce type de personnel.

¹⁰³⁸ *Id.* p 6.

¹⁰³⁹ *Ibid.*

sa formation universitaire à Bruxelles. Cette particularité devait lui donner l'ouverture d'esprit nécessaire pour accepter dans les murs de son établissement, le regard investigateur très inhabituel de deux infirmières, sous la forme d'une étude prescrite par la plus haute autorité des HCL : « L'étude des problèmes relatifs à l'un des services de cet hôpital a été demandée aux monitrices de la future Ecole internationale d'enseignement infirmier supérieur par le Directeur des Hospices civils, M. Veyret. »¹⁰⁴⁰ Cette initiative du Directeur général des HCL présentait plusieurs avantages : employer utilement, dans l'attente de l'ouverture de l'EIEIS, les deux monitrices très particulières qu'il avait été amené à recruter, apprécier les compétences développées au cours de leur formation au Canada et montrer enfin tout l'intérêt qu'il portait au fonctionnement des services infirmiers dont il avait bien compris l'importance dans le projet de l'EIEIS. Comme en attestent les CV respectifs des deux monitrices, cette étude fut réalisée sur 4 mois en 1963, en collaboration avec A. Rossi, alors nommée officiellement surveillante générale de l'hôpital de la Croix-Rousse. Ce travail était intitulé « Recherche sur la planification du personnel pour un service d'insuffisants respiratoires de l'hôpital de la Croix-Rousse (HCL) »¹⁰⁴¹ et montrait combien les aspects organisationnels et de gestion du personnel des services étaient au centre des préoccupations, en France comme en Suisse et même au Québec¹⁰⁴². En outre, sa réalisation apportait au directeur général la preuve que des infirmières formées étaient compétentes pour conduire de telles études intéressant très concrètement le fonctionnement des établissements, ce qui permettait d'ajouter un peu d'or au blason encore bien flou et terne de la future EIEIS. Les visiteuses s'intéressèrent ensuite à la formation des infirmières.

- *Les écoles d'infirmières lyonnaises, aux HCL et ailleurs*

Les écoles d'infirmières lyonnaises firent l'objet de toutes les attentions de la consultante. Sept établissements étaient répertoriés. Seulement deux écoles étaient rattachées aux HCL et accueillait moins de 20 % des élèves infirmières¹⁰⁴³ : l'École des HCL, rue Victor Hugo (100 élèves) et l'École des sœurs des HCL, hôpital Edouard Herriot (35 élèves). La première de ces deux écoles, caractérisée par sa laïcité, accueillait en outre de rares élèves infirmières

¹⁰⁴⁰ *Ibid.*

¹⁰⁴¹ CV Huguette Bachelot et Nicole Mennesson, *op. cit.*, archives EIEIS. Cette étude inspira sans doute très largement un article à visée généralisante publié l'année suivante. Huguette BACHELOT, Nicole MENNESSON, Exposé d'une méthode permettant de calculer les effectifs du personnel des services de soins, *Revue de l'Infirmière et de l'assistante sociale*, n° 9, Novembre 1964, p 659-662. A. Rossi ne signa pas cet article, vraisemblablement en raison de sa portée plus générale que les conclusions de l'étude à laquelle elle avait participé.

¹⁰⁴² En témoigne le titre du mémoire présenté par Nicole Mennesson pour l'obtention de son diplôme à l'université de Montréal : Problème du personnel dans une École Supérieure Internationale de Cadres Infirmiers de langue française. Si le sujet était pertinent pour la candidate, il semblait l'être tout autant pour l'université, même dans le cadre d'un programme de baccalauréat ès sciences infirmières. CV Nicole Mennesson, *op. cit.* Archives EIEIS.

¹⁰⁴³ Pourcentage établi d'après les chiffres figurant dans un tableau in Marjorie Duvillard, « Mission accomplie entre le 15 novembre 1962 et le 30 janvier 1964 ... » *op. cit.* R1, p 8.

spécialisées¹⁰⁴⁴ et formait la totalité du personnel soignant auxiliaire, soit les élèves assistantes hospitalières (60 élèves) et, dès l'ouverture de l'école prévue en 1963, les élèves aides-soignantes (50 élèves). Ni l'une ni l'autre ne formait d'assistantes sociales. Une école était rattachée à un hôpital privé : l'École de l'hôpital Saint-Joseph, rue du Pr Grignard (72 élèves). Trois autres établissements s'étaient constitués en association relevant de la loi de 1901 et fonctionnaient « de manière autonome sous le contrôle d'un Conseil d'école » : l'École catholique, rue des alouettes (146 élèves infirmières et 28 élèves assistantes sociales dont quelques-unes pouvaient s'y spécialiser en « santé rurale ») - l'École de service social du Sud-Est, rue A. Fochier (103 élèves infirmières, 25 élèves assistantes sociales et 115 élèves jardinières d'enfants) et L'École de l'avenue Rockefeller. Cette dernière était la seule à être « rattachée par son président à la Faculté de Médecine », comme un vestige de son histoire particulière qui remontait aux années 1920. Elle accueillait 141 élèves infirmières, 25 élèves assistantes sociales et quelques élèves infirmières spécialisées. L'École de la Croix-Rouge enfin, appartenait au Comité régional de la Croix-Rouge française. Elle était située rue d'Inkermann et accueillait 150 élèves infirmières, 28 élèves assistantes sociales et quelques élèves en spécialisation. Quelques écoles assuraient en outre des cours préparatoires qui visaient « à préparer dans le sens voulu à l'examen d'admission aux écoles d'infirmières »¹⁰⁴⁵. Les modes de financements variaient en fonction du statut de chaque école. Ils témoignaient de la grande diversité de recrutement des élèves. Ainsi, l'école laïque des HCL était la seule à accueillir des élèves bénéficiant d'un système de promotion sociale et professionnelle :

Le financement des écoles est en grande partie assuré par les bourses payées par les élèves. Certaines dépenses sont couvertes par les hôpitaux dont elles dépendent ; dans ce cas, ces frais s'incorporent au prix de journée de malade. La Croix-Rouge couvre, s'il y a lieu, les petits déficits de son école. Il y a quelques maigres subventions, à l'une ou l'autre école, de la Chambre de Commerce lyonnaise et du Ministère de l'Éducation nationale pour couvrir l'enseignement donné au cours de l'année préparatoire introduite dans certaines écoles [...] Une large proportion des élèves sont au bénéfice de bourses octroyées par le Ministère de la Santé, les hôpitaux-écoles ou la Croix-Rouge. Dans les deux écoles dépendant des Hospices civils de Lyon, la scolarité et la pension sont gratuites. Dans l'école des Hospices civils de Lyon pour infirmières laïques, un salaire est en outre payé aux élèves recrutées parmi les agents des Hospices.¹⁰⁴⁶

Les élèves boursières devaient contracter un engagement d'une durée de 3 ans le plus souvent, et étaient tenues d'accepter des postes proposés par leur institution de formation. Les « candidats de l'intérieur » des HCL, c'est-à-dire les élèves qui bénéficiaient de la promotion professionnelle, étaient soumis à un engagement de 6 ans au minimum. Les religieuses quant à elles, devaient promettre « de travailler leur vie durant ». Un prudent système de

¹⁰⁴⁴ Aides-anesthésistes, techniciennes en électro-encéphalographie, manipulatrices en radiologie, puéricultrices etc... *Ibid.*

¹⁰⁴⁵ *Id.* p 9.

¹⁰⁴⁶ *Id.* p 7.

renouvellement de leur engagement chaque année était néanmoins prévu, probablement aux fins d'entretenir le feu de la divine motivation. Cette diversité des modes d'accès aux études témoignait aussi de la diversité des origines sociales des élèves et donc du capital culturel dont les uns et les autres disposaient. L'appréciation de Marjorie Duvillard à ce sujet rendait compte de cette réalité sociale dont elle semblait avoir bien du mal à cacher qu'elle l'aurait souhaitée plus homogène, vraisemblablement à l'image du recrutement à l'école de la Croix-Rouge, qui se rapprochait des exigences pour entrer à l'école du Bon Secours à Genève :

La scolarité antérieure des élèves est hétérogène ; celles-ci ont en général un niveau de 3^{ème}, parfois moins dans les écoles qui ont pour but la promotion sociale. Seule l'École de la Croix-Rouge exige que ses candidats aient terminé la deuxième année secondaire. L'examen d'admission exigé de toutes les candidates n'ayant pas le baccalauréat (grande majorité) fait appel à une culture générale très limitée, nullement comparable à celle exigée pour le premier baccalauréat.¹⁰⁴⁷

Par comparaison, le niveau de recrutement des élèves assistantes sociales était plus homogène et sélectif : « il draine les meilleurs éléments des écoles d'infirmières qui, après la première année mixte¹⁰⁴⁸, se dirigent vers ce programme plus approfondi »¹⁰⁴⁹. Les candidates devaient être titulaires du deuxième baccalauréat ou à défaut, se soumettre à un examen d'admission exigeant « une culture à peu près équivalente ». Les rares infirmières spécialisées quant à elles, disposaient d'une « haute spécialisation technique » qui offrait souvent, de surcroît, quelques appréciables privilèges de nature à renforcer la motivation des candidates : « Ces programmes [...] attirent beaucoup d'infirmières parce que les conditions de travail dans les services spéciaux leurs paraissent très désirables (congés de fin de semaine, horaire régulier, salaire amélioré)¹⁰⁵⁰. Ces particularités faisaient du groupe des spécialisées un segment à part, doté d'un certain prestige en relation avec un savoir et un savoir-faire reconnus. Il en allait ainsi des puéricultrices, de plus en plus demandées dans les services médico-sociaux où elles étaient « appelées à seconder les assistantes sociales dans un travail médical qui [dépassait] les compétences de ces dernières. »¹⁰⁵¹ Avec leur année d'études supplémentaires, non seulement elles atteignaient la durée totale d'études de 3 années qui caractérisait les assistantes sociales, mais leur domaine particulier de compétences les rendait indispensables à leurs côtés depuis la démedicalisation partielle mais définitive du métier en 1938.

Le personnel des écoles était « extrêmement réduit » aux yeux de la consultante, à raison d'une monitrice environ pour 35 élèves¹⁰⁵². Rares étaient encore les enseignantes qui avaient

¹⁰⁴⁷ *Id.* p 10. Le premier baccalauréat était accessible à la fin de la classe de première et conditionnait l'obtention du second baccalauréat à la fin de la classe terminale.

¹⁰⁴⁸ C'est-à-dire commune avec les élèves infirmières.

¹⁰⁴⁹ *Ibid.*

¹⁰⁵⁰ *Ibid.*

¹⁰⁵¹ *Ibid.*

¹⁰⁵² Proportion établie d'après les chiffres donnés à titre d'exemple dans le rapport : 1 monitrice à l'école des sœurs des HCL (35 élèves) et 4,5 à l'école de la Croix-Rouge (150 élèves).

bénéficié d'une formation dans une école de cadres. Plusieurs écoles étaient sensibles à la présence à Lyon d'un tel établissement depuis 1960, tout en étant conscientes qu'elles n'avaient « guère les moyens de remplacer les monitrices qui seraient mises en congés pour suivre cette formation »¹⁰⁵³. Les directrices elles-mêmes étaient peu formées¹⁰⁵⁴. Seules les directrices de l'école catholique rue des alouettes et de l'école de la Croix-Rouge avaient bénéficié d'une formation universitaire, respectivement en sciences sociales et en sciences politiques. Les méthodes d'enseignement étaient peu innovantes et Marjorie Duvillard déplorait en particulier que compte tenu d'« un processus scolaire aussi accéléré », il n'y avait aucune possibilité « d'utiliser l'évaluation comme un moyen de développer le jugement et le sens critique de l'élève. »¹⁰⁵⁵ Pour 4 écoles sur les 7, les conditions matérielles des études étaient de surcroît peu facilitantes. Les locaux étaient « vétustes, sombres et exigus », à l'exception de l'école de l'avenue Rockefeller, qui bénéficiait d'un « vaste bâtiment mis à sa disposition par la Faculté de médecine », de l'école laïque des HCL dont les locaux avaient été rénovés et de l'école de la Croix-Rouge qui disposait depuis peu d'un « spacieux bâtiment neuf ».

L'« Ecole de Cadres d'infirmières et d'infirmiers de la région Rhône-Alpes » fit l'objet d'une sévère critique de la part de la consultante, à la fois du point de vue de son financement et de son système de pilotage. En dépit de son appellation qui évoquait, disait-elle, l'idée d'une coopération régionale, l'école dépendait exclusivement du Conseil général d'administration des HCL :

Elle est financée par cette institution et son siège est dans un hôpital des Hospices civils¹⁰⁵⁶. Le Président de son Conseil de Surveillance est le Président du Conseil général d'Administration des Hospices civils de Lyon, et au moins quatre autres administrateurs des HCL, dont le Directeur général, ont place de droit dans ce Conseil. Aucune infirmière n'en fait partie. Le Directeur général des Hospices civils de Lyon, M. L. Veyret, est membre du Conseil de Surveillance de l'école et Directeur administratif de celle-ci. Il y a en outre dans les conseils, le médecin inspecteur divisionnaire de la santé, des représentants de l'Université, de la Croix-Rouge et des écoles d'infirmières. Aucune personnalité extérieure à Lyon n'y trouve place.¹⁰⁵⁷

¹⁰⁵³ *Id.* p 11.

¹⁰⁵⁴ Le règlement type des écoles d'infirmiers et d'infirmières datant de 1955, encore en vigueur, ne prévoyait ni ne recommandait de formation en école de cadres ni pour les directrices ni pour les monitrices, le diplôme d'État et une expérience professionnelle appropriée au poste étant seulement exigés. Par exemple, la qualité de moniteur ou de monitrice n'était reconnue qu'après un an de stage probatoire dans ce poste. Arrêté du 1^{er} août 1955 relatif à l'agrément et au règlement type des écoles d'infirmiers et d'infirmières et des écoles mixtes d'infirmières et d'infirmiers, d'assistantes et d'assistants de service social.

¹⁰⁵⁵ *Ibid.* Dans cette remarque transparaissait la formation de son auteur, notamment aux États-Unis, où la réflexion sur l'éducation et notamment les pratiques d'évaluation était avancée dans certaines universités.

¹⁰⁵⁶ « Dans son rapport du 6-7-60, Mlle Alves-Diniz dit que le statut d'association est prévu pour cette école, et que son financement serait assuré par les membres de l'association (hôpitaux et écoles d'infirmières). » Cette note de bas de page figurant dans le texte sonne comme un rappel à l'ordre et au respect des engagements de la part de l'auteure.

¹⁰⁵⁷ *Ibid.* et p 12.

Ainsi, l'hégémonie des HCL aux postes clés se doublait d'une exclusivité lyonnaise du système de représentation dans ces prestigieuses instances. Cette situation était d'autant plus problématique aux yeux de la visiteuse, que les infirmières en étaient les grandes absentes, y compris aux postes opérationnels où pourtant, leur présence était prévue dans le règlement :

Un médecin-chef de service aux Hospices civils de Lyon, le Dr Plauchu, a été nommé directeur technique de l'Ecole. Le règlement prévoit encore un poste d'infirmière directrice. Celle-ci doit être nommée avec l'agrément successif du Directeur départemental de la Santé, après avis du Conseil de Perfectionnement des écoles d'infirmières. Aucune infirmière n'a encore pu satisfaire aux exigences de ce poste. En attendant, elle est conduite par deux monitrices, Mlles Decultieux et Deschanoz, qui ne sont pas habilitées à prendre des initiatives quant à la politique générale, les méthodes de travail ou le développement du programme.¹⁰⁵⁸

Apparaissait là, outre une illustration supplémentaire que les espaces de prise de décision étaient occupés par des hommes, médecins ou administrateurs, la confirmation des difficultés de recrutement d'infirmières à un tel niveau, quand bien même un poste de ce type leur était offert. Autant cette situation justifiait pleinement le bien-fondé de l'EIEIS, autant elle était susceptible de rendre la consultante perplexe quant aux conditions de réalisation de cette entreprise. Marjorie Duvillard se garda bien de projeter bruyamment le résultat de son observation sur le projet de création de la future EIEIS, mais il est peu douteux que cette situation dut lui sembler bien peu rassurante, à la fois du point de vue de l'omniprésence des HCL et de la grande rareté des infirmières suffisamment formées pour occuper les places à prendre. Forte de ces constats, c'est avec une certaine circonspection qu'elle avait présenté dès le début de son rapport, l'aisance financière des HCL et leur influence dans la région lyonnaise, autant de facteurs pourtant favorables pour le projet et *a priori* plutôt réjouissants pour de nombreux acteurs :

Ils possèdent des biens importants, en particulier des terrains et des immeubles au cœur même de la ville de Lyon. L'influence des Hospices semble être grande dans tous les milieux, à la Direction départementale de la santé, à l'Université (en particulier à la Faculté de médecine), auprès des autorités municipales et départementales et auprès du Ministère de la santé. Le Directeur général promet que l'EIEIS aurait la plus grande autonomie au sein de cette institution.¹⁰⁵⁹

Il ne restait plus qu'à entretenir l'espoir de la solidité de cette promesse du directeur général, d'autant plus que la consultante avait dû se rendre à l'évidence que d'autres sources de financement n'étaient pas envisageables. Elle avait pourtant déployé de l'énergie dans ce sens à l'occasion de son voyage à Lyon. Elle avait certes rencontré d'éminents personnages publics comme le préfet du département du Rhône et le maire de Lyon, pour leur présenter le projet. Mais elle s'était aussi tournée vers la sphère privée, vraisemblablement dans un autre dessein :

¹⁰⁵⁸ *Ibid.*

¹⁰⁵⁹ *Id.* p 3.

Un effort particulier fut fait pour établir des contacts dans les milieux de l'économie lyonnaise. Des entretiens eurent lieu avec les personnes suivantes :

- M. Morel Journel, Président de la Chambre de commerce ;
- M. Brossette, Président du Tribunal de Commerce ;
- M. Leperq, Administrateur de l'industrie chimique Gerland et Président du Conseil des Facultés catholiques ;
- M. Truchot, Président du Groupement interprofessionnel lyonnais et Membre du Conseil de l'Université de Lyon.¹⁰⁶⁰

À l'instar des autorités publiques, toutes ces personnes s'étaient montrées intéressées par le caractère international et expérimental de l'EIEIS, susceptible à leurs yeux, de « contribuer au développement et au renom de la ville de Lyon actuellement en pleine expansion. »¹⁰⁶¹ Quelques-uns avaient même laissé entendre la possibilité dans le milieu de l'industrie et du commerce lyonnais s'ils étaient sollicités, de consentir « d'une façon limitée » à une contribution financière comme l'attribution de bourses d'études. Au terme de ces entretiens, Marjorie Duvillard avait cependant bien compris qu'il n'était pas question d'aller au-delà de ces modestes propositions et en avait déduit qu'il n'était pas pensable d' « attendre d'eux des subventions importantes ou régulières. »¹⁰⁶² Par cette conclusion, elle admettait implicitement qu'il était sage de renoncer à une diversification des modes de financement de l'École, ce qui supposait de s'en remettre entièrement aux HCL et aux moyens dont ils disposaient, au risque de s'installer dans une dépendance peu réjouissante à ses yeux.

En attendant, l'université lyonnaise constituait un autre partenaire essentiel du projet, à la fois en termes de consécration du caractère supérieur de l'enseignement dispensé et de reconnaissance académique du diplôme délivré par la future EIEIS, enjeu qui dépassait la situation nationale. Marjorie Duvillard rappela en effet que des infirmières européennes qui portaient jusqu'alors faire des études supérieures au Canada et aux États-Unis, « dans le but précis d'obtenir un titre universitaire » étaient susceptibles désormais de s'inscrire à l'EIEIS, si celle-ci était attractive de ce point de vue.

- *L'université de Lyon*

Dix entretiens furent conduits dans le milieu universitaire lyonnais¹⁰⁶³. Ces premiers contacts furent très différents de ceux que Marjorie Duvillard et les médecins du Conseil d'école du bon Secours avaient eus avec l'université de Genève. Le recteur Louis, rassuré à l'idée que l'EIEIS

¹⁰⁶⁰ *Id.* p 29.

¹⁰⁶¹ *Ibid.*

¹⁰⁶² *Ibid.*

¹⁰⁶³ Recteur de l'université et son chef de cabinet, doyens des facultés de médecine, droit, sciences et lettres, directeur-adjoint de l'École pratique de pédagogie et de psychologie, directeur de l'Institut anticancéreux, Dr Dechaume, professeur de neuropsychiatrie et Dr Mérieux, président de l'Association des amis de l'université.

ne demanderait aucune contribution financière à l'université, sembla « particulièrement désireux de collaborer au projet d'une EIEIS rattachée à l'Université »¹⁰⁶⁴. Il n'était en particulier pas hostile, par principe, à la création d'un Institut d'université pour l'enseignement infirmier supérieur. Cette idée avait en effet la préférence de Marjorie Duvillard, qui y voyait un moyen pour éviter à l'EIEIS d'être placée sous la coupe des HCL. Tout en l'encourageant dans ce sens, le Recteur resta néanmoins prudent quant à cette perspective. Outre qu'il prévoyait quelques obstacles d'ordre administratif, il lui rappela que la création d'un tel institut ne pouvait être envisagée à son niveau que si elle émanait d'une ou plusieurs facultés, ce qui supposait de la part de l'EIEIS, un travail en profondeur auprès des doyens respectifs et de quelques professeurs intéressés. Dans l'immédiat, il conseilla de « faire démarrer l'école et informer le Conseil de l'Université de sa structure, son organisation, des conditions d'admissions et de recrutement du personnel, et de son programme »¹⁰⁶⁵. A en juger à ces quelques préconisations, si une solide coopération était raisonnablement envisageable, il était exclu que l'université fût à l'origine de la création de l'EIEIS. En revanche, cette institution disposait de nombreuses ressources susceptibles de concourir au programme de l'EIEIS, particulièrement en ce qui concernait les facultés de droit, lettres et médecine. Parmi ces possibilités, l'École Pratique de Pédagogie et de Psychologie, « Institut de l'Université auquel [collaboraient] les Facultés de Lettres et de Médecine », retint particulièrement l'attention de la consultante, pour deux raisons très vraisemblables, même si elles ne furent pas explicitées. Sur le fond, la psychologie et les sciences de l'éducation étudiées et enseignées dans ce lieu, étaient susceptibles d'être très utilement transposées et mobilisées dans la pratique des infirmières. Sur la forme, il s'agissait là d'un exemple d'institut universitaire à visée pratique, qui présentait dans son principe, des similitudes avec la problématique du développement académique des soins infirmiers, discipline appliquée par excellence. D'une façon générale, il était question à ses yeux, que les étudiantes de l'EIEIS pussent avoir accès aux enseignements universitaires, fût-ce au prix de la création de cours spéciaux le cas échéant :

Des cours réguliers de l'Université et des Instituts pourront être suivis par les étudiantes de l'EIEIS selon leurs diverses orientations. D'autres cours pourront être créés par des professeurs de l'Université pour satisfaire aux besoins de l'ensemble des étudiantes de l'EIEIS. Une exploration détaillée de ces ressources doit être faite par les monitrices de la future école qui se trouvent déjà à Lyon.¹⁰⁶⁶

Si Monseigneur Gardette, Recteur des facultés catholiques de Lyon, « grand centre privé d'enseignement supérieur », ne montra pas un enthousiasme démesuré pour le projet, il assura à Marjorie Duvillard que l'EIEIS pourrait compter sur des ressources intéressantes, notamment en sociologie. Enfin, le Dr Dechaume, professeur de neuropsychiatrie, montra son vif intérêt pour l'EIEIS et proposa « toute la collaboration dont il [disposait] à l'Université et dans les

¹⁰⁶⁴ *Id.* p 14.

¹⁰⁶⁵ *Ibid.*

¹⁰⁶⁶ *Id.* p 15.

services de psychiatrie, de neuro psychiatrie et de psychiatrie infantile à Lyon »¹⁰⁶⁷. C'est que son institution d'appartenance, l'Hôpital psychiatrique départemental dit du Vinatier, était forte de sa capacité d'accueil de 2600 malades et ne manquait pas d'envergure. Elle était alors en voie de complète modernisation « tant au point de vue de ses locaux que de ses méthodes de travail » et comportait même un centre de psychothérapie. La psychiatrie lyonnaise s'inscrivait en cela dans une dynamique impulsée au niveau national. En 1960, une circulaire¹⁰⁶⁸ avait initié un mouvement d'ouverture du milieu asilaire sur la cité, dont le projet était de permettre aux malades d'être coupés le moins longtemps possible de leur famille et de leur milieu social. Ceci se traduisit par l'incitation à développer les possibilités de prises en charge dans des structures extrahospitalières, en relation étroite avec les soins intra-hospitaliers. Ces modifications structurelles entraînent des modifications dans les pratiques médicales, mais aussi infirmières en psychiatrie et constituèrent un prélude aux réflexions qui suivirent sur la sectorisation de la psychiatrie¹⁰⁶⁹. La préface de la plaquette de présentation de la moderne institution dans laquelle officiait le Pr Dechaume était signée du Dr Aujaleu et comportait cette promesse qui avait marqué Marjorie Duvillard : « Le gardiennage cède la place à la thérapeutique active, l'asile devient l'hôpital. »¹⁰⁷⁰ Pour la consultante, cette collaboration potentielle était précieuse pour l'EIEIS, « tant pour développer le programme de spécialisation en soins infirmiers psychiatriques que pour le développement du programme de psychologie sociale qui sera sans doute une importante branche d'enseignement dans cette école. »¹⁰⁷¹ Ainsi s'acheva, le 21 décembre 1962¹⁰⁷², l'essentiel de cette première découverte du monde hospitalier et universitaire lyonnais par la consultante, à qui toutes les portes furent facilement ouvertes comme par la magie de la mission qui lui était confiée par l'OMS. Non seulement les deux monitrices qui accompagnaient cette influente personnalité bénéficièrent d'un droit d'entrée qui allait de soi dans les mêmes lieux, mais elles purent se faire connaître et commencer à tisser un précieux réseau relationnel fort utile pour leur propre mission. Ces premières approches étaient d'autant plus cruciales pour elles que le projet d'une EIEIS à Lyon fut très officiellement et définitivement entériné dès le début de l'année suivante, alors qu'elles-mêmes étaient occupées ailleurs, en compagnie de la consultante.

¹⁰⁶⁷ *Id.* p 16 et 17.

¹⁰⁶⁸ Circulaire du 15 mars 1960, relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales.

¹⁰⁶⁹ Jusqu'à la loi n°85-772 du 25 juillet 1985 portant diverses dispositions d'ordre social qui officialisa le secteur psychiatrique et le définit dans ses deux dimensions intra et extra-hospitalières, suivie de la loi n° 85-1468 du 31 décembre de la même année relative à la sectorisation psychiatrique intégrant les secteurs dans la carte sanitaire.

¹⁰⁷⁰ Cité par Marjorie Duvillard, *Id.* p 16.

¹⁰⁷¹ *Id.* p 17.

¹⁰⁷² *Id.* p 1.

- *Derrière les portes closes du Conseil général d'administration des HCL*

La question de ce que l'on nommait encore « l'École Internationale de Cadres Infirmiers Supérieurs de Lyon » fut abordée au Conseil général d'administration des HCL (CGA) dès le 9 janvier 1963¹⁰⁷³. Le projet fut ainsi présenté à l'assemblée par M. Garraud, président de la Commission du contentieux :

Cette Ecole est destinée à former, à partir d'infirmier(e)s déjà très instruit(e)s, des cadres infirmiers supérieurs capables d'occuper des postes importants de direction dans l'Enseignement infirmier et l'Administration des Services Hospitaliers ou des postes spécialisés à un très haut niveau dans certains services : P.M.I. – Médecine du travail – Psychiatrie – Santé Publique.

Cet exposé témoignait que l'envergure de l'École et donc le niveau élevé des postes envisagés à la fin des études avait été bien saisi par ces instances. La genèse de l'entreprise depuis 1960 fut rappelée, de même que l'étude en cours des conditions d'organisation de l'École par le ministère de la Santé publique et de la Population, « avec le concours des H.C.L., de Mlle Duvillard, consultante en enseignement infirmier, déléguée par l'O.M.S. et de Mlles BACHELOT et MENNESSON, futures monitrices de l'École ». La date d'ouverture était alors prévue pour le 1^{er} octobre 1963. L'orateur rappela aussi que « la dépense annuelle à envisager serait de l'ordre de 50 000 à 80 000 F. » Un projet de règlement de l'École, élaboré à la hâte par les HCL¹⁰⁷⁴, avait été « adressé d'urgence, le 26 décembre 1962 à la demande du Ministère » pour agrément par le Conseil général d'administration « après étude par les commissions compétentes »¹⁰⁷⁵. Même si ce projet n'avait qu'une valeur indicative, son examen et sa ratification par le CGA était indispensable car il conditionnait les questions encore à l'étude concernant entre autres « les conditions d'admission des étudiants, la durée des études et la nature des diplômes délivrés ».

M. Garraud, rendant compte des travaux de la Commission du contentieux rappela que l'École serait « administrée, au sens plein du terme, par le Conseil d'Administration des H.C.L. assisté d'un Conseil Technique de Direction ». Ce Conseil de direction comprenant 26 membres¹⁰⁷⁶

¹⁰⁷³ Extraits du registre des délibérations du CGA du 9 janvier 1963, *op.cit.* Le compte rendu des débats ne fait certes pas partie de la mission de la consultante dont il est question dans le présent développement. Il permet néanmoins d'en éclairer quasi instantanément les propos. Il atteste aussi que sa voix ainsi que ses craintes avaient été entendues et confirme le soutien ferme et inconditionnel pour le projet au plus haut niveau de l'État. Il apporte enfin, directement, le précieux point de vue d'autres acteurs, notamment dans le domaine financier et médical.

¹⁰⁷⁴ Sans aucun doute avec la participation, voire les suggestions appuyées de Mlle Alves-Diniz et Marjorie Duvillard au cours de leur récent séjour et sous la supervision du ministère de la Santé publique et de la Population.

¹⁰⁷⁵ Soit la Commission du contentieux et la Commission des finances du CGA.

¹⁰⁷⁶ Les propositions avancées à cette date mentionnaient 25 membres dans le rapport de Marjorie Duvillard : « le Président du Conseil général d'Administration des HCL (Président) – un représentant du Ministère des

était considéré comme « très lourd » par la commission, laquelle avait fait l'hypothèse que le ministère avait souhaité que « tout le monde [fût] représenté »¹⁰⁷⁷. Ledit conseil fut soumis à l'examen. L'exercice donna lieu à quelques échanges dans l'assemblée, qui reflétaient les préoccupations du moment des différents locuteurs animés par diverses motivations. M. Hermann, doyen de la faculté de médecine, peut-être soucieux de rendre à son collègue juriste les honneurs qui lui étaient dus, rappela à deux reprises, la nécessité de respecter « l'ordre protocolaire » dans l'énumération des doyens des facultés, le Droit précédant la Médecine qui elle-même précédait les Lettres. Un autre professeur de médecine, M. Cresseyl, fit part de son étonnement que « dans une école supérieure d'infirmières », aucun médecin ne fût nommé « *ès qualités* », c'est-à-dire pas seulement au titre de représentant des HCL, dans le Conseil de direction. Car enfin avançait-il avec prudence, « la profession d'infirmière se rattache un peu à la médecine ». Monsieur Pradel, maire de Lyon vint à sa rescousse, suivi par deux autres professeurs de médecine apparemment heureux de pouvoir eux-aussi, se laisser aller à demi-mot à une sorte de persiflage libérateur. L'ensemble donna un dialogue entre administrateurs qui en disait long sur leur connaissance très approximative de ce qui avait motivé la composition de ce premier Conseil de direction :

- M. PRADEL : M. le Professeur a raison. On a nommé des personnalités qui n'ont rien à voir avec la médecine. La Chambre de Commerce... entre nous...
- M. KAHN : ... Et le Ministère des affaires étrangères...
- M. PAUFIQUE : ... S'ils payaient encore...
- M. PRADEL : N'y comptez pas. Qu'on mette le Professeur Mérieux, d'accord, mais pas le Président des amis de l'Université¹⁰⁷⁸. M. le Professeur CREYSSEL a raison, il vaut mieux mettre deux ou trois médecins et retirer certains...

Affaires étrangères – un représentant du ministère de la Santé publique et de la Population – l'infirmière-conseillère auprès du Ministère de la Santé publique – l'inspecteur divisionnaire, Directeur départemental de la Santé du Rhône - l'inspecteur divisionnaire, Directeur départemental de la Population du Rhône – un représentant de l'OMS – deux infirmières « internationales » choisies par l'OMS – le Recteur de l'Université de Lyon – les trois Doyens des facultés de Lettres, Droit et Médecine de l'Université de Lyon – un professeur délégué par l'Université de Lyon – quatre représentants des HCL dont un médecin et une infirmière – le Président de l'Association des Amis de l'Université – deux représentants des facultés catholiques de Lyon (le Recteur et le Directeur de l'Institut social) – une infirmière choisie par le Comité d'entente des Ecoles d'Infirmières et des Ecoles de Cadres – une infirmière choisie par l'Association Nationale des Infirmières Françaises diplômées d'Etat – un représentant de la Chambre de Commerce de Lyon – un représentant du groupement interprofessionnel lyonnais – une assistante sociale choisie par l'Association nationale des Assistantes sociales – une sage-femme choisie par l'Ordre des Sages-Femmes. » Marjorie Duvillard, « Mission accomplie entre le 15 novembre 1962 et le 30 janvier 1964 ... » *op. cit.* R1, pp 37 et 39.

¹⁰⁷⁷ Dans cette première configuration, se retrouvaient en effet des acteurs jugés *a priori* importants qui avaient été approchés par Marjorie Duvillard. Ils avaient très vraisemblablement été proposés sans préjuger de la pertinence particulière de leur présence à terme.

¹⁰⁷⁸ Le Docteur (et non Professeur) Charles Mérieux était effectivement président des Amis de l'Université. Mais il avait surtout été approché par Marjorie Duvillard pour les ressources qu'il pouvait potentiellement apporter à l'EIEIS, à la fois en termes de soutien et de réseaux relationnels comme scientifique et industriel actif dans le domaine de la santé publique et du point de vue financier, compte tenu de la position et de la réputation de la famille Mérieux et de l'Institut du même nom dans le domaine de l'industrie pharmaceutique. Au moment où les

- M. KAHN : ... On nous a parlé de 5 millions par an¹⁰⁷⁹.

Mêlée à ces considérations et interrogations somme toute assez logiques sur la composition du Conseil de direction, la question du financement de l'École apparaissait, finalement révélée par un coq-à-l'âne assez plaisant. M. Hermann, s'exprimant à la fois au nom de la Commission des finances et en son nom propre comme universitaire, apporta un point de vue susceptible d'éclairer l'assistance. Il rappela que ladite commission s'était longuement interrogée sur le point de savoir s'il était raisonnable pour les HCL de s'engager à « mettre cette charge dans le budget », même si sa perplexité avait été tempérée par l'intervention du Directeur général des HCL :

Alors M. le Directeur Général nous a dit – et je l'ai approuvé entièrement – c'est une question de prestige pour les Hospices. Certes, c'est plutôt la reconnaissance d'un prestige que l'apport d'un prestige. C'est la reconnaissance du prestige, parce qu'il n'y a pas d'organisme hospitalier en France qui soit de taille actuellement à accepter cette charge financière. Si nous avons introduit des réserves, c'est que nous ne voulons pas, à la Commission des Finances, nous engager absolument pour l'avenir, car il y a tout de même un certain paradoxe à ce qu'une école qui ne porte pas le titre d'École de Cadres des Hospices Civils, qui est une école intitulée « Internationale » soit entièrement financée par le budget des Hospices Civils de Lyon. Alors il est certain qu'on fait appel à nous en raison du prestige que nous possédons, en raison de l'apport minime de prestige dont nous bénéficions, mais surtout parce que nous avons les moyens financiers ou supposés tels de le faire.

Concernant la composition du Conseil de direction, il proposa aussi une hypothèse d'interprétation, certes discutable, car il ne disposait pas, lui non plus, de toutes les données pour apprécier la situation dans son ensemble, notamment en ce qui concernait la tentative de recherche de fonds privés complémentaires¹⁰⁸⁰ :

Je dis en passant que la lourdeur de ce Comité (sic) de Direction est peut-être voulue pour que ce soit une assemblée de potiches qui ne servent à rien et que ce soit l'Administration des Hospices qui commande, ce qui est infiniment souhaitable.

Cette déclaration montrait une profonde divergence de vues avec Marjorie Duvillard, dont l'action allait précisément à l'encontre de tout ce qui pouvait favoriser la réalisation de ce

premières propositions avaient été faites pour constituer le Conseil, elle n'avait pas encore tiré toutes les conclusions de son exploration s'agissant des potentielles aides extérieures. Peut-être qu'une désignation *ad nominem* fut-elle alors considérée comme dévoilant trop brutalement les motivations profondes de la sollicitation. Ces dernières furent confirmées par Huguette Bachelot. Entretien des 2 et 3 décembre 2010.

¹⁰⁷⁹ Ce professeur de médecine n'avait vraisemblablement pas encore intégré le système des nouveaux francs en vigueur depuis 1960, mais nul ne lui en tint rigueur, d'autant plus que d'autres dans l'assemblée, s'exprimaient alternativement en anciens et en nouveaux francs.

¹⁰⁸⁰ Si cette entreprise s'avéra rapidement fragile et même vouée à l'échec selon l'analyse même de la consultante, elle avait à l'origine pour but de gagner en indépendance par rapport aux HCL, objectif qui n'était pas incompatible avec celui de la prudente Commission des finances par la diversification des ressources qu'elle était susceptible d'apporter.

souhait. Mais la question de l'indépendance pédagogique de l'EIEIS, nécessaire à ses yeux, ne fut à aucun moment posée par l'une ou l'autre de ces Commissions qui s'étaient contentées d'examiner le projet de règlement au prisme de leurs missions respectives. En revanche, le doyen Hermann s'exprima aussi sur les questions pédagogiques, pour justifier la présence de nombreux universitaires dans le Conseil de direction. Il considérait, appréciation partagée par Marjorie Duvillard, que l'Université était la garante du sérieux et de la valeur des diplômes, surtout pour l'étranger. Il rappela néanmoins que l'université de Lyon et donc la faculté de médecine pour ce qui le concernait, pouvaient difficilement, en l'état, répondre à ce type d'attente, tout en réaffirmant son soutien au projet :

[L'Université] ne peut donner des diplômes que pour des organismes qui lui appartiennent. M. le Recteur Louis et moi-même nous sommes tout à fait favorables pour régir cette école, mais nous ne pourrions pas donner un diplôme universitaire. Peut-être pourrions-nous donner une attestation de scolarité ou quelque chose d'analogue de façon à ce que le mot « Université » figure dans les textes, car au point de vue de l'étranger c'est le mot « Université » qui compte, ce n'est pas autre chose.

Au terme de ces commentaires, l'universitaire repris sa casquette d'administrateur au titre de Président de la Commission des finances pour interpellier solennellement l'assemblée sur une question essentielle pour elle :

Et j'attire votre attention sur la gravité de la décision que vous allez prendre. Vous mettez le doigt dans l'engrenage et la clause que vient d'introduire la Commission des Finances, à savoir « qu'elle fait toutes réserves » est une clause de forme car quand il n'y aura plus d'argent, si vous ne trouvez pas de concours à l'extérieur, que va-t-il se passer ? Fermera-t-on l'école ?

Cela coûtera plus de 5 à 8 millions ; d'autant plus que l'O.M.S. a les dents longues. D'après ce que nous savons, elle n'a pas l'habitude de fonctionner au rabais si j'en juge par l'aspect extérieur de cet organisme. Je pense quant à moi que cette clause doit bien figurer au procès-verbal. Nous voulons bien faire un essai, mais si ça coûte trop cher il faut que le Conseil d'Administration se souvienne de cette séance d'aujourd'hui et qu'il puisse dire « non » quand le moment sera venu.

L'intervention de M. Tapernoux, premier adjoint au Maire de Lyon, qui demanda s'il n'était pas préférable de « dire non aujourd'hui » suscita la réponse immédiate du Directeur général des HCL qui, dans le souci très probable de dédramatiser la situation, rappela l'état des négociations entre l'OMS et les HCL :

Les déléguées de l'OMS¹⁰⁸¹ sont reparties de Lyon très déçues, pour deux motifs. Le premier, le principal, c'est que l'Ecole soit rattachée aux Hospices Civils de Lyon, parce que -vous l'avez vu - dans le projet, l'Administration a défendu, je crois, les prérogatives du Conseil de façon complète avec :

- 1°) le budget arrêté par le Conseil d'Administration des Hospices
- 2°) la nomination du personnel par le Conseil d'Administration des Hospices.

¹⁰⁸¹ C'est-à-dire Marjorie Duvillard et Mlle Alves-Diniz.

Les deux déléguées n'ont pas caché qu'elles étaient chagrinées par ces deux clauses.

Il y a un troisième motif : c'est que nous avons dit que le budget de l'École serait rattaché à un établissement, et que les gestionnaires de cet établissement seraient responsables. Alors là, les déléguées ont dit : « Comment, l'Econome, par exemple d'Edouard-Herriot viendra mettre son nez dans nos dépenses ? » ; et puis « quand nous voudrions acheter un livre pour la bibliothèque de l'École il faudra demander l'autorisation à Edouard-Herriot ? ». Nous avons insisté, ce qui donne au Conseil, malgré tout, le contrôle complet.

Cette intervention rendait remarquablement compte du combat pour l'indépendance de l'École, mené par les déléguées de l'OMS, investies au point de s'approprier l'établissement à la manière de deux avocates. L'argument selon lequel l'Administration n'avait pas reculé n'avait cependant pas ébranlé la sagacité du président de la Commission des finances. Il demanda en effet qui payerait au bout du compte. Après avoir sans grande conviction ni succès évoqué la possibilité de bourses pour les étudiantes, M. Veyret avoua l'impossibilité de fixer des tarifs susceptibles d'assurer l'autonomie financière de l'entreprise, et finit par se rendre à ce qui paraissait relever de l'évidence pour ses fort lucides interlocuteurs : « [...] si on avait pu rendre cette Ecole rentable, jamais elle n'aurait été rattachée aux Hospices. Ils en auraient fait une association ». Il proposa alors un arrangement, consistant à fixer à 100 000 francs une limite annuelle de dépenses au-dessus de laquelle le Conseil se désengagerait. Avant le vote, il jugea très utile de rappeler d'autres enjeux, qui dépassaient largement la situation locale :

Il se pose la question de savoir s'il est opportun pour vous d'approuver aujourd'hui ou de ne pas approuver. Vous le ferez en toute liberté, mais il faut vous dire que le Ministère de la Santé Publique tient beaucoup – je l'ai dit aux différentes Commissions- et le Docteur Aujaleu en particulier, à ce que cette école soit à Lyon. Rennes était volontaire pour la prendre, il a mis son veto. Il a dit « Je veux qu'elle soit à Lyon ». Il ne la voulait ni à Paris, ni dans une autre ville de province. C'est certainement une marque de confiance. Monsieur Aujaleu ne s'est pas occupé du tout des questions financières. Il était peut-être même persuadé que ça devait tourner à eu près du point de vue financier. Il ne l'a même pas examiné. Son souci était de voir cette Ecole créée à Lyon. Je crois que si vraiment aujourd'hui vous refusiez le principe, pour Lyon ce serait très ennuyeux, pour nos relations...

Par cette mise au point fort persuasive, le Directeur général avait gagné l'assemblée à la cause de l'EIEIS. Celle-ci accepta de financer l'École, tout en se mettant d'accord pour soumettre à l'avis du ministère et de l'OMS, la clause de réserve portant sur la possibilité pour les HCL de conserver la maîtrise de la limitation des dépenses. La somme de 100 000 francs avancée fut estimée trop aléatoire après discussion et il fut finalement décidé de fixer la limite des dépenses à l'appréciation annuelle des HCL, à qui il revenait de juger du caractère excessif ou non de la charge financière se rapportant à l'École. M. Kahn fit perfidement remarquer que « charge excessive » ne voulait « rien dire ». M. Veyret répondit qu'il n'était en effet pas certain que l'OMS acceptât la formule, mais supputa qu'il y avait quelques chances que ce fût le cas, tant ses représentants étaient, de leur côté, « très ennuyés » selon lui. Sans doute voulait-il dire par là, conformément à l'avis du président de la Commission des finances, que les HCL étaient

parmi les rares établissements, sinon l'unique, à disposer à l'époque des ressources pour accueillir cette école, et qu'ils disposaient donc de quelques marges de manœuvre dans la négociation.

A la fin de la séance, on revint sur la remarque du Professeur Cresseyl à propos de la représentation des qualités des médecins et chirurgiens dans le Conseil de direction. Le maire, M. Pradel, réitéra sa proposition d'amputation hardie de quelques membres inutiles à ses yeux pour leur faire la place qui leur revenait. Monsieur Veyret, moins radical, conseilla d'ajouter un médecin et un chirurgien des HCL « sur proposition de la Commission médicale ¹⁰⁸²», sans modifier le nombre de membres qui avait été arrêté en haut lieu. Ainsi s'était joué le sort de l'EIEIS à Lyon et peut-être même en France, au début de l'année 1963. L'École disposait en l'occurrence, d'un soutien appuyé au niveau de l'État et, par voie de conséquence, en la personne même du Directeur général des HCL. Par ailleurs, malgré une remarquable liberté d'expression au sein du CGA, aucun membre de l'assemblée, ni même du corps médical ne contesta le principe même de la création de cette école supérieure destinées aux infirmières, laquelle bénéficiait il est vrai, des influents soutiens du doyen Hermann et du recteur Louis. Il n'en restait pas moins cependant, que malgré ces conditions qui apparaissaient comme très favorables dans l'ensemble, la vigueur de l'avenir de l'EIEIS demeurait suspendue à de bien fragiles spéculations du point de vue financier pourtant déterminant.

Avant même la tenue de ces importantes délibérations qui concernaient directement le projet dont elles étaient les promotrices, la visite exploratoire de la consultante et des deux monitrices se poursuivit sur le territoire national à partir du 3 janvier 1963, toujours à la recherche de ressources et de collaborations potentielles.

- D'autres institutions, dans d'autres régions françaises

Leur voyage d'étude les conduisit en région parisienne, en Bretagne et en Normandie. De nombreuses écoles d'infirmières dites de base furent visitées. Quelques écoles furent retenues comme particulièrement intéressantes aux yeux de la consultante, en raison de la collaboration étroite qu'elles entretenaient avec l'hôpital auquel elles étaient rattachées. L'école d'infirmières et d'assistantes sociales du Centre hospitalier de Caen était remarquable de ce point de vue :

Il y a là du dynamisme dans l'équipe dirigeante et la présence à l'hôpital d'une surveillante générale très compétente, Mlle Graulou, facilite la collaboration entre l'école et l'hôpital. Cette école serait

¹⁰⁸² Il s'agissait de la Commission médicale consultative instituée par le décret n° 58-1202 du 11 décembre 1958 relatif aux hôpitaux et hospices publics. Compte tenu de leur particularité, les hôpitaux de Paris, de Marseille et les HCL firent l'objet d'un texte réglementaire spécifique. Décret n° 62-994 du 9 juillet 1962 instituant une commission médicale consultative à l'assistance publique à Paris, à l'assistance publique à Marseille et aux hospices civils de Lyon.

éventuellement à retenir, de même que l'école de Versailles pour d'éventuels stages des étudiantes de l'EIEIS.¹⁰⁸³

Une occasion supplémentaire était ainsi donnée à Marjorie Duvillard, de souligner combien le poste de surveillante générale était recommandable et ce que cette fonction apportait au fonctionnement de l'hôpital, mais aussi au système de formation des infirmières. En ce sens, l'exemple de la formation clinique des médecins était éclairant, à plus forte raison depuis l'avènement des Centres hospitaliers universitaires aux triples fonctions de soin, d'enseignement et de recherche en 1958. L'Assistance publique de Paris, dont la taille ne passait pourtant pas inaperçue, ne fit pas partie des visites, sans que cette omission ne fût explicitée. Peut-être entraînait-elle trop en concurrence avec les HCL pour l'ouverture de l'EIEIS et qu'il s'agissait là d'éviter un incident diplomatique alors que la cause était officiellement entendue depuis 1961 ? Peut-être cette institution n'était-elle pas considérée comme exemplaire aux yeux de l'OMS, notamment en ce qui concernait la formation des cadres ? L'école leur étant destinée n'ouvrit en effet qu'en 1962 et ne fut même pas mentionnée dans le rapport. En revanche, « la consultante et ses collaboratrices passèrent une demi-journée à l'École de Cadres de la Croix-Rouge française et Milles Bachelot et Mennesson visitèrent l'École de Cadres catholique ».¹⁰⁸⁴

L'École nationale de la santé publique à Rennes¹⁰⁸⁵ fit, quant à elle, l'objet d'une grande attention. Les buts annoncés de cette institution placée sous la tutelle du ministère de la Santé qui la finançait étaient vastes :

- Former sur le plan national les cadres du personnel de la protection sanitaire et sociale.
- Dispenser un enseignement de santé publique en langue française pour les étrangers francophones notamment pour les pays en voie de développement, enseignement qui n'existe pas en Europe.
- Former aux disciplines de la santé publique du personnel français qui pourra être employé à l'étranger au titre d'une aide technique bilatérale ou dans le cadre d'organisations internationales.¹⁰⁸⁶

¹⁰⁸³ Marjorie Duvillard, « Mission accomplie entre le 15 novembre 1962 et le 30 janvier 1964 ... » *op. cit.* R1, p 20.

¹⁰⁸⁴ *Ibid.* Cette répartition des tâches et surtout des lieux de visite entre la consultante et les futures monitrices n'était pas anodine. D'une part, Huguette Bachelot connaissait l'école de la Croix-Rouge pour y avoir fait ses études, et avait donc tout intérêt à découvrir l'école concurrente. D'autre part, l'école de la Croix-Rouge présentait très vraisemblablement aux yeux de Marjorie Duvillard, une modernité et des sources d'influence internationales plus compatibles avec le projet de l'EIEIS que l'école catholique, comme en témoignait son programme d'enseignement et sa collaboration précoce avec le Centre international d'études pédagogiques de Sèvres. Voir *supra*.

¹⁰⁸⁵ Elle fut créée à Paris dans le cadre de l'Institut national d'hygiène en 1945 et constituait alors un service de cette institution. Elle fut installée à Rennes en 1960, avec le statut d'établissement public autonome. Christian ROLLET, *La Santé publique en France : un cas d'école*, Rennes, presses de l'EHESP, 2015.

¹⁰⁸⁶ Cité par Marjorie Duvillard, d'après un document interne de présentation de l'ENSP, *id.* p 22.

Ces grandes orientations débordaient le niveau national et renvoyaient largement au processus de décolonisation et aux actions de coopération avec les pays nouvellement indépendants, notamment africains. Elles entraient en ce sens en résonance avec le projet de création de l'EIEIS, toutes proportions gardées. Sur la forme, il s'agissait aussi d'une école à visée professionnelle, pratique, offrant des « enseignements professionnels de début de carrière », mais aussi des « enseignements de mise au point en cours de carrière et de la recherche ». Elle était de surcroît, en étroite relation avec l'université de Rennes : « [...] son directeur, le Professeur Sénécal, y occupe une chaire. Celui-ci dispose également d'un service au Centre hospitalier de Rennes. »¹⁰⁸⁷ Sur le fond, l'ENSP avait une ambition et une envergure bien plus vastes que celles de l'EIEIS, embrassant les nombreux domaines et métiers jugés nécessaires pour aborder la santé publique dans toute sa complexité. Ses enseignements s'adressaient en effet :

- au personnel médical (médecins et pharmaciens) ;
- aux techniciens de la santé publique (architectes et ingénieurs) ;
- aux statisticiens de la santé publique ;
- au personnel supérieur de l'action sociale (cadres) ;
- au personnel paramédical (infirmières, assistantes sociales, sages-femmes).¹⁰⁸⁸

Dix « Départements d'enseignements » structuraient les contenus de formations proposés. Pour chacun d'entre eux, il était prévu « un directeur et du personnel chargé de l'enseignement et de la recherche. » Un seul directeur de ce type était en fonction au moment de la visite de la consultante, situation qui attestait le caractère très récent et encore inachevé de cette organisation¹⁰⁸⁹. Les élèves de l'École étaient eux-mêmes organisés en 4 sections : médicale, paramédicale, génie sanitaire et administration. Si les personnels paramédicaux disposaient de leur propre section, ils apparaissaient, à travers la formule qui les regroupait et les désignait à la fois, comme un rassemblement d'éléments épars qui ne demandait qu'à s'agrandir. Cette entité composite était donc plutôt définie comme une annexe au corps médical que par les caractéristiques respectives de chacun de ses constituants. Apparaissait là une divergence de vue essentielle par rapport au projet de l'EIEIS, qui portait les soins infirmiers sur son étendard. Au moment de la visite, il y avait une cinquantaine d'élèves à l'ENSP, dont la majorité étaient « non français », le plus gros contingent étant celui des administrateurs. La section paramédicale comptait pour sa part, 13 étudiants dont 2 françaises. Si les contenus

¹⁰⁸⁷ *Ibid.*

¹⁰⁸⁸ *Ibid.*

¹⁰⁸⁹ *Id.* p 23. D'après l'organigramme de l'ENSP. Les départements étaient les suivants : Administration hospitalière, Administration de la santé publique, Architecture et génie sanitaire, Éducation sanitaire, Épidémiologie, Hygiène et médecine préventive, Laboratoires et microbiologie, Laboratoires physique-chimie, Sciences et techniques sociales, statistiques.

d'enseignements proposés à ce groupe d'élèves étaient d'une exceptionnelle richesse, les soins et le service infirmiers en tant que tels n'apparaissaient à aucun moment :

Le programme, encore peu précis, prévoit que l'enseignement s'étendra aux domaines suivants : données démographiques et économiques, statistiques, physiologie et nutrition, épidémiologie, psycho-sociologie, éducation sanitaire, principes et administration de la médecine préventive et sociale, assainissement – urbanisme et habitat, bases administratives et juridiques de l'action sanitaire et sociale, méthode de travail et travaux pratiques.¹⁰⁹⁰

Ces propositions, qui mobilisaient les compétences de plusieurs départements d'enseignement, s'inscrivaient incontestablement dans une approche complexe des phénomènes de santé publique, en pleine cohérence avec l'approche globale des soins prônée par les infirmières américaines et relayée par l'OMS depuis plus d'une décennie. Mais elles attestaient aussi bien la divergence d'objectifs entre la section paramédicale de l'ENSP et l'EIEIS. Dans le premier cas, en effet, les soins infirmiers semblaient impensés au point de n'être pas même évoqués. Marjorie Duvillard avait très vraisemblablement saisi cette différence, sans la mettre bruyamment en évidence. Elle préféra fort diplomatiquement se réfugier derrière de bien confortables contingences : « L'école ayant été visitée alors qu'elle était encore en pleine période d'organisation, il était difficile d'évaluer les possibilités de collaboration qui pourraient par la suite s'établir avec l'EIEIS »¹⁰⁹¹. A en juger à cette appréciation, il paraissait qu'à ses yeux, les risques de double emploi étaient si faibles entre l'ENSP et l'EIEIS qu'elle ne les évoqua même pas. En revanche, elle retint l'accueil fort courtois que lui avait réservé le Pr Sénécal, directeur de l'ENSP.

D'autres organismes, en relation directe avec la santé publique, furent identifiés par les visiteuses. Ils attestaient, chacun à sa manière, la volonté de développement de l'éducation sanitaire et sociale sur le territoire national, laquelle avait été initiée du point de vue d'abord sanitaire dès 1945¹⁰⁹². Ce qui était devenu après de nombreux remaniements¹⁰⁹³ le Centre national d'éducation sanitaire et sociale (CNESS) fut le premier visité. Celui-ci avait fait l'objet de mesures réglementaires très récentes¹⁰⁹⁴. Etabli au Vésinet, « faubourg résidentiel de Paris », l'organisme visait le développement de comités et de centre régionaux d'éducation sanitaire dans toute la France. De plus, il dispensait des cours à des groupes alors composés « d'1/3 de Français et de 2/3 d'Africains ». Les enseignements concernant les techniques d'éducation

¹⁰⁹⁰ *Id.* p 24.

¹⁰⁹¹ *Ibid.*

¹⁰⁹² Arrêté du 23 octobre 1945 portant création des Centres régionaux d'éducation sanitaire et du Centre national d'éducation sanitaire.

¹⁰⁹³ Laurence TONDEUR, François BAUDIER, Le développement de l'éducation pour la santé en France : aperçu historique, *actualité et dossier en santé publique*, n° 16, 1996, p 3-6.

¹⁰⁹⁴ Décret n° 62-956 du 9 août 1962 portant organisation administrative du centre national d'éducation sanitaire et sociale. Arrêté du 9 août 1962 relatif à la composition des comités régionaux et départementaux d'éducation sanitaire et sociale.

sanitaire furent appréciés par la consultante au point de les retenir comme ressource potentielle pour l'EIEIS. L'Association médico-sociale Anne Morgan (AMSAM) avait, elle aussi, retenu l'attention. Créée en 1951, elle faisait suite à l'Association d'hygiène sociale de l'Aisne, elle-même issue du Comité américain pour les régions dévastées (CARD) créé par Anne Morgan en 1923. L'AMSAM coordonnait le Centre de santé publique de Soissons (CSPS) et le Service médico-social (SMS). Ces organismes, porteurs des traces de l'action et de l'influence des *nurses* américaines, et en particulier des visiteuses de la Grande Guerre dont ils étaient les héritiers, avaient acquis une réputation de terrains de stages recommandés à un niveau national comme international. Ils constituaient donc aux yeux de Marjorie Duvillard, une ressource importante pour l'EIEIS, en particulier en ce qui concernait la lutte antituberculeuse, la protection maternelle et infantile, les soins à domicile et l'hygiène mentale. Enfin l'Institut de service social de Montrouge à Paris, fut le dernier organisme visité dans le domaine médico-social et portait lui aussi la trace de l'influence américaine. Cette institution avait été créée en 1960, « sous le contrôle technique, administratif et financier du Ministère de la Santé publique et de la Population, par l'entremise de l'Association pour le Développement de l'Assistance aux Malades. »¹⁰⁹⁵ Or il se trouvait que ladite association avait géré l'école d'infirmières et d'assistantes sociales de Montrouge, jusqu'à sa fermeture pour des raisons de tarissement de ses fonds de fonctionnement. Le nouvel institut, qui avait été créé sur les bases juridiques de l'ancienne école, bénéficia donc d'emblée d'une autonomie importante, malgré la tutelle du ministère de la Population qui en assumait tous les frais de gestion. Ce mode de fonctionnement intéressait au plus haut point Marjorie Duvillard : « La directrice, Mlle Ginet, dit avoir toute liberté pour engager le personnel de l'école et développer le programme »¹⁰⁹⁶. Cette remarque rappelait une fois encore, l'attachement particulier de la consultante à l'autonomie et aux nécessaires marges de manœuvre dont devrait disposer la future directrice de l'EIEIS, tant pour la gestion du personnel que pour les décisions pédagogiques. En outre, si cet institut assurait la préparation au diplôme d'État d'infirmier, d'infirmière, d'assistant et d'assistante de service social, il avait aussi pour objet le perfectionnement des professionnels, ainsi que « la formation des cadres des écoles d'assistantes sociales et des services sociaux, les études et recherches dans le domaine du service social, les échanges internationaux [...] »¹⁰⁹⁷ Au-delà du système de gouvernance qui la séduisait, Marjorie Duvillard voyait donc aussi dans cet établissement et par certains aspects, une forme de pendant de l'EIEIS pour les assistantes sociales, jusqu'à envisager de possibles coopérations entre ces deux institutions qui travailleraient « à la formation des cadres supérieurs pour deux professions voisines, souvent appelées à collaborer dans les mêmes services et auprès des mêmes collectivités »¹⁰⁹⁸.

¹⁰⁹⁵ *Id.* p 26. Cette association était « issue des œuvres entreprises par des organisations américaines après la première guerre mondiale ». *Ibid.*

¹⁰⁹⁶ *Id.* p 27.

¹⁰⁹⁷ *Ibid.*

¹⁰⁹⁸ *Ibid.*

Dans un autre registre, une visite à l'ANIFDE permit aux visiteuses de constater la très faible implication des infirmières françaises dans le milieu associatif. Ainsi, en 1963, sur 45000 infirmières titulaires du diplôme d'État, 3000 étaient enregistrées dans cette association, soit 15% comparés aux 81 % répertoriées dans l'association similaire au Canada¹⁰⁹⁹. Cette faiblesse de la représentation n'avait pas empêché l'association d'organiser depuis 1960, des séminaires pour surveillantes avec l'aide de l'Institut pédagogique de Sèvres¹¹⁰⁰. Ceux-ci permettaient à ces infirmières investies dans ces fonctions d'aborder différents problèmes « d'administration et de relations humaines »¹¹⁰¹. Malgré les efforts déployés au niveau de son siège parisien, l'influence locale de l'ANIFDE demeurait assez confidentielle :

Sur le plan local et régional, l'Association semble avoir encore peu d'influence et peu de membres. La législation française donne aux syndicats la tâche de veiller aux conditions d'emploi et de travail des salariés. L'ANFIDE (sic)¹¹⁰² se voit ainsi amputée d'une importante activité qu'elle pourrait exercer pour ses membres et qui, dans de nombreux pays, revient aux associations nationales d'infirmières. Cette activité leur attire de nombreux adhérents.¹¹⁰³

À nouveau, les syndicats apparaissaient comme des concurrents, non plus d'un encadrement peu présent comme aux HCL, mais de l'association elle-même. À travers ses commentaires, Marjorie Duvillard déplorait à demi-mot le déficit en France, de cet esprit de corps qui avait émergé à l'étranger dans le mouvement associatif, même si celui-ci n'était pas exempt de luttes internes. En France, la situation s'expliquait en effet, au moins partiellement, par une sorte de répartition des tâches de soutien et de défense entre les syndicats et les autres groupements. Seules les organisations syndicales, représentatives de surcroît¹¹⁰⁴, avaient voix au chapitre s'agissant des conditions de travail du vaste ensemble constitué par le personnel hospitalier¹¹⁰⁵.

¹⁰⁹⁹ *Ibid.*

¹¹⁰⁰ La consultante désigna ainsi le Centre international d'études pédagogique de Sèvres à plusieurs reprises dans son rapport.

¹¹⁰¹ *Ibid.*

¹¹⁰² Au moment de la visite, il s'agissait encore de l'ANIFDE, la transformation en AFIIDE n'ayant eu lieu qu'en avril 1964. Voir *supra*.

¹¹⁰³ *Id.* p 28.

¹¹⁰⁴ Circulaire du 17 août 1936 relative à l'application de la loi sur les conventions collectives ; circulaire du 28 mai 1945 relative à l'appréciation du caractère représentatif des organisations syndicales. En outre, selon l'Art. 15, Livre III du Code du travail modifié par la loi n° 57-496 du 17 avril 1957 précisant les organisations habilitées à discuter les conventions collectives du travail, rappelait les dispositions suivantes : « sont seules admises à discuter les conventions collectives, les organisations de travailleurs constituées en syndicats [...], à l'exclusion des associations quel qu'en soit l'objet. »

¹¹⁰⁵ Et ces organisations n'étaient assurément pas animées de la même logique que les leaders de la profession, comme en témoigna cette infirmière, candidate au premier concours d'entrée à école des cadres de l'Assistance publique de Paris : « L'école des cadres de l'AP ouvre en 1962 pour former en un an les surveillantes. Le premier concours fut mouvementé. Des CRS étaient présents pour que les 700 candidats puissent accéder à l'épreuve. Les syndicats étaient opposés à cette formation ; ils craignaient son accès difficile pour certains et une diminution notable des nominations à l'ancienneté. Une soixantaine d'infirmières ont été retenues. Puis, après des cours du soir, il y eut une nouvelle sélection. Nous étions 20 dans cette première promotion. » Palmire Gallo-Landry, citée in Vincent ROUSSET (dir), Yvette SPADONI (dir.), *Des femmes, des hommes, un hôpital. Le personnel de l'AP-HP témoigne*, Paris, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris / Doin éditions, 1999, p 283. Le nombre impressionnant de candidats pour ce concours très sélectif montrait pourtant un réel attrait chez les infirmières, pour cette

Les uns étaient centrés sur les travailleurs, les autres sur leur occupation ou leur profession. Cette partition s'avérait d'ailleurs assez défavorable pour tous, en termes d'attractivité. De ce point de vue, les syndicats n'étaient en effet guère mieux lotis que l'ANIFDE :

D'autres groupes dispersent plutôt qu'ils ne renforcent l'effort collectif des infirmières. Au sein des syndicats, les infirmières sont proportionnellement peu nombreuses par rapport aux autres professions, leurs intérêts sont souvent mal défendus par des personnes qui connaissent mal leurs problèmes.¹¹⁰⁶

Ainsi, les infirmières ne semblaient pas plus attirées par des syndicats qui n'avaient peut-être pas intégré toutes les subtilités et les particularités de leur labeur, de même que les valeurs qui les animaient, que par une association qui ne prenait peut-être pas suffisamment en compte, à leur goût, des préoccupations jugées plus triviales et partagées avec d'autres travailleuses. Tout autre fut par exemple, la trajectoire des instituteurs et institutrices à qui le Président du Conseil Émile Combes compara les infirmières en 1902 concernant la nécessité de leur instruction¹¹⁰⁷. Contrairement aux infirmières, un esprit de corps fut rapidement observable dans leurs rangs, dès le début du siècle :

Ils sortent du peuple et enseignent au peuple. Leur responsabilité personnelle est originale et ils la vivent comme telle. La société leur donne la mission de transmettre un savoir fondamental qui, dans la plupart des cas, ne sera pas enrichi au-delà de la scolarité primaire. Cette profession se caractérise très tôt par un esprit de corps qui détermine une solidarité à toute épreuve, qu'elle ait été forgée ou non à l'École normale. Dans ces conditions, la défense des intérêts moraux et professionnels et la recherche de convergences avec les autres travailleurs – et tout particulièrement avec le mouvement ouvrier – paraissent plus précoces que pour les autres catégories de fonctionnaires.¹¹⁰⁸

Du point de vue des regroupements, la puissante Fédération des amicales d'instituteurs, constituée à la suite d'un mouvement complexe enraciné dans le XIX^e siècle finissant, devint la Fédération des syndicats d'instituteurs en 1919, laquelle demanda et obtint son affiliation à la CGT. Cette organisation se transforma rapidement en Syndicat national des instituteurs (SNI). Si celui-ci fut concurrencé par la Fédération de l'enseignement, qui rejoignit la

possibilité de promotion professionnelle accélérée par rapport à la voie traditionnelle, attitude qui ébranlait fortement le discours des organisations syndicales sur la question. Mais une fois les épreuves terminées, les 680 candidats qui n'avaient pas été retenus redevaient par la force des choses, des recrues potentielles pour ces organisations généralistes qui œuvraient par définition pour le plus grand nombre. A charge pour elles d'essayer ou non de comprendre, secondairement, pourquoi tant d'infirmiers et d'infirmières avaient en l'occurrence tenté leur chance pour s'engager dans une voie aussi peu désirable à leurs yeux.

¹¹⁰⁶ *Id.* p 32.

¹¹⁰⁷ « La justification d'aptitude qui est exigée de ceux qui veulent enseigner doit l'être avec autant de raisons au moins de ceux qui s'offrent à soigner les malades, puisque l'ignorance peut, en dépit des sacrifices de la société et de la science des médecins, causer la mort des malheureux qui viennent dans nos hôpitaux chercher la guérison. » Circulaire du 28 octobre 1902 adressée par le président du conseil ministre de l'intérieur et des cultes, aux préfets, au sujet de l'application de la loi du 15 juillet 1893... *op. cit.*

¹¹⁰⁸ Jacques GIRAUD, L'histoire du syndicalisme chez les instituteurs jusqu'à la Seconde Guerre Mondiale. Essai de Bilan, *Histoire de l'éducation*, n°5, 1979, p 1-2.

Confédération générale du travail unitaire (CGTU) dès 1921 jusqu'à la réunification en 1936, il était largement majoritaire et renforça continuellement sa position par des adhésions nombreuses et en augmentation constante jusqu'à la Seconde Guerre. En 1947, au moment de la scission de la CGT en CGT et CGT-FO, le SNI opta pour l'autonomie par rapport aux deux nouveaux syndicats plutôt que de se diviser, ce qui eut pour effet un éloignement du mouvement ouvrier, au profit d'un corporatisme grandissant. Les conflits et tensions internes, qui ne manquèrent pas d'apparaître dès le début des années 1950, n'empêchèrent pas la persistance d'une imposante représentativité conquise avant la guerre¹¹⁰⁹. Enfin, même s'il ne l'était pas autant que celui des infirmières, ce groupe professionnel massivement syndiqué, ce qui était fort rare, était lui aussi très majoritairement féminin¹¹¹⁰. Dans l'entre-deux guerres, si le rare investissement dans la vie associative ou politique laissait apparaître des différences de genre dans la profession, le syndicalisme la rassemblait dans sa mixité, autour des valeurs de la République :

La majeure partie des instituteurs et la quasi-totalité des institutrices sont à l'écart des activités de nature politique, voire même associative. Toutefois, le plus grand facteur d'homogénéisation est d'ordre idéologique. Professionnellement et moralement, les instituteurs véhiculent et transmettent la même idéologie républicaine et laïque. Dans cette couche sociale homogène, le syndicalisme apparaît dans les années 1930 comme le ciment nécessaire complémentaire de la solidarité créée par les différentes œuvres de solidarité.¹¹¹¹

Une telle dynamique n'était assurément pas pensable pour les infirmières, dont le processus de professionnalisation était caractérisé par la grande hétérogénéité des milieux sociaux de recrutement et des idéologies sous-jacentes, ainsi que par l'extrême diversité des pratiques et des diplômes. La jeune ANIDEF, soudainement surgie en 1923, n'avait rien de commun avec le syndicalisme des instituteurs fondé sur un mouvement de solidarité enraciné de longue date. Bien plus qu'un mouvement d'entraide entre ses membres, il s'agissait d'influer sur les conditions de développement et le devenir de leur profession. Si une demande d'affiliation à la CGT eût été bien incongrue, un rapprochement avec la bien plus jeune CFTC, assurément plus proche des idéaux de Léonie Chaptal, n'était pas plus concevable, tant les objectifs étaient divergents. Pour autant, ce qui n'était pas pensable dans les années 1920 ne faisait pas obstacle à ce que l'ANIDEF tentât de penser son avenir en tenant compte de la réalité du monde 40 ans plus tard. Or il apparaissait qu'elle n'avait peut-être pas pris la juste mesure de l'hétérogénéité de la composition du groupe social des infirmières alors en construction. L'ANIDEF des origines n'acceptait en effet dans ses rangs que les infirmières dûment diplômées, sélection compatible avec la volonté affichée de professionnalisation par la formation. Néanmoins, la

¹¹⁰⁹ *Id.* p 2-10.

¹¹¹⁰ « La profession s'est toujours caractérisée par un fort pourcentage de femmes qui augmente régulièrement jusqu'à nos jours (plus des deux tiers à la fin des années 1950, près des trois quarts aujourd'hui. » *Id.* p 2.

¹¹¹¹ *Id.* p 5.

totalité des soins aux malades renvoyait majoritairement à une réalité moins idyllique et à des pratiques et des niveaux de formation très hétérogènes, quand cette formation existait. Marie de Liron d'Airoles l'avait bien compris, qui visait bien plus l'influence confessionnelle¹¹¹² et politique, que la professionnalisation, laquelle ne constituait pas un levier d'action essentiel à ses yeux. Son UCSS, non sélective¹¹¹³, comptait un nombre d'adhérentes bien plus important. Alors qu'approchait l'heure de la régularisation définitive¹¹¹⁴ de toutes ces pratiques d'origines diverses par le système des équivalences et la délivrance massive d'autorisations d'exercer mis en œuvre depuis des décennies, émergeait un collectif d'infirmières et d'infirmiers diplômé(e)s très éloigné de la vision chaptalienne du monde. Il n'est pas certain que l'ANIFDE¹¹¹⁵ avait alors perçu l'utilité de prendre des distances avec cette pureté originelle pour adapter son discours à cette réalité sociale et professionnelle composite qui s'imposait à elle. Ses initiatives parisiennes avaient beau être, pour elle comme pour l'observateur extérieur, fort utiles au processus de professionnalisation du collectif dans son ensemble, il n'en restait pas moins que celles-ci s'adressaient là encore à une élite, celle qui avait été élue pour surveiller le travail des autres.

Il en allait de même, à plus fortes raisons, pour le très sélectif Comité d'entente des écoles d'infirmières et des écoles de cadres (CEEIEC), visité au même moment¹¹¹⁶. Si cet organisme

¹¹¹² « L'Union Catholique des Services de Santé et des Services sociaux s'occupe des intérêts religieux, moraux et professionnels de ses membres. Elle permet aux catholiques de se reconnaître, de se soutenir, de s'entraider. Elle s'efforce d'assurer le recrutement des infirmières et des assistantes sociales. Elle veille à leur formation. Elle leur donne un appui moral et matériel au cours de leur carrière. [Elle] est organisée dans chaque diocèse avec l'approbation de l'autorité religieuse. Ses moyens d'actions sont : les retraites et les recollections spirituelles – les Conférences et Cercles d'études – les journées d'études régionales – le Congrès national – les visites documentaires, promenades et camps. Un Bulletin "Pages de Vie" et une revue de perfectionnement technique "Pages Documentaires" sont édités sous sa responsabilité. Un Service d'Orientation professionnelle, un Service de Placement, un Service de renseignements et de documentation et un Service d'entraide complètent son activité. » *La Profession d'infirmière en France ... 1962, op. cit*, p 25. Par comparaison, le but annoncé de l'ANIDEF était le suivant : « [réunir toutes les infirmières françaises diplômées d'Etat, quelles que soient leur appartenance ou leur origine [...] ne grouper que des infirmières diplômées d'Etat [et] pouvoir les grouper toutes [...] Les principaux points de son programme sont : soutenir les intérêts professionnels des infirmières – Organiser un service d'entraide et de documentation professionnelle – développer un service de placement sur le plan local et international – encourager la sympathie avec les infirmières de toutes les nationalités et représenter les infirmières françaises au Conseil International des Infirmières – organiser des voyages d'étude et des échanges avec l'étranger – étudier toutes les questions destinées à améliorer la santé et les soins aux malades, à stimuler dans ce sens l'effort professionnel. Ses moyens d'action sont : la publication d'un bulletin bimensuel d'information – la publication de deux pages mensuelles d'information dans le Revue de l'Infirmière et de l'Assistante sociale – l'organisation de sections régionales – l'organisation de journées d'étude et de cours de perfectionnement. » *Id.* p 22-23.

¹¹¹³ S'agissant de la section des infirmières, elle accueillait « les personnes titulaires des diplômes d'Etat d'Infirmiers, d'Infirmières ou de Puéricultrices, ainsi que les personnes munies d'une Autorisation d'exercer, conformément à la loi du 15 juillet 1943 et du 8 avril 1946. [Pouvaient] être membres participants : les infirmières auxiliaires – les infirmières munies du diplôme spécial de sanatorium ou de psychiatrie – les auxiliaires de puériculture – les élèves des écoles d'infirmières » *Id.* p 24-25.

¹¹¹⁴ Décret du 13 novembre 1964... *op cit*.

¹¹¹⁵ Puis l'ANFIIDE.

¹¹¹⁶ Le Comité d'entente des écoles, intégrant les écoles de cadres, apparaît ainsi désigné dans le rapport de Marjorie Duvillard. L'usage de cette formulation apparaît néanmoins prématuré au regard des dates des visites dont elle rend compte. En effet, la nouvelle appellation de ce comité ne fut adoptée que le 25 avril 1964 et déclarée

s'était démocratisé à la fin des années 1950 par la création d'une section permettant aux monitrices de se rassembler à côté du groupe des directrices, son activité demeurait, après plus de dix ans de fonctionnement, essentiellement parisienne :

Les distances, les difficultés de communication et un certain manque d'intérêt font qu'il y a de nombreuses et importantes régions du pays qui ne sont pas représentées, alors que les écoles parisiennes dominent dans le Conseil [...] La décentralisation du travail et sa poursuite sur le plan régional et local semblent poser de grands problèmes.¹¹¹⁷

Le constat était plutôt sombre et montrait combien l'influence du Comité d'entente, groupement pourtant stratégique pour l'harmonisation des formations et par là même, le développement chez les élèves des écoles d'un sentiment d'appartenance à un même groupe professionnel, était loin de s'étendre à l'ensemble du territoire. Ces observations amenèrent Marjorie Duvillard à faire remarquer qu'à ses yeux et « d'une façon générale », les infirmières françaises avaient « trop peu d'influence sur leur profession », que ce fût au ministère et dans les divers conseils consultatifs ou dans le milieu syndical ou associatif. Au terme de ce premier voyage exploratoire, Marjorie Duvillard et les deux monitrices étaient édifiées sur les conditions locales et nationales, mais aussi le contexte plus général dans lequel pouvait être envisagée la création de l'EIEIS. Dans sa conclusion, outre son commentaire sur la faible influence des infirmières sur les soins infirmiers, la consultante émit une appréciation plutôt réservée sur l'organisation des soins infirmiers et leur enseignement en France :

La planification et les activités qui se rapportent au service infirmier n'émanent pas de ce qu'on pourrait, à proprement parler, appeler un « service infirmier ». Une telle organisation est envisagée dans les hôpitaux qui possèdent ou qui prévoient de créer des postes de surveillante générale. Quant à l'enseignement infirmier, on est frappé par les difficultés financières qu'éprouvent les écoles, par l'extrême jeunesse des élèves qui peuvent devenir diplômées d'Etat avant d'être majeures, par la densité du programme d'études qui ne peut dépasser deux ans et par le nombre insuffisant de monitrices préparées à l'enseignement.¹¹¹⁸

Si la situation française était décrite comme très améliorable, les différents obstacles identifiés constituaient aussi bien la preuve de la pertinence du projet de formation de leaders susceptibles d'œuvrer à sa transformation. L'annonce et la présentation de l'entreprise avait d'ailleurs rencontré un écho plutôt favorable auprès des différents interlocuteurs des visiteuses¹¹¹⁹. La

officiellement le 10 juin 1965. Marie-Françoise COLLIÈRE, *Promouvoir la vie... op. cit.* p 380. Mais il est probable qu'en l'occurrence, l'usage avait précédé le changement officiel.

¹¹¹⁷ *Id.* p 28.

¹¹¹⁸ *Id.* p 31.

¹¹¹⁹ Il est vrai qu'elles s'étaient relativement facilité la tâche en choisissant leurs interlocuteurs. Elles n'avaient, par exemple, pas jugé bon de rencontrer les organisations syndicales, ce qui contribuait peut-être, involontairement, à entretenir, voire accentuer le clivage observé avec les associations. Mais cette démarche était d'autant plus impensable à l'époque, qu'il s'agissait de mettre sur pied un organisme et un dispositif de formation

rencontre à Paris, avec Mme Hatinguais, inspectrice générale au ministère de l'Éducation nationale et directrice du Centre international d'études pédagogiques à Sèvres, avait par ailleurs permis aux visiteuses d'achever cette première exploration sur une note assez optimiste. Cette éminente personnalité, particulièrement familiarisée avec le milieu infirmier, comptait en effet parmi les soutiens potentiels d'exception. A ses côtés, un grand nombre des personnalités rencontrées, administrateurs, universitaires, directrices d'écoles d'infirmières ou de cadres, furent identifiées comme favorables au projet et soutiens potentiels à des titres divers. De même, la richesse, la diversité et même l'excellence de ce que la consultante nomma les « ressources intellectuelles », à Lyon ou ailleurs¹¹²⁰, fut soulignée. Il en allait ainsi des apports universitaires en psychologie, sociologie, physiologie, psycho-pathologie, pédagogie, droit, statistiques, administration, considérés comme devant « fournir la base de l'enseignement »¹¹²¹. Cette conclusion empreinte d'enthousiasme était en revanche assortie d'une importante mise en garde, qui rendait compte de la perception d'une autre réalité :

Par contre, le personnel de l'école devra être bien préparé à dispenser lui-même l'enseignement qui vise l'utilisation des connaissances scientifiques dans le domaine professionnel particulier à l'infirmière. Ceci est d'autant plus nécessaire dans un cadre où l'enseignement infirmier tend à être un enseignement pseudo-médical qu'il faudrait ramener à ce que sont vraiment les soins infirmiers.¹¹²²

L'examen du programme d'enseignement dans les écoles d'infirmières, arrêté en 1961¹¹²³, permet de confirmer la pertinence de cette analyse, même si le qualificatif « pseudo-médical » utilisé était discutable. En effet, que les connaissances médicales délivrées aux infirmières fussent limitées et n'en faisaient assurément pas des médecins, ne signifiait pas pour autant qu'elles étaient fausses. Mais sans doute souhaitait-elle par cette formulation un peu polémique, suggérer que les connaissances médicales, même limitées, supplantaient voire étouffaient les connaissances en soins infirmiers, ce qui était préjudiciable à un exercice professionnel bien compris selon elle. En effet, malgré l'annonce bien timide de la diversité des domaines d'activité de l'infirmière¹¹²⁴, le programme prévoyait un contenu de type médico-chirurgical et

destinés à une petite élite, d'une profession particulière de surcroît. L'expérience mouvementée de l'ouverture récente de l'école des cadres de l'Assistance publique de Paris n'était sans doute pas de nature à favoriser d'audacieuses initiatives, quand bien même l'ouverture de l'école des cadres lyonnaise s'était apparemment avérée moins tumultueuse. Aucune hostilité syndicale particulière, tant pour l'école de cadres que pour l'EIEIS, ne fut en effet mentionnée dans le rapport.

¹¹²⁰ A Paris, Nancy et Montpellier par exemple.

¹¹²¹ *Ibid.*

¹¹²² *Ibid.*

¹¹²³ Arrêté du 17 juillet 1961 relatif au programme d'enseignement et à l'organisation des stages de la première année d'études préparatoires aux diplômes d'État d'infirmier ou d'infirmière, d'assistant ou d'assistante de service social. Arrêté du 17 juillet 1961 relatif au programme d'enseignement et à l'organisation des stages de la deuxième année d'études préparatoires au diplôme d'État d'infirmier ou d'infirmière.

¹¹²⁴ « [...] Cette 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. » Propos liminaires au programme annexé aux arrêtés du 17 juillet 1961... *op. cit.* Cités in « La Profession d'infirmière en France » ... 1962, *op.cit.*, p 111.

technique très largement majoritaire sur les deux années d'études, sans doute au détriment d'autres enseignements plus appropriés aux yeux de la consultante, comme des enseignements de santé publique par exemple. Ainsi, sur un total de 592 heures d'enseignements prévus à l'école, seulement 124¹¹²⁵, soit 21 % étaient partiellement détachables d'un strict contenu médical ou technique. Si en première année, laquelle était commune avec les élèves assistantes sociales dans les écoles dites mixtes, la répartition était relativement équilibrée entre les enseignements à orientation médicale¹¹²⁶ et les enseignements pratiques¹¹²⁷, en deuxième année d'études spécifiques aux infirmières, sur 270 heures de cours prévues, 248, autant dire la quasi-totalité, comportaient un contenu strictement médical ou chirurgical¹¹²⁸.

Ce point de vue éclairait les enjeux de l'EIEIS. Loin de la simple école d'application, apparaissait la nécessité pour les infirmières et notamment les enseignantes, de s'approprier des champs de connaissances empruntés à des disciplines existantes, au-delà des disciplines médicales, pour les rendre utilisables dans l'enseignement et la pratique des soins infirmiers. C'est bien la question des savoirs qui était évoquée, laquelle dépassait les considérations d'ordre moral et technique relatives à la mise en application de conduites à tenir qui prévalaient alors dans les écoles dites de base et même dans les écoles de cadres, ces dernières étant considérées par l'OMS comme des formations supérieures de « premier degré ». Ces observations laissaient présager de la complexité de la construction du partenariat à venir avec l'Université. D'après Marjorie Duvillard, le « programme d'administration de l'enseignement et des services infirmiers », qui était envisagé comme prioritaire, devait par exemple, faire largement appel à ces disciplines universitaires fondamentales :

Il faudrait que les spécialistes chargés de cet enseignement cherchent à conjuguer une information générale sur ces disciplines avec l'étude plus poussée des aspects intéressants plus particulièrement l'infirmière. L'enseignement donné par les monitrices de l'Ecole servirait à faire comprendre la relation entre ces sciences et l'administration de l'enseignement infirmier et des services infirmiers.¹¹²⁹

Il apparaissait en effet qu'en toute logique, nulle discipline préexistante n'était en mesure de penser les soins infirmiers vus autrement que comme la résultante d'une simple division

¹¹²⁵ Dont 102 étaient dispensées en première année, selon la répartition suivante : préliminaires (5h), grandes étapes du développement de l'homme (7h), maternité et enfance (38h), modes de protection de la santé (18h), éducation sanitaire (2h), aspects psychologiques des problèmes du malade à domicile et à l'hôpital (6h), droit public, institutions sanitaires et sociales, éthique professionnelle (26h). En deuxième année spécifique aux infirmières, 12 heures traitaient de la protection médico-sociale et 10 heures étaient consacrées à l'histoire, aux statuts et à l'évolution de la profession. *Id.* p 113-114.

¹¹²⁶ 120 heures sur 322, soit : anatomie- physiologie (30h), prophylaxie (8h), notions générales de pharmacie (8h), notions générales sur la maladie (4h), grands processus pathologiques(30h), pathologie de la grossesse, de l'accouchement, du nouveau-né, du nourrisson et de l'enfant (20h), maladies à retentissement social (20h). *Ibid.*

¹¹²⁷ Soit 100 heures consacrées aux méthodes de travail et à la formation pratique. *Ibid.*

¹¹²⁸ Soit : réanimation (20h), l'infirmière et l'intervention chirurgicale (20h), pathologies médico-chirurgicales (208h). *Ibid.*

¹¹²⁹ *Id.* p 45.

technique du travail médical. Chacune d'entre elles pouvait tout au plus par sa contribution, aider les infirmières à y parvenir, sous réserve qu'elles fussent en capacité de tracer leur propre chemin. Avec cette question des savoirs émergeait aussi celle de l'autonomie d'une discipline particulière, puisque l'acquisition de savoirs hétéronomes était considérée comme insuffisante. Pour l'heure, il n'était pas non plus question d'user massivement des connaissances élaborées dans le cadre du développement du *nursing* nord-américain dans sa composante scientifique. Encore balbutiantes et donc bien incertaines, les sciences infirmières d'importation n'étaient alors pas, en l'état, d'un grand secours pour les futures monitrices de l'EIEIS. A ces dernières revenait donc la lourde tâche d'élaborer et de donner à voir la possibilité pour les infirmières de porter un regard particulier sur le monde de la santé, distinct du regard médical. En ce sens aussi, la future EIEIS se présentait bien comme une institution nécessairement expérimentale.

A l'issue de ces premières observations, Marjorie Duvillard confirma la possibilité de création de l'EIEIS à Lyon, conformément à la volonté exprimée par le gouvernement français. Elle émit néanmoins deux conditions à cette réalisation. A ses yeux, l'École devait être « assurée d'un financement adapté à ses besoins » et ses organes directeurs être « prêts à instituer et veiller à maintenir le caractère supérieur, expérimental et international de son enseignement »¹¹³⁰. Elle assortit sa conclusion de recommandations allant toutes dans le sens de la plus grande autonomie possible. Du point de vue juridique et financier, elle préconisait le statut d'institution publique autonome, s'appuyant sur le précédent récent de l'ENSP à Rennes. Du point de vue pédagogique, elle recommandait de viser le plus rapidement possible, la création d'un institut d'université, idée partagée avec le Recteur de l'université de Lyon. Dans tous les cas, l'indépendance était de mise par rapport aux pouvoirs locaux et comme garantie par la nécessaire mise en place d'une veille, sinon d'une surveillance supranationale :

Quel que soit le statut juridique de l'École, ses conseils (conseil de direction et commission permanente) devraient jouir d'une grande indépendance d'action. Ils devraient, en particulier, approuver le budget et nommer la Directrice et la Directrice-adjointe et, en accord avec la Directrice, les monitrices de l'École. Parmi les membres des conseils de l'EIEIS, il devrait y avoir un ou plusieurs représentants de l'OMS et quelques infirmières d'autres pays que la France¹¹³¹.

Une première esquisse de la structuration des programmes fut proposée : administration de l'enseignement infirmier et des services infirmiers, soins infirmiers spécialisés, méthodologie de la recherche appliquée aux soins infirmiers. Pour ces programmes dits de longue durée, deux ans étaient préconisés. A ceux-ci s'ajoutait la possibilité de la mise en œuvre de « cours

¹¹³⁰ *Id.* p 48. Les qualificatifs « expérimentale » et « internationale » furent ainsi définis ailleurs dans le rapport : « expérimentale, c'est-à-dire qu'elle doit, par la recherche entreprise au sein même de l'École, continuellement adapter ses programmes à l'évolution de la profession et aux besoins des étudiantes (étudiants) ; internationale, c'est-à-dire qu'elle résulte d'un effort d'entraide entre les pays de langue française, sans distinction de race, de couleur, de religion, pour la formation des cadres infirmiers supérieurs. » *Id.* p 35.

¹¹³¹ *Id.* p 49 et 50.

spéciaux de courte durée », c'est-à-dire s'étendant sur quelques semaines. Le programme d'administration de l'enseignement et des services était considéré comme le plus urgent à mettre en œuvre et assorti d'une recommandation qui marquait l'orientation disciplinaire du projet, même si elle n'était pas désignée ainsi : « il devrait comporter, outre la spécialisation fonctionnelle, l'approfondissement des soins infirmiers eux-mêmes, afin de ne pas dissocier l'infirmière de son rôle de soignante. »¹¹³² Consciente qu'il ne s'agissait là que de propositions, la consultante jugea alors raisonnable de fixer l'ouverture de l'école à l'automne 1964. En attendant des décisions qui n'étaient pas de son ressort, elle s'employa à approfondir son exploration au-delà des frontières nationales. Ce projet la conduisit en Belgique au mois d'avril suivant. Le profond et récent remaniement des soins infirmiers dans ce pays voisin et francophone pour partie avait largement motivé ce voyage.

Un regard sur la réorganisation et la transformation des soins infirmiers en Belgique (15-30 avril 1963)

Marjorie Duvillard se rendit à Bruxelles en avril 1963, dans le but d'identifier les ressources potentiellement utiles à l'EIEIS, pour compléter les enseignements dans les différents programmes¹¹³³. Pour les besoins de sa mission, elle rencontra une vingtaine de personnes : administrateurs du ministère de la Santé publique et de la Famille, directrices, enseignantes et élèves d'écoles d'infirmières, professeurs de médecine dont le Doyen de la faculté et autres universitaires. A la fin des années 1950, des arrêtés royaux avaient modifié profondément la formation des infirmières en Belgique. En 1957, celle-ci fut intégrée dans l'enseignement général et placée sous les tutelles respectives des ministères de l'Éducation nationale et de la Santé publique et de la Famille. Deux filières étaient alors possibles pour les infirmières, leur formation « faisant immédiatement suite au cycle secondaire supérieur » de chacune d'elles : l'enseignement technique et l'enseignement professionnel¹¹³⁴.

S'agissant de la voie dite technique, les études se déroulaient sur trois ans au minimum, la troisième année pouvant être dédiée à une spécialisation comme accoucheuse, en soins pédiatriques ou psychiatriques, ou encore en hygiène sociale, dernière possibilité requérant un an de formation en plus :

L'infirmière qui ne se spécialise pas est dénommée infirmière hospitalière. La spécialisation en hygiène sociale dure 2 ans. L'infirmière qui fait cette spécialisation s'appelle infirmière sociale. A la fin de ses

¹¹³² *Ibid.*

¹¹³³ Marjorie Duvillard, « Mission accomplie entre le 15 novembre 1962 et le 30 janvier 1964 ... » *op. cit.* R2 « Rapport sur le séjour de la Consultante à Bruxelles du 15 au 30 avril 1963 », p 1.

¹¹³⁴ L'enseignement était alors organisé en 4 filières : Enseignement normal, Enseignement des humanités qui conduisait à l'Université, Enseignement technique et Enseignement professionnel. « Schéma de l'enseignement officiel secondaire et supérieur en Belgique », *Id.* p 9.

études de base, l'infirmière obtient un diplôme d'infirmière hospitalière ou celui qui fait mention du domaine dans lequel elle s'est spécialisée.¹¹³⁵

La voie dite professionnelle proposait pour sa part, la « préparation de l'hospitalière (dénommée anciennement garde-malade) ». Cette formation en « écoles d'hospitalières » durait 2 ans et donnait lieu à l'attribution d'un certificat d'hospitalière. Même si cette raison n'était pas explicitement invoquée, cette formation brève représentait vraisemblablement une réponse à la pénurie d'infirmières présente en Belgique comme ailleurs¹¹³⁶. En 1960, un arrêté royal offrit à aux hospitalières la possibilité d'effectuer une année supplémentaire leur permettant d'obtenir un brevet d'infirmière. Comme partout ailleurs, la logique des pouvoirs publics ne se superposait pas nécessairement à la logique du groupe professionnel. La consultante livra en effet un commentaire qui rendait compte de la perplexité des milieux infirmiers à propos de cette dernière mesure, qui jetait le trouble, selon elle, sur des niveaux de formation et une stratification pourtant assez bien identifiée en 1957 :

Cette législation semble être en contradiction avec celle de 1957 qui distinguait nettement deux catégories de personnel soignant. Il y a en effet une anomalie dans le fait que l'on puisse obtenir en principe le même titre, celui d'« infirmière » en passant par l'enseignement professionnel beaucoup moins orienté vers une culture générale ou par l'enseignement technique. Ce problème préoccupe les cercles infirmiers en Belgique.¹¹³⁷

Malgré tout, ces réformes de 1957 augmentèrent les exigences de recrutement, ce qui satisfaisait aussi bien les autorités ministérielles que les directrices d'écoles d'infirmières. Le baccalauréat ou un « diplôme de l'enseignement technique secondaire supérieur » était désormais exigé pour l'entrée dans les écoles. Pour les écoles d'hospitalières, le « diplôme de l'enseignement professionnel secondaire supérieur » devait être présenté. Les candidates qui ne disposaient ni de l'un ni de l'autre de ces diplômes étaient soumises à des examens d'entrée devant un « jury central », lesquels étaient unanimement considérés comme plus difficiles que ceux qui marquaient « la fin régulière des études ». Alors que ces exigences nouvelles auraient pu faire craindre une diminution des recrutements, c'est l'inverse qui se produisit après une petite dépression en 1958 et 1959. Ces textes de 1957 consacrèrent un véritable tournant dans la formation, en abandonnant définitivement le système d'inspiration nightingalienne des

¹¹³⁵ *Id.* p 2. Un programme de graduat était offert par certaines écoles d'infirmières et préparait « au monitorat et aux fonctions supérieures dans l'administration des services infirmiers. » D'une durée de 2 ans après l'obtention du diplôme d'infirmière, cet enseignement n'était pas intégré dans le système scolaire officiel. *Ibid.*

¹¹³⁶ Au moment de la visite de la consultante, on dénombrait 30 écoles d'infirmières « du niveau technique » et 70 « du niveau professionnel », proportion qui suffit à démontrer que sans la seconde voie, le fonctionnement du système de soins était sévèrement compromis. *Id.* p 4.

¹¹³⁷ *Id.* p 3. En Belgique, la filière technique était considérée comme plus prestigieuse que la filière professionnelle, à l'exact inverse de ce qui s'était passé aux États-Unis. Outre-Atlantique, le processus de professionnalisation était compris comme étroitement lié à l'Université et dans ce contexte, l'infirmière professionnelle se distinguait alors de l'infirmière technicienne dont la formation était à dominante pratique. Voir *supra*.

hôpitaux-écoles qui privilégiait largement la formation pratique par rapport à la formation théorique :

Les heures consacrées aux stages sont passées de 36 par semaine en 1945 à 16 heures par semaine en 1958. Elles figurent au programme comme étant employées à de l'instruction clinique et l'élève n'est absolument pas comptée dans l'effectif du personnel soignant. Quant aux heures consacrées à l'enseignement théorique, elles sont passées de 8 à 10 par semaine en 1945, à 20 heures par semaine en 1958. Un tiers de ce temps est réservé aux branches médicales alors que deux tiers sont consacrés aux soins infirmiers.¹¹³⁸

Certes, la situation n'était pas pour autant idyllique et toutes les écoles étaient loin d'avancer du même pas, au point pour certaines de se dissoudre sur le bord du chemin :

Il faut encore signaler qu'un certain nombre d'écoles d'infirmières ont été réticentes à introduire le nouveau programme. D'autres n'ont pas pu réaliser les transformations exigées. Celles-ci sont devenues des écoles d'hospitalières ou ont été contraintes de disparaître. Dès 1963, toutes les écoles auront adopté le nouveau régime.¹¹³⁹

En dépit de ces limites, la dynamique engendrée par la réforme était exemplaire aux yeux de Marjorie Duvillard, notamment en ce qui concernait l'introduction des soins infirmiers comme discipline enseignée à côté de la médecine, ceci dans de remarquables proportions. Cette approche contrastait en effet avec la situation française où la tendance restait encore majoritairement focalisée sur ce qu'elle appelait un enseignement pseudo-médical. Parmi les autres bonnes raisons de son voyage à Bruxelles figurait le cas particulier de l'École d'infirmières de l'Université libre de Bruxelles (ULB). L'origine de ce rapprochement de la formation des infirmières de celle des médecins remontait aux années 1930, dans les suites de l'édification de la nouvelle faculté de médecine, chantier dont les prémisses étaient repérables avant la première guerre mondiale. Le projet définitif avait été entériné en 1921, par la signature d'une convention entre l'ULB, La Fondation Rockefeller, la ville de Bruxelles et le Conseil des Hospices :

Il s'agissait de réunir en un même lieu l'École de médecine - avec amphithéâtres, salle de travaux pratiques, bibliothèque, restaurant -, les instituts médicaux jusqu'alors situés au Parc Léopold, les laboratoires de recherche et un hôpital universitaire. Ainsi, les fonctions nécessaires à l'enseignement, à la recherche médicale et aux soins aux patients pourraient, par leur proximité, se renforcer mutuellement. De plus, l'hôpital universitaire devait être implanté au cœur de Bruxelles, afin de répondre à l'objectif

¹¹³⁸ Ibid. et p 4.

¹¹³⁹ Ibid. Ailleurs dans le rapport, la consultante fit état de quelques raisons à ces réticences, qui renvoyaient aux représentations de l'infirmière dans le milieu hospitalier, mais aussi dans la population générale : « Si ces réformes ne sont pas toujours comprises, c'est parce qu'ici comme ailleurs, la promotion de l'enseignement infirmier, la hiérarchisation du personnel soignant et l'élévation du niveau économique et social de l'infirmière provoquent encore ce type de réaction dans des milieux insuffisamment avertis. » *Id.* p 6-7.

d'« amélioration du sort des malades indigents » [...] Enfin, l'école de soins infirmiers Cavell-Depage trouverait sa place dans ce nouveau complexe. »¹¹⁴⁰

Le nom de L'école Cavell-Depage renvoyait à Edith Cavell et Marie Depage, deux héroïnes et pionnières de la profession d'infirmière en Belgique, chacune à sa manière. En 1907, le docteur Antoine Depage, chirurgien, fonda l'« École belge d'infirmières diplômées ». Son but était de transformer les soins aux malades dans un sens plus conforme aux avancées de la science et des techniques médicales. Cette institution, laïque et empreinte de modernité, introduisit une rupture avec le système de soins congréganiste jusqu'alors en vigueur dans le pays. Cette initiative stimula d'ailleurs les milieux catholiques qui ne tardèrent pas à se laisser convaincre que cette voie nouvelle pour la formation avait de l'avenir. Impressionné par l'œuvre de Florence Nightingale en Angleterre, Antoine Depage confia la direction de l'école à Edith Cavell (1865-1915), infirmière britannique formée au *London Hospital*. Son épouse, Marie Depage (1872-1915), s'occupa des aspects administratifs et comptables de l'établissement, qui fonctionnait sur le principe de l'hôpital-école anglais.¹¹⁴¹ Edith Cavell mourut en 1915, fusillée par les Allemands, en raison de sa participation à un réseau organisant l'évasion de nombreux soldats des pays alliés, la Belgique étant alors sous occupation allemande. Marie Depage disparut la même année, dans le naufrage du paquebot transatlantique *Lusitania*, torpillé par l'armée allemande. Elle revenait des États-Unis où elle était allée récolter des fonds pour l'hôpital de l'Océan fondé dès 1914 par son mari pour soigner les soldats blessés. Dès lors, la pérennité de l'école belge d'infirmières diplômées, doublement décapitée, était d'autant plus compromise que le Dr Antoine Depage était lui-même absorbé par une intense activité au front. Le professeur Paul Héger, oncle de Marie Depage, se chargea alors de trouver et recruter une nouvelle directrice, Mlle Jeanne de Meyer¹¹⁴². Après la guerre, l'école changea de nom et devint l'« Institut Edith Cavell – Marie Depage, école belge d'infirmières diplômées »¹¹⁴³. C'était donc à cette institution pionnière et à ses deux co-directrices historiques qu'il était fait allusion dans la convention arrêtée en 1921.

Malgré les apports substantiels de la Fondation Rockefeller, des difficultés financières retardèrent la mise en œuvre du projet. L'École de médecine ouvrit ses portes en 1928 et fut officiellement inaugurée en 1930. L'« École d'infirmières annexée à l'ULB » fut inaugurée dans un second temps, en mars 1935. Elle fut installée dans les locaux du nouvel hôpital Saint-

¹¹⁴⁰ Christian BROUWER, *ULB-USA: passé, présent et futur d'une fructueuse collaboration*, Bruxelles, Université libre de Bruxelles, 1996. URL : http://digistore.bib.ulb.ac.be/2009/i97829301490_000_f.pdf p 25-26. Consulté le 11 janvier 2018.

¹¹⁴¹ Arlette JOIRIS, *De la vocation à la reconnaissance. Les infirmières hospitalières en Belgique 1789-1970. Genèse, émergence et construction d'une identité professionnelle*, Socrate éditions Promarex, Belgique, 2009.

¹¹⁴² URL : <http://www.edith-cavell-belgium.eu/fr/histoire-cavell.html> Consulté le 18 janvier 2018.

¹¹⁴³ Discours du docteur Collard, 1^{er} octobre 1957, in *Commémoration du Cinquantième anniversaire de l'Institut Edith Cavell-Marie Depage*, Editions ARSCIA, Bruxelles, 1958. Accessible en ligne, URL : http://www.1914-1918.be/soigner_inf.php consulté le 18 janvier 2018.

Pierre, dont la reconstruction en totalité après démolition de l'ancien faisait partie du projet. La direction en fut confiée à Cécile Mechelynck, en même temps que la direction du personnel soignant de l'hôpital Saint-Pierre devenu hôpital universitaire¹¹⁴⁴. Henri Depage, fils d'Antoine et Marie, inaugura cette nouvelle école, en mémoire d'Edith Cavell et Marie Lepage. Mais il s'agissait bien d'une école différente de l'Institut qui portait leur nom, lequel poursuivit son existence propre¹¹⁴⁵. Si le projet élaboré dans l'après-guerre avait sans doute envisagé d'intégrer l'école Cavell-Depage en tant que telle compte tenu du prestige qu'elle avait acquis, la situation avait changé en 1935. D'une part, depuis 1923, les infirmières américaines, soutenues en cela par la Fondation Rockefeller, avaient ouvert la voie d'une formation universitaire. D'autre part, compte tenu de la pénurie d'infirmières qui sévissait en Belgique comme ailleurs, il est fort probable que les autorités avaient jugé raisonnable de profiter de l'occasion pour ouvrir une école supplémentaire, innovante de surcroît et plus en phase avec ce qui se passait aux États-Unis. A quelques nuances près dans la chronologie des événements, à Bruxelles comme à Lyon dans les mêmes années, le même phénomène de développement de l'enseignement médical était observable, avec le même soutien financier de la Fondation Rockefeller et une volonté identique de rapprocher l'enseignement des infirmières de celui des médecins. A la différence de la situation lyonnaise cependant, l'école d'infirmières belge fut, dès son origine, annexée à l'Université, cette caractéristique étant affichée dans sa dénomination même. Cécile Mechelynck était une infirmière belge. Formée en Belgique, elle s'était perfectionnée en Angleterre, mais aussi aux États-Unis où elle avait effectué des voyages d'étude avec l'aide de la Fondation Rockefeller¹¹⁴⁶. En assumant la double fonction de directrice d'école et de directrice du personnel soignant de l'hôpital, elle s'inscrivait dans la lignée des *matrons* ou des *superintendents* du modèle anglais des hôpitaux-écoles. Mais en inaugurant un rapprochement affirmé avec l'Université, elle le dépassait en empruntant le chemin des infirmières américaines. Elle apparaissait en cela comme une figure incarnant d'une certaine façon, le prototype anglo-américain décrit par Évelyne Diébolt et Nicole Fouché¹¹⁴⁷. Même si cette « annexion » ne signifiait pas une pleine intégration au monde universitaire, cette particularité conditionna indéniablement le fonctionnement de cette école et son développement jusqu'à la date de la visite de Marjorie Duvillard :

¹¹⁴⁴ Geneviève RIGAUX, L'École d'infirmières annexée à l'ULB, in LOURYAN Stéphane (dir.), KINNAERT Paul (dir.), *Le Pôle Santé de l'ULB : histoires de lieux, de personnages et de découvertes*, Bruxelles, Mémogrames, 2009, p 357-371.

¹¹⁴⁵ Il fut dirigé par Jeanne de Meyer jusqu'en 1940. Discours du docteur Collard, 1^{er} octobre 1957... *op. cit.* Par ailleurs, cette institution existait encore en 1963 et Marjorie Duvillard rencontra sa directrice, Mlle Bihet, au même titre qu'elle rencontra la directrice de l'école de l'ULB. Marjorie Duvillard, « Mission accomplie entre le 15 novembre 1962 et le 30 janvier 1964 ... » *op. cit.* R2, *op. cit.* p 1.

¹¹⁴⁶ Geneviève RIGAUX, L'École d'infirmières annexée à l'ULB... *op. cit.*

¹¹⁴⁷ Evelyne DIEBOLT et Nicole FOUCHÉ, *Devenir infirmière en France... op. cit.*

L'École s'inspire encore fortement des principes qui ont présidé à sa fondation et des moyens d'action précisés par l'accord intervenu en son temps entre la Fondation Rockefeller, l'Université libre de Bruxelles, et la Commission de l'Assistance publique de Bruxelles (pour l'hôpital Saint-Pierre).¹¹⁴⁸

Ainsi, l'École était financièrement indépendante de l'hôpital, malgré la double fonction de sa directrice, Mlle G. Frère, en même temps directrice du Service infirmier de l'hôpital Saint-Pierre. L'enseignement à l'École était placé sous le contrôle de l'ULB. Les cours théoriques et cliniques étaient dirigés par les monitrices de l'établissement dénommées « professeurs de nursing de l'École d'infirmières de l'ULB ». Cette appellation témoignait d'une part de la volonté de nommer l'activité spécifique des infirmières comme discipline à enseigner et d'autre part, d'en signifier les origines anglaises lointaines et américaines plus récentes, en l'absence de développement de ce type dans le monde francophone. En cohérence avec les nouvelles conceptions de la santé développées à l'OMS depuis les années 1950, le programme était traversé par « une conception positive de la santé » et réservait une grande place aux connaissances sur la prévention et la santé publique. Autant de caractéristiques susceptibles d'attirer l'attention de la consultante, en ce qu'elles étaient porteuses d'une modernité qu'elle avait eu de mal à identifier en France. Enfin, cette école disposait d'une section de graduat qui préparait les infirmières à des postes dans l'administration des services de soins et dans l'enseignement infirmier. Cette dernière possibilité de formation était néanmoins vouée à l'extinction, dépassée par la toute récente création en mai 1963 « d'un programme supérieur conduisant à l'obtention d'une licence en sciences hospitalières », diplôme délivré par la faculté de médecine. Ces évolutions montraient que même de manière très sporadique, les infirmières belges commençaient à accéder aux titres universitaires, mouvement susceptible de bousculer, sinon transformer le collectif professionnel, à commencer par les enseignantes de l'École de l'ULB :

La création de ce nouveau programme de niveau universitaire oblige l'École à prévoir pour ses cadres enseignants une formation universitaire, et l'obtention de ladite licence. Cette création aura sans doute un grand retentissement en Belgique. L'École d'infirmière de l'Université de Louvain cherche, elle aussi, à créer une licence semblable ; en outre, ce programme universitaire pour infirmières aboutissant à une licence sera le premier de son espèce en Europe dans un pays de langue française. Il ne manquera pas d'attirer l'attention des cercles infirmiers à l'étranger.¹¹⁴⁹

En creux, ce commentaire signifiait aussi que cette école d'infirmières, pour être très particulière du fait de son rattachement à l'ULB, délivrait les mêmes diplômes que les autres

¹¹⁴⁸ Marjorie Duvillard, « Mission accomplie entre le 15 novembre 1962 et le 30 janvier 1964 ... » *op. cit.* R2 « Rapport sur le séjour de la Consultante à Bruxelles du 15 au 30 avril 1963 », p 4. La Commission de l'Assistance publique de Bruxelles avait remplacé le Conseil des hospices en 1925.

¹¹⁴⁹ *Id.* p 5.

établissements et non pas des diplômes universitaires¹¹⁵⁰. Avec l'avènement de cette licence à l'ULB, la Belgique inaugura dans le monde francophone européen, dans une version laïque et dans des conditions certes bien différentes, ce qui fut mis sur pied 30 ans plus tôt dans le cadre de l'Institut Marguerite d'Youville à l'université de Montréal¹¹⁵¹. Cet écho, même tardif, contribua à renforcer le prestige de l'École d'infirmières de l'ULB, d'autant que la même année elle préparait, à la demande de l'OMS, un cours « destiné à la formation du personnel employé par cette Organisation ». Avant même ce remarquable témoignage de reconnaissance à un niveau international, l'établissement attirait déjà selon la consultante, de nombreux visiteurs « boursiers de l'OMS et élèves des écoles de cadres pour infirmières des divers pays d'Europe. »

Le service infirmier de l'hôpital Saint-Pierre constituait le pendant idéal de l'École dans le système de formation des infirmières, ce mode de fonctionnement intégré représentant une autre source d'intérêt pour Marjorie Duvillard :

Le Service infirmier se trouve sous la direction de Mlle G. Frère qui est en même temps directrice de l'École d'infirmière de l'ULB. Cette direction unique favorise l'instruction clinique des élèves, les professeurs de Nursing de l'École étant très bien accueillis partout à l'hôpital où travaillent un grand nombre des anciennes élèves de l'École.¹¹⁵²

Une autre particularité de l'organisation du service infirmier dans cet hôpital attira l'attention de la consultante, au point de la désigner comme exemplaire pour les futurs enseignements à l'EIEIS. Il s'agissait du service médico-social, animé par des « infirmières sociales » dont la spécialité clinique ne se confondait pas avec l'activité des assistantes sociales :

Un service dont il faut relever l'intérêt particulier du point de vue didactique est le service médico-social de l'Hôpital Saint-Pierre. Malgré la pléthore d'assistantes sociales existant en Belgique, il n'y a qu'une seule assistante sociale employée à l'Hôpital Saint-Pierre ; le service médico-social est confié à des infirmières spécialisées dénommées « infirmières sociales » (5 ans de formation). Ces infirmières font un travail partiellement polyvalent ; elles assurent la marche des polycliniques et créent un lien étroit avec

¹¹⁵⁰ Tout au plus était-il vivement recommandé par la directrice de cette école, à toutes les élèves du programme de base, d'effectuer le cycle complet de trois ans d'études en soins généraux avant d'envisager une spécialisation. Comme il ne s'agissait pas d'une obligation, ceci ne représentait pas véritablement une entorse aux textes qui prévoient que le choix d'une spécialisation pouvait intervenir dès la fin de la deuxième année d'études. Malgré tout, sans aucun doute impressionnées par l'autorité à l'origine de cette recommandation, la plupart des élèves y souscrivaient comme s'il s'agissait d'une prescription. Cette option n'était néanmoins pas partagée par la totalité de l'équipe d'enseignantes dont certaines étaient convaincues qu'elle appauvrissait le recrutement pour les spécialisations. *Ibid.* Les raisons de ce phénomène ne furent pas explicitées. Mais il est probable que celui-ci était observable du fait de l'allongement mécanique de la durée des études susceptible de décourager des candidates à la spécialisation.

¹¹⁵¹ L'identité de l'appellation du diplôme – baccalauréat ès sciences hospitalières d'une part et licence en sciences hospitalières d'autre part – est remarquable.

¹¹⁵² *Id.* p 6.

les services cliniques correspondants ; elles suivent également pour des soins à domicile les anciens malades de l'hôpital.¹¹⁵³

Les compétences particulières de ces infirmières spécialisées, qui se distinguaient des assistantes sociales, renvoyaient aux débats historiques des années 1930 en France et notamment au volontarisme politique d'Henri Sellier sur la question de la polyvalence. Celle-ci était en effet, à ses yeux, nécessaire pour répondre à des besoins de santé qui se manifestaient différemment selon la gravité voire les phases de la maladie, et relevaient de lieux variables de prise en charge. En Belgique comme en France 30 ans plus tôt, c'était encore la question de la santé publique, laquelle dépassait largement le fonctionnement hospitalier, qui était posée. En ce sens, ce service médico-social, situé à l'hôpital avec une porte grande ouverte sur la cité, faisait figure de pionnier pour Marjorie Duvillard. Unique en son genre, il était néanmoins loin de répondre à l'ensemble des besoins de la ville de Bruxelles où elle déplorait par ailleurs « le manque de services de soins de santé publique polyvalents ». La rareté de l'initiative donnait d'autant plus de force à son exemplarité et à son intérêt didactique.

Aux yeux de la consultante et à l'image du Service infirmier de l'hôpital Saint-Pierre, l'école d'infirmières de l'ULB était incontestablement « à la pointe du mouvement infirmier en Belgique » où elle avait d'ailleurs été très active dans la préparation des réformes de 1957. Même si le tableau n'était pas idyllique¹¹⁵⁴, un mouvement était aisément perceptible et elle y voyait une ressource certaine, à la fois pour fournir des enseignantes ponctuelles pour l'EIEIS le cas échéant, et pour accueillir et encadrer des stagiaires. Ainsi s'achevèrent les premières explorations. Le mois suivant, Marjorie Duvillard accueille Huguette Bachelot et Nicole Mennesson sur ses propres terres. Comme prévu par l'OMS, elles devaient en effet effectuer un stage d'une durée d'un mois à Genève. Celui-ci consistait à permettre aux deux monitrices de se préparer à leur future tâche qui s'annonçait très ardue. Cette nouvelle étape marqua le début de la dernière phase préparatoire consistant à finaliser le projet et à le rendre opérationnel.

3.4 - Vers la finalisation du projet d'ouverture de l'EIEIS (mai 1963 – printemps 1964)

Deux directrices potentielles en voyage de réflexion et de production à Genève

¹¹⁵³ *Ibid.*

¹¹⁵⁴ D'après la consultante, une « certaine rigidité » était observable à l'intérieur même de l'École, en raison d'« incompatibilités de caractère » supposées dans l'équipe et du « style très académique de l'enseignement théorique », cette remarque laissant supposer que les méthodes pédagogiques étaient assez peu innovantes dans l'établissement. Par ailleurs, alors que la spécialisation en psychiatrie était proposée aux infirmières, selon le Professeur Sivadon, chargé de l'enseignement de la psychologie à l'ULB, il n'y avait pas alors en Belgique, « de programme particulièrement intéressant dans le domaine des soins en psychiatrie, ni de service de psychiatrie où le personnel soignant soit entraîné à de nouvelles méthodes thérapeutiques. » *Id.* p 7 et 8.

Les deux monitrices séjournèrent à Genève du 6 mai au 6 juin 1963, ce qui leur donna l'occasion de rencontrer de nombreuses personnes, à commencer par le personnel de l'école d'infirmières du Bon Secours que dirigeait Marjorie Duvillard. Elles assistèrent même à quelques séances de travail de l'équipe enseignante. Elles rencontrèrent aussi « l'infirmière-chef générale » et les « infirmières-chefs de service » de l'hôpital cantonal de Genève, de même que la directrice du Centre d'hygiène sociale de la Croix Rouge Suisse, section de Genève. Enfin, elles effectuèrent une visite au Comité international de la Croix Rouge et à la Ligue des Sociétés de la Croix Rouge. Mais le but essentiel de ce voyage consistait surtout pour elles à « préparer avec l'aide de la consultante un premier projet d'organisation interne de l'Ecole et des programmes d'études »¹¹⁵⁵. Huguette Bachelot se souvenait encore de ce séjour « chez » la consultante près de 50 ans plus tard :

Alors on a passé quelques semaines peut-être un mois, peut-être plus en Suisse chez Mademoiselle Duvillard qui avait donc une école très réputée à Genève et mettait en place des choses assez modernes par rapport... surtout à la Suisse qui à ce moment-là était encore un peu rétrograde [...] Donc on a passé un certain temps à élaborer un programme.¹¹⁵⁶

Il s'agissait là de la rédaction d'un document qui rendait compte pour la première fois d'orientations très concrètes s'agissant de la future EIEIS, sans aller jusqu'au contenu des enseignements envisagés¹¹⁵⁷. Réalisée sous la plume des deux monitrices impliquées et sans aucun doute sous la supervision de la consultante dont il est aisé de reconnaître la marque, cette première production écrite de 17 pages, à visée très opérationnelle, était ainsi présentée :

Ce premier schéma d'organisation intérieure de l'E.I.E.I.S a pour objet de préciser quelques points importants avant l'ouverture de l'Ecole. Il ne constitue pas un règlement, en effet, dans une école expérimentale, seule, une ligne de conduite commune doit être observée, laissant une large part aux initiatives. Cette organisation intérieure sera constamment repensée par l'ensemble du personnel, compte tenu du développement des programmes, de l'expérience des années écoulées et des désirs exprimés par les étudiants.¹¹⁵⁸

Loin de toute tentation dogmatique, l'entreprise s'annonçait d'emblée comme ouverte à la critique, évolutive et démocratique dans son fonctionnement. Autant de caractéristiques qui laissaient entendre la nécessité d'une large autonomie de fonctionnement de l'École, comme condition même de son caractère expérimental. Le document comportait 4 chapitres traitant

¹¹⁵⁵ Marjorie Duvillard, « Mission accomplie entre le 15 novembre 1962 et le 30 janvier 1964 ... » *op. cit.* R3 « Rapport sur le séjour des monitrices de l'EIEIS à Genève du 6 mai au 6 juin 1963 », p 1.

¹¹⁵⁶ Entretien Huguette Bachelot, 2 et 3 décembre 2010

¹¹⁵⁷ Projet d'organisation intérieure de l'Ecole internationale d'enseignement infirmier supérieur, n°1, Mai 1963. Document tapuscrit, archives EIEIS. 9 exemplaires de ce précieux document ont été retrouvés et couvrent la période de mai 1963 à la rentrée scolaire de 1974. Ils rendent compte des décisions prises successivement par les instances habilitées et constituent en cela un indicateur important d'évolution de l'institution durant ces dix années.

¹¹⁵⁸ Id. p 1.

respectivement des programmes et méthodes de travail, du fonctionnement de l'école, des conditions d'admission et de directives diverses concernant les étudiantes¹¹⁵⁹. Les programmes offerts étaient conformes aux propositions figurant dans le premier rapport de Marjorie Duvillard :

A – Administration des Soins infirmiers¹¹⁶⁰

Section I – Administration des programmes d'enseignement infirmier

Section II – Administration des services infirmiers

B- Soins infirmiers spécialisés

Les programmes spécialisés offerts par l'E.I.E.I.S., seront sélectionnés en tenant compte des besoins exprimés par les pays intéressés.

C- Formation aux méthodes de recherche appliquée aux soins infirmiers

Les 3 programmes A. B. C. seront sanctionnés par un Certificat d'Etudes supérieures de Soins Infirmiers décerné par le Ministre de la Santé Publique et de la Population, sur recommandation de l'Université de Lyon.

L'évaluation des étudiantes se fait toute l'année. Le certificat final est délivré aux étudiantes qui ont suivi l'enseignement avec assiduité, effectué les stages prévus au programme, accompli les travaux d'application, établi et soutenu un mémoire de façon satisfaisante.

D- Cours spéciaux de courte durée et séances d'études

Ceux-ci sont organisés occasionnellement par l'Ecole à Lyon ou ailleurs, à la demande d'organismes divers dans le but de collaborer à leur programme éducatif et de favoriser les échanges internationaux.

L'évocation des méthodes de travail confirmait l'orientation résolument innovante annoncée dans le propos liminaire. Ces dernières détonnaient en effet, dans le paysage éducatif français :

Les méthodes de travail sont des méthode actives faisant une large part aux travaux de groupe et aux travaux personnels, la bibliothèque, régulièrement mise à jour, et un matériel d'enseignement audio-visuel sont des éléments pédagogiques importants. Chaque candidat choisit un type de programme. Cependant des modifications peuvent être apportées pour certaines étudiantes, compte tenu de leurs expériences antérieures et de leurs besoins futurs.¹¹⁶¹

Si le sacro-saint cours magistral était loin d'être exclu, sa relégation au rang de moyen pédagogique parmi d'autres en ébranlait d'autant plus la majesté qu'il n'était même pas évoqué. La pédagogie active et expérientielle avait été expérimentée à l'université Harvard aux États-Unis dès la fin du XIXème siècle pour les études juridiques, puis à la fin des années 1920 dans la formation à la gestion et au management et avait été étendue à l'enseignement en

¹¹⁵⁹ Preuve que la mixite était intégrée à l'origine du projet, une note en bas de la première page précisait de « lire partout étudiants ou étudiantes. » Le féminin était néanmoins délibérément choisi pour exprimer cette mixité, contre la règle grammaticale.

¹¹⁶⁰ Il était mentionné que seul ce programme débiterait « à l'automne 1964 ».

¹¹⁶¹ *Id.* p 3.

administration publique à la fin de la guerre¹¹⁶². Destinée à former des décideurs, la méthode des cas, caractéristique de ce courant, avait alors fait ses preuves comme outil principal de formation. La pédagogie discursive, caractérisée par le cours magistral, apparut dès lors comme une ressource utile mais secondaire. Néanmoins, ce qui était considéré comme très efficace aux États-Unis ne l'était pas nécessairement de l'autre côté de l'Atlantique à la même époque, notamment dans le champ de l'enseignement en sciences humaines¹¹⁶³. Dans ce contexte, l'orientation délibérément marquée dans le cadre du projet de l'EIEIS apparaissait donc à la fois comme innovante et particulièrement adaptée au type de formation visé et à la prévisible diversité des futures étudiantes de l'EIEIS, notamment en ce qui concernait leurs parcours scolaires antérieurs¹¹⁶⁴. C'est que ce type de pédagogie s'était progressivement avérée efficace même hors de l'université, auprès de publics réfractaires, voire en difficultés dans le cadre de l'enseignement classique et à ce titre particulièrement adapté à la formation des adultes en cours d'emploi. En outre, cette approche avait sans aucun doute été confortée par les rencontres et échanges avec Mme Hatinguais, qui avait largement contribué à la diffusion de ces méthodes novatrices sur le territoire français à travers le CIEP de Sèvres.

L'esquisse d'un premier organigramme¹¹⁶⁵ faisait apparaître les grandes instances exécutives, délibératives et consultatives de l'EIEIS telles qu'elles étaient imaginées. Pour l'heure, seuls les HCL étaient représentés en tant qu'institution. Ainsi, au sommet de cette organisation hiérarchisée figurait le Conseil général d'administration des HCL, suivi du Conseil de direction de l'EIEIS, puis de la Commission permanente de l'EIEIS et enfin de la directrice de l'EIEIS. Cette dernière avait sous sa responsabilité une directrice adjointe et le personnel de l'EIEIS ainsi décliné : chargés de cours, monitrices, monitrices adjointes, documentaliste, secrétaires, intendante, personnel de maison. Elle était assistée dans sa tâche par un Comité de coordination de l'EIEIS, situé tout en bas de l'organigramme. Ce comité coordonnait 5 commissions spécialisées : admission et évaluation, bibliothèque, programmes¹¹⁶⁶, orientation et aide aux étudiantes, santé et maison. Ce dernier niveau constituait l'appareil consultatif démocratique par excellence et était destiné à ce que chaque membre du personnel, y compris les chargés de cours extérieurs, pût trouver un lieu d'expression et de délibération sur les sujets le concernant. La participation était de mise dans la philosophie générale de l'organisation proposée et se traduisait par ce dispositif dont la complexité apparente semblait être le prix à payer pour servir

¹¹⁶² Georges LANGROD, La méthode des cas et la science administrative américaine, *Revue française de sciences politiques*, 3^{ème} année n° 4, 1953, p 833-834.

¹¹⁶³ « La méthode des cas (*case method*) est connue depuis longtemps en Europe continentale, ce qui n'empêche nullement son application pratique dans l'enseignement des sciences humaines de rester sporadique et inorganisée [...] Nulle part elle n'acquiert le rang de méthode didactique, employée sur une large échelle, comparable à celui qu'elle a traditionnellement dans le domaine des sciences naturelles. » *Id.* p 832.

¹¹⁶⁴ Voir *infra*.

¹¹⁶⁵ Projet d'organisation intérieure ... Mai 1963. *op. cit* p 6. Le lecteur trouvera dans le développement ultérieur un schéma de l'organigramme stabilisé.

¹¹⁶⁶ Elle-même subdivisée en autant de sous-commissions que de programmes proposés.

cette ambition. Ce système de fonctionnement par commissions fut sans aucun doute directement inspiré du dispositif de gestion participative en vigueur à l'École du Bon Secours, y compris dans la dénomination desdites commissions. Depuis 1959, Marjorie Duvillard y avait adopté ce mode de fonctionnement par groupes de travail et lui avait redonné de la vigueur en 1961, par la création de nouvelles commissions. Ainsi étaient identifiables les commissions du programme, de la maison¹¹⁶⁷, de la bibliothèque, de l'uniforme, ou encore « une autre, temporaire, qui [devait] étudier l'intégration des sciences physiques, biologiques et sociales dans l'enseignement infirmier »¹¹⁶⁸. Elle justifiait ainsi ces options plutôt innovantes au début des années 1960 :

Ces commissions dans lesquelles prennent place, comme on le voit, le personnel de l'école, des élèves, ainsi que des personnes compétentes de l'extérieur, font un immense travail dont l'importance est capitale pour l'école. Ce travail permet de déterminer la doctrine et les objectifs de l'école, de coordonner les méthodes de travail et d'enseignement et d'adapter tout ceci aux changements extérieurs qui demandent que les programmes infirmiers soient toujours créés à nouveau.¹¹⁶⁹

Cette méthode et ce mode de fonctionnement convenaient d'autant mieux au projet de l'EIEIS, établissement expérimental par nécessité, qui avait beaucoup à gagner de l'implication la plus large possible de ceux qui seraient chargés de l'animer.

Les conditions prévues pour l'admission à l'École étaient exigeantes. Les candidates devaient détenir un diplôme d'infirmière « reconnu officiellement dans le pays où il [avait] été délivré » et être titulaires « d'un premier degré de perfectionnement en soins infirmiers.»¹¹⁷⁰ Ces conditions, associées à d'autres exigences d'ordre administratif ou médical étant remplies, les candidates pouvaient se présenter à l'« examen spécial d'entrée à l'E.I.E.I.S. » dont les modalités suivantes étaient proposées, sous réserve de l'indispensable accord de l'université de Lyon qui avait la haute main sur l'ensemble des épreuves :

- Examen présenté sous la responsabilité et le contrôle de l'Université de Lyon ;
- Cet examen comporte un oral et un écrit passés dans le pays d'origine de la candidate ;
- Le Recteur de l'Université de Lyon désigne le jury d'oral ;
- Le choix des sujets et la correction des épreuves écrites sont assurés par l'Université de Lyon.¹¹⁷¹

¹¹⁶⁷ Celle-ci comprenait deux groupes de travail : menus et recueillement, ce dernier étant chargé de préparer « les manifestations et fêtes religieuses ».

¹¹⁶⁸ Denise FRANCILLON, *Le Bon Secours ... op. cit.* p 141. La dernière commission, fût-elle provisoire, témoigne d'une préoccupation précoce, chez Marjorie Duvillard, pour la question de l'usage des sciences dans la pratique des infirmières.

¹¹⁶⁹ Marjorie Duvillard, citée par Denise FRANCILLON, *Ibid.*

¹¹⁷⁰ Projet d'organisation intérieure ... Mai 1963... *op. cit.* p 7. Avec la photocopie du diplôme d'infirmière, il fallait joindre le programme de l'école de base au moment des études, ce qui signifiait la grande variabilité supposée des contenus d'enseignement. Les études de perfectionnement suivies devaient être précisées, ainsi que « le nom et l'adresse complète des directrices. »

¹¹⁷¹ *Id.* Annexe I.

L'épreuve orale consistait en une « conversation » avec le jury sur les études antérieures et les projets de la candidate, de façon à « vérifier ses aptitudes et connaissances ». Elle conditionnait l'admissibilité à se présenter aux 4 épreuves écrites. Celles-ci comprenaient une dissertation d'ordre général d'une durée de 3 heures, l'analyse, résumé ou commentaire d'un texte, d'une durée de 2 heures, le compte rendu en 1h30 d'un exposé oral, d'une conférence ou d'un film. Enfin, la candidate devait effectuer en 1h30, la traduction d'un article anglais sur les soins infirmiers « permettant de juger si la candidate pourra bénéficier de l'importante documentation professionnelle de langue anglaise »¹¹⁷². Les épreuves étaient d'autant plus nombreuses et variées que les deux monitrices avaient bien conscience que la scolarité antérieure aux études professionnelles des candidates serait pour le moins diversifiée, comme en attestait leur propre parcours. Il n'était donc pas question de conditionner l'entrée à l'EIEIS à la détention d'un diplôme d'études générales, en l'occurrence le baccalauréat, comme c'était le cas pour l'Université¹¹⁷³. Tout au plus, dans les pièces à fournir pour l'inscription figuraient « les photocopies des diplômes d'instruction générale ou, à défaut, une attestation d'études secondaires (indiquant la dernière classe suivie) et éventuellement d'études supérieures non professionnelles »¹¹⁷⁴. L'examen spécial d'entrée à l'EIEIS avait donc vocation à évaluer la capacité des étudiantes à suivre des études supérieures quel que fût leur parcours antérieur. Les directives concernant les étudiantes consistaient en considérations sur les questions disciplinaire, les conditions de repas et de logement, les frais de déplacement pour les stages ou encore les possibilités d'intégration dans la vie associative lyonnaise. Elles prévoyaient en outre l'élection d'un comité d'étudiantes de l'EIEIS destiné à favoriser « la coordination entre la direction de l'Ecole et les étudiantes »¹¹⁷⁵, preuve supplémentaire de la volonté d'orientation très participative du mode de fonctionnement. Ce projet témoignait de l'ambition originelle des deux directrices potentielles, confortées en cela par leur mentor. Toutes savaient néanmoins que ces premières projections très concrètes seraient soumises à la critique des instances locales, une fois celles-ci constituées et réunies, mais aussi internationales.

Outre ce travail de conception du projet, ce stage présenta un autre intérêt des plus appréciables pour les deux visiteuses :

Le séjour des monitrices à Genève a été profitable sur d'autres plans. Il a permis aux monitrices de travailler dans le cadre d'une école et d'avoir avec les monitrices de cette école des contacts et quelques échanges de vues qui leur manquent totalement depuis qu'elles sont à Lyon ; elles ont pu en toute

¹¹⁷² *Ibid.*

¹¹⁷³ L'homologation du diplôme d'État d'infirmière et d'infirmier au niveau III - Brevet de technicien supérieur (BTS) ou Diplôme universitaire de technologie (DUT) - n'eut lieu qu'en 1980. Arrêté du 17 juin 1980 relatif à l'homologation des titres et des diplômes de l'enseignement technologique. Art. 1. Ces dispositions permirent à des infirmières non bachelières de franchir plus facilement le seuil de l'Université.

¹¹⁷⁴ Projet d'organisation intérieure ... Mai 1963. *op. cit.* p 7.

¹¹⁷⁵ *Id.* p 10.

tranquillité se consacrer à l'élaboration des principales directives internes de l'Ecole et du premier projet des programmes. Elles ont bénéficié des facilités offertes par la bibliothèque de l'Ecole d'infirmières « Le Bon Secours » et par celle de l'OMS [...] les contacts personnels qui ont eu lieu pendant le séjour, entre les deux monitrices et la consultante ont permis à celle-ci de mieux les connaître et de comprendre mieux certains des problèmes auxquels elles doivent faire face durant la phase préparatoire de l'EIEIS.¹¹⁷⁶

Autant ce commentaire soulignait la grande solitude des deux directrices potentielles depuis leur arrivée aux HCL, autant il laissait entendre, en revanche, la concrétisation et la consolidation du soutien apporté par la consultante. Ainsi, ce voyage à Genève apparaissait-il bien plus comme un moment de prise de distance, de contacts et d'échanges, propice à l'écriture et donc à l'appropriation du projet, que comme un simple voyage d'étude. Marjorie Duvillard précisa d'ailleurs que les différentes visites et rencontres des deux monitrices n'avaient pas pour but de réaliser une « prospection de ressources utilisables à Genève par l'EIEIS ». Si cette prospection restait à faire par la directrice de l'EIEIS, selon ses propres termes, elle proposa néanmoins dans un bref document spécial, quelques pistes qui provenaient « de la connaissance que possède la consultante de par ses fonctions professionnelles, de l'enseignement infirmier en Suisse »¹¹⁷⁷. Comme pour la Belgique, il était question d'un possible « prêt de personnel enseignant » par l'École supérieure de la Croix-Rouge suisse ou l'une ou l'autre des écoles d'infirmières de Suisse romande, ce choix géographique étant opéré pour des raisons linguistiques. Les mêmes écoles constituaient autant de terrains de stage potentiels, avec les hôpitaux cantonaux ou de district, ou encore le Centre de psychiatrie sociale de Genève. De même, le Service cantonal vaudois de la santé publique était recommandé, ainsi que le Centre d'hygiène sociale de la section genevoise de la Croix-Rouge suisse qui était dirigé par une infirmière. Une équipe de 25 infirmières y assuraient « un service de soins en santé publique à caractère polyvalent dans tous les secteurs de la ville et dans certaines régions rurales du canton de Genève »¹¹⁷⁸. Enfin, si la Suisse présentait le grand avantage d'être proche de Lyon, elle abritait aussi le siège de l'OMS et des organismes internationaux de la Croix-Rouge¹¹⁷⁹, particularité non négligeable dans le projet.

Pendant que les deux monitrices s'activaient à Genève, le Conseil général d'administration des HCL inscrivit l'« Ecole internationale de cadres infirmiers de Lyon » à l'ordre du jour de sa séance du 22 mai 1963. À la suite des propositions faites en janvier par le CGA, un nouveau projet, « modifié après consultation du Bureau européen de l'OMS », avait été adressé par « M. le ministre de la Santé Publique et de la Population » aux HCL¹¹⁸⁰. Parmi les modifications de

¹¹⁷⁶ *id.* p 2.

¹¹⁷⁷ Marjorie Duvillard, « Indications des ressources pédagogiques que la Suisse pourrait offrir à l'Ecole internationale d'enseignement infirmier supérieur ». Dossier assistance OMS. Archives EIEIS.

¹¹⁷⁸ *Ibid.*

¹¹⁷⁹ CICR et LSCR.

¹¹⁸⁰ Il s'agissait d'un document intitulé « Ecole Internationale d'Enseignement Infirmier Supérieur de Lyon – STATUT » dont une copie fut envoyée par le Ministère de la Santé Publique et de la Population aux Hospices

la composition du Conseil de direction figuraient entre autres la prise en compte de la remarque du Pr Cresseyl et la suppression « du Président des Amis de l'Université [et] des deux personnalités lyonnaises désignées par la Chambre de Commerce et par le Groupement Interprofessionnel Lyonnais ». Autant de changements qui faisaient fidèlement écho aux vœux du CGA¹¹⁸¹, d'autant plus que le nombre de membres du Conseil de direction s'en trouvait réduit. Autre motif de satisfaction et non le moindre, l'orateur, M. Garraud, ne manqua pas d'attirer l'attention de l'assemblée sur le point le plus crucial à ses yeux :

Il est précisé que les attributions du Conseil G.A. des Hospices dans le fonctionnement de l'Ecole ne sont pas modifiées ; il continue à en assurer l'administration, ainsi que la nomination du personnel de direction et d'enseignement [...] La Commission considérant que les modifications apportées par M. le Ministre de la Santé Publique et de la Population au texte initial du projet ne restreignent pas le rôle des HCL dans le fonctionnement de l'Ecole, propose au Conseil d'adopter le nouveau projet de règlement.¹¹⁸²

Ce nouveau texte fut adopté, sans même revenir sur les questions financières apparemment satisfaisantes, la Commission des finances n'ayant pas été sollicitée. Au terme de leur séjour à Genève, les deux monitrices et leur mentor se séparèrent jusqu'à la fin du mois de décembre.

De la fin de la mission de Marjorie Duvillard à la finalisation du « plan d'opérations concernant l'assistance fournie par l'OMS en vue de l'établissement d'une EIEIS à Lyon »

Marjorie Duvillard effectua les dernières démarches dans son rôle de consultante au cours de 3 séjours qu'elle effectua à Lyon, entre le 7 octobre 1963 et le 30 janvier 1964. Les deux premiers, en octobre puis novembre, furent assez brefs et consistèrent à reprendre contact avec les personnes approchées lors de sa première visite, à faire connaissance avec d'autres. Elle rencontra notamment le Pr Husson, directeur de l'École pratique de psychologie et de pédagogie et le Pr Cier, nouveau doyen de la faculté de médecine et de pharmacie, successeur du Pr Hermann. Ce dernier avait selon elle, « fort bien compris que cette école chercherait des ressources pédagogiques auprès de toutes les facultés et non seulement à la Faculté de Médecine. »¹¹⁸³ Concernant la formation potentielle des étudiantes de l'EIEIS en psychiatrie, elle rappela aussi dans le même rapport les éléments qu'elle avait recueillis lors de sa dernière rencontre avec le Pr Sivadon à Bruxelles. Celui-ci lui avait fait part qu'il serait bien difficile

Civils de Lyon, le 9 avril 1963. Ce document comprenant 16 articles relevait de l'administration interne des HCL, avec l'agrément du Ministère de la Santé Publique et de la Population et ne faisait aucune référence à l'OMS. Fonds Marie-Françoise Collière, archives privées conservées par Annie Denayrolles, Salles d'Aude (11110).

¹¹⁸¹ Et qui attestait, conformément à l'analyse de Marjorie Duvillard, le renoncement définitif à la collecte de fonds privés suffisamment sérieux pour peser dans le fonctionnement de l'EIEIS.

¹¹⁸² Extrait du registre des délibérations de la séance du CGA du 22 mai 1963, archives EIEIS.

¹¹⁸³ Marjorie Duvillard, « Mission accomplie entre le 15 novembre 1962 et le 30 janvier 1964 ... » *op. cit.* R4 « Rapport sur le séjour de la consultante à Lyon du 7 au 12 octobre et du 4 au 9 novembre 1963. » p 6.

« de trouver actuellement dans les pays d'expression française un bon stage dans cette spécialité pour les infirmières »¹¹⁸⁴. Il lui avait néanmoins proposé deux « services » qu'il avait créés en France comme lieux de stages potentiels car « déjà utilisés pour l'enseignement et [disposant] d'un équipement thérapeutique moderne relativement complet ». Il s'agissait du « Service d'Assistance pour la Santé mentale, par Secteur du 13^{ème} arrondissement de Paris » et de l'Hôpital psychiatrique de La Verrière, « dans les environs de Paris »¹¹⁸⁵.

Une nouvelle rencontre avec le Recteur des facultés catholiques confirma sa réserve par rapport au projet de l'EIEIS¹¹⁸⁶. Tout au plus conseilla-t-il à la consultante d'établir des contacts avec l'« Institut social des facultés catholiques », rattaché à la faculté de Droit. Cet organisme développait « un enseignement nouveau en sociologie ouvert tant aux étudiants qu'au public. »¹¹⁸⁷ M. Foillet, prêtre et sociologue, secrétaire général de cet Institut, dirigeait alors la maison d'édition *La Chronique sociale de France*. Marjorie Duvillard profita aussi de ce séjour pour approfondir ou préciser le projet avec le Directeur général des HCL, s'agissant en particulier de la procédure de désignation des personnes devant siéger dans les instances. Le dernier séjour de sa mission se déroula du 28 décembre au 30 janvier suivant et fut consacré pour une bonne part à l'ultime assistance des deux monitrices pour préparer la première séance du Conseil de direction et de la Commission permanente de l'EIEIS d'abord prévue en février puis repoussée en avril 1964¹¹⁸⁸. Nicole Mennesson et Huguette Bachelot avaient, entre autres activités, travaillé de leur côté avec les services concernés des HCL au chiffrage du budget de l'École. Le résultat de l'étude avait peut-être donné quelques sueurs froides au Directeur général, « une première approximation [faisant] apparaître un chiffre voisin de Fr. 400 000 », très nettement supérieur aux prévisions avancées au début de l'année.

Au moment des retrouvailles avec Marjorie Duvillard, les deux monitrices revenaient d'un voyage d'étude à Strasbourg et à Paris, où elles avaient visité « des écoles de cadres et des

¹¹⁸⁴ *Id.* p 2.

¹¹⁸⁵ *Ibid.* Paul Sivadon était un médecin psychiatre français. Précurseur de la sectorisation, Il était très investi dans l'évolution et la diversification des pratiques et des lieux de soins aux malades mentaux depuis la fin de la guerre. Il enseigna la psychiatrie et la psychologie à l'ULB pendant 20 ans, à partir de 1959. En 1956, la Mutuelle générale de l'éducation nationale (MGEN), qui avait acquis le château et le parc de La Verrière (Yvelines) quelques années plus tôt, lui confia la charge d'y organiser ce qui devint l'hôpital psychiatrique de La Verrière. Paul SIVADON, *Psychiatrie et socialités. Récit autobiographique et réflexions d'un psychiatre français*. Toulouse, Eres, 1993.

¹¹⁸⁶ Nous n'avons retrouvé aucune trace de ce qui motivait cette réserve. Il est néanmoins possible d'émettre l'hypothèse que ce Recteur catholique ne souhaitait pas se mêler à cette aventure qui supposait à la fois un contrôle serré de l'État et de l'OMS. Ceci ne l'empêcha d'ailleurs pas d'orienter fort judicieusement Marjorie Duvillard vers l'Institut social dont le directeur était assurément en phase avec les idéaux Républicains. Du côté de la consultante et de l'OMS, la sollicitation persévérante des ressources des facultés catholiques peut s'expliquer, au-delà d'un possible attrait d'ordre philosophique ou religieux ou d'un simple souci d'ouverture, par la volonté assez pragmatique de ne pas se couper d'une mouvance encore très vivace dans le milieu professionnel infirmier et préserver ainsi une large et sécurisante attractivité.

¹¹⁸⁷ *Id.* p 7.

¹¹⁸⁸ Marjorie Duvillard, « Mission accomplie entre le 15 novembre 1962 et le 30 janvier 1964 ... » *op. cit.* R5 « Rapport sur le séjour de la consultante à Lyon du 28 décembre 1963 au 30 janvier 1964. » p 1.

écoles d'infirmières ». Durant le séjour de la consultante, elles assistèrent avec elle aux « Journées d'Etude pour infirmières surveillantes générales » au Centre international d'études pédagogiques à Sèvres. Ces journées étaient organisées par l'ANIFDE et l'École d'organisation scientifique du travail (EOST), avec la participation de la Fédération hospitalière de France¹¹⁸⁹. Durant ces rencontres, qui réunirent une quarantaine de surveillantes générales, des représentants du ministère, des médecins et des administrateurs d'hôpitaux, fut abordée entre autres, « la mise au point de la charte de la surveillante générale »¹¹⁹⁰. Le choix de cette thématique rendait compte de la réflexion de fond qui était à l'œuvre concernant cette fonction particulière, de surcroît déjà investie en plusieurs endroits sur le territoire national comme en témoignait le nombre de participantes. Non seulement ce constat avait de quoi réjouir Marjorie Duvillard qui militait pour cette cause depuis fort longtemps, mais la tenue même de ces journées lui inspira un commentaire très optimiste par rapport à sa visite de l'ANIFDE un an plus tôt :

Au cours de ces journées, la consultante put constater l'essor réjouissant pris par l'ANIFDE et le travail de plus en plus étendu qu'elle permet aux infirmières françaises de réaliser à travers la France en collaboration avec le corps médical et les administrateurs des services de santé.¹¹⁹¹

Du 20 au 24 janvier, la consultante fit le bilan de sa mission qui arrivait à son terme, en compagnie de Mlle Alves-Diniz en visite à Lyon pour l'occasion. Les projets de règlement et le programme de l'École furent examinés avec les deux monitrices. Enfin, la consultante avait visité le chantier de construction du bâtiment neuf destiné à accueillir l'École. Les travaux avaient débuté dans le courant de l'année 1963, mais progressaient lentement et avaient été considérablement ralentis en janvier, en raison du gel. Ainsi, « les prévisions ne permettaient pas d'espérer qu'il serait prêt à être occupé avant fin 1964 »¹¹⁹². Si les derniers jours de sa mission furent consacrés à la rédaction des différents rapports qui en rendaient compte, Marjorie Duvillard en profita aussi très vraisemblablement pour commencer à travailler, avec l'aide de Mlle Alves-Diniz, à la version finale du document officiel rappelant les relations depuis 1962 et formalisant le contrat à venir entre les HCL et l'OMS. Il s'agissait du « Plan d'opérations concernant l'assistance fournie par l'Organisation mondiale de la santé en vue de l'établissement d'une Ecole internationale d'enseignement infirmier supérieur à Lyon »¹¹⁹³.

¹¹⁸⁹ *Id.* p 3.

¹¹⁹⁰ A partir de 1957, l'ANIFDE avait organisé des séminaires dédiés aux « surveillantes générales » au Centre international de Sèvres. L'objectif visé était alors le perfectionnement des surveillantes en exercice pour les préparer le cas échéant à des tâches plus élevées. Geneviève LATREILLE, *La naissance des métiers en France : 1950-1975. Etude psycho-sociale*, Lyon, Presses Universitaires de Lyon, Edition de la Maison des sciences de l'homme, 1980, p 131-132.

¹¹⁹¹ *Ibid.*

¹¹⁹² *Id.* p 5.

¹¹⁹³ Archives EIEIS, dossier « Assistance OMS ». Les informations contenues dans ce document sont d'autant plus précieuses qu'elles renseignent assez précisément sur le projet à un stade très avancé. L'exemplaire daté et signé de ce texte « FAIT en quatre exemplaires en français » n'a pu être retrouvé. Compte tenu des informations

Ce document de 17 pages consistait en une convention passée entre le « Conseil des hospices » et « l'OMS », chaque partie déclarant « [désirer] s'acquitter de ces obligations dans un esprit d'amicale collaboration »¹¹⁹⁴. L'article I consistait en un préambule rappelant le contexte de création de l'EIEIS déjà développé antérieurement. L'article II énonçait les buts communs au Ministère de la Santé publique et de la Population et au Conseil des Hospices, « avec l'aide de l'OMS » :

1. Créer une école internationale d'enseignement infirmier supérieur qui sera organisée comme un centre de formation et de recherche destiné à des infirmières qualifiées.

Cette école aura la charge de :

- 1.1 Organiser et mettre en œuvre des programmes d'enseignement infirmier supérieur qui prépareront des infirmières à :

- a. assurer des soins et jouer un rôle directeur dans des domaines spécialisés des soins infirmiers (exemple : soins infirmiers psychiatriques, soins infirmiers de santé publique, soins infirmiers du travail, soins infirmiers obstétricaux, soins infirmiers pédiatriques, etc...) ;
- b. exercer des fonctions de supervision, direction et enseignement dans les écoles d'infirmières, hôpitaux et services de la santé publique ;
- c. entreprendre des travaux de recherche ayant trait à l'enseignement et à l'exercice des soins infirmiers.

- 1.2 Procurer les facilités nécessaires pour les travaux pratiques et les stages exigés par le programme de l'Ecole et les besoins individuels des étudiants(tes)

- 1.3 Instituer un certificat ou diplôme en enseignement infirmier et administration des services infirmiers respectivement et en certains domaines d'enseignement infirmier spécialisé.

- 1.4 Mettre en œuvre des travaux de recherche ayant trait aux soins infirmiers, au service infirmier et à l'enseignement infirmier.¹¹⁹⁵

L'article III était consacré aux méthodes d'enseignement qui s'appliquaient aussi à la recherche « adaptée aux soins infirmiers ». Il prévoyait de « suivre à cet effet les méthodes et procédés

qu'il contient, recoupées avec d'autres sources qui y font référence, ce document sans date fut très vraisemblablement rédigé, remanié et enrichi au fil des événements à partir de la fin de l'année 1962, pour servir de base aux négociations et prendre en compte leurs avancées, notamment avec les HCL, s'agissant de la rédaction du « statut » puis du « projet de règlement » de l'EIEIS en particulier. Il fut sans doute achevé à la fin du mois d'avril 1964, après la tenue des premières réunions des instances de l'EIEIS et des décisions qui s'en suivirent (voir *infra*). Il est certain que son titre et notamment celui de l'école, ne put être définitivement adopté qu'après la parution de l'arrêté du 14 février 1964 relatif à l'Ecole Internationale d'Enseignement Infirmier Supérieur de Lyon. Ce texte agréait en effet en son article 1, la création « au sein des HCL », de ce qui était désormais officiellement appelé l'EIEIS. Il entérinait explicitement les délibérations du CGA du 22 mai 1963 (Art.2) et précisait que « l'enseignement donné à l'école [était] sanctionné par un certificat d'études supérieures de soins infirmiers délivré par le Ministère de la Santé Publique et de la Population » (Art.3).

¹¹⁹⁴ Plan d'opérations concernant l'assistance fournie par l'Organisation mondiale de la santé... *op. cit.* p 1. Concernant les HCL représentés par le Conseil des Hospices, c'est-à-dire le CGA, il était précisé « en accord avec le Ministère des Affaires étrangères et le Ministère de la Santé publique et de la Population », mention qui rappelait les niveaux international et national de l'entreprise.

¹¹⁹⁵ *Id.* p 2-3.

techniques recommandés par l'OMS »¹¹⁹⁶. Les cours devaient « [comporter] deux parties, chacune d'une durée d'une année scolaire ». Si les méthodes proposées étaient très variées du point de vue des courants pédagogiques, elles faisaient la part belle aux méthodes dites actives : enseignement magistral, enseignement et conseils individuels, discussions de groupe et séminaires, travaux individuels et de groupe, travaux pratiques et démonstrations, stages pratiques dans les établissements appropriés, travaux de recherche appliquée.¹¹⁹⁷

Le très consistant article IV présentait le plan d'action à proprement parler. Rédigé au futur, il rappelait le caractère international et expérimental de l'École, laquelle devait fonctionner dans un bâtiment dédié, « construit par le Conseil des Hospices ». Les HCL devaient aussi prendre en charge « l'aménagement et l'équipement du bâtiment suivant les besoins de l'École et des étudiants » tandis que l'OMS « [prêtait] sa collaboration en fournissant une partie du matériel d'enseignement ». L'École devait être administrée par le Conseil des Hospices, assisté d'un Conseil de direction « présidé par le Président du Conseil des Hospices » et comprenant :

- 5 représentants des Hospices civils (le Président ou son délégué, le directeur général ou son délégué, 1 administrateur, 1 médecin et un chirurgien des hôpitaux, ces deux derniers désignés par le Conseil des Hospices sur proposition de la Commission médicale d'établissement) ;
- 2 infirmières étrangères de langue française, choisies sur une liste de quatre noms, proposées par l'OMS et désignées par le Ministre de la Santé publique et de la Population ;
- 1 représentant du Ministère des Affaires étrangères ;
- 1 représentant du Ministère de la Santé publique et de la Population ;
- L'Inspecteur divisionnaire, Directeur départemental de la santé du Rhône ou son délégué ;
- L'Inspecteur divisionnaire, Directeur départemental de la Population du Rhône ou son délégué ;
- 5 représentants de l'Université de Lyon : le Recteur, les Doyens de la Faculté de Droit et sciences économiques, de la Faculté de Médecine et Pharmacie, de la Faculté de Lettres et sciences humaines et de la Faculté des Sciences ou leurs délégués.
- 2 représentants des Facultés catholiques de Lyon : le Recteur et le Directeur de l'Institut social ou leurs délégués ;
- 4 infirmières françaises dont 1 désignée par le Ministère de la Santé publique et de la Population et 3 désignées par les Hospices civils de Lyon dont :
 - o 1 appartenant au personnel des Hospices civils de Lyon,
 - o 1 choisie sur une liste de 3 noms proposés par l'Association nationale des Infirmières françaises diplômées d'Etat,
 - o 1 choisie sur une liste de 3 noms proposés par le Comité d'entente des écoles d'infirmières ;
- 1 personnalité s'intéressant à la profession d'infirmières, désignée par le Ministère de la Santé publique et de la Population ;
- la Directrice du Centre International d'Etudes pédagogiques de Sèvres ou son délégué ;
- le Directeur de l'École pratique de Psycho-Pédagogie de l'Université de Lyon ou son délégué ;

¹¹⁹⁶ Id. p 3. L'OMS renvoyait là aux divers ouvrages, brochures et autres recommandations élaborées en son sein, notamment dans le cadre des travaux du Comité d'experts en soins infirmiers, et affirmait, par là-même, son rôle de diffuseur des avancées significatives alors identifiées à ce niveau international.

¹¹⁹⁷ Ibid.

- Deux représentants de l'Organisation mondiale de la Santé avec voix consultatives sur les questions techniques.¹¹⁹⁸

La composition de ce conseil était de nature à satisfaire une Marjorie Duvillard qui n'avait certainement pas été inactive quant à sa structuration. Faute, pour elle, d'avoir pu créer les conditions de possibilité d'une indépendance totale de l'École, y compris administrative, cette instance exécutive apparaissait comme très favorable au projet. Transparaissait en effet, une volonté très nette d'équilibrer par la parité, des types de pouvoir aussi différents que celui des HCL et celui de l'Université. Encore cette dernière était-elle très avantagée, si l'on prenait en compte les 2 voix potentielles des facultés catholiques. Par ailleurs, la directrice du Centre international d'études pédagogiques et le directeur de l'École pratique de psychopédagogie représentaient deux types d'universitaires très particuliers, délibérément choisis pour leur soutien connu au projet de l'EIEIS, et pour la première à la cause du développement de la profession d'infirmière. Dans un autre registre, les infirmières, dont celles qui étaient proposées par l'OMS, étaient 3 fois plus nombreuses que les médecins dans cette assemblée, ce qui signifiait une véritable reconnaissance du poids et de la valeur de leur parole. Par ailleurs, la forte représentation de l'État, commanditaire et porteur du projet, apportait une appréciable caution, y compris par la présence des deux inspecteurs divisionnaires départementaux, dont c'était la mission de porter sa voix. Enfin, si les deux représentants de l'OMS ne disposaient que d'une voix consultative, leur présence et leur parole n'en étaient pas moins porteuses de capacités symboliques non négligeables d'influence. S'agissant de l'Université, si celle-ci ne se manifestait pas bruyamment, elle n'entendait pas pour autant laisser à d'autres ce qu'elle estimait relever de ses prérogatives, c'est-à-dire les questions d'enseignement. Elle trouva dans la Commission permanente, dont la présidence était assurée par le Recteur de l'université de Lyon, son lieu d'expression et de décision par excellence :

Une Commission permanente est appelée à donner son avis sur les questions concernant l'enseignement. Elle donne son agrément aux propositions de l'École concernant l'admission et l'exclusion des étudiants, les programmes, l'organisation des stages en France et à l'étranger, la liste des professeurs et conférenciers et l'évaluation des programmes et de l'enseignement. Elle propose au Conseil de direction la directrice et la directrice adjointe et les monitrices ainsi que le règlement intérieur de l'École.¹¹⁹⁹

Cette commission comprenait 20 membres. Y figuraient tous les membres du Conseil de direction sauf le président du CGA, l'administrateur désigné parmi les 5 représentants des HCL, les représentants ministériels et les représentants des facultés catholiques. La directrice de l'École pouvait être invitée à assister aux séances, avec voix consultative. De même, des personnalités pouvaient être conviées à participer aux travaux de la Commission, à titre de conseillers. Comme pour le Conseil de direction, la Commission statuait à la majorité de ses

¹¹⁹⁸ *Id.* p 5-6.

¹¹⁹⁹ *Id.* p

membres, la voix du président étant prépondérante en cas de partage égal des voix. Un bureau, désigné par la Commission comprenait 6 membres : président, vice-président, secrétaire, deux membres et la directrice de l'École. Les attributions de celle-ci étaient les suivantes :

[...] assistée dans ses fonctions par le Conseil de Direction et la Commission permanente, [elle] sera responsable vis-à-vis du Conseil des Hospices de l'administration, de la bonne marche de l'École et de l'exécution des programmes d'enseignement. Elle soumettra, après approbation par la Commission permanente, un rapport annuel d'activité au Conseil de Direction. En outre, elle représentera l'École sur le plan national et international et contribuera à élever le niveau de l'enseignement infirmier sur le plan national.¹²⁰⁰

Du point de vue financier, elle décidait des dépenses « dans les limites des crédits arrêtés par le Conseil des Hospices ». Le financement de l'École, qui disposait d'un « budget propre, constitué en partie par les droits d'inscription payés par les boursières de l'OMS », était en effet à la charge de celui-ci. Il revenait à la directrice d'établir chaque année « les prévisions des recettes et des dépenses » et de les soumettre au Conseil de direction. Le gestionnaire de l'établissement hospitalier, auquel l'École était rattachée dans ce but, assurait la « gestion des deniers et matières » engagés.¹²⁰¹

Pour postuler, la directrice devait, outre justifier d'une solide expérience tant en France qu'à l'étranger dans le domaine des soins infirmiers et de l'enseignement, être de nationalité française, posséder le diplôme d'État français d'infirmière, un certificat d'une école de cadres en France et avoir effectué des études supérieures complémentaires à l'étranger. Son poste était très encadré et protégé, précaution qui montrait la volonté de marquer l'envergure nationale de la fonction et d'attribuer à sa titulaire, des marges de manœuvre qui dépassaient la seule juridiction administrative des HCL :

L'École sera dirigée par une directrice nommée par le Conseil des Hospices, sur proposition du Conseil de Direction. Cette nomination sera soumise à l'agrément ou, le cas échéant, à l'arbitrage du Ministre de la Santé publique et de la Population qui sollicitera l'avis du Conseil de Perfectionnement des études d'infirmières [...] Sans préjudice des garanties qui résulteront de son statut personnel, la directrice ne peut être relevée de ses fonctions par le Conseil des Hospices sans l'avis du Conseil de perfectionnement des études d'infirmières et du Conseil de Direction qui entendra l'intéressée. La directrice recevra communication du rapport établi par le président de la Commission permanente au Conseil de Direction et sera admise à présenter ou à faire présenter toutes les observations orales ou écrites qui seront jointes au dossier.¹²⁰²

La nomination d'une directrice adjointe était prévue dans les mêmes conditions et avec les mêmes garanties. Les moniteurs ou monitrices devaient, quant à eux, être « nommés par le

¹²⁰⁰ *Id.* p 8.

¹²⁰¹ *Id.* p 10.

¹²⁰² *Ibid.*

Conseil des Hospices sur proposition conjointe de la Commission permanente et de la directrice. » Le recrutement de l'équipe enseignante était ainsi délibérément et assez logiquement circonscrit à la sphère pédagogique. Contrairement à la directrice ou la directrice adjointe, la nationalité française n'étaient pas exigée pour eux, à condition de posséder les deux types de diplômes équivalents et d'avoir fait des études supérieures complémentaires « en dehors de leur propre pays ». Ils devaient aussi « posséder une expérience approfondie dans un domaine des soins infirmiers ». D'une part, ces conditions étaient compatibles avec le caractère international de l'École, pour les enseignants comme pour les étudiants, et d'autre part, avec le recrutement futur de monitrices spécialisées dans un domaine. Sans doute dans le but faciliter le recrutement en cas de besoin, en allégeant considérablement la procédure prescrite, il était possible pour « des monitrices adjointes possédant un certificat d'école de cadres ou un certificat équivalent [de] participer à l'enseignement à l'École à titre contractuel ». Les moniteurs et monitrices bénéficiaient eux-aussi d'une protection particulière, même si elle était moins étendue que celle de la directrice ou de la directrice adjointe. Ils ne pouvaient en effet être « relevés de leurs fonctions par le Conseil des Hospices sans l'avis de la Commission permanente et sur rapport écrit de la directrice ». Enfin, un dispositif systématique de formation financé par l'OMS était prévu à leur intention, que celui-ci fût mis en œuvre avant la prise de fonction ou après, dans le cas des monitrices adjointes qui avaient fait leurs preuves et souhaitaient être titularisées dans leur emploi :

Toutes les infirmières exerçant des fonctions administratives¹²⁰³ et d'enseignement à l'École bénéficieront au préalable de bourses de l'OMS afin d'étudier à l'étranger et se préparer aux responsabilités qu'elles auront à assumer à l'École. Dès l'ouverture de l'École, une ou deux infirmières pourront être nommées à titre d'essai afin de se familiariser avec le travail de l'École pendant un à deux ans avant d'aller étudier à l'étranger comme boursière de l'OMS.¹²⁰⁴

Le début des enseignements était fixé pour l'automne 1965 concernant les cours sur l'administration des programmes d'enseignement infirmier et des services infirmiers, l'introduction progressive de programmes d'enseignement dans des domaines spécialisés étant prévue pour les années suivantes. Conformément à l'arrêté du 14 février 1964, sans qu'il y fût fait référence, un certificat d'études supérieures de soins infirmiers, « délivré par le Ministre de la Santé publique et de la Population » devait sanctionner les études. Néanmoins, dans le plan d'opérations, une précision cruciale était apportée par rapport au texte de février. Celle-ci montrait l'avancée de la réflexion et l'affermissement rapide du projet depuis la constitution et la mise en action des instances de l'EIEIS qui s'étaient réunies pour la première fois en avril¹²⁰⁵. D'une part, les études étaient prévues en deux ans, ce qui n'apparaissait pas dans l'arrêté, le

¹²⁰³ Dans les attributions des monitrices étaient prévues, outre une participation à l'enseignement et la responsabilité d'un secteur confié, l'assistance de la directrice, au même titre que la directrice adjointe, « dans l'administration générale de l'École ».

¹²⁰⁴ *Id.* p 9.

¹²⁰⁵ Voir *infra*.

Ministère ayant songé à des études en un an. D'autre part, la question du diplôme universitaire avait été posée, qui n'était pas réglée par le certificat délivré par le Ministère de la Santé publique et de la Population, incompetent à lui seul en la matière. Le plan établissait donc très précisément que le certificat délivré par le Ministère sanctionnerait la première année d'études « sur proposition d'un jury désigné par la Commission permanente » et que la deuxième année aboutirait à un « diplôme (à préciser) signé conjointement par les Ministères de l'Education nationale et de la Santé publique et de la Population »¹²⁰⁶.

Cet imposant article IV se terminait par l'exposé de l'échelonnement chronologique des opérations d'assistance, notamment en termes de prestations de consultante, de bourses et voyages d'étude pour la formation du nouveau personnel de l'EIEIS, d'introduction progressive de programmes d'enseignement spécialisés. Cet échelonnement s'étendait du rappel de ce qui s'était passé depuis 1962 aux prévisions pour les années 1964-1965, 1966-1967 et 1968. Il était en effet « estimé que la période pendant laquelle l'OMS [devait] fournir une assistance pour l'exécution du projet [serait] de sept ans à partir de 1962 [...] »¹²⁰⁷ Une évaluation « de l'Ecole et des programmes d'enseignements » par une consultante spécialement recrutée par l'OMS à cet effet était programmée pour 1968. Pour faciliter ce travail, un suivi annuel précis et régulier par la directrice était prescrit.

Les articles V, VI et VII consistaient en un récapitulatif des termes forts du contrat. Ils étaient respectivement consacrés à l'administration et aux responsabilités, aux obligations de l'OMS et aux obligations du Conseil des Hospices. Ainsi, l'EIEIS était placée sous la responsabilité du ministère de la Santé publique et de la Population et du Conseil des Hospices qui en assurait l'administration, « avec les conseils techniques et l'assistance matérielle de l'OMS ». L'OMS s'engageait à attribuer des bourses pour la formation du personnel enseignant permanent et des professeurs ou conférenciers ponctuels en tant que de besoin, et aux futurs étudiants de divers pays. Elle prenait à sa charge « des livres et autre matériel d'enseignement pendant une période de 4 ans, à concurrence d'un montant de 2000 dollars ». Enfin, outre les conseils et directives techniques « nécessaires à une bonne exécution du projet » et les prestations de consultante, y compris pour l'évaluation à venir, elle assumait la prise en charge de conférenciers¹²⁰⁸ étrangers pendant trois ans, jusqu'à concurrence de 1000 dollars annuels. Ces précisions confirmaient que le rôle de l'OMS consistait essentiellement en l'accompagnement à la mise sur pied et à l'envol de l'entreprise, mais aussi au contrôle de sa conformité au projet dans un second temps.

¹²⁰⁶ *Id.* p 10.

¹²⁰⁷ *Id.* p 13. L'octroi de bourses « pour professeurs, conférenciers et étudiants » pouvait être poursuivi au-delà de cette date, « dans les limites des disponibilités budgétaires ».

¹²⁰⁸ Ces « conférenciers à court terme venant de l'étranger [étaient] choisis et nommés par l'OMS en consultation avec la directrice de l'Ecole et la Commission permanente. » « Responsables devant l'OMS », ils devaient néanmoins « exercer leurs fonctions d'après les instructions données par la directrice de l'Ecole ». *Id.* p 14.

Les obligations du Conseil des Hospices étaient tout aussi précises, bien plus étendues du point de vue financier et contraintes du fait même de l'aide octroyée par l'OMS :

- Assurer le fonctionnement de l'École et des programmes d'enseignement en accord avec les indications des articles II, III et IV.
- Fournir le personnel, les locaux, le matériel, les fournitures et l'équipement et assumer les dépenses locales nécessaires au travail du Conseil de Direction et de la Commission permanente et au fonctionnement de l'École en dehors de ce que l'OMS prend à sa charge.
- Aviser l'OMS de la date du commencement des cours au moins trois mois à l'avance.
- Aviser l'OMS de la date de la fin des cours.
- Mettre à la disposition de l'OMS les renseignements nécessaires pour l'évaluation conjointe du programme et de l'enseignement.
- Consulter l'OMS en ce qui concerne la publication, tant sur le plan national que sur le plan international, des conclusions et des rapports établis en relation avec le projet.¹²⁰⁹

Ce document témoignait du caractère très avancé du projet, au point que l'EIEIS était prête à prendre son envol. Il prenait d'ailleurs en compte dans sa version finale les dernières décisions issues des instances administrative et pédagogique de l'École qui s'étaient réunies pour la première fois en avril 1964.

Conclusion

La genèse du projet de création de l'EIEIS émergea dans un contexte international et national favorables au développement de la profession d'infirmière. L'OMS recommandait vivement, à l'image de ce qui était observable aux États-Unis, le développement de formations de haut niveau à l'intention des infirmières sur le continent européen et singulièrement dans le monde francophone. La France occupait encore dans cet espace, une place en rapport avec l'étendue de son Empire colonial. Si ce dernier était en voie d'extinction, le processus de décolonisation en cours l'obligeait à inventer de nouvelles relations à type de coopération avec les anciennes colonies devenues pays indépendants, y compris et peut-être surtout sur le plan sanitaire. En métropole, dans un contexte de croissance économique et de profondes transformations sociales, les questions de promotion professionnelle et sociale, sur fond de formation professionnelle, avaient le vent en poupe sous l'impulsion d'un Michel Debré convaincu de leur caractère stratégique majeur pour l'ordre social et républicain. Alors que le travail féminin suscitait encore bien peu d'intérêt, les infirmières bénéficièrent parmi les premières de cette dynamique, sans doute en raison de l'inquiétante pénurie observée dans leurs rangs. L'OMS était à l'initiative de la création de l'EIEIS, en relation étroite avec le ministère de la santé Publique et de la Population. Le Dr Aujaleu, alors Directeur général de la santé publique depuis

¹²⁰⁹ *Id.* p 15.

la fin de la guerre, porta le projet dès le début, avec l'incontestable autorité que sa longue expérience dans le champ de la santé publique, y compris au niveau international, lui conférait.

Les premiers actes constitutifs du projet consistèrent dans le recrutement de deux infirmières françaises susceptibles de contribuer à son élaboration, de le porter et d'en faire la promotion avec l'aide de l'OMS, jusqu'au moment de sa mise en œuvre. Huguette Bachelot et Nicole Mennesson se retrouvèrent ainsi dans la position de deux pionnières enrôlées pour se préparer au poste difficile de directrice, directrice-adjointe ou monitrice de la future École qui restait à inventer. Pour les besoins de ces missions sans précédent en France et pour cause, elles bénéficièrent d'une formation supérieure en soins infirmiers à Montréal, prolongée par un voyage d'études dans de nombreuses Écoles supérieures en soins infirmiers au Canada anglophone et aux États-Unis. Dans le même souci d'une nécessaire anticipation, Catherine Mordacq et Marie-Françoise Collière furent recrutées dans un second temps, pour suivre une formation universitaire aux États-Unis, en prévision de la constitution d'une partie de la future équipe enseignante de l'École.

Du côté de l'OMS, une consultante chevronnée fut recrutée en la personne de Marjorie Duvillard. Celle-ci fut chargée d'aider le gouvernement français et les deux premières monitrices¹²¹⁰, Huguette Bachelot et Nicole Mennesson à élaborer le projet. Dans le cadre de sa mission, elle effectua personnellement une exploration approfondie du système hospitalier et du système universitaire lyonnais. A cette occasion, elle rencontra de nombreux acteurs susceptibles d'être intéressés à la création de l'EIEIS, y compris dans le secteur industriel. Concernant le système hospitalier et de santé publique, elle étendit son investigation à d'autres régions françaises et même à la Belgique qui venait de connaître une réforme importante des soins infirmiers et de la formation s'y rapportant. Les deux monitrices accompagnèrent la consultante dans la plupart de ses visites sur le territoire national. Cette activité dans l'ombre de leur mentor contribua très largement à leur socialisation à ces différents milieux et à l'élaboration d'un utile réseau relationnel. Marjorie Duvillard tira de son voyage exploratoire une analyse critique en forme d'état des lieux au niveau national et local et de description du terrain susceptible d'accueillir l'EIEIS, tant du point de vue des soins infirmiers que du monde administratif, médical et universitaire. Si la profession d'infirmière connaissait quelques faiblesses, en termes de représentation et d'influence au niveau national et en particulier dans le secteur hospitalier où les postes de surveillantes générales étaient trop rares à ses yeux, le monde universitaire apparaissait comme très favorable au projet et de surcroît pourvoyeur de ressources pertinentes. La tentative de la consultante de diversifier les ressources du côté du secteur économique privé en vue de gagner en indépendance par rapport aux HCL se solda par

¹²¹⁰ Toutes les deux recrutées comme directrices potentielles, elles furent désormais désignées sous le vocable de monitrices, probablement pour ne pas préjuger du recrutement futur de la directrice, ni interférer dans la procédure administrative de recrutement qui relevait de la fonction publique hospitalière française, en l'occurrence des HCL.

un échec et elle y renonça très rapidement, à son grand regret. Du point de vue administratif, le soutien au plus haut niveau de l'État était très perceptible à tous les échelons de la hiérarchie et la seule ombre au tableau relevait de la problématique budgétaire à l'échelon des HCL, comme en témoignèrent les débats au CGA du 9 janvier 1963. Malgré tout, le projet fut entériné la même année, sans doute très largement en raison de la pression plus ou moins douce du Directeur général de la santé publique. La question du budget mise à part, la majorité des acteurs, y compris du corps médical, accueillit favorablement le principe d'une telle formation de haut niveau pour les infirmières.

Ce premier travail exploratoire donna lieu à la formulation de recommandations de la consultante par rapport au projet dont les contours apparurent de plus en plus précis. Au printemps 1963, Marjorie Duvillard accueillit les deux monitrices pendant un mois à Genève, sur ses propres terres. Elles trouvèrent là l'occasion de travailler concrètement et à distance des HCL, à la rédaction d'un premier projet très opérationnel d'organisation intérieure de la future EIEIS sous la supervision de leur exceptionnelle tutrice. En outre, ce stage leur permit d'échanger avec des collègues suisses et de bénéficier de leur expérience, tout en resserrant les liens avec la consultante. Celle-ci les retrouva à Lyon à la fin de l'année. Elle s'y rendit en effet pour la dernière partie de sa mission d'assistance, jusqu'à la fin du mois de janvier 1964. Outre les derniers ajustements auprès des acteurs lyonnais directement concernés par le projet, elle travailla à la finalisation du « Plan d'opérations concernant l'assistance fournie par l'Organisation mondiale de la santé en vue de l'établissement d'une Ecole internationale d'enseignement infirmier supérieur à Lyon ». Il s'agissait là du document rendant compte des relations entre l'OMS et les HCL depuis 1962 et du contrat à venir jusqu'à la fin prévue de l'assistance en 1968. Ce document contenait l'essentiel du projet, même s'il ne fut très vraisemblablement achevé qu'à l'issue de la première séance des instances délibératives qui se déroula en avril 1964.

La lente élaboration du projet, la sensibilisation et la mobilisation progressive des différents acteurs, la formation académique suivie d'une exceptionnelle et permanente formation-action des deux monitrices pionnières, s'étendit de 1960 à 1964, d'un printemps à l'autre. Le travail accompli durant ces 4 années contribua non seulement à labourer et préparer le terrain avec les différents acteurs concernés, mais aussi à transformer les représentations des uns et des autres, notamment à partir de 1962. Tous ces facteurs contribuèrent à générer une réalité nouvelle. L'idée d'une EIEIS, à laquelle nul n'avait sérieusement songé en France en 1960 quels que fussent les acteurs concernés, s'était transformée en projet réaliste et accepté en 1964. À la notable exception des étudiants près, l'ensemble des acteurs étaient prêts et la construction du bâtiment neuf, spécialement conçu pour les accueillir, était en voie d'achèvement. Désormais, une autre phase commençait, qui consistait à travailler à la mise en œuvre concrète du projet. Si les représentations des uns et des autres s'étaient incontestablement modifiées, il restait à

inscrire ces changements dans la durée, mais surtout à confronter le projet aux pratiques des uns et des autres, autre aspect bien plus abrupt de la réalité. Les premières réunions du Conseil de direction et de la Commission permanente de l'EIEIS inaugurèrent cette mise à l'épreuve.



Normandie Université

THESE

Pour obtenir le diplôme de doctorat

Spécialité Histoire

Préparée au sein de Université Le Havre Normandie

**L'École internationale d'enseignement infirmier supérieur
Lyon (1965 – 1995)**

**Fabrique d'une élite et creuset pour l'émancipation des
infirmières françaises du XXème siècle**

Présentée et soutenue par

Michel POISSON

Thèse soutenue publiquement le 19 octobre 2018 devant le jury composé de

Monsieur Christian CHEVANDIER	Professeur des universités, université du Havre	Directeur de thèse
Madame Ljiljana JOVIC	Directeur des soins, ARS Île de France, HDR en sciences de la Vie et de la Santé	Examineur
Monsieur Salvador JUAN	Professeur des universités, université de Caen	Examineur
Madame Manuella MARTINI	Professeur des universités, université Lyon II	Rapporteur
Monsieur Philippe RYGIEL	Professeur des universités, École normale supérieure de Lyon	Rapporteur

Volume 2/2 : chapitres 4 - 5 - 6

CHAPITRE 4 – L’envol de l’EIEIS (1964-1967)

Au début de l’année 1964, un changement s’opéra au ministère de la Santé publique et de la Population, qui n’était pas sans importance pour la suite des événements. Le Directeur général de la Santé publique fut en effet remercié par le ministre Raymond Marcellin, qui avait décidé « qu’il ne pouvait plus y avoir deux ministres dans le même ministère »¹²¹¹. C’est que le Dr Aujaleu était installé à ce poste depuis 20 ans et y avait pris ses aises. Il y avait surtout acquis une autorité scientifique et technique reconnue au-delà des frontières, qui était susceptible de rendre la position de son ministre de tutelle peu confortable. Il fut appelé à la direction de l’Institut National d’hygiène, avec pour mission de transformer cette institution en ce qui allait devenir l’INSERM dès le mois de juillet de la même année. Il fut très satisfait de cette nouvelle affectation qu’il qualifiait de « point de chute plus qu’honorable »¹²¹². Mais l’EIEIS perdit avec son départ, un exceptionnel soutien de la première heure et un solide protecteur. Il fut nommé à ce nouveau poste le 27 février et pris ses fonctions le premier mars¹²¹³, soit un mois avant la tenue de la première réunion du Conseil de direction. Son successeur, le Dr Robin, n’était autre que l’ancien inspecteur divisionnaire de la Santé publique du Rhône¹²¹⁴. Il avait d’ailleurs été approché à ce titre par Marjorie Duvillard lors de ses premières visites en région lyonnaise. Elle avait remarqué dans son rapport, que celui-ci travaillait en très bonne intelligence avec les HCL, laissant entendre une certaine connivence avec leur Directeur général. Si la continuité de l’administration ministérielle ne faisait pas défaut et apparaissait même comme plutôt favorable à l’EIEIS, le discours de la représentante du nouveau directeur général de la Santé publique s’avéra moins déterminé et enthousiaste que celui du Dr Aujaleu durant les années précédentes. Il est vrai que celui-ci, dont le parcours particulier fit qu’il porta ailleurs ses centres d’intérêts, se préoccupa en son temps assez peu des finances de l’entreprise. Celles-ci étaient pourtant, malgré tout, au cœur de l’ensemble des problèmes posés. A l’heure des engagements définitifs, non seulement le Dr Robin en savait quelque chose s’agissant des HCL, mais il devait de surcroît veiller avec ses subordonnés à la bonne utilisation des deniers du portefeuille détenu par le ministre. Or le moment était venu de prendre des décisions très concrètes, en comptant avec les nombreux acteurs concernés.

¹²¹¹ Jean-François PICARD, Entretien avec Eugène Aujaleu (1903-1991), 9 juin 1990, URL : http://www.histrecmed.fr/index.php?option=com_content&view=article&id=14:aujaleu-eugene&catid=8:entretiens&Itemid=129# consulté le 8 mars 2018.

¹²¹² Jean-François PICARD, Entretien avec Eugène Aujaleu ... *op. cit.*

¹²¹³ Décret du 27 février 1964 portant nomination du directeur de l’institut national d’hygiène.

¹²¹⁴ Décret du 27 février 1964 portant nomination du directeur général de la santé publique.

4.1 - 1964 : mettre l'EIEIS en ordre de marche

Les premières réunions du Conseil de direction et de la Commission permanente de l'EIEIS comme lieux de confrontation, de débat et de négociation entre tous les acteurs impliqués

La première séance du Conseil de direction eut lieu le 6 avril 1964¹²¹⁵. Elle fut introduite par son Président, le Médecin général Gabrielle, également Président du CGA des HCL. Hormis le recteur Louis, qui s'était fait représenter par le doyen Vincent de la faculté de Droit, tous les membres étaient présents¹²¹⁶. La plupart d'entre eux avaient été approchés par Marjorie Duvillard au cours de ses visites exploratoires. Huguette Bachelot et Nicole Mennesson y assistèrent à titre d'invitées, ainsi que Mlle Alves-Diniz, destinée à représenter par la suite le Dr Van de Calseyde, Directeur du Bureau régional de l'Europe à Copenhague qui était présent à cette réunion inaugurale. Le premier point abordé consista en l'examen du projet de statut¹²¹⁷ qui, selon M. Veyret, Directeur général des HCL, avait été rédigé par un petit groupe comprenant des représentants de l'OMS, du ministère de la Santé publique et de la Population et des HCL. Chacun des articles fut abordé, explicité, voire modifié à la demande ou sur la suggestion des participants. Ce texte reprenait dans les mêmes termes, la plupart des éléments concernant les HCL qui figuraient dans le plan d'opération de l'OMS. Ce dernier document fut d'ailleurs cité à plusieurs reprises en référence, pour préciser l'un ou l'autre des articles. Par exemple les attributions de la Commission permanente furent intégrées au projet de règlement des HCL, alors qu'elles ne figuraient pas dans le document primitif. Ainsi ces documents fondamentaux se nourrissaient-ils l'un l'autre, au rythme des débats et des prises de positions des acteurs concernés. Le doyen Vincent, de la faculté de Droit, fit remarquer que l'autonomie de l'École et l'indépendance de sa directrice lui semblaient capitales, alors que « les statuts [montraient] que le Conseil de Direction et la Commission Permanente [n'avaient] pas de

¹²¹⁵ PV de la réunion du Conseil de direction de l'EIEIS des 6-7 avril 1964. Registre des procès-verbaux des réunions du Conseil de direction, Archives EIEIS. Les données et les citations utilisées dans ce développement sont issues de ce document sauf indication contraire.

¹²¹⁶ Voir tableau 1 page suivante.

¹²¹⁷ « Ecole Internationale d'Enseignement Infirmier Supérieur de Lyon – STATUT » ... *op cit.* Ce document se transforma en « projet de règlement » puis en règlement au fur et à mesure de ses modifications (voir *infra.*)

Tableau 1 - Membres du Conseil de direction de l'EIEIS, avril 1964

Monsieur le Médecin Général H. GABRIELLE	Président du Conseil Général d'Administration des Hospices Civils de Lyon
Monsieur L. VEYRET	Directeur Général des Hospices Civils de Lyon
Monsieur le Docteur J. BARIDON	Administrateur des Hospices Civils de Lyon
Monsieur le Professeur M. PLAUCHU	Médecin des Hôpitaux de Lyon
Monsieur le Professeur P. MOUNIER-KUHN	Chirurgien des Hôpitaux de Lyon
Miss L. CREELMAN	Représentant le Siège Central de l'Organisation Mondiale de la Santé – Copenhague
Monsieur le Docteur VAN de CALSEYDE	Directeur du Bureau Régional de l'Europe de l'Organisation Mondiale de la Santé - Copenhague
Monsieur le Docteur ROBIN	Directeur de la Santé Publique et de la Population
Monsieur P. REVOL	Conseiller des Affaires Etrangères
Monsieur le Docteur RUTKOWSKI	Inspecteur Divisionnaire, Directeur Départemental de la Santé du Rhône
Monsieur J.M. ARNION	Inspecteur Divisionnaire, Directeur Départemental de la Population du Rhône
Monsieur le Professeur P. LOUIS	Recteur de l'Université de Lyon
Monsieur le Professeur J. VINCENT	Doyen de la Faculté de Droit et Sciences Economiques de Lyon
Monsieur le Professeur J.F. CIER	Doyen de la Faculté de Médecine et Pharmacie de Lyon
Monsieur le Professeur J.G. RITZ	Doyen de la Faculté de Lettres et Sciences Humaines de Lyon
Monsieur le Professeur J. BRACONNIER	Doyen de la Faculté des Sciences
Madame l'Inspectrice Générale HATINGUAIS	Directrice du Centre International d'Etudes Pédagogiques de Sèvres
Monsieur le Professeur HUSSON	Directeur de l'Ecole Pratique de Psycho-Pédagogie de l'Université de Lyon
Monsieur le Chanoine GELIN	Vice-Recteur des Facultés Catholiques de Lyon
Maître M. CHAVRIER	Doyen de la Faculté de Droit et de Sciences Economiques – des Facultés Catholiques de Lyon – Directeur de l'Institut Social
Mademoiselle M. DUVILLARD	Directrice de l'Ecole d'Infirmières « Le Bon Secours » - Genève
Mademoiselle G. FRERE	Directrice de l'Ecole d'Infirmières de l'Université Libre de Bruxelles
Mademoiselle M. LAIR	Infirmière Conseillère au Ministère de la Santé Publique et de la Population
Madame G. GAILLARD	Directrice de l'Ecole Professionnelle d'Infirmiers et d'Infirmières des Hospices Civils de Lyon
Mademoiselle J. MARTIN	Présidente de l'Association Nationale Française des Infirmières Diplômées d'Etat – Directrice de l'Ecole des Cadres de la Croix-Rouge Française de Paris
Mademoiselle C. VANIER	Présidente du Comité d'Entente des Ecoles d'Infirmières – Directrice de l'Ecole d'Infirmières du Centre Hospitalier Universitaire de Caen
Monsieur le Professeur P. KARLI	Personnalité s'intéressant à la Profession d'Infirmières – Directeur de l'Ecole de Cadres Infirmières et de Monitrices de Strasbourg.

pouvoir réel »¹²¹⁸. Le doyen Cier, de la faculté de Médecine, insista sur la nécessité d'indépendance absolue de l'École pour la délivrance des diplômes. Une clarification des positions et des intentions fut alors apportée par M. Veyret et le Dr Van de Calseyde, directeur du Bureau régional pour l'Europe de l'OMS :

M. Veyret - Au nom des H.C.L., je peux dire que le Conseil Général d'Administration a très bien compris que cette Ecole devait être totalement indépendante. Il apportera seulement un soutien de gestion et d'Administration, bien qu'au départ, l'OMS semblait souhaiter une tutelle absolue de l'Université. Compte tenu des éléments financiers, il a été demandé aux HCL de fonder cette Ecole et d'assurer la construction des bâtiments, dont nous restons propriétaires. Il est difficile de prédire l'avenir, mais je laisse le Directeur du Bureau Régional nous expliquer ce que souhaiterait l'O.M.S.

Dr Van de Calseyde – [...] L'O.M.S. a intérêt à avoir une Ecole de langue française d'un niveau tout à fait supérieur. Jusqu'ici, nous avons toujours été obligé d'envoyer nos filles en Amérique du Nord et je crois qu'il est inutile d'insister sur la différence des conceptions américaines et européennes. Voilà pourquoi nous désirons la création en Europe de 2 Ecoles, l'une d'expression anglaise et l'autre d'expression française. En Angleterre, nous avons le patronage de l'Université d'Édimbourg. Le but que nous voulions atteindre ne pouvait être obtenu qu'avec l'aide d'un gouvernement, seule la France était indiquée et nous avons été très heureux de recevoir l'hospitalité des HCL. Entre les désirs et la réalité, il y a toujours la question financière. Pour l'avenir, nous avons tout lieu de croire ce que nous dit M. Veyret et de lui accorder une confiance absolue.

Pour l'heure, il apparaissait assez nettement que les défenseurs de l'indépendance de l'École, dont les universitaires portaient la cause, n'avaient d'autre choix que de donner toute leur confiance au CGA. Cette perspective n'emporta pas l'adhésion du doyen Vincent qui rappela le caractère uniquement consultatif du Conseil de direction et de la Commission Permanente. M. Veyret rappela que les différents ministères ne pouvaient, en l'état actuel, financer l'école en totalité, ce qui interdisait la transformation de son statut juridique en Association indépendante, évolution à laquelle « les HCL ne verraient aucun inconvénient ». Il fut donc négocié que bien que le CGA disposât de l'entière responsabilité administrative de l'École, il ne pouvait passer outre l'avis du Conseil de direction s'agissant de la nomination de la directrice, l'approbation des programmes et la délivrance des diplômes. Là s'arrêta cette première joute entre l'université et les HCL, non sans que le doyen Ritz de la faculté de lettres et sciences humaines n'eût malicieusement suggéré qu'« avant de parler de diplôme universitaire, il [fallait] renforcer les Universitaires au sein de la Commission Permanente », ce qui fut fait. M. Veyret informa ensuite l'assistance que les travaux concernant la construction du bâtiment avançaient, mais que sa livraison n'était pas envisageable avant le mois de janvier 1965.

¹²¹⁸ De plus, force était de constater que pour l'heure, l'Université comme institution était littéralement absente en tant que telle dans tous les documents produits, y compris le plan d'opérations concernant l'assistance de l'OMS.

La question du « cadre du personnel » fut ensuite évoquée, notamment en ce qui concernait le salaire de la directrice. En l'absence de statut pour les enseignantes des écoles, lequel était à l'étude et devait « sortir incessamment selon le ministère », le Secrétaire général des HCL avait préparé un projet qui proposait pour la directrice, « un indice de 360 au départ et de 460 en fin de carrière », sachant que « l'indice 410 net [correspondait] à 1550 francs mensuels ». Ensemble, les doyens Cier et Vincent jugèrent ces indices « très bas ». M. Veyret rappela qu'un directeur d'hôpital de 200 lits terminait sa carrière à l'indice 410¹²¹⁹. Le cas de figure évoqué correspondait au grade de « directeur économiste et sous-directeur » de 4^{ème} classe, 1^{er} niveau sur 2¹²²⁰ dans la première catégorie du personnel de direction. Sa carrière s'étendait de l'indice brut 370 au premier échelon à l'indice brut 530 au dernier échelon¹²²¹. Conformément au barème de correspondance entre indices alors en vigueur¹²²², celle-ci correspondait en indices nets à une étendue de 300 à 410. La carrière proposée à la directrice (360 à 460) était donc plus intéressante, aussi bien au début qu'à la fin. De même, elle était nettement plus avantageuse que celle qui était proposée au grade le plus élevé des infirmières surveillantes. La carrière d'une surveillante-chef d'un établissement comptant « 1000 lits et plus de 1000 lits » s'étendait en effet de l'indice brut 380 à l'indice brut 500¹²²³, ce qui correspondait à une étendue de 305 au premier échelon à 390 au 5^{ème} échelon après conversion¹²²⁴ en indices nets. Mais les deux postes étaient loin d'être comparables et c'était sans aucun doute le sens de la remarque des deux doyens. Leur commentaire attestait d'autant plus la très haute idée qu'ils se faisaient de cette fonction pour le moins exceptionnelle. Apparaissait là une différence notable de représentation entre universitaires et administrateurs. Si les seconds étaient certes contraints par les considérations financières, il s'agissait là d'un poste unique en France, qui n'engageait donc les finances publiques que dans cette minuscule proportion. Pour appuyer ce projet de carrière qui ne lui paraissait pas si misérable que le suggéraient les doyens, M. Veyret ajouta que la directrice serait logée dans le « très bel appartement prévu dans le home des infirmières » et

¹²¹⁹ Depuis 1960, les personnels de direction et d'économat comprenaient trois catégories : 1) les personnels de direction des hôpitaux et hospices publics, eux-mêmes classés dans l'ordre décroissant de la 1^{ère} à la 5^{ème} classe, chaque classe comprenant 2 ou trois niveaux, sauf la 5^{ème} qui n'en comprenait qu'un (indice brut supérieur 950 à indice brut inférieur 265) - 2) les économistes des établissements d'hospitalisation, de soins et de cure publics, classés dans l'ordre décroissant de la 1^{ère} à la 4^{ème} classe, la 1^{ère} et la 2^{ème} comprenant 2 niveaux, la 3^{ème} et la 4^{ème} un seul (indice brut supérieur 685 à indice brut inférieur 265) - 3) les sous-économistes, ordonnés en 2 sous-catégories (indice brut supérieur 445 à indice brut inférieur 210). Tableau annexé à l'arrêté du 2 août 1960 relatif au classement et à l'échelonnement indiciaire des grades et emplois du personnel de direction des hôpitaux et hospices publics et du personnel d'économat des établissements d'hospitalisation, de soins ou de cure publics.

¹²²⁰ Le 2^{ème} niveau correspondait au grade de sous-directeur d'établissements annexes de plus de 1000 lits.

¹²²¹ *Ibid.*

¹²²² Tableau des correspondances entre indices anciens (nets et bruts) et indices nouveaux, BAREME A, annexé au décret n° 62-1362 du 24 novembre 1962 relatif à la remise en ordre des rémunérations des personnels civil et militaire de l'Etat. L'orateur s'étant exprimé en indices nets, nous avons établi les correspondances entre I. brut et I. net, sans tenir compte des « I. nouveaux. »

¹²²³ Arrêté du 2 février 1962 relatif au classement et à l'échelonnement indiciaire des grades et emplois des personnels des établissements d'hospitalisation, de soins ou de cure publics.

¹²²⁴ BAREME A, *op. cit.*

qu'elle y serait en outre « chauffée, éclairée, ce qui [faisait] une économie très notable ». Mlle Duvillard demanda alors si, « comme dans d'autres pays », la directrice pourrait choisir son logement, c'est-à-dire ne pas habiter dans ce si beau logement prévu pour elle. Nul n'avait en effet imaginé, pour loger la directrice de l'une des deux seules écoles internationales supérieures de soins infirmiers en Europe, un autre endroit que le bâtiment destiné à accueillir essentiellement des élèves infirmières et quelques infirmières à la peine pour trouver un appartement¹²²⁵. Mme Farçat, « chef de la sous-direction des professions médicales et paramédicales au ministère de la Santé publique et de la Population » qui représentait le Directeur général de la Santé publique, avançait même qu'il lui semblait normal « que la directrice [fût] responsable de l'Internat ». Mal lui en prit, car elle s'entendit rétorquer assez vertement par Mlle Duvillard¹²²⁶ que « dans une Ecole supérieure, il [n'était] pas question d'Internat » et que les élèves choisissaient leur logement. La représentante du ministère prit sans doute concrètement conscience, à cette occasion, du niveau auquel se situait le projet et qu'elle n'avait pas jusqu'alors véritablement intériorisé. Mlle Martin vint d'ailleurs à la recousse de sa collègue en rappelant qu'aucune directrice d'École de cadres n'habitait dans son établissement. Devant ces arguments, M. Veyret assura que l'Administration des HCL ne verrait pas d'inconvénient à ce que la directrice habitât à l'extérieur, tout en précisant qu'aucun autre appartement n'avait été prévu à cet effet. Comme pour confirmer ce qui apparaissait comme un assaut coordonné des infirmières, Mme Gaillard fit remarquer que le logement de fonction était envisagé uniquement dans le cas d'une célibataire. Elle posa donc la question de ce qu'il adviendrait si la directrice était « mariée et mère de famille ». Parmi les 6 infirmières siégeant au Conseil de direction, elle était la seule à ne pas être célibataire et savait donc fort bien de quoi elle parlait. Comme pris au dépourvu, le Directeur général promit que si c'était le cas, la directrice bénéficierait d'une aide pour trouver un logement, mais que celui-ci ne « [serait] pas un logement de fonction ». Cette proposition sonnait comme une mise au jour supplémentaire de représentations traversées par des considérations de genre fortement ancrées : non seulement la possibilité d'une directrice mariée n'avait jamais été envisagée jusqu'alors, mais l'attribution d'un logement de fonction dans une telle situation semblait de surcroît exclue, avant même d'être étudiée.

Le budget préparé par les HCL fut ensuite présenté et examiné, ce qui donna lieu à de nombreux échanges et de spectaculaires ajustements, d'autant plus que les références étrangères ne manquaient pas. Le budget prévisionnel s'élevait à 331 000 francs, les frais de scolarité par étudiant étant fixés à 8250 francs. Cette somme dépassait, selon Mlle Alves-Diniz, « tout ce qu'elle [avait] vu en Europe et en Amérique ». Par comparaison, l'OMS versait des bourses

¹²²⁵Ce « home » ouvrit ensuite ses portes aux étudiantes cadres et aux étudiantes de l'EIEIS, dès l'ouverture de leurs établissements respectifs.

¹²²⁶ Marjorie Duvillard avait ici changé de rôle. Dans ces échanges, elle était désignée comme les 4 autres demoiselles et la seule dame représentant les infirmières au Conseil de direction et à la Commission permanente. Nous l'avons donc privée de son prénom, au même titre que les autres.

d'un montant de 215 livres, soit 3000 francs, à l'École d'Édimbourg¹²²⁷ et entre 500 et 1000 dollars pour les Écoles Américaines, sachant que les frais français convertis dans cette monnaie s'élevaient à 1700 dollars. Le doyen Cier rappela qu'à l'École Rockefeller de Lyon, la scolarité était de 1000 Frs par an. Mlle Frère s'étonna du seul fait qu'il avait été envisagé que « les scolarités seules couvriraient les dépenses de l'École ». Même si ce n'était pas exactement le cas, elle fut confortée en cela par Mlle Duvillard :

Il est extrêmement rare que des Ecoles tournent uniquement avec les scolarités. Il y aura dans cette Ecole des boursières de l'O.M.S., mais ce serait navrant s'il ne devait y avoir que des boursières. Je ne vois pas actuellement d'Infirmières pouvant suivre des études à ce prix, c'est un grave problème.

Le problème soulevé était d'autant plus important que les étudiantes françaises ne pourraient en aucune façon compter sur des bourses de l'OMS qui ne finançait que des études suivies à l'extérieur de son propre pays. Mme Farçat annonça une participation probable de 40 000 francs, dont une grande partie pour « prendre en charge 2 monitrices au titre de la Promotion Sociale ». Devant la gravité du problème, M. Veyret rappela les engagements, les responsabilités et les contraintes dont il était le dépositaire :

Le Conseil des H.C.L. avait accepté de prendre en charge un déficit jusqu'à concurrence de 80 000 Frs à condition que l'Organisme de Tutelle l'accepte. Il risque, en effet, d'y avoir un déficit et c'est pour cela que les H.C.L. avaient été choisis comme support. Mais si ce déficit devait dépasser 100 000 Frs, le Conseil Général d'Administration mettrait son veto.

Néanmoins convaincu par les arguments concernant les scolarités, il proposa de les établir « sur les mêmes bases que celles d'Édimbourg ». Il ajouta que si le ministère de la Santé Publique et de la Population ne pouvait faire un effort supplémentaire, les HCL ne pourraient assurer le fonctionnement de l'École et qu'il restait en conséquence, à « se tourner vers les ministères des Affaires étrangères et de la Coopération Technique ». M. Revol, qui représentait le premier d'entre eux, fit part de son scepticisme quant à une participation substantielle des Affaires étrangères, d'autant plus, rappela-t-il, que ce ministère n'avait été associé « à aucune discussion »¹²²⁸. Le ministère de l'Éducation nationale ne fut pas même évoqué, alors que Mlle Alves-Diniz avait rappelé que l'université d'Édimbourg devait participer aux dépenses de son École. De même, Mlle Frère informa le Conseil qu'à Bruxelles, le ministère de l'Éducation nationale finançait le fonctionnement de l'École. Mais il s'agissait là de contextes culturels bien

¹²²⁷ Il s'agissait là de projections, car si cette École fut créée en 1962, elle accueillit ses premiers étudiants en octobre 1964. URL : <https://www.cambridge.org/core/journals/international-review-of-the-red-cross/article/une-ecole-internationale-denseignement-infirmier-superieur/D36DAC916A1B0D03EB2B9223F971AC3F> consulté le 22 mars 2018. Le temps, comme en France, d'élaborer le projet qui à cette date était certes plus avancé que le projet français.

¹²²⁸ Ce ministère avait pourtant présidé la toute première rencontre au début de la mission de Marjorie Duvillard, mais cet honneur ne suffisait sans doute pas pour songer à engager des fonds.

différents et il n'était pas question, en France, que l'Éducation nationale vînt s'immiscer financièrement dans l'entreprise. Cette première séance du Conseil de direction s'arrêta là. Comme de nombreux points restaient à étudier, le président Gabrielle invita l'assemblée à poursuivre cette « réunion plénière » le lendemain 7 avril, à l'occasion de la séance inaugurale de la Commission permanente.

Exceptionnellement, tous les membres ayant assisté au Conseil de direction de la veille étaient présents le lendemain matin, ainsi que le recteur Louis, Président de la Commission permanente, absent la veille. M. le Professeur Husson et Madame l'Inspectrice Générale Hatinguais y assistèrent aussi, pour l'heure à titre de conseillers invités¹²²⁹. Enfin, Monsieur le Maire de Lyon avait lui aussi tenu à faire une apparition à cette séance, ce qui lui donnait encore plus de solennité. A la demande du recteur Louis qui présidait la réunion, Monsieur Veyret, récapitula les points importants abordés la veille, dont le crucial problème financier. Celui-ci fut présenté comme d'autant plus aigu, voire dramatique, que l'effectif d'étudiants envisagé pour une première année était très faible. Il rappela le nécessaire recours aux deux ministères concernés en exprimant clairement contrairement à la veille, que le ministère de l'Éducation nationale était « exclu ». Il s'exprima ensuite sur les statuts de l'EIEIS et rappela à cette occasion le vigoureux message passé par les universitaires, comme pour leur signifier qu'il avait non seulement entendu, mais bien identifié leur position dans ce partenariat en construction :

De nombreuses observations ont été faites dont il ressort que les représentants de l'Université seraient désireux de voir cette école acquérir une indépendance absolue. Messieurs les Doyens ont émis certains regrets de façon d'ailleurs fort courtoise à l'égard des HCL.

Il s'agissait là d'un point fondamental sur la place de l'Université et des universitaires dans le dispositif. C'est qu'à cette date, sa place était encore bien floue car la question d'un diplôme universitaire, délivré par le ministère de l'Éducation nationale, était loin d'être encore résolue. De ce point de vue, la durée des études était déterminante et fut mise à l'ordre du jour, de même que les conditions d'admission des étudiants. Autant de préoccupations qui relevaient expressément des attributions de la Commission permanente. Dans un premier temps, tous les acteurs s'accordèrent sur le caractère nécessairement supérieur de la formation, chacun apportant selon sa vision du monde, sa contribution à une discussion qui se transforma rapidement en négociation nettement plus constructive que conflictuelle. Mme Hatinguais demanda s'il était possible d'envisager un rattachement immédiat à la faculté de médecine et, par voie de conséquence, la délivrance d'un diplôme universitaire :

¹²²⁹ PV de la réunion de la Commission permanente du 7 avril 1964. Registre des procès-verbaux des réunions de la Commission permanente, Archives EIEIS. Les données et les citations utilisées dans ce développement sont issues de ce document sauf indication contraire.

Cette Ecole ne doit pas recruter que des élèves venant de pays en voie de développement. Si nous voulons avoir des élèves provenant de pays où l'enseignement infirmier a déjà atteint un certain niveau, il faut que le diplôme que nous leur offrirons soit vraiment un diplôme supérieur.

Cette façon de poser le problème fut immédiatement partagée par le recteur Louis, ainsi que par Mlle Duvillard, qui invita néanmoins à la prudence quant au rythme des changements à envisager :

Il est bien certain que dans de nombreux pays des infirmières ont atteint un niveau universitaire et que la profession tend à se stratifier. Il est aussi très clair que cette évolution se fait différemment selon les pays. J'ai écouté Madame Hatinguais avec beaucoup d'intérêt et beaucoup de confiance. Il est évident que l'évolution des études d'Infirmières se fait dans cette direction mais que nous devons être extrêmement prudents quant au rythme et aux modalités que nous donnerons à cette évolution.

Cette précaution témoignait de la connaissance assez fine qu'elle avait acquise de la diversité des situations au niveau mondial. Mais elle rendait aussi bien compte de sa conscience des enjeux liés à l'hétérogénéité prévisible des étudiants, y compris d'origine française, s'agissant de l'EIEIS. Le Pr Husson, croyant se souvenir qu'un décret de 1897 permettait « de créer des Instituts d'Université en collaboration avec des organismes publics » suggéra d'envisager une « Association entre l'Université de Lyon et les HCL. » Le doyen Vincent fit part de son enthousiasme précoce pour une formation universitaire des infirmières, laissant entendre à demi-mot que l'un des obstacles en France était en relation avec la concurrence entre ministères :

Je soutiens depuis longtemps que les échelons supérieurs de la Profession d'Infirmière devraient être formés dans l'Université, étant donné le développement actuel des problèmes de Santé et d'Hygiène, il faut que nous possédions des personnes hautement qualifiées, que nous n'avons pas pour l'instant. C'est la mission de l'Université de les former, mais le Ministère de la S.P.¹²³⁰ semble très attaché à son diplôme.

Cette intervention étendait le champ d'interprétation possible de l'exclusion du ministère de l'Éducation nationale évoquée précédemment par M. Veyret. Celle-ci pouvait en effet relever de l'auto-exclusion, c'est-à-dire du refus catégorique d'un ministère bien trop avare de ses deniers de participer financièrement à l'aventure de l'EIEIS. Mais elle pouvait aussi, à entendre le subtil doyen Vincent, relever d'une hétéro-exclusion de principe, souhaitée par le ministère de la Santé publique et de la Population pour des raisons de pré carré à préserver jalousement, quitte à en payer le prix fort en puisant plus que de raison dans son propre portefeuille. Mme Farçat donna néanmoins le point de vue plutôt souple du ministère qui laissait une fenêtre ouverte à la discussion :

¹²³⁰ Lire Santé publique et Population.

Le Ministère de la S.P. est, en effet, très attaché à son diplôme, mais sa doctrine est évolutive. Il est souhaitable que les Infirmières Françaises ne soient pas déconsidérées vis-à-vis de leurs collègues étrangères. Si le Ministère de la S.P. admet une formule évolutive, il pense que, dans un premier temps, cette Ecole doit faire ses preuves.

Mme Hatinguais rappela la nécessité, selon elle, pour attirer des étudiantes en provenance d'autres pays, d'affirmer « nettement et sans aucune ambiguïté » le caractère supérieur de la formation. Elle fut suivie en cela par Mlle Duvillard et Mlle Alves-Diniz. Celle-ci informa d'ailleurs l'assemblée qu'elle avait déjà reçu « des demandes de renseignements émanant d'Infirmières des pays européens, d'Amérique du Nord et du Sud ». Cette information fut confortée par Nicole Mennesson qui pour sa part, avait dû répondre à des questions d'infirmières « du Canada français où les infirmières [avaient] déjà des diplômes universitaires ». Le doyen Cier en conclut que l'enseignement devait décidément « être très supérieur ». Après avoir remercié Mme Hatinguais pour son insistance, Mlle J. Martin apporta son point de vue :

Dans tous les contacts internationaux que nous avons eus, le problème de nos diplômes non universitaires a été soulevé, on parle beaucoup de l'E.I.E.I.S. à l'étranger et l'on se demande quel diplôme auront les élèves sortant de cette Ecole. Sur le plan national, nous avons dans notre Profession, des Infirmières très cultivées, qui dès maintenant pourraient entrer à l'Université, mais jusqu'à présent, les portes ne leur ont pas été ouvertes.

Le Pr Husson rappela son expérience au Moyen-Orient¹²³¹ où, selon lui, seuls les diplômes reconnus par l'Université avaient du prestige, ce qui le conduisait à penser qu'en France, il fallait envisager « une formule transitoire débouchant sur l'Université ». Convaincue par ces arguments convergents et prenant peut-être conscience que la pression internationale était plus impérieuse qu'elle ne l'avait imaginé, Mme Farçat en conclut que « sur le principe », l'évolution vers l'université était « certaine et obligatoire sur le plan international ». Elle demanda d'ailleurs s'il était d'ores et déjà possible d'envisager un diplôme « signé conjointement par le ministère de la S.P. et par l'Education Nationale », arrangement sans doute espéré pour ne pas mettre à mal l'attachement de son ministère de tutelle à son diplôme. Aucune réponse ne fut apportée à cette question complexe, ce qui n'empêcha pas le recteur Louis de déclarer en synthèse que tout le monde était d'accord sur l'objectif, mais que le fond de l'affaire était d'abord « lié à la durée des études ».

À la demande de Mlle Duvillard, les monitrices furent invitées à faire part à l'assemblée des « différentes formules proposées » à ce sujet. Huguette Bachelot rappela qu'avec Nicole Mennesson et après conseils pris auprès de la consultante, l'OMS, l'Université de Lyon et les « organismes professionnels nationaux », elles n'avaient jamais envisagé que les études dont il

¹²³¹ Il ne précisa pas dans quel(s) pays de ce très vaste espace s'était forgée cette expérience.

était question pussent se réaliser en moins de deux ans. Elles avaient donc élaboré un projet dans ce sens. Néanmoins, elles avaient dû réviser leur proposition lorsque « le Ministère » leur avait demandé, à la fin du mois de janvier 1964, de refondre le programme de façon à ce qu'il se déroulât sur 11 mois. Malgré tous les efforts déployés, elles ne purent aboutir à une proposition satisfaisante, sauf à altérer considérablement le projet initial. Elles proposèrent donc une troisième solution, consistant à effectuer des études en deux années non consécutives : « la première année étant sanctionnée par un certificat de la S.P.¹²³², la deuxième [...] par un diplôme (à préciser) que nous souhaitons être un diplôme universitaire. » Le doyen Cier acquiesça. Il s'exprima immédiatement en faveur d'études en deux ans, la première année consistant selon lui en un tronc commun et la seconde en une spécialisation. Il émit néanmoins des doutes quant à leur déroulement de façon discontinue : « Il ne faut pas oublier que les élèves de l'E.I.E.I.S. venant de tous les pays auront une période d'adaptation à la vie française et peut-être quelques difficultés à se remettre à un travail intellectuel. » Le Doyen Vincent et le Pr Husson le suivirent sur ces deux points, conscients eux-aussi qu'il s'agissait là de formation en cours d'emploi et qu'il fallait tenir le plus grand compte des difficultés « à se remettre à des études ». Mais à côté de ces arguments de type pédagogique développés par les universitaires, ressurgissaient les considérations financières, et sur la difficulté pour les employeurs de libérer des professionnels de leur emploi pendant plus d'une année. Mlle Alves-Diniz, qui partageait tous les arguments présentés par les universitaires, rappela cependant que l'OMS n'attribuait en principe de bourses d'études que pour une année. Le Dr Van de Calseyde confirma ce qui semblait être une règle, en mentionnant toutefois que des « bourses prolongées » avaient été exceptionnellement accordées à quelques étudiants africains pour poursuivre des études de médecine en France. Madame Farçat se sentit alors obligée d'intervenir à nouveau. Elle représentait en effet ce ministère qui avait récemment et sans doute un peu hasardeusement songé à la possibilité d'études sur 11 mois, au point de demander aux monitrices un impossible travail de réaménagement du projet. Sur la durée des études, elle commença d'ailleurs par se ranger à l'avis unanime de tous ceux qui s'étaient exprimés, tout en avouant implicitement que le caractère universitaire du diplôme n'avait pas, jusqu'alors, été envisagé au ministère :

Il est impossible de délivrer un diplôme universitaire après une seule année d'études. Nous avons voulu faire une analogie avec l'Ecole de Rennes dont la scolarité est de 1 an. Mais qui prendra en charge pendant deux années les frais de scolarité ? En effet, les études de base vont être de 3 ans¹²³³. Il est demandé 3 années d'expérience après le diplôme d'Etat pour accéder aux Ecoles de Cadres dont la scolarité est d'une année. S'il faut 2 années pour l'Ecole Internationale, ceci nous amène à 6 années d'études.

Malgré l'évolution de son appréciation de la durée possible des études, elle rappelait assez justement que la formation des infirmières, cumulée sur 6 années au total pour les plus

¹²³² C'est-à-dire délivré par le ministère de la Santé publique et de la Population.

¹²³³ Ce ne sera en réalité le cas en France que trente ans plus tard, mais elle faisait là très probablement allusion aux pressions de plus en plus grandes de l'OMS, lesquelles furent rapidement répercutées au niveau européen.

qualifiées, représentait un coût total non négligeable. Dans un autre registre, le constat de l'impossible analogie avec la durée de formation des directeurs d'hôpitaux à l'ENSP, trop brève pour former des infirmières au niveau visé, révélait d'autres enjeux en termes de niveaux de qualification et de concurrence entre les uns et les autres, même s'ils n'étaient pas, pour l'heure, explicitement formulés¹²³⁴. Enfin, dans le même temps, elle faisait prendre conscience à l'assemblée de la consistance possible de la carrière d'une infirmière, si elle était considérée sur toute son étendue. Mlle Alves-Diniz saisit cet impressionnant constat pour conclure que 6 années d'études devaient nécessairement aboutir à un diplôme universitaire. S'agissant des bourses attribuées par l'OMS, elle proposa en conséquence d'étudier s'il était possible de renouveler ce qui avait été fait « pour des cas spéciaux », c'est-à-dire pour les étudiants en médecine évoqués par le Dr Van de Calseyde. Huguette Bachelot souligna d'ailleurs, avec Marjorie Duvillard, que dans le cas de l'EIEIS, il s'agissait « d'un petit nombre d'infirmières pour un territoire immense. » La comparaison avec les études à l'École internationale d'Édimbourg ayant été évoquée, Mlle Duvillard en profita pour informer les membres de la Commission et insister sur la différence des situations entre un pays et l'autre :

Je voudrais rappeler que la structure de l'École d'Édimbourg est totalement différente et qu'il est difficile d'établir des rapprochements. A Édimbourg, une École de base est incluse au sein de l'Université. Les étudiantes qui y sont admises à 18 ans, possèdent les diplômes nécessaires pour entrer à l'Université, y font 5 années d'études¹²³⁵ et poursuivent ensuite des études supérieures qui viennent se greffer sur cette base.

Elle expliquait par-là que si les études à l'École d'Édimbourg duraient un an « avec la possibilité de revenir plus tard » comme l'avait indiqué Mlle Alves-Diniz, le parcours des étudiantes y était bien différent depuis la fondation à l'université d'Édimbourg de l'unité d'enseignement universitaire destinée aux infirmières en 1956. Les infirmières qui y étaient formées avaient eu le temps de s'acculturer au monde académique et constituaient alors un vivier de recrutement particulièrement adapté, même s'il n'était pas l'unique, pour l'École internationale d'études avancées en soins infirmiers créée en 1962. Ce n'était pas le cas en France, où il était question d'inventer un modèle susceptible d'aider les infirmières à franchir cet obstacle. Le doyen Cier fut lui aussi impressionné par le nombre d'années d'études mis en évidence par Mme Farçat. Il se hasarda même à faire part de son étonnement par rapport à la formation des médecins qui durait aussi 6 ans. Mlle Martin rappela alors que la situation était

¹²³⁴ Catherine Mordacq avait gardé en mémoire un entretien qu'elle avait eu à Lyon avec M. Veyret, lors d'un séjour en France en 1964. Il lui avait alors fait part que ses collègues des hôpitaux anglais « redoutaient l'influence excessive des *matrons* et qu'il ne s'agissait pas de reproduire cela en France ». Entretien des 2 et 3 décembre 2010. Alors même que depuis le début des années 1950, ces concurrentes avaient perdu de leur superbe du fait de la réforme du NHS, elles constituaient encore un sujet de conversation entre directeurs de part et d'autre de la Manche, indicateur s'il en fût que les craintes étaient encore vivaces, même si elles étaient rarement avancées en dehors de ce type d'échanges aux allures de confidences.

¹²³⁵ Il s'agissait là très vraisemblablement des infirmières qui se perfectionnaient en administration ou en éducation, après l'obtention du *bachelor* initial.

différente et que dans le cas des infirmières, il ne s'agissait pas de 6 années consécutives, mais d'études discontinues « permettant d'exercer une activité professionnelle entre chaque étape ». Elle aurait pu aussi rappeler, comme l'avait suggéré Huguette Bachelot, que le nombre de celles qui en arrivaient à la 5^{ème} et 6^{ème} année de formation était bien modeste, contrairement aux médecins dont il s'agissait de la formation initiale pour la totalité des praticiens. Le doyen Vincent admit lui aussi, que le cas était fort différent. Le Pr Cier suggéra alors, pour gagner un an dans certains cas, d'accepter à l'EIEIS des « infirmières ayant assumé certaines responsabilités et possédant une connaissance approfondie de leur métier » sans nécessairement avoir suivi de formation à l'École des cadres. Monsieur Veyret fit part de ses craintes que dans ce cas, le risque était grand de faire baisser le niveau de recrutement. Tout le monde s'accorda sur l'exigence d'un premier degré de perfectionnement d'une façon générale, une certaine souplesse étant réservée à l'examen de quelques rares cas très particulier, comme le prévoyaient les textes réglementant le fonctionnement de l'École d'Édimbourg selon Mlle Alves-Diniz. Marjorie Duvillard fit d'ailleurs remarquer que la souplesse s'imposerait de toute façon, compte tenu du caractère dissemblable des « Ecoles de perfectionnement » dans le monde : « dans certaines les études se font en 6 à 8 mois, dans d'autres en 11 à 24 mois ». Ces échanges avaient incontestablement contribué à modifier les représentations des uns et des autres, tout en permettant aux conceptrices du projet de maintenir l'essentiel du cap qu'elles avaient fixé. Mme Farçat proposa que, dans le cas où une formation en deux ans serait retenue, la première année fût sanctionnée par un certificat du ministère de la Santé publique et la seconde par un diplôme universitaire. Le recteur Louis conclut à « une scolarité en 2 ans, consécutive ou non, suivant les possibilités des élèves ».

Au cours de cette réunion, fut aussi arrêté le nombre maximum de 20 étudiants par promotion. A la demande de Mlle Duvillard, Mme Hatinguais et le professeur Husson, qui avaient pour l'heure un statut de simples invités, furent officiellement nommés au Conseil de direction, condition nécessaire pour pouvoir être intégrés et siéger à la Commission permanente avec voix délibérative. De même fut décidée la désignation par la Commission permanente d'un bureau de 6 personnes dont 5 parmi ses membres et la directrice qui ne faisait partie d'aucun Conseil mais pouvait y être invitée sans limitation, avec voix consultative. Enfin, la date d'ouverture de l'EIEIS fut reportée à l'unanimité à septembre 1965, le temps, selon le Directeur général des HCL en accord avec le Dr Van de Calseyde, d'obtenir l'assurance d'un financement sans lequel le risque était trop grand de prendre un « mauvais départ ». En d'autres termes, l'ouverture de l'École était conditionnée par la résolution du problème financier. Toutes ces décisions figuraient dans le plan d'opérations concernant l'assistance de l'OMS dont elles avaient rendu possible la finalisation, de la même façon que ce document avait en échange permis d'affiner le règlement de l'EIEIS.

A la fin de la séance, la nomination de la directrice, sur proposition du Conseil de direction, fut évoquée par Mlle Duvillard, qui souhaitait obtenir un *curriculum vitae* de chaque candidate. Très respectueux des règles de concours dans la fonction publique, Monsieur Veyret annonça 4 candidates possibles selon lui : les deux monitrices déjà formées, Catherine Mordacq, qui devait rentrer des États-Unis en janvier 1965 et Marie-Françoise Collière qui devait en revenir à l'automne de la même année. Mlle Alves-Diniz attira néanmoins l'attention du Conseil de direction sur Marie-Françoise Collière qui, selon elle, ne poursuivait pas des études la préparant à la fonction de directrice, mais « à prendre la responsabilité d'un programme de soins infirmiers de santé publique ». Tout à son souci de ne pas « vouloir éloigner sa candidature », elle omit de préciser que son bref déroulement de carrière ne correspondait pas vraiment au profil envisagé pour le poste de directrice. Mlle Duvillard abonda dans son sens en toute discrétion, en demandant pour la deuxième fois un « *curriculum vitae* complet » pour chaque postulante. Comme de nombreux membres de la Commission ne pouvaient être présents l'après-midi, il fut proposé aux personnes disponibles de se réunir en petit groupe de travail pour « étudier diverses questions », sous la présidence de Mme Farçat.

Outre Huguette Bachelot et Nicole Mennesson, les 6 infirmières représentant la profession étaient présentes dans ce petit comité. Preuve de l'intérêt suscité par l'étude de ces « diverses questions » qui auraient pu être considérées comme relativement accessoires, plusieurs personnalités étaient aussi présentes : Mme Alves-Diniz, représentant le directeur du Bureau européen de l'OMS, Miss Creelman, représentant le siège central de l'OMS à Genève, Mme Hatinguais, le Pr Husson, le Pr Mounier-Kuhn, chirurgien des HCL et le Pr Karli, médecin et directeur de l'École de cadres de l'hôpital de Strasbourg, membre de la Commission permanente en tant que « Personnalité s'intéressant à la profession d'infirmière ». Mlle Alves-Diniz rappela que des crédits avaient été versés en 1963 dans une université du Minnesota, au titre d'une bourse pour former un(e) enseignant(e) supplémentaire pour l'EIEIS. La candidate s'étant désistée, elle rappela qu'il était urgent d'utiliser ces fonds afin de ne pas les perdre¹²³⁶. Elle rappela que la candidature d'un homme, André Montésinos, avait été soulevée. Non seulement ce candidat lui semblait répondre aux exigences de l'École au regard de son parcours, mais le fait qu'il s'agissait d'un homme retint particulièrement son intérêt : « la présence d'un moniteur dans cette Ecole internationale appelée à recevoir également des élèves masculins me semble très favorable. » Sa candidature ne rencontra aucune opposition, pas plus parmi les infirmières présentes que pour les autres participants. Mlle Martin la jugea même « très souhaitable », confirmant ainsi que l'idée même de la mixité de l'équipe enseignante était largement intégrée, au même titre que celle des étudiants. Sa candidature posait néanmoins un problème indépendant de ses capacités. Celui-ci relevait plus particulièrement de son statut

¹²³⁶ Compte rendu de la « réunion du groupe de travail du 7 avril après-midi », annexé au compte rendu de la séance de la Commission permanente du 7 avril matin. Les données et citations suivantes sont toutes extraites de ce document, sauf indication contraire.

matrimonial. Non seulement ce dernier était marié, mais il avait des enfants, ce qui générait des problèmes inconnus de ses consœurs. Mme Farçat exposa la situation :

La candidature de M. A Montésinos a, en effet, été envisagée. Mais ce candidat est marié et père de trois enfants et la bourse de l’OMS ne peut lui assurer de sécurité suffisante pour sa famille pendant son année d’absence. [...] J’ai moi-même téléphoné à M. Montésinos qui devant ce problème financier de sécurité pour sa famille a retiré sa candidature.

Ainsi, le premier homme à entrer dans l’aventure de l’EIEIS était assez paradoxalement confronté à un problème en relation directe avec les privilèges de son sexe. Les premières candidates, comme la plupart de leurs collègues occupant ailleurs d’autres fonctions éminentes, étaient en effet toutes célibataires. Cette situation relevait le plus souvent d’un choix stratégique, qu’il fût sacrificiel ou non. A l’instar de leurs illustres devancières dans le monde, ce statut leur permettait d’éviter de se placer sous le lourd joug marital et leur donnait une liberté de décision et d’action beaucoup plus grande, notamment du point de vue professionnel. Ce candidat n’avait assurément pas eu les mêmes raisons que ses consœurs de renoncer *a priori* au mariage et à la vie de famille offerte en corollaire. Mais le statut de chef de famille au demeurant plutôt avantageux dont il fut investi à cette occasion, avait fini par devenir embarrassant. Il lui conférait en effet des devoirs qui l’obligeaient et faisaient obstacle à son projet, au point de l’amener à y renoncer. Pour anecdotique qu’il paraisse, le cas très particulier de cette candidature peut aussi être regardé comme un révélateur supplémentaire des déterminants à l’œuvre dans le développement de cette profession majoritairement féminine. Le célibat comme condition de possibilité de l’action ressortait ici d’autant plus qu’il s’agissait de fonctions exigeant de surcroît une importante mobilité hors des frontières nationales pour se former. Sans aller jusqu’à l’apitoiement, le sort de ce candidat, qui apparaissait comme contraint par le rôle social attaché à son genre pourtant dominant, fut rapidement pris en main. Devant l’unanimité en faveur de cette candidature, il fut décidé de remuer ciel et terre ou presque, et de mettre tout en œuvre pour l’honorer. Mlle Duvillard proposa même de solliciter l’aide de l’étranger :

Puisque tout le monde est unanime pour dire que ce candidat est valable, il serait dommage de le perdre pour une question financière. Je suis sûre que les Américains seraient prêts à l’aider. Ils l’ont souvent fait dans des cas de ce genre et nous devons trouver la personne ou l’organisme qui puisse lui assurer cette sécurité.

D’autres solutions, plus locales, furent envisagées, comme l’étude de la possibilité d’un recrutement par les HCL avec la possibilité, en cas de problème dans la poursuite du projet, d’une reconversion à un autre poste, lui permettant dans tous les cas de conserver l’ensemble des prestations sociales pour lui et sa famille. Mme Farçat décida donc de recontacter ce candidat qui avait retenu l’attention au niveau national et même de l’OMS. Au-delà de ce destin très personnel, ces échanges témoignaient du degré d’avancement du projet et de la réelle

volonté de le soutenir au plus haut niveau, sans déroger à la qualité du recrutement. Ils confirmaient aussi le caractère précieux des candidatures à de tels postes en raison de leur rareté, à plus fortes raisons s'il s'agissait de recruter un homme, le vivier étant nettement moins important. Mlle Martin confirma d'ailleurs qu'à son niveau, elle n'en voyait pas d'autres « actuellement pour l'EIEIS ». Dans l'attente de la résolution de ce problème, le groupe de travail décida d'examiner le projet d'organisation interne de l'EIEIS qui avait été élaboré à Genève par les deux monitrices un an plus tôt.

Le programme « A »¹²³⁷ d'administration des soins infirmiers fit l'objet d'une approbation générale. L'évocation du programme « B » de soins infirmiers spécialisés, dont l'ouverture était prévue seulement dans un second temps, à commencer par les soins infirmiers de santé publique, donna l'occasion à Mlle Alves-Diniz d'annoncer qu'une bourse d'étude serait disponible dès 1965 pour « former une monitrice responsable de la section des Soins infirmiers psychiatriques ». Elle suggéra d'ailleurs de recruter pour ce programme une infirmière d'un autre pays, « pour maintenir le caractère international de l'Ecole ». Mme Farçat acquiesça d'autant plus qu'en France, il n'existait selon elle que deux écoles « spécialisant les infirmières diplômées d'Etat dans ce domaine et en règle générale, pour les besoins de leurs propres établissements »¹²³⁸. Le programme « C » de formation aux méthodes de recherche donna lieu à des échanges qui rendaient compte de la conscience chez les participants, des enjeux de cette formation. S'agissant de la recherche, ces enjeux concernaient non seulement l'EIEIS, mais aussi l'avenir de la profession, voire d'une discipline s'y rapportant, même si ce dernier terme ne fut prononcé à aucun moment. Le Pr Husson suggéra qu'au lieu d'y consacrer un programme spécifique, cette formation « devrait être incluse dans tous les programmes [s'il était envisagé] pour chaque élève la préparation d'un mémoire consistant ». Mlle Duvillard expliqua qu'une initiation à la recherche était en effet prévue dans tous les programmes, mais que ce programme particulier « assurerait une préparation beaucoup plus approfondie [...] dans le but de former des infirmières capables d'en initier d'autres ». Le Pr Husson suggéra alors d'en faire un programme « après les deux années d'études, comme un troisième cycle, au niveau du Doctorat », condition selon lui pour pouvoir « parler de Centre de recherche ». Huguette Bachelot glissa d'ailleurs que les monitrices et la consultante avaient « discrètement » songé

¹²³⁷ Voir *supra*.

¹²³⁸ Il s'agissait vraisemblablement de l'École de spécialisation psychiatrique de La Verrière, laquelle avait été mise sur pied par le Dr Sivadon. Elle était ouverte aux infirmières déjà diplômées d'État et proposait une spécialisation en un an avec des stages à l'étranger (Angleterre, Belgique, Suisse, Hollande) et de l'École supérieure d'infirmiers et d'infirmières des hôpitaux psychiatriques de l'Hôpital psychiatrique de Maison-Blanche à Neuilly-Sur-Marne. Cette école était ouverte à tous les candidats satisfaisant aux épreuves du concours d'entrée, le diplôme d'État ne dispensant pas dudit concours. *La Profession d'infirmière en France ... 1962, op.cit*, pp 265-269. Il ne s'agissait pas pour autant d'une spécialité répertoriée, mais d'initiatives locales. Cette réflexion ne tenait pas compte des écoles d'établissements préparant au diplôme d'infirmier et d'infirmière des hôpitaux psychiatriques relevant de l'arrêté du 28 juillet 1955 relatif à la création du diplôme d'infirmier et d'infirmière des hôpitaux psychiatriques *op. cit.*

à cette perspective. La question fut ensuite posée par « une infirmière »¹²³⁹ du groupe, de savoir s'il n'était pas plus opportun de parler d'investigation plutôt que de recherche. Cette réflexion reflétait un sentiment largement partagé au sein la profession, quelquefois même parmi les élites comme en attestait cette question, selon lequel la recherche n'était pas une activité pour les infirmières. La revendication d'une telle orientation risquait alors de passer pour une inconvenante prétention, sinon une effronterie. Mlle Martin ne partageait pas cette frilosité et plaida fermement pour le maintien du terme recherche, immédiatement confortée par Mme Hatinguais : « avec l'évolution actuelle nous ne devons pas craindre d'employer ce terme. Dans 10 ou 15 ans, la Recherche Scientifique doit subventionner cette Ecole ». Le Pr Husson enfonça le clou et proposa même de parler d'emblée de recherche scientifique. Huguette Bachelot fit alors part de sa crainte de voir cette audacieuse proposition heurter le corps médical et demanda aux médecins présents ce qu'ils en pensaient. Chacun fit part d'un avis de nature à écorner quelques mythes habitant les imaginaires collectifs, y compris parmi les infirmières :

- M. le Professeur Karli : je dois dire que beaucoup de travaux de fin d'année des élèves de l'Ecole de Cadres de Strasbourg ont beaucoup plus de valeur que certaines thèses de doctorat en médecine. Qu'en pense le Professeur Mounier-Kuhn ?
- M. le Professeur Mounier-Kuhn : Il est bien évident qu'un mémoire résumant le travail d'une année et basé sur une expérience personnelle peut avoir plus de valeur qu'un travail, parfois fait en 3 semaines, pour obtenir une autorisation d'exercer.

Ces précisions rappelaient utilement le statut particulier du doctorat en médecine, la thèse soutenue ayant pour but l'obtention du diplôme d'État permettant d'exercer la médecine. Elle ne couronnait pas, comme dans le cas du doctorat d'Université, un long parcours initiatique de chercheur visant la production de connaissances scientifiques dans une discipline, mais une formation longue habilitant des praticiens. Il y avait bien des chercheurs parmi les médecins, mais tous ne l'étaient pas, bien loin de là. La plupart d'entre eux n'avaient d'ailleurs pas vocation à le devenir, ce qui était plutôt heureux pour les malades dont la préoccupation essentielle était d'être soignés. Le développement de la médecine dans sa composante scientifique et de la recherche du même nom était somme toute assez récent. Depuis le début du siècle, il avait largement bénéficié, lui aussi, du soutien de la Fondation Rockefeller et s'était progressivement organisé sous diverses formes au niveau national. La création de l'INSERM en 1964 acheva cette lente métamorphose d'une nébuleuse de plus en plus dense à un système fortement focalisé et aux contours de mieux en mieux définis. Dans ce processus, les médecins empruntèrent beaucoup à des non médecins comme Louis Pasteur ou Pierre Curie et à des disciplines aussi diverses que la bactériologie, la physique, la biologie ou encore la chimie qui avaient toutes contribué à les aider à entrer dans le champ scientifique¹²⁴⁰. Mais si tous ces facteurs et de nombreux autres avaient permis à une partie d'entre eux de se définir comme

¹²³⁹ Son nom n'était pas précisé et elle était désignée ainsi dans le compte rendu.

¹²⁴⁰ PICARD Jean-François, MOUCHET Suzy, La métamorphose de la médecine, Paris, PUF, 2009

d'authentiques et talentueux chercheurs, la médecine comme pratique demeurait un art relevant certes de l'usage subtil des connaissances scientifiques accumulées, mais aussi de bien d'autres formes de savoirs moins avouables, qui n'avaient pas leur place dans les colloques. Dans le secret de la consultation et du « colloque singulier », l'être de pure science le plus souvent imaginé faisait en réalité feu de tout bois pour être le plus opérant possible¹²⁴¹. Alors que leur doctorat n'avait pas la même signification que les autres, les médecins praticiens étaient pourtant la seule profession à faire grand usage du titre de docteur au quotidien. Sans doute jugeaient-ils utile de rappeler en permanence qu'ils détenaient un savoir académique, contrairement à celles et ceux qui ne faisaient pas partie de leur corps et les avaient néanmoins durement concurrencés, au moins jusqu'à la conquête de leur monopole légal à la fin du siècle précédent. Mais la persistance de cette pratique langagière avait fini par générer une confusion durable dans les esprits les moins avertis. Ainsi, des universitaires, parmi lesquels des médecins, esquissaient pour les infirmières et leur profession un avenir possible. Ils les invitaient par là-même, en ébranlant les mythes, à se débarrasser de ce qui ressemblait à un sentiment d'infériorité, voire de culpabilité par rapport à ce qui touchait à l'usage et à la production du savoir. Mais bon nombre d'entre elles n'osaient pas même imaginer ce futur, peut-être en raison de ce qui apparaissait comme une survivance, fût-ce sous une forme très atténuée, de cette sorte de syndrome du pâté d'alouette contracté par inoculation systématique dans les années chaptaliennes. Si, comme d'autres collègues plus audacieuses, Mlle Duvillard et les deux monitrices partageaient assurément ces perspectives hardiment dessinées par ceux qui faisaient figure de spécialistes de la question, elles n'en étaient pas moins fort conscientes que la marche à gravir était haute. Cette lucidité les incitait à envisager de possibles chemins de traverse, plus ou moins sinueux, avant d'en arriver à une voie académique plus classique. Après de nombreuses discussions sur les modifications possibles de l'intitulé de ce programme finalement maintenu en tant que tel, le titre d'origine fut conservé à l'unanimité. En revanche, le programme « D » portant sur les cours spéciaux de courte durée fut supprimé et remplacé par une proposition sans aucun doute plus conforme à une activité qui se voulait largement induite par la demande extérieure à l'École : « En outre, à la demande d'organismes divers, des cours spéciaux de courte durée et des séances d'études pourront être organisés par l'E.I.E.I.S. à LYON ou ailleurs. » Cette formulation permettait en effet de neutraliser la notion de prescription attachée à un programme, fût-il le moins dogmatique possible.

Les autres chapitres du document furent pour la plupart adoptés à l'unanimité. Seules les conditions d'admission des étudiants donnèrent lieu à des propositions de modifications : le groupe demanda à ce que les candidats fussent en mesure de justifier, par un diplôme ou un examen, d'une bonne connaissance de la langue française ; la suppression de l'épreuve

¹²⁴¹ Alain BERNARDOU, Le savoir en action, l'exemple médical, *Sciences Humaines*, n°24, mars-avril 1999, p 26-28.

d'anglais fut proposée à la demande générale, précaution qui témoignait de la volonté de ne pas multiplier les obstacles aux candidatures. Enfin, l'épreuve orale prévue dans le pays d'origine fut mise en cause par le Pr Husson, au motif que contrairement à une épreuve écrite, les jurys seraient très différents, ce qui posait un problème d'équité. Il fut donc décidé de reporter la décision à la prochaine séance de la Commission permanente prévue à l'automne.

Avant la clôture de la réunion, la question de la rédaction des programmes détaillés fut évoquée, à charge pour les monitrices d'y travailler. Mlle Alves-Diniz rappela que pour tout ce qui concernait la « culture professionnelle » en particulier, ce programme gagnerait beaucoup à être examiné en « Commission internationale », comme ce fut le cas pour l'École supérieure d'Édimbourg. L'idée fut retenue à l'unanimité.

Les orientations prises dans ces réunions furent décisives. D'une part elles permirent, au niveau international de l'entreprise, de finaliser le plan d'opérations concernant l'assistance fournie par l'OMS¹²⁴² qui scellait l'engagement de l'OMS et des HCL jusqu'à la fin de la décennie. D'autre part, au niveau national et local, elles permirent aux HCL d'arrêter le règlement de l'EIEIS¹²⁴³ qui prenait en compte la totalité des orientations retenues. Mais au-delà de ces questions fondamentales, le déroulement de ces trois réunions montra que le fort sagace doyen Hermann, auquel le doyen Cier avait succédé, s'était trompé au moins sur un point de son analyse un an plus tôt. Il ne s'agissait pas en effet d'une assemblée de potiches, comme il l'avait annoncé. Bien au contraire, tous les acteurs ou groupes d'acteurs eurent l'occasion de faire valoir leur point de vue s'ils le désiraient, depuis la place qu'ils occupaient. Au rythme des prises de parole, les groupes d'acteurs se dévoilèrent comme autant de forces en présence, ce qui aboutit à une prise de conscience des enjeux des uns et des autres et donc du rapport entre ces mêmes forces. Ainsi, si tout le monde s'était préalablement accordé sur la pertinence de l'ouverture d'une École supérieure voire « très supérieure », chacun en avait mesuré l'envergure à l'aune de sa vision du monde : administrative et financière pour le ministère et les HCL, opportunité inespérée de développement de leur profession pour les infirmières, scientifique et pédagogique, mais aussi opportunité de diversifier et d'enrichir leur activité pour les universitaires. Ces derniers étaient bien conscients qu'ils étaient placés là devant un projet dont la mise en œuvre concrète restait à inventer, opération d'autant plus exigeante qu'il était question d'une entreprise pluridisciplinaire à laquelle ils étaient peu habitués. L'OMS, de son côté, avait pour mission d'installer une École supérieure francophone de haut niveau en Europe. Si cette Organisation avait absolument besoin de toutes les forces en

¹²⁴² Voir *supra*.

¹²⁴³ Le document primitif relatif au statut de l'EIEIS fit en effet l'objet d'une modification immédiate par le Conseil de direction dans le courant du mois d'avril. « ECOLE INTERNATIONALE D'ENSEIGNEMENT INFIRMIER SUPERIEUR DE LYON. Projet de Règlement modifié à la suite des réunions du Conseil de Direction et de la Commission Permanente, Lyon, 6-7 avril 1964. Fonds Marie-Françoise Collière, Salles d'Aude. Avant d'être soumise à l'agrément du ministère de la Santé publique et de la Population une version légèrement modifiée fut présentée et adoptée au CGA des HCL du 22 juillet 1964. « ECOLE INTERNATIONALE D'ENSEIGNEMENT INFIRMIER SUPERIEUR DE LYON. Règlement, annexe à la délibération du 22 juillet 1964 ». Même endroit.

présence, elle avait une connaissance fine des précédents dans le monde et arrivait avec ses propres exigences, tout en étant bien au fait que les conditions financières étaient déterminantes. L'incertitude en la matière, clairement rappelée par M. Veyret, était aussi peu rassurante que l'épée de Damoclès. Seuls les HCL, le ministère de la SP et celui des Affaires étrangères et de la Coopération dans une bien moindre mesure, détenaient le pouvoir d'ouvrir ou non cette École, mais aussi de la maintenir à flot. Mais seule l'Université et avec elle le ministère de l'Éducation nationale, détenaient celui d'attester par ses enseignements le niveau supérieur de la formation et d'apporter par la délivrance d'un diplôme la reconnaissance académique qui en était attendue, notamment au niveau international. Au bout du compte, malgré la grande divergence de vue manifestée par Mme Farçat sur les contours et l'envergure de la formation, les négociations entre les uns et les autres avaient rapidement abouti à la confirmation du projet élaboré par les deux monitrices avec l'aide de la consultante. Les infirmières disposaient assurément d'un solide soutien de l'OMS et des universitaires. Deux d'entre eux, dont le Doyen de la faculté de Médecine, avaient de surcroît jugé bien famélique le salaire prévu pour la directrice. Ils attestèrent en cela, la haute idée qu'ils se faisaient de cette fonction nouvelle, comparée à l'image un peu terne renvoyée par la grille salariale proposée. Enfin, si les échanges autour de la question du logement de fonction de la directrice avaient fait ressurgir des représentations encore vivaces et fort peu avantageuses du travail des femmes, les infirmières qui s'étaient exprimées sans ménagement avaient sans aucun doute contribué à les ébranler. Dans l'attente des prochaines réunions et fortes des dernières décisions, il ne restait plus aux deux monitrices qu'à s'atteler à la finalisation des contenus des programmes d'enseignement qui furent soumis à l'examen d'un groupe international d'infirmières consultantes en enseignement infirmier à l'automne suivant.

De l'évaluation internationale du projet d'enseignement aux ultimes ajustements du projet d'École

Le Bureau régional de l'Europe de l'OMS réunit un groupe d'infirmières expérimentées dans l'enseignement des soins infirmiers à Lyon du 12 au 17 octobre 1964. La mission des membres de ce collectif, spécialement constitué pour l'occasion, était la suivante :

- 1- étudier l'organisation intérieure de l'École internationale d'Enseignement infirmier supérieur ;
- 2- donner un avis sur les matières enseignées dans le programme de culture générale¹²⁴⁴ ;
- 3- étudier le programme des soins infirmiers et l'organisation des stages ;

¹²⁴⁴ La notion de culture générale renvoyait aux cours dont l'enseignement était proposé et dispensé par les universitaires et relevait de différentes disciplines. Cet objectif montre en particulier que les infirmières entendaient bien aussi, à ce niveau international, garder la haute main sur les orientations en termes de contenus d'enseignement, loin de se laisser aveuglément emporter par des choix effectués exclusivement par des non infirmiers, fussent-ils d'éminents universitaires. Cette précaution est un autre indicateur supplémentaire de la recherche d'une cohérence disciplinaire dans le champ des soins infirmiers.

4- apporter des suggestions sur les modalités des examens de fin de 1^{ère} et de 2^{ème} année.¹²⁴⁵

Pour les besoins de ses travaux, le groupe s'appuya sur le « Règlement de l'Ecole internationale d'Enseignement infirmier supérieur », le « Projet d'Organisation intérieure de l'EIEIS », et le « Projet de programme de l'EIEIS »¹²⁴⁶ élaboré et présenté par Huguette Bachelot et Nicole Mennesson, invitées à la réunion afin d'apporter « tous les renseignements nécessaires aux travaux du groupe ». Cette mobilisation internationale autour du travail des deux monitrices¹²⁴⁷

Tableau 2 – Présentation et fonction des membres du groupe d'infirmières consultantes en enseignement infirmier en vue d'étudier les programmes de l'EIEIS à Lyon du 12 au 17 octobre 1964.

Melle M.L. Badouaille	Directrice de l'Ecole des Cadres de la Croix-Rouge Française, Paris (Rapporteur)
Melle N. Bourcart	Directrice de l'Ecole d'infirmières de la Croix-Rouge Suisse, Zurich
Sœur Denise Lefèbvre	Directrice de l'Institut Marguerite d'Youville, Ecole supérieure d'Infirmières, Montréal (Rapporteur)
Melle L. Ch. Roques	Déléguée du CICIAMS ¹²⁴⁸ auprès de l'OMS, Chargée d'études et de Recherche à la Direction des Infirmières et Assistantes sociales de la Croix-Rouge Française, Paris
Melle J.B. Rule	Deputy Director of Education, The Royal College of Nursing and National Council of Nurses of the United Kingdom, Londres
Melle G. Verschaeve	Chargée de Conférence à la Licence et au Graduat en sciences hospitalières, Université libre de Bruxelles (Présidente)
Melle F. Alves-Diniz	Fonctionnaire régionale pour les soins infirmiers, bureau régional de l'Europe, OMS, Copenhague

¹²⁴⁵ Archives EIEIS, Dossier « Assistance OMS ». Rapport des travaux du groupe d'infirmières consultantes en enseignement infirmier en vue d'étudier les programmes de l'Ecole internationale d'enseignement infirmier supérieur, Lyon, du 12 au 17 octobre 1964. Les données et citations suivantes sont toutes extraites de ce document, sauf indication contraire.

¹²⁴⁶ Projet de programme de l'EIEIS, septembre 1964, Fonds Marie-Françoise Collière, Salles d'Aude.

¹²⁴⁷ Dans la pratique, le Projet de programme de l'EIEIS avait été réalisé en étroite relation avec les membres du Bureau de la Commission permanente, dont les réunions étaient plus fréquentes. Par exemple, lors d'une première réunion le 20 juin 1964, il fut décidé que le Pr Husson se chargerait de proposer un programme pour la psychosociologie, le doyen Vincent pour le droit et l'administration et le doyen Cier pour l'« actualisation médicale ». Archives EIEIS. Registre des procès-verbaux des réunions du Bureau de la Commission permanente.

¹²⁴⁸ Comité International Catholique des Infirmières et Assistantes médico-sociales.

les avait d'ailleurs beaucoup impressionnées selon Huguette Bachelot. Elle se souvenait qu'au cours de cette réunion « qui avait dû coûter une fortune », leur projet « avait été pas mal bouleversé »¹²⁴⁹. Cette impression, encore très présente plus de 45 ans plus tard, témoigne au moins que l'analyse fut conduite sans complaisance. Au-delà de l'inconfort ressenti, cette pointilleuse supervision internationale des travaux préparatoires français leur procura à la fois une caution et une assise d'autant plus difficilement contestables qu'elles étaient apportées sous l'égide de l'OMS. Le groupe¹²⁵⁰ était très majoritairement composé de personnalités européennes et francophones, ce qui témoignait d'une volonté d'autonomie, voire d'autodétermination de cette Région et dans cette langue, conformément au projet du Bureau Européen de l'OMS. La directrice de l'institut Marguerite d'Youville à Montréal et la directrice déléguée à la formation du Collège royal de *nursing* et du Conseil national des infirmières du Royaume-Uni à Londres, constituaient néanmoins deux exceptions à cette règle. La première, francophone, apportait un point de vue extérieur, forgé au cours d'une très longue expérience des formations supérieures en soins infirmiers. La seconde, anglophone, était dépositaire de la longue histoire de la profession d'infirmière dans son pays et de sa récente rencontre avec le monde universitaire. La toute jeune École d'Édimbourg en particulier, qui venait juste d'accueillir ses premières étudiantes, faisant alors figure d'exemple sinon de référence sur le territoire européen.

S'agissant des programmes et malgré le bouleversement de leur travail préalable ressenti par les monitrices, la comparaison des deux documents montre qu'en réalité, les consultantes apportèrent essentiellement des modifications de forme au projet initial. Le groupe s'attacha en effet à en réorganiser la structure, en reformulant parfois le texte élaboré par les monitrices. C'est ainsi par exemple que deux textes préliminaires rédigés par les monitrices, « Principes fondamentaux servant de base à l'enseignement de l'École internationale d'enseignement infirmier supérieur » et « observations préliminaires sur l'ensemble du programme », furent déclinés en buts de l'École, objectifs généraux des programmes et principes d'organisation. Le rapport présenté à la suite de ces travaux consistait en la communication de recommandations qui témoignaient du croisement des regards de l'ensemble des participantes et par là-même, d'une conception transnationale de l'enseignement infirmier supérieur. En outre, l'absence d'infirmières américaines dans le groupe ne signifiait pas que les travaux étaient indemnes de toute influence du *nursing* américain. Celui-ci pouvait en effet s'exprimer à travers les participantes elles-mêmes, femmes cultivées et diversement marquées par leurs formations, leurs lectures et les échanges internationaux auxquels elles participaient. Les buts de l'École étaient ainsi présentés :

L'École offrira une formation en soins infirmiers au niveau de l'enseignement supérieur.

¹²⁴⁹ Entretien des 2 et 3 décembre 2010.

¹²⁵⁰ Voir tableau 2 page précédente.

Cette Ecole voudrait favoriser les relations humaines et internationales, en créant un courant de compréhension et un esprit de collaboration entre des infirmières venant de cultures et d'origines différentes.

L'Ecole soucieuse de l'épanouissement de ses étudiantes et respectant toute conception sociale, philosophique et religieuse ainsi que la culture de chaque pays, mettra tout en œuvre pour leur permettre de s'enrichir par des échanges mutuels.

En conséquence, l'enseignement de l'EIEIS sera avant tout une recherche en commun des principes de base des soins infirmiers et de leur application au contexte particulier de chaque pays.

La dernière proposition confirmait qu'aux yeux des consultantes, les principes de base des soins infirmiers, fussent-ils universels et potentiellement adaptables à la singularité de chaque pays, n'étaient pas encore formellement identifiés. Ils ne pouvaient donc être enseignés de façon dogmatique, mais tout au plus constituer un objet de recherche collectivement appréhendé. Si une partie des infirmières américaines, y compris québécoises, avaient pris une incontestable avance susceptible d'inspirer leurs collègues étrangères par leurs propres conceptions, leur entrée dans le monde de la recherche était encore trop récente pour leur permettre de faire figure de modèle absolu pour le monde entier. Après la communication de la finalité de l'enseignement dispensé à l'École, laquelle consistait en « l'amélioration des soins infirmiers en accord avec le progrès scientifique, social et économique », les objectifs généraux des programmes furent exposés :

L'objectif de l'ensemble des programmes est de donner aux étudiantes la possibilité :

- 1- d'élargir et d'approfondir leur culture générale et leurs connaissances professionnelles ;
- 2- de rechercher, par l'étude de différentes conceptions, la nature propre et les principes des soins infirmiers ainsi que leurs relations avec les sciences biologiques, physiques et sociales ;
- 3- de prendre conscience de leurs responsabilités personnelles et collectives dans l'évolution de la profession d'infirmière et d'y participer activement ;
- 4- de reconnaître et d'analyser les problèmes infirmiers et utiliser les méthodes de recherche pour leur solution ;
- 5- de se préparer à participer à l'élaboration de plans sanitaires et à adapter les services et l'enseignement infirmier aux besoins des individus et des collectivités en cause ;
- 6- de favoriser le développement de leur personnalité et les aider à participer, avec compétence, à la vie sociale et civique de leur pays ;
- 7- de développer les qualités nécessaires aux fonctions de direction et d'enseignement.¹²⁵¹

Le 2^{ème} objectif, formulé en termes de recherche, laissait entrevoir un embryon de projet disciplinaire. La mise en relation de la « nature propre » et des « principes des soins infirmiers » avec les disciplines scientifiques préexistantes permettait à la fois de se rapprocher de ces dernières et le cas échéant de leur emprunter des connaissances, des méthodes ou des techniques, mais aussi de s'en distinguer au regard de ce qui ressemblait à une tentative de

¹²⁵¹ Les numéros ont été ajoutés pour faciliter le commentaire ci-dessous.

construction d'un objet spécifique de connaissance. Les sciences physiques et biologiques avaient d'ailleurs été ajoutées au projet rédigé par les deux monitrices qui n'avaient mentionné que les « sciences humaines et sociales ». Le groupe international rappelait par-là aux deux infirmières françaises qu'elles avaient peut-être un peu trop rapidement escamoté les sciences de la vie et de la nature. Soit cette exclusion était due au fait que ces références allaient de soi, voire étaient acquises compte tenu de l'orientation de la formation des infirmières en France, soit elles étaient considérées comme trop caractéristiques de l'activité médicale dont il fallait absolument se démarquer. Dans un cas comme dans l'autre et en l'absence de clarification, voire d'identification de l'objet des soins infirmiers, il semblait bien prématuré d'exclure *a priori* un champ de connaissances, puisqu'il était question d'en étudier les relations avec les soins infirmiers. Quelles que soient les hypothèses, cet oubli, volontaire ou non, indique que la priorité était très vraisemblablement donnée à une lutte idéologique pour l'identité plutôt qu'à un travail de type épistémologique. Cette attitude était au reste très compatible avec le contexte français de l'époque, comme en attestent les propos d'Huguette Bachelot sur l'urgente nécessité à ses yeux, de sortir de l'approche des soins infirmiers comme « sous-ordre » de la médecine¹²⁵². À la décharge des monitrices françaises néanmoins, et pour preuve que la mobilisation des différentes disciplines n'était aisée pour personne, les consultantes en oublièrent la psychologie dans leur ardeur rectificatrice, alors qu'elle était vraisemblablement incluse dans les sciences « humaines et sociales » initialement proposées. Ceci n'empêcha pas le groupe de rétablir la psychologie dans les études plus fines du programme.

Les 3^{ème} et 5^{ème} objectifs confirmaient pour leur part, une volonté affirmée de former une élite capable d'occuper une position d'avant-garde dans le milieu professionnel et dans le système de santé. Le 6^{ème} objectif enfin, avait été ajouté par le groupe international et renvoyait à l'affirmation politique que les étudiantes étaient invitées à travailler, essentiellement en termes de développement personnel. Il est peu douteux que c'était dans leurs expériences nationales respectives que les infirmières des autres pays avaient acquis cette certitude que la parole politique des infirmières était un facteur essentiel de développement de leur profession. Dans le cas de la France, ce niveau de participation avait été analysé comme un point très faible par Marjorie Duvillard. Pour permettre aux étudiants d'atteindre ces objectifs assez ambitieux, quelques « principes servant de base à l'organisation des programmes » furent retenus :

- Le programme d'études se base sur une définition des objectifs à atteindre en fin de scolarité et ne consiste pas seulement en un relevé détaillé des sujets à étudier.
- Les étudiantes de l'EIEIS ont reçu des formations de base différentes. Le plan d'études de chacun ne peut donc être identique.
- L'établissement d'un plan d'études individuel requiert au départ un bilan des connaissances déjà acquises par chacune des étudiantes.

¹²⁵² Entretien des 2 et 3 décembre 2010. Voir *supra*.

- Les travaux de groupe sont indispensables pour assurer des échanges, ouvrir des horizons et favoriser la synthèse de l'enseignement.
- Les infirmières chargées de l'enseignement à l'EIEIS animent les travaux de groupe avec le concours de directeurs d'études agissant comme conseillers spécialisés.
- Les cours sont choisis autant que possible parmi ceux donnés dans les diverses facultés. L'École n'organise des cours qui lui sont propres que dans la mesure où les cours offerts ne répondent pas aux exigences de ses programmes.

Ces principes confirmaient d'une part la volonté d'adapter les orientations pédagogiques à la diversité de provenance des étudiantes, et d'autre part l'orientation résolument universitaire de la formation, à la fois par la mobilisation de directeurs d'études en position de conseillers et par le primat donné aux cours à l'université en ce qui concernait les cours magistraux. Autant de puissants marqueurs du caractère supérieur de la formation envisagée.

Le groupe focalisa son attention sur le programme d'administration des soins infirmiers qui était le premier et le seul dont la mise en œuvre était prévue à l'ouverture de l'École. Celui-ci était divisé en deux sections. La section I, Administration des programmes d'enseignement infirmier, s'adressait « aux infirmières chargées de diriger l'enseignement infirmier, à quelque degré que ce [fût] ». La section II, Administration des services infirmiers, s'adressait « aux infirmières chargées de planifier et de diriger les services infirmiers hospitaliers, de santé publique ou d'établissements spécialisés ». Cette section s'adressait « également aux infirmières exerçant des fonctions de conseillères ». Cette dernière précision témoignait d'une volonté de diversifier les débouchés professionnels à l'issue de la formation. Le programme sur deux ans consistait en un enseignement commun aux deux sections et spécialisé à chacune d'elles. La première année était planifiée de septembre à juillet. Elle était « plus spécialement réservée à l'enseignement théorique, aux travaux d'application et aux visites documentaires » et comprenait deux stages de deux semaines à plein temps. La seconde année était planifiée d'octobre à juillet. Elle était dédiée à la poursuite de la formation théorique et « plus particulièrement consacrée aux stages¹²⁵³ et à la coordination entre l'enseignement théorique et pratique. » La rédaction d'un mémoire était prévue durant cette année pour chaque étudiante, « en vue d'aider à sa formation et à son évaluation ». Cette progression sur les deux ans d'études et ces agencements traduisaient une intention de favoriser le processus de professionnalisation par l'appropriation et l'intégration des savoirs de toutes origines.

En première année, l'enseignement commun aux deux sections comprenait les cours suivants : philosophie, psychologie, sociologie et anthropologie culturelle, notions de sciences politiques et économiques, initiation aux méthodes de recherche, principes généraux d'administration et

¹²⁵³ Le nombre de stages de 2^{ème} année n'était pas précisé dans le rapport. Mais d'après le document préalablement rédigé par les monitrices, il s'élevait à 12 semaines, soit 16 semaines sur les deux ans d'études.

d'organisation du travail, principes généraux de pédagogie, soins infirmiers¹²⁵⁴. En seconde année, les enseignements communs consistaient en une poursuite des cours suivants : psychologie, sociologie et anthropologie culturelle, notions de sciences politiques et économiques, soins infirmiers. S'agissant de ces cours communs, les monitrices, aidées en cela par le Bureau de la Commission permanente, avaient formulé des propositions de contenus pour de nombreux cours, d'autres étant encore à l'étude avec les équipes universitaires¹²⁵⁵. Le groupe international discuta de ces éléments mais préféra rédiger des objectifs très généraux d'apprentissage au regard de chaque discipline ou groupe de discipline, lesquels n'avaient pas été précisés par les monitrices¹²⁵⁶. Ces propositions constituent une occasion rare de saisir, fût-ce très succinctement, les intentions et les attentes de ces infirmières par rapport à ces cours, s'agissant entre autres, des enseignements universitaires. Ces objectifs étaient ainsi formulés :

- Philosophie
 - Posséder les bases nécessaires à l'étude rationnelle d'une pensée ;
 - Comprendre les grands courants de pensée.
- Psychologie, sociologie et anthropologie culturelle
 - Connaître, analyser et comprendre les comportements individuels et de groupes.
- Notions de sciences politiques
 - Posséder des éléments sur les diverses théories politiques et économiques, connaître leur influence sur la vie sociale, que ce soit au plan national ou international.

¹²⁵⁴ Le document réalisé par les deux monitrices prévoyait des cours d'anglais. Cette matière n'avait pas été reprise dans le rapport du groupe international, sans que cette omission ne fût motivée. Vraisemblablement, cette décision avait été prise en raison de la proposition qui avait été faite de supprimer ces cours par le groupe de travail qui s'était réuni à la suite de dernière séance de la Commission permanente (Voir *supra*.) Il est très probable cependant, que cette amputation fut opérée avec d'autant moins de douleur qu'un groupe très majoritairement francophone était à la manœuvre. En fait, les cours d'anglais furent conservés par décision de la Commission permanente à la séance suivante (voir *infra*.)

¹²⁵⁵ Par exemple, l'initiation aux méthodes de recherche avait été confiée au Pr Husson et le cours concernant les principes généraux de pédagogie était préparé par « Monsieur Husson, en collaboration avec Madame Hatinguais ». PV de la réunion du Bureau de la Commission permanente du 3 octobre 1964... Registre... *op. cit.*

¹²⁵⁶ L'utilisation, même sommaire, de cette technologie des objectifs éducatifs, constituait un autre indice de l'influence américaine en Europe, en l'occurrence dans le champ des sciences de l'éducation dont Benjamin Bloom était une figure de proue depuis la fin des années 1940. Ce psychologue, professeur de pédagogie à l'université de Chicago, anima en effet pendant plusieurs années, les travaux d'un comité d'enseignants du supérieur autour de la question des niveaux de difficulté dans les apprentissages et de leur évaluation. Ces travaux aboutirent à une classification de ces niveaux de difficulté dans trois domaines - cognitif, affectif, psychomoteur - et à l'élaboration d'une taxonomie hiérarchisée des objectifs d'apprentissage pour les deux premiers domaines. Il dirigea la publication d'un premier manuel en 1956. Benjamin S. BLOOM (Ed), *Taxonomy of Educational objective. The classification of educational goals, Handbook 1: Cognitive Domain*, by a committee of College and University Examiners, New York, Longmans, Green, 1956. Il participa à une seconde publication qui suivit immédiatement pour le domaine affectif. David R. KRATHWHOL, Benjamin S. BLOOM, Bertram B. MASIA, *Taxonomy of Educational objective. The classification of educational goals, Handbook 2: Affective Domain*, New York, David Mc Kay Company INC, 1956. Le troisième domaine ne fut pas décliné par ce Comité et ne donna pas lieu à un manuel du même type mais à des propositions d'adaptation libres par la suite. Ce qui devint « la taxonomie de Bloom » connut un vif succès dans les milieux éducatifs aux États-Unis. Elle fut diffusée avec plus ou moins de rigueur dans le milieu de la formation des infirmières via l'OMS ou par le biais des enseignantes de retour de formation aux États-Unis dès les années 1960. En France, ce fut le cas de Catherine Mordacq, qui avait rencontré l'auteur lors de sa formation aux États-Unis. Voir *supra*.

- Initiation aux méthodes de recherche
 - Posséder les éléments essentiels sur ce qu'est la recherche, son esprit, ses méthodes et ses techniques.
- Principes généraux d'administration et d'organisation du travail
 - Comprendre les principes et les processus administratifs ainsi que leurs relations avec les sciences humaines ;
 - Comprendre les facteurs qui influencent les projets de construction d'hôpitaux, de centres de santé et d'écoles d'infirmières.
- Principes généraux de pédagogie
 - Posséder les données physiologiques, sociales et psychologiques de l'apprentissage, comprendre les principes philosophiques des différentes théories de l'apprentissage, comprendre les principes philosophiques des différentes théories de l'éducation, connaître et utiliser les méthodes pédagogiques.
- Soins infirmiers
 - Savoir analyser les éléments fondamentaux des soins infirmiers, identifier leurs tendances actuelles et en percevoir les implications immédiates et lointaines.

Mis à part les cours de soins infirmiers à orientation directement professionnelle, ces cours communs laissaient une large place au développement de la culture générale des étudiantes qui en avaient besoin. Mais ils avaient aussi une visée directement professionnalisante comme en témoigne la suggestion du groupe de diviser le « cours de psychologie, sociologie et anthropologie culturelle » en trois parties :

Une première partie qui serait réservée à l'étude des connaissances de base et qui ne s'adresserait qu'aux élèves ayant des lacunes dans ce domaine. Ce cours se donnerait dans la catégorie des cours à option.

Une deuxième partie qui s'adresserait aux élèves ayant comblé leurs lacunes ou possédant déjà les connaissances de base requises. Ce cours répondrait alors à l'objectif énoncé.

La troisième partie, faite essentiellement sous forme de séminaires, serait l'application des connaissances à tout ce qui touche au domaine infirmier.

Autant le groupe avait rétabli les sciences physiques et biologiques dans les objectifs généraux, autant il n'avait pas suggéré de faire figurer ces sciences en tant que telles dans l'énumération des disciplines concernées. Sans doute avait-il considéré, probablement comme les monitrices, que des connaissances de ce champ étaient déjà intégrées, compte tenu des cours dispensés aux élèves infirmières en formation de base, voire en formation de cadre comme c'était le cas en France. Comme une preuve que ces savoirs étaient déjà mobilisés dans la pratique, ils apparaissaient dans la déclinaison des cours de soins infirmiers proposés par les monitrices.¹²⁵⁷ Ces cours étaient en effet organisés en trois rubriques : évolution, actualité et perspectives – aspects juridiques et éthique professionnelle- répercussions sur les Soins Infirmiers de quelques techniques médicales d'actualité. C'est dans cette dernière rubrique qu'il était possible d'observer la présence explicite de sciences de la vie. Le contenu du cours était ainsi libellé :

¹²⁵⁷ Projet de programme de l'EIEIS, septembre 1964... *op. cit.*

Reprise à partir de certaines méthodes thérapeutiques modernes des bases biologiques, physiologiques, et physiopathologiques de grands syndromes pathologiques. Place et rôle de l'infirmière dans l'application et la surveillance de ces thérapeutiques- Implications juridiques, éthiques et psychologiques de celles-ci.¹²⁵⁸

D'une part les termes « médecine » et « médical » étaient littéralement absents de cette présentation, ce qui confirmait la volonté de détachement de la profession médicale. D'autre part, la mobilisation des sciences évoquées n'était activée que parallèlement à d'autres considérations, d'ordre philosophique, juridique ou psychologique. S'il n'est pas douteux que la mise en œuvre de cette séquence d'enseignement supposait le recours logique et même très pertinent à des enseignants médecins, ils n'étaient pas les seuls concernés. Il n'en demeurait pas moins qu'aux yeux des consultantes, pour être déjà incorporées par les infirmières, ces connaissances n'en devaient pas moins être soumises au débat et à la réflexion quant à leurs relations avec les soins infirmiers, comme elles l'avaient suggéré ailleurs.

Les cours d'administration et de pédagogie faisaient, pour leur part, l'objet d'un approfondissement spécifique à chaque section du programme. Aucune de ces deux thématiques n'était cependant abandonnée du fait de cette spécialisation, la pondération de chacune en nombre d'heures d'enseignement étant variable selon les sections. Les objectifs particuliers de ces « cours propres » étaient ainsi déclinés :

- Administration des programmes d'enseignement infirmier
 - o Pédagogie appliquée à l'enseignement infirmier
 - Posséder une maîtrise suffisante des théories et méthodes pédagogiques afin de pouvoir organiser et diriger les programmes d'enseignement infirmier.
 - o Administration des écoles
 - Savoir appliquer les principes d'administration et les méthodes d'organisation du travail aux écoles d'infirmières.
- Administration des services infirmiers
 - o Les Services infirmiers
 - Savoir identifier la place des services infirmiers dans l'équipement sanitaire d'un pays ;
 - Savoir appliquer les principes d'administration et les méthodes d'organisation du travail aux services infirmiers.
 - o Pédagogie appliquée à la formation du personnel
 - Savoir identifier les besoins du personnel et des services en vue d'organiser un programme de formation en cours d'emploi ;

¹²⁵⁸ Les thématiques suivantes furent retenues : réanimation et équilibre des grands brûlés ; assistés respiratoires ; grands traumatismes crâniens et comas prolongés. Il s'agissait là de cours en relation avec l'émergence de la réanimation médicale comme spécialité des causes graves. À ces enseignements, il était question d'ajouter les cours concernant l'hygiène et l'épidémiologie. PV de la réunion du Bureau de la Commission permanente du 3 octobre 1964. Registre... *op. cit.*

- Rechercher les méthodes les mieux adaptées à cet enseignement.

Au total, l'ensemble de ce dispositif de formation théorique aboutissait à une 1^{ère} année universitaire de 27 semaines d'enseignement à raison de 16 heures hebdomadaires, soit 432 heures¹²⁵⁹. La 2^{ème} année, plus riche en stages, comptait 16 semaines d'enseignement à raison de 10 heures hebdomadaires, soit 160 heures¹²⁶⁰. A ces enseignements s'ajoutaient des « cours à option », facultatifs, à raison de 4 heures par semaine au maximum. S'agissant des cours obligatoires, le nombre limité d'heures par semaine témoignait d'une volonté de laisser aux étudiantes du temps pour la lecture, la recherche, l'écriture, la mobilisation et l'appropriation des connaissances, méthodes et techniques enseignées. Autant de possibilités compatibles avec l'orientation active délibérément donnée à la formation. En seconde année, la rédaction du mémoire faisait partie des priorités, à la fois en termes de formation des étudiants et d'évaluation de leurs capacités. Le groupe international était globalement en accord sur le nombre d'heures d'enseignement respectivement attribué par les monitrices à chaque matière, discipline ou groupe de disciplines. Il recommanda néanmoins pour la 1^{ère} année, deux modifications significatives. Il s'agissait d'une part d'augmenter de 30 à 50 heures les cours d'initiation aux méthodes de recherche et d'autre part, de passer de 70 à 80 heures d'enseignement en soins infirmiers. Ces deux propositions marquaient la volonté manifeste d'activer deux leviers essentiels aux yeux des consultantes, pour affirmer la position de la profession sinon de la discipline. S'agissant des cours spéciaux de courte durée, le groupe international suggéra d'y inclure des « séances d'études », l'ensemble étant destiné « à des infirmières [cherchant] une actualisation de leurs connaissances dans un domaine donné ou l'opportunité d'étudier un sujet particulier. » A cet égard, les directrices et monitrices d'écoles supérieures d'infirmières, mais aussi les infirmières responsables d'unités de soins et les « infirmières- conseillères auprès des Ministères de Santé » constituaient les premières cibles de ces cours spéciaux qui ouvraient la voie à une diversification potentiellement prospère de l'activité de l'EIEIS, par le biais de la formation en cours d'emploi. Les consultantes examinèrent aussi l'organigramme de l'EIEIS. Sans modifier les relations fonctionnelles ou hiérarchiques existantes, elles en proposèrent une autre structuration. Celle-ci consistait à distinguer les secrétaires d'une part, l'intendante et le personnel de maison d'autre part, puis l'équipe enseignante comprenant la documentaliste. Dans le précédent organigramme, tous ces personnels étaient regroupés. Elles précisèrent les relations entre chaque groupe d'acteurs mis en évidence dans cette nouvelle configuration plus complexe. Celle-ci avait sans doute le mérite à leurs yeux, de bien distinguer l'équipe pédagogique des autres acteurs. Si tous avaient le loisir de participer à la vie de l'établissement à travers les commissions qui les concernaient plus

¹²⁵⁹ Ce décompte ne prenait pas en considération les 60 heures d'anglais qui avaient été initialement prévues par les monitrices.

¹²⁶⁰ Voir tableau 3 page suivante.

Tableau 3 – Enseignement théorique à l'EIEIS : nombre d'heures de cours par matière et par année¹²⁶¹

Matières	1 ^{ère} année	2 ^{ème} année
Enseignement commun	360 h	80 h
Philosophie	30 h	-
Psychologie, sociologie, anthropologie culturelle	60 h	40 h
Notions de sciences politiques et économiques	40 h	20 h
Initiation aux méthodes de recherche	50 h	-
Principes généraux d'administration et d'organisation du travail	60 h	-
Principes généraux de pédagogie	40 h	-
Soins infirmier	80 h	20 h
Enseignement particulier ¹²⁶²	70h	80 h
Section I – Administration des programmes d'enseignement infirmier		
Pédagogie appliquée à l'enseignement infirmier	30h	40 h
Administration des écoles	40 h	40 h
Section II – Administration des services infirmiers		
Les services infirmiers	50 h	60 h
Pédagogie appliquée à la formation du personnel	20 h	20 h

particulièrement, la question des programmes était en effet centrale :

L'administration de l'Ecole se fait par l'entremise des commissions composées des membres du personnel.

L'élaboration des programmes en général et l'organisation des programmes individuels sont la responsabilité des membres du corps enseignant.

Le Comité de Coordination composé de l'ensemble du personnel responsable de l'enseignement est présidé par la Directrice. Il centralise les diverses activités de l'Ecole. La Directrice rend compte du travail de ce comité à la Commission permanente. Un Bureau, organe de travail de la Commission permanente, étudie les programmes élaborés par les membres du corps enseignant responsables de la discipline

¹²⁶¹ D'après le Rapport des travaux du groupe d'infirmières consultantes en enseignement infirmier en vue d'étudier les programmes de l'Ecole internationale... *op. cit.*

¹²⁶² Cet enseignement est décliné dans les sections spécialisées figurant en-dessous.

examinée, et apporte son aide à l'École pour certains problèmes. Les professeurs et monitrices responsables de la discipline à l'étude sont appelés à participer aux travaux du Bureau.¹²⁶³

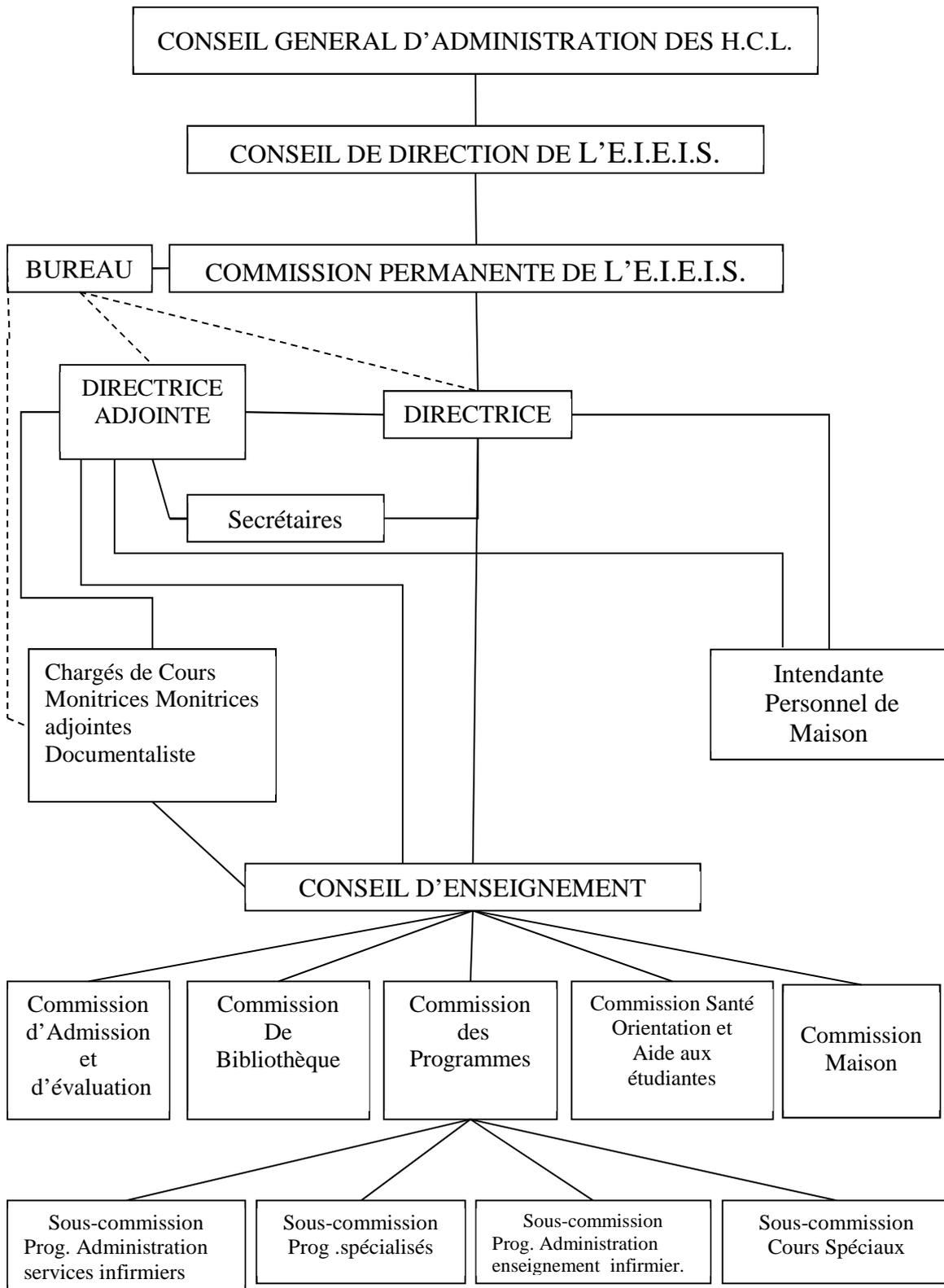
Enfin, à propos des directives concernant les étudiantes, les consultantes recommandèrent d'ajouter un paragraphe qui renseignait aussi bien sur leur niveau d'exigence, la grande diversité prévue des candidatures et leur grande expérience quant à la fiabilité pas toujours constante des examens d'entrée dans ce type d'établissement : « l'École se réserve le droit de demander à une candidate de suppléer aux lacunes de sa formation antérieure. La directrice renseigne la candidate sur les possibilités d'y remédier. » Au bout du compte, si les recommandations des infirmières d'autres pays avaient modifié le projet de programme préparé par les monitrices françaises, elles ne l'avaient pas transfiguré. Bien au contraire, ce regard critique sans concession avait contribué à le conforter et lui donner une assise internationale nécessaire au regard des ambitions de l'École et fort utile quant à sa légitimité au niveau national. Ce rapport fut examiné quelques jours plus tard par la Commission permanente de l'EIEIS. L'étude des programmes était en effet à l'ordre du jour de la séance du 20 octobre¹²⁶⁴. Le nouvel organigramme fut agréé à l'unanimité et publié en annexe au compte rendu. Le projet de programme fut approuvé « dans son ensemble », sachant qu'il devait « être revu dans le détail par les personnes chargées d'enseigner chaque matière ». Les membres de la Commission permanente assurèrent qu'il serait tenu compte « des suggestions apportées par le Groupe d'Infirmières Consultantes sauf en ce qui [concernait] la langue anglaise. » Lecture et conversations anglaises furent en effet maintenues « parmi les connaissances à acquérir ». L'examen d'entrée à l'École fut abordé et l'épreuve orale définitivement abandonnée, conformément à la proposition du Pr Husson à la dernière Commission. L'attribution d'un certificat de fin d'année fut entérinée. Celui-ci devait être « délivré par le Ministère de la Santé Publique et de la Population sur la note globale de l'École », cette note étant attribuée « par le Conseil d'Enseignement de l'E.I.E.I.S. en présence d'un représentant du Ministère de la Santé Publique et de la Population ». Enfin, le Bureau de la Commission permanente fut nommé pour trois ans et comprenait « M. le Doyen Cier, Mlle Duvillard, M. le Professeur L. Husson, M. le Directeur Général L. Veyret, M. le Doyen Vincent et Mlle H. Bachelot ». Le Conseil de direction s'était réuni la veille et avait abordé quelques questions de forme et plusieurs problèmes de fond¹²⁶⁵. Sur la forme, il fut décidé d'apporter quelques « avenants » au règlement de l'EIEIS. Les représentants de l'OMS devaient désormais être nommés par le directeur général du bureau de l'Europe, ce qui marquait une volonté de limiter géographiquement l'influence de cette Organisation. En raison de l'évolution de certaines structures dépendant du

¹²⁶³ Voir Schéma 1 page suivante. Cet organigramme fut adopté en l'état par la Commission permanente quelques jours plus tard.

¹²⁶⁴ PV de la réunion de la Commission permanente de l'EIEIS du 20 octobre 1964. Registre... *op. cit.*

¹²⁶⁵ PV de la réunion du Conseil de direction de l'EIEIS du 19 octobre 1964. Registre... *op. cit.*

Schéma 1 – Organigramme de l'EIEIS adopté en Commission permanente le 20 octobre 1964



Légende - Trait pointillé : relations de type fonctionnel ; trait continu : relations de type hiérarchique. La Commission de coordination devint le Conseil d'enseignement à cette date.

ministère de la Santé publique et de la Population d'une part, et de l'université de Lyon d'autre part, certains titres furent modifiés par rapport à la composition du Conseil de direction arrêtée en avril¹²⁶⁶. Enfin, il fut décidé, une fois de plus, de remettre de l'ordre protocolaire dans l'exposé des différentes facultés, les Lettres ayant été maladroitement glissées par quelques mains profanes ou peu scrupuleuses, devant les Sciences. La « rectification » fut adoptée sans discussion : Droit, Médecine, Sciences, Lettres. Ces petites modifications, pour anodines qu'elles pussent paraître, permettaient aussi aux infirmières de se familiariser avec quelques codes en usage dans le monde universitaire hiérarchisé aux portes duquel elles se trouvaient. Non seulement elles offraient une modeste contribution à leur socialisation, mais elles les renvoyaient à leur propre aventure. Bien loin de ces considérations très symboliques, la vitale prévision de budget pour l'année 1965 constitua le premier point abordé s'agissant des problèmes de fond. L'examen des recettes permit aux membres du Conseil de repérer les financeurs les plus zélés :

- Ministère de la Santé Publique et de la Population = 150 000 Frs pour 1965 (200 000 Frs à partir de 1966) et traitement de deux Monitrices.
- Ministère des Affaires Etrangères = rien pour 1965 – Subvention probable pour 1966. Le Ministère de la Coopération technique doit être contacté par le Ministre des Affaires Etrangères.
- Mairie de Lyon = subvention probable de 10 000 Frs pour 1965.
- Scolarité de 20 élèves (1 000 Frs x 20) = 20 000 Frs.
- Les Hospices Civils de Lyon acceptent de combler un déficit de 50 à 70 000 Frs.

Le ministère de la Santé publique et de la Population avait donné son accord pour que le budget fût calculé sur l'année civile, soit en l'occurrence pour un trimestre. Ce budget autorisait donc à ouvrir l'École et confirmait à la fois l'engagement du ministère de la Santé publique et de la Population, des HCL et même de la mairie de Lyon dans une moindre mesure. En outre, les frais de scolarité avaient été largement revus à la baisse par rapport au dernier Conseil et mis au niveau de ceux qui étaient en vigueur à Édimbourg à raison de trois trimestres par an. Cet ajustement montrait au passage la prise en compte scrupuleuse des avis du Conseil de direction. Pour améliorer les recettes, les membres du Conseil proposèrent d'augmenter les prix des chambres à 120 Frs par mois et du repas à 5 Frs pour les étudiantes boursières intéressées, sachant que ces tarifs étaient respectivement ramenés à 50 et 2,30 pour les non boursières. Ces tarifs les plus bas correspondaient à ceux qui étaient consentis au personnel des HCL. Mme Alves-Diniz confirma que les bourses de l'OMS pouvaient être attribuées au-delà de la première année. Comme les étudiantes françaises ne pouvaient y prétendre, une prise en charge « par les organismes qui les [enverraient] à l'EIEIS », c'est-à-dire leurs employeurs, fut suggérée. En

¹²⁶⁶ Voir tableau *supra*. M. Arnion occupait désormais le poste de Chef de Service Régional de l'Action Sanitaire et Sociale. M. Rutkowski avait pour sa part été nommé Inspecteur Régional de la Santé. L'École pratique de Psychopédagogie était devenue l'École de Psychologie et de Pédagogie.

outre, il fut rappelé que celles-ci pourraient « bénéficier des bourses données par le ministère de la Santé Publique et de la Population sur les Crédits de Promotion Professionnelle ».

S'agissant des dépenses, le Conseil émit plusieurs objections. Ainsi, furent jugées insuffisantes les prévisions concernant les frais administratifs, ceux relatifs aux abonnements aux revues et à la bibliothèque, l'amortissement des constructions et du matériel et les indices de salaire du personnel. Sur ce dernier point, les remarques des doyens Cier et Vincent au dernier Conseil n'avaient pas été prises en compte et le Conseil s'était emparé de la question. Ce qui n'était qu'un commentaire se transforma donc en problème à traiter, au même titre que les autres objections. Sans doute dans un souci de cohérence d'ensemble du projet dans lequel ils étaient très impliqués, les universitaires, parmi d'autres, entendaient bien peser aussi sur cette question des salaires qui relevait pourtant *a priori* des compétences des HCL et du ministère. Ces prises de position confirmaient une dynamique nettement favorable aux infirmières qui jusqu'alors n'avaient pas été habituées à discuter de leur rémunération, pas plus qu'elles n'avaient rencontré de nombreux observateurs prêts à soutenir cette cause. Au total, le budget fut accepté « sous réserve » d'une révision par rapport aux objections qui avaient été formulées. L'attribution du diplôme de deuxième année par l'université de Lyon fut aussi abordée. Après un exposé sur l'état de la situation par le Recteur Louis, le Conseil décida de constituer une Commission spéciale de travail sur la question, sous la présidence du doyen Vincent¹²⁶⁷. Celle-ci fut chargée de rédiger un projet à soumettre à la Commission permanente de l'EIEIS qui reçut délégation du Conseil pour la décision. Après délibération, le Conseil proposa la nomination de Mlle Bachelot pour le poste de directrice et celle de Mlle Mennesson pour le poste de sous-directrice pour la première année de fonctionnement de l'École¹²⁶⁸. Mr Veyret rappela aux membres du Conseil que la construction du bâtiment de l'École serait achevée au plus tard en mai 1965.

Une séance extraordinaire de la Commission permanente se déroula le 23 novembre suivant, pour examiner les propositions émises par la commission spéciale de travail désignée au Conseil de direction¹²⁶⁹. Celle-ci proposa un projet de convention entre les HCL et l'université de Lyon, comprenant un projet de règlement des études et des examens de l'EIEIS. Après quelques modifications, ce texte fut adopté par les membres présents, peu nombreux. Le 24 décembre, une réunion du Bureau de la Commission permanente y fut à nouveau consacrée, après l'élection d'un président (doyen Vincent), d'un vice-président (doyen Cier) et d'une secrétaire (Mlle Bachelot)¹²⁷⁰. La distribution des postes montrait que ce Bureau était bien l'affaire de l'université et de l'EIEIS. Concernant le projet de convention, une majorité des

¹²⁶⁷ Y participaient M. Arnion, M. Cier, Mlle Duvillard, M. Husson, M. Veyret et Mlle Bachelot.

¹²⁶⁸ Le poste de sous-directrice était encore à cette date soumis aux fluctuations du nombre d'étudiantes.

¹²⁶⁹ PV de la réunion de la Commission permanente du 23 novembre 1964. Registre ... *op. cit.*

¹²⁷⁰ PV de la réunion du Bureau de la Commission permanente du 16 décembre 1964. Registre... *op. cit.*

membres absents à la dernière réunion de la Commission permanente avaient fait connaître leur plein accord, deux n'avaient pas répondu et deux avaient suggéré quelques modifications qui furent prise en compte. Après cette ultime approbation, la seconde étape consistait à soumettre ces textes au ministère de la Santé publique et de la Population, aux HCL, au Conseil de l'université de Lyon, puis à les présenter à la Section permanente du Conseil de l'enseignement supérieur de l'Éducation nationale. A la fin de l'année 1964, l'EIEIS disposait d'une directrice et d'une directrice-adjointe, d'un programme d'enseignement, d'un budget assuré et d'un bâtiment neuf quasiment achevé. Les instances délibératives avaient amplement démontré leurs capacités de fonctionnement et leur force de proposition très concrète. Enfin, un projet de convention entre les deux institutions était sur les rails. Autant de conditions qui permettaient d'envisager plutôt sereinement le décollage de l'École à la rentrée suivante. Le premier semestre 1965 fut consacré à la finalisation des préparatifs.

Préparer la rentrée tout en faisant face, déjà, aux premiers imprévus

Le projet de Convention entre l'université et les HCL fut soumis à la Section permanente du Conseil supérieur de l'Éducation nationale le 16 février 1965, laquelle demanda des modifications qui furent examinées à la réunion du Bureau de la Commission permanente du 4 mars¹²⁷¹. Le problème le plus important résidait dans la nécessaire conformité des démarches au décret du 31 juillet 1920 sur la constitution des universités, lequel avait pour ambition de porter dans les universités le « grand souffle de la vie générale »¹²⁷². Selon les termes de ce texte, des établissements d'enseignement supérieur pouvaient, sous réserve de l'établissement de conventions spéciales, « être réunis par décret aux facultés sur proposition de leurs conseils et après avis favorable du conseil de l'université et de la section permanente du conseil supérieur de l'instruction publique. »¹²⁷³ Le ministère de l'Éducation nationale avait estimé qu'une réunion de l'EIEIS à la faculté de médecine était la plus pertinente du fait de la récente réforme hospitalière instituant les CHU. Les membres du Bureau, y compris le doyen Cier, remarquèrent néanmoins que dans les contenus d'enseignement, cette faculté était la moins sollicitée après la faculté des Sciences. Il fut donc décidé que le Pr Cier irait, au nom du Bureau, expliquer aux

¹²⁷¹ PV de la réunion du Bureau de la Commission permanente du 4 mars 1965. Registre... *op. cit.*

¹²⁷² Ce texte consacrait l'ouverture des universités à « tous les établissements d'enseignement supérieur et services scientifiques du ressort universitaire, publics, départementaux, municipaux ou autres », de façon à faire « désormais » de chaque université « le groupement coordonné des ressources scientifiques de la région ». Cette visée supposait une ouverture des conseils d'université à la vie de la cité : « On constate maintenant avec juste raison que le conseil de l'université a été conçu d'une façon trop étroite. Il faut non seulement que tous les établissements de l'université y soient représentés, mais aussi les grands intérêts de la région. Il faut que le conseil de l'université sache comment son présent et son avenir sont vus du dehors, qu'il ait des conseillers réguliers, officiels, qui lui apportent des conceptions moins étroitement universitaires. Il faut que pénètre dans l'université le grand souffle de la vie générale. C'est pour cela qu'il est proposé d'adjoindre au conseil, à titre permanent, des membres n'appartenant pas à l'université. » Propos liminaire au décret du 31 juillet 1920 sur la constitution des universités. Rapport du ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts André Honnorat au Président de la République, 29 juillet 1920.

¹²⁷³ *Op. cit.* Art. 1.

conseillers ministériels les particularités de cette École très originale, dont le rapport aux sciences était si complexe qu'elle relevait inégalement de 4 facultés¹²⁷⁴ et d'autant de doyens. Cette démarche contenait en elle-même la démonstration que sur la question des savoirs, les infirmières sortaient de façon spectaculaire de la stricte dépendance de la médecine et qu'elles avaient donc un chemin particulier à inventer, qui ne renvoyait plus exclusivement à la division du travail médical. Si ce constat ne fut pas formulé dans ces termes, il contribua à ébranler au plus haut niveau de l'État les représentations de cette profession, élaborées depuis le début du siècle et dont la forme condensée figurait dans la définition législative de 1946. En outre, non seulement le choix de cet émissaire, insoupçonné d'un quelconque conflit d'intérêt, était remarquablement stratégique, mais il témoignait avec force que la cause de l'École dépassait très largement les considérations de chapelles. Dans les milieux universitaires lyonnais, les représentations de la profession d'infirmière s'étaient sans aucun doute transformées au rythme de la conception et de l'élaboration du projet d'ouverture de cette École. Ce projet était d'autant mieux intégré que tous ces échanges avaient eu lieu sans Huguette Bachelot ni Mlle Duillard, toutes deux absentes à cette réunion¹²⁷⁵. Les infirmières y étaient néanmoins représentées par Nicole Mennesson et Catherine Mordacq, « nouvelle infirmière-monitrice à l'E.I.E.I.S. » qui assistèrent à la réunion à titre d'invitées.

Si son officialisation au niveau national devait prendre encore un an¹²⁷⁶, la Convention fut acceptée localement de part et d'autre et présentée officiellement¹²⁷⁷ au Conseil de direction qui donna son agrément à la séance du 31 mai 1965¹²⁷⁸. L'EIEIS était désormais « rattachée » à l'université de Lyon et les responsabilités de l'une et l'autre partie précisément stipulées, même si elles entérinaient dans le principe, des relations amplement exposées dans les nombreux textes rédigés antérieurement et déjà mis en œuvre¹²⁷⁹. L'attribution à l'université

¹²⁷⁴ Même s'il avait prévu d'abandonner la faculté des Sciences en cas de nécessité, vraisemblablement parce que la faculté de médecine était en mesure de reprendre ces enseignements à son compte. PV de la réunion du Bureau de la Commission permanente du 4 mars 1965. Registre... *op. cit*

¹²⁷⁵ À l'hiver 1964, la toute nouvelle directrice effectua pour sa part, à la demande de l'OMS, un périple en Europe qu'elle n'avait pas encore achevé. Pour ce dernier grand voyage d'observation et d'étude des systèmes infirmiers sur ce territoire, elle s'arrêta dans les pays suivants : Angleterre, en particulier à Édimbourg, Belgique, Suède, Norvège, Finlande et Danemark.

¹²⁷⁶ La Convention entre les HCL et l'université de Lyon, représentés par « M. le Médecin Général Gabrielle, Président du Conseil Général d'Administration et M. Louis, Recteur de l'Académie de Lyon » qui agissait aussi en qualité de Président du Conseil de l'université, fut signée le 26 juin 1966. Archives EIEIS. Elle fut approuvée par décret un mois plus tard. Décret du 27 juillet 1966 portant approbation d'une convention en vue de la réunion à l'université de Lyon de l'école internationale d'enseignement infirmier supérieur de cette ville. Les multiples discussions autour des facultés avaient fini par aboutir à la solution la plus simple qui consistait à réunir l'EIEIS à l'université de Lyon et non pas à une ou plusieurs facultés. Le diplôme universitaire délivré à la fin de la deuxième année relevait bien de la seule université et en portait l'unique sceau. Tout au plus était-il « enregistré » par le ministère des affaires sociales.

¹²⁷⁷ En réalité, elle organisa les rapports entre les deux institutions de façon officieuse la première année, dans l'attente de l'agrément ministériel et de sa ratification par décret qui seule autorisait son entrée en vigueur.

¹²⁷⁸ PV de la réunion du Conseil de direction de l'EIEIS du 31 mai 1965. Registre... *op. cit*

¹²⁷⁹ Voir tableau 4 page suivante.

Tableau 4 - Quelques extraits de la Convention entre les HCL et l'Université de Lyon, signée le 29 juin 1966¹²⁸⁰

Art. 2 - Les Hospices civils de Lyon assurent l'organisation générale, la direction administrative et la gestion financière de l'Ecole. L'Université de Lyon lui apporte son concours technique, organise les examens et sanctionne les études par un diplôme d'université.

Art. 4 - Les textes réglementaires (décrets ou arrêtés ministériels) concernant l'administration de l'Ecole et sa gestion financière sont établis par le Ministère des Affaires Sociales. Ceux qui concernent l'organisation de l'enseignement, celle de l'examen d'admission et la délivrance du diplôme final sont délibérés en Conseil de l'Université et soumis à l'avis du Conseil de l'Enseignement Supérieur ou de sa Section Permanente.

Art. 6 - L'Ecole assure l'encadrement des élèves par une directrice, une directrice-adjointe, un corps de moniteurs et monitrices. Elle prend en charge l'organisation des cours qui ne peuvent être assurés directement par l'Université. Enfin, elle assure l'organisation et le contrôle des stages.

Art. 7 - Chacune des branches de l'enseignement (exception faite des enseignements proprement professionnels) est placée sous la direction d'un professeur ou maître de conférences de l'Université, désigné par la Commission permanente avec l'accord du Conseil de la Faculté intéressée. Les enseignements professionnels sont placés sous le contrôle et la responsabilité de la directrice.

Art. 9 - Les études sont sanctionnées :

- A la fin de la première année par un certificat ;
- A la fin de la deuxième année par un diplôme d'enseignement infirmier supérieur.

Le certificat est délivré sous le timbre du Ministère des affaires Sociales, sans examen, aux élèves qui ont obtenu pour l'ensemble de leur scolarité un total de notes égal ou supérieur à la moyenne.

Le diplôme est délivré au nom et sous le sceau de l'Université de Lyon, à la suite d'un examen dont le jury est nommé par le Recteur, sur proposition du Bureau de la Commission Permanente. Il est enregistré au Ministère de l'Education nationale et au Ministère des Affaires Sociales.

du tiers des sièges du Conseil de direction et de la moitié des sièges de la Commission permanente¹²⁸¹ entraîna des modifications de la composition de ces organes et donc du règlement intérieur de l'École. Ces transformations, proposées par le Bureau de la Commission permanente, furent approuvées par le Conseil de direction. Au cours du même Conseil, M. Veyret annonça d'importants mouvements dans l'équipe enseignante. Nicole Mennesson, contrainte de quitter Lyon pour des raisons familiales à la grande déception de l'ensemble du Conseil, laissa son poste de directrice-adjointe vacant¹²⁸². Cet événement rappelait que les

¹²⁸⁰ Convention... *op. cit.* Les universitaires désignés dans le cadre de l'article 7 constituèrent le groupe des directeurs d'études à l'EIEIS.

¹²⁸¹ *Op. cit.* Art. 3.

¹²⁸² Elle poursuivit autrement sa route de bâtisseuse et de missionnaire. Le 1^{er} août 1965, elle fut recrutée pour un poste intérimaire à Paris. Elle fut alors chargée, dans le cadre d'une réorganisation interne, de la création du poste de Directrice exécutive au siège central de l'ANFIIDE dont elle était membre du bureau. Si l'on en croit un document administratif rendant compte d'une décision de la Direction générale des HCL, elle fut récompensée pour les services rendus par sa contribution à l'édification de l'EIEIS les années précédentes. Alors qu'elle était « surveillante chef des services médicaux » 2^{ème} échelon à l'indice 315 depuis le 15 juin 1964, et « en disponibilité sans traitement depuis le 1^{er} août 1965 », elle fut nommée « Monitrice de l'EIEIS » 1^{er} échelon, indice 345 à

projets les mieux préparés, même de longue date, n'en demeuraient pas moins très fragiles et supposaient de solides facultés d'adaptation. Du fait de ce départ et devant la nécessité absolue de recruter dans l'urgence une monitrice en vue de la prochaine ouverture de l'École, le Directeur général proposa Mlle Stussi, « ancienne élève de l'École des Cadres Rhône-Alpes et actuellement monitrice à l'École de Strasbourg » à titre de monitrice stagiaire à l'EIEIS. Il proposa aussi la candidature d'une infirmière belge, Mme Rolin Hymans-Geenen, pour ouvrir deux ans plus tard un programme de soins infirmiers en psychiatrie. Ces deux propositions furent favorablement accueillies à l'unanimité par les membres du Conseil.

Enfin, M. Veyret annonça le départ de M. Montésinos, dont les problèmes avaient été réglés, pour une année d'études à l'Institut Margueritte d'Youville à Montréal, sur les traces d'Huguette Bachelot et Nicole Mennesson. Soit la bourse versée à l'université du Minnesota avait dû entre temps être attribuée à une autre infirmière, soit le choix de l'université de Montréal avait été finalement opéré pour des raisons de confort linguistique, comme pour ses deux devancières. Il parlait arabe et espagnol, mais l'anglais lui demandait sans doute plus d'efforts. Il était né lui aussi en Algérie, le 26 décembre 1931, à Sidi Bel Abbes¹²⁸³. Son parcours professionnel l'amena à croiser Huguette Bachelot à Alger, et c'est elle qui, la première, le recommanda aux autorités ministérielles et de l'OMS pour un recrutement potentiel à l'EIEIS¹²⁸⁴. Infirmier Diplômé d'État en 1955 à l'école des adjoints techniques de la santé à Alger, il obtint 2 ans plus tard le Certificat d'infirmier anesthésiste à l'école du Centre hospitalier régional (CHR) d'Alger¹²⁸⁵. En 1958, il prépara avec succès le Certificat d'aptitude aux fonctions d'adjoint technique de la santé¹²⁸⁶ à l'école où il avait obtenu son diplôme d'État

compter du 1^{er} septembre 1965. Décision du président du Conseil et du Secrétaire Général au nom du Directeur Général des HCL concernant l'agent N. Mennesson, archives EIEIS. Elle fut donc semble-t-il, prise en charge financièrement par les HCL pour sa mission associative à Paris, l'ANFIIDE n'ayant sans doute pas les moyens de financer son poste, ceci au titre de monitrice de l'EIEIS qu'elle ne sera finalement jamais. Cette mission dura jusqu'au 30 avril 1966. Le 1^{er} juin, elle rejoignit le CHU de Reims où elle fut chargée de l'organisation, l'ouverture et la direction de l'école de cadres d'infirmières et d'infirmiers. Elle fut membre du CEEIEC pendant toute la durée de ces fonctions. En 1968, elle fut détachée du CHU de Reims pour une mission à l'OMS. Elle fut alors nommée chef de projet d'une équipe OMS à Dakar. Il s'agissait d'ouvrir la première école de cadres en Afrique francophone au sud du Sahara. Elle dut interrompre cette mission au bout de deux ans pour des raisons de santé dues au climat. Le 1^{er} mai 1970, elle fut réintégrée par mutation aux HCL, à l'Hôtel Dieu, au poste de surveillante générale. Le premier mai 1977, elle fut nommée Infirmière générale, fonction récemment créée (voir *infra*), dans le même établissement.

¹²⁸³ Archives EIEIS, dossier enseignants, CV André Montésinos.

¹²⁸⁴ Entretien Huguette Bachelot, 2 et 3 décembre 2010.

¹²⁸⁵ Nous avons respecté la dénomination de l'établissement figurant dans le CV, malgré son caractère anachronique. Il s'agissait à l'époque de l'Hôpital Mustapha, comme dans le cas d'Huguette Bachelot.

¹²⁸⁶ Ces professionnels de santé correspondaient sans doute pour une bonne part, aux anciens officiers de santé supprimés à la fin du XIX^{ème} siècle en métropole. Caractéristiques de l'époque coloniale, les adjoints techniques de la santé publique avaient succédé en 1934 aux auxiliaires médicaux qui avaient été recrutés et formés au début du siècle dans le but de médicaliser un peu les régions rurales d'Algérie. La qualification de ces professionnels se situait entre les médecins et les infirmiers. Peu nombreux, ils étaient recrutés et formés dans des écoles spéciales, à un niveau scolaire supérieur à celui des infirmiers, le niveau d'exigence ayant été augmenté à partir de 1935. Ils bénéficiaient dans la population indigène et une frange de la population des colons d'un prestige social supérieur à celui des infirmiers, sans rivaliser avec celui des médecins. Hannah-Louise CLARK, *Doctoring the bled : medical*

d'infirmier. En 1961 et 1962, il obtint le CAFIM puis le CAFIS. Jusqu'à son arrivée en métropole, il effectua toute sa carrière au CHR d'Alger où il débuta en 1951 comme agent des services hospitaliers. Il y exerça ensuite comme infirmier puis comme surveillant d'un service de chirurgie infantile et orthopédique jusqu'en 1957. Il occupa, à compter de cette date, un poste d'infirmier anesthésiste à mi-temps au bloc opératoire et au service d'urgences jusqu'en 1960. De 1956 à 1960, il exerça en effet pour l'autre mi-temps comme moniteur chargé de l'enseignement pratique et de l'organisation et la supervision des stages des élèves à l'école des adjoints techniques de la santé¹²⁸⁷. Il assumait en outre la responsabilité de la formation des aides-soignantes de 1956 à 1957 au CHR. Il exerça comme moniteur à l'école d'infirmiers et d'infirmières du CHR en 1961, puis quitta l'Algérie pour occuper un poste de moniteur à l'école de cadres de l'Assistance publique de Marseille jusqu'en 1964. Enfin, il fut recruté comme moniteur à l'école de cadres des HCL en 1965, avant de partir en formation au Québec pour être nommé moniteur à l'EIEIS à son retour en 1966. Si le parcours de cette nouvelle recrue était lui aussi fort dense et riche, il était essentiellement caractérisé par ce qui apparaît comme une quête incessante de reconnaissance, sinon d'ascension sociale¹²⁸⁸. Son recrutement à l'EIEIS et son départ pour une formation universitaire à l'étranger lui permettaient de poursuivre son chemin sur cette lancée.

En attendant son retour, Élisabeth Stussi était cette recrue presque providentielle, qui permettait d'assurer l'ouverture de l'École. Elle avait été contactée par courrier 3 semaines plus tôt par la directrice, sans doute déjà informée du départ de Nicole Mennesson. Celle-ci lui proposa le poste de stagiaire pour la rentrée. Cette façon de procéder lui écrivit-elle, lui permettrait de juger du travail et de ses « possibilités d'intégration dans l'équipe actuelle, en attendant que l'Organisation Mondiale de la Santé puisse disposer d'une bourse pour assurer [son] complément de formation aux USA »¹²⁸⁹. Son parcours présentait des caractéristiques très compatibles avec le poste envisagé. Elle était née à Colmar le 12 juillet 1930¹²⁹⁰. Son père était pasteur¹²⁹¹. Elle effectua sa scolarité primaire et secondaire en Alsace, avec une interruption en 1944-1945. Elle séjourna alors en Suisse, Canton de Zurich, où elle effectua une année scolaire dans une école secondaire. De retour en Alsace, elle y poursuivit ses études dans un Lycée de

auxiliaries and the administration of rural life in colonial Algeria, 1904-1954, Thèse pour le doctorat de Philosophie (PhD) sous la direction de Katja Guenther, Département d'histoire des sciences, Université de Princeton, 2014. URL : <http://arks.princeton.edu/ark:/88435/dsp01td96k474s> consulté le 3 mai 2018.

¹²⁸⁷ Il s'agissait vraisemblablement des élèves infirmiers de cette école. Peut-être étendit-il sa mission aux élèves adjoints techniques de la santé après avoir obtenu ce diplôme lui-même en 1958, ce qui expliquerait, au moins partiellement, pourquoi il se forma à cette fonction qu'il n'exerça jamais. L'hypothèse de l'obtention d'un diplôme socialement plus valorisant que celui d'infirmier, voire d'infirmier anesthésiste alors que la spécialité n'était pas encore formellement identifiée est aussi très plausible. En outre, adjoint technique de la santé était un métier réservé aux hommes, particularité qui renforçait le rapprochement de la profession médicale dans les imaginaires.

¹²⁸⁸ Voir *infra*.

¹²⁸⁹ Archives EIEIS, dossier enseignants, lettre de H. Bachelot à E. Stussi, 10 mai 1965.

¹²⁹⁰ *id.*, CV manuscrit. Voir aussi Michel POISSON, *Infirmières, enseignantes et pionnières...* *op cit.*

¹²⁹¹ Témoignage de René Magnon, entretien du 29 mars 2013. Sa mère était probablement au foyer, sans certitude.

Jeunes filles à Mulhouse où elle obtint son premier baccalauréat, série A, en 1947. Elle suivit ensuite les cours du Conservatoire de musique de Mulhouse. Après des études à l'École d'infirmières, Établissement des Diaconesses à Strasbourg, elle obtint son diplôme d'État d'infirmière en 1951. De 1951 à 1953, elle travailla dans l'Établissement où elle avait effectué ses études, d'abord comme infirmière dans un service de médecine, puis comme cheftaine dans un service de chirurgie. Ce dernier emploi montre qu'elle fut très tôt repérée comme présentant des capacités d'encadrement. De 1953 à 1954, elle séjourna en Angleterre, dans le cadre d'une opération d'échanges d'infirmières¹²⁹² entre pays, organisée par l'ANIFDE. Elle passa alors 3 mois dans une famille à Orpington, Comté de Kent puis travailla pendant 9 mois au Bromley Hospital, dans la même région. De 1954 à 1955, elle exerça comme infirmière pendant 7 mois dans un service de chirurgie à l'hôpital américain de Neuilly¹²⁹³, puis pendant 4 mois, toujours en service de chirurgie, à la Clinique du Diaconat de Mulhouse. De 1955 à 1957, elle fit un long séjour aux États-Unis, à nouveau dans le cadre des échanges d'infirmières organisés par l'ANIFDE. Elle travailla alors en service de médecine, au Jefferson Medical College Hospital, à Philadelphie, puis en service de chirurgie, au Swedish Hospital à Seattle. De 1957 à 1958, elle exerça comme cheftaine de service de chirurgie, puis comme infirmière de salle d'opération à la Clinique du Diaconat de Mulhouse. De 1958 à 1961, elle assura des fonctions de monitrice à l'école d'infirmières des Hospices Civils de Strasbourg. Elle partit alors à l'école des cadres de la région Rhône-Alpes à Lyon, pour y préparer le Certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmière monitrice qu'elle obtint en 1962. Un an plus tard, elle prépara avec succès le Certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmière surveillante à l'école des cadres de Strasbourg. Dès lors, elle travailla comme monitrice à l'école d'infirmières de Strasbourg, jusqu'à son recrutement à l'EIEIS en 1965 pour prendre en charge en toute logique, en regard de son parcours, le programme de soins infirmiers de médecine et de chirurgie. Son recrutement eut lieu le 1^{er} septembre suivant, comme « surveillante des services médicaux faisant fonction de monitrice à l'Ecole internationale d'enseignement infirmier supérieur »¹²⁹⁴. Ainsi, même si ce fut à la hâte, une équipe complète était constituée pour la rentrée, malgré le départ soudain de la directrice-adjointe.

Enfin, comme pour achever l'édifice, les statuts de ce personnel caractérisé par sa rareté furent abordés au cours de la même séance. Sur cette question cruciale, considérée comme insatisfaisante par la majorité des membres du Conseil depuis les premières propositions des HCL, la réflexion avait considérablement avancé. En effet, par lettre en date du 23 avril 1965, le ministre de la Santé Publique et de la Population, « préoccupé de la situation faite actuellement au personnel d'encadrement de l'E.I.E.I.S. » avait demandé à l'Administration

¹²⁹² *Exchange-Nurses*

¹²⁹³ Dans cet hôpital, la pratique de l'anglais était requise pour être recruté.

¹²⁹⁴ Archives EIEIS, dossier enseignants, extrait du registre des délibérations du Conseil Général d'Administration des HCL, séance du 22 septembre 1965.

des HCL d'étudier « dans quelles conditions une carrière suffisante pourrait être envisagée pour ce personnel afin de permettre une stabilité de l'emploi »¹²⁹⁵. Cette intervention au plus haut niveau attestait que le caractère et le niveau exceptionnels de l'entreprise avaient été véritablement intégrés et justifiaient des dispositions statutaires aussi attractives que cohérentes. M. Veyret présenta aux membres du Conseil les résultats de ces travaux préparatoires sous la forme d'un exposé des indices et salaires nets mensuels de début et de fin de carrière :

- directrice de l'EIEIS - 390 à 525 (1520,53 Fr à 2249 Fr)
- directrice-adjointe – 360 à 475 (1377,26 Fr à 1942,12 Fr)
- monitrices – 340 à 450 (1303,62 Fr à 1786,53 Fr).

Ces grilles indiciaires avaient été travaillées et donc présentées en même temps que les grilles des emplois dans les autres établissements d'enseignement des HCL¹²⁹⁶. C'est que l'Administration des HCL avait tenu à intégrer les travaux sur les traitements à l'EIEIS dans une réflexion bien plus vaste, permettant de « régler en même temps le problème créé dans ses diverses écoles par l'absence de statut des monitrices »¹²⁹⁷. La pénurie d'infirmières, toujours, et la nécessité d'augmenter fortement l'effort de formation¹²⁹⁸ n'étaient assurément pas étrangères à cette approche globale du problème. Mais au-delà de la nécessité de rendre le domaine de l'enseignement attractif et le plus stable possible¹²⁹⁹ dans ce contexte critique, la valorisation de l'ensemble des équipes permettait aussi de mieux faire accepter l'irruption dans le paysage lyonnais d'une EIEIS dont l'intérêt était encore bien nébuleux pour la masse des non-initiés et les retombées prévisibles très hypothétiques, y compris pour ses créateurs. Les monitrices des écoles de base, qui ne bénéficiaient jusqu'alors d'aucun statut, furent d'emblée valorisées à cette occasion, par rapport à leurs collègues surveillantes et surveillantes chefs d'établissement hospitaliers. Il n'existait pas alors à l'hôpital d'équivalent de directrice d'école, ce qui rendait la comparaison impossible. Aucun statut n'avait en effet été imaginé pour la fonction de surveillante générale pourtant devenue réalité dans un nombre croissant d'hôpitaux.

¹²⁹⁵ Lettre du ministre aux HCL, citée à la séance du CGA du 7 juillet 1965.

¹²⁹⁶ Voir tableau 5 page suivante.

¹²⁹⁷ Archives EIEIS. PV de la séance du CGA du 7 juillet 1965.

¹²⁹⁸ Il était prévu en 1965 à l'École d'infirmières des HCL, d'augmenter les effectifs par promotion de 70 à 120 élèves. *Ibid.*

¹²⁹⁹ « Il est apparu indispensable à l'Administration de créer dans la proportion de 1 sur 3, des postes de monitrices principales qui permettront aux monitrices des écoles de base de faire carrière sur place ». *Ibid.*

Tableau 5 – Récapitulatif des grilles indiciaires proposées par les HCL au personnel dirigeant et enseignant de l'école d'infirmières, de l'école de cadres et de l'EIEIS en mai 1965¹³⁰⁰.

Écoles et fonctions	Indices nets		Indices bruts	
	Début de carrière	Fin de carrière	Début de carrière	Fin de Carrière
École d'infirmières				
- Directrice (+100 élèves)	360	450	455	585
- Directrice (- 100 élèves)	330	420	415	545
- Monitrice principale ¹³⁰¹	305	390	380	500
- Monitrice	280	360	340	455
École de cadres				
- Directrice	360	450	455	585
- Monitrice	305	390	380	500
EIEIS				
- Directrice	390	525	500	735
- Directrice-adjointe	360	475	455	635
- Monitrice	360 ¹³⁰²	450	455	585

En indices bruts¹³⁰³, la carrière d'une monitrice d'école d'infirmière (340-455) était plus enviable que celle d'une surveillante des services médicaux (315-430) et strictement équivalente à celle d'une surveillante-chef des service médicaux d'un établissement de moins de 1000 lits¹³⁰⁴. En outre, la fin de carrière d'une monitrice principale (500) correspondait à celle d'une surveillante-chef d'un établissement de plus de 1000 lits. Tout se passait comme si la réflexion devenue urgente autour de la question des rémunérations à l'EIEIS, avait fait

¹³⁰⁰ D'après le tableau présenté au Conseil de direction du 31 mai 1965.

¹³⁰¹ Les indices nets et brut de début de carrière pour le « principalat » furent communiqués à la séance du CGA du 7 juillet.

¹³⁰² Indice proposé par le ministère de la SP contre 340 par les HCL. C'est cet indice qui fut finalement retenu par le Conseil de direction.

¹³⁰³ Cet indice a été choisi pour la comparaison avec les données figurant exclusivement en indices bruts dans l'arrêté du 2 février 1962 relatif au classement et à l'échelonnement indiciaire des grades et emplois des personnels des établissements hospitaliers ... *op. cit.*

¹³⁰⁴ Ce qui pouvait apparaître comme une insupportable injustice compte tenu des niveaux de responsabilité comparables entre les surveillantes et les monitrices et supérieurs s'agissant des surveillantes chefs, fut rétabli l'année suivante par l'arrêté du 24 mars 1966 relatif au classement et à l'échelonnement indiciaire des grades et emplois des établissements d'hospitalisation, de soins ou de cure. L'échelonnement indiciaire des surveillantes fut strictement aligné sur celui des monitrices. Celui des surveillantes chefs reprit l'avantage par une échelonnement plus resserré en indices bruts de 380 à 500 quel que fut le nombre de lits. Les infirmières bénéficièrent elles aussi d'un resserrement du déroulement de carrière, sans augmentation de l'indice plafond, conformément à ce qu'avait envisagé le ministre Marcellin en 1965. Voir *infra*.

bénéficier l'ensemble des personnels de l'enseignement de ce vent favorable. C'est ainsi que les enseignantes des HCL bénéficièrent d'un statut bien avant toutes leurs autres collègues des hôpitaux publics, ce qui ressemblait fort à une aubaine. Les grilles salariales dont il était question furent en effet toutes adoptées par le CGA du 7 juillet 1965¹³⁰⁵, soit plus de 2 ans avant la publication du statut au niveau national¹³⁰⁶. Ces dispositions réglementaires nationales reprirent à l'identique les indices consentis par les HCL à la directrice et aux monitrices de l'école de cadres, ainsi qu'aux monitrices de l'école d'infirmières. En revanche, il ne retint pas le grade de monitrice principale et modifia la grille indiciaire des directrices d'écoles d'infirmières dans un sens moins favorable. Trois niveaux de carrière furent proposés au lieu de 2, selon que le nombre d'élèves était inférieur à 80, de 80 à 200 ou supérieur à 200, soit respectivement en indices nets : 320 à 400, 320 à 415, 320 à 430. Mais il s'agissait là, d'un faux-semblant de diversité. En réalité, le déroulement de ces trois types de carrière était strictement identique sur 5 échelons. Seul le passage au 6^{ème} échelon, au bout de 14 ans d'exercice, faisait la différence. En outre, l'indice le plus élevé était inférieur de 20 points à celui proposé par les HCL. L'indice d'entrée dans la carrière était de 10 points inférieur à celui des HCL pour la carrière de 1^{er} niveau et de 50 points inférieur pour la carrière de 2^{ème} niveau. Cette régression des possibilités de carrière pour les directrices d'écoles d'infirmières par rapport au sort réservé à la directrice de l'école des HCL confirmait le double effet d'aubaine dont celle-ci avait bénéficié, de même que les monitrices principales dont le grade fut pérennisé aux HCL. Avant même son ouverture, les premières répercussions de l'EIEIS comme événement étaient donc repérables, au moins dans le milieu de l'enseignement lyonnais.

S'agissant du personnel de l'EIEIS, cette perspective globale permettait d'autant plus de mettre en évidence, devant le Conseil de direction, les efforts qui avaient été consentis à son intention. Il apparaissait que le traitement d'une monitrice de l'EIEIS était strictement équivalent à celui d'une directrice d'École de cadres ou d'une directrice d'École d'infirmières de plus de 100 élèves, c'est-à-dire qu'il se situait au plus haut niveau de rémunération dans le domaine de l'enseignement. La carrière qui leur était proposée correspondait, à 10 points près en fin de carrière, à celle qui fut présentée sans succès pour la directrice lors des premières séances du Conseil de direction. Celle-ci bénéficiait quant à elle d'une perspective de carrière exceptionnelle qui la hissait au 1^{er} niveau sur 3 de la 2^{ème} classe de la catégorie du personnel de

¹³⁰⁵ Hormis celle de la directrice de l'école d'infirmière déjà adoptée par délibération du CGA du 2 décembre 1964 et celle de la directrice de l'école de cadres qui ne devait entrer en vigueur « que lorsque qu'un poste de ce grade [serait] créé au cadre de cette école » *Ibid.*

¹³⁰⁶ Décret n° 68-96 du 10 janvier 1968 relatif au recrutement et à l'avancement des personnels d'encadrement et de surveillance des écoles de cadres et des écoles d'infirmiers et d'infirmières rattachées aux établissements d'hospitalisation, de soins et de cure publics. Arrêté du 10 janvier 1968 relatif au classement et à l'échelonnement indiciaire des grades et emplois des personnels d'encadrement et de surveillance des écoles de cadres et des écoles d'infirmiers et d'infirmières rattachées aux établissements d'hospitalisation, de soins et de cure publics.

direction des hôpitaux et hospices publics¹³⁰⁷. À 30 points près en début de carrière¹³⁰⁸, elle se situait en effet au rang d'un « directeur général adjoint (établissement des villes siège d'une faculté de médecine ou d'une école de médecine de plein exercice) » ou d'un « directeur adjoint (établissement de plus de 2000 lits) ». En outre, malgré le décalage apparemment défavorable de début de carrière, la progression était plus rapide du 1^{er} au 5^{ème} échelon - soit sur 8 ans - pour la directrice¹³⁰⁹, que du 1^{er} au 6^{ème} échelon - soit sur 10 ans - pour le directeur¹³¹⁰. Ainsi, sachant que chaque échelon durait 2 ans, au bout de 6 ans d'exercice, le traitement de la directrice (665) dépassait celui du directeur (655). La grille proposée à la directrice adjointe se situait au 3^{ème} niveau sur 3 de la 3^{ème} classe de la catégorie du personnel de direction des hôpitaux et hospices publics, soit au rang d'un directeur d'établissement comptant de 201 à 500 lits¹³¹¹. Il s'agissait là de postes uniques en France et cette mesure budgétaire, pour exceptionnelle qu'elle fût, n'avait assurément rien d'héroïque. De même, le risque qu'une concurrence fût ressentie par les directeurs hospitaliers de même niveau était inexistant, du fait qu'il s'agissait là d'affectations très spécialisées et non de l'introduction d'une mixité à la fois de genre et professionnelle à ces niveaux élevés du corps des directeurs. Il n'en demeurait pas moins que celles-ci étaient des femmes et ceux-là des hommes, et que dans leur fulgurante ascension vers les cimes, elles en avaient dépassé plus d'un. Un tel niveau de reconnaissance associé à la profession d'infirmière constituait un précédent notable, susceptible de contribuer à faire évoluer les représentations de cette dernière et avec elle, d'un travail effectué par des femmes. Là encore, l'EIEIS était potentiellement porteuse de changements de regards, avant même son ouverture. Le Conseil de direction approuva l'ensemble de ces propositions, mais aussi le principe de l'augmentation des traitements d'une prime de service dont le taux serait « fixé par la Direction Générale », ainsi que l'attribution à la directrice d'une « indemnité exceptionnelle en compensation de ses frais de représentation ».

Derniers acteurs à entrer en scène après ces 5 années de patiente préparation de l'ouverture de l'EIEIS qui leur était destinée, les tous premiers étudiants furent admis par le Bureau de la Commission permanente le 30 juin 1965, suite aux délibérations du jury présidé par le doyen Cier. Neuf personnes furent admises sur 11 qui s'étaient présentées aux épreuves : 5 Françaises, 1 Polynésienne¹³¹², 1 Tunisienne, 1 Portugaise, le seul homme étant Marocain. Ce

¹³⁰⁷ Tableau annexé à l'arrêté du 2 août 1960 relatif au classement et à l'échelonnement indiciaire des grades et emplois du personnel de direction des hôpitaux et hospices publics... *op. cit.*

¹³⁰⁸ En indices bruts, la grille du directeur adjoint s'étendait de 530 à 735 (*Ibid*), *versus* 500 à 735 pour la directrice de l'EIEIS.

¹³⁰⁹ 500, 545, 595, 665, 735.

¹³¹⁰ 530, 575, 615, 655, 695, 735.

¹³¹¹ Avec comme pour la directrice, une progression de carrière plus rapide que celle du directeur d'hôpital par le même mécanisme, mais l'impossibilité d'accès à un échelon exceptionnel dans certaines conditions, contrairement à celui-ci.

¹³¹² Malgré une autonomie partielle, acquise suite à la loi cadre des territoires d'outre-mer de 1956 (Loi n°56-619 du 23 juin 1956... *op. cit.*), la Polynésie demeura sous administration française avec un pouvoir du gouverneur

dernier était marié. Parmi les femmes, une seule était mariée¹³¹³. Les notes obtenues par les étudiants admis à la dissertation, au résumé de texte et au « commentaire d'un texte lu » s'échelonnaient respectivement de 6 à 15/20, de 8 à 13/20 et de 7 à 14/20¹³¹⁴. La maîtrise de la langue française fut un facteur discriminant certain et les deux candidates non admises étaient étrangères. Sur 60 points au total, les deux derniers candidats furent même respectivement admis à 27 et 21 points, soit en dessous de la moyenne aux épreuves. Pour le jury, la priorité était manifestement de constituer un effectif suffisant pour la rentrée, ne fût-ce que pour générer une dynamique de groupe propice aux apprentissages, compte tenu des orientations pédagogiques qui avaient été retenues. A la fin de l'été, l'EIEIS était en ordre de marche pour la rentrée, dans des locaux flambant neufs.

Destiné à accueillir à la fois l'« Ecole de Cadres de la Région Rhône-Alpes » (ECRA) ouverte dans un autre lieu en 1961, et l'EIEIS, l'immeuble de 2 étages était situé au 162, Avenue Lacassagne dans le 3^{ème} arrondissement de Lyon. Placé suffisamment loin de l'immeuble abritant le Home des infirmières « pour conserver sa perspective propre »¹³¹⁵, il était entouré d'une piscine et de courts de tennis, équipements partagés avec les locataires du Home des infirmières. Il s'agissait d'une de ces constructions à la fois simples et massives, à l'esthétique très discutable mais assez répandues ces années-là en ce qui concernait les bâtiments publics, en raison de leur coût très abordable. Pour être plutôt banal, l'édifice n'en était pas moins imposant, vaste et lumineux, à en juger au commentaire un rien emphatique, à la fois technique et esthétique de son visiteur ou sa visiteuse d'un jour :

C'est un bloc entièrement vitré que strient les poutrelles verticales d'acier de la structure modulaire des étages, entièrement peinte en un rouge pompéien repris par les étroits panneaux pleins des murs

réaffirmé par rapport au gouvernement local sous la V^{ème} République. Néanmoins, dans les registres de l'EIEIS, cette candidate figure comme Polynésienne et non comme Française, sans doute pour souligner la particularité de son territoire de provenance.

¹³¹³ Hormis la mention « Mlle » ou « Mme » devant le nom des candidates, méthode d'analyse qui exclut les hommes d'une part et les possibilités de vie maritale pour les femmes d'autre part, aucune donnée concernant le statut matrimonial ne figure dans les registres d'examen. Elles proviennent du Fonds Marie-Françoise Collière, Salles d'Aude. Cette dernière avait en effet consigné minutieusement et conservé systématiquement certaines caractéristiques des étudiants et étudiantes, peut-être dans l'espoir d'utiliser ces données pour une étude de type sociologique ultérieure, ce qu'elle n'eut vraisemblablement pas l'occasion de faire.

¹³¹⁴ Archives EIEIS. Registre des réunions des jurys d'examen. PV de la réunion du jury d'examen d'admission à l'EIEIS du 30 juin 1965.

¹³¹⁵ La description suivante s'appuie sur un article en forme de reportage réalisé en 1967. L'auteur rend compte de ses observations lors d'une visite des lieux et de différents entretiens réalisés pour l'occasion. Ce texte donne une occasion rare de visiter les locaux tels qu'ils étaient configurés à l'ouverture de l'École et c'est ce qui motive son utilisation à cet endroit, malgré la date plus tardive de la visite de l'établissement qui rendit possible cette publication. Il s'agit d'une copie trouvée dans les archives de l'EIEIS. L'original n'a pu être retrouvé. Le nom de l'auteur étant illisible dans sa totalité, le texte est anonyme par la force des choses. ANONYME, Un enseignement et un esprit nouveaux, L'École internationale d'Enseignement Infirmier supérieur de Lyon, *Argus des Collectivités*, janvier 1967, p 23-40.

d'allège¹³¹⁶. L'uniformité du quadrillage vitré et des niveaux est très heureusement rompue sur tout un côté avec retours d'angles par l'immense hall dont les glaces claires s'élèvent sur toute la hauteur des deux niveaux inférieurs [...] L'ensemble architectural est vaste, aéré, imposant par sa masse et pourtant sans lourdeur ni tristesse. La même impression domine à l'intérieur, l'espace du hall et sa hauteur que font mieux ressortir les plantes tropicales géantes qui s'y abritent, évoque la liberté plutôt que la froideur des grandes salles trop vides.¹³¹⁷

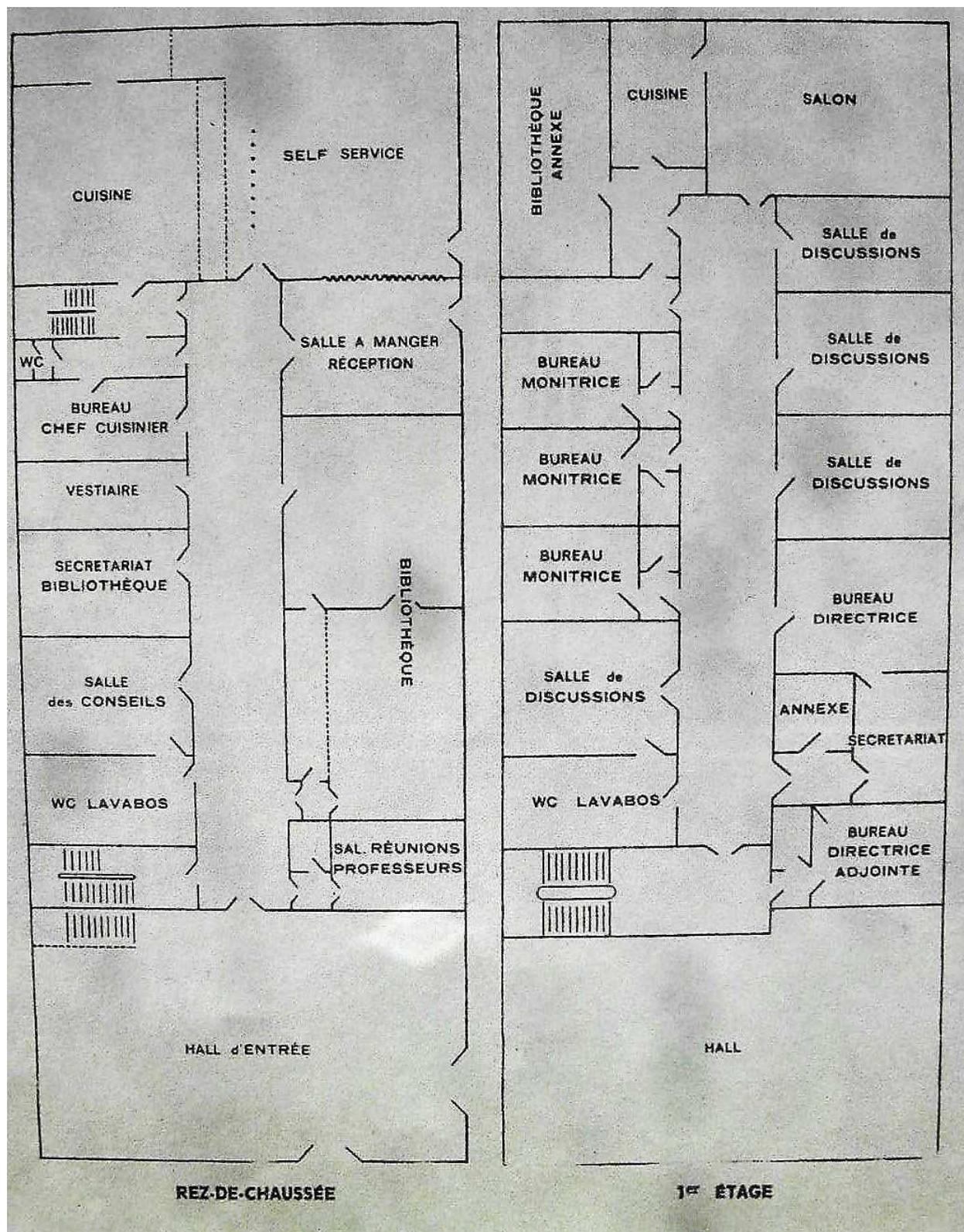
L'EIEIS occupait le 1^{er} étage¹³¹⁸ et l'ECRA le second. Le rez-de-chaussée était commun aux deux établissements. Ce premier niveau comprenait un immense hall d'entrée sur toute la largeur du bâtiment. Une grande bibliothèque « de 15 mètres de long », une salle de réunions et une salle à manger et de réception pour les professeurs occupaient la première moitié du bâtiment, le long d'un couloir large de 3 mètres. À l'autre extrémité, un self-service et les cuisines occupaient une surface équivalente à celle du hall d'entrée. De l'autre côté du couloir transversal se trouvaient le bureau du chef cuisinier, des vestiaires, le secrétariat de la bibliothèque et la « salle des conseils ». Au dernier étage réservé à l'ECRA, un amphithéâtre de 80 places, à l'usage des deux établissements, prenait tout l'espace au-dessus du hall d'entrée. Au premier étage, l'EIEIS bénéficiait du même très grand hall d'entrée qu'au rez-de-chaussée. À l'opposé, au bout du couloir, se trouvaient un grand salon, une petite cuisine ou office à l'usage des étudiants, et une bibliothèque annexe. Un côté du couloir était occupé par le bureau de la directrice adjointe, un grand secrétariat avec une pièce annexe, le vaste bureau de la directrice, et trois « salles de discussions ». De l'autre côté du couloir se trouvaient les trois bureaux des monitrices et une autre salle de discussions. La dénomination unique de ces pièces à usage pédagogique, préférée à l'intitulé « salle de cours » indiquait d'emblée l'orientation délibérément adoptée. Si l'ECRA, au-dessus, comptait aussi des salles de discussions, elle disposait d'une grande salle de cours en plus de l'amphithéâtre. Un équipement audiovisuel des plus récents et très varié était mis à disposition des deux établissements. Les différentes pièces étaient spacieuses et pourvues de « meubles simples, le plus souvent plaqués teck ou nuance teck », provenant « entre autres » de la « maison Roset ». Les « pièces de prestige », comme le grand salon ou le bureau de la directrice étaient en revanche équipées d'un « mobilier de style ». Ainsi, par exemple, le bureau de la directrice était équipé d'une « bibliothèque Directoire ». La bibliothèque principale était « remarquablement agencée grâce aux équipements Borgeaud, tables de lecture individuelles, sièges, meubles de rangement et de présentation ». Autant de conditions alors jugées très propices à l'étude :

¹³¹⁶ Murs sous les fenêtres. La note figure dans le texte original et fut sans doute suggérée par un relecteur prudent.

¹³¹⁷ *Id.* p 37.

¹³¹⁸ Voir plan page suivante.

Schéma 2 - Plan des locaux de l'EIEIS à l'ouverture en septembre 1965¹³¹⁹



¹³¹⁹ Source. ANONYME, Un enseignement et un esprit nouveaux... *op. cit.* p 37.

Les étudiantes travaillent dans une ambiance éminemment favorable avec en face d'elles les fenêtres innombrables qui les relient au cœur de la grande cité et leur dispensent le plus largement possible la lumière actuelle. Les couleurs autour d'elles sont claires, les pas ne résonnent pas indûment sur le grand passage ouaté par son revêtement de sol gris d'acier bordé de deux lés rouges. Deux fois par jour au milieu de la matinée et de l'après-midi, les étudiantes font une pause d'un quart d'heure. On les retrouve alors dans le bel office blanc où elles préparent elles-mêmes une tasse de thé ou de café.¹³²⁰

Les 9 premiers étudiants de l'EIEIS furent accueillis pour la première rentrée dans ces locaux spécialement dédiés le 6 septembre 1965, soit plus d'un mois avant l'inauguration officielle. Si cette cérémonie avait été annoncée localement comme l'inauguration du bâtiment destiné aux deux établissements, l'ouverture de l'EIEIS, qui constituait l'événement majeur, fut placée au centre de la fête. Ce moment solennel donna lieu à la production de 4 discours. Entre ce qui fut dit et ce qui fut passé sous silence, ces commentaires sur l'EIEIS renseignent sur la place qui lui était donnée par les différents orateurs. C'est qu'il n'était plus question, ce jour-là, de s'exprimer sur une idée, ni sur un projet, mais sur une institution déjà en fonctionnement, qui par son existence même, était susceptible de transformer les pratiques dans le système de santé.

4.2 – Les dits et les non-dits d'une inauguration en grandes pompes

L'inauguration officielle de l'EIEIS eut lieu le 21 octobre 1965. Sans compter tous les membres du Conseil de direction et de la Commission permanente, 46 personnalités de la profession d'infirmière, françaises et étrangères, y furent conviées¹³²¹. Sur le plan international, des délégations de l'OMS, aux niveaux mondial et européen, mais aussi du CII¹³²², de la Ligue des sociétés de la Croix Rouge, du CICR et du CICIAMS étaient présentes. En outre, la Grande-Bretagne, la Suède, le Canada (Québec), la Suisse, la Belgique étaient représentés par plusieurs personnes, que ce fût au titre d'organismes nationaux, de différentes écoles de base ou supérieures universitaires ou non, ou d'associations professionnelles. Sur le plan national, l'enjeu était tout aussi crucial, car il s'agissait, comme à l'international, de sensibiliser le plus largement possible toutes les personnes susceptibles de conseiller aux infirmières cadres de s'engager dans des études à l'EIEIS. Plusieurs directrices d'écoles de cadres furent ainsi invitées, de même que des représentantes d'associations comme l'ANFIIDE, l'UCSS, mais aussi l'Union nationale des religieuses des congrégations d'action hospitalière et sociale (UNCAHS)¹³²³, ou encore l'Association nationale des assistant(e)s de service social (ANAS).

¹³²⁰ Id. p 39.

¹³²¹ Archives EIEIS. Document préparatoire, « Inauguration EIEIS », liste d'invités.

¹³²² Dont la vice-présidence était alors assurée par Mme Clamageran, directrice de l'École d'infirmières de Rouen.

¹³²³ Ce groupement, constitué en association la loi 1901 depuis 1957, dérivait de l'Union des congrégations d'action hospitalière et sociale (UNCAHS) créée en 1947. Il se transforma en Religieuses dans les professions de

Dans ce dernier cas, il s'agissait aussi de montrer la volonté d'ouverture sur l'ensemble des activités médico-sociales, comme l'avait suggéré Marjorie Duvillard au moment de son étude exploratoire, malgré le parti pris disciplinaire sans équivoque de l'École. En plus de la représentation des facultés catholiques de Lyon dans le cadre du Conseil de direction et de la Commission permanente, le clergé lyonnais, catholique et protestant, était de la fête. Si « Monsieur l'Abbé Montfalcon » était invité au titre de la « Direction des œuvres diocésaines », « Monsieur le Curé de la Paroisse Notre Dame du Bon Secours » et « Monsieur le pasteur Riebel », l'étaient au titre de leur ministère, tous deux officiant dans le 3^{ème} arrondissement. Prudent œcuménisme qui permettait de ne fâcher personne, au moment où le recrutement d'étudiants pour cette belle École était déjà perçu comme problématique. L'inauguration eut lieu en présence de M. Raymond Marcellin, ministre de la Santé publique et de la Population. Ce dernier profita d'ailleurs de ce voyage de moins de 4 heures à Lyon pour couper auparavant « un ruban symbolique » à la clinique d'oto-rhino-laryngologie de l'hôpital Edouard Herriot, y recevoir les « explications de M. le Professeur Mounier-Kuhn », chef de service, et visiter après, l'École dentaire lyonnaise¹³²⁴. Une heure et trente minutes furent consacrées à l'EIEIS et à l'ECRA. Après la visite des deux Écoles, trois discours furent prononcés dans l'ordre protocolaire, avant la réponse du ministre¹³²⁵.

Premier à intervenir, M. Pradel, maire de Lyon et « Président né » des HCL, remercia nommément tous les acteurs de l'OMS, du ministère et de l'université pour leur active participation à l'élaboration du projet d'EIEIS. S'agissant des infirmières, si Marjorie Duvillard fut citée, il n'en fut pas de même pour Huguette Bachelot ni pour Nicole Mennesson qui furent pourtant parmi les toutes premières personnes à s'activer. Mais peut-être ne souhaitait-il pas privilégier une école plutôt que l'autre, d'autant plus que l'ECRA ne disposait pas encore de poste statutaire de directrice et fonctionnait alors sous la seule responsabilité de M. Le Pr Plauchu, « directeur technique ». C'est d'ailleurs en des termes très généraux et donc fort peu impliquants au niveau local ni même national, qu'il évoqua les infirmières comme groupe professionnel. Selon lui, il était en effet question pour ce collectif, d'« apprendre à mieux se connaître, à mieux se trouver, et ainsi, à découvrir l'étendue de ses responsabilités » dans ces si beaux locaux mis à sa disposition :

[...] cette profession exerce une influence considérable sur la Santé Publique. Insuffisamment développée, qualitativement ou quantitativement, elle peut freiner les meilleurs plans sanitaires et sociaux ; au contraire, mise à même de réaliser son potentiel, elle doit largement contribuer à

santé (REPSA) en 1973. Marie-Françoise COLLIÈRE, *Promouvoir la vie... op. cit.* p 380. Remarque : il est possible selon les sources, de trouver la même association désignée sous le sigle UNCASH au lieu de UNCAHS.

¹³²⁴ Archives EIEIS. Note du cabinet du Préfet, préparatoire à la « Visite à Lyon le 21 octobre 1965 de M. Raymond Marcellin, Ministre de la Santé Publique et de la Population ».

¹³²⁵ Archives EIEIS. Textes des 4 discours prononcés à l'occasion de l'inauguration de l'EIEIS le 21 octobre 1965.

l'amélioration du niveau de santé physique et mentale d'un pays, prenant ainsi la place qui lui revient parmi les professions sociales.

Il s'exprima assez longuement sur l'École de cadres et son évolution depuis 1961, notamment en termes d'effectifs d'élèves qui étaient passés de 30 à 50 par promotion. Il ne précisa pas, néanmoins, combien de surveillantes et de monitrices des HCL étaient désormais diplômées de cette École, ce qui eût pourtant constitué un moyen tangible de valoriser l'enseignement sur lequel il s'exprimait avec un grand enthousiasme. S'agissant de l'EIEIS, dont à ses yeux « le caractère original [était] de bénéficier de l'enseignement universitaire français », il rappela qu'elle était promise à devenir un lieu d'échanges et de recherches susceptibles d'apporter « peut-être » des solutions « aux difficultés que [connaissait] dans le monde entier la profession d'infirmière » et qui constituaient autant de freins à la promotion de la santé et l'amélioration des soins. Ainsi, grâce à cette formation, « quelques infirmières compétentes [apprendraient] à jouer un rôle efficace dans l'organisation du présent et dans la préparation de l'avenir ». C'est qu'au nom de la ville de Lyon et de son glorieux passé « depuis l'Empire Gallo-Romain », son maire était heureux d'héberger ce merveilleux dispositif de formation qui répondait à un besoin mondialement ressenti :

En effet, partout dans le monde la profession d'infirmière semble sortir d'une longue adolescence et manifeste le désir d'élaborer ses propres structures, d'assumer la responsabilité de sa formation, d'entreprendre la rédaction d'une littérature professionnelle. Dans ce but, chaque étudiante de l'Ecole Internationale, orientée par le corps enseignant, prendra en charge sa formation en sélectionnant consciencieusement cours, stages, travaux personnels en fonction du rôle professionnel et civique qu'elle est appelée à jouer dans la société.

Sur de nombreux points abordés dans son discours, M. le Maire aurait eu de bonnes raisons de remercier chaleureusement Mlle Bachelot qui n'avait pas manqué de lui en souffler quelques éléments auxquels elle croyait profondément¹³²⁶. Le résultat n'était néanmoins pas nécessairement à la hauteur de ce qui avait été espéré par la directrice et manquait singulièrement de souffle, comparé, pour ne citer qu'un exemple, à l'argumentaire du caractère expérimental de l'École qu'elle avait proposé dans la note préparatoire au discours :

- Ecole pouvant modifier rapidement ses programmes au fur et mesure de l'évolution rapide du monde et des soins infirmiers ;
- Formation de cadres destinés non seulement à organiser le présent mais à prévoir l'avenir en fonction de l'évolution démographique et sociale, de la mobilité des populations, des transformations industrielles et économiques ;

¹³²⁶ Archives EIEIS. Note préparatoire « discours du maire » pour l'inauguration.

- Prise de conscience des responsabilités de l'infirmière vis à vis de sa profession et de l'influence de cette profession sur le développement sanitaire et social. Suppose une formation générale, une formation aux méthodes de recherche, l'élaboration d'une littérature écrite par des infirmières ;
- Prise en charge par des infirmières compétentes de l'organisation de la profession d'infirmière et des services infirmiers, de la formation des infirmières et des auxiliaires de santé et de leur perfectionnement continu.

Tous ces éléments, qui reposaient pourtant sur des années de travail et de réflexion, furent réduits à l'état de quelques bribes comme picorées et rapidement assemblées en un discours qui ne rendait pas véritablement compte de la profondeur des enjeux de cette innovation. Mais le caractère nébuleux du propos final n'était sans doute pas pour déplaire à M. le Président né des HCL. Cette façon de communiquer présentait en effet le double avantage de ne pas trop engager les organisations locales dont il portait la responsabilité, mais surtout de ne pas commettre d'impair susceptible de contrarier les autorités nationales. Alors même qu'un poste de surveillante générale venait d'être spécialement créé à l'Hôpital de la Croix-Rousse aux HCL¹³²⁷ et qu'un autre avait été créé au Centre de réadaptation fonctionnelle des Massues à Lyon¹³²⁸, l'oubli de mentionner la structuration des services infirmiers et des postes particuliers pouvant être créés et occupés dans ce sens à l'issue des études à l'EIEIS, en France comme ailleurs, était particulièrement commode. Ainsi, une institution comme les HCL pouvait à la fois porter avec une remarquable persévérance une expérience nouvelle et même s'engager financièrement dans sa réalisation et son fonctionnement et le moment venu, n'évoquer son utilité concrète qu'avec d'infinies précautions. Ceci n'empêcha pas l'orateur d'avancer qu'en raison du « large champ de possibilités » qu'elles ouvraient, ces deux Écoles étaient susceptibles d'attirer les plus jeunes vers la « carrière d'infirmière », ce qui devait « favoriser un recrutement de qualité ». La proposition était néanmoins bien timide, alors que les récentes décisions du CGA des HCL à propos des grilles indiciaires des enseignantes, avaient pourtant montré combien les perspectives de carrière étaient considérées comme un levier incontestable pour attirer et fidéliser le personnel et donc comme un puissant facteur de vitalité d'une organisation. Mais ce jour-là et en présence du ministre, l'heure était vraisemblablement plus aux confortables circonlocutions qu'aux déclarations plus engageantes.

Nettement plus libre était l'orateur du Bureau européen de l'OMS. M. le Dr Hesselvik, Directeur des services de santé au Bureau Régional de l'OMS intervint au nom du Dr Van de

¹³²⁷ Après le remaniement des Conseils suite à la signature de la Convention entre les HCL et l'université de Lyon, Mme Rossi, « Surveillante générale de l'Hôpital de la Croix-Rousse (Hospices civils de Lyon), figurait ainsi désignée comme membre du Conseil de direction à la séance du 20 octobre. PV de la réunion du Conseil de direction de l'EIEIS du 20 octobre 1965. Registre... *op. cit.*

¹³²⁸ Mlle Duchêne, titulaire du même grade, fut nommée dans les mêmes conditions au Conseil de direction. *Ibid.* Ce centre de réadaptation avait été créé en 1960, à l'initiative de la Mutualité sociale agricole. Il ne faisait donc pas partie des HCL.

Calseyde qui n'avait pu se rendre disponible. En toute logique, il s'exprima exclusivement sur l'EIEIS et phénomène très inhabituel en France, il évoqua même, les soins infirmiers¹³²⁹ avant les infirmières :

Par suite de l'évolution rapide des besoins sanitaires du monde moderne, et en raison des progrès constants des connaissances scientifiques et techniques, le champ des soins infirmiers s'est considérablement accru et le personnel infirmier est appelé à assumer des fonctions plus diverses et plus chargées de responsabilités qu'auparavant.

S'appuyant sur les « rapports provenant de diverses parties du monde », il confirma le besoin grandissant de personnel infirmier compétent et le nécessaire renforcement de ses effectifs, y compris pour faire face « aux demandes des services sanitaires en voie d'expansion ». S'agissant des postes les plus élevés, il se félicita de la mise à disposition en Europe, enfin, de deux établissements de formation, ce qui dispensait désormais du recours aux formations outre Atlantique, solution « onéreuse et peu pratique [qui] ne pouvait être considérée que comme un palliatif, une solution de remplacement ». Il s'agissait à ses yeux, dans « cet édifice fondé avec le concours du Ministère de la Santé Publique et de la Population et des Hospices Civils de la ville de Lyon », de former des cadres supérieurs capables de « s'adapter à diverses situations, de faire preuve d'initiative et d'autorité ». S'appuyant sur la locution *festina lente* qu'il qualifia d'« admirable dicton », il loua la lente et sage élaboration du projet, ce « long et hardi » travail préparatoire qui avait permis « d'établir des bases sûres et stable pour cette école de Lyon ». Huguette Bachelot, à qui était confiée « la délicate mission de diriger cet établissement » fut la seule personne nommément citée. Il évoqua sa formation à l'étranger, de même que celle de « ses collaboratrices », occasion, sans doute, de rappeler l'intervention de l'OMS, mais aussi de montrer toute l'envergure d'une entreprise centrée d'abord sur les soins infirmiers :

Il est en effet devenu nécessaire de développer les aptitudes individuelles des infirmiers, d'élargir leur formation, de coordonner les activités du personnel existant et de les mettre à profit de la façon la plus judicieuse afin de pouvoir faire face ainsi, dans toutes la mesure des ressources disponibles, aux besoins des services infirmiers de la collectivité. Pour y arriver, il est indispensable de préparer des infirmières à occuper des postes de direction dans divers domaines spécialisés de soins infirmiers, à exercer des fonctions administratives dans les services infirmiers, à organiser, diriger et prendre part à l'enseignement infirmier, ainsi qu'à participer à la recherche, dans le domaine des soins infirmiers [...] Ceci s'applique d'ailleurs aussi bien aux pays de la Région européenne qu'à tous les autres pays du monde où l'on parle le français et ils sont nombreux.

¹³²⁹ De même qu'il évoqua dans son discours la profession infirmière, au même titre que la profession médicale, et non la profession d'infirmière comme c'était encore très largement l'usage en France.

Ces considérations étaient sans aucun doute de nature à concrétiser les éléments un peu vagues et épars du discours de Monsieur le Maire sur la question de l'usage possible de l'EIEIS par et dans le système de santé. Mais il avait assurément le beau rôle dans sa situation, car il s'exprimait très vraisemblablement en tant que porte-parole très officieux des infirmières du Bureau européen de l'OMS qui étaient à la manœuvre depuis fort longtemps dans le projet.

Le recteur Louis s'exprima pour sa part, dès le début de son intervention, sur le souvenir « extrêmement précis » qu'il avait gardé de la visite que lui rendirent « Mlle Alvez Diniz et Mlle Duvillard, accompagnées de Milles Bachelot et Mennesson » le 21 novembre 1962. Leur propos dit-il, était alors de lui parler du projet d'une EIEIS à Lyon, similaire à celle qui était prévue à Édimbourg pour les anglophones :

J'ai compris tout de suite que leur visite n'était pas seulement de courtoisie mais qu'elles désiraient profondément voir s'établir des liens très étroits entre l'Ecole qu'elles souhaitaient créer et l'Université de Lyon. C'était je dois le dire, la première fois qu'un projet d'une telle complexité m'était soumis, mais leur enthousiasme était si grand, leurs propos si persuasifs, qu'on ne pouvait pas ne pas s'intéresser aussitôt à cette école qui ne s'inscrivait dans aucune catégorie existante, mais dont Melle Alvez Diniz et Melle Duvillard voyaient déjà les élèves suivre les cours de nos facultés.

Il s'agissait là d'un bel hommage d'un universitaire à des infirmières dont le projet avait percuté l'Université à un point tel qu'elles l'avaient comme forcée à innover et par là-même, à se laisser altérer dans son fonctionnement. C'est qu'il avait aussi fallu convaincre la Direction des enseignements supérieurs au ministère de l'Éducation nationale, laquelle avait « tout de suite compris l'intérêt majeur qui s'attachait à la création de cet établissement d'un caractère tout à fait original ». L'orateur remercia tous les universitaires dont les doyens et adressa un hommage particulier à Mme Hatinguais, qui avait selon lui, apporté dans la résolution des problèmes liés à cette originalité toute l'expérience de la formation supérieure des infirmières sur laquelle elle s'était penchée de longue date. Elle avait en quelque sorte joué un rôle très utile de passeuse entre ces deux mondes jusqu'alors étrangers. Le Recteur remercia aussi le ministre de la Santé publique et de la Population et les membres de son ministère, citant en particulier M. Aujaleu, M. Robin et Mme Farçat pour leur « grande compréhension et [leur] aide la plus efficace », sans oublier M. Veyret, pour « sa connaissance des problèmes universitaires et [sa] grande sympathie pour ceux qui sont chargés de les résoudre ». Mais pour le Recteur d'académie et Président du Conseil de l'université de Lyon, l'EIEIS marquait surtout un tournant dans l'histoire de l'Université, ce qui ne constituait pas la moindre des reconnaissances :

[Cette création] est aussi [...] la preuve de l'intérêt d'une collaboration réelle, à l'intérieur même de l'Université, entre les diverses Facultés. Le temps est révolu, où nos établissements d'Enseignement supérieur pouvaient élever entre eux des murs infranchissables et vivre en vase clos. Il est même curieux de constater qu'au moment où, par la force des choses, les Facultés et les Instituts doivent pour travailler efficacement, éclater dans des locaux dispersés, la nécessité d'une collaboration entre les enseignants et les chercheurs de disciplines différentes, se fait de plus en plus urgente [...] L'Université, chacun le sent, est à la veille de mutations importantes.

L'orateur ne croyait sans doute pas si bien dire, moins de 3 ans avant les événements de 1968 qui allaient induire ou accélérer des mutations dans des registres certes très variés. En attendant, réunir 4 doyens pour un projet commun relevait en effet de la gageure, et l'obstacle avait pourtant été franchi, grâce à l'EIEIS ou à cause d'elle, qui avait ainsi introduit un improbable changement dans le monde universitaire.

Il revint au ministre Marcellin de clore la cérémonie. Il en profita, comme tous les ministres en déplacement, pour consacrer plus de la moitié de son discours à un exposé fort documenté sur les actions conduites et les avancées réalisées sous son ministère. S'agissant de l'EIEIS, il rappela qu'elle avait « une très grande importance » et qu'elle se distinguait de « l'Ecole de Cadres traditionnelle ». Elle était en effet destinée selon lui, à former des « Directrices d'Ecole d'infirmières [et aussi] des chefs de services infirmiers dans les Etablissements de soins ». Dans ce dernier cas, il s'agissait d'une forme de reconnaissance, au niveau de l'État, de la réalité des services infirmiers et de la nécessité pour ces derniers de disposer comme pour les écoles, de personnels formés pour les diriger. En ce sens, le ministre était même un peu plus précis que le maire de Lyon, même s'il n'allait pas jusqu'à prendre l'engagement d'en faire une condition de recrutement à moyen ou à long terme. La deuxième caractéristique qu'il avait retenue était le niveau supérieur de l'enseignement dispensé, sanctionné par « un diplôme établi par l'Université de Lyon ». Il s'agissait là, à ses yeux, d'un troisième niveau de formation. Là aussi, il apportait la reconnaissance officielle par l'État de l'accès des infirmières aux enseignements universitaires. Il se laissa même aller à une explicitation enthousiaste de ce qu'il avait cru comprendre de cette innovation qu'il était ravi de célébrer :

[...] il est intéressant qu'il y ait 3 niveaux de formation des infirmières car qui va donner l'enseignement dans cette Ecole, et bien ce seront les grands Maîtres de nos facultés, ce seront les professeurs d'Université qui enseignent la Psychologie, l'Economie Politique, la Sociologie, l'Organisation du travail et ainsi ces Maîtres vont être amenés à étudier plus particulièrement toutes ces matières appliquées à l'enseignement aux infirmières, de sorte que cette Ecole sera aussi un centre de recherches et ces recherches seront très utiles pour les autres écoles d'infirmières du Monde entier. C'est donc une très grande réalisation que nous inaugurons aujourd'hui à Lyon.

Dans le feu de son discours, l'orateur en avait oublié les fondements et l'appellation même de l'École, qui disposait d'une infirmière directrice et d'infirmières enseignantes, lesquelles avaient été formées ou étaient susceptibles de l'être à l'étranger dans le champ des soins infirmiers. Il n'avait en effet retenu que l'effort, certes généreux, des universitaires pour dispenser aux infirmières ce qu'ils croyaient ou jugeaient bon pour elles, représentation datée et tenace qui remontait au début du siècle en France. Il n'avait pas retenu et peut-être pas même compris que s'agissant des savoirs, il était question dans cette École d'une entreprise de recherche et de co-construction, qui supposait la participation active des infirmières au demeurant seules logiquement habilitées à penser leur objet de connaissance et de pratique, fût-ce avec maladresse. Cette lacune en disait d'autant plus long qu'il y avait au ministère, une infirmière conseillère technique, laquelle était de surcroît membre du Conseil de direction et de la Commission permanente de l'EIEIS. Plusieurs hypothèses sont possibles à cet endroit : soit les arguments de celle-ci manquèrent de puissance de conviction, soit ils furent considérés comme négligeables voire incongrus, soit son avis ne fut jamais sollicité. Dans tous les cas apparaissait là une importante limite au plus haut niveau de l'État pour porter et soutenir le projet de l'EIEIS sur le fond, au-delà des certes très importantes questions de forme. Ce qui apparaissait comme la vision d'une École hémiplegique, c'est-à-dire privée de la moitié de ses forces vives, expliquait sans doute que le ministre ne prononça le moindre mot pour la directrice de l'École, ni pour la sous-directrice qui avait été nommée la veille¹³³⁰. Ce regard étroit porté sur le monde était au demeurant dans l'ordre des choses et même très conforme à l'ordre social et sexuel du temps. M. Marcellin remercia en revanche M. Hesselvik en tant que représentant de l'OMS, tout en le priant de transmettre ses compliments à son « excellent ami Monsieur Candau, Directeur Général de l'OMS ». Le recteur Louis, M. Pradel, le médecin général Gabriel et enfin M. Veyret, « très grand administrateur », furent eux-aussi amplement remerciés et félicités. Il ne jugea par contre pas utile de rendre hommage à M. Aujaleu, Directeur général de la santé publique qui avait porté et soutenu le projet de 1960 à 1964.

Le moment était ensuite venu de mettre en évidence toute l'action conduite au ministère et même par le ministre, devant « ce public d'élite qui se [trouvait] dans cette salle. » Premier sujet abordé, la création du tout récent INSERM fut présentée par l'orateur :

Tout d'abord le 18 juillet 1964, j'ai réformé le vieil Institut National d'Hygiène pour le transformer en un Institut Moderne de recherche Médicale (sic) [...] Et je voudrais profiter de ma présence ici pour remercier celui qui est l'animateur scientifique de cet institut national de la recherche médicale (sic), c'est-à-dire le

¹³³⁰ Compte tenu du départ de Nicole Mennesson, Catherine Mordacq fut proposée à l'unanimité comme sous-directrice au Conseil de direction du 20 octobre. PV de la réunion du Conseil de direction de l'EIEIS des 6-7 avril 1964. Registre... *op. cit.*

Président du Conseil Supérieur de l'Institut de Recherche Médicale (sic), Monsieur Cier, Doyen de la Faculté de Médecine de Lyon.

D'une part, en s'y prenant pourtant à trois reprises, le ministre n'était pas parvenu à nommer avec exactitude cet institut dont il s'honorait pourtant de la création et dont il avait en effet signé le décret fondateur un an plus tôt¹³³¹. D'autre part, il avait, là aussi, omis de nommer, voire de remercier M. Aujaleu, à qui il avait pourtant confié cette mission délicate en lui donnant congé de son poste au ministère en 1964. L'ancien Directeur général de la santé publique était d'ailleurs devenu le Directeur général très officiel de l'INSERM. Mais si le ministre avait tant de mal à retenir le nom dudit institut et à évoquer celui de son directeur, c'était peut-être, au moins partiellement, en raison d'une polémique largement infondée qui avait eu lieu au moment de choisir le nom de l'établissement, en relation avec la personnalité du Dr Aujaleu. Dans un contexte de débats animés entre les pastoriens, partisans de l'introduction massive et quasi exclusive des sciences dites exactes dans la recherche et les cliniciens, partisans d'une recherche dite appliquée faisant un usage de ces sciences sans renoncer à d'autres façons d'aborder la médecine, il lui était en effet reproché, compte tenu de son long passé de Directeur général de la santé publique, d'avoir voulu donner le primat à la santé sur la recherche médicale au sens où les pastoriens militants l'entendaient. Or ce n'était pas le cas lorsqu'il proposa INSERM : « c'était tout simplement pour rendre le sigle prononçable : vous imaginez INRMS ? »¹³³². S'il n'était pas question pour lui d'abandonner la santé comme centre d'intérêt et champ de recherche, il n'avait absolument pas comme projet d'en faire un domaine dominant par rapport à la recherche médicale. En créant le nouvel institut, il avait en toute connaissance de cause et donc en pleine conscience permis et soutenu l'introduction « dans la recherche médicale appliquée [de] chercheurs fondamentalistes, des biologistes, des physiciens, des chimistes » comme l'avait rappelé M. Marcellin dans son discours. C'était d'ailleurs sans aucun doute cette position ouverte à différents champs qui l'avait fait s'intéresser de très près au développement de la profession d'infirmière dès la fin des années 1950. Au moment de son discours, le ministre, qui ne portait pas ou plus cette figure de la santé publique dans son cœur au point de l'oublier en toutes circonstances, en était vraisemblablement resté à ces considérations sur la supposée primauté de la santé sur la recherche médicale qui relevaient plus de la rumeur ou des petits potins que de la position idéologique. Le Dr Aujaleu attribua d'ailleurs à cet épisode le statut léger de « petite anecdote »¹³³³. En tout état de cause, il apparaissait que le ministre de la Santé publique et de la Population avait bien du mal à s'approprier l'INSERM comme intégrant aussi le domaine de la santé. Il occulta en effet ce champ systématiquement dans son discours, ce qui était peu rassurant pour les infirmières de l'EIEIS qui avaient précisément pour projet de

¹³³¹ Décret n° 64-727 du 18 juillet 1964 relatif à l'organisation générale et au fonctionnement de l'institut national de la santé et de la recherche médicale.

¹³³² Jean-François PICARD, Entretien avec Eugène Aujaleu ... *op. cit.*

¹³³³ *Ibid.*

l'investir à leur manière. A défaut du Dr Aujaleu, le doyen Cier fut remercié au titre de la fonction de Président du Conseil scientifique¹³³⁴ de l'INSERM, ce qui rehaussait encore le prestige de la Commission permanente de l'EIEIS et de son Bureau, auxquels il avait pris jusqu'alors une part très active. Mais il n'était déjà plus question de cette École et ce rapprochement pourtant valorisant ne fut pas même effleuré.

En revanche, M. Marcellin s'attarda sur l'intérêt récemment porté aux infirmières par son ministère. Ainsi, d'après les données dont il disposait, les subventions destinées à la construction d'écoles avaient été multipliées par 7 depuis 1962, ce qui permit de porter le nombre d'établissement de 171 à 210 en 3 ans. Les subventions pour le fonctionnement des écoles furent pendant la même période multipliées par 15. Le nombre d'élèves des écoles enfin, était passé de 13 000 à 19 500 dans le même temps. Tous ces efforts ne dispensaient cependant pas, selon le ministre, de considérer avec gravité le préoccupant problème de la pénurie d'infirmières :

Mais il ne suffit pas de former des infirmières, il faut les garder dans les hôpitaux et c'est là où il faut faire porter l'effort essentiel [...] Je sais bien qu'il y a une pénurie d'infirmières dans le monde entier, aucun pays n'y échappe et ceci n'empêche qu'il nous faut faire tout ce qui est nécessaire pour pouvoir les garder. C'est un métier qui est dur, qui est très éprouvant pour les infirmières, car les infirmières sont en contact journallement avec la souffrance, la maladie, avec la mort [...] où il faut que nous fassions tous les efforts nécessaires [...] c'est pour aménager cette carrière d'infirmières, faire en sorte que cette carrière soit plus courte qu'elle n'est actuellement et que les infirmières puissent atteindre les indices terminaux plus rapidement. Il est nécessaire aussi d'aménager des temps de travail qui sont actuellement trop longs. Il y a donc un grand effort à faire dans ce domaine avec les aménagements d'indices [...] Quels que soient les obstacles, il faut les balayer et il faut arriver au résultat car il est absolument nécessaire pour le développement de la Santé Publique dans notre pays.

La carrière d'une infirmière¹³³⁵ s'étendait alors sur 19 ans du 1^{er} (indice brut 210) au 9^{ème} et dernier échelon (indice brut 390) qui durait lui-même 3 ans avant la possibilité d'accéder à un échelon exceptionnel (indice brut 405) exclusivement réservé aux infirmiers et infirmières diplômés d'État¹³³⁶. Au total, pour ces dernières, le dernier échelon de la carrière était donc atteint au bout de 22 ans. A titre de comparaison, la carrière des surveillantes et surveillantes chefs s'étendait sur 12 ans en 5 échelons, celle des puéricultrices diplômées d'État et des kinésithérapeutes sur 16 ans en 8 échelons. C'est donc à l'intérieur de cette grille salariale peu

¹³³⁴ Et non supérieur, autre approximation qui confirmait que l'orateur entretenait décidément un rapport problématique à cette institution, à moins que ce ne fussent les rédacteurs de son discours.

¹³³⁵ Tableau annexé à l'arrêté du 2 février 1962 relatif au classement et à l'échelonnement indiciaire des grades et emplois des personnels des établissements hospitaliers ... *op. cit.*

¹³³⁶ Elles étaient d'ailleurs les seules, parmi ces professionnels, à bénéficier d'un tel échelon, indice supplémentaire de la persistance de la diversité des origines et des formations des infirmières en exercice.

dynamique et peut-être même assez désespérante pour les plus jeunes tentées par la carrière, que M. Marcellin proposait de manœuvrer pour relancer les motivations. Il s'agissait là néanmoins d'aménagements d'indices et d'un resserrement de carrière, plutôt que d'une augmentation de traitement. De même, il était question d'aménager des temps de travail moins longs, sans diminuer la durée du travail. Si le temps hebdomadaire de travail était alors de 40 heures, durée légale depuis 1936 qui fut réaffirmée en 1946¹³³⁷, « le personnel hospitalier [devait] être présent 45 heures par semaine pour accomplir un travail effectif de 40 heures »¹³³⁸. S'agissant de la carrière et notamment des perspectives susceptibles de fournir aux plus jeunes des raisons de s'engager avec quelque concupiscence dans la profession, l'orateur ne fit aucune référence aux deux écoles qu'il venait d'inaugurer et en particulier à l'EIEIS, dont le projet était précisément d'ouvrir des voies pour l'avenir des soins infirmiers. Cette approche étroitement cloisonnée du problème pourtant annoncé comme crucial de la pénurie, en disait long sur l'incapacité apparente au plus haut niveau de l'État, à concevoir une carrière d'envergure pour les infirmières. Tous les éléments utiles étaient pourtant réunis sous les yeux du ministre. Mais tout à sa compassion, à moins que ce ne fût de la condescendance, celui-ci ne semblait voir les infirmières, dont il avait réduit l'activité à un bien triste lot rappelant une représentation qui remontait à la fin du siècle précédent, que derrière leur grille.

Poursuivant son exposé sur « le grand effort [...] actuellement réalisé par le gouvernement pour la Santé Publique », M. Marcellin présenta en s'appuyant sur des données statistiques, les progrès réalisés en France depuis les trois dernières années¹³³⁹. Il évoqua tour à tour la tuberculose en régression grâce à l'extension de la vaccination par le BCG, la poliomyélite elle aussi en régression pour les mêmes raisons quoique que l'introduction du vaccin fût encore récente, et la baisse de la mortalité infantile en relation avec le développement des services de Protection maternelle et infantile (PMI). Sur ce dernier point, la participation déterminante des infirmières et notamment des puéricultrices fut passée sous silence, ce qui confirmait qu'il avait bien changé de registre et qu'il n'était plus du tout question de ces professionnelles. Il eut néanmoins une nouvelle pensée pour elles à la fin de son discours, comme dans une sorte de réflexe perdu au milieu d'un hommage à la fois grandiloquent et flagorneur à la ville de Lyon et à ses habitants hospitaliers et universitaires :

¹³³⁷ Avec de larges possibilités de dépassement par le biais des heures supplémentaires largement utilisées en ces temps de reconstruction. Cette loi du Front Populaire avait été largement revue dès 1938 et mise à mal sous Vichy. Lors de son procès en 1942, il fut même reproché à Léon Blum d'avoir notamment pour cette raison, conduit la France à la défaite. Alain CHATRIO, intervention in *L'évolution de la durée du travail depuis 1841 à nos jours*, Actes de la conférence-débat du 22 novembre, Paris, Ministère du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social, 2012, pp 7-12.

URL : http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/volution_de_la_duree_du_travail-2.pdf consulté le 4 avril 2018.

¹³³⁸ RIAS, *La Profession d'infirmière en France ... 1962*, op.cit, p 42.

¹³³⁹ Même s'il ne le mentionna pas, cette période correspondait à son action au ministère où il était arrivé en 1962.

C'est parce que Lyon est une métropole mondiale toute chargée de 2000 années d'histoire, est un carrefour commercial et intellectuel, c'est parce que Lyon est cette grande métropole mondiale, c'est parce que à Lyon vous avez une Université de réputation internationale, une grande université avec des professeurs éminents de grande réputation nationale et mondiale, c'est parce qu'à Lyon vous avez des Hospices qui sont très bien gérés, c'est pour tout cela que le gouvernement a proposé puis obtenu des instances internationales que le Centre mondial du cancer (sic)¹³⁴⁰ soit installé dans votre ville et qu'aussi y soit installée l'Ecole internationale d'infirmières (sic). C'est parce que vous avez un corps professoral et un corps médical d'élite que ces grandes institutions internationales ont trouvé leur place dans votre ville. Et je ne voudrais pas terminer, je ne voudrais pas quitter Lyon sans rendre hommage à ces infirmières lyonnaises et à tout ce personnel sanitaire des Hospices de Lyon qui luttent tous ensemble dans une même équipe contre la misère, la souffrance et l'ignorance. A ces docteurs et à ces professeurs, au nom du gouvernement, je dis merci, Messieurs, je vous félicite et je vous remercie, car vous avez mérité de la reconnaissance publique et de la gratitude nationale.

Outre qu'il confirmait le goût de l'approximation de l'orateur pour l'intitulé des institutions qu'il désignait, son discours se terminait sur une chute très marquée, à la fois du point de vue social et sexuel. Ainsi les infirmières, pourtant censées être les héroïnes du jour car il s'agissait bien de l'inauguration de l'EIEIS, furent mêlées jusqu'à être confondues avec « tout ce personnel sanitaire », autant dire la multitude laborieuse, pour un hommage furtif aux équipes de travail. Sans transition et par une sorte de mystérieux glissement, les docteurs et professeurs furent évoqués bien différemment. Dans l'esprit du ministre, ceux-ci ne faisaient vraisemblablement pas partie intégrante des équipes dont il était question, sauf peut-être dans la lutte contre l'ignorance. Ils avaient quant à eux tant mérité de la nation qu'ils bénéficièrent d'ardentes félicitations et de remerciements répétés. A ces messieurs seuls, étaient réservées reconnaissance publique et gratitude nationale. Cette vibrante manifestation de la représentation bien ancrée des hiérarchies sociale et sexuelle jusque dans la distribution des honneurs, n'avait certes rien de bien étonnant. Mais elle montrait aussi que le chemin s'annonçait bien long jusqu'à ce que l'État soit en mesure ne fût-ce que de concevoir une place éminente pour les infirmières dans le système de santé publique. C'était pourtant le cas en bien d'autres endroits du monde et l'idée figurait explicitement au projet de l'EIEIS dont l'ouverture était célébrée en grandes pompes. Mais autant les nombreux acteurs individuels ou collectifs, quels qu'ils fussent et d'où qu'ils vinssent, avaient montré leur capacité à transformer leurs représentations de la profession d'infirmière durant les années préparatoires à l'ouverture de l'EIEIS, autant le ministre rappelait avec un certain entrain dans son discours, la pesante stagnation des structures dont il apparaissait à la fois comme le brillant condensé et le gardien acharné.

¹³⁴⁰ Le Centre international de recherche sur le cancer (CIRC) fut en effet ouvert à Lyon le 28 mai 1965. Le Dr Aujaleu fut là aussi, très actif dans le processus de mise en place de cette institution, dès 1963. Roger SOHIER, A.G. B. SUTHERLAND, *La genèse du Centre international de recherche sur le cancer*, Rapport technique du CIRC n° 6, OMS, Lyon, 1990.

Il n'en restait pas moins que l'inauguration avait bien eu lieu et qu'elle constituait à elle seule un événement majeur. Les comptes rendus des différents discours furent publiés dans de nombreuses revues, nationales, mais aussi internationales¹³⁴¹. Au-delà du souci de communication sur une création de portée internationale dont le prestige était susceptible de rejaillir sur le plan national et local, il s'agissait aussi de faire connaître l'établissement pour y attirer le plus grand nombre possible d'étudiants. Derniers à entrer en scène, ces acteurs n'en constituaient pas moins la raison d'être de l'édifice et donc la première ressource. Le prototype patiemment mis au point avait montré ses capacités de fonctionnement depuis le 6 septembre et 9 étudiants étaient déjà au travail. Hormis le ministre, qui en était resté à son admiration sans bornes pour messieurs les docteurs et professeurs, tous les orateurs avaient souhaité une longue vie à l'EIEIS. Il ne restait donc plus qu'à démontrer ses capacités à s'inscrire dans la durée. La première, puis la deuxième année constituèrent en l'occurrence, une instructive mise à l'épreuve de la réalité.

4.3 – 1965-1967 : deux années inaugurales révélatrices de réussites, mais aussi d'obstacles jusqu'alors impensés ou seulement confusément pressentis

Du côté des étudiants, deux années réussies, malgré la nécessité de quelques ajustements

A la réunion du Bureau de la Commission permanente du 20 septembre 1965¹³⁴², les débuts de la première promotion furent présentés comme s'étant déroulés dans « une excellente atmosphère ». Il fut néanmoins proposé que l'étudiante ressortissante du Portugal ne suivît les cours d'anglais que si cela n'occasionnait pas « un effort trop décourageant pour elle » et que si cela s'avérait nécessaire, un perfectionnement en français serait organisé à son intention. Avec cette précaution pointait déjà une première difficulté liée au caractère international de l'École et aux nécessaires compétences linguistiques des étudiants, mais elle n'apparaissait pas comme insurmontable. D'une façon générale, L'EIEIS fonctionna sans difficultés majeures à partir de la rentrée. La directrice fit un bref compte rendu du déroulement du premier trimestre à la séance de la Commission permanente du 1^{er} février 1966¹³⁴³. S'agissant des conditions de vie et de travail des étudiants, le fait de résider au home des infirmières¹³⁴⁴ et de bénéficier du self-service de l'École était considéré comme un atout avec cependant une tendance « à créer un groupe trop fermé ». Comme prévu, tous les étudiants suivaient, soit à l'école (E), soit à

¹³⁴¹ A titre d'exemple, l'événement fut abondamment relaté dans *la Revue de l'infirmière et de l'assistante sociale*, *la Revue hospitalière de France*, *le Bulletin des Affaires étrangères et relations culturelles*, *Actualités sociales*, *L'Infirmière canadienne*, *L'Infirmière Belge*, *la Revue suisse des infirmières*, *la Revue de l'infirmière finlandaise*, *L'École d'Édimbourg*, *l'International nursing revue*.

¹³⁴² PV de la réunion du Bureau CP du 20 septembre 1965. Registre... *op. cit.*

¹³⁴³ PV... *op.cit.*

¹³⁴⁴ La proportion d'étudiantes logées dans ces conditions n'a pu être établie.

l'université (U), un enseignement dans le domaine des soins infirmiers (E), de la pédagogie appliquée aux soins infirmiers (E), de l'administration (E), de la psychologie générale (E), de la psychologie sociale sous forme de travaux pratiques (U), des sciences politiques et économiques (E) et de l'initiation aux méthodes de recherche comprenant un cours de statistiques (3-U ; 6-E)¹³⁴⁵. Les cours à options choisis portaient sur la pédagogie (5-U), la psychologie sociale (3-U), la psychologie sociale industrielle (2-U), la sociologie (2-U), l'anthropologie (1-U) et la philosophie(7-E). Enfin, 7 étudiants suivaient un cours d'anglais à 2 niveaux différents à l'École¹³⁴⁶. Hormis le cours de philosophie dispensé à l'École, le choix des cours à option attestait la volonté de ces étudiants d'un genre particulier de s'aventurer au milieu des autres à l'université, et l'acceptation d'une certaine insécurité comme un prix à payer pour rattraper ce qu'ils considéraient pour la plupart comme un déficit culturel. C'est d'ailleurs un excès d'options plutôt que l'inverse qui fut pointé comme problématique. Pour la directrice de l'EIEIS, les programmes qu'ils s'étaient imposés « pour combler des lacunes antérieures » étaient trop chargés « malgré les conseils du personnel enseignant de l'Ecole ». A la réunion de la Commission permanente du 7 juin suivant¹³⁴⁷, il fut précisé que les enseignements théoriques devaient s'étaler sur les deux ans d'études, pour éviter la surcharge « regrettable » de la première année. Le Doyen de la faculté des sciences fit part de sa préoccupation par rapport à la surcharge des cours hebdomadaires qui avait été mise en évidence, en estimant que 12 heures lui paraissaient déjà à la limite de l'excès. Ce temps d'enseignement théorique par semaine fut adopté à l'unanimité, « discussions de groupe et travaux dirigés » compris. Les 4 heures de stage par semaine furent maintenues, les premières expériences s'étant avérées très concluantes, en particulier de l'avis d'un médecin de la Commission qui avait reçu des étudiantes dans son service. Cet ancrage régulier dans le terrain, qu'il fût hospitalier, extrahospitalier ou dans le domaine de l'enseignement, représentait un élément fondamental du projet pédagogique de l'École et Huguette Bachelot regretta d'ailleurs l'impossibilité d'y consacrer un temps plus important. Ce temps de confrontation à la réalité était en effet d'autant plus appréciable qu'il permettait de rapporter régulièrement, à l'École, un précieux matériau pédagogique à questionner et à travailler. Au total, ce temps portait donc à 16 heures le temps d'enseignement hebdomadaire, hors options.

A la même séance, les difficultés d'apprentissage de l'anglais des étudiants furent évoquées. Les objectifs qui avaient été fixés avec un certain optimisme ne furent pas atteints, malgré les « heures considérables » qui y avaient été consacrées. Ainsi, les étudiants n'étaient pas parvenus durant l'année « à lire les ouvrages de langue anglaise recommandés par l'Ecole et mis à leur disposition ». Le Doyen de la faculté des lettres et sciences humaines proposa donc la

¹³⁴⁵ Lire 3 étudiants à l'université et 6 à l'École.

¹³⁴⁶ Vraisemblablement, l'étudiante portugaise avait abandonné et un ou une autre étudiant(e) avait la capacité suffisante et ne suivait pas le cours.

¹³⁴⁷ PV de la réunion de la Commission permanente du 7 juin 1966. Registre ... *op. cit*

possibilité pour les étudiants, de passer un test dès leur arrivée à l'EIEIS de façon à ce qu'ils pussent « être répartis dans les différents cours de lecture dirigée organisés par la Faculté ». De la même façon, il proposa à l'EIEIS d'inviter des lectrices et lecteurs de la faculté au « repas anglais » hebdomadaire déjà organisé et mis en œuvre à l'École. Ces initiatives montraient la constance de l'engagement de l'université et sa volonté de s'adapter à ce public particulier, dont les capacités étaient loin d'être sous-estimées. À côté de ces propositions, il fut suggéré d'anticiper et donc de prévenir ces difficultés en recommandant aux candidats potentiels à l'entrée à l'EIEIS « d'entreprendre d'ores et déjà l'étude de l'anglais ». Mlle Martin envisagea même de proposer aux futurs candidats un « préparation plus générale », suggestion qui rappelait combien la conscience de la hauteur de la marche à franchir était présente dans les esprits. À l'issue de cette première année, le caractère expérimental de l'École, dont la définition avait été amplement exposée comme projet d'adaptation permanente aux fluctuations du monde extérieur, s'étendait ainsi à son ajustement interne aux potentiels d'apprentissage de ses premiers bénéficiaires.

Malgré ces quelques difficultés, les résultats des étudiants s'avèrent globalement satisfaisants. Le jury, pour la deuxième partie des épreuves consistant en l'admission anticipée en 2^{ème} année sous réserve d'avoir obtenu la moyenne des points à l'issue de la première année, se réunit le 19 mars¹³⁴⁸. Sept candidats sur 9 furent admis à cet examen. Les notes sur 100 obtenues s'échelonnaient de 50 pour la plus basse à 76 pour la plus haute¹³⁴⁹. Les deux étudiantes ayant échoué dont une française, avaient respectivement obtenu 36 et 31 points. Conformément au règlement, ces épreuves ne pouvaient être subies qu'une fois. La commission pour l'attribution du « Certificat de première année de l'Ecole Internationale d'Enseignement Infirmier Supérieur » se réunit le 8 juillet suivant¹³⁵⁰. Le certificat fut attribué à 8 étudiants. Une étudiante ayant dû interrompre ses études en cours d'année n'avait pu obtenir suffisamment de notes pour que son cas fût examiné¹³⁵¹. Les notes finales sur 20 pour l'année s'échelonnaient entre 10,43 pour la plus basse et 14,63 pour la plus haute. Cinq étudiantes avaient choisi l'anglais comme épreuve optionnelle. Leurs notes s'échelonnaient entre 13,62 pour la plus basse et 16 pour la

¹³⁴⁸ PV de la réunion du jury de la deuxième partie de l'examen d'admission à l'EIEIS du 19 mars 1966. Registre... *op. cit.*

¹³⁴⁹ La distribution était la suivante : 50 (2 ét.), 58,60,68,72,76.

¹³⁵⁰ PV de la réunion de la « commission prévue à l'article 15 du règlement de l'Ecole Internationale d'Enseignement Infirmier Supérieur », le 8 juillet 1966. Registre... *op. cit.* À la réunion du Conseil de direction du 17 octobre suivant, Mlle Levy, représentante du ministère, en indiqua le titre exact : Certificat d'études supérieures en soins infirmiers. Elle précisa que celui-ci serait délivré par le Chef du service régional d'action sanitaire et sociale. PV de la réunion du Conseil de direction de l'EIEIS 17 octobre 1966. Registre... *op. cit.*

¹³⁵¹ Elle avait suspendu ses études à la fin du 2^{ème} trimestre. L'année suivante, le gouvernement de son pays avait fait part auprès de l'OMS de « son désir » qu'elle puisse terminer sa première année. Le Bureau de la Commission permanente, avec le conseil et un certificat du « médecin de l'École », émit un avis défavorable, en raison de l'incompatibilité de l'état de santé de l'étudiante avec « les conditions de vie et de travail à l'École ». PV de la réunion du Bureau CP du 14 septembre 1966 ... Registre. *op. cit.* Cette décision montrait la volonté de maintien du haut niveau d'exigence malgré la faiblesse des effectifs.

plus haute, ce qui montrait que les cours avaient porté leurs fruits au moins pour ce petit groupe, même si les objectifs préalablement fixés n'avaient pas été totalement atteints. Un premier texte réglementaire faisant référence à l'usage possible de ces premiers diplômes qui venaient tout juste d'être remis, parut même seulement un mois plus tard¹³⁵². Dans cet arrêté, qui traitait entre autres des conditions pour être candidat à un poste de directeur ou directrice d'une école de cadres, les dispositions suivantes étaient stipulées :

Posséder l'un des titres suivants :

- Le certificat ou le diplôme de l'école internationale d'enseignement infirmier supérieur ;
- Le certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmier moniteur ou le certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmier surveillant ;
- Le diplôme de docteur en médecine.

Avoir exercé pendant au moins trois ans :

- Pour les possesseurs du certificat ou du diplôme de l'école internationale d'enseignement infirmier supérieur, les fonctions de moniteur ou de directeur d'école d'infirmières ou d'école de cadres ;
- Pour les possesseurs du certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmier moniteur ou du certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmier surveillant, les fonctions de directeur d'une école d'infirmière ou de moniteur d'une école de cadres.¹³⁵³

Ces privilèges attachés au certificat ou au diplôme de l'EIEIS étaient certes bien tenus et ils étaient de surcroît d'autant moins coûteux qu'ils étaient réservés à des fonctions dont l'absence totale de statut était par ailleurs largement déplorée. Ils constituaient néanmoins un premier petit signe de reconnaissance, ne fût-ce que parce qu'ils figuraient dans un texte réglementaire.

Concernant la 2^{ème} promotion, le jury pour la deuxième partie des épreuves d'admission anticipée en 2^{ème} année se réunit en mai 1967¹³⁵⁴. La nature des épreuves avait évolué. Il n'y avait plus d'écrit mais deux épreuves orales consistant toujours d'une part en une « conversation avec le jury »¹³⁵⁵ et ce qui était nouveau, en la présentation d'un ouvrage choisi par le jury parmi une liste proposée par les candidats. Les 7 candidats furent admis. Les notes sur 40 s'échelonnaient de 22 à 32¹³⁵⁶. Les membres des jurys, universitaires ou professionnels, soulignèrent la « hauteur de vue et la bonne préparation » des candidats¹³⁵⁷. Les mêmes

¹³⁵² Arrêté du 22 août 1966 relatif aux Ecoles de cadres d'infirmiers et d'infirmières.

¹³⁵³ Id. Art. 3.

¹³⁵⁴ PV de la réunion du jury de la deuxième partie de l'examen d'admission à l'EIEIS du 9 mai 1967. Registre... *op. cit.*

¹³⁵⁵ Celui-ci comprenait, comme prévu dans le règlement, un enseignant universitaire et un professionnel des soins infirmiers.

¹³⁵⁶ La distribution était la suivante : 22,25,28,29,30,31,32. Les notes concernant la présentation de l'ouvrage s'échelonnaient de 14 à 16/20. Cette épreuve paraissait donc moins discriminante que l'épreuve de conversation qui s'échelonnait de 8 à 14/20.

¹³⁵⁷ PV de la réunion de la Commission permanente du 23 mai 1967. Registre ... *op. cit.*

étudiants obtinrent le certificat de 1^{ère} année au mois de juin¹³⁵⁸. Enfin, 6 étudiantes de la 1^{ère} promotion sur les 7 qui avaient été admises en 2^{ème} année obtinrent leur diplôme d'enseignement infirmier supérieur délivré par l'université le 22 juin¹³⁵⁹. L'épreuve finale consistait en la rédaction d'un mémoire (sur 20), qui donnait lieu à une soutenance (sur 10) et une épreuve orale (sur 20) portant sur l'analyse approfondie d'une expérience de stage. Les notes totales sur 50 s'échelonnaient de 27 à 39,5¹³⁶⁰. Les notes à l'écrit du mémoire s'échelonnaient de 8 à 17 sur 20 et à la soutenance de 5,5 à 9,5 sur 10¹³⁶¹. Les notes de la dernière épreuve orale s'échelonnaient de 12 à 16 sur 20¹³⁶². Pour une raison qui ne fut pas précisée, la dernière étudiante de ce groupe admis en deuxième année fut diplômée au mois de mars 1968 après avoir subi les mêmes épreuves¹³⁶³. Au bout du compte, 6 étudiantes et un étudiant sur les 9 admis en 1^{ère} année étaient allés au bout des études et constituaient le premier groupe d'infirmiers diplômés en soins infirmiers par une université française. Ce qui constituait une preuve qualitativement tangible que l'EIEIS avait bien pris son envol et démontré ses capacités spécifiques de formation, ne préjugait néanmoins pas de ses capacités à durer. Le nombre des effectifs formés était en effet bien faible et comptait pourtant parmi les conditions importantes de la vitalité de l'entreprise.

La faiblesse des effectifs : un avenir d'emblée préoccupant

À la réunion du Bureau de la Commission permanente en janvier 1966¹³⁶⁴, l'examen des dossiers de candidature à l'entrée en première année s'avéra décevant : « [...] les candidats pour le programme d'administration des soins infirmiers sont peu nombreux, ont des qualifications insuffisantes ou n'ont pas trouvé de financement ». Ce constat plutôt laconique faisait émerger au moins 2 écueils majeurs comme autant de freins au recrutement d'étudiants. La hauteur de la marche à franchir pour les infirmières était confirmée, de même que l'absence de système de financement des études, notamment pour les infirmières françaises qui ne pouvaient pas plus compter sur les bourses de l'OMS que sur leur fortune personnelle pour se lancer dans l'aventure. Il fut néanmoins décidé de ne pas baisser le niveau d'exigence pour le recrutement. Ces questions cruciales furent abordées à la Commission permanente qui eut lieu quelques jours plus tard¹³⁶⁵. Face au déficit de recrutement pour le programme d'administration de l'enseignement et des services infirmiers, la directrice de l'EIEIS proposa de se concentrer pour la seconde rentrée sur la deuxième année d'études des étudiants présents et sur l'introduction

¹³⁵⁸ PV de la réunion du jury du 13 juin 1967. Registre... *op. cit.*

¹³⁵⁹ PV de la réunion du 22 juin 1967. *Ibid.*

¹³⁶⁰ La distribution était la suivante : 27, 30.5, 36.5, 37.5, 39, 39.5.

¹³⁶¹ La distribution était la suivante : 8, 11 (2), 17(3) à l'écrit et 5, 5.5, 8.5, 9(2), 9.5 à la soutenance.

¹³⁶² La distribution était la suivante : 12, 13, 13.5, 14(2), 16.

¹³⁶³ PV de la réunion du jury du 15 mars 1968. Registre... *op. cit.*

¹³⁶⁴ PV de la réunion du Bureau CP du 26 janvier 1966 ... Dossier *op. cit.*

¹³⁶⁵ PV de la réunion de la Commission permanente du 1^{er} février 1966. Registre ... *op. cit.*

du programme de santé publique, ce qui permettait de ne pas prendre le risque d'avoir, à l'issue du concours d'entrée, une promotion nettement insuffisante d'étudiants en administration. Elle ne cachait pas son souci, à travers cette solution, d'économiser l'énergie de l'équipe enseignante en évitant une trop grande dispersion. De ce point de vue, les universitaires étaient unanimes pour souligner le danger d'une telle discontinuité dans les promotions, d'autant plus que l'institution était nouvelle et qu'elle avait besoin de donner des gages de solidité pour construire sa réputation. La comparaison avec l'École d'Édimbourg ne contribua pas elle non plus à conforter la position d'Huguette Bachelot. Mlle Alves-Diniz rappela en effet que cet établissement avait choisi de n'introduire un programme de santé publique qu'après 3 ans de fonctionnement. D'autre part, elle insista aussi sur le fait que le « programme international » anglais s'était « inséré dans une Ecole universitaire ayant déjà plusieurs années d'expérience ». Dans ce contexte, les candidats à l'École internationale étaient sans aucun doute mieux préparés qu'en France. Sur ce dernier point, l'originalité de l'EIEIS, qui avait pour sa part tout à inventer, ressurgissait comme un obstacle supplémentaire à franchir. Au bout du compte, il s'avéra que l'examen des dossiers montrait que « les quelques candidats valables pour le programme d'Administration des soins infirmiers » n'avaient pas trouvé de financement et qu'ils avaient peu de chance de trouver une solution avant le concours. Ce constat conduisit au renoncement à une rentrée dans ce programme par défaut de recrutement. La décision par rapport à ce problème étant prise la main forcée, il restait à débattre des questions de fond qu'il dévoilait, comme le suggéra la présidente de l'ANFIIDE :

Mademoiselle MARTIN fait part de l'inquiétude des infirmières françaises qui connaissent d'énormes difficultés à être détachées de leur administration pour suivre l'enseignement de l'E.I.E.I.S. mais elle déplore surtout que le poste de Surveillante Générale ne soit pas encore créé officiellement dans les hôpitaux et que le statut des écoles n'existe toujours pas. Les étudiantes françaises de l'E.I.E.I.S n'ont aucune sécurité quant à leur avenir à la sortie de l'école. Il faudrait donc penser non seulement au financement des études mais aussi préparer administrativement la promotion des infirmières pour lesquelles cette école a été fondée.

Cinq mois seulement après l'ouverture de l'École, cette intervention introduisait le problème fondamental des débouchés en France pour les diplômés de l'EIEIS. Si celui-ci avait été maintes fois suggéré et même intellectuellement accepté par tous les acteurs lors des années préparatoires car il justifiait à lui seul le projet, il ne dépendait ni de l'EIEIS, ni même des HCL, mais de l'État dont tout le monde avait pu observer la position bien floue et peu énergique sur la question lors de l'inauguration. Pourtant, comme le suggérait Mlle Martin, le poste de surveillante générale était désormais une réalité et avait montré son utilité. Il faisait même l'objet de journées d'études nationales ainsi que l'avait observé Marjorie Duvillard¹³⁶⁶. Il en

¹³⁶⁶ Voir *supra*.

allait de même pour les directrices d'écoles d'infirmières depuis bien plus longtemps et pour les plus récentes directrices d'écoles de cadres qui commençaient à occuper progressivement l'espace. L'EIEIS avait vocation à former d'abord des professionnels pour occuper ces fonctions éminentes et structurantes pour la profession d'infirmière, mais qui n'avaient alors aucune existence légalement reconnue.

Monsieur Veyret partageait avec Mlle Martin la nécessité de trouver « des solutions de fond au problème de recrutement », s'étonnant du nombre de candidatures recevables « après la diffusion de plusieurs milliers de brochures d'information ». Il proposa donc dans un premier temps « d'intervenir auprès des grands centres hospitaliers français et étrangers » afin de les inciter à détacher « leurs infirmières les plus qualifiées », rappelant que les HCL étaient pour leur part, disposés à faire cet effort. Le premier poste de surveillante générale qui avait été créé à l'Hôpital de la Croix Rousse montrait en effet que les HCL agissaient en cohérence avec le projet de l'EIEIS, au moins en termes de création de postes compatibles avec le niveau de compétence visé. Il était néanmoins pessimiste quant aux résultats de sa démarche, soulignant que « bon nombre de Directeurs d'hôpitaux [étaient] non seulement indifférents mais hostiles à cette école ». Il rappela qu'ils y voyaient « un luxe » et qu'il fallait donc « mieux les informer ». Un autre problème et non des moindres, qui n'avait pas jusqu'alors été évoqué, apparaissait. Au-delà de la reconnaissance ou non de l'utilité de ces postes dans les organisations, il s'agissait là de la résistance de nombreux directeurs d'établissement à la formation des infirmières à ce niveau. En effet, eux-mêmes ne disposaient encore que d'une formation bien plus modeste à l'ENSP et, en tout état de cause, sans rapport comparable avec l'Université. Il s'agissait là des réactions d'acteurs de premier plan en tant qu'ils étaient les employeurs potentiels des diplômés de l'École. En outre, du fait de cette attitude de défiance, ce groupe professionnel encore bien fragile n'apparaissait pas comme particulièrement engagé pour la reconnaissance légale de ces fonctions supérieures pour les infirmières au niveau de l'État.

Comme pour redonner un peu de vivacité à l'optimisme manifestement au plus bas dans l'assistance, Mlle Duvillard fit remarquer que selon elle, la Suisse comme la France attendaient la sortie de la première promotion : « pour que l'administration prenne en charge des frais d'études, il faut lui laisser le temps de constater la compétence des infirmières sortantes de l'E.I.E.I.S. » Mlle Frère, forte de l'expérience en Belgique, abonda dans ce sens et insista sur le fait « que la réputation d'une école se [fait] par la valeur de ses diplômés et la compétence de ses diplômés, et non pas par la lecture d'un prospectus ». Concernant les candidats étrangers, Mlle Alves-Diniz informa l'assemblée que pour sa part, l'OMS avait informé tous les gouvernements et ses Bureaux régionaux, mais que le choix des candidats dépendait

uniquement des gouvernements. Elle rappela aussi qu'il y avait un nombre considérable d'élèves africains dans les écoles de cadres, ce qui supposait d'attendre au moins trois ans pour les retrouver comme candidats à l'entrée de l'EIEIS. En attendant, quelques ajustements furent mis en œuvre pour faciliter la sélection des étudiants pour la prochaine rentrée, sans baisser le niveau d'exigence pour le recrutement. Ainsi, il fut admis que les étudiants étrangers pourraient rédiger l'une des épreuves écrites, en l'occurrence l'épreuve de dissertation, dans une autre langue que le français. Dans cette logique, l'allemand, l'anglais, l'italien, l'espagnol, le portugais, l'arabe et le russe furent autorisés¹³⁶⁷. Le « Programme d'Administration de l'Enseignement et des Services Infirmiers de Santé Publique » fut présenté par Marie-Françoise Collière à la séance de la Commission permanente du 7 juin¹³⁶⁸. Il était structuré de la même façon que le programme d'administration et d'enseignement des services infirmiers. Du point de vue du contenu, les ressources universitaires étaient identiques, à quelques adaptations près, à celles qui avaient été identifiées et mises en œuvre dans le premier programme.

Le 28 juin, le jury d'admission des étudiants pour la première année s'était réuni¹³⁶⁹. Sur 19 candidats qui avaient concouru, 7 furent éliminés, 5 furent admis au titre de l'année 1967-1968 et 7 furent admis pour la rentrée de 1966. Cet effectif comprenait 3 Françaises, une Italienne, un Marocain, un Algérien et un Sénégalais. Les cinq femmes étaient célibataires, un homme était marié, un autre divorcé et le troisième célibataire. La faiblesse des effectifs recrutés était donc confirmée pour la prochaine rentrée. Ce problème fut le premier point à l'ordre du jour de la séance du Conseil de direction du 17 octobre¹³⁷⁰. M. Veyret commença par exprimer « la déception du Conseil d'Administration des HCL ». Si le partage de ce sentiment constituait un préliminaire bien pessimiste à sa déclaration, le résumé qu'il fit de la situation un an après l'ouverture de l'EIEIS ne manquait pas de vigueur et prit la forme d'une interpellation des autorités de tutelle, au niveau national et international :

Les buts de cette école de langue française, créée sur la demande de l'O.M.S., étaient d'élever le plafond de la situation des infirmières et de créer un lien entre les différents pays d'Europe sur le plan infirmier [...]

Lyon a accepté d'enthousiasme. Mais nous ne voulions pas d'une école uniquement pour les pays en voie de développement, écueil dans lequel nous sommes tombés. Il est nécessaire de faire un bon départ et d'avoir des perspectives d'avenir réconfortantes.

L'O.M.S. compte 132 pays. Quand on fonde une école à ce niveau il faut avoir des élèves capables de suivre les études. L'Université a pleinement donné son concours. Nous avons recruté un corps d'élite de

¹³⁶⁷ PV de la réunion du Bureau CP du 12 février 1966. Registre... *op. cit.*

¹³⁶⁸ PV de la réunion de la Commission permanente du 7 juin 1966. Registre ... *op. cit.*

¹³⁶⁹ PV de la réunion du jury d'examen d'admission à l'EIEIS du 28 juin 1966. Registre... *op. cit.*

¹³⁷⁰ PV de la réunion du Conseil de direction de l'EIEIS du 17 octobre 1966. Registre... *op. cit.*

moniteurs et monitrices. Et il est désolant de n'avoir ni le niveau, ni le nombre d'étudiants désirables pour cette école.

Il est nécessaire de savoir sur quelle base on peut faire un investissement raisonnable. Les Hospices Civils de Lyon ont supporté 80 % de la dépense réelle de création de cette école. Or nous recevons des élèves qui ne sont pas habitués à cette aisance alors que, en France même, elle n'est pas habituelle. Nous ne sommes pas en fonctionnement d'équilibre.

Comment y remédier ?

L'O.M.S. devrait délivrer des bourses à des pays très développés, Suisse et Belgique, afin de faire un juste équilibre avec les pays en voie de développement.

D'autre part, dans une période où l'importance capitale des surveillantes générales est reconnue, il est indispensable que le Ministère des Affaires Sociales profite de cette école pour former cette catégorie de personnel. Dès la rentrée prochaine, les grands centres hospitaliers universitaires pourraient désigner une de leurs meilleures surveillantes pour suivre cet enseignement. Une position de principe prise par le Ministère autorisant à suivre les cours pendant un ou deux ans permettrait de former des cadres véritables. Nous n'en aurions qu'une dizaine, cela attirerait des nations voisines.

D'une part, il s'agissait là d'un authentique plaidoyer pour l'École et sa nécessité en France et en Europe. S'agissant de la France, s'il ne désigna pas le service infirmier et la nécessité de son développement, sa promotion affirmée de la fonction de surveillante générale montrait que le Directeur général des HCL en avait fort bien intégré le principe. D'autre part, pour la première fois, la question des pays en voie de développement était explicitement évoquée dans les débats. Jusqu'alors, elle était sous-jacente dans tous les discours, y compris ceux de l'OMS. Cette discrétion donnait à la récente décolonisation, l'apparence d'un sujet tabou en ce qu'il réactivait le souvenir d'un passé chargé de remords pour les uns, glorieux et douloureusement regretté pour les autres¹³⁷¹. Mais en abordant le problème aussi crûment, M. Veyret reconnaissait aussi que si certains pays avaient grand besoin de se développer, cela ne dispensait pas d'autres pays mieux lotis d'en faire autant, en l'occurrence s'agissant de la profession d'infirmière. Il en appelait donc à une sorte de mobilisation générale pour permettre le véritable décollage de l'École et « former des cadres véritables », à commencer par la sollicitation de l'OMS. Mais il

¹³⁷¹ Entre sentiment de culpabilité et nostalgie pour un temps désormais révolu, le fait colonial était en effet d'autant plus difficile à aborder que la décolonisation était récente et avait laissé des traces encore brûlantes. Huguette Bachelot se souvenait de sa lente prise de conscience, en évoluant dans le milieu hospitalier et de la santé publique bien avant l'indépendance, qu'en Algérie « il y avait quelque chose qui n'allait pas dans cette colonisation » et que seules, parmi les indigènes, « quelques familles riches pouvaient payer des études à leurs enfants alors que les autres n'avaient pas leur chance ». Plus elle percevait elle-même ces écarts, plus à ses yeux « les Françaises et Français étaient vraiment fermés sur ces problèmes-là [...] ils étaient les colonisateurs, ils étaient ceux qui savaient ». Malgré cette évolution personnelle, elle avoua qu'à sa grande honte, il lui avait échappé qu'un agent hospitalier indigène « vif d'esprit » et exceptionnellement compétent à qui elle conseilla en vain de faire les études nécessaires pour devenir aide-soignant était en réalité illettré, sans oser l'avouer. Plus tard, à l'EIEIS, elle observa précisément, comme un prolongement concret de ce passé « trop proche », des échanges tendus entre étudiants qui pour les uns racontaient leur vécu douloureux de la période coloniale et pour les autres avaient tendance à justifier l'action bénéfique de leur pays lors de la même période. Entretien Huguette Bachelot, 2 et 3 décembre 2010.

s'adressait aussi bien à la puissance publique française, à qui il demandait au bout du compte de forcer la main de ses collègues directeurs de CHU, dont il connaissait pourtant la réticence de bon nombre d'entre eux. Ce faisant, il demandait au même État de se convaincre lui-même de l'opportunité d'une telle initiative.

Mlle Tito de Moraes, qui remplaçait Mlle Alves-Diniz appelée à d'autres fonctions à l'OMS, rappela que les Bureaux régionaux fonctionnaient de façon indépendante et que le Bureau de l'Europe groupait 33 pays, les pays d'Orient et d'Afrique n'entrant pas dans son champ. Elle informa l'assemblée que l'octroi des bourses dépendait de chaque pays et que par ailleurs, le fonds des bourses pour les infirmières avait été diminué ces dernières années. En outre, elle précisa que l'École d'Édimbourg ne vivait pas uniquement des bourses de l'OMS, mais recrutait pour l'instant majoritairement des étudiantes anglaises et écossaises. Enfin, elle rappela que l'École de Lyon pouvait apporter « une contribution énorme » aux pays en voie de développement qui avaient un « grand besoin de cadres pour organiser leur enseignement », précision qui mettait en évidence un niveau de priorité différent par rapport aux pays plus riches, dont la France. Tout en précisant qu'elle était « prête à rapporter [ses] préoccupations aux représentants du bureau de l'Europe », elle répondait en cela aux propos un peu vifs de M. Veyret à l'encontre d'une OMS qui n'entendait pas endosser toute la responsabilité des problèmes de recrutement, lesquels renvoyaient aussi aux dynamiques internes aux États.

Mlle Duvillard fit une mise au point quant au niveau dont avait parlé M. Veyret, en appelant les membres du Conseil à distinguer le niveau des candidats et le niveau des candidats admis. Si beaucoup de candidats avaient été éliminés, les candidats admis étaient à ses yeux, d'un niveau satisfaisant, comme en témoignait « l'accueil excellent reçu à l'université » et comme elle avait pu s'en rendre compte en participant au jury d'examen pour l'admission en deuxième année. Mlle Martin abonda dans son sens, en rappelant que cette entrée tant attendue des infirmières françaises à l'université s'était déroulée « dans d'excellentes conditions », ce qui faisait que cette École était selon elle, « loin d'être un échec ». Elle s'exprima ensuite sur le crucial problème du recrutement abordé par le directeur général :

[...] En France, si un effort remarquable a été fait pour organiser l'enseignement, il n'y a eu aucune planification parallèle pour le recrutement. Les surveillantes générales dont vous avez parlé n'existent pas dans le statut de la fonction publique. Le Conseil de perfectionnement des infirmières a souligné dans une de ses dernières réunions que la nomination des directrices d'écoles d'infirmières ne dépend pas de la formation antérieure de la candidate.

Sur le plan français cette école n'aura sa valeur reconnue que lorsque la place des personnes qu'elle forme aura été étudiée au niveau le plus élevé. Le Conseil supérieur des infirmières devrait être réuni à nouveau et étudier l'avenir des étudiantes de l'E.I.E.I.S.

Monsieur Veyret montra qu'il entendait et partageait cette remarque, tout en prenant la précaution de circonscrire à l'avance la place occupée par les infirmières ainsi promues, en référence au modèle anglais qui générait quelques angoisses dans le corps inquiet des directeurs : « en effet, si dans les pays anglo-saxons la matrone est au même niveau que le directeur d'hôpital, nous croyons qu'en France l'avenir est à la mise en place de surveillantes générales qui soient le bras droit du directeur ». S'il n'était pas question de se laisser déborder par d'aventureuses initiatives, ce propos du directeur général du 2^{ème} CHU français par ordre d'importance marquait une évolution d'autant plus notable sur le territoire national que l'idée était en germe depuis le début du siècle¹³⁷². Mlle Martin acquiesça avec prudence, en conditionnant l'occupation de tels postes aux qualités professionnelles et à la formation spéciale des candidates. Mlle Levy, qui représentait le Directeur général de la Santé en remplacement de Mme Farçat appelée à d'autres fonctions, répondit à l'interpellation à peine voilée du ministère. Elle informa l'assistance que la création de postes de surveillante générale dans les hôpitaux avait été évoquée à plusieurs reprises, étudiée par le service des établissements et « estimée souhaitable ». Elle rappela néanmoins que « la politique [supposait] que l'on [établît] des indices correspondants, ce qui [dépendait] d'un autre ministère de tutelle ». En d'autres termes, sa réponse n'en était pas une, mais ses interlocuteurs étaient tous bien conscients qu'elle n'était pas habilitée à prendre l'engagement qu'ils attendaient. Cela n'empêcha pas M. Veyret de faire part de sa conviction que « l'incidence financière [était] inexistante », que le même problème se posait pour les directrices et les monitrices, et que tout devait, selon lui, être résolu en même temps. Le CGA des HCL avait d'ailleurs concrètement démontré la pertinence de cette démarche pour ce qui le concernait. Le Dr Jacques, Inspecteur régional de la Santé, rappela pour sa part que « la Fédération Hospitalière¹³⁷³ [réclamait] des surveillantes générales ». Ainsi, il apparaissait assez nettement une montée en puissance de la pression en faveur de la création

¹³⁷² Le premier à l'avoir émise fut encore le novateur Émile Combes, qui s'exprimait déjà sur la structuration de la carrière des infirmières : « Pour ces dernières, plusieurs classes devront être établies ; il importe de ne pas négliger le stimulant de l'avancement possible. Les traitements devront être honorables. Il n'y a pas lieu de s'effrayer d'avance s'ils sont plus élevés que les traitements actuels ; les exigences professionnelles étant supérieures, il est juste que la rémunération le soit aussi [...] Il est très désirable qu'en haut de l'échelle, et pour diriger le personnel, l'on place une femme ». Circulaire du 28 octobre 1902 adressée par le président du conseil ministre de l'intérieur et des cultes, aux préfets, au sujet de l'application de la loi du 15 juillet 1893... *op. cit.* Il est même très probable que les toutes premières réflexions sur le sujet à l'Assistance publique de Paris l'année suivante furent inspirées par ce vœu du Président du Conseil.

¹³⁷³ Il s'agissait de la Fédération des Unions hospitalière de France (FHF), devenue par simplification Fédération hospitalière de France. Cette association nationale fut créée en 1924 par le regroupement des 5 Unions hospitalières inter-régionales (Nord-Ouest, Nord-Est, Sud-Ouest, Sud-Est et Centre) qui s'étaient progressivement constituées à partir de 1917. Cet événement eut lieu à Lyon, à l'initiative des HCL. Il prit la forme « d'Etats généraux de l'Hospitalisation publique » rassemblant des administrateurs délégués des Unions inter-régionales. La Fédération s'était donnée entre autres, les missions suivantes : « Assurer la coordination des efforts des Unions hospitalières pour la recherche des moyens propres à étendre le champ d'action de l'assistance hospitalière en France [...] utiliser tous les moyens pratiques d'intervention et de propagande auprès des pouvoirs publics, des corps élus, des collectivités, des œuvres de prévoyance, de bienfaisance et d'assistance, du corps médical en France. » URL: <https://federation.fhf.fr/federation/Histoire-de-la-FHF#> consulté le 14 avril 2018.

officielle de la fonction de surveillante générale. Ce mouvement dépassait de surcroît, très largement la revendication des infirmières elles-mêmes, par la voix de leurs représentantes au Conseil de direction. Par là-même, le décalage entre l'installation de l'EIEIS en France, soutenue par le ministère, et la politique du même ministère pour assurer des débouchés à ses diplômés était mis en évidence avec force. Or la vitalité de l'École et notamment ses capacités d'attraction, étaient étroitement liées à ces débouchés. Vu sous cet angle, tous les membres du Conseil de direction avaient donc objectivement intérêt à ce que les surveillantes générales fussent formées à leur fonction, pour autant que celle-ci fût dotée d'un statut. Mais rien n'indiquait en revanche, qu'à l'extérieur de l'EIEIS, l'association entre le statut et la qualification par la formation, en l'occurrence à l'EIEIS, était aussi automatique qu'elle n'y paraissait, y compris pour la Fédération hospitalière. Si cette dernière constituait un groupe de pression non négligeable pour la création de la fonction, elle n'était pas nécessairement disposée à dépenser la même énergie pour la formation à un haut niveau, comme l'avait rappelé M. Veyret et comme l'avait pressenti Mlle Martin avec une lucidité certaine. Devant les problèmes budgétaires importants de l'École compte tenu du nombre d'étudiants, celle-ci rappela d'ailleurs qu'il y avait alors 9 écoles de cadres en fonctionnement et que leurs monitrices comme leurs directrices pourraient trouver à l'EIEIS une formation à la hauteur de leur tâche.

Du côté des universitaires, le recteur Louis avait annoncé d'emblée, tout en mettant « son aide totale » à la disposition des HCL, que l'université avait « peu à dire » sur ces questions qui ne relevaient pas de sa compétence. Le doyen Nerson, qui avait remplacé le doyen Vincent à la faculté de droit et de sciences économiques, apporta néanmoins son point de vue extérieur et à ce titre d'autant plus éclairant, l'occasion pour lui de réaliser une synthèse des débats qui venaient de se dérouler :

Y aura-t-il un jour trente¹³⁷⁴ élèves ? Tel est le problème essentiel. Mon opinion personnelle est que le programme de santé publique n'est pas prioritaire. Y aura-t-il un projet réel pour que les Centres Hospitaliers Universitaires puissent envoyer des personnes de valeur se former ? Est-ce que le Ministère des Affaires Sociales est disposé à envoyer une circulaire aux Centres Hospitaliers Universitaires ?

Il abondait lui aussi dans le sens des arguments déjà développés en faveur d'un projet cohérent de formation et de promotion des infirmières des CHU alors en plein développement, au point d'interpeller directement la représentante du ministère sur les intentions et le niveau d'implication du ministre. Celle-ci lui répondit d'ailleurs qu'elle s'engageait au moins à faire « cette proposition au Ministère ». Son avis sur le caractère non prioritaire du programme de

¹³⁷⁴ C'était le chiffre avancé par M. Veyret pour envisager une viabilité économique de l'École, c'est-à-dire ne dépassant pas le déficit sur lequel le CGA s'était engagé. Ce chiffre correspondait à 75% de ce qui avait été envisagé comme effectif maximum à raison de 20 étudiants par promotion, soit 40 au total.

santé publique était partagé par M. Arnion, Chef du service régional de l'Action sanitaire et sociale. Celui-ci considérait en effet que ce programme « n'était pas essentiel », et qu'il posait « des questions par rapport aux structures françaises pour lesquelles il [était] peu adapté ». Tous deux furent les seuls à faire part d'un avis critique par rapport à ce programme. Si ni l'un ni l'autre ne rencontrèrent de contradiction, c'était sans doute parce qu'ils s'exprimaient en termes de priorités et non pas dans l'absolu. Mais surtout, ils rendaient compte de l'idée probablement largement partagée selon laquelle la France n'était, pour l'heure, pas disposée à s'engager dans de telles approches. Avec la réforme hospitalière de 1958, la recherche médicale au sens des pastoriens fut mise sur le devant de la scène, malgré l'ouverture d'esprit d'un Dr Aujaleu à la direction de l'INSERM et peut-être même pour une part, en relation avec son départ de la Direction générale de la santé. Le climat était devenu très favorable au développement d'une vision prométhéenne quasi hégémonique de la médecine hospitalière, contre laquelle peu nombreux étaient ceux qui osaient imaginer le moindre obstacle à sa constante progression. L'hôpital public à la pointe du progrès médical constituait même, alors, un « mythe mobilisateur commun » aux directeurs et aux médecins¹³⁷⁵. Plus généralement, la médecine étant de mieux en mieux équipée sur le plan des techniques et des thérapeutiques qui lui conféraient un pouvoir d'agir de plus en plus grand, y compris en termes de prévention grâce aux progrès de la vaccination, tout ce qui faisait écho, de près ou de loin, à l'hygiénisme d'antan était dès lors comme frappé d'archaïsme : « on ne peut inciter les Françaises à s'inscrire à l'E.I.E.I.S. que si le niveau est suffisant » disait M. Arion dans le prolongement de son propos sur le programme de santé publique. Tout au plus à ses yeux, cette approche avait-elle encore sa place pour les pays qui ne bénéficiaient pas de cette médecine désormais considérée comme toute puissante. Peu lui importait qu'il existât aux États-Unis, une maîtrise universitaire spécialisée dans l'enseignement de la santé publique, comme en témoignait le diplôme que Marie-Françoise Collière y avait préparé.

Elle avait même rédigé, à l'issue de sa formation, un rapport d'une trentaine de pages sur la question¹³⁷⁶. Les premières organisations de services infirmiers de santé publique remontaient à la fin du siècle précédent. Publiques ou privées, elle « se développèrent essentiellement sur un plan local, de façon très hétérogène, et presque toujours indépendantes de l'Administration fédérale ou de l'Etat »¹³⁷⁷. Progressivement, ces pratiques initialement centrées sur les individus élargirent leur regard et donc leur champ d'action :

¹³⁷⁵ François-Xavier SCHWEYER, Les directeurs d'hôpital : des entrepreneurs locaux du service public hospitalier ? *Revue française des affaires sociales*, 2001/4 n°4, p 117.

¹³⁷⁶ Marie-Françoise COLLIÈRE, Compte-rendu d'observations et d'études sur les services infirmiers de santé publique et la formation des infirmières de santé publique aux États-Unis, 30 octobre 1965. Fonds Marie-Françoise Collière, Salles d'Aude.

¹³⁷⁷ *Id.* p 14.

Tandis qu'au début de l'organisation des Services Infirmiers de Santé Publique le but curatif des soins ne s'adressait qu'au malade, l'apparition des premières notions de prophylaxie et de prévention vont étendre le bénéfice des Soins Infirmiers non seulement au malade mais à sa famille. Peu à peu les Soins Infirmiers de Santé Publique dépasseront également le cadre familial pour s'étendre à toute la communauté locale. La communauté devient véritablement le réceptacle de tout service infirmier ainsi qu'en témoigne la dernière brochure, publiée par l'Association Nationale des Infirmières Américaines, sur l'exercice de la profession d'Infirmière de Santé Publique : « Les Infirmières de Santé Publique participent au diagnostic, au planning des soins et au traitement de la communauté [...] Les fonctions des Infirmières de Santé Publique doivent refléter les besoins de la communauté ». ¹³⁷⁸

Cette évolution était en étroite relation avec le développement des sciences de la vie et des sciences humaines et sociales :

Avant les grandes découvertes de microbiologie, le travail des infirmières de Santé Publique se résumait à donner des soins d'hygiène au malade. Avec les découvertes de Pasteur et des grands savants européens de la fin du XIX^{ème} siècle, les soins infirmiers de Santé Publique s'orientèrent vers la prévention des maladies infectieuses, et les programmes de soins furent centrés presque exclusivement sur la prophylaxie. Il a fallu les nouvelles données scientifiques, psychologiques, sociales et anthropologiques pour élargir le concept de Service et de Soins de Santé Publique, et y inclure les notions fondamentales de santé mentale et santé sociale. C'est alors que l'on comprit les influences des facteurs socio-culturels et leurs effets sur la santé de l'individu, de la famille et de la communauté. Peu à peu les soins infirmiers de Santé Publique s'orientèrent vers la promotion globale et totale de la santé de l'individu, de la famille et de la communauté. Il ne s'agit plus tant de lutter contre l'agent pathogène, comme ce fut le cas pendant la période limitée à la prévention des maladies infectieuses, mais d'utiliser toutes les sciences médico-sociales en vue de promouvoir la santé et de contribuer à son maintien et à son amélioration. ¹³⁷⁹

Pendant longtemps, la pratique des soins infirmiers de santé publique au niveau local fut divisée en deux grandes catégories selon leur organisation administrative. Les Services d'administration privée des Infirmières Visiteuses offraient sur prescription médicale « des programmes d'action curative, avec soins à domicile », mais aussi des soins de réhabilitation. Les Services infirmiers de santé publique d'administration publique offraient pour leur part, « des programmes d'action préventive et de dépistage en vue de promouvoir la santé de l'individu, de la famille et de la communauté », leur principal champ d'action se trouvant être la PMI. Cette division du travail entre secteur privé et public n'était pas sans conséquences :

¹³⁷⁸ *Id.* p 13 et 14. La brochure citée est la suivante : ANA, *Functions and Qualifications in the Practice of Public Health Nursing*, New York, 1964.

¹³⁷⁹ *Id.* p 12-13.

Cette séparation d'attribution ne facilite pas la coordination du travail et la continuité des programmes d'éducation sanitaire et de réhabilitation. A l'heure actuelle, ce sont les Services Intégrés qui offrent la meilleure qualité de soins et obtiennent des résultats d'action sanitaire plus durables.¹³⁸⁰

Ce lent¹³⁸¹ rapprochement des deux secteurs n'était pas sans rappeler les débats dans la France des années 1930, au moment où Sellier souhaitait développer toute la polyvalence possible chez les infirmières opérant dans la cité. Loin de l'atténuer, ce mouvement de transformation contribua à maintenir et développer dans les années 1960, l'activité de santé publique des infirmières américaines. L'objectif à terme était de parvenir à un exercice généralisé et non plus spécialisé des soins infirmiers de santé publique prenant en charge « le service des soins à domicile ou des soins préventifs, le dépistage et l'éducation sanitaire auprès des malades et de leur famille »¹³⁸².

La formation des infirmières américaines en la matière suivit le même mouvement. De ses débuts à la fin du siècle précédent à 1906, elle fut strictement hospitalière. À partir de cette date, certaines d'entre elles purent bénéficier d'une spécialisation en santé publique à l'université après leurs études hospitalières. C'est en 1944 que fut initiée dans quelques écoles préparant au *bachelor* en *nursing* un enseignement systématique de la santé publique dans les programmes de base. En 1964, l'ANA adopta la motion suivante, appelant à étendre l'initiative à toutes les écoles de ce type :

[...] dorénavant, toute Ecole d'Infirmières Universitaire, pour être accréditée, doit insérer dans son programme d'enseignement de base au niveau du baccalauréat un programme de formation en vue de l'exercice des fonctions professionnelles en milieu Santé Publique.¹³⁸³

C'est durant ces années et pour répondre à cette demande en progression constante jusqu'à la systématisation dans les écoles universitaire, que fut mis sur pied le *Master degree* spécialisé en santé publique. Ce diplôme supérieur préparait aussi bien à des postes dans l'enseignement que dans l'administration des soins infirmiers de santé publique qui occupaient une place reconnue dans le système de santé états-unien. Mais bien d'autres pays s'y intéressaient, notamment en Europe. Ces autres expériences motivèrent d'ailleurs le voyage d'étude que Marie-Françoise Collière avait spécialement effectué en Angleterre, en Belgique, en Suède et

¹³⁸⁰ *Id.* p 8. Les Services d'administration privée (*Visiting Nurse Association*) et les Services d'administration publique (*Local Health Agencies*) se regroupaient alors en Services Intégrés (*Combined Agencies*). *Id.* p 11.

¹³⁸¹ Au moment de la réalisation du rapport, il existait aux États-Unis d'après son auteur, 54 Services Intégrés pour 696 Services des Infirmières Visiteuses et 2715 Services Infirmiers d'administration publique. *Ibid.*

¹³⁸² *Id.* p 11.

¹³⁸³ Rapporté par Marie-Françoise COLLIÈRE, *Id.* p 18.

en Finlande à son retour des États-Unis¹³⁸⁴. Tous ces pays agissaient conformément aux orientations de l’OMS les plus récentes en la matière¹³⁸⁵. Ces travaux de réflexion au niveau international apportaient une preuve tangible de la modernité de la notion et de sa pertinence, quel que fût le niveau de développement des pays considérés. C’est d’ailleurs au terme de ce voyage de Marie-Françoise Collière en Europe que le programme de santé publique¹³⁸⁶ fut finalisé à l’EIEIS. Celui-ci présentait en introduction, les buts de ces soins infirmiers spécifiques et une définition des activités s’y rapportant :

Les Soins Infirmiers de Santé Publique ont pour but d’aider à maintenir, promouvoir, et restaurer la santé. De ce fait, ils ont un caractère à la fois préventif et curatif, qu’ils s’adressent à l’individu, à la famille ou à la collectivité. L’activité de l’infirmière de Santé Publique « s’inscrit dans le cadre général de l’œuvre de Santé Publique, dont le but est de promouvoir la santé, d’améliorer les conditions du milieu – qu’il s’agisse du milieu matériel ou du milieu social -, de prévenir la maladie et l’invalidité et d’assurer la réadaptation des malades et des infirmes »¹³⁸⁷.

L’infirmière de Santé Publique est appelée à exercer ses fonctions :

- à domicile ;
- à l’école, dans les lycées, universités, centres techniques, centres d’apprentissage et dans les institutions et colonies de vacances ;
- sur le lieu de travail : industries, entreprises, services inter-entreprise ;
- dans les services de santé : dispensaires de P.M.I., dispensaires d’Hygiène mentale, centres de dépistage, dispensaires de soins, consultations ambulatoires.

Elle peut avoir un rôle à jouer à l’hôpital car les services de Santé Publique qu’ils soient hospitaliers ou extrahospitaliers ne peuvent dissocier leur action.

Hormis la toute dernière précision, c’était donc tout un pan de l’action sanitaire et sociale qui apparaissait comme relevant du domaine des soins infirmiers, tout en échappant à l’activité hospitalière alors largement mise en avant. Si la mise en place d’un tel programme avait eu lieu très largement sur l’insistance de l’OMS, la France n’y était pas nécessairement prête, contrairement à de nombreux autres pays européens qui avaient franchi ce pas, à l’instar des États-Unis. Les « infirmières sociales » qui officiaient en Belgique en étaient le vivant exemple. Pour l’heure, les soins infirmiers de santé publique étaient considérés comme inadaptés sur le territoire national. Il semblait en conséquence bien difficile aux non-initiés de les concevoir, à l’inverse d’une inadaptation, comme pratique transformatrice potentielle de la réalité sanitaire

¹³⁸⁴ Voir *supra*.

¹³⁸⁵ OMS, *Services Infirmiers de Santé Publique*, Série de rapports techniques N° 167, Genève, Organisation mondiale de la santé, palais des Nations, 1959.

¹³⁸⁶ Archives EIEIS. EIEIS, Programme d’administration de l’enseignement et des services de santé publique, Année 1966-1967.

¹³⁸⁷ Note de bas de page dans le texte original. OMS, *Services Infirmiers de Santé Publique*, Série de rapports techniques N° 167... *op. cit.*

et sociale, idée qui habitait pourtant le projet de l'OMS et de l'EIEIS. Néanmoins, si les propos du doyen Nerson semblaient se rapprocher de ceux du Chef du service régional de l'Action sanitaire et sociale sur cette question, leur analyse était différente. M. Arnion réduisait pour sa part, l'attractivité de l'École à une question de « niveau » pour les Françaises, en relation avec le programme de santé publique qu'il considérait comme archaïque par rapport au stade de développement de la France. L'analyse de M. Nerson semblait plus relever d'une prise en compte pragmatique du contexte français qui conduisait à une priorisation d'ordre stratégique, sans s'exprimer *a priori* sur l'intérêt du programme de santé publique, y compris pour la France. La position particulière de M. Arnion laissait, par contraste, entrevoir un autre frein possible ou pour le moins, un manque d'enthousiasme pour le développement de ce type d'enseignement à l'EIEIS.

Lors de la réunion de la Commission permanente du 21 février 1967¹³⁸⁸, la directrice de l'École confirma qu'en tout état de cause, l'enseignement de la santé publique en France était problématique. Si elle dressa un tableau plutôt positif du déroulement du 1^{er} semestre du programme et en particulier des expériences d'éducation sanitaire conduites par les étudiantes dans des familles, elle en donna les limites sur le territoire national :

[...] Les étudiants de l'E.I.E.I.S. n'ont pas reçu de délégation pour donner des soins. Les services préventifs et curatifs étant séparés dans les structures françaises, c'est une des difficultés de l'École qui ne peut mettre les étudiants dans une situation de soins infirmiers de Santé Publique complets.

Ainsi, en l'occurrence, c'était bien la France qui n'était pas adaptée à la santé publique telle qu'elle était abordée dans d'autres pays et non l'inverse. En réponse au recteur Louis qui lui demandait si l'École comptait poursuivre ce programme, elle répondit par l'affirmative, tout en soulignant que du fait des « structures françaises », l'organisation de stages de deuxième année s'annonçait « très compliquée ». Ces quelques échanges confirmaient que ce programme d'enseignement à l'EIEIS relevait avant tout pour la France, d'une tentative d'importation en les adaptant, de pratiques éprouvées dans d'autres aires culturelles. La tâche s'annonçait d'autant plus ardue pour ces courageuses pionnières, qu'elles se heurtaient à la dure résistance de structures dont aucune perspective de modification n'était évoquée, contrairement à la mise en place des surveillantes générales à l'hôpital.

¹³⁸⁸ PV de la réunion de la Commission permanente du 21 février 1967. Registre ... *op. cit*

Le jury d'admission des étudiants pour la première année se réunit le 24 juin suivant¹³⁸⁹ et 13 étudiants furent reçus, ce qui portait l'effectif potentiel pour la rentrée à 18 étudiants en comptant les 5 candidates admises en 1966, mais dont la rentrée avait été reportée. Parmi ces dernières toutefois, seules 2 étudiantes avaient pu trouver une solution pour le financement de leurs études. Parmi les 13 admis (4 hommes et 9 femmes), seulement 8 étudiantes étaient présentes à la rentrée, ce qui portait l'effectif à 10, dont 2 au titre du programme de santé publique et 8 au titre de l'administration des services infirmiers. Cette nouvelle promotion était composée uniquement de femmes, toutes célibataires sauf deux. Elle comptait 8 Françaises, 1 Italienne et 1 Bulgare. Si le nombre d'étudiantes demeurait encore très insuffisant, M. Veyret ne cacha pas son plaisir au Conseil de direction du 20 octobre suivant¹³⁹⁰ :

M. le Directeur Général VEYRET exprime sa satisfaction en constatant qu'à l'exemple des Hospices Civils de Lyon deux Centres Hospitaliers, Bordeaux et Toulon, ont envoyé une infirmière à l'E.I.E.I.S. tout en lui conservant son salaire. Il précise que certains de ses collègues lui ont promis d'envoyer des élèves à l'E.I.E.I.S. l'année prochaine en vue de la création d'un poste de Surveillante Générale dans leur établissement, poste dont il n'a eu qu'à se féliciter dans les Hospices civils de Lyon.

La représentante du ministère annonça pour sa part que le statut des écoles allait « sortir sous peu » et que le ministère étudiait la possibilité pour des infirmières d'effectuer des études à l'EIEIS en conservant leur traitement et leur avancement, dans le cadre de la promotion professionnelle. Pour la première fois, il se trouva des voix pour regretter l'absence d'étudiants de pays en voie de développement. S'agissant en particuliers des Africains¹³⁹¹, M. Arnion fit part d'un échange qu'il avait eu avec le directeur de l'ENSP concernant la nécessité pour une progression du recrutement, d'une « meilleure articulation entre la section paramédicale de l'Ecole Nationale de Santé Publique et l'E.I.E.I.S. » Même s'il ne s'agissait pas de la même formation, cette remarque laissait entendre qu'il existait dans certains cas ce qui pouvait apparaître comme une erreur d'orientation pour les infirmiers. Il fut aussi suggéré d'envisager la formation à l'EIEIS du « personnel français recruté par la coopération technique pour certains postes de responsabilités ».

Ce qui prenait la tournure d'une embellie, fût-elle passagère, du côté du recrutement de candidates françaises, ne fit néanmoins pas oublier la faiblesse persistante des effectifs. Concernant les étrangers, la question de la reconnaissance des diplômes délivrés par l'EIEIS fut à nouveau abordée par Huguette Bachelot comme un obstacle pour certaines candidatures,

¹³⁸⁹ PV de la réunion du jury d'examen d'admission à l'EIEIS du 24 juin 1967. Registre... *op. cit*

¹³⁹⁰ PV de la réunion du Conseil de direction de l'EIEIS du 20 octobre 1967. Registre... *op. cit*.

¹³⁹¹ En fait, parmi les étudiants initialement admis mais non présents à la rentrée, deux venaient du Sénégal et l'autre du Dahomey. Les raisons qui les avaient fait annuler ou reporter leur rentrée n'étaient pas précisées.

notamment des pays qui « [possédaient] déjà une formation universitaire dès les études de base d'infirmières ». Le recteur Louis partageait cette préoccupation, de même que le Pr Husson, qui fit part de son souhait que l'École fût en mesure de décerner un diplôme du même type que celui des Instituts d'université. Il fit même remarquer que d'ores et déjà, les étudiants de l'EIEIS qui auraient fait preuve d'aptitude à la recherche « pourraient entrer dans le troisième cycle ». Mlle Duvillard et Mlle Tito de Moraes apportèrent pour leur part, une illustration de cette problématique qui était soulevée. Ainsi, les infirmières suisses et celles qui étaient recrutées par l'OMS, attachaient tellement d'importance aux titres universitaires qu'elles choisissaient de « faire des études en anglais malgré l'effort que cela [représentait], afin d'obtenir une licence ». Mlle Martin fit malgré tout part de son optimisme quant à l'évolution de la situation jusqu'à ce qu'un jour pas trop lointain « le diplôme de l'Ecole internationale [soit] reconnu au même titre que les diplômes décernés aux infirmières par les universités étrangères ». Forte de son expérience, Mlle Frère rappela néanmoins que ce type d'évolution demandait du temps : « l'Université Libre de Bruxelles [...] n'a pu décerner une licence en nursing que cinq ans après la réforme de l'enseignement infirmier de base. Actuellement l'Université donne la possibilité aux infirmières licenciées de préparer un doctorat en nursing ». Malgré le chemin qui restait à parcourir jusqu'à la possibilité d'envisager un doctorat en *nursing* en France, l'année 1967 s'acheva sur ces perspectives assez encourageantes, au terme de ce premier cycle complet de deux ans d'études à l'EIEIS. Le temps était d'autant plus à l'optimisme que le budget pour l'année à venir, sans être à l'équilibre, fut pour la première fois abordé sereinement. Les 73 000 Frs de déficit étaient acceptables pour les HCL, avec l'agrément de la tutelle¹³⁹². La compression des dépenses fut saluée par M. Arnion qui déplora néanmoins le manque de recettes issues des scolarités en relation avec la faiblesse des effectifs. Comme le souligna le recteur Louis à la Commission permanente du 23 mai, l'EIEIS étaient sortie « des périodes de tâtonnements », et avait « fait sa place dans l'enseignement infirmier français et international ». L'adjectivation du terme « infirmier » dans le discours du Président de la 2^{ème} plus grande université française apparaissait comme un solide indicateur d'évolution de la profession d'infirmière en France. De ce point de vue, l'EIEIS avait déjà commencé à porter ses fruits, en même temps qu'elle avait produit ses premiers diplômés. Certes peu nombreux, ils étaient susceptibles, déjà, de modifier leur environnement, à en juger aux attentes de l'équipe dirigeante et enseignante de l'EIEIS réunie au grand complet pour signer un article livrant une première analyse de son expérience à la fin de l'année 1967 :

Les premiers diplômés de l'Ecole internationale ont terminé le premier programme en juin 1967 et se trouvent maintenant avec de nouvelles responsabilités, non seulement celles émanant des postes qu'ils occupent, mais les responsabilités nées de cette réflexion approfondie sur le contenu des soins infirmiers. La véritable évaluation de ces deux premières années de fonctionnement sera le reflet même du travail de

¹³⁹² En l'occurrence, il s'agissait du Préfet du Rhône, assisté dans cette mission par M. Arnion.

ces étudiants, de leurs réalisations professionnelles en vue d'améliorer les soins infirmiers. C'est eux aussi qui pourront analyser ce qui a pu leur manquer dans l'enseignement reçu ou ce qui les a particulièrement aidés. Avec eux va s'étendre un réseau de collaboration et d'action et la possibilité d'un travail en commun plus élargi, car s'il est vrai qu'il est parfois difficile de retrouver des bases de travail dans un milieu si hétérogène, c'est là aussi une très grande source de richesse dont chacun ne peut que bénéficier et profiter à l'avenir.¹³⁹³

Ainsi, deux ans après l'ouverture de l'École, les enseignants attendaient déjà des étudiants de retour à leurs occupations, la transformation la plus active possible des conditions des soins aux personnes dans un sens plus souhaitable. Mais ils n'en attendaient pas moins leur participation active au fonctionnement de l'EIEIS par leur propre évaluation et peut-être surtout, leur capacité à construire un réseau capable d'en augmenter la vitalité et l'influence.

Conclusion

Au-delà des accords de principe, les premières réunions du Conseil de direction et de la Commission permanente permirent aux différents acteurs ou groupes d'acteurs en présence de confronter et d'ajuster leurs points de vue par rapport à la mise en œuvre concrète du projet d'EIEIS. Ils commencèrent par discuter du projet de règlement de l'École, largement inspiré des dispositions qui figuraient dans le plan d'opération de l'OMS quasiment achevé. Cette question était d'autant plus importante qu'elle devait notamment clarifier les relations entre les HCL et l'université de Lyon, ainsi que leurs responsabilités respectives. L'université fit rapidement savoir qu'elle était particulièrement attachée à l'indépendance absolue de l'École, tant du point de vue des programmes, de la pédagogie, des examens, que de la nomination de sa directrice. Pour elle, cette position n'était pas discutable, bien que la responsabilité administrative et de gestion fût entièrement endossée par les HCL. Elle demanda et obtint à ce titre un renforcement de sa représentation dans la Commission permanente à laquelle revenaient les décisions d'ordre pédagogique. Les échanges permirent aussi de mettre au jour des représentations bien différentes selon les acteurs, de l'EIEIS comme institution nouvelle et de son prestige, à travers l'appréciation du salaire et des conditions de logement de sa directrice. Sur le salaire, les universitaires, insatisfaits des propositions des HCL, apparurent comme les alliés des infirmières qui ne s'exprimèrent pas sur la question. En revanche, elles n'hésitèrent

¹³⁹³ Huguette BACHELOT, Catherine MORDACQ, Marie-Françoise COLLIERE, Jacqueline FOUJOLS, André MONTESINOS, Élisabeth STUSSI, L'École Internationale d'Enseignement Infirmier Supérieur, Lyon, France, après deux années de fonctionnement, *International Nursing Revue*, Vol. 14, n° 6, November/december, 1967, p 53-58. Jacqueline Foujols était la responsable de la bibliothèque de l'École. André Montésinos était revenu de Montréal et Élisabeth Stussi était rentrée des États-Unis où elle avait obtenu à la Wayne State University, Detroit, le Certificat spécial d'administration de l'enseignement infirmier. Tous deux étaient désormais moniteur et monitrice de l'EIEIS et rémunérés comme tels.

pas à manifester leur point de vue assez tranché sur la question du logement, laissant transparaître comme un mouvement de solidarité d'un corps professionnel essentiellement féminin. Dans le même ordre d'idées, les points de vue étaient bien différents quant à la durée des études qui fut récemment envisagée d'une année par le ministère, alors même que le caractère supérieur de la formation imposait presque logiquement une durée minimale de 2 ans de l'avis d'une très grande majorité des acteurs. Le budget apparut aussi d'emblée comme crucial et donna lieu à de nombreuses discussions et à des ajustements de la part des HCL qui avaient surévalué le montant des bourses par rapport aux références internationales apportées par l'OMS. Au bout du compte, tous les groupes d'acteurs eurent l'occasion de s'exprimer et de faire valoir leur point de vue, tout en prenant connaissance de celui des autres, découvrant ainsi l'étendue des pouvoirs de chacun comme condition impérative de la réussite de l'entreprise : financier pour les HCL et le ministère de la Santé publique et de la Population, pédagogique et académique s'agissant de la délivrance des diplômes pour l'université et le ministère de l'Éducation nationale. La négociation réussie entre ces différents protagonistes aboutit finalement à un accord consistant à confirmer le projet élaboré par les deux monitrices avec l'aide de la consultante et à s'engager dans sa mise en œuvre.

Dans ces conditions très favorables, le programme d'études fut finalisé par les monitrices en coopération avec les universitaires, puis soumis à l'examen critique d'un groupe international d'infirmières consultantes en enseignement infirmier à l'automne 1964. Cette procédure contribua à asseoir l'autorité professionnelle de l'EIEIS et lui donna les attributs nécessaires à une reconnaissance internationale. Mais au-delà de cette action symbolique, la confrontation des monitrices à de nombreuses collègues issues de pays différents dont bon nombre avaient déjà expérimenté des formations universitaires, contribua au renforcement de leur formation-action et à la consolidation de leur propre autorité. L'étape suivante consista en la mise au point d'une convention entre les HCL et l'université de Lyon, au-delà du règlement intérieur de l'École qui ne portait jusqu'alors aucune trace officielle de cette dernière institution. La rédaction de ce texte fut elle-même à la source d'innovations au ministère de l'Éducation nationale, où le Doyen de la faculté de médecine put faire accepter l'idée qu'un rattachement à une seule faculté, comme le préconisaient les dispositions législatives et réglementaires, était réducteur et inadapté aux particularités novatrices de l'EIEIS qui supposait un travail multidisciplinaire. Cette difficulté fut résolue par la décision, lors de la ratification de la convention par décret en 1966, de réunir les HCL à l'université de Lyon et non pas à une ou plusieurs facultés. Ce texte consacra officiellement l'indépendance de l'université. Elle reposait jusqu'alors uniquement sur la confiance placée dans le Directeur général des HCL. Cette formalisation entraîna même, dès avant la parution des textes, des modifications sensibles à type de renforcement de la représentation de l'université dans les différentes instances de l'EIEIS et notamment la Commission permanente. Les salaires de la directrice, de la directrice-

adjointe et des monitrices de l'EIEIS furent à nouveau étudiés à partir du printemps 1965 à la demande du ministère et le résultat montra une évolution considérable par rapport à la première proposition qui avait été faite pour la directrice. Cette nouvelle donne montrait aussi bien, que les représentations de l'École, de sa directrice et du personnel enseignant s'étaient transformées dans le sens d'une appréciation plus juste de cette nouvelle institution internationale, qui avait de surcroît la particularité d'être unique en France. L'ensemble du corps enseignant des HCL bénéficia de cette dynamique que le CGA voulait globale, bien avant la publication au plan national des premiers statuts spécifiques à ce personnel. Les premiers étudiants furent accueillis à l'automne 1965 dans les locaux tout neufs construits et équipés à leur intention. L'inauguration le mois suivant donna lieu à des discours, dont certains louèrent le patient et intense travail accompli depuis le début de la décennie pour en arriver à cette exceptionnelle réalisation pleine de promesses. Si la présence du ministre de la SP donna à l'événement toute la solennité attendue, son discours très général rappela le poids des structures dont il était l'incarnation. Non seulement son propos semblait très réducteur par rapport aux ambitions de l'École, mais il omit d'évoquer l'usage qu'il entendait faire comme ministre, de ce qui était présenté comme un précieux outil par tous les autres orateurs. Celui qui portait le projet politique de la santé en France n'apparut pas en phase avec la dynamique nouvelle impulsée par l'EIEIS, dont tous les acteurs impliqués par ailleurs, avaient fini par s'imprégner. Ce discours, ou plutôt ses lacunes laissaient pressentir quelques-unes des difficultés qui apparurent durant les deux premières années d'expérience de l'École, le temps pour la première promotion d'aller au bout de ses apprentissages. Parmi ces dernières, le recrutement s'avéra d'emblée problématique. L'une des solutions supposait entre autres un engagement fort en termes de projet politique de l'État, lequel n'était pas plus perceptible que dans le discours que le ministre prononça deux ans plus tôt. Néanmoins, l'EIEIS avait pleinement rempli sa mission. Même si c'était pour un petit nombre d'étudiants, les résultats étaient probants. Non seulement des infirmières françaises, étaient entrées à l'université en France, mais elles en étaient sorties avec un diplôme et il en était de même pour une infirmière et un infirmier étrangers.

CONCLUSION DE LA DEUXIÈME PARTIE

Le projet de création d'une EIEIS à Lyon se développa dans un contexte international et national très propices. D'une part, l'OMS portait et soutenait activement cette initiative qu'elle voulait très ambitieuse sur le continent européen et dans le monde francophone. D'autre part, le processus de décolonisation rendait encore plus aigu le besoin de formation dans les pays nouvellement indépendants, notamment sur le plan sanitaire. Sur le territoire national, la croissance économique et les transformations sociales associées, offraient un contexte favorable au développement de la formation professionnelle, en particulier dans le secteur sanitaire, dans la mouvance de la grande réforme hospitalière de 1958. Dès l'année 1960, le projet d'EIEIS reçut l'actif soutien du Directeur général de la santé publique très proche de l'OMS compte tenu de ses activités internationales. Pour porter le projet, les recrutements des premières monitrices eurent lieu, de même que les premières formations au Québec et aux États-Unis. Une consultante de l'OMS aguerrie fut aussi recrutée, pour accompagner les pionnières françaises et les aider à explorer le terrain d'implantation de l'École, à Lyon et plus largement en France. Si l'état de développement de la profession d'infirmière en France était très amélioré aux yeux de la consultante, l'accueil réservé au projet par les autorités administratives des HCL et le milieu universitaire lyonnais, y compris la faculté de médecine, fut très favorable. Seule la question du financement de l'École était à la source de réelles inquiétudes. Les deux premières monitrices, accompagnées et soutenues par la consultante, travaillèrent à la rédaction d'un premier projet opérationnel dans le courant de l'année 1963. Au printemps 1964, un « Plan d'opérations » concernant l'assistance fournie par l'OMS en vue de l'établissement d'une EIEIS à Lyon, formalisa précisément les relations entre l'OMS et les HCL et leur responsabilités respectives. Ces 4 années préparatoires permirent de mobiliser progressivement les différents acteurs concernés, lesquels s'impliquèrent de plus en plus dans le projet à partir de 1962. En 1964, ils étaient pour la plupart enthousiastes et prêts à entrer dans la dernière phase qui consistait à préparer et planifier la mise en œuvre concrète du projet qui avait été imaginé. Cette ultime étape avant l'ouverture de l'École supposait une confrontation directe entre chaque groupe d'acteurs. Parmi ces derniers figuraient l'OMS, les HCL, l'université de Lyon, le groupe des infirmières et le ministère. Tous les acteurs individuels gravitaient peu ou prou autour de ces 5 pôles et de leurs logiques d'action propres.

Alors que les relations entre l'OMS et les HCL figuraient dans un contrat, il n'en était pas de même des rapports entre les HCL et l'université de Lyon qui dépendaient jusqu'alors uniquement du degré de confiance des uns par rapport aux autres. Les premières réunions du Conseil de direction et de la Commission permanente de l'EIEIS furent consacrées à cette question cruciale, à propos de l'adoption par les parties prenantes du projet de règlement intérieur de l'EIEIS. L'université tenait à son indépendance et à sa liberté d'action absolue

concernant les questions académiques et pédagogiques, bien qu'elle n'eût aucun mot à dire sur les questions de gestion de l'établissement. Elle accéda facilement à cette demande, compte tenu qu'elle détenait à elle seule, le pouvoir de conférer les attributs permettant la reconnaissance universitaire de la formation. Si les représentations de la profession d'infirmière que nourrissaient les uns et les autres avaient évolué durant les longues années préparatoires, la confrontation parfois vive entre les groupes, permit de poursuivre cette métamorphose. La question du genre s'invita ainsi dans le débat, même si ce fût avec discrétion, par la simple éruption effusive de convictions intériorisées de longue date à propos du travail féminin. Sans aller jusqu'à de bruyantes revendications féministes, les infirmières montrèrent alors des signes de solidarité à l'intérieur d'un corps professionnel sexué.

Ce processus de négociation finalement très constructif malgré les divergences de départ, aboutit à des ajustements de la part des uns et des autres et à un accord sur l'essentiel. Même le ministère de l'Éducation nationale, jusqu'alors à distance des débats, fut amené à se pencher sur le cas de l'EIEIS comme étonnant prototype faisant presque jurisprudence, à l'occasion de l'élaboration de la convention entre les HCL et l'université de Lyon. C'était là faire beaucoup d'honneur à la profession d'infirmière, d'autant que l'initiative était en l'occurrence portée par le Doyen de la faculté de médecine lyonnaise. Par sa démarche, celui-ci reconnaissait explicitement, par la nécessité de mobiliser pas moins de 4 facultés, que les infirmières ne dépendaient pas ou plus uniquement du corps médical du point de vue du savoir. Cette nette avancée de nature à modifier considérablement l'image de la profession, au moins en ce qui concernait son sommet, fut confirmée par l'adoption des grilles salariales destinées à la directrice, à son adjointe et au corps enseignant permanent de l'EIEIS. Le salaire et le plan de carrière proposés pour la directrice rivalisaient en effet avec ceux qui étaient proposés dans les couches les plus favorisées du corps des directeurs d'hôpitaux. Même si elle n'en atteignait pas les sommets, cette ascension apparaissait comme une évolution marquante dans la profession et une forme de reconnaissance de l'EIEIS comme institution de haut niveau, destinée à « élever le plafond de la situation des infirmières » en France, selon les termes du directeur général Veyret.

Au bout de deux ans, l'EIEIS avait tenu sa promesse et remis les diplômes à une première promotion composée d'infirmières et d'un infirmier prêts à occuper les fonctions supérieures pour lesquelles ils avaient été préparés. Si en 1967, l'EIEIS était reconnue et avait « fait sa place dans l'enseignement infirmier français et international » comme l'avait affirmé le recteur Louis, la même question de la place à occuper se posait désormais pour les étudiants à qui elle s'adressait. Cette École universitaire et professionnelle n'avait en effet de sens que si le système sanitaire offrait des débouchés à ses étudiants. Le recrutement était à ce prix et la faiblesse préoccupante des effectifs durant ces années inaugurales rendait aussi bien compte de l'indigence tout aussi problématique d'un projet politique qui manquait singulièrement

d'épaisseur de ce point de vue, comme en avait témoigné le discours du ministre Marcellin dès le jour de l'inauguration. La vitalité de l'École et sa capacité à s'inscrire dans la durée était donc suspendue à de multiples contingences.

TROISIÈME PARTIE - L'EIEIS À L'ÉPREUVE DU TEMPS

Après un décollage réussi, se posa rapidement le problème de la résistance de ce prototype à l'usure du temps et aux intempéries au sens des diverses contingences qui conditionnaient son avenir. La décennie suivante fut marquée dès le début par les événements de mai 1968 qui ne furent pas sans conséquences pour l'EIEIS et la confortèrent même dans sa mission pour le développement du service infirmier. Enseignants et étudiants s'engagèrent dans ce combat, chacun à sa place et à sa façon. Les uns et les autres étaient conscients qu'ils n'étaient pas seuls au monde et devaient prendre en compte les avancées ou les stagnations, voire les régressions en relation avec les décisions politiques aux motivations plus ou moins clairement affichées par ailleurs. Progressivement, le projet ministériel relatif à la place des infirmières au plus haut niveau du système hospitalier s'affina jusqu'à apparaître comme une réduction incompatible avec les ambitions et les attentes de l'EIEIS. Ce tournant majeur fut le premier d'une série qui conditionna le devenir de l'École malgré ses indéniables capacités d'adaptation à ces fluctuations dont les ressorts lui échappaient très largement. L'équipe enseignante s'efforça malgré tout de poursuivre sa mission originelle, profitant de la moindre embellie pour nourrir un espoir de plus en plus ténu. Son inéluctable déclin à la fin des années 1980 n'empêcha pas les infirmières praticiennes elles-mêmes de montrer des signes d'une rare vitalité qui n'était sans doute pas sans relation avec ce que l'EIEIS avait apporté.

CHAPITRE 5 – Combats, promesses, espoirs et déconvenues : l'introuvable rythme de croisière dans une École en sursis permanent (1968-1978)

L'EIEIS était désormais une réalité. En 1967, son équipe dirigeante et enseignante était presque complète, de même que son offre de programmes. D'une part, il restait à mettre en œuvre le programme spécialisé en psychiatrie au retour de la nouvelle monitrice spécialement recrutée et formée pour l'occasion. D'autre part, il fallait songer à lancer les cours de courte durée, ceux-ci étant destinés à élargir l'audience de l'établissement au-delà de ses propres étudiants dont le petit nombre demeurait une préoccupation majeure.

5.1 - L'année 1968 et ses prolongements à l'EIEIS : entre démocratisation de l'institution à l'intérieur et affirmation d'une parole infirmière libre à l'extérieur, l'apprentissage de la désobéissance

L'absence de perspectives d'emploi pour ces diplômés d'un genre nouveau fut rapidement mise en avant et de façon récurrente, depuis les débuts de l'École. L'année 1968 commença par quelques remarques un peu frondeuses quoique très policées du Conseil de direction¹³⁹⁴ à cet égard, à propos du décret du 10 janvier 1968 qui apportait enfin le statut très attendu des personnels de l'enseignement¹³⁹⁵ :

Après avoir pris connaissance de ce décret les membres du conseil décident d'adresser le vœu suivant au Ministre des Affaires Sociales :

« Le conseil de direction de l'École Internationale d'Enseignement Infirmier Supérieur déplore que le décret du 10 janvier 1968 relatif au recrutement et à l'avancement des personnels d'encadrement et de surveillance des écoles de cadres et des écoles d'infirmiers et d'infirmières rattachées aux établissements d'hospitalisation, de soins ou de cure ne reconnaisse pas les dispositions de l'arrêté du 22 août 1966 relatif à ces mêmes personnels¹³⁹⁶.

En conséquence ce conseil émet le vœu de voir figurer à l'article 4 du décret du 10 janvier 1968, les moniteurs et monitrices des écoles d'infirmiers et d'infirmières possédant le certificat ou le diplôme de l'École Internationale d'Enseignement Infirmier Supérieur parmi les personnes admises à concourir pour le recrutement des Directeurs et Directrices d'Écoles de Cadres ».

Par ailleurs le conseil de direction émet un second vœu :

« Le conseil de direction déplore que le Diplôme de l'École Internationale d'Enseignement Infirmier Supérieur ne débouche pas, dans les hôpitaux, sur un poste de responsabilité dans le domaine des soins infirmiers, c'est-à-dire le poste de Surveillante Générale ».¹³⁹⁷

¹³⁹⁴ PV de la réunion du Conseil de direction de l'EIEIS du 20 février 1968. Registre... *op. cit.*

¹³⁹⁵ Décret n° 68-96 du 10 janvier 1968 relatif au recrutement et à l'avancement des personnels d'encadrement et de surveillance des écoles ... *op. cit.*

¹³⁹⁶ Arrêté du 22 août 1966 relatif aux Ecoles de cadres d'infirmiers... *op. cit.*

¹³⁹⁷ PV de la réunion du Conseil de direction de l'EIEIS du 20 février 1968...*op.cit.*, souligné dans le texte.

Comme un doux prélude aux événements qui se déroulèrent quelques mois plus tard dans le pays, ces deux vœux, dont l'un déplorait une régression et l'autre renouvelait la nécessité maintes fois rappelée de faire évoluer des structures jugées inadaptées aux objectifs politiques et stratégiques qui avaient présidé à la création de l'EIEIS, résumaient à eux seuls la situation. Nulle part, dans les procès-verbaux respectifs du Conseil de direction, de la Commission permanente et du Bureau de cette commission, il n'est possible de trouver la moindre allusion aux événements de mai. Pourtant, à Lyon, l'EIEIS fut agitée au même titre que l'école d'infirmière des HCL et que l'université à laquelle elle était liée par convention. Huguette Bachelot avait un souvenir plutôt serein des événements qu'elle avait, semble-t-il, vécus comme une expérience nouvelle, inévitable sinon opportune pour elle :

[...] On a été partie prenante immédiatement de 68. Parce que c'était une occasion contre ceux qui voulaient nous étouffer un peu [...] Je me souviens, la directrice de l'école de base qui se trouvait être la femme du secrétaire général des Hospices civils de Lyon, et qui m'a dit mais si je les laisse faire ils vont me mettre le drapeau rouge sur le toit de l'école. Alors j'ai dit mais mettez-le vous-même comme ça ce sera moins risqué. Alors tout ça a été rapporté à Monsieur Veyret. [...] Donc c'était un peu compliqué parce que tant les étudiants que la plus grosse partie des enseignants¹³⁹⁸ étaient en manif sans arrêt, étaient à l'université avec les promos [...] enfin bon, le bordel incroyable dans lequel on a vécu ... Bon c'était difficile de faire autre chose. Alors les étrangers là-dedans il y en avait qui étaient totalement partie prenante de cette révolution, que l'on considérait comme telle à l'époque. On disait c'est un début de révolution. Et puis il y en avait d'autres qui étaient plus en retrait, qui se disaient qu'est-ce c'est que cette histoire-là ?¹³⁹⁹

Même au cours de ces événements, l'EIEIS produisit ses premiers effets. Les étudiants, qui étaient pourtant toutes et tous cadres, c'est-à-dire gardiens de l'ordre sinon de la paix, apprirent paradoxalement et peut-être pour la première fois, à désobéir au contact de ces autres étudiants, leurs collègues de l'université bien plus jeunes qu'eux. Catherine Mordacq en avait gardé le souvenir d'une « période difficile », durant laquelle elle avait ressenti comme une mise en cause des efforts déployés par l'EIEIS et son personnel :

Cela a été une ébullition. On avait des étudiants complètement révolutionnaires. Tout ce qu'on faisait était épouvantable. Et c'était assez déstabilisant finalement. Je pense que c'était un empêchement carrément d'enseigner qui était difficile.

¹³⁹⁸ Il s'agissait des enseignants universitaires. Ajouté par nous.

¹³⁹⁹ Entretien Huguette Bachelot, 2 et 3 décembre 2010.

Fût-elle atypique, ouverte et innovante, l'EIEIS demeurait une institution aux yeux des « étudiants révolutionnaires », ce qui pouvait être perçu comme une douloureuse ingratitude par la directrice-adjointe qui s'était investie sans compter dans ce combat très particulier. Si les perceptions du mouvement étaient différentes chez la directrice et son adjointe, elles attestent toutes que l'EIEIS fut traversée par les événements et qu'elle pouvait difficilement rester la même après.

Une aspiration à une plus grande participation des étudiants et des enseignants à la vie de l'École

Dès la rentrée suivante, les étudiants demandèrent que ce qu'ils appellèrent une « motion » fût présentée en leur nom à la séance du Conseil de direction :

Après une année d'études, les étudiants de deuxième année de l'E.I.E.I.S. réunis pour l'évaluation de l'année scolaire, émettent le vœu d'être représentés dans les différents conseils chargés de l'organisation de l'enseignement et de l'évaluation de la formation.

Cette représentation pourrait être envisagée selon les modalités suivantes :

1°) au niveau de l'organisation de l'enseignement (commission permanente), représentation par un élève de chaque promotion, éligible pour 2 ans, renouvelable par moitié tous les ans.

2°) au niveau de l'évaluation de la formation (bureau de la commission permanente, conseil d'enseignement), représentation par un élève de la promotion sortante élu par les élèves de 1^{ère} et 2^{ème} année, renouvelable tous les ans et à la demande d'un élève, représentation par un élève de sa promotion, choisi par lui.

Par ailleurs, les étudiants souhaitent que leur vie matérielle soit facilitée, en particulier par la possibilité de logement pour les garçons.

Les étudiants de 1^{ère} année ont pris connaissance de cette motion et s'y associent.¹⁴⁰⁰

Cette « motion » fut débattue par le Conseil qui y donna suite immédiatement. Il décida qu'un représentant des élèves de 1^{ère} et un de 2^{ème} année pourraient assister aux « réunions des conseils d'école, à titre consultatif, toutes les fois qu'il y [serait] traité de problèmes d'organisation de l'enseignement »¹⁴⁰¹. En revanche les membres du Conseil n'agrèèrent pas la représentation des étudiants « aux réunions destinées à l'évaluation de la formation (conseil d'enseignement, jury d'examen, admission en première et en deuxième année ». Cette aspiration à la participation concernait la formation elle-même, mais elle s'étendait aussi aux conditions de vie quotidienne des étudiants¹⁴⁰². Si la satisfaction à ces revendications était très partielle, elle ouvrait

¹⁴⁰⁰ PV de la réunion du Conseil de direction de l'EIEIS du 22 octobre 1968. Registre... *op. cit.*

¹⁴⁰¹ *Ibid.*, de même que les citations qui suivent, sauf indication contraire.

¹⁴⁰² Les hommes apparaissaient en l'occurrence plutôt moins bien lotis que les femmes s'agissant de l'accès au logement à bon marché fourni par les HCL et cette situation fit l'objet d'une doléance particulière. Ces avantages

néanmoins une époque nouvelle dans le milieu professionnel des infirmières, en démocratisant en quelque sorte, le droit officiel à la prise de parole, fût-ce sous la forme d'une voix seulement consultative. En outre, l'initiative émanait des étudiants de 2^{ème} année et l'École récoltait là ce qu'elle avait semé. En promouvant la participation massive des étudiants à leur formation, elle privilégia nettement l'esprit critique conduisant à la libre décision plutôt que la simple mise en application de consignes ou de conduites à tenir élaborées par d'autres. « A la demande de Melle Bachelot », ce processus de démocratisation s'étendit aux moniteurs et monitrices de l'EIEIS, dont un représentant fut autorisé par le Conseil de direction à assister « aux réunions des conseils dans les mêmes conditions que les étudiants ».

Onze étudiants seulement avaient été admis en 1^{ère} année. A la même séance, la question de la fragilité du budget en relation directe avec la faiblesse du recrutement, tant au niveau national qu'international fut à nouveau évoquée, de même que l'incertitude de l'avenir de l'École. M. Arnion rappela que si aucun texte ne permettait au niveau national de faire « une place aux élèves sortant de l'école » dans un délai d'un an, il se verrait « dans l'obligation de demander la reconversion de cette école ». Il se voyait en effet dans l'impossibilité de présenter à l'agrément du préfet, un budget nécessitant une participation grandissante des HCL pour maintenir l'École à flot. M. Veyret rappela que la création du poste de surveillante générale restait débattue « sur le plan doctrinal » au ministère. La fonction était pourtant une réalité que plus personne ne songeait à nier. Il fut même rappelé qu'elle était occupée par des surveillantes chefs sans reconnaissance officielle dans un nombre de plus en plus important d'hôpitaux. Melle Vanier, représentante du CEEIEC, fit part de sa vive désapprobation « en soulignant que ces surveillantes générales [percevaient] un indice de surveillantes chefs ne correspondant pas à l'importance de leur responsabilité ». Pour la première fois dans cette assemblée, une infirmière évoquait le contenu d'un emploi en le mettant explicitement en relation avec la rémunération octroyée pour en souligner l'absence de justesse, sinon l'incohérence. Jusqu'alors, seuls deux doyens s'étaient discrètement permis cette impertinence à propos du salaire de la directrice. Cette intervention sonnait comme un indicateur supplémentaire de changement dans les mœurs et de libération de la parole des infirmières, seulement quelques mois après les événements qui avaient secoué le pays.

Un peu plus d'un an plus tard, c'est un regroupement d'associations professionnelles sans doute lassées d'attendre les bonnes grâces ministérielles qui chercha à se faire entendre. Constitué pour l'occasion, ce collectif se dépouilla de l'angélique et silencieuse patience qui avait jusqu'alors caractérisé l'ensemble de ses composantes, pour passer à ce qui ressemblait à une offensive. Il fut question, alors, de rendre publique une parole susceptible de revigorer,

étaient encore à cette date, conçus et pensés exclusivement pour une profession sexuellement marquée, même si elle était mixte depuis fort longtemps.

amplifier et rendre utiles enfin, les déférentes et discrètes suggestions inlassablement répétées en maintes occasions et accumulées depuis longtemps dans les vastes tiroirs des cabinets ministériels.

Le service infirmier français doit-il rester sous-développé ?

C'est sous la forme d'un opuscule d'une trentaine de pages qu'un glissement s'opéra de l'humble participation toute en retenue à une vigoureuse revendication¹⁴⁰³. Sa publication sous l'égide de 4 associations fort honorables permettait d'endosser collectivement une parole jusqu'alors sous contrôle et de protéger celle qui était en réalité l'auteure de l'ouvrage, c'est-à-dire Catherine Mordacq, sous-directrice de l'EIEIS¹⁴⁰⁴. En fait, cette protection collective évitait surtout de mettre l'École et notamment sa directrice, dans l'embarras. Pourtant, l'essentiel de ce qui figurait dans ce vibrant plaidoyer pour l'urgente promotion du service infirmier en France était contenu dans le projet même de l'EIEIS. Ce qui changeait, c'était le ton, de même que le caractère systématique de l'argumentation qui donnait à ce texte des allures de manifeste. Son titre, délibérément provocateur dans un contexte national et au sein même de l'École, où le sous-développement était loin d'être considéré comme l'affaire des pays riches, dévoilait un esprit rebelle assez nouveau dans le milieu. Une brève introduction donnait le ton :

Nous voudrions montrer qu'une des sources majeures de difficulté du service de santé en France vient du maillon le plus faible de la chaîne : le service infirmier. L'organisation sanitaire de tout pays quelque peu « développé » repose sur trois piliers : une administration sanitaire, un service médical et un service infirmier. Le niveau d'ensemble ne peut dépasser le plus bas des trois piliers. Or le service infirmier en France est malade, il souffre d'oppression. [...] Comment se manifeste cette maladie d'oppression¹⁴⁰⁵ ? Son signe principal est l'irresponsabilité.¹⁴⁰⁶

¹⁴⁰³ ANFIIDE, CEEIEC, UCSS, UNCAHS, *Le service infirmier français doit-il rester sous-développé ?* Imp. Bosc Frères, Lyon, 1970.

¹⁴⁰⁴ Le secret fut bien gardé par de rares initiées pendant de longues années, jusqu'à ce que l'auteure elle-même nous autorisât à dévoiler son identité au siècle suivant. Correspondance personnelle avec Catherine Mordacq au moment de la publication d'un article en 2015. Michel POISSON, L'EIEIS et la reconnaissance du service infirmier en France, *Soins Cadres* n° 95, septembre 2015, p 54-57.

¹⁴⁰⁵ La métaphore médicale, repérable en plusieurs endroits de la brochure, avait sans doute pour but premier d'accrocher le plus grand nombre possible de lectrices infirmières familiarisées avec ce langage. Mais son usage à cet endroit était d'autant plus habile qu'il ramenait l'oppression, devenue maladie pour l'occasion, à un symptôme connu qui renvoyait essentiellement à l'individu. Ce pas de côté permettait à l'auteure de se dégager du soupçon d'une analyse marxisante se référant au processus social d'aliénation. Si une telle approche était peu probable compte tenu de la personnalité de l'auteure, la neutralisation appuyée du terme permettait en tout état de cause de prendre des distances avec ce qui risquait de rappeler un peu trop le langage qui avait fleuri avec les événements de 1968 pour être acceptable à la fois par le corps médical, la puissance publique et les plutôt raisonnables associations signataires. La précaution était d'autant plus judicieuse qu'elle permettait, par son effet anesthésiant, toutes les audaces.

¹⁴⁰⁶ ANFIIDE, CEEIEC, UCSS, UNCAHS, *Le service infirmier français... op.cit.* p 5. Dans le développement suivant, l'ouvrage sera mentionné avec sa véritable auteure, ce qui n'enlève rien à la caution significativement apportée à son contenu par les 4 associations signataires dont elle se révéla être à la fois la plume et la porte-parole.

Assez stratégiquement, l'auteure laissa le soin à une tierce personne, en l'occurrence la psychologue du travail Claude Lévy-Leboyer, d'explicitier cette notion d'irresponsabilité. Celle-ci avait récemment publié une étude sur les infirmières¹⁴⁰⁷ de laquelle elle tirait, entre autres, les enseignements suivants :

Au total, deux aspects de leur vie professionnelle peuvent apporter aux infirmières les satisfactions qui sont un élément essentiel de l'adaptation au travail : sur le plan technique, leur efficacité ; sur le plan social, les preuves de leur valeur personnelle. Aussi, est-il étonnant de constater que ni dans un cas, ni dans l'autre, elles n'en tirent ce qui serait logique : la fierté d'assumer des responsabilités. En effet, 6 % seulement des infirmières interrogées ont l'impression d'avoir des responsabilités, au sens où cela contribue à valoriser leur conception et leur place dans la société. C'est que l'infirmière demeure, le plus souvent, une exécutante dont le champ d'action est limité, en dépit de l'absence quasi permanente du médecin. Tout se passe comme si le statut professionnel ne sanctionnait pas, de manière formelle, l'évolution technique et sociale de la profession.¹⁴⁰⁸

Ce texte concernait au premier chef les infirmières praticiennes, c'est-à-dire celles qu'il était convenu de nommer les infirmières de base. La référence à cette étude dès l'introduction signifiait donc que c'était bien toute la profession qui était concernée par la brochure, bien au-delà d'un plan de carrière possible pour une élite. Pour Catherine Mordacq, la cause de ce « malaise » était d'ailleurs attribuable à « la place particulièrement limitée que la structure sanitaire du pays [attribuait] à la profession d'infirmière »¹⁴⁰⁹. Les structures hospitalières furent évoquées en premier lieu, par comparaison avec des pays étrangers¹⁴¹⁰. Evoquant la présence dans de nombreux autres pays d'une infirmière ayant « un rôle de direction du service infirmier », son absence en France fut soulignée. L'auteure rappela d'ailleurs que dans les études prospectives les plus récentes sur l'hôpital et son fonctionnement, les infirmières demeuraient les grandes oubliées :

On peut s'interroger sur l'absence de ce poste dans la structure hospitalière française, même dans les projets d'avenir les plus récents¹⁴¹¹ : « La direction des formations *hospitalières de l'avenir* ne saurait être que collégiale et exercée par des équipes pluri-disciplinaires, où devront se retrouver côte à côte, des administrateurs, des juristes, des économistes, des médecins et des ingénieurs. Cette nécessité pose le problème de la formation et du recyclage *des personnels qui sont appelés à assumer les responsabilités principales* ». ¹⁴¹²

¹⁴⁰⁷ Claude LEVY-LEBOYER, *Les infirmières en France*, T. III : Les infirmières diplômées : satisfactions et déceptions ; les causes de l'abandon, Paris, École Pratique des Hautes Etudes, Laboratoire de psychologie du travail, 1967.

¹⁴⁰⁸ Citée par Catherine MORDACQ, *Le service infirmier français... op. cit.* p 5 et 6.

¹⁴⁰⁹ Id. p 6. Dans le développement suivant, les locutions entre guillemets et sans appel de note de bas de page dans le corps du texte, sont toutes issues de la brochure, sauf indication contraire.

¹⁴¹⁰ « Des comparaisons avec nombre de pays étrangers : Suisse, Belgique, Angleterre, Suède, Finlande, Portugal, et aussi États-Unis, Canada, souligneront nos propos et orienteront des propositions de réforme » *Ibid.*

¹⁴¹¹ Groupe de travail sur la prospective de la santé. – *Réflexions sur l'avenir du système de santé*- Paris, la documentation française, 1969, p 46. Note figurant dans le texte cité.

¹⁴¹² Catherine MORDACQ, *Le service infirmier français... op. Cit.* p 7. Italiques dans le texte.

Malgré tout ce qui avait été dit sur les surveillantes générales et leur utilité de plus en plus reconnue depuis le début de la décennie, le constat sonnait comme une preuve que l'idée était loin d'être intégrée en haut lieu, ce qui laissait douter de la réelle volonté de la mettre en pratique. La comparaison avec les nombreux pays étrangers avancés dans ce domaine permettait de mieux mettre en lumière cette lacune en France, au risque de la faire apparaître dans le petit groupe fort peu glorieux des derniers retardataires :

L'infirmière directrice du service infirmier existe dans l'ensemble des hôpitaux des pays ayant un service organisé. Elle fait partie de l'équipe de direction ; l'ampleur des responsabilités déléguées par le directeur de l'hôpital suppose qu'elle ait reçu une formation au niveau des cadres supérieurs. Elle et ses adjointes sont en effet responsables de sélectionner le personnel des services infirmiers ; de le placer dans les services ; d'étudier les problèmes de quantité du personnel nécessaire, de matériel de soins, de circuits des informations ; d'organiser la formation continue de ce personnel. Il est inutile de citer les pays qui ont de tels postes : on aurait plus vite fait d'énumérer les quelques rares pays où cela n'existe pas officiellement.¹⁴¹³

Au niveau même de l'État, non seulement l'indigence de la représentation des infirmières était soulignée, mais la régression de leur participation depuis la fin des années 1950 était rappelée :

Si nous tournons nos regards vers les structures de l'administration sanitaire française, c'est le grand vide. Pas d'infirmières au niveau des administrations locales, régionales, nationales. Une seule « infirmière conseillère » au ministère de la Santé. Des conseils consultatifs près de ce ministère d'où on a progressivement réduit le nombre des infirmières. A la création de ces deux conseils¹⁴¹⁴, les infirmières étaient en nombre paritaire au nombre d'administrateurs et de médecins ; en 1957, puis en 1959, la proportion d'infirmières *nommées* à ces conseils a été réduite à 25%.¹⁴¹⁵

Cette dernière précision légitimait d'autant plus la pertinence et la vigueur du propos qu'elle faisait apparaître que la conquête la plus modeste n'était jamais définitivement acquise. En outre, cet appauvrissement d'une représentation déjà famélique n'était pas, selon l'auteure, sans conséquences sur le fonctionnement général et la dynamique du système de santé dans son ensemble :

Éliminées de toute participation à la gestion, mais aussi officiellement¹⁴¹⁶ de la consultation pour les affaires concernant leur profession, enfermées dans l'enceinte de l'hôpital sous la double autorité

¹⁴¹³ *Id.* p 13.

¹⁴¹⁴ Il s'agissait du Conseil de perfectionnement des études d'infirmières et du Conseil supérieur des infirmières et infirmiers. Le premier fut modifié dans le sens indiqué par l'auteure par le décret n° 57-1132 du 5 octobre 1957 relatif aux conseils de perfectionnement pour les études de service social et pour les études d'infirmiers et d'infirmières. Le second le fut par le décret n° 59-1150 du 28 septembre 1959 créant un nouveau conseil supérieur des infirmières et infirmiers et abrogeant les textes concernant l'ancien conseil. Note ajoutée par nous.

¹⁴¹⁵ *Id.* p 12. Italiques dans le texte.

¹⁴¹⁶ « Depuis mai 1968, les infirmières participent de plus en plus à ces conseils. Cela est seulement dû à la compréhension de fonctionnaires responsables ». Note figurant dans le texte original. L'auteure faisait ici très

médicale et administrative, les infirmières ont rétréci leur intérêt à l'espace qui leur était dévolu. Bon nombre d'entre elles, capables d'avoir des vues d'ensemble et de porter des responsabilités étendues, ont fui cette profession tout au moins le secteur public, laissant ainsi un fossé se creuser avec l'évolution du monde extérieur.¹⁴¹⁷

A cet endroit aussi, la comparaison avec les seuls pays européens, était douloureuse pour la France. Ainsi, l'Angleterre comptait 29 infirmières au bureau des infirmières du ministère de la Santé. La Finlande, pourtant peu peuplée¹⁴¹⁸, en employait 11 au ministère de la Santé et 3 au ministère de l'Éducation. Le Portugal en comptait 5 et la Hollande 7 au même ministère¹⁴¹⁹.

Mais bien loin du ministère, le niveau le plus opérationnel faisait partie intégrante de la problématique et la pénurie d'infirmières ressurgissait inévitablement. Pour l'heure, on trouvait dans les services hospitaliers « seulement de nombreuses aides-soignantes dont la formation en service [était] variable ». La mise en place d'un enseignement, prévue depuis 1956, s'était en effet avérée très laborieuse et tributaire des dures réalités hospitalières, à en juger par le contenu de cette circulaire rappelé par l'auteure :

Les cours doivent être organisés de manière à apporter le moins de perturbation possible dans le fonctionnement de l'Établissement. L'enseignement théorique se fera en dehors des heures de travail et ne devra pas excéder deux heures par semaine (pendant dix mois). L'enseignement pratique [...] sera donné pendant les heures de service, à l'occasion des soins à donner aux malades. Quatre heures d'enseignement pratique par semaine semblent suffisantes.¹⁴²⁰

Pour être considérées comme une « fraction indispensable du personnel soignant », ces professionnelles ne pouvaient néanmoins, selon l'auteure, « être considérées comme du personnel auxiliaire réellement formé par un an d'études », d'autant que ladite circulaire avait été appliquée fort diversement selon les situations. Le problème de la qualification du personnel disponible pour soigner les malades découlait de ce constat. S'appuyant sur une étude réalisée en 1967¹⁴²¹, Catherine Mordacq se livra alors par extrapolation à une évaluation quantifiée de ce qu'elle nomma « le temps moyen de service infirmier compétent », lequel concernait les

vraisemblablement allusion à l'arrêté du 24 décembre 1968 désignant les membres du conseil supérieur des infirmiers et infirmières. Par le jeu des « désignations », sans compter la représentation par les syndicats généralistes représentatifs (en l'occurrence CGT et FO), 9 infirmières sur 28 membres figuraient soit au titre de personnalité compétente, soit au titre des groupements professionnels. Ceci hissait alors leur représentation à plus de 32% dans le conseil, sans que la structure en fût modifiée pour autant. Cette fluctuation demeurait en effet étroitement liée à la plus ou moins grande compréhension et donc au bon vouloir des fonctionnaires impliqués dans la « désignation ».

¹⁴¹⁷ *Id.* p 13.

¹⁴¹⁸ L'auteure rappela qu'elle ne comptait que 6 millions d'habitants.

¹⁴¹⁹ *Id.* p 16.

¹⁴²⁰ Circulaire du 25 mai 1957 relative à la formation des aides-soignantes, citée *id.* p 9.

¹⁴²¹ ROCHFORD, Effectifs minima de personnels de quelques services de soins, *Revue Hospitalière de France*, février 1967. Cité *id.* p 10. Cette étude prévoyait alors « 1 surveillante, 3 infirmières, et 8 aides pour un service de 30 lits de chirurgie ; 1 surveillante, 2 infirmières et 6 aides dans un service de médecine ».

seules infirmières diplômées d'État. Ce souci de précision et de rigueur dans l'argumentation, dont témoignait l'introduction dans le débat d'un instrument critique, discutable ou non, montrait la volonté de dépasser le discours d'ordre administratif ou idéologique qui avait prévalu jusqu'alors :

Calculons donc le temps moyen de service infirmier compétent offert à une personne hospitalisée par 24 heures, en nous basant sur, mettons, 10 infirmières par tranche de 100 lits (ce chiffre exclut, bien sûr, les infirmières de salle d'opération, de consultations, mais comprend les surveillantes). Les 10 infirmières produisent (10 x 40 h) 400 heures de service hebdomadaire ou 57 heures de service quotidien à répartir entre les 100 malades. Cela représente 34 minutes 20 secondes de service par personne par 24 heures, pour organiser, préparer, donner et surveiller les soins ! Les grands malades et les personnalités connues demandent un temps supérieur de soins¹⁴²² ; on peut estimer que les malades moyens disposent d'un temps de soins infirmiers encore plus réduit. Comme cela traduit la proportion du budget alloué au service infirmier diplômé, il ne paraît pas exagéré de souligner que cette proportion est écrasée par rapport aux autres chapitres du budget et aux autres catégories de personnel.¹⁴²³

L'argumentation était d'autant plus puissante que si la pénurie était mondialement partagée et reconnue comme telle, le même mot désignait des situations fort différentes selon les pays. Le « temps moyen de service infirmier compétent » permettait aussi, à cette occasion, de se livrer à de redoutables comparaisons :

Quelques éléments de réflexion peuvent être apportés par une recherche effectuée en 1958 par l'Association des Hôpitaux Américains sur un large échantillon d'hôpitaux¹⁴²⁴. Dès cette date, les hôpitaux offraient en moyenne deux heures de service infirmier diplômé par malade et par 24 heures (ce qui représente 35 infirmières pour 100 lits), plus de deux heures de service par du personnel auxiliaire et des élèves.¹⁴²⁵

Cette situation nettement plus favorable des États-Unis par rapport à la France ne les empêchait pas de s'alarmer de cette pénurie « au point d'entreprendre des études systématiques à ce sujet ». S'agissant des infirmières françaises, l'auteure reconnaissait que celles-ci avaient quelques raisons théoriques de tirer une certaine fierté de se voir de plus en plus confier des « soins encore considérés comme des actes médicaux dans d'autres pays ». Elle soulignait néanmoins que la satisfaction procurée par la mise en œuvre *a priori* valorisante de ces actes

¹⁴²² L'assimilation des personnalités connues aux grands malades, un peu provocatrice, peut vraisemblablement être interprétée comme le rappel froidement réaliste que même au sein de l'hôpital public, la position sociale avait une influence remarquable dans une distribution des soins s'avérant alors inéquitable au détriment des « malades moyens », malgré le discours politique et administratif habituel sur le très général « bien des malades » qui recouvrait de très variables réalités. Cette précision permettait aussi de faire ressortir d'autant plus le caractère problématique de la pénurie dont les conséquences étaient potentiellement porteuses d'injustice..

¹⁴²³ Catherine MORDACQ, *Le service infirmier français...* op. cit. p 10.

¹⁴²⁴ ABDELLAH (F.) et LEVINE (E.), *Effect of nurse staffing on satisfactions with nursing care*, American Hospital Association, Hospital monograph series n°4, 1958, p 32. Note figurant dans le texte cité.

¹⁴²⁵ Catherine MORDACQ, *Le service infirmier français...* op. cit. p 14.

techniques n'était pas suffisante pour les retenir à l'hôpital. Citant une étude¹⁴²⁶ de l'Institut national d'études démographiques (INED), elle rappela qu'une femme française travaillait alors 22 ans et une infirmière 15 ans. Néanmoins, la durée moyenne de la carrière de cette dernière en hôpital public était de 5 ans et 5 mois en 1965. La conclusion de cette étude était si édifiante aux yeux de Catherine Mordacq, qu'elle la cita comme argument justifiant à lui seul l'urgence de la mise en place d'une politique qualitative d'envergure, susceptible de retenir à l'hôpital des infirmières de plus en plus nombreuses¹⁴²⁷ à être formées :

Notre étude met en valeur l'importance d'une politique améliorant les conditions de travail des infirmières des hôpitaux publics. Les résultats de l'année 1965 montrent que faute d'une telle politique, les importants efforts faits pour augmenter les effectifs formés dans les écoles se trouvent *ruinés* par un accroissement rapide des abandons de carrière dans les établissements.¹⁴²⁸

Cette étude, publiée trois ans après le vibrant discours du ministre Marcellin à l'inauguration de l'EIEIS, montrait que la situation n'avait pas évolué malgré la détermination affichée. Ainsi, « forcer dans le sens actuel » selon Catherine Mordacq, c'est-à-dire n'envisager le règlement du problème que sous l'angle quantitatif en faisant l'économie d'une réforme des structures et de la prise en compte des questions d'ordre qualitatif, relevait tout simplement de l'obstination à « remplir le tonneau des Danaïdes ». Ailleurs, c'était la question des structures extrahospitalières qui était envisagée, confirmant les sérieux doutes qui avaient été émis dès la mise en place du programme de santé publique à l'EIEIS :

Il n'y a pas de soins à domicile systématiquement organisés sur le territoire français, donc pas de liaison entre les soins à l'hôpital et ceux qu'une infirmière libérale fera à domicile. Seuls quelques rares services

¹⁴²⁶ Baudot (J.), Vimont (C.), Les infirmières de hôpitaux publics, évolution récente des effectifs, calculs des besoins, *Population*, Mai-juin 1968.

¹⁴²⁷ Sans s'y étendre particulièrement, Catherine Mordacq reconnaissait implicitement, dans le choix de la citation suivante, l'augmentation importante des effectifs d'infirmières diplômées. L'effectif global, comprenant les diplômées d'État, les autorisées et les infirmières psychiatriques, fut en effet multiplié par 3 de 1954 (77 000 environ) à 1979 (245 994). Les diplômées d'État passèrent de 93 811 en 1970 à 176 889 en 1979, soit près de 90% d'augmentation en 10 ans. La densité des infirmières diplômées d'État en France connut donc une croissance de 183,8 pour 100 000 habitants en 1970 à 286,9 en 1977. En toute logique, les infirmières autorisées, en voie lente mais sûre d'extinction, passèrent dans le même temps de 21684 en 1970 à 15655 en 1979, soit une diminution de plus de 38%. Cette décroissance en raison inverse de l'évolution du groupe des diplômées d'État montrait aussi bien la montée en qualification de la profession dans son ensemble. Les infirmiers psychiatriques suivirent pour leur part, la même tendance que les diplômés d'État. Leur nombre s'accrut de 33 106 en 1970 à 53 450 en 1979, soit 61 % d'augmentation. D'après les données statistiques DOMI, ministère de la santé, présentées par René MAGNON, *Le service infirmier ces trente dernières années... op. cit.* p 162. Ailleurs, Christian Chevandier fait état d'une impressionnante augmentation de 263% des effectifs globaux dans le secteur public hospitalier de 1960 à 1985, avec un pic à partir de 1968 : « C'est dans la demi-décennie qui a suivi 1968 que l'augmentation des travailleurs hospitaliers a été la plus importante, se substituant dans la dynamique de l'emploi à la croissance du nombre des enseignants. Les effectifs du secteur hospitalier public augmentèrent de 37,6% entre 1969 et 1974 tandis que ceux de l'Éducation nationale ne s'accroissaient que d'un quart. » Christian CHEVANDIER, « Uni(e)s dans l'action » : les infirmières coordonnées, Intervention au colloque *Unité syndicale, fatalité de la division ? France, (1943-1995)*, Institut CGT d'histoire sociale, Paris, 2007, p 5.

URL : http://www.ihs.cgt.fr/IMG/pdf_Christian_CHEVANDIER.pdf consulté le 28 mai 2018.

¹⁴²⁸ Cité par Catherine MORDACQ, *Le service infirmier français... op. cit.* p 11. Italiques dans le texte.

privés réalisent cette jonction, ou quelques rarissimes services publics dits pilotes, mais qui restent plutôt à l'état de curiosité à visiter.¹⁴²⁹

La comparaison avec les pays étrangers avait ici d'autant plus de résonance, qu'elle s'opérait quel que fût le niveau de développement considéré. Elle permettait aussi, en creux, de remettre en cause un hospitalo-centrisme croissant depuis 1958 :

Dans nombre de pays en voie de développement, ou de pays dits « développés », la population urbaine et rurale peut bénéficier des services infirmiers pour des actions préventives et curatives, à domicile et dans les lieux de travail. Ces services recouvrent le territoire, ils sont coordonnés avec d'autres services sociaux ou émanent de services médicaux au niveau local et régional. Là encore, le service est administré par des infirmières.¹⁴³⁰

À côté du quadrillage hospitalier territorial qui n'était pas contesté et même en interrelation avec ce dernier, l'auteure suggérait à l'image d'autres pays, un possible quadrillage plus fin et moins onéreux, capable de pénétrer le tissu rural et urbain en profondeur. Ce service avait le mérite à ses yeux, de pouvoir être très largement « administré » par les infirmières.

Pour expliquer ce décalage avec les expériences étrangères, elle rappela la probable influence selon elle, de la réduction en France, du travail de l'infirmière à un rôle strict d'auxiliaire médicale depuis la définition de 1946, conception confirmée dans le programme de formation de 1961. Or le territoire européen disposait désormais de sa propre référence depuis l'Accord européen pour l'instruction et la formation des infirmières de 1967. Ce nouveau point d'ancrage permettait de replacer la France dans un contexte plus restreint et homogène, par rapport au plus lointain modèle américain jusqu'alors souvent cité, mais qui suscitait de nombreuses résistances aux motivations diverses, dont celle de la prétendue divergence culturelle souvent, sinon toujours, présentée comme irréductible. Dès lors, les positions arrêtées au Conseil de l'Europe constituaient une ressource d'autant moins discutable qu'elles étaient normatives, contrairement aux recommandations de l'OMS qui n'étaient qu'incitatives, et que la France les avait cautionnées par une première signature dans l'attente de sa ratification. Catherine Mordacq ne se priva pas d'une telle arme supranationale. Elle rappela la définition des fonctions de l'infirmière qui figurait dans l'Accord, laquelle ne faisait aucune référence au médecin en tant que tel et soulignait par là-même, la libre existence des infirmières, en interdépendance avec tous les autres acteurs :

1° L'infirmière en soins¹⁴³¹ généraux exerce, conformément à la réglementation en vigueur dans son pays, les fonctions essentielles suivantes :

¹⁴²⁹ Catherine MORDACQ, *Le service infirmier français... op. cit.* p 12.

¹⁴³⁰ *Id.* p 15.

¹⁴³¹ « Définition du mot « soins » adoptée par le Conseil International des Infirmières et l'Organisation Mondiale de la santé [...] Pour certains malades, quelques-unes des activités énumérées peuvent être confiées par

- 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 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.

2° Dans ce rôle, l'infirmière doit juger à tout moment des soins infirmiers dont chaque malade a besoin et lui affecter le personnel correspondant.¹⁴³²

Comme pour montrer qu'une telle conception élargie n'avait rien d'utopique et qu'elle était déjà à l'œuvre en Europe, elle cita immédiatement à titre d'exemple, la définition adoptée dans le « texte suédois » :

La fonction principale de l'infirmière professionnelle en Suède est de fournir seule ou avec la coopération du personnel, des soins infirmiers totaux¹⁴³³ à chaque patient. Elle doit assister le médecin dans les soins médicaux, entre autres en observant et rapportant les symptômes et en exécutant les prescriptions médicales appropriées au patient. Elle devra enseigner et surveiller (*sic*) les soins et les principes de santé aux malades, à leur famille et au grand public, prenant ainsi part à la promotion de la santé et à la prévention de la maladie. Finalement, elle participe à l'administration du service infirmier.¹⁴³⁴

En cohérence avec cette conception élargie des fonctions de l'infirmière et l'étendue du champ de responsabilités qui en découlait, les mesures préconisées dans l'Accord étaient en rupture totale avec le programme français de 1961, tant du point de vue quantitatif¹⁴³⁵ que qualitatif :

[...] les soins aux enfants, aux adolescents, la maternité, la psychiatrie, les personnes âgées n'entrent qu'incidence, comme entre parenthèse, dans ces études. Le développement de l'être humain, les phases par lesquelles il passe, les groupes sociaux dans lesquels il vit ne sont pas des sujets d'intérêt professionnel dans les études infirmières actuelles¹⁴³⁶. Cependant, les secteurs de la population demandant

l'infirmière à un personnel moins qualifié, qui recevra des directives et travaillera sous surveillance ». Note ne figurant pas dans l'Accord européen, mais ajoutée par l'auteure. Nous ne reproduisons pas ladite définition- entre crochets- empruntée à Virginia Henderson et qui fut reprise par les experts en soins infirmiers de l'OMS. Elle figure donc, à ce titre, dans la première partie. Voir *supra*.

¹⁴³² Normes minimales pour l'instruction et la formation des infirmières, Chapitre I, *Définition des fonctions de l'infirmière en soins généraux*, Annexe I, Accord européen sur l'instruction et la formation des infirmières, 1967, cité par Catherine Mordacq, *id.* p 17-18.

¹⁴³³ Note de bas de page dans le texte original renvoyant à la définition de Virginia Henderson.

¹⁴³⁴ Catherine MORDACQ, *Le service infirmier français... op. cit.* p 18.

¹⁴³⁵ Le Chapitre III de l'annexe I citée ci-dessus, *Durée et contenu du programme d'enseignement*, prescrivait une durée d'enseignement minimale de 4600 heures consacrées à l'« enseignement infirmier de base ». La proportion à consacrer aux stages devait être au minimum de la moitié de ce temps total, soit 2300 heures. En tout état de cause, « le nombre d'heures de cours théoriques et techniques [...] ne [devait] pas être inférieur au tiers du temps consacré à l'ensemble de la formation », soit 1533 heures.

URL : <https://rm.coe.int/CoERMPublicCommonSearchServices/DisplayDCTMContent?documentId=09000016800722f8> consulté le 16 mai 2018. Le programme français de 1961 (Voir *supra*) comportait 322 heures en 1^{ère} année et 270 heures en 2^{ème} année, soit 592 heures, ce qui faisait un imposant écart à combler.

¹⁴³⁶ Au chapitre III évoqué ci-dessus, à la rubrique *Sciences fondamentales de l'Enseignement théorique et technique* de l'Accord, figuraient à côté des diverses sciences de la vie, les « sciences sociales » déclinées en

le plus de soins et d'éducation sanitaire sont justement ceux que nous venons d'énumérer. Si bien que la formation actuelle des infirmières ne peut répondre aux besoins de la population mais tout au plus à un secteur de la médecine hospitalière.¹⁴³⁷

Compte tenu de la pression nouvelle exercée par cet Accord, la réforme des études était devenue un sujet d'une brûlante actualité. Catherine Mordacq posa alors la question de savoir s'il s'agissait simplement de renforcer le système en vigueur en ajoutant une troisième année d'études au risque « constamment évoqué [...] de faire des infirmières de "petits médecins" »¹⁴³⁸, ou bien de « transformer l'ensemble », c'est-à-dire sortir d'une stricte division du travail médical pour développer un regard particulier et complémentaire à celui du médecin, perspective qui avait sa préférence :

[...] l'infirmière deviendrait quelqu'un ayant elle-même à porter un jugement professionnel. Ce jugement s'appuie sur la connaissance de la situation de chaque personne soignée et sur des données médicales : diagnostic et traitement ; il débouche sur un plan de soins [...] On peut en déduire que tout renforcement de la forme d'études actuelles par plus de cours ou plus de stages, sans une transformation complète dès la base, serait une mesure rétrograde.¹⁴³⁹

En introduisant la notion de jugement chez l'infirmière, l'auteure la dégageait de sa position strictement instrumentale par rapport au médecin. Elle en faisait en effet une professionnelle dotée d'une activité diagnostique particulière, en se gardant bien de la nommer ainsi, ce qui eût constitué un *casus belli* bien encombrant par rapport aux médecins. Cette approche intégrait pleinement la vision du médecin, mais était aussi sensée répondre à des problèmes qui échappaient en grande partie au regard de celui-ci. En outre, la notion de « plan de soins » découlant de cette activité cognitive, mettait aussi au jour une dimension stratégique dans une activité jusqu'alors très largement présentée par les textes normatifs et donc incorporée par les infirmières elles-mêmes, comme relevant de l'exécution sans omission ni débordement des ordres reçus, en dépit de la réalité indubitablement plus riche et complexe de leur travail qui faisait que la moindre grève du zèle eût bloqué littéralement la machine hospitalière. La simple formulation de cette perspective, qui consistait en fait en la reformulation de ce qui figurait implicitement dans l'Accord européen, n'en constituait pas moins une prise de position osée dans la France des années 1970, d'autant que cette analyse critique et prospective du système de formation ne s'arrêtait pas aux contenus des programmes d'enseignement.

sociologie, psychologie, principes d'administration, principes d'enseignement, législation sociale et sanitaire, aspects juridiques de la profession, autant d'éléments pour la plupart absents du programme français de 1961, hormis quelques rares heures consacrées à la législation. *Ibid.* Note ajoutée par nous.

¹⁴³⁷ Catherine MORDACQ, *Le service infirmier français... op. cit.* p 21.

¹⁴³⁸ *Ibid.* Comme pour montrer qu'elle n'était pas dupe des enjeux pour les uns, les unes et les autres si une telle orientation était retenue, elle précisa à cet endroit : « Pour que l'ordre continue à régner, il importe donc que le médecin n'ait pas des auxiliaires trop intelligents mais bonnes (dans tous les sens du terme). » Une telle assertion, dans une brochure signée par les 4 associations d'infirmières les plus importantes, montrait qu'un pas décisif, grandement facilité par les événements de 1968, avait bien été franchi depuis les années chaptaliennes.

¹⁴³⁹ *Id.* p 22.

L'auteure rappela que les infirmières enseignantes se situaient en France dans une proportion de 1 pour 25 élèves en moyenne, comparée à la norme de 1 pour 15 prescrite dans l'Accord européen. En outre, seulement un quart des monitrices en exercice avaient bénéficié d'une formation en école de cadres. S'agissant des structures de formation elles-mêmes et de leurs modes de financement en particulier, l'auteure présenta un autre instrument de comparaison susceptible, là encore, de révéler la situation de la France par rapport à d'autres pays. Il s'agissait pour elle de « tenter de schématiser les stades par lesquels la formation des infirmières [était] passée dans d'autres pays depuis ses cent ans d'existence »¹⁴⁴⁰. En d'autres termes, il était question d'identifier les stades de développement des structures de formation au niveau international. Bien qu'elle n'y fît aucune référence, sa modélisation s'appuyait sur les précédents anglais et américain. Elle comprenait 4 stades, le premier renvoyant au système des hôpitaux-écoles :

Au stade initial, les écoles dépendent complètement de l'hôpital. Leur budget est confondu. Les élèves sont considérées comme force de travail, elles sont payées pour cela. La directrice de l'école dépend de la directrice du service infirmier. Parfois une seule personne assume les deux responsabilités. L'élève reçoit un enseignement théorique sous forme de cours ; en stage, elle est confiée à une bonne infirmière ou à une monitrice. L'enseignement est centré sur les soins à l'hôpital. Le niveau scolaire de recrutement est imprécis. Le personnel enseignant infirmier a peu ou pas de formation supplémentaire à celui (sic) que reçoivent les élèves. Ce système, quoique périmé, a pu fournir de bonnes infirmières hospitalières.

Le deuxième stade amène une clarification de la situation financière, donc des buts pédagogiques de cette institution. Le budget de l'école est entièrement distinct de celui de l'hôpital, il est alimenté soit par le ministère de la Santé, soit par celui de l'Education nationale. L'élève n'est plus payée quand elle l'était et ne paye pas de scolarité ou tout au moins pas plus que les étudiants en université. La directrice dépend d'organismes régionaux de la Santé ou de l'Education nationale. Les stages extra-hospitaliers se développent. Tout stage a une durée correspondant à un but éducatif [...] Le personnel enseignant a reçu une formation dans des écoles supérieures d'infirmières, mais aussi commence à préparer des diplômes universitaires en sciences humaines, pédagogie, sociologie, administration, psychologie... [...] Une formation d'auxiliaires infirmières vient permettre de remplacer par du personnel formé et payé le travail des élèves. A ce stade, on note un recrutement plus facile d'infirmières dans les hôpitaux, car les élèves perdent le sentiment d'avoir été exploitées pendant leurs études.

Le troisième stade est un rattachement officiel à un niveau de l'Education nationale en rapport avec celui des autres professions paramédicales. Cela signifie un choix normal de cette profession. Le deuxième stade a détaché cette formation professionnelle de servitudes particulières, le troisième la met au rang d'un choix par goût et non par échec. Après un fléchissement, la courbe de recrutement dépasse en deux à cinq ans le niveau des stades antérieurs. Le personnel enseignant est mis devant l'obligation d'avoir un diplôme universitaire correspondant aux enseignants d'autres professions et a quelques années pour s'y préparer. La Belgique, les pays scandinaves, des programmes expérimentaux en Angleterre, le Portugal chevauchent entre le stade 2 et 3.

¹⁴⁴⁰ *Id.* p 23. Ce chapitre était intitulé « Stades d'évolution ».

Le quatrième stade est une intégration des écoles d'infirmières dans d'autres institutions de formation professionnelle et au même niveau. Par exemple, au Québec, intégration soit dans les CEGEP, Collèges d'Enseignement Général et Professionnel, qui correspondent aux Instituts Universitaires de Technologie, soit dans l'Université dans une Faculté de nursing. C'est la fin de la ségrégation de la formation professionnelle des infirmières. Celle-ci peut évoluer avec son temps.¹⁴⁴¹

Si cet outil structurant facilitait l'analyse et la comparaison des situations, il ne rendait pas compte des variations suivant les pays à ces différents stades. Ainsi par exemple¹⁴⁴², au stade initial, les études dans les écoles hospitalières duraient 3 ans depuis les années 1930 à l'étranger contre 2 ans en France. Au deuxième stade, les études « de base » dans les pays du Nord de l'Europe duraient 2 ans et demi. Une seconde étape préparant à une spécialisation en médecine, chirurgie, psychiatrie, santé publique, anesthésie ou encore à la fonction d'infirmière chef d'unité de soins de 20 à 30 lits durait un an supplémentaire. Enfin, des études de cadres préparaient les directrices de services infirmiers en 1 an et les enseignantes en 2 ans, ce qui portait la durée totale des études au sommet de la carrière à 4 ans et demi ou 5 ans et demi. D'autres pays, à l'image de l'Angleterre, formaient les auxiliaires en deux ans et les infirmières en 3 ans¹⁴⁴³. À ces possibilités s'ajoutaient « six programmes infirmiers en université » qui duraient 4 années auxquelles s'ajoutaient deux années d'études préparant aux postes d'enseignants, ce qui portait la durée totale de formation à 6 ans. Ici aussi, l'auteure limita ses exemples à la région européenne, pour mieux y situer la France qui n'avait pas dépassé le premier stade en dépit de considérables avancées depuis le début du siècle : « Dès lors nous pouvons mieux voir semble-t-il par où commencer *en France*. Passer du stade 1 au stade 4 serait aussi dangereux que de suralimenter un malade dénutri »¹⁴⁴⁴. Pour procéder prudemment étape par étape, c'est-à-dire passer du stade 1 au stade 2, plusieurs catégories de mesures étaient préconisées :

L'assainissement de la situation financière [...] Une part du budget national doit être ouvertement attribuée à la formation des professions paramédicales, comme cela existe pour la profession médicale. Médecins et infirmières sont également indispensables à la nation [...] Il est nécessaire de recruter, former et recycler des infirmières enseignantes avant de songer à une véritable réforme [...] En même temps, les infirmières susceptibles de recevoir une formation universitaire seraient encouragées à le faire [...] Un programme d'une durée de trois ans, transformant l'esprit de cette formation, préparé par une commission ministérielle et agréé, devrait être mis en œuvre dans un premier temps par les écoles fournissant la preuve de leur préparation à cette transformation : monitrices formées ayant suivi une ou deux sessions de recyclage, monitrices en nombre suffisant : une pour 15 élèves et stages à but pédagogique. L'ensemble des écoles existantes auraient un délai de trois ans pour effectuer la même transformation. Des formations

¹⁴⁴¹ *Id.* p 23-25. Italiques dans le texte.

¹⁴⁴² *Id.* p 25.

¹⁴⁴³ Lesquelles correspondaient respectivement aux *Enrolled Nurses* et aux *Registered Nurses* en Angleterre.

¹⁴⁴⁴ *Ibid.* Italiques dans le texte.

d'auxiliaires soignantes en neuf mois seraient commencées le plus tôt possible, afin de pallier la pénurie actuelle d'infirmières et de libérer les élèves des tâches répétitives.¹⁴⁴⁵

Ces recommandations allaient jusqu'à la fermeture des écoles n'ayant pu s'adapter au « nouveau programme » dans les délais fixés et leur transformation en écoles d'auxiliaires, à l'instar de ce qui s'était passé dans d'autres pays. De même, le niveau scolaire de recrutement des élèves devait être revu à la hausse. D'une part, dans tous les pays où cela avait été le cas et contrairement à une idée largement répandue, la lutte contre la pénurie s'en était trouvée facilitée par la stabilisation spectaculaire des effectifs dans un second temps. D'autre part, cette élévation du niveau était considérée comme nécessaire compte tenu de l'élargissement du champ de responsabilité des infirmières :

Sans des connaissances scientifiques, la compréhension des notions médicales, la manipulation des médicaments, des appareils font courir des risques graves aux malades. Une formation vraie en psychologie sociale favorise une compréhension de l'autre et de soi, la capacité de travailler en équipe et la capacité de dépasser l'intuition et les bons sentiments qui sont tout aussi fragiles chez les infirmières que dans le reste de l'humanité sinon plus parce que plus exposés à des chocs répétés. Une formation aux sciences d'éducation et d'administration, dès les études de bases, permettrait à l'infirmière de prendre sa place dans les équipes pluri-disciplinaires. Enfin, ces diverses sciences serviraient de base à la formation continue.¹⁴⁴⁶

En permettant aux infirmières de s'extirper d'une sphère affective encombrée de bons sentiments, de surcroît renforcés par les insistantes leçons de morale reçues à l'école, le savoir devenait instrument de médiatisation à la fois dans la relation avec les malades et avec le collectif de travail. Il apparaissait ainsi comme un puissant levier de transformation des vertus présumées en capacités intentionnelles de prise sur le monde et de négociation d'une juste place dans celui-ci. Indéniable facteur de croissance des compétences cognitives et techniques pour mieux soigner, le développement des connaissances apparaissait donc aussi bien comme un moyen d'émancipation et donc d'affirmation de la profession dans un collectif qui en comptait bien d'autres.

Pour terminer ce vaste et presque exhaustif tour d'horizon, la question des « auxiliaires soignants » fut à nouveau évoquée, pour rappeler l'hostilité d'une partie des infirmières à leur égard, sans doute en référence au texte de 1964¹⁴⁴⁷ censé permettre, après de nombreux autres, d'ordonner et réguler par les autorisations d'exercer plus ou moins limitées, le dédale auquel avait conduit l'accumulation enchevêtrée de brevets et certificats de toutes sortes :

¹⁴⁴⁵ *Id.* p 26 et 27.

¹⁴⁴⁶ *Id.* p 27.

¹⁴⁴⁷ Arrêté du 13 novembre 1964... *op. cit.*

A l'heure actuelle, la situation est confuse. Diverses formations d'une durée inférieure à un an ont donné et donnent encore des possibilités d'exercer la profession d'infirmière. Ceci constitue une épine irritative constante en particulier dans le secteur libéral de la profession. Les titulaires de ces diplômes d'auxiliaires ont en effet, le droit de signer les feuilles de sécurité sociale, de faire des soins à domicile, alors que s'ils exerçaient leur profession dans un milieu hospitalier, ils seraient placés dans un service dirigé par une infirmière. Cette situation créée par des textes ministériels répétés, est en partie, la raison de l'opposition des infirmières à la multiplication d'une formation réelle d'auxiliaires.¹⁴⁴⁸

Cette réticence d'une partie des professionnelles n'était pas sans rappeler la crainte des médecins libéraux de voir occuper leur territoire par les visiteuses plusieurs décennies plus tôt, ce qui montrait que les infirmières n'étaient guère plus charitables qu'eux de ce point de vue. Toutes les résistances à la structuration et la stratification du service infirmier n'étaient donc pas extérieures au groupe professionnel et ce fut avec prudence que Catherine Mordacq aborda le groupe des aides-soignants, aussi indispensable à ses yeux que source de contrariété supplémentaire pour d'autres. Réaliste, elle savait en effet que compte tenu de la pénurie chronique d'infirmières, les hôpitaux comme les cliniques ne pouvaient fonctionner sans ce personnel « peu ou pas formé » à qui pourtant « des responsabilités excessives [étaient] confiées ». Elle préconisa donc de « transformer la formation en service des aides-soignants en une formation réelle dans une école pendant un temps prévu », sous réserve de la prise en compte du degré d'acceptation potentielle au sein de la profession elle-même :

Etant donné le niveau actuel de formation des infirmières et les précédents d'autorisation d'exercice, cette proposition ne peut être que mal accueillie [...] Il semble donc qu'il faille rechercher des solutions *simultanées* aux problèmes suivants :

- autorisation, aux auxiliaires, de signer des feuilles de sécurité sociale ;
- qualité de la formation des infirmières conformément à l'accord européen signé par la France en novembre 1967 ;

¹⁴⁴⁸ *Id.* p 27 et 28. Pourtant, l'arrêté du 4 juillet 1960 relatif à la nomenclature générale des actes professionnels des médecins, chirurgiens, dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux stipulait bien les conditions suivantes de prise en charge des actes des infirmières : « Les soins dispensés par les auxiliaires médicaux ne donnent lieu à participation des organismes de sécurité sociale que sous réserve des conditions suivantes : 1° Avoir été au préalable prescrits par écrit qualitativement et quantitativement par le médecin traitant ; 2° Avoir été exécutés par une personne légalement autorisée à exercer la profession d'infirmier, d'infirmière ou de sage-femme, en ce qui concerne les soins infirmiers[...] » Art. 50. L'ambiguïté venait sans doute de l'absence d'exclusion formelle des infirmiers auxiliaires qui étaient eux-aussi, d'une certaine façon, légalement reconnus, d'autant qu'il était question dans ce texte, d'« auxiliaires médicaux ». Dix ans plus tôt, l'arrêté du 3 février 1949 relatif à la validation de titres pour l'exercice de la profession d'infirmier ou d'infirmière auxiliaire était beaucoup plus clair : « Les infirmiers et infirmières « auxiliaires » ne peuvent donner des soins aux malades que sous la responsabilité et le contrôle direct des infirmiers et infirmières diplômés d'Etat ou autorisés en application de la loi du 15 juillet 1943 et de la loi du 8 avril 1946. Ils ne sont pas, en conséquence, habilités à signer les feuilles de soins des assurés sociaux ». Avant dernier et dernier alinéas, Art. 6. Or, pour une raison qui procédait peut-être du souci d'assouplissement des pratiques compte tenu de la rareté inexorable des infirmières autorisées et de la pénurie d'infirmières diplômées dont il était question d'équiper en priorité les hôpitaux, ces « deux derniers alinéas de l'article 6 de l'arrêté susvisé » furent purement et simplement abrogés par un arrêté du 14 août 1959. L'hypothèse d'une confusion discrètement organisée compte tenu de la conjoncture est donc assez plausible, mais difficilement vérifiable en l'absence des motifs de la publication de ce bref arrêté.

- formation des aides-soignants¹⁴⁴⁹;
- proportion de chaque groupe professionnel et répartition des tâches. Disons à ce sujet qu'il semblerait néfaste de répartir les tâches par type de soins et souhaitable de le faire par niveau de compétence en fonction de l'état de la personne soignée et en fonction des possibilités d'encadrement.¹⁴⁵⁰

Il n'était plus question ici, de division du travail médical, mais plutôt du travail infirmier, c'est-à-dire des activités mises en œuvre dans le cadre d'un service infirmier envisagé dans toute son épaisseur et sur toute son étendue pour la première fois en France.

Contre la multiplication de mesures parcellaires, c'était bien une approche systémique d'envergure qui était envisagée. Des postes ministériels jusqu'aux aides-soignantes, en passant par les surveillantes générales des hôpitaux, les infirmières elles-mêmes, les enseignantes et les élèves, 4 associations d'infirmières semblaient s'être emparées au moyen de cette brochure, de la question politique et stratégique du développement de leur profession et du service qu'elle était en capacité de rendre à leurs yeux. Elles agissaient ainsi, au niveau de la réflexion et du discours prospectif, en lieu et place de l'État qui n'avait pour sa part, jamais présenté une réflexion aussi vaste, complète et aboutie :

Pour chaque point, on peut prévoir ce qui paraît parfait, ou mieux des étapes, ou bien sûr, ne rien prévoir et laisser la situation se dégrader. La profession d'infirmière en France a une longue habitude de solutions

¹⁴⁴⁹ Sur ce point précis, une réponse réglementaire fut apportée dès 1971, par la publication de deux textes. D'une part, l'arrêté du 25 mai relatif au Certificat d'aptitude aux fonctions d'aide soignant dans les établissements hospitaliers publics ou privés modifia la réglementation de 1956 : « La durée des études préparatoires au certificat d'aptitude aux fonctions d'aide soignant est fixée à 12 mois [...] Le premier semestre constitue [...] une période probatoire au cours de laquelle sont décelées les aptitudes des candidats. A l'issue de cette période, les candidats ayant fait preuve d'inaptitude notoire seront éliminés » Art.3. D'autre part, l'arrêté fixant le programme relatif au certificat d'aptitude aux fonctions d'aide soignant dans les établissements d'hospitalisation publics ou privés fut publié le 7 juillet suivant. Le programme annexé à ce texte commençait par un rappel des circulaires du 6 avril et du 12 décembre 1970 traitant respectivement de l'humanisation dans les établissements pour personnes âgées et de l'humanisation des hôpitaux, sans doute pour mieux en faire ressortir les intentions pédagogiques : « Les malades eux-mêmes sont souvent unanimes à reconnaître la qualité des soins techniques reçus dans les hôpitaux, mais ils déplorent qu'un sens humain n'imprègne pas toutes les relations et surtout que certains besoins simples demeurent insatisfaits. L'humanisation passe nécessairement par une transformation de l'esprit de la formation professionnelle. C'est la raison pour laquelle le programme de formation des aides-soignants a été centré sur la personne du malade, la découverte de ses besoins, la manière d'y répondre en fonction de chacun d'entre eux [...] L'apprentissage sera donc humain avant d'être technique ». Ce programme était « centré sur les besoins fondamentaux de tout être humain », cette manière de faire devant « permettre un renversement complet des conceptions habituelles. » Sans qu'elle fût nommée, l'approche développée par Virginia Henderson aux États-Unis faisait son apparition dans ce programme. Même si c'était sous une forme réduite à sa plus simple expression, cette innovation n'était sans doute pas pour déplaire aux signataires de la brochure. Le Conseil supérieur des infirmières avait retenu « le principe d'une formation étalée sur 12 mois : 220 heures d'enseignement [...] dont 100 heures d'enseignement pratique ainsi que plusieurs mois de stages effectifs encadrés ». Les objectifs de la formation prévoyaient le développement de capacités diagnostiques qui n'étaient bien sûr pas nommées ainsi (reconnaissance des besoins normaux et observations des éléments anormaux), de transmission aux « infirmières responsables » des données issues de cette activité cognitive, et « d'[exécution] des soins d'hygiène sous l'autorité et la responsabilité des infirmières ». Cette dernière précision répondait au moins partiellement aux craintes de débordement formulées par les infirmières les plus inquiètes, soit pour la qualité des soins, soit pour la préservation de leur clientèle selon leur disposition d'esprit.

¹⁴⁵⁰ *Id.* p 28.

parcellaires, prises sans consultation, qui lui sont imposées, ou au contraire, d'études soigneuses de projets qui avortent [...] On ne peut remédier au sous-développement que si on le reconnaît et l'analyse, pour proposer une évolution coordonnée. Cette ouverture éviterait à des centaines d'infirmières l'amertume d'un choix professionnel qu'elles regrettent parce que leur profession est dévalorisée, et à des centaines de français, le scandale d'être mal soigné.¹⁴⁵¹

Le tableau était sombre et le constat sévère, mais des mesures ambitieuses non dénuées d'un certain pragmatisme étaient préconisées, sur fond de développement d'un service infirmier présenté comme l'une des trois pièces maîtresses du fonctionnement du système de santé. Sans aller jusqu'à une trop provocatrice analogie avec la formule de Sieyès deux siècles plus tôt, un service infirmier demandait bien à être identifié comme force vive du système et à y devenir formellement quelque chose. Ce n'était pas le moindre des messages, 2 ans après les événements de 1968. L'EIEIS y était pour beaucoup, par la plume d'une Catherine Mordacq. Sa formation universitaire lui avait donné les moyens de prendre de la distance avec la silencieuse soumission enseignée dans les écoles, qui entravait toute possibilité d'analyse critique. Un an après l'événement que constitua la publication de cette brochure, une première tentative de regroupement de diverses associations d'infirmières s'opéra, sous la forme d'un Comité infirmier permanent de liaison et d'études (CIPLÉ). Ce second événement apparaissait comme une réplique dans une version élargie et très opérationnelle du premier regroupement des signataires de la brochure. Ce comité fut créé le 28 avril 1971, après une séance de travail au Conseil supérieur des infirmières où étaient présentes associations et syndicats :

Le C.I.P.L.E. s'est donné pour but de favoriser les rencontres entre les représentants des syndicats et associations, de permettre des échanges d'information entre les différents organismes représentatifs, de faciliter une prise de position commune, face à certains problèmes professionnels, et enfin d'informer l'opinion publique (grande presse ou presse professionnelle). Les membres du C.I.P.L.E. sont, pour la plupart, des membres représentant les associations professionnelles, quelques membres représentant les syndicats.¹⁴⁵²

Ce regroupement fut généré, selon René Magnon, par l'annonce du projet de transformation du Conseil supérieur des infirmières en Conseil supérieur des professions paramédicales (CSPPM)¹⁴⁵³, lequel fut effectivement réalisé deux ans plus tard¹⁴⁵⁴. Il s'agissait donc là d'une

¹⁴⁵¹ *Id.* p 29 et 30.

¹⁴⁵² Geneviève CHARLES, *L'infirmière en France...* *op. cit.*, p 218. Concernant la minorité de la représentation syndicale, l'auteure ne précise pas s'il s'agissait de syndicats généralistes ou dits autonomes, plus catégoriels, ce qui est plus vraisemblable. Il n'est pas exclu néanmoins que certaines infirmières aient pu avoir une activité associative et adhérer en même temps à un syndicat généraliste, sans en faire la publicité.

¹⁴⁵³ René MAGNON, *Le service infirmier ces trente dernières années...* *op. cit.* p 90.

¹⁴⁵⁴ Décret n° 73-901 du 14 septembre 1973 créant un conseil supérieur des professions paramédicales. Désormais, les professions « réglementées » furent représentées dans des commissions spécifiques, chacune comprenant une « section d'exercice et une section d'enseignement ». Art. 2. La commission compétente pour la profession d'infirmier et d'infirmière prit aussi en charge dans sa section enseignement, les attributions jusqu'alors dévolues au conseil de perfectionnement des études d'infirmiers et d'infirmières. *Ibid.* Voir aussi l'arrêté du 9 mai 1974 fixant la liste des commissions constituant le conseil supérieur des professions paramédicales et l'arrêté du 4 avril

forme de coalition face au danger réel ou supposé pour la profession d'être happée dans un organisme qui la dépassait au risque de l'effacement. Dès lors, cet organisme spontanément et rapidement constitué, qui ne disposait et ne se dota jamais de la moindre structure juridique, compta pour beaucoup comme force de proposition et à ce titre, comme groupe de pression sur les questions professionnelles¹⁴⁵⁵. S'il est bien difficile de démontrer une filiation entre la création du CIPLE et la publication de la brochure, force est de constater que dans les deux cas, il s'agissait bien de la mise en œuvre de stratégies pour une lutte désormais patente, dans la mouvance de ce que les événements de 1968 avaient permis, voire suscité. Dans ce contexte, il est indéniable que les fonctions de direction et d'enseignement à l'EIEIS dépassaient la simple mise en œuvre d'activités administratives et pédagogiques à l'intérieur même de l'École, dont la mission consistait précisément à permettre à l'évolution espérée dans ladite brochure, d'advenir dans la réalité.

5. 2 - Travailler à l'EIEIS dans les années 1970 : maintenir l'élan et amplifier l'influence de l'École, malgré les vents contraires

À la rentrée de 1968, l'équipe enseignante était complète avec le retour de formation aux États-Unis de Mme Rolin Hymans-Geenen, infirmière belge. Elle était à la fois la première monitrice mariée et la première qui ne disposait pas de la nationalité française à l'EIEIS, où elle officia désormais sous le nom de Sanky Raine¹⁴⁵⁶. Sankisha Claudine Rolin Hymans était née le 1^{er} avril 1927 au Congo¹⁴⁵⁷. Son père était écuyer¹⁴⁵⁸ et sa mère, une comtesse, directrice d'éditions en Belgique. Si sa langue maternelle était le français, elle lisait et parlait couramment l'anglais et l'italien et pouvait s'exprimer moins aisément en flamand et en allemand, autant de compétences linguistiques qui justifiaient pleinement sa présence comme enseignante à l'École internationale¹⁴⁵⁹. Après des études primaires¹⁴⁶⁰ « Chez les dames du Sacré-Cœur » à Bruxelles, elle effectua sa scolarité secondaire¹⁴⁶¹ « Chez les dames de l'Assomption, au Couvent du Val Notre Dame à Antheit, lez Huy, Belgique »¹⁴⁶². En 1948, elle obtint le diplôme d'infirmière hospitalière à l'École d'infirmières annexée à l'ULB, puis le diplôme d'agent

1979 fixant la liste des membres de la commission des infirmiers et infirmières du conseil supérieur des professions paramédicales.

¹⁴⁵⁵ « Chose extraordinaire, ce mouvement qui n'a en somme aucune structure juridique, est celui qui a permis de démontrer malgré ses difficultés dues aux différentes idéologies et politiques en présence – combien une force agissante, rassemblant ou représentant les différents courants d'une profession pouvait être efficace lorsqu'elle parvient à un consensus ». René MAGNON, *Le service infirmier ces trente dernières années... op. cit. Ibid.*

¹⁴⁵⁶ Elle était l'épouse du poète, cinéaste et peintre Jean Geenen, dit Jean Raine.

¹⁴⁵⁷ Archives EIEIS, dossier enseignants, curriculum vitae de 1965.

¹⁴⁵⁸ Sans doute officier de cavalerie. Il avait été « tué en service commandé le 11 mai 1940 ».

¹⁴⁵⁹ Au fil des années, c'est d'ailleurs ainsi que l'EIEIS fut désignée dans les échanges verbaux dans le milieu professionnel, en alternance parfois avec le vocable « École de Lyon ».

¹⁴⁶⁰ Primaires et moyennes inférieures.

¹⁴⁶¹ Etudes moyennes supérieures.

¹⁴⁶² CV *id.*

sanitaire délivré par l'Institut de Médecine tropicale à Anvers, en 1949. Son premier travail consista à dispenser des « soins à domicile pour des particuliers ». De 1951 à la fin de 1952, elle fut engagée par l'Œuvre nationale de l'enfance pour travailler à la « consultation prénatale de l'Entraide des Travailleuses » à Bruxelles. Durant ces deux années, elle effectua pendant l'été, sans doute à titre bénévole, une mission dans le sud de la Calabre, dans le cadre du « Service civil international ». Elle participa alors à l'organisation d'un service itinérant de soins à domicile dans un village, et d'une consultation médicale pour les femmes et les enfants. Elle travailla ensuite pendant un an au service médical du personnel d'un groupe bancaire à Bruxelles, puis elle prépara et obtint le diplôme d'Infirmière d'hygiène sociale à l'École d'infirmières de l'ULB en 1954. Dès lors, elle fut recrutée par l'Assistance publique de Bruxelles et travailla à mi-temps au département de médecine sociale de l'ULB, où elle fut engagée par son directeur, le Pr Graffar, comme « monitrice de travaux pratiques » pour les étudiants en médecine « chargés de l'étude d'un cas social ». En 1957, après avoir sollicité un congé sans solde, elle effectua un voyage de 4 mois au Congo « ex-belge » pour y « visiter des services médicaux et sociaux ». Durant l'année 1958, elle occupa pendant 8 mois les fonctions d'hôtesse au pavillon du Congo à l'Exposition universelles de Bruxelles. Elle fut ensuite réintégrée à l'Assistance publique de Bruxelles pour y occuper un poste d'infirmières d'hygiène sociale dans le service de psychiatrie de l'Hôpital universitaire Brugmann. Elle prépara alors et obtint en 1961 le diplôme d'infirmière psychiatrique à l'École d'infirmières annexée au même Hôpital. Durant cette formation, elle eut l'occasion d'effectuer un stage de 6 semaines à la clinique psychiatrique de la Verrière, « consacré surtout à la psychothérapie et à la participation aux divers ateliers »¹⁴⁶³, l'occasion pour elle de découvrir la psychiatrie française la plus innovante. Dans le cadre des innovations thérapeutiques en psychiatrie en Belgique, elle participa dès 1962 à la fondation du Club Antonin Artaud, « premier club de postcure du pays » fonctionnant autour de l'animation de groupes d'expression artistique libre. Enfin, de 1966 à 1968, elle suivit un programme de maîtrise en soins infirmiers de psychiatrie au Medical Center, École de *nursing*, Université de Californie à San Francisco, condition de son recrutement à l'EIEIS à l'issue de sa formation. Si son profil l'avait indiscutablement préparée à la prise en charge du programme de soins infirmiers en psychiatrie à l'EIEIS, son parcours en faisait par ailleurs une recrue de choix dans bien d'autres domaines, y compris en matière de santé publique et au regard de son intérêt marqué pour les systèmes de soins à l'étranger, tant en Europe qu'en Afrique. En raison de sa nationalité étrangère, une convention spéciale fut établie entre elle et les HCL¹⁴⁶⁴. Elle fut employée aux mêmes conditions de traitement que les autres monitrices de l'EIEIS, mais avec les avantages sociaux d'une contractuelle et non d'une titulaire ni même d'une stagiaire de la fonction publique à laquelle elle n'appartenait pas.

¹⁴⁶³ *Ibid.* CV de 1965, dates non précisées. Elle eut sans doute l'occasion d'y rencontrer le Pr Sivadon, de même que pendant ses études de spécialité à Bruxelles. Celui-ci faisait d'ailleurs partie, en qualité de « Professeur de psychiatrie à l'Université Libre de Bruxelles » des « Références » citées dans son CV, aux côtés de Mademoiselle Frère et du Pr Graffar, « Professeur de médecine sociale » à l'ULB.

¹⁴⁶⁴ Extrait du registre des délibérations du CGA du 18 septembre 1968.

À son arrivée à l'EIEIS à la rentrée de 1968, l'atmosphère était plutôt morose. Onze étudiants seulement avaient été recrutés, ce qui paraissait dérisoire par rapport à la taille de l'équipe et à son degré de spécialisation. Deux étudiants seulement avaient opté pour le programme de santé publique. À la séance de la Commission permanente du 22 octobre¹⁴⁶⁵, la perspective du programme de psychiatrie fut évoquée. Le doyen Nerson émit cependant quelques doutes quant à la pertinence de l'ouverture d'un nouveau programme, du fait de l'incertitude de l'avenir de l'École qui avait été rappelée en Conseil de direction. En revanche, un programme de sessions de perfectionnement pour l'année universitaire à venir fut adopté à l'unanimité. Celui-ci s'adressait d'une part à des surveillantes des HCL et d'autre part, à des monitrices et des directrices d'écoles d'infirmières. Cette initiative signa le début de la diversification des activités de l'École conformément au projet initial qui prévoyait des « cours de courte durée ». Mais par là-même, elle annonçait aussi son ouverture sur l'extérieur et les possibilités d'étendre son influence au plus près du terrain des soins et de l'enseignement. Le thème de ces premières interventions portait sur « La relation infirmière-malade support des soins infirmiers » et constituait aussi bien une porte d'entrée au développement d'une réflexion sur les soins infirmiers, au cœur même des pratiques.

Dès le printemps 1969, les étudiants et les enseignants de l'EIEIS étaient représentés à la Commission Permanente¹⁴⁶⁶, ce qui témoignait concrètement de l'influence de la crise de 1968 dans la vie de l'École. La question épineuse du recrutement des étudiants pour le programme de psychiatrie fut longuement discutée. Comme dans le cas des activités de santé publique, les soins infirmiers en psychiatrie étaient tributaires des structures existantes, en sous-décalage avec les ambitions de l'EIEIS. C'est que les infirmiers des hôpitaux psychiatriques, qui détenaient un diplôme d'hôpital et non d'État, ne disposaient d'aucune possibilité de préparer un diplôme de cadre pourtant requis, ce qui limitait considérablement les possibilités de recrutement. Il fut donc décidé d'assouplir les conditions pour la première rentrée :

[...] la commission décide, à l'unanimité des membres présents, qu'en dehors de l'expérience requise pour tous les programmes de l'École, les candidats au programme de psychiatrie de l'EIEIS devront avoir le Diplôme d'Etat d'Infirmier ou le Diplôme d'infirmier des hôpitaux psychiatriques¹⁴⁶⁷ et un diplôme

¹⁴⁶⁵ PV de la réunion de la Commission permanente du 22 octobre 1968. Registre ... *op. cit.*

¹⁴⁶⁶ PV de la réunion de la Commission permanente du 15 avril 1969. Registre ... *op. cit.*

¹⁴⁶⁷ Dans le texte source, il était écrit « Diplôme d'Etat des hôpitaux psychiatriques », ce qui relevait sans doute d'une erreur de secrétariat non repérée. Nous avons donc corrigé le libellé dans la citation. Il était en effet bien question du « diplôme d'infirmière ou d'infirmiers des hôpitaux psychiatriques » dans l'arrêté du 28 juillet 1955 relatif à la réorganisation de la formation professionnelle du personnel des hôpitaux psychiatrique. *Op. cit.*

complémentaire dont la qualité sera appréciée par le Bureau de l'EIEIS¹⁴⁶⁸. Cette délibération n'est valable que pour la prochaine année universitaire.¹⁴⁶⁹

Sanky Raine présenta à la même séance, les grandes lignes de la préparation de ce programme. La directrice de l'École informa par ailleurs l'assistance que la première session de perfectionnement auprès de 12 directrices d'écoles de base s'était déroulée dans de bonnes conditions, d'autant que le CEEIEC en avait assuré la promotion. Cette précision montrait qu'un réseau commençait à se constituer autour de l'EIEIS, à un niveau national. A la rentrée suivante, 10 candidats seulement furent recrutés, dont 4 pour le programme de santé publique et aucun pour le programme de psychiatrie, ce qui força l'EIEIS à changer de stratégie dans la présentation de son offre de formation. De trois programmes différents comprenant chacun une section administration et une section enseignement, il n'était plus question que de « deux types de programmes » : administration de l'enseignement infirmier et administration des services infirmiers. Chacun de ces programmes pouvait faire l'objet d'une option soins infirmiers généraux, soins infirmiers de santé publique ou soins infirmiers de psychiatrie¹⁴⁷⁰. L'adaptation à l'environnement et à la conjoncture était patente et les grands projets de développement des soins infirmiers de santé publique et de psychiatrie, fortement suggérés et soutenus par l'OMS, furent ramenés à de plus modestes proportions. L'année 1969 connut pourtant une sorte de réveil du ministère de la santé publique et de la sécurité sociale sur beaucoup de questions intéressant l'EIEIS et demeurées jusqu'alors en suspens.

Année 1969 : quelques espoirs vite balayés

Le ministre Marcellin avait été appelé au ministère de l'intérieur et remplacé à la Santé publique par Robert Boulin, auquel avait été adjoint un Secrétariat d'État occupé par une femme. Si ce type de renfort, jusqu'alors inconnu, montrait une reconnaissance de l'étendue du champ d'action de ce ministère, il attestait aussi bien de la prise de conscience de la somme des affaires en souffrance et auxquelles il convenait d'apporter une réponse. Marie-Madeleine Dienesch fut nommée secrétaire d'État auprès du ministre de la Santé publique et de la Sécurité sociale le 22 juin. Dès lors, elle devint l'interlocutrice de choix, entre autres, pour tout ce qui concernait la profession d'infirmière. Le Conseil de direction du 2 décembre apporta un regain d'espoir inattendu aux participants¹⁴⁷¹. La représentante du Directeur général de la Santé publique annonça que le ministère était en train d'étudier le problème de la gratuité « à tous les niveaux

¹⁴⁶⁸ Comprendre Bureau de la Commission permanente. Note ajoutée par nous. Le type de diplôme complémentaire n'était pas explicité. Mais il s'agissait vraisemblablement soit d'un diplôme de spécialité acquis à l'étranger là où il existait comme dans le cas de la Belgique, soit dans le cas de la France, des diplômes de la clinique de La Verrière ou de l'hôpital de Maison-Blanche qui avaient pris des initiatives en la matière. Voir *supra*.

¹⁴⁶⁹ PV de la réunion de la Commission permanente du 15 avril 1969. Registre ... *op. cit*

¹⁴⁷⁰ Archives EIEIS, Organisation intérieure de l'École Internationale d'Enseignement Infirmier Supérieur, N° 6, 1969.

¹⁴⁷¹ PV de la réunion du Conseil de direction du 2 décembre 1969. Registre ... *op. cit*.

de la formation infirmière ». Par ailleurs, elle fit part de la volonté de prendre en considération le diplôme de l'EIEIS et « d'accorder aux titulaires de ce diplôme des avantages au niveau des concours donnant accès aux postes de directrice d'Ecole d'infirmières (Ecoles de Cadres et de Base) ». Pour elle, un simple aménagement de l'arrêté du 23 septembre 1968 fixant les modalités de ces concours devait juridiquement suffire. Elle suggéra donc aux membres du Conseil, mais aussi « aux Associations professionnelles » d'émettre un vœu dans ce sens. Ce vœu avait vraisemblablement plus de chances d'être pris en compte à ses yeux que celui qui avait été émis en janvier 1968 et qui demandait une modification du décret originel. Elle précisa enfin que la Direction générale de la Santé souhaitait « mettre en place un système de conseil pédagogique pour les Ecoles d'infirmières » et que l'EIEIS aurait dès lors un rôle à jouer dans la formation à ces nouvelles fonctions de conseillères.

Mlle Martin, qui s'exprimait toujours au titre de l'ANFIIDE, profita de ce vent porteur pour rappeler la question récurrente de la création du poste de surveillante générale, en s'étonnant qu'« aucune nouvelle disposition [n'était] intervenue dans ce domaine depuis la réunion du Conseil supérieur¹⁴⁷² du 27 mars 1969 ». M. Veyret fit alors part de contacts qu'il avait eus avec Mlle Dienesch et un directeur au Secrétariat d'État :

Il ressort de ces entretiens que l'importance et la nécessité de la fonction de surveillante générale ne sont actuellement plus contestées mais la création de ce poste pose encore des problèmes aux services des finances. M. Veyret, à la demande de Mlle Dienesch, a adressé une note à cette dernière sur l'utilité de la surveillante générale, qui a déjà fait ses preuves dans le cadre des Hospices civils de Lyon.¹⁴⁷³

Non seulement ces précisions montraient la persévérance du Directeur général des HCL qui n'avait pas ménagé ses efforts de témoignage et d'argumentation sur le bien-fondé de ce poste depuis plusieurs années, mais elles indiquaient aussi comment, par sa voix, l'EIEIS déployait des capacités d'infléchissement d'une politique nationale dont l'évolution conditionnait son propre avenir. Enfin, la représentante de la Direction générale de la Santé informa l'assemblée de la progression des travaux « entrepris par le ministère pour la création du monitorat des infirmiers psychiatriques ». Elle remercia à cette occasion, l'EIEIS pour sa collaboration à ces travaux préparatoires¹⁴⁷⁴ et laissa espérer que la section de psychiatrie pourrait s'ouvrir « dès que le programme de monitorat [aurait] débuté, c'est-à-dire très probablement en octobre 1970 ». Pour la première fois au Conseil de direction et sans doute l'une des premières fois en France, une discussion s'engagea alors sur la possibilité d'envisager les soins infirmiers en psychiatrie comme spécialisation après le diplôme d'État. Cette perspective avait la préférence

¹⁴⁷² C'est-à-dire le Conseil supérieur des infirmières et infirmiers.

¹⁴⁷³ *Ibid.*

¹⁴⁷⁴ À partir de 1970, Sanky Raine fut particulièrement mobilisée en participant « aux Commissions régionales et Nationales d'élaboration du programme de Formation des moniteurs en Soins Infirmiers de Psychiatrie ». Archives EIEIS, CV années 1970.

de M. Veyret et Mlle Martin qui s'appuyaient sur les recommandations de l'OMS¹⁴⁷⁵ et les nombreux exemples à l'étranger. En France, en effet, le diplôme des infirmiers des hôpitaux psychiatriques apparaissait comme une forme résurgente des multiples brevets des années 1920 consistant en autant de spécialisations *a priori*. Les infirmiers psychiatriques n'étaient alors considérés que comme des auxiliaires à compétence limitée par rapport aux infirmiers diplômés d'État. Les tenants d'une réforme en profondeur souhaitaient donc que, même si cette conception avait été « rendue nécessaire par une situation d'urgence », elle évolue. La représentante du ministère partageait intellectuellement cette perspective et le fit savoir. Elle la jugeait même idéale. Elle la qualifia néanmoins d'utopique et n'envisageait pas sa mise en œuvre avant « fort longtemps ». Pour elle, en effet, les 130 000 malades psychiatriques hospitalisés dans le secteur public français nécessitaient « une somme de soins importante que ne [pouvaient] fournir les 580 infirmiers diplômés d'Etat et spécialisés en psychiatrie », même si elle reconnaissait que des progrès avaient été réalisés « ces dernières années dans la qualité des soins donnés aux malades mentaux » grâce à ces personnels qualifiés. Une fois de plus, la dure réalité venait contrarier les projets les plus audacieux. Un programme supérieur de soins infirmiers en psychiatrie à l'EIEIS supposait en effet un seuil minimal de départ sur lequel s'appuyer et il n'était pas certain que la perspective de la formation de moniteurs en psychiatrie suffît à elle seule à rassurer l'équipe enseignante et les différents membres du Conseil. Si quelques petits espoirs avaient émergé, ils furent vite recouverts par le rappel de ces pesantes contingences. Pourtant, malgré la faiblesse des effectifs d'étudiants, l'équipe de l'EIEIS travaillait beaucoup, et pour la première fois le problème de sa charge de travail fut soulevé par celle qui était devenue la directrice exécutive adjointe du CII :

Mlle Duvillard dit ensuite son admiration devant la somme et la diversité des activités de l'Ecole Internationale pendant ces deux dernières années ainsi que sa satisfaction en constatant le rayonnement national et international de cette Ecole. Le travail considérable fourni par le personnel de l'Ecole et particulièrement au niveau de l'organisation et de la coordination de ces nombreuses activités [lui]pose toutefois problème.¹⁴⁷⁶

C'est que l'activité de l'équipe de l'EIEIS, y compris la directrice, ne se limitait pas aux très prenantes activités d'organisation et d'enseignement à l'intérieur de l'EIEIS.

¹⁴⁷⁵ OMS, *Comité d'experts des soins infirmiers psychiatriques*, premier rapport, Série de rapports techniques N° 105, Genève, Organisation mondiale de la santé, palais des Nations, 1956.

¹⁴⁷⁶ PV de la réunion du Conseil de direction du 2 décembre 1969. Registre ... *op. cit.*

Une directrice en formation personnelle permanente et de plus en plus active au niveau national et international

Huguette Bachelot était consciente et le disait elle-même¹⁴⁷⁷, que le baccalauréat ès sciences infirmières qu'elle avait préparé à Montréal ne constituait qu'un premier niveau de formation. Mais pour elle, l'essentiel était ailleurs et cette situation était loin de l'émouvoir. Elle savait que toutes les vraies innovations s'appuyaient sur des volontaires suffisamment aventureux pour assurer les passages d'un point connu à un autre dont ils ignoraient tout. Elle était assurément de la trempe de ces passeurs capables d'occuper ces fonctions bien scabreuses, le temps de leur invention. Pour elle, la tâche première consistait à mettre sur pied l'École, quitte à l'équiper le plus rapidement possible d'enseignants munis de diplômes universitaires supérieurs au sien, comme des maîtrises ou même des diplômes d'études approfondies, voire de doctorats, comme ce fut le cas par la suite, autant d'attributs qu'elle savait nécessaires à l'agrégation symbolique de l'École au monde académique. Mais comme elle avait parcouru beaucoup de chemin depuis la fraîche naïveté de ses vingt ans, elle savait aussi que pour mener à bien sa mission, elle devait continuer de se former personnellement, se socialiser en quelque sorte et acquérir un minimum de connaissances et pratiques caractéristiques du milieu universitaire auquel elle dut se confronter très rapidement. En outre, le caractère pionnier de l'entreprise concernait aussi bien l'équipe, même restreinte, qu'elle était amenée à diriger et animer, et les étudiants, notamment ceux de provenance étrangère auxquels il fallait impérativement s'adapter, ce qui supposait d'exceptionnelles habiletés en psychopédagogie et en communication¹⁴⁷⁸.

En 1966, un an après l'ouverture de l'École, elle avait suivi un séminaire résidentiel d'une semaine avec le psychologue américain Carl Rogers, théoricien du courant humaniste, de la centration sur la personne et de l'empathie. Il était aussi le chef de file de la non directivité en thérapie, posture qui fut assez vite reprise dans les milieux éducatifs en rupture avec les pratiques traditionnelles. Sans doute trouva-t-elle dans cette compagnie, même brève, la confirmation des orientations pédagogiques fortes de l'EIEIS et les ferments du style de management foncièrement anti-autoritaire qu'elle adopta dès les premières années. Elle parlait d'ailleurs volontiers d'« autogestion » pour caractériser cette façon de faire qu'elle avouait assez modestement s'efforcer « d'améliorer tous les jours » après avoir reconnu qu'elle était bien difficile à inventer. Elle approfondit cette formation psychologique en intégrant un « groupe de base » de l'ARIP (Association pour la Recherche et l'Intervention en psychologie) pendant

¹⁴⁷⁷ Entretien 2 et 3 décembre 2010.

¹⁴⁷⁸ Ces informations et les suivantes proviennent toutes soit du CV de l'intéressée, soit de l'entretien des 2 et 3 décembre 2010.

une semaine en 1966. Pendant deux ans, de 1966 à 1968, elle suivit une formation longue d'animateur de groupe à raison d'une demi-journée par semaine. De 1968 à 1970 enfin, elle effectua une formation à la communication à raison d'un week-end par mois. A côté de ce remarquable souci de développement personnel, elle s'attacha aussi à approfondir ses connaissances et sa culture générale. Pour parfaire ses compétences en administration, elle suivit, à l'ouverture de l'École, les cours par correspondance de l'École de l'Organisation Scientifique du Travail (OST) de Paris de 1965 à 1966. De Carl Rogers à l'OST, ces options témoignaient d'une incontestable ouverture et d'une approche fort diversifiée et pragmatique de la compréhension du monde. Enfin, dès l'ouverture de l'École, elle fréquenta de façon assidue en auditrice libre, les cours dispensés à l'Université de Lyon, par les intervenants à l'EIEIS pour certains : psychologie sociale et travaux pratiques de 1965 à 1966 - philosophie de l'éducation de 1969 à 1970. À partir de 1970, elle eut même l'occasion de suivre les cours de philosophie de Huguette Bouchardeau, future candidate à l'élection présidentielle. Celle-ci préparait alors une thèse sur l'enseignement de la philosophie et son cours d'histoire des théories pédagogiques retint particulièrement l'attention de l'auditrice Huguette Bachelot qui trouva là un écho certain à ce qu'elle avait entendu au CIEP à Sèvres au temps où elle le fréquentait. Enfin, celle-ci effectua à partir de 1979 une formation longue à l'analyse transactionnelle qui aboutit en 1985 à sa reconnaissance comme psychothérapeute par la certification internationale d'analyste transactionnel. Non seulement elle bénéficia des enseignements des autres, mais elle assumait elle aussi, dès l'ouverture de l'École, une activité d'enseignante à laquelle elle tenait particulièrement. Au rythme de sa propre formation, elle dispensa les cours suivants : méthodologie générale, méthodologie de l'analyse de problème et de situation, analyse de problème institutionnel dans les établissements sanitaires et sociaux, fonction de direction des écoles d'infirmières (spécialement secrétariat), analyse transactionnelle. Durant ces années, elle entreprit aussi une activité d'écriture qu'elle jugeait trop réduite¹⁴⁷⁹ et qui souffrait incontestablement¹⁴⁸⁰ de ses nombreuses autres activités dont les moins prenantes n'étaient pas celles qui relevaient de la fonction de direction dont elle avait la lourde charge.

C'est que dans le même temps, elle poursuivait ses engagements professionnels ou plus militants, les deux se confondant souvent. En relation avec le nouveau poste qu'elle occupait, elle assura la mission d'expert en soins infirmiers à l'OMS dès 1966¹⁴⁸⁰ et pendant près de dix ans, tâche qu'elle dû abandonner en 1976 pour des raisons de santé. Elle confirma par ailleurs son activité associative au service du développement de la profession d'infirmière et des différents niveaux de formation s'y rapportant. De 1963 à 1965, elle siégea au Conseil national d'administration de l'ANFIIDE. Malgré toutes ces responsabilités, elle continua d'être très active dans le cadre

¹⁴⁷⁹ De 1964 à 1979, elle publia 9 articles dans la presse professionnelle et un ouvrage.

¹⁴⁸⁰ Elle représenta la France à ce titre lors des travaux du comité des experts cette année-là. OMS, *Comité OMS d'experts en soins infirmiers...* 1966. *Op. cit.*

du CEEIEC. De 1967 à 1973, elle fut membre de la Commission permanente des écoles de cadres et participa à ce titre, à trois réunions internationales d'Écoles Supérieures de langue française. De 1969 à 1974, elle y assura la responsabilité du bureau d'études sur les « conseillères pédagogiques » qui faisait écho aux préoccupations du ministère en la matière. Il s'agissait à l'époque de travailler à la création d'une nouvelle fonction supérieure pour les infirmières au niveau national et régional, qui consistait à conseiller et superviser du point de vue pédagogique, les directrices d'Écoles d'infirmières et de cadres. Ce projet avait été jugé non seulement utile mais nécessaire, notamment en prévision de la mise en œuvre du nouveau programme de formation qui était à l'étude et promettait un impressionnant saut quantitatif et qualitatif dans le dispositif de formation. Un premier rapport avait été réalisé par un groupe de travail qui s'était réuni de janvier à avril 1970¹⁴⁸¹. De nombreux besoins avaient été identifiés au niveau des écoles, en termes de conseils ou d'accompagnement, à la fois dans les domaines administratif et pédagogique. Dans ce dernier cas, la liste était assez importante, qui laissait transparaître l'inquiétude quant à la perspective d'un changement d'envergure dans les études, mais aussi et peut-être surtout, les lacunes ressenties comme étant à combler dans le dispositif existant, notamment en termes de formation des directrices et des monitrices dont le taux de qualification par la formation en école de cadre était encore très faible :

- Mise en place d'un nouveau programme ou modifications importantes apportées à celui en cours.
- Mise en place d'expériences nouvelles et évaluation de celles-ci après un temps d'application.
- Aide au niveau d'un problème technique d'enseignement. Ex : histoire de la profession, déontologie, ou autres...
- Etude de la répartition des stages au niveau d'une région :
 - Objectif de chaque stage
 - Période favorable pour leur utilisation
 - Utilisation des stages de grande spécialité.
- Mise en place d'un « monitorat de stage ».
- Réorganisation d'un stage :
 - Répartition des malades par élèves
 - Encadrement des élèves
 - Enseignement clinique
 - Documentation dans le stage
 - Coordination entre le travail des élèves et celui du personnel de service
 - Eventuellement place et rôle des élèves de l'école de cadres dans ce stage
- Problème d'évaluation
 - De l'application du programme
 - Des méthodes d'enseignement

¹⁴⁸¹ Bureau d'études sur le projet des « conseillères pédagogiques », Rapport demandé par le Comité d'entente des écoles d'infirmières et des écoles de cadres, Lyon, janvier-Avril 1970. Document de 22 pages. Le groupe comprenait des surveillantes, des directrices d'écoles et des monitrices. Fonds Marie-Françoise Collière, Salles d'Aude. Une étudiante de l'EIEIS participait aussi à ces travaux, ce qui constituait pour elle un stage de formation exceptionnel à la vie associative à laquelle il lui serait vivement conseillé, comme à l'ensemble de ses collègues, de participer activement à l'issue de ses études.

- Des enseignements donnés par monitrices et professeurs
- Evaluation continue des élèves
- Evaluation des stages (du travail et des acquisitions des élèves)
- Des examens (organisation, déroulement, résultat par rapport à l'évaluation continue)
- Formation continue des directrices, des monitrices et des personnels responsables des élèves en stage.¹⁴⁸²

C'était donc presque un programme de formation qui était présenté à travers cette liste de « besoins ». L'ampleur de la tâche laissait entendre que la fonction de conseillère pédagogique, si elle était mise en œuvre, relevait de la gageure. Dans un autre registre de besoins, ressentis cette fois « par les pouvoirs publics et la profession », le groupe avait souligné un autre problème :

[...] l'absence presque absolue de contrôle pédagogique des écoles d'infirmières nous a semblé ne pas répondre aux besoins de base d'une société qui a le droit d'exiger, pour répondre au service qu'elle a confié à une profession, une formation dont la valeur minimum soit garantie. Cette valeur minimum ne nous a pas semblé garantie par la seule réussite au D.E. d'infirmière. Aussi, le contrôle pédagogique des écoles d'infirmières, contrôle ne portant que sur les exigences minima de la formation et les conditions physiques, psychologiques et morales dans laquelle elle est assurée, semble l'un des besoins urgents du moment.¹⁴⁸³

Ces différents constats rendaient compte d'une saisie pouvant apparaître comme très partielle de la réalité¹⁴⁸⁴ et le groupe en était conscient. Il s'était réuni à 6 reprises et avait pris la précaution de convier à la dernière séance, une infirmière parisienne et une autre de Chambéry. Cette ultime rencontre avec ces représentantes de deux autres groupes de travail sur le même thème avait pour but de « mettre en commun les travaux », lesquels s'étaient d'ailleurs « montrés concordants ». La synthèse de ces travaux fut de surcroît effectuée sous le regard extérieur d'une invitée supplémentaire, inspectrice des écoles d'infirmières attachée au service des infirmières de la Croix-Rouge Suisse. Ce document de travail avait de plus vocation à être communiqué secondairement et sans aucun doute critiqué au niveau des instances nationales du CEEIEC. Ces informations peuvent donc aussi être regardées comme un état des lieux sommaire du système de formation français au début des années 1970, à l'aube du grand changement prescrit par l'Accord européen. Ces deux constats dans des registres différents appelaient donc, selon les membres du groupe, à la fois une action d'aide et de conseil, nommée « conseil pédagogique » et une action de contrôle et d'évaluation appelée « inspection pédagogique » :

¹⁴⁸² *Id.* p 5 et 6. Dans le développement suivant, les citations entre guillemet dans le corps du texte sans appel de note de bas de page, sont toutes issues de ce document sauf indication contraire.

¹⁴⁸³ *Id.* p 7.

¹⁴⁸⁴ Le groupe était composé de lyonnaises.

[...] le Conseil Pédagogique peut se définir comme « une réponse à la demande d'une institution pour aider celle-ci au niveau de ses problèmes de formation, son rôle étant de faciliter l'analyse de la situation, d'apporter éventuellement des informations et de permettre à l'institution de trouver et de mettre en application ses propres solutions ».

[...] l'Inspection Pédagogique peut se définir comme « une enquête systématique des fonctions administratives et pédagogiques d'une école d'infirmières, afin de vérifier si les exigences minima de la formation sont respectées et si les conditions physiques, psychologiques et morales dans laquelle elle est donnée sont acceptables ».¹⁴⁸⁵

Ces deux types d'action pouvaient être « combinés dans une même fonction, ce qui se [faisait] déjà dans d'autres pays ». Néanmoins, le groupe préconisait de les introduire prudemment par étapes, pendant une période « assez longue quoique transitoire ». Deux grandes étapes de 5 ans chacune furent envisagées pour en arriver 10 ans plus tard aux dispositions suivantes :

L'étape terminale de ce projet (1980) serait caractérisée par :

- La création d'un « Bureau des infirmières » au sein du Ministère de la Santé, bureau comportant des infirmières plus particulièrement compétentes dans l'un des secteurs des soins infirmiers (formation, secteur hospitalier, Santé Publique, psychiatrie, etc...) ;
- La création d'un même bureau au niveau régional, bureau qui dépendrait hiérarchiquement de celui du Ministère et pourrait jouer, comme le M.I.R.¹⁴⁸⁶, et au même niveau que lui, le rôle de conseiller technique pour les soins infirmiers auprès du chef de service régional de l'action sanitaire et sociale.¹⁴⁸⁷

Le rapport était si complet que la planification de la décennie de transition à venir fut envisagée avec précision. Ainsi, pour chaque type d'activité furent présentées : les fonctions détaillées, les conditions de sélection¹⁴⁸⁸ et de nomination, la nécessaire formation¹⁴⁸⁹ dont la prise en charge par l'EIEIS était prévue et enfin les conditions financières de fonctionnement. Ce dernier domaine comprenait les frais de déplacement et de séjour, de « dédommagement financier octroyé aux organismes qui compteraient une ou des conseillères pédagogiques parmi leur personnel » ainsi que le financement d'un secrétariat. Ces réflexions témoignent d'abord d'une volonté de diversification des fonctions de haut niveau pour les infirmières, perspective qui représentait aussi bien une appréciable source de développement potentiel pour l'EIEIS. Mais elles attestent aussi d'un projet concret d'émancipation pour la profession, par l'appropriation des fonctions normatives de contrôle de la qualité de la formation. L'assimilation à terme des Infirmières conseillères techniques régionales aux fonctions des

¹⁴⁸⁵ *Id.* p 9.

¹⁴⁸⁶ Médecin inspecteur régional. Note ajoutée par nous.

¹⁴⁸⁷ *Id.* p 10.

¹⁴⁸⁸ Avec une participation importante du CEEIEC.

¹⁴⁸⁹ D'abord brève pour la première étape puis plus longue pour la seconde, cette dernière étant diplômante et aboutissant à la création d'un corps de conseillères. Tous ces éléments devaient faire l'objet de groupes de travail jusqu'en 1972.

MIR¹⁴⁹⁰ et « au même niveau » était loin d'être anodine, sachant que ces MIR disposaient jusqu'alors de l'autorité exclusive de contrôle sur toutes les formations dites paramédicales par délégation du ministère. Alors que Catherine Mordacq avait lancé l'offensive politique pour le développement du service infirmier, Huguette Bachelot, y faisait écho en travaillant à l'élaboration d'éléments concrets de conquête de l'espace à occuper. Bien qu'il fût issu d'une réflexion qui s'était développée au ministère, le projet était très ambitieux, malgré une conscience aigüe des contingences multiples susceptibles de freiner le mouvement souhaité, comme en témoignait cette lucide conclusion au document :

Il peut paraître prétentieux dans les perspectives de l'administration française, de présenter un rapport qui élabore un plan décennal [...] Il nous paraît en tout cas important :

1°) Que des Conseillères ou Inspectrices pédagogiques ne soient pas implantées isolément dans les régions sanitaires, sans préparation et sans formation, sans possibilité d'échange et de réflexion avec d'autres infirmières, probablement mal acceptées par les D.R.A.S.S. voire par la profession et certainement dans une situation subalterne, compte tenu de la place actuelle des infirmières dans les services administratifs ;

2°) Que les propositions de la première étape (avec les aménagements qui s'imposeront) puissent être mises en route assez rapidement.

3°) Que le C.E.E.I.E.C. tente une expérience de Conseil pédagogique, même seul et sans grands moyens, car les besoins seront nombreux et cuisants avec la mise en place du nouveau programme [...] ¹⁴⁹¹

Dès la fin des travaux de ce Bureau d'étude, dont elle avait assuré la responsabilité, Huguette Bachelot participa à partir de 1974 comme membre assidu au groupe d'études du CEEIEC sur le « statut des personnels des écoles » et « le statut des écoles d'infirmières », thématiques qui découlaient des changements dans les études. Le nouveau programme de formation, de même que la hauteur de la marche à franchir était dans toutes les têtes, à l'EIEIS plus encore que partout ailleurs. L'École avait déjà acquis une réputation qui lui conférait des responsabilités à la hauteur de celle-ci. Catherine Mordacq en prit sa bonne part.

¹⁴⁹⁰ S'agissant de l'inspection, pour la première phase, il était proposé de créer dès janvier 1971, « 3 à 4 postes d'inspectrices pédagogiques des écoles d'infirmières dans le cadre de la Direction Générale de la Santé ». À ce propos, une prudente précision avait néanmoins été apportée par le groupe de travail : « La mise en place de ces inspectrices ne supprime pas le rôle du M.I.R. qui pourrait continuer d'inspecter les problèmes budgétaires, la légalité des différents documents officiels et des examens ». *Id.* p 11.

¹⁴⁹¹ *Id.* p 22. Ce projet en rejoignit d'autres dans les profondeurs des tiroirs ministériels. En 1974, un représentant de la Direction générale de la Santé fit part au Conseil de direction, comme dans une sorte de bégaiement, que « le Ministère [pensait] à la création de postes de conseillères dans les D.R.A.S.S. qui pourraient être un débouché pour les étudiants sortants de l'E.I.E.I.S. » PV de la réunion du Conseil de direction de l'EIEIS du 28 février 1974. Registre... *op. cit.* Mais il s'agissait là plus de conseillers techniques qu'à proprement parler pédagogiques comme l'entendait le CEEIEC. Cette fonction ne relevait pourtant pas du chamboulement brutal et était déjà admise dans son principe au niveau ministériel, comme en témoignait l'activité de Mlle Lair agissant au Conseil de direction et à la Commission permanente de l'EIEIS en tant que « conseillère technique » du ministère. Mais la multiplication de ces postes sur tout le territoire n'était pas dénuée d'enjeux et ici comme ailleurs, quand le ministère « pensait », cela pouvait prendre des années, le temps d'étudier la question en profondeur, en s'entourant d'avis multiples et rarement concordants. Il fallut attendre la fin de la décennie suivante pour que le sujet revînt à la surface. Voir *infra*.

Une directrice-adjointe sur tous les fronts

À l'École, Catherine Mordacq était chargée, comme sous-directrice, « tout particulièrement de l'enseignement »¹⁴⁹². À ce titre, elle effectua un voyage d'étude en Europe, du début du mois de janvier au 25 Mars 1967. Elle s'arrêta alors en Écosse, Norvège, Suède, Finlande, Pologne, Yougoslavie et Grèce, complétant ainsi le voyage exploratoire entamé en 1965 par la directrice. Outre ses activités de coordination de l'équipe pédagogique en collaboration avec la directrice, elle assura des enseignements portant sur l'activité de formation et la pédagogie. Elle prit aussi en charge la formation à la recherche en soins infirmiers en termes de coordination des intervenants, y compris universitaires, mais aussi en veillant à l'application des différentes méthodes de recherche aux soins infirmiers. Elle apparaissait alors comme une traductrice ou une passeuse, permettant aux étudiants de s'approprier les connaissances, méthodes et techniques universitaires pour les transférer aux problématiques des soins infirmiers. A partir de 1969, elle fut aussi, comme toute l'équipe, particulièrement active dans le champ de la formation continue qui se développa de façon exponentielle sous l'impulsion de la directrice, en réponse à une demande de plus en plus pressante¹⁴⁹³. Les sessions qu'elle créa et anima au fil des années reflétaient ses découvertes au cours de ses voyages et sa formation aux Etats-Unis ainsi que ses propres centres d'intérêts. Mais elles renseignent aussi sur les demandes de formation et les thématiques développées en France par ce canal : la relation soignant-soigné - le dossier de soins et la répartition des soins infirmiers - la démarche de soins - objectifs et évaluation dans l'enseignement - l'évaluation dans la formation infirmière - apprendre et enseigner : l'unité d'enseignement - la formation continue à l'hôpital - formation de formateurs - soins aux malades immobilisés - soins aux handicapés sensoriels – soins aux malades mourants- l'évaluation de la qualité des soins - la maîtrise de la qualité des soins - la recherche en soins infirmiers¹⁴⁹⁴. Elle co-anima aussi des sessions de formation des directrices d'écoles d'infirmières et des monitrices d'écoles de cadres à l'analyse de problèmes. Plus tard, elle développa des séances de formation visant le développement des soins infirmiers par l'analyse transactionnelle et notamment les soins aux malades mourants¹⁴⁹⁵. Elle suivit en effet la même formation de psychothérapeute qu'Huguette Bachelot et au même rythme, en analyse

¹⁴⁹² Entretien 2 et 3 décembre 2010. Les informations qui suivent sont toutes issues de la même source, ainsi que du CV de l'intéressée.

¹⁴⁹³ De ce point de vue aussi, l'EIEIS faisait figure de pionnière. Cette activité était en effet inscrite dans son projet dès le début, par la proposition de cours de courte durée. La Loi n° 71-575 du 16 juillet 1971, la conforta dans cette voie, même si le décret d'application à la fonction publique (Art. 41) ne parut qu'en 1973. Décret n°73-562 du 27 juin 1973 pris pour l'application des dispositions de l'article 41 de la loi n° 71-575 du 16 juillet 1971 portant organisation de la formation professionnelle continue dans le cadre de l'éducation permanente. Sa traduction concrète pour les administrations hospitalières ne fut signifiée que plus tard, par le décret n° 75-489 du 16 juin 1975 pris pour l'application des dispositions du livre IX du code du travail au agents titulaires relevant du code de la santé publique.

¹⁴⁹⁴ Exemples de sessions mises en œuvre. Archives EIEIS, dossier enseignants, curriculum vitae de C. Mordacq.

¹⁴⁹⁵ *Ibid.*

transactionnelle à partir de 1979¹⁴⁹⁶, laquelle aboutit aussi à la certification internationale en 1985, année de sa retraite.

A côté de ces activités déjà denses en relation directe avec son poste à l'EIEIS, Catherine Mordacq s'investit dès le début dans des activités complémentaires, notamment associatives, qui témoignaient aussi de son engagement pour le développement de la profession d'infirmière en France : de 1965 à 1967, elle fut présidente de la section du Rhône de l'ANFIIDE. De 1968 à 1972, elle assura les fonctions de vice-présidente du CEEIEC et de 1973 à 1976, celles de responsable du Bureau d'études sur l'évaluation au sein de cette même association. Enfin, de 1968 à 1970, elle participa aux travaux de la commission ministérielle de rénovation des études d'infirmières qui aboutit à la proposition et l'adoption d'un nouveau programme d'études en 1972. Il s'agissait alors d'imaginer une formation en adéquation avec les préconisations de l'Accord européen. Un document suffisamment abouti pour faire l'objet d'une brochure imprimée fut publié en janvier 1970¹⁴⁹⁷, soit plusieurs mois avant *Le service infirmier français doit-il rester sous développé ?* qui était sorti en mai. La durée des études prévue dans ce document était de « trois années scolaires ». L'ensemble du programme comprenait 4600 heures dont 1920 heures d'« enseignement théorique » et 2680 heures d'« enseignement pratique en stage ». Ces propositions étaient en tous points conformes aux prescriptions européennes. Le programme était structuré en 6 périodes et les intitulés des enseignements consacraient l'expression « soins infirmiers ». L'adjectivation du vocable « infirmier » permettait pour la première fois en France, de mettre à distance l'infirmière et son activité dès le premier jour de formation, ce que les anglaises et les américaines avaient fait dès la fin du siècle précédent par l'usage du terme *nursing*. Durant la première période, 420 heures étaient consacrées à une « introduction aux soins infirmiers » déclinée en : connaissance de l'être humain, étude des besoins fondamentaux liés au fonctionnement de l'organisme, application des thérapeutiques. L'introduction de la connaissance de l'être humain « sain » et de la notion de besoins fondamentaux comme éléments d'analyse, mais aussi la dernière place donnée à l'application des thérapeutiques dans l'ordre d'exposition, constituaient déjà une révolution. En début de deuxième période, 56 heures étaient consacrées aux « principes généraux des soins infirmiers », déclinés en aspects psychologiques¹⁴⁹⁸, aspect éducatif¹⁴⁹⁹, aspect socio-

¹⁴⁹⁶ Un certificat d'engagement à cette formation, à raison de dix week-ends de 12 heures pour l'année 1978-1979, figure dans son dossier aux archives de l'EIEIS, ce qui donne une indication sur le temps investi en dehors même de son temps de travail.

¹⁴⁹⁷ Nouveau programme des études d'infirmières, agréé au conseil de perfectionnement du 17 juin 1969, Pontoise, Imprimerie SOGEL, janvier 1970. Il était indiqué que ce document était « disponible au CEEIEC, 26, boulevard Brune, Paris 14^{ème} », ce qui montrait la participation active du Comité d'entente dans l'élaboration, mais aussi dans la diffusion le plus large possible de ces idées nouvelles. Cette publicité précoce, qui s'avéra par la suite un peu prématurée, avait aussi l'avantage de débiter rapidement une sensibilisation de la profession elle-même au changement important qui s'annonçait.

¹⁴⁹⁸ Les diverses attitudes de l'être humain, l'être humain face à la maladie, la douleur, la mort.

¹⁴⁹⁹ Apprendre et enseigner, L'infirmière et l'éducation sanitaire.

professionnel¹⁵⁰⁰, aspect technique¹⁵⁰¹. En outre, tous les cours de médecine (sémiologie, pathologie et thérapeutique) étaient présentés comme « soins infirmiers dans les principales affections » de chaque appareil ou spécialité médicale, ce qui donnait une orientation résolument disciplinaire à la structuration des enseignements. Le langage semblait ici utilisé comme instrument de transformation des pratiques, mais plus encore des représentations. Ce « nouveau programme » était surtout destiné à former les nouvelles infirmières et nouveaux infirmiers imaginés pour l'avenir. Ce document intermédiaire, publié 2 ans avant le programme définitif, est intéressant au sens où il donne le point de vue militant du groupe professionnel, fût-il tempéré par l'agrément du Conseil de perfectionnement. Assez réaliste quoique très innovant et même bousculant, il correspondait très largement au profil de cette nouvelle profession dessinée en filigranes dans la brochure qui parut quelques mois plus tard. La comparaison avec le programme final est à cet égard fort instructive, le dernier document étant le produit des négociations et des nécessaires compromis entre les représentantes des infirmières, les pouvoirs publics et sans doute le corps médical, dont certains membres influents n'étaient pas nécessairement aussi acculturés à la nouvelle et vigoureuse rhétorique des infirmières que ceux qui siégeaient au Conseil de perfectionnement.

La présentation du programme officiel, publié en septembre 1972, témoignait d'emblée de l'intégration de l'esprit de la réforme voulue par les professionnelles :

L'infirmière est la personne qui ayant suivi un enseignement infirmier de base est apte et habilitée à exercer la profession.

Au service des personnes en matière de santé, elle assume la responsabilité de l'ensemble des soins infirmiers que requièrent la promotion de la santé, la prévention de la maladie et les soins aux malades.

Au sein de la société, elle contribue à identifier et à répondre aux besoins de santé des personnes et des groupes, c'est la raison pour laquelle elle collabore activement avec l'ensemble des travailleurs sanitaires. Éducatrice de la santé, 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 recouvrer son indépendance et son autonomie autant qu'il est possible et aussi rapidement que possible.

Les soins infirmiers tels que définis constituent la fonction essentielle et originale de l'infirmière.

C'est pourquoi, la formation doit permettre à l'élève infirmière :

- 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

¹⁵⁰⁰ Notions élémentaires de législation sociale, incidences sociales et professionnelles des états pathologiques.

¹⁵⁰¹ Le plan de soins, les soins pré et post-opératoires, examens radiologiques, examens endoscopiques, tubages, ponctions, drainages.

- 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.¹⁵⁰²

Cette entrée en matière, qui transformait littéralement la manière de voir la formation et le travail des infirmières, avait incontestablement de quoi satisfaire les infirmières à la manœuvre, Catherine Mordacq en tête. Sur le plan quantitatif néanmoins, les belles ailes du programme en trois ans de 1970 avaient été amplement rognées. Dans le programme officiel, la formation avait été réduite à 28 mois d'études, ce qui correspondait à 3586 heures au total, soit 1434 heures d'enseignement et 2152 heures de stage. La différence par rapport à la proposition de 1970 représentait donc un déficit de 486 heures d'enseignement et de 528 heures de stage. La France avait pris là de grandes libertés par rapport à l'Accord européen, décalage qui explique sans doute, au moins partiellement, qu'elle ne ratifia ce texte qu'en 1975¹⁵⁰³. N'était-ce cette amputation administrative hardie du nombre d'heures de formation par rapport au projet initial, l'esprit d'ensemble de celui-ci fut respecté du point de vue de la structuration du programme. Quelques modifications à la marge, attestaient néanmoins que les débats avec le corps médical avaient dû se poursuivre jusqu'en 1972. Ainsi, dans l'introduction aux soins infirmiers, la partie « Etude des besoins fondamentaux liés au fonctionnement de l'organisme » devint « Etude des grandes fonctions de l'organisme ». Ce glissement montrait une substantielle divergence d'approche, voire d'objet entre les infirmières et les médecins, sans aller jusqu'à prendre la forme d'une querelle d'ordre épistémologique. Ni les unes, ni les autres n'étaient en effet prêts à imaginer la possibilité d'un tel affrontement de nature scientifique. Ce qui comptait pour l'heure relevait plus du combat idéologique. D'une part, les médecins ne voyaient aucun intérêt à se laisser déposséder du monopole du regard sur le monde de la santé qu'ils avaient patiemment construit et affiné depuis un siècle ; d'autre part, les infirmières osaient malgré tout les braver, en introduisant une autre manière de regarder le même monde. Cette approche nouvelle était assortie d'un champ lexical aux résonances d'autant plus étranges pour eux, que ce nouveau regard clinique n'était encore que très approximativement défini et bien loin d'être conceptualisé¹⁵⁰⁴. Si les médecins avaient repris l'avantage dans cette joute singulière, les

¹⁵⁰² Programme des études d'infirmières annexé à l'arrêté du 5 septembre 1972 relatif au programme d'enseignement et à l'organisation des stages en vue de la préparation au diplôme d'État d'infirmier. Présentation du programme. Ce texte est très largement inspiré en plusieurs endroits, des « principes fondamentaux des soins infirmiers » de Virginia Henderson. Si elle n'est pas citée, c'est très vraisemblablement moins par malhonnêteté intellectuelle que par souci de ne pas heurter les lecteurs de ce programme, potentiellement réticents par rapport à une influence américaine dans un texte qui relevait de la réglementation française. Que cette influence ait pu s'exercer sans annonce bruyante et être acceptée au point de figurer dans un texte normatif peut aussi être regardé comme un indice assez probant en faveur d'une forme d'universalité de la représentation du travail des infirmières, pour peu que celui-ci soit donné à voir dans sa totalité.

¹⁵⁰³ Décret n° 75-73 du 30 janvier 1975 portant publication de l'accord européen sur l'instruction et la formation des infirmières (ensemble deux annexes) fait à Strasbourg le 25-10-1967.

¹⁵⁰⁴ Un minuscule changement entre le premier et le second programme illustre cet inachèvement. L'aspect dit « socio-professionnel », qui faisait partie intégrante des « principes généraux des soins infirmiers » dans le premier programme, avait disparu dans le second, au profit d'un autre cours, indépendant de ces principes. Celui-ci fut alors intitulé « Notions élémentaires de législation sociale ». Il reprenait en cela le 1^{er} sous-titre de « l'aspect socio-professionnel » du premier programme. Mais son second sous-titre, « Incidences sociales et professionnelles des

infirmières n'avaient cédé que peu de terrain. Immédiatement sous ce nouveau titre figurait en effet en majuscules, la recommandation suivante : « On s'attachera à souligner, dans chaque chapitre, les besoins dominants de l'être humain, et les soins infirmiers qui s'y réfèrent ». Le choix presque incongru des caractères majuscules à cet endroit ne devait bien sûr rien au hasard. Il montrait d'une part, que les infirmières s'étaient appropriées les vertus émancipatrices de la désobéissance et que d'autre part, les médecins avaient accepté ce qui ressemblait à une impertinente immixtion dans ce qui avait jusqu'alors relevé de leur seule prérogative. S'il fallait sans doute bien plus que ces quelques majuscules pour ébranler un sentiment de souveraineté solidement incorporé par ceux-ci de longue date, les temps avaient changé. Ce compromis montrait qu'ils avaient commencé à acquiescer, fût-ce confusément, la conscience de la réciprocité de l'interdépendance entre les deux professions et donc le nécessaire sens de la négociation. Cela ne constituait pas la moindre des avancées pour les infirmières, avec l'introduction massive des soins infirmiers comme principe organisateur des différents cours, lequel avait été initié dans le programme de 1970. Certes, l'intitulé officiel du programme présentait encore des études « d'infirmières » et non pas de ou en « soins infirmiers ». Mais le résultat avait de quoi satisfaire une Catherine Mordacq qui avait particulièrement œuvré, avec d'autres, pour en arriver à ce résultat provisoirement acceptable pour toutes les parties. Elle ne ménageait pas sa peine et dans le même temps, non seulement elle continua son activité d'écriture, mais elle se révéla aussi comme chercheuse, toujours au service du développement professionnel.

états pathologiques », avait littéralement disparu. Cet effacement n'était pas étonnant, si l'on se place du point de vue des médecins, essentiellement nourris de sciences de la vie et ignorant le plus souvent ce type d'appréhension du monde qui échappait en grande partie à leur regard clinique fondamentalement centré sur l'individu coupé du monde. Michel FOUCAULT, *Naissance de la clinique... op. cit.* Mais peut-être les infirmières avaient-elles pour leur part, manqué d'arguments de type clinique et scientifique pour conserver ce type d'enseignement. Ce dernier pouvait en effet apparaître aux yeux des médecins, profanes dans ce domaine, comme relevant du travail des assistantes sociales et donc inutile pour les infirmières, alors que ces « aspects » renvoyaient bien aux fameux « besoins » qu'elles proposaient comme nouveau prisme pour appréhender les situations de soins. Dans le premier programme, il était bien question à la fois de développer « rôle de l'infirmière et liaison avec le service social » d'une part (1^{er} sous-titre), et « incidences sociales et professionnelles des états pathologiques » d'autre part (2^{ème} sous-titre), exposition qui montrait que pour les infirmières, l'un et l'autre thèmes ne se confondaient pas. Or dans le programme de 1972, seule « l'importance des liaisons à établir avec le personnel des services sociaux » fut retenue dans des « notions élémentaires de législation sociale » déconnectées des principes des soins infirmiers. Un déficit d'argumentation est beaucoup plus vraisemblable qu'une censure d'un corps médical certes dominant, mais qui avait sans aucun doute bien d'autres chats à fouetter. Du côté des infirmières, ce qui apparaît comme une faiblesse était au reste bien logique, dans un contexte international où les pays les plus avancés n'avaient émis leurs premiers et rares balbutiements théoriques qu'à peine 20 ans plus tôt et un contexte national où une petite partie des infirmières venaient tout juste de découvrir la possibilité de développement et d'affirmation d'une pensée libre. Néanmoins, si ce changement était en apparence bien ténu, il eut comme conséquence immédiate de donner la possibilité de développer un regard sociologique sur les phénomènes de santé et donc de se priver d'éventuels emprunts aux connaissances et méthodes de la sociologie ou de l'anthropologie sociale. Si la psychologie et la psychosociologie étaient nommées, il était en effet impossible de trouver la moindre trace explicite de ces disciplines qui permettaient pourtant d'élargir le regard plutôt étroit des médecins.

En 1968, l'ANFIIDE lui demanda une étude sur la fonction spécifique de l'infirmière, avec le concours financier de l'INSERM¹⁵⁰⁵. Avec l'aide d'un psychologue, elle organisa et anima un groupe d'étude composé de 3 infirmières¹⁵⁰⁶, 3 surveillantes, 1 surveillante générale, 1 directrice de pouponnière, 2 monitrices et 2 directrices d'école dont Huguette Bachelot. La question de recherche était la suivante :

Existe-t-il un service identifiable dont sont responsables les infirmières, ou suffit-il d'attendre un peu pour que l'extinction de ce groupe professionnel se produise par éclatement en de nombreuses professions paramédicales, et dans ce cas, quel vide apparaîtrait à sa disparition ?¹⁵⁰⁷

S'il fut publié 2 ans après la brochure¹⁵⁰⁸, cet ouvrage l'avait très vraisemblablement inspirée par les résultats de l'étude qui avait débuté dès 1968. Contrairement à ce que la question de recherche, délibérément provocatrice, pouvait laisser entendre, la démarche suivie par le groupe d'étude fut conduite avec une grande rigueur. La rare littérature la plus récente disponible sur la question en France, qui fut reprise plus tard dans la brochure, permit d'abord de donner un cadre large et exogène au questionnement des infirmières¹⁵⁰⁹. Du point de vue méthodologique, chacune des 12 membres du groupe d'étude conduisit un entretien non directif répété quotidiennement pendant 5 jours auprès d'une personne hospitalisée. Le but était de recueillir des informations sur ce que chaque personne « voulait bien dire de sa situation présente et ce qu'elle attendait du service infirmier » :

La durée des entretiens n'était pas limitée. Chaque participante devait rédiger les comptes rendus de ses entretiens dans les termes qui avaient été employés. Une réunion des participantes et des deux animateurs permettait d'exposer chaque jour les difficultés, les découvertes, les points communs, les divergences, et de s'aider à franchir les étapes de la communication avec les personnes hospitalisées. Ces réunions duraient deux à trois heures. Les derniers jours, les participantes ont répondu par écrit en quatre minutes à cette question : « Que sont les soins infirmiers vus par vous maintenant ? » et ont de plus rédigé un bref compte rendu de leurs entretiens.¹⁵¹⁰

¹⁵⁰⁵ Le mode d'entrée dans la recherche consista pour les Françaises à poser, au fond, les mêmes questions que se posèrent les Américaines au même stade deux décennies plus tôt ou les Suisses un peu plus tard. Voir *supra*. Cette étude donna lieu à la rédaction d'un rapport en 1969 et à la publication d'un ouvrage 3 ans plus tard. Catherine MORDACQ, *Pourquoi des infirmières ?* Paris, Le Centurion, coll. Infirmières d'aujourd'hui, 1972.

¹⁵⁰⁶ Dont une infirmière scolaire du nom de B. Collière, vraisemblablement Marie-Bernadette Collière, sœur de Marie-Françoise, qui se faisait appeler Bernadette dans la vie courante. Annie DENAYROLLES, *Marie-Françoise COLLIÈRE, Biographie... op. cit.*

¹⁵⁰⁷ Catherine MORDACQ, *Pourquoi des infirmières ?.. op. cit.* P 7 et 8.

¹⁵⁰⁸ Dans le développement qui suit, le terme « brochure » désigne *Le service infirmier français doit-il rester sous-développé ?* et le terme « ouvrage » désigne *Pourquoi des infirmières ?*

¹⁵⁰⁹ Claude LEVY-LEBOYER, *Les infirmières en France... op. cit.* Baudot (J.), Vimont (C.), *Les infirmières de hôpitaux publics... op. cit.*

¹⁵¹⁰ Catherine MORDACQ, *Pourquoi des infirmières ?.. op. cit.* p 45.

C'est donc à partir des données empiriques ainsi recueillies, consignées dans trois types de documents¹⁵¹¹, que fut réalisée l'étude dont l'auteure avait tiré son ouvrage. La conclusion de cette recherche rendait compte de cette saisie de quelques éléments constitutifs du travail des infirmières du point de vue des malades hospitalisés :

La fonction spécifique de l'infirmière, vue à travers la demande des malades, ne consiste pas en une zone réservée d'action « technique » ou « psychologique » mais elle est une fonction de *synthèse originale, permanente et constamment renouvelée*, des éléments *thérapeutiques, personnels et éducatifs*, afin de donner des soins infirmiers appropriés à chaque personne soignée. Cette fonction est individuelle ; elle est aussi collective car elle consiste à organiser l'ensemble des soins dans les services et institutions sanitaires. Quand cette fonction de synthèse est absente et que l'on ne considère le service infirmier que comme une juxtaposition d'opérations techniques et hôtelières et même psychologiques, la qualité du service rendu à la population baisse immédiatement, car non seulement les soins infirmiers individuels peuvent manquer, mais les interventions médicales, hôtelières et administratives aboutissent au malade déformées et appauvries.¹⁵¹²

Cette approche originale ne permettait pas véritablement d'identifier un objet de connaissance et de pratique caractéristique pour les infirmières. Mais elle avait l'avantage de mettre en perspective et de rendre visible une activité bien plus large que celle qui était jusqu'alors donnée à voir en France. Cette activité devenait aux yeux de l'auteure, à la fois facteur de cohérence et de cohésion de l'ensemble de l'organisation hospitalière :

Les entretiens avec les douze personnes hospitalisées ont mis en relief une demande importante adressée au service infirmier : par sa *permanence*, il revient à ce service d'entendre ces demandes, d'en effectuer l'analyse et la synthèse et de les faire déboucher sur des actions, c'est-à-dire des soins.¹⁵¹³

Si l'étude portait sur l'hôpital, le « service » dont il était question s'étendait par extrapolation hors ses murs et l'auteure en faisait même un levier important à actionner, en écho à la montée en puissance des recommandations sur l'humanisation des hôpitaux¹⁵¹⁴ qu'il convenait selon elle, d'étendre à la cité tout entière :

L'humanisation du service de santé et en particulier des hôpitaux ne repose pas seulement sur des plantes vertes, des baignoires roses, des heures de visite supplémentaires et des millions dépensés pour améliorer la gestion¹⁵¹⁵. L'humanisation repose certes sur ces améliorations matérielles, mais tout autant sur la

¹⁵¹¹ Contenu exhaustif des 12 entretiens, plus les deux documents écrits à la fin de la session d'une semaine au total, qui avait été consacrée au recueil de données. Les échanges pendant les réunions ne furent pas utilisés.

¹⁵¹² *Id.* p 83. Italiques dans le texte.

¹⁵¹³ *Id.* p 107. Italiques dans le texte.

¹⁵¹⁴ Avant les circulaires de 1970, un premier texte sur ce thème avait été publié en 1958. Circulaire du 5 décembre 1958 relative à l'humanisation des hôpitaux. Il y était question, déjà, des horaires de visites, de la présence des familles auprès des hospitalisés, de la possibilité pour les hospitalisés de conserver des effets personnels, du rythme de la vie quotidienne à l'hôpital, ou encore de l'accueil des hospitalisés et des visiteurs.

¹⁵¹⁵ Les années 1970 connurent un recrutement massif de directeurs, entre autres personnels. François-Xavier SCHWEYER, *Les directeurs d'hôpital... op. cit.* Note ajoutée par nous. Huguette Bachelot se souvenait avec sévérité de cette période de croissance des effectifs administratifs comme de l'arrivée « de tas de petits directeurs qui

reconnaissance d'un service infirmier, c'est-à-dire d'une organisation cohérente mise en place dans le milieu hospitalier, dans la cité et dans le milieu rural. En effet, non seulement les infirmières constituent un groupe important, mais elles ont la responsabilité de coordonner l'action de personnels deux à trois fois plus nombreux qu'elles-mêmes qui concourent à donner les soins infirmiers et à faire fonctionner les services de soins, qu'il s'agisse par exemple d'aides-soignants, d'auxiliaires de puériculture, d'agents des services hospitaliers.¹⁵¹⁶

L'auteure rappela que ce vaste service infirmier tel qu'il était envisagé au regard « des situations réelles » n'était pas reconnu à sa juste mesure dans les textes officiels. Ce commentaire faisait écho à l'acérbe critique qu'elle avait présentée au début de l'ouvrage, quant à l'inadaptation à la réalité, selon elle, de la définition de la profession d'infirmière figurant dans la loi de 1946¹⁵¹⁷ :

Ce texte brille plus par sa concision que par son exactitude. Remarquons en premier lieu qu'il définit l'infirmière par des lieux où elle exerce, puis par rapport aux prescriptions médicales. Rien dans ce texte ne s'opposerait à ce qu'il s'agisse de médecine vétérinaire par exemple puisque la personne qui reçoit les soins n'est pas mentionnée. En deuxième lieu, il ne traite que de la partie de la tâche en relation avec les prescriptions médicales. C'est prendre partie pour le tout, le tout étant soigner des personnes et organiser ce qui y concourt. Il n'est pas besoin d'être particulièrement versé dans le monde de la santé pour se rendre compte que si les infirmières ne faisaient que cela, le service de santé entier en France serait aussi bloqué que Paris un jour de grève de métro.¹⁵¹⁸

La référence à la médecine vétérinaire procédait sans aucun doute d'une consciente mauvaise foi à visée polémique, les soins aux animaux étant fort peu répandus dans les services publics ou privés d'hospitalisation ou de consultation. En revanche, le rappel du zèle des infirmières comme garant du fonctionnement du système de santé au-delà de la vision restrictive de leur tâche donnée dans la loi, s'appuyait bien sur la réalité observée spontanément ou par le biais de recherches empiriques comme c'était le cas ici. Cette remise en cause du législateur, à la limite de la sédition, faisait de cet ouvrage un moyen supplémentaire d'un combat multiforme sur le terrain idéologique, comme en témoignaient les deux dernières phrases de la conclusion :

Les obstacles sont dans les mentalités et les structures. Ce sera par des recherches, des expériences, des actions relevant de la formation initiale et continue et toute autre action nécessaire que des transformations indispensables pourront voir le jour dans les faits et dans les textes.¹⁵¹⁹

faisaient de la recherche », ce qui ne transformait pas, selon elle, la réalité hospitalière de façon spectaculaire : « C'était intéressant, mais ça ne changeait rien aux hôpitaux ». Entretien des 2 et 3 décembre.

¹⁵¹⁶ Catherine MORDACQ, *Pourquoi des infirmières ?.. op. cit.* p 107.

¹⁵¹⁷ Pour rappel. « Est considérée comme exerçant la profession d'infirmier ou d'infirmière toute personne qui donne habituellement, soit à domicile, soit dans les services publics ou privés d'hospitalisation ou de consultation, des soins prescrits ou conseillés par un médecin. »

¹⁵¹⁸ *Id.* p 26.

¹⁵¹⁹ *Id.* p 108.

Il y avait là, à la fois comme un concentré du programme ou au moins des desseins de l'EIEIS et la preuve que son intrépide directrice-adjointe avait bien affirmé son leadership, à la fois comme penseuse et femme d'action. Elle s'efforça en effet dans un même mouvement, de théoriser la réalité du travail des infirmières pour mieux la donner à voir, d'identifier les obstacles politiques à la reconnaissance de cette réalité et d'imaginer des stratégies susceptibles de permettre au groupe professionnel d'arriver à ses fins. La brochure de 1970 et cet ouvrage en constituaient deux exemples. Non seulement ils s'étaient nourris mutuellement sur le fond, mais ils se complétaient du point de vue de la communication. La première, à diffusion restreinte, était destinée à une petite élite de la profession, mais aussi aux pouvoirs publics. Le second était destiné à un public beaucoup plus large, à commencer par celui des infirmières praticiennes elles-mêmes, mais aussi au grand public susceptible de bénéficier de leurs services. Catherine Mordacq contribua ainsi très largement à préparer le terrain et à sensibiliser les différents acteurs aux transformations à venir, dont certaines étaient inévitables du fait même de l'Accord européen. Une fois celui-ci ratifié en 1975, il devint urgent pour la France, de se mettre en conformité avec ces préconisations supranationales avant 1979, date limite qui avait été fixée. L'enjeu était très important, car de ces adaptations dépendait la reconnaissance du diplôme des infirmières françaises et donc leur liberté de circuler pour travailler dans l'espace européen.

La révision de la définition législative de la profession d'infirmière, beaucoup trop restrictive, fut la première question traitée dans cet objectif. Dès 1976, elle fut mise à l'ordre du jour des travaux du CSPPM. Une séance fut prévue à cet effet le 5 juillet. Le CIPLE s'était réuni juste avant, pour élaborer la proposition de définition suivante :

Est considérée comme exerçant la profession d'infirmier et d'infirmière toute personne qui ayant reçu une formation en soins infirmiers conforme à la législation en vigueur, et sanctionnée par un diplôme d'État, est habilitée à assurer la responsabilité de l'ensemble des soins infirmiers que requièrent la promotion de la santé, la prévention de la maladie et les soins aux malades.¹⁵²⁰

Cette proposition, qui s'inspirait largement de la conception du CII et plus récemment de celle qui figurait dans l'Accord européen, fut immédiatement retoquée par le Conseil supérieur¹⁵²¹, très vraisemblablement en raison de l'absence totale de référence à profession médicale. Une nouvelle définition fut alors proposée par le CIPLE, qui témoignait des négociations qui avaient eu lieu entre temps, avec un partiel retour en grâce, à moins que ce ne fût en force, de la définition de 1946 :

¹⁵²⁰ Cité par René MAGNON, *Le service infirmier ces trente dernières années... op. cit* p 115.

¹⁵²¹ Conformément aux dispositions du décret de 1973, le Conseil supérieur des infirmières antérieur demeura en vigueur, jusqu'à la nomination des membres de la commission des infirmières en 1979.

Est considérée comme exerçant la profession d'infirmier ou d'infirmière toute personne qui donne habituellement des soins infirmiers que les diplômés dont elle est titulaire l'habilitent à prodiguer, soit sur prescription médicale, soit en application du rôle propre qui lui est dévolu, tant à domicile que dans l'établissement auquel elle est rattachée, en matière d'organisation et de coordination des soins, de surveillance, de prévention, d'éducation sanitaire, de formation et d'encadrement du personnel ou stagiaire.¹⁵²²

La tournure alambiquée de cette version rendait compte de la volonté absolue d'affichage de la complexité de l'activité des infirmières qui avait été décrite par Catherine Mordacq dans le cas de la France. Si cette version ne fut pas retenue en l'état, elle inspira largement celle qui fut entérinée par le législateur en 1978 :

Est considérée comme exerçant la profession d'infirmière ou d'infirmier toute personne qui, en fonction des diplômés qui l'y habilitent, donne habituellement des soins infirmiers sur prescription ou conseil médical, ou bien en application du rôle propre qui lui est dévolu. En outre, l'infirmière ou l'infirmier participe à différentes actions, notamment en matière de prévention, d'éducation de la santé, de formation et d'encadrement.¹⁵²³

Ce texte reconnaissait de fait une zone d'autonomie pour les infirmières, au sens où il distinguait ce qui était prescrit ou conseillé par les médecins et ce qui ne l'était pas, c'est-à-dire qui relevait *a priori* de leur initiative. Si cette disposition modifiait sensiblement la structure de leur licence, elle en élargissait aussi symboliquement et institutionnellement le champ, ce qui représentait incontestablement une considérable avancée dans les représentations de la profession. Mais cela plaçait-il pour autant les infirmières en position de revendiquer un mandat, ou plutôt un demi-mandat, au moins pour la partie ne relevant pas de la prescription ou du conseil médical ? Rien n'était moins sûr, à en juger par les dispositions réglementaires prévues à l'article L. 372 du Code de la santé publique pour opérationnaliser la loi, lesquelles supposaient que ces textes fussent pris « en Conseil d'Etat pris après avis de l'académie nationale de médecine ». Il apparaissait qu'à l'ombre vaste, dense et persistante de la profession médicale et quel que fût l'état de développement de leur profession, les marges de manœuvre pour les infirmières étaient bien trop ténues et les obstacles trop nombreux pour qu'elles pussent songer à la conquête imminente d'un mandat pour elles-mêmes. Il n'en restait pas moins que cette évolution législative, qui devait certes beaucoup à la pression européenne, allait incontestablement dans le sens du combat mené depuis de nombreuses années par Catherine Mordacq.

¹⁵²² Cité par René MAGNON, *Le service infirmier ces trente dernières années... op. cit. Ibid.*

¹⁵²³ Loi n° 78-615 du 31 mai 1978 modifiant les articles L.473, L. 475 et L. 476 du code de la santé publique relatifs à la profession d'infirmier ou d'infirmière et l'article L. 372 relatif à l'exercice illégal de la profession de médecin. Ce texte est encore en vigueur 40 ans plus tard. L'article L. 372 du code de la santé publique définit en 5 points, les personnes qui exercent « illégalement la médecine ». À la fin, la précision suivante est apportée : « Les dispositions du présent article ne s'appliquent pas aux étudiants en médecine, ni aux sages-femmes, ni aux infirmiers ou gardes-malades qui agissent comme aide d'un docteur en médecine ou que celui-ci place auprès de ses malades, *ni aux personnes qui accomplissent dans les conditions prévues par décret pris en Conseil d'Etat pris après avis de l'académie nationale de médecine les actes professionnels dont la liste est établie par ce même décret* ». La partie en italiques fut ajoutée en 1978 à l'article 4 de la loi sus-citée.

Ce fut aussi comme éditrice qu'elle investit cette activité militante d'une exceptionnelle densité. En 1972, à la demande de M. Han, éditeur, elle créa en collaboration avec Yvonne Hentsch¹⁵²⁴, la collection d'ouvrages *Infirmières d'aujourd'hui* aux Éditions du Centurion¹⁵²⁵. Elle en assumait la direction jusqu'en 1991 dans cette maison d'édition, puis de 1991 à 1994 aux Editions Bayard, lorsque que la collection y fut transférée¹⁵²⁶. Si cette activité permit de démontrer assez rapidement les capacités de production des enseignants ou élèves de l'EIEIS, elle constituait aussi bien une voie d'expression nouvelle et donc une opportunité pour la profession d'occuper l'espace public, conformément aux visées stratégiques de la directrice de collection. Celle-ci ne se contenta d'ailleurs pas d'accompagner les autres et publia beaucoup elle-même ces années-là¹⁵²⁷, faisant à chaque occasion entendre sa propre voix sur les questions qui témoignaient de ses nombreux centres d'intérêt. Elle publia un second ouvrage en 1981 dans cette collection¹⁵²⁸, à partir de la thèse de 3^{ème} cycle en sciences de l'éducation qu'elle avait réussi, malgré sa foisonnante activité, à préparer et à soutenir en 1980. Comme Huguette Bachelot¹⁵²⁹, elle reçut les palmes académiques le 12 août 1974, ce qui témoignait d'une reconnaissance, fût-elle bien symbolique, de ce qu'elles apportèrent toutes les deux à l'École et à la profession, aidées en cela par une équipe elle aussi très active.

¹⁵²⁴ Voir *supra*.

¹⁵²⁵ Cette maison d'édition était en filiation directe avec La Maison de la Bonne Presse qui avait été fondée en 1945 par les pères assomptionnistes. URL : <https://www.editions-lecenturion.fr/fr/propos/qui-sommes-nous> consulté le 4 juin 2018. Comme Huguette Bachelot, Catherine Mordacq était croyante et pratiquante et comme elle, elle en faisait une affaire privée et n'évoquait cette particularité qu'après sollicitation. Entretien des 3 et 4 décembre 2010. Il est donc très vraisemblable que son engagement chez cet éditeur relevait bien plus de la saisie d'une opportunité stratégiquement utile pour la profession que d'un quelconque engagement au service d'une cause confessionnelle. En outre, rien n'indiquait cette particularité de l'éditeur dans des ouvrages caractérisés d'emblée et exclusivement par leur intérêt technique ou théorique.

¹⁵²⁶ Dès 1980, 20 ouvrages avaient été publiés. Le premier d'entre eux, *Jeunes enfants à l'hôpital* était la traduction française d'un ouvrage de James Robertson dont Catherine Mordacq avait découvert les travaux lors de son deuxième voyage aux États-Unis. Le second était son *Pourquoi des infirmières ?* Concernant l'équipe de l'EIEIS, elle fit paraître dès 1973 *L'infirmière et l'organisation du travail hospitalier* de André Montésinos, puis en 1977, *La Formation des infirmières à l'organisation du travail* du même auteur. En 1975, elle publia *Journal d'une infirmière hospitalisée* de Huguette Bachelot, sous le pseudonyme d'Alice Lesterel. Annie Parrot (promotion 1969-1971) fut la première étudiante de l'EIEIS à être publiée dès 1973 avec *L'Image de l'infirmière dans la société*. Elle fut suivie en 1979 par Geneviève Charles (promotion 1973-1975) qui ouvrit les portes de l'Histoire aux infirmières avec *L'Infirmière en France d'hier à aujourd'hui*. Au total, durant cette carrière d'éditeur de 22 ans, Catherine Mordacq permit la publication de 50 ouvrages aux Éditions du Centurion et 5 aux Editions Bayard, soit 55 au total. Parmi ces derniers, 21 étaient l'œuvre soit d'enseignants, soit d'anciens étudiants de l'EIEIS ou du Département d'enseignement infirmier supérieur (DEIS voir *infra*), ce qui représentait donc plus de 38 % de la production. D'après un document récapitulatif remis par Catherine Mordacq.

¹⁵²⁷ De 1968 à 1985, on dénombre à son actif, outre deux ouvrages dans sa propre collection, deux brochures et 21 articles dans des revues diversifiées.

¹⁵²⁸ *L'évaluation et son influence dans la formation infirmière*.

¹⁵²⁹ Archives EIEIS, dossier enseignants, curriculum vitae. Date non précisée.

Une équipe enseignante très occupée et largement impliquée dans des activités extérieures à l'École.

Marie-Françoise Collière¹⁵³⁰ était bien sûr chargée de l'enseignement des soins infirmiers de santé publique, mais aussi, au fur et à mesure qu'elle développa des compétences dans ce domaine, de l'histoire des pratiques de soins et de la profession d'infirmière. Dans le cadre de la formation continue, elle anima des sessions sur des thématiques très diversifiées : la santé et le milieu de vie - l'approche de l'action sanitaire et sociale en milieu familial - l'approche des soins infirmiers à domicile - l'approche avec les usagers des soins, des soins de santé primaires et des soins de santé communautaire. Elle développa aussi une activité de conseil auprès des services de soins infirmiers dans le secteur extrahospitalier ainsi qu'auprès d'écoles pour la formation aux soins infirmiers de santé publique. En dehors de ces activités à l'EIEIS, elle s'engagea aussi au niveau national, que ce fût au niveau institutionnel ou plus personnel. De 1971 à 1975, elle fut vice-présidente du CEEIEC. Elle participa activement, dès le début, à la création de la revue *l'Infirmière enseignante, bulletin d'information et de pédagogie*, qui en constitua l'organe d'expression privilégié. Cette publication devint le lieu de diffusion des réflexions de la nouvelle petite élite qui s'était constituée, à commencer par les enseignants de l'EIEIS. Dans cette nouvelle vitrine, une rubrique régulière d'au moins une page était réservée au « calendrier des sessions E.I.E.I.S. » De plus en plus étoffé du début à la fin de la décennie, ce qui ressemblait à un catalogue de formation continue donnait en même temps une visibilité aux enseignants de l'EIEIS alors désignés comme « animateurs » et dont les noms apparaissaient avec leurs spécialités. Enfin, le titre de cette revue, qui reflétait une intention militante, contribua aussi à diffuser une nouvelle façon plus valorisante, de désigner la fonction des monitrices dont l'image, qui remontait au début du siècle, avait perdu de son éclat sous la poussière accumulée. Le terme même d'enseignante suggérait en effet qu'il y avait quelque chose de particulier à enseigner et pas seulement des connaissances enseignées par d'autres à répéter.

Marie-Françoise Collière fut aussi plusieurs fois déléguée de l'EIEIS dans des groupes de travail d'intérêt national, notamment sur le thème de la santé publique, qui était devenue à la fois sa spécialité et son cheval de bataille. Dès 1967, elle participa, à l'initiative de la Croix-Rouge Française, à une réflexion sur le « problème de l'encadrement du personnel infirmier

¹⁵³⁰ Archives EIEIS, dossier enseignants, curriculum vitae. Fonds Marie-Françoise Collière, Salles d'Aude, documents divers.

extrahospitalier et celui de la formation des infirmières responsables de ce personnel »¹⁵³¹. Dans les suites de cette réflexion et sur proposition de la Direction générale de la Santé, un avis favorable fut donné par le Conseil de perfectionnement en 1968, sur le principe de la « création dans une école de cadres d'une section pour les infirmières non hospitalières ». A partir de cette date, la présidente du CEEIEC et les écoles de cadres furent tenues informées de l'évolution du projet. En 1969, un groupe de travail restreint fut constitué par l'École de cadres de la Croix-Rouge, pour travailler à l'élaboration d'un programme de formation. En octobre de la même année, cette école ouvrit « un cours de perfectionnement destiné aux infirmières extrahospitalières responsables de leur secteur de travail ». Ce cours s'étendait sur une année. Il était organisé par correspondance, avec des regroupements sous la forme de séminaires. Peut-être pour ne pas se laisser dépasser par les initiatives de la Croix-Rouge, la Direction générale de la santé réunit un nouveau groupe de travail¹⁵³² de mars à novembre 1970 « pour étudier les problèmes posés de santé publique », dont la question de la formation des cadres. En octobre, l'École de cadres de la Croix-Rouge ouvrit à titre expérimental et avec l'assentiment du ministère¹⁵³³, une année de formation de cadres infirmiers extrahospitaliers. Un projet national fut soumis au Conseil supérieur des infirmières et infirmiers en décembre. Le 11 février 1971, après une large consultation de différents acteurs et quelques remaniements du projet, ce Conseil approuva à l'unanimité « le principe de la création, au sein de certaines écoles de cadres, d'une section de formation pour responsables de services infirmiers extra-hospitaliers ». Il demanda à ce que les conditions d'ouverture desdites sections et d'admission des étudiants, le programme des études et les modalités des examens fussent soumis à son approbation. Ces évolutions montraient, entre autres, que l'EIEIS, alors bien seule sur le territoire national, avait vu juste 5 ans plus tôt et que les structures qui apparaissaient bloquées avaient fini par se laisser ébranler et transformer. Que le projet fût adopté à l'unanimité par le Conseil supérieur des infirmières et infirmiers, c'est-à-dire aussi par la totalité des très nombreux représentants du corps médical qui y siégeaient, ne représentait en effet pas la moindre des avancées qui aboutit à la création en 1973 du certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmière et d'infirmier cadre de santé publique¹⁵³⁴, troisième spécialité avec le CAFIM et le CAFIS. La représentante de l'EIEIS et sa connaissance particulière des expériences étrangères en termes de santé publique, aux États-Unis et en Europe, avait sans aucun doute contribué substantiellement aux différents

¹⁵³¹ Projet de formation de cadres infirmiers extra-hospitaliers, Conseil de perfectionnement des études d'infirmiers et d'infirmières, 31 Mars 1971. Document de travail. Fonds Marie-Françoise Collière, Salles d'Aude. Les données utilisées dans le développement suivant sont issues de ce document, sauf indication contraire.

¹⁵³² Y participaient des représentants : du ministère de la Santé publique et de la Sécurité sociale, dont Melle Lair, conseillère technique, de l'ENSP de Rennes, du Centre de santé publique de Soissons, du CEEIEC et de l'EIEIS, en l'occurrence Marie-Françoise Collière.

¹⁵³³ Informé de ce projet dès le mois de mars, celui-ci répondit en effet qu'il ne pouvait qu'« encourager à tenter cette expérience qui [devait] permettre la mise à l'épreuve de la philosophie et du contenu des nouveaux programmes avant leur application officielle ». Pour l'occasion, un projet de programme de formation, fut élaboré et soumis à l'approbation du groupe de travail de la Direction générale de la santé.

¹⁵³⁴ Décret n° 73-822 du 7 août 1973 créant un certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmière et d'infirmier cadre de santé publique.

groupes de travail auxquels elle avait participé. Elle assura en outre de nombreuses communications, que ce fût à l'occasion de journées d'études régionales ou nationales, ou de congrès professionnels sur les thèmes suivants : la santé et la maladie ; l'histoire des pratiques de soins, l'histoire des femmes soignantes et de la profession infirmière ; le fondement culturel des soins infirmiers.

Mais son activité se déploya aussi très rapidement au niveau international. Elle fut déléguée de l'EIEIS¹⁵³⁵ à la Commission européenne des Écoles supérieures de langue française en 1978, 1979, 1981, 1982. En 1978 et 1979, elle fut déléguée par le gouvernement au Comité d'Experts sur « l'automédication et l'autotraitement » au Conseil de l'Europe. Son activité fut aussi très dense au niveau de l'OMS. À partir de 1974, elle figura sans discontinuer au Tableau des experts permanents en soins infirmiers de l'OMS, à Genève. Avant cette nomination et après, elle participa à de nombreux séminaires ou projets de cette institution. Ainsi, elle se déplaça comme « expert temporaire en soins infirmiers de santé publique » à Malte en 1969, à Sofia en 1970, à Bucarest en 1972, à Lublin en novembre 1973¹⁵³⁶. Après 1974, c'est comme expert permanent en soins infirmiers qu'elle se déplaça pour des séminaires internationaux à Genève en 1974, sur le thème des soins infirmiers des collectivités¹⁵³⁷, à Londres en 1981 sur le thème des soins de santé primaires en Europe. En outre, elle écrivit beaucoup, à partir du moment où elle entra à l'EIEIS. De 1966 à 1980, elle publia 25 articles dans des revues comme la *Revue de l'infirmière et de l'assistante sociale*¹⁵³⁸, *L'Infirmière enseignante*, la *Revue de l'infirmière*, *Les Cahiers médico-sociaux*¹⁵³⁹, *Les Cahier de l'AMIEC*¹⁵⁴⁰, *l'International Nursing Review*. Elle publia même un papier dans le *Monde Diplomatique*¹⁵⁴¹. Dans le même temps, elle prépara un DEA d'histoire qu'elle obtint au début de la décennie suivante. Cette particularité témoignait de la volonté dans l'équipe de l'EIEIS, sans nier ni négliger les importantes motivations d'ordre très personnel, d'acquérir collectivement le plus grand nombre possible de diplômes universitaires les plus élevés possibles, de façon à doter l'École des attributs susceptibles de la rapprocher du monde académique. L'enjeu était de montrer que des infirmières pouvaient non seulement franchir les portes de l'université comme c'était le cas des étudiants de l'École depuis 1965, mais aussi s'y épanouir et y gravir des marches.

Le parcours d'André Montésinos¹⁵⁴² était assez remarquable de ce point de vue. À l'École, il fut particulièrement chargé des cours relatifs à l'organisation du travail et à l'administration des services

¹⁵³⁵ Puis, plus tard, du DEIS.

¹⁵³⁶ Il s'agissait alors d'un déplacement à la nouvelle et troisième EIEIS d'Europe ouverte en Pologne en 1972.

¹⁵³⁷ Traduction par l'intéressée elle-même de l'expression *Community Nursing*.

¹⁵³⁸ Cette revue, créée à la fin des années 1950, était publiée par l'Expansion éditeur. Elle se présentait comme une « Revue de documentation technique et d'information professionnelle ». Elle traitait de médecine, d'hygiène hospitalière, de préparation au diplôme d'État et de questions d'actualité. Par la suite, Marie-Françoise Collière préféra écrire dès sa création en 1971, dans *L'Infirmière enseignante*.

¹⁵³⁹ Revue suisse.

¹⁵⁴⁰ Voir *infra*.

¹⁵⁴¹ Vers une action communautaire, mars 1975.

¹⁵⁴² Archives EIEIS, dossier enseignants, curriculum vitae.

infirmiers, qui avaient été largement assumés par Huguette Bachelot jusqu'à son retour du Québec. Il s'investit lui aussi, au fur et à mesure de la montée en puissance de cette activité à l'EIEIS, dans la formation continue sur ses thématiques de prédilection¹⁵⁴³. Mais il continua pour sa part, sa progression dans l'acquisition de nouveaux diplômes, loin de se contenter du baccalauréat en sciences infirmières qu'il avait obtenu en 1966 à l'université de Montréal. En 1969 et 1970, il obtint le diplôme du 1^{er} et du 2^{ème} degré de l'Institut d'étude du travail et de la sécurité sociale à l'université de Lyon. En 1972, il obtint, après soutenance d'un mémoire à cet effet, le Diplôme d'enseignement infirmier supérieur de l'EIEIS. Cette possibilité offerte aux enseignants de l'EIEIS qui le désiraient avait en effet été proposée par la Commission permanente du 15 avril 1969¹⁵⁴⁴ puis acceptée par l'université de Lyon. Il put ainsi se mettre en conformité avec le niveau de diplôme préparé par les étudiants qu'il encadrait. Il fut le seul à demander à bénéficier de cette mesure exceptionnelle, sans doute parce qu'il était le seul, avec la directrice, à ne pas avoir obtenu une maîtrise universitaire à l'étranger. Enfin, il prépara avec succès un doctorat de 3^{ème} cycle en psychologie qu'il obtint dès 1976, devenant à cette date l'enseignant le plus diplômé de l'École. Le fait qu'il fût le seul à avoir débuté sa carrière professionnelle comme agent des services hospitaliers oriente vers des origines sociales moins aisées que celles de ses collègues. Néanmoins, en l'absence de données sûres à ce sujet, cette variable explicative pouvant de surcroît se combiner avec la variable de sexe¹⁵⁴⁵, il est difficile d'approfondir cette particularité de son parcours par rapport à celui de ses collègues féminines dont les origines sociales aisées voire très aisées sont établies. En ce qui les concernait, bien que la lutte pour la reconnaissance par les diplômes apparaisse comme moins acharnée, ces postes rares et non dénués de prestige, ouverts pour et par la création de l'EIEIS, n'étaient assurément pas pour leur déplaire, ne fût-ce que parce que cette opportunité inespérée en France pour des femmes était très compatible avec leur milieu d'origine. Sans que cela soit très étonnant compte tenu de son fulgurant parcours universitaire, André Montésinos publia lui aussi beaucoup dans cette décennie. Outre ses deux ouvrages qui parurent aux éditions du Centurion, il est possible de dénombrer 34 articles entre 1962 et 1980¹⁵⁴⁶. Après un premier article dans la *Revue de l'infirmière et de l'assistante sociale*, il diversifia les supports et privilégia les revues *Soins*, *Gestions hospitalières*, la revue espagnole *Revista de enfermeria « Rol »*, *La Revue suisse des infirmières*, puis la

¹⁵⁴³ Son cv est la seule pièce à disposition, contrairement à Marie-Françoise Collière par exemple, dont les multiples traces de son activité sont observables en maints endroits, en grande partie parce qu'elle prit le soin de les consigner scrupuleusement. Il convient donc de se méfier d'un effet de source susceptible de déformer la perception de la réalité. Des sources lacunaires d'une part et foisonnantes d'autres part ne permettent en effet pas de comparer l'activité des uns avec celle des autres et nous ne nous y risquons donc pas. Il apparaît néanmoins qu'il n'occupa pas de poste de représentation de l'EIEIS dans le monde associatif, ni dans des groupes de travail particuliers comme ce fut le cas de ses collègues, ce qui ne l'empêcha pas de donner des conférences dans le cadre de rencontres organisées par l'ANFIIDE ou le CEEIEC.

¹⁵⁴⁴ PV de la réunion de la Commission permanente du 15 avril 1969. Registre ... *op. cit.*

¹⁵⁴⁵ Il fut lui-même très tôt intéressé par cette question sexuelle, à en juger à l'intitulé de son mémoire de fin d'études à l'école de cadres en 1960 : « Les infirmiers et la profession en France ». Celui-ci donna lieu à la publication d'un article du même titre dans la revue *Soins* en mai 1962.

¹⁵⁴⁶ Le seul cv que nous ayons pu consulter s'arrête d'ailleurs à cette date.

revue *Symbiose* qu'il contribua à fonder en 1978. Il y publia entre autres, de nombreuses « Analyses » de livres et de films sur le thème de la santé.

Contrairement à ses collègues enseignantes, Elisabeth Stussi n'avait développé aucune spécialité. À l'École, elle avait été chargée particulièrement des soins infirmiers en médecine et en chirurgie, domaine généraliste par excellence. Ses interventions sous forme de séminaires consistaient en la conduite d'analyse fine en groupes des entretiens effectués systématiquement par les étudiants de première année auprès de patients. Tous les étudiants étant concernés par ce type d'exercice, elle aussi était sans aucun doute très occupée¹⁵⁴⁷ et participa activement à l'essor de la formation continue. Elle anima en particulier des sessions sur des thématiques comme « relations humaines, soins infirmiers et organisation du travail », ou encore l'animation de « groupes Balint » d'analyse des pratiques autour de cas cliniques, en collaboration avec un psychiatre animateur certifié dans ce type d'activité d'inspiration psychanalytique. Par comparaison, André Montésinos avait, de par sa formation complémentaire, développé secondairement des compétences pointues dans le domaine de l'administration, de l'organisation et des relations de travail dont il était devenu le spécialiste incontesté dans l'École et sollicité à l'extérieur. Ce n'était pas son cas, d'autant qu'elle ne publia pas, peut-être en raison d'une absence d'« expertise » dont pouvaient se revendiquer ses collègues à l'intérieur comme à l'extérieur de l'EIEIS. Elle déploya donc son énergie essentiellement comme enseignante et de plus en plus comme intervenante en formation continue¹⁵⁴⁸, sans véritablement trouver une place épanouissante dans cette organisation complexe qui supposait assurément d'exceptionnelles capacités de mise en avant de soi pour exister pleinement et être reconnu aussi à l'extérieur, pour soi et pour l'institution qu'il fallait promouvoir à tout prix. Ce n'était vraisemblablement pas sa manière d'appréhender le monde et c'est sans grands regrets¹⁵⁴⁹ qu'elle saisit l'opportunité d'un poste à l'OMS qui lui fut offert à la fin de la décennie, preuve qu'elle était pourvue de compétences qui furent reconnues et valorisées ailleurs. Elle quitta donc son poste en 1979 pour Copenhague, au bureau de l'OMS pour l'Europe. Elle fut la première infirmière française à travailler à plein temps à un tel niveau international, ce qui fut pour elle, une manière certes tardive mais spectaculaire de représenter l'École hors ses murs. Le Directeur général des HCL la remercia des services rendus à l'EIEIS par une lettre datée du 8 mars 1979 :

Avant votre prise de fonction à Copenhague, je tiens à vous présenter mes vœux de réussite dans le poste qui vous est confié, dans le cadre de l'Organisation Mondiale de la Santé. Je souhaite que vous puissiez y développer les qualités que j'ai pu apprécier dans les fonctions exercées au sein de l'EIEIS et que votre action au bureau régional de l'Europe facilite le développement et le rayonnement de notre nouvel

¹⁵⁴⁷ Archives EIEIS, dossier enseignants, *curriculum vitae* et quelques rares pièces administratives ou courriers. La remarque sur le caractère lacunaire des sources concernant André Montésinos est d'autant plus valable pour elle, que son CV est limité à la période précédant sa prise de fonction.

¹⁵⁴⁸ Témoignage René Magnon. Entretien du 29 mars 2013.

¹⁵⁴⁹ *Ibid.*

institut¹⁵⁵⁰. Je vous confirme que les HCL sont tout à fait disposés à participer aux expériences que vous envisagez à l'échelon européen.¹⁵⁵¹

Sa longue expérience à l'étranger et le regard ouvert sur le monde qu'elle avait ainsi développé, ses dix années d'expérience à l'EIEIS où elle avait côtoyé une grande diversité d'étudiants de nombreuses nationalités, mais aussi ses capacités dans la pratique de la langue anglaise qui étaient peut-être sous-employées à l'EIEIS, comptèrent vraisemblablement pour beaucoup dans le choix des recruteurs qui lui offrirent assurément le poste qui lui convenait.

Comme Marie-Françoise Collière, Sanky Raine avait développé une spécialité particulière de longue date, et fut même recrutée pour cela, après l'avoir approfondie aux États-Unis. Comme prévu, elle fut donc chargée de l'enseignement des soins infirmiers de psychiatrie et de santé mentale, malgré l'absence totale d'étudiants dans cette option jusqu'à la rentrée de 1970 où l'EIEIS accueillit son premier étudiant de ce type. Dans la décennie qui suivit, seulement 5 autres étudiants furent accueillis, ce qui montra pour le moins que la France n'était pas prête pour ce type de formation supérieure dans cette spécialité, ceci d'autant plus que sur les 6 étudiants, 1 était Dahoméen, 2 Suisses et les 3 autres Français. Ceci conduisit Sanky Raine, qui disposait de plusieurs cordes à son arc, à diversifier rapidement son activité, notamment dans le domaine de la formation continue. Elle anima ainsi de nombreuses sessions sur les thèmes suivants : la relation infirmière-malade, les soins infirmiers aux personnes âgées, la conduite de réunion, l'entretien dans la relation d'aide, les soins infirmiers en psychiatrie. Dans ce dernier domaine, la grande pauvreté du recrutement à l'EIEIS des étudiants dans cette option, montrait combien la tâche était immense en France. Assez paradoxalement, cette situation donna à Sanky Raine l'occasion de mettre ses compétences, rares en France, au service du développement des soins en psychiatrie, aussi bien localement qu'au niveau national, notamment depuis la création en 1970, d'un certificat de moniteur de formation professionnelle du personnel soignant de secteur psychiatrique¹⁵⁵². Si la reconnaissance de cette fonction assortie d'une qualification représentait une avancée dans le secteur de la psychiatrie, le nouveau groupe professionnel ainsi créé n'était cependant pas agrégé au groupe des moniteurs ou des surveillants. D'une part, il n'était pas question que ces moniteurs spécialisés fussent formés dans des écoles de cadres, mais dans des « centres de formation » spécialement dédiés, agréés par le ministère de la Santé publique et de la Sécurité sociale et gérés par les hôpitaux de psychiatrie¹⁵⁵³. D'autre part, ils ne bénéficiaient pas d'un certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmier moniteur mais d'un certificat de moniteur, marque de distinction qui rappelait que tous les infirmiers qui exerçaient en psychiatrie ne disposaient pas du diplôme d'État, loin s'en fallait.

¹⁵⁵⁰ L'EIEIS était alors devenue DEIS. Voir *infra*.

¹⁵⁵¹ Archives EIEIS, dossier enseignants, lettre du Directeur Général des HCL à E. Stussi, 8 mars 1979.

¹⁵⁵² Arrêté du 6 mai 1970 relatif à la création d'un certificat de moniteur de formation professionnelle du personnel soignant de secteur psychiatrique.

¹⁵⁵³ « Chaque centre de formation est géré par un hôpital psychiatrique qui peut passer des conventions avec les autres hôpitaux psychiatriques de la région ou d'une région voisine pour assurer l'enseignement des moniteurs de ces hôpitaux psychiatriques ». *Id.* Art. 3.

Dans les suites immédiates de la publication de ce texte et jusqu'en 1972, Sanky Raine participa aux commissions régionales et nationales d'élaboration du programme de formation de ces moniteurs. En 1971, elle fut « mise à disposition » de l'hôpital psychiatrique départemental du Vinatier à mi-temps « pour exercer dans cet établissement, à concurrence de vingt heures par semaine, les fonctions de monitrice responsable pédagogique, au Centre de formation professionnelle pour monitorat d'infirmiers psychiatriques »¹⁵⁵⁴. Cette mission d'une durée de 15 mois à compter du 1^{er} juillet 1971 avait pour but de mettre sur pied et lancer ledit centre de formation¹⁵⁵⁵. Elle en assura la direction jusqu'en 1973, puis en devint membre du conseil technique à compter de cette date. En 1973 et 1974, elle siégea à la Commission supérieure des infirmières françaises pour les questions traitant des soins infirmiers de psychiatrie. Enfin, dans un domaine moins spécialisé, elle représenta l'EIEIS à la « Commission provinciale des Ecoles de Cadres du Sud Est » du CEEIEC de 1974 à 1979.

Rapidement reconnue dans le domaine de la psychiatrie, Sanky Raine fut invitée de 1969 à 1976 pour des conférences en France, dans le cadre de journées d'études du Groupement d'étude et de recherche des infirmiers psychiatriques (GERIP)¹⁵⁵⁶, mais aussi à l'étranger. Ainsi, elle fut sollicitée par le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe pour des conférences sur « la formation des personnels des services psychiatriques » à Copenhague et « l'infirmier

¹⁵⁵⁴ « Convention entre les HCL et l'Hôpital psychiatrique départemental du Vinatier en vue du détachement de Mme Geenen, monitrice à l'École Internationale d'Enseignement Infirmier Supérieur ». Extrait du registre des délibérations du CGA du 21 juillet 1971. Comme elle avait sans aucun doute un sens aigu de la négociation, elle obtint à la même période que son statut fût aligné sur celui des agents non titulaires de la fonction publique, plus avantageux que celui de contractuel dont elle disposait jusqu'alors comme personnel étranger, notamment en termes d'avantages sociaux. Un avenant à son contrat qui datait de 1968 fut établi dans ce sens. *Ibid.* Cette dernière précision montre la persistance de la reconnaissance des HCL pour les enseignants de l'EIEIS.

¹⁵⁵⁵ Il s'agissait là d'une entreprise pionnière. L'établissement du Vinatier fut en effet le premier à ouvrir la marche avec l'Hôpital Sainte-Anne à Paris. Henny ZILLIOX, *On les appelait « gardiens de fous », la profession d'infirmier psychiatrique*, Toulouse, Privat, 1976.

¹⁵⁵⁶ Sa première conférence de ce type, traitant des « Rôles de l'infirmier psychiatrique selon l'optique de l'Organisation Mondiale de la Santé », eut lieu à Dourdan, en 1969, lors du 2^{ème} congrès du GERIP. Le premier congrès s'était tenu en 1968 à Dijon. Henny Zilliox raconte comment ce groupement spécialisé était né d'un constat en 1965, lors de la parution du *Livre blanc de la psychiatrie française* publié sous l'égide du Pr Rey. Ce volumineux rapport rendait compte d'états généraux de la psychiatrie auxquels nul infirmier n'avait été convié. Il n'y consacra de surcroît que trois lignes : « Ce fait suscite de nombreux remous parmi les infirmiers qui, à ce moment commencent à se poser des questions sur la "relation d'aide aux malades qui leur sont confiés" alors qu'ils se trouvent face à une inertie liée à un usage massif des neuroleptiques. Ceux-ci transformaient le malade en une sorte d'automate plus ou moins endormi ». Henny ZILLIOX, *On les appelait « gardiens de fous »... op. cit.* p 229. D'après l'auteure, ce « détonateur » conduisit quelques membres de ce groupe professionnel à prendre des initiatives non seulement pour sortir de l'invisibilité, mais pour réfléchir au contenu de leur travail et s'ouvrir à la recherche, en s'appuyant sur les expériences internationales et le soutien de certains psychiatres et même de directeurs d'établissements de plus en plus convaincus que les soins aux malades mentaux devaient changer profondément. Henny Zilliox était une infirmière lyonnaise diplômée d'État. Après avoir travaillé pendant longtemps à l'établissement du Vinatier, notamment la nuit pendant des études de médecine qu'elle entreprit secondairement, elle devint psychiatre. Sa thèse d'exercice portait sur la profession d'infirmier en psychiatrie. Son ouvrage relève à la fois de l'étude distanciée de ce groupe professionnel et du témoignage d'une infirmière praticienne des années 1960 et du début des années 1970. Elle fut par exemple impliquée dans la fondation du GERIP dès 1967.

des services psychiatriques » à Izmir. Elle donna aussi des conférences sur d'autres thématiques en Belgique¹⁵⁵⁷ et en Suisse¹⁵⁵⁸. Elle publia une quinzaine d'articles durant cette décennie, pour la plupart sur le thème de la psychiatrie dans des revues aussi variées que *L'infirmière Belge*, *Présences*, *Revue de l'infirmière et de l'assistante sociale*, *Revue internationale de la Croix-Rouge*, *Revue Epidémiologie Médecine sociale et santé publique*, *L'infirmière enseignante*, *Soins*, *Revue de l'infirmière*, *Symbiose*, ou encore *Informations psychiatriques*. Elle écrivit même un article sur l'EIEIS, montrant par là son engagement institutionnel, au-delà de ses propres centres d'intérêts¹⁵⁵⁹. Elle rappela son histoire récente, ses « caractéristiques propres » - internationale, expérimentale et universitaire - les programmes, les structures administratives et de gouvernance et les conditions d'admission. Elle saisit aussi l'occasion pour faire passer deux messages d'ordre à la fois politique et stratégique. Le premier faisait écho au travail d'argumentation développé ailleurs par Catherine Mordacq, tout en le complétant. Après avoir évoqué les difficultés budgétaires chroniques et les précaires « conditions matérielles dans lesquelles les étudiants français [entreprenaient] ces études », elle poursuivit :

Si ces problèmes ne sont pas directement de notre responsabilité professionnelle, il en est un autre qui nous appartient plus directement : il s'agit de l'avenir des étudiants de l'école, des fonctions qui leur seront offertes ou refusées, de la hiérarchisation du personnel infirmier et des postes qu'il faudrait créer, des qualifications nécessaires pour ces postes et du désir des professionnelles de les voir croître et s'institutionnaliser. Un regard jeté sur l'histoire des pays les plus évolués dans ce domaine nous montre que tout ceci ne progresse et ne se met en place que dans la mesure où une profession en manifeste réellement le désir, où elle prend conscience de ses responsabilités collectives, où elle s'organise et se prend en charge en cimentant sa cohésion et en représentant une voix qui sait se faire entendre.¹⁵⁶⁰

Autant Catherine Mordacq avait développé méthodiquement toute une batterie argumentaire destinée à interpeller les pouvoirs publics, autant dans cet article, Sanky Raine en appelait littéralement et directement à la mobilisation de la profession elle-même, l'année même de la création du CIPLE¹⁵⁶¹ qui apparaissait comme un premier regroupement de combat. Ainsi, ce type d'article était-il utile à la fois pour la promotion de l'École et celle, encore plus militante, du développement de la profession. Après avoir rappelé l'impérieuse nécessité de développer les soins infirmier de santé publique en France, justifiant pleinement le programme de santé publique qui avait été ouvert à l'EIEIS en 1966, le second message porté par l'auteure dans cet article concernait sa propre spécialité :

¹⁵⁵⁷ « La relation infirmière-malade, une fin ou un moyen ? », conférence aux élèves de la licence de sciences hospitalières de l'ULB.

¹⁵⁵⁸ Table ronde sur la formation des infirmières au congrès de l'Association suisse des infirmières à Lausanne.

¹⁵⁵⁹ Sanky RAINE, L'École Internationale d'Enseignement infirmiers supérieur, *Revue d'épidémiologie, médecine sociale et santé publique*, t. 19, n°8, 1971, p 781-790. La publication de cet article dans une telle revue était loin d'être anodine du point de vue stratégique et montrait une volonté d'élargir les supports de communication sur l'École afin d'en accroître la visibilité et d'en promouvoir l'utilité dans le système de santé publique.

¹⁵⁶⁰ *Id.* p 783.

¹⁵⁶¹ Sur le tiré à part de cet article qui nous fut remis par Catherine Mordacq, il était indiqué que le texte initial avait été reçu à la revue le 11 février 1971, soit 2 mois avant la première réunion de ce regroupement.

En 1970, après de nombreuses résistances, un programme d'Administration de l'Enseignement et des Services Infirmiers de Santé Mentale et de Psychiatrie s'est enfin ouvert. La situation des soins infirmiers de secteur psychiatrique en France, quoique très différente de celle existant en Santé publique, pose cependant elle aussi, de sérieux problèmes. La formation des infirmiers de secteur psychiatrique est surtout une formation « sur le tas ». Le statut d'École n'est pas reconnu aux Centres de Formation et leur programme officiel datant de 1955 est actuellement inadapté et insuffisant [...] Le statut ambigu des élèves, à la fois dépendant du service du personnel et du centre de formation, rend leur identification à un statut d'enseignés difficile, d'autant qu'ils sont souvent recrutés en cours d'année et ont donc déjà assumé, pendant plusieurs mois parfois, des responsabilités de soignants à part entière sans y avoir été préparés.¹⁵⁶²

Sans doute pour la première fois en France, en dehors des milieux de la psychiatrie et grâce à l'EIEIS, une voix infirmière, certes spécialisée, portait un regard critique sur la formation en soins infirmiers de secteur psychiatrique et de santé mentale. En leur offrant cette large tribune, elle contribuait à sortir ces personnels de l'obscurité de ce monde à part dans lequel ils avaient été comme contraints de s'éterniser :

L'isolement dans lequel se trouve l'infirmier psychiatrique est un élément que chacun dénonce, l'absence de communication existant au sein d'un même hôpital. Parfois, les rivalités syndicales font que la prise en charge du malade est bien loin des discussions et des débats, surtout lorsque par hasard, une tentative de rencontre et d'échange est mise sur pied et que l'on s'engage dans des polémiques interminables. L'impression pour l'infirmier, d'appartenir à une *profession méconnue*, inhérente à tout ce qui concerne la psychiatrie qui fait peur au grand public et est même méconnue des milieux médicaux [...] ¹⁵⁶³

Leur système de formation, qui fonctionnait en vase clos derrière les hauts murs de chaque établissement, ne constituait pas la moindre des raisons de ce sentiment persistant de réclusion. Cette situation était en flagrante contradiction avec la nécessité d'ouverture des établissements sur l'extérieur pourtant annoncée dès 1960¹⁵⁶⁴. Sanky Raine en était assurément consciente, en expliquant pourquoi l'EIEIS s'était engagée, malgré ces forts vents contraires, dans une démarche susceptible d'aider les plus audacieux et même les plus courageux parmi lesquels figuraient les infirmiers impliqués dans le GERIP¹⁵⁶⁵, à cette métamorphose nécessaire à ses yeux :

¹⁵⁶² *Id.* p 785.

¹⁵⁶³ Henny ZILLIOX, *On les appelait « gardiens de fous »...* *op. cit.* p 230. Italiques dans le texte.

¹⁵⁶⁴ Circulaire du 15 mars 1960, relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales. *Op. cit.*

¹⁵⁶⁵ Le GERIP eut par ailleurs des liens précoces avec l'EIEIS, avant l'arrivée de Sanky Raine. Lors des premières réflexions des quelques infirmiers volontaires - parmi lesquels figuraient des infirmiers du Vinatier - impliqués dans ce projet de groupement dès 1967, l'École fut en effet sollicitée comme centre ressource, en particulier sa directrice-adjointe. Catherine Mordacq les encouragea immédiatement dans leur démarche et leur fournit entre autres, une précieuse documentation de l'OMS. Henny ZILLIOX, *On les appelait « gardiens de fous »...* *op. cit.* Huguette Bachelot et Catherine Mordacq sont citées à plusieurs reprises dans cet ouvrage, de même que la documentaliste de l'EIEIS Jacqueline Foujols. Autant d'indices qui attestent l'influence de l'École dans ce type de travaux et de réflexions contemporaines qui n'en émanaient pourtant pas directement.

L'absence actuelle de formation pédagogique des moniteurs des Centres de formation et leur manque de préparation théorique et pratique à une ouverture des hôpitaux psychiatriques sur les perspectives d'organisation de santé mentale extra-hospitalière ne leur permettent que difficilement d'adapter leurs enseignements aux besoins futurs des élèves et des personnes soignées [...] Il peut sembler peu réaliste de former des directeurs d'écoles là où les écoles n'existent pas [...] Il y a cependant en France de nombreux infirmiers psychiatriques conscients de ces lacunes et qui essaient de modifier la situation présente. C'est afin de donner à ceux-là la formation qu'ils demandent et qui les aiderait à agir plus efficacement, qu'après avoir participé aux travaux ayant abouti à l'arrêté du 6 mai 1970 permettant la création de « *Centres de formation pour Moniteurs de Soins Infirmiers de Secteur Psychiatrique* » [...] nous avons proposé l'option Soins Infirmiers de Santé Mentale et de Psychiatrie à ceux des candidats à l'E.I.E.I.S. qualifiés pour entrer dans cette voie.¹⁵⁶⁶

Elle ne manqua pas de rappeler que ces considérations sur les infirmiers de secteur psychiatrique n'étaient qu'un des aspects d'une évolution générale des soins infirmiers au service de laquelle l'EIEIS s'était placée. Il n'en restait pas moins qu'elle servait aussi la cause de ce groupe professionnel particulier, en le faisant apparaître comme segment constitutif d'un ensemble plus vaste qui n'avait jusqu'alors jamais vraiment songé à l'intégrer¹⁵⁶⁷. Pourtant, les infirmières diplômées d'État étaient partout chez elles, y compris sur leur terrain spécifique. Si l'idée de leur accueil à l'EIEIS s'avéra bien prématurée à en juger au nombre d'étudiants formés, la participation de l'École aux débats les concernant ces années-là fut bien réelle, comme en attestait cet article. Cette décennie fut d'ailleurs d'une exceptionnelle richesse, en termes d'évolution de ce groupe professionnel. En 1973, un arrêté¹⁵⁶⁸ porta la formation des infirmiers du secteur à 28 mois d'études, avec une augmentation substantielle du nombre d'heures de « cours théoriques, exercices et discussions »¹⁵⁶⁹. Si ces études étaient effectuées dans des « centres de formation » et non des écoles, dénomination qui entretenait une stigmatisation devenue chronique, et que le diplôme préparé n'était pas un diplôme d'État mais un diplôme à compétence limitée à l'exercice en psychiatrie, le rapprochement du modèle de formation des infirmières diplômées d'État était patent et répondait ainsi très vraisemblablement aux pressions de l'Accord européen. En 1976, le certificat de cadre infirmier spécifique au secteur fut créé par un arrêté¹⁵⁷⁰ annulant et remplaçant le certificat de moniteur de formation professionnelle du personnel soignant de secteur psychiatrique. Désormais, les titulaires des deux certificats purent exercer aussi bien comme moniteurs dans les centres de formation que comme surveillants des services, leur formation ayant lieu dans des centres dédiés et non dans des écoles de cadres. En 1979 enfin, la durée des études conduisant au

¹⁵⁶⁶ Sanky RAINE, L'École Internationale d'Enseignement infirmiers supérieur... *op. cit.* p 785.

¹⁵⁶⁷ Leur accueil très tardif à l'ANFIIDE, en 1975 seulement, atteste si besoin est, de cette confraternelle exclusion.

¹⁵⁶⁸ Arrêté du 16 février 1973 relatif à la formation professionnelle du personnel soignant de secteur psychiatrique.

¹⁵⁶⁹ 1580 heures *id.* Art 8.

¹⁵⁷⁰ Arrêté du 22 juillet 1976 portant création d'un certificat de cadre infirmier de secteur psychiatrique.

diplôme d'État d'infirmier fut portée à 33 mois d'études¹⁵⁷¹. Pour la première fois, un tronc commun d'enseignement en première année fut organisé pour les élèves infirmiers diplômés d'État et les élèves préparant le diplôme d'infirmier de secteur psychiatrique¹⁵⁷². Si cette première année consacrait le rapprochement entre les deux groupes, les deux années suivantes prolongeaient l'histoire antérieure par le maintien d'un clivage catégorique en termes de compétences illimitées pour les uns et limitées à la psychiatrie pour les autres. Malgré tout, la France montrait ainsi une très lente et progressive adaptation au mouvement général observé dans le monde, l'OMS ayant adopté l'étape du tronc commun comme moyen de transition permettant la reconnaissance internationale des modes d'exercice¹⁵⁷³.

La participation très active de Sanky Raine à ces réflexions était un exemple de la débordante activité de l'équipe enseignante, à l'EIEIS, mais aussi en France et dans le monde, ce qu'elle n'oublia pas de mettre ostensiblement en valeur :

Nous assumons encore un autre groupe d'activités, et non des moindres, qui nous amène parfois à nous sentir des « commis voyageurs » en soins infirmiers. L'occasion est rare, en effet, de rencontrer à l'école l'équipe au complet. Presque toujours, l'un ou l'autre d'entre nous est en déplacement, en France même, ou très souvent à l'étranger (conférences, congrès, rencontres internationales et sessions de perfectionnement), de Dakar à Izmir, de Sofia à Lisbonne ou Malte, ou encore réunions à Paris. Certaines d'entre elles, organisées par les Associations professionnelles, d'autres par le Ministère de la Santé Publique et de la Sécurité Sociale. C'est là encore une des préoccupations des membres de l'équipe de l'E.I.E.I.S. : *participer activement à l'évolution de la profession* en acceptant dans la mesure des possibilités individuelles de chacun, des responsabilités dans diverses organisations professionnelles.¹⁵⁷⁴

Elle rappelait ainsi les visées stratégiques très nettes de l'École et la place à occuper collectivement par ses enseignants. S'agissant de l'évolution de la profession, elle introduisit aussi une autre perspective, qui pour être lointaine, n'en rappelait pas moins que l'EIEIS entendait bien proposer aux infirmières d'autres marches à gravir, encore plus hautes :

Un projet encore lointain et riche d'obstacles est celui d'ouvrir un jour, un *programme de « formation à la recherche »* destiné aux anciens élèves de l'E.I.E.I.S. Il voudrait se situer au niveau du 3^{ème} cycle de l'enseignement supérieur. Mais il nous faut d'abord trouver une infirmière susceptible de le prendre en charge et de le développer, car il n'aura de raison d'être que dans la mesure où il sera confié à une professionnelle possédant, par ailleurs, les qualifications et les titres universitaires requis.¹⁵⁷⁵

¹⁵⁷¹ Arrêté du 12 avril 1979 relatif au programme d'études préparatoires au diplôme d'État d'infirmier et d'infirmière.

¹⁵⁷² Cette première année commune consistait en un module intitulé « cycle d'introduction aux soins infirmiers », lequel était décliné de la façon suivante : Méthodes de travail - L'homme - L'homme et son environnement- Généralités sur les soins infirmiers – Introduction à la pathologie et à la thérapeutique.

¹⁵⁷³ Henny ZILLIOX, *On les appelait « gardiens de fous »...* *op. cit.* p 218.

¹⁵⁷⁴ Sanky RAINE, L'École Internationale d'Enseignement infirmier supérieur... *op. cit.* p 787-788. Guillemets et italiques dans le texte.

¹⁵⁷⁵ Id. p 788. Italiques dans le texte.

Le projet de développer une activité de recherche de type disciplinaire était ici patent, au sens où la responsabilité d'une telle formation ne pouvait, aux yeux de l'auteure, et sans aucun doute de toute l'équipe de l'EIEIS, n'être confiée qu'à une infirmière dotée des attributs universitaires nécessaires. L'idée avait plus ou moins confusément fait son chemin que l'apprentissage de la recherche ne se limitait pas à une technologie et une méthodologie désincarnées, mais que celles-ci n'avaient de sens que mises en relation avec un objet qui seul contenait les ferments d'un possible développement d'une pensée particulière aux soins infirmiers. Ces visées élevées avaient d'ailleurs été évoquées en d'autres termes par les universitaires eux-mêmes, dès les premières années de l'École. Huguette Bachelot effleura la possible existence de cet objet en 1973 dans une note préparatoire à une intervention, à propos de la conception que l'EIEIS avait « des soins infirmiers, de l'enseignement infirmier et du service infirmier » :

- Les soins infirmiers sont constitués d'un contenu spécifique de connaissances à identifier et développer en accord avec les progrès scientifiques, économiques et sociaux ;
- L'enseignement infirmier doit comporter une large part de « sciences spécifiquement infirmières » transmises par des infirmières ;
- Le service infirmier a une identité propre, doit définir les rôles des différents groupes qui le constituent, doit avoir sa propre hiérarchie et ses moyens de contrôle.¹⁵⁷⁶

Trois ans plus tard, dans le bilan qu'Huguette Bachelot effectua à l'occasion des 10 années de fonctionnement de l'EIEIS, la formation à la recherche telle qu'elle fut présentée par Sanky Raine ne fut néanmoins pas explicitement évoquée, comme si d'autres priorités avaient pris le dessus¹⁵⁷⁷. Si elle présenta la formation à l'université comme faisant désormais partie intégrante du paysage et qu'elle évoqua même la science infirmière au singulier, mais toujours avec autant de prudents guillemets, c'était là encore sans identification ni définition précise :

L'université quel intérêt direz-vous ? On pourrait se poser la même question pour les médecins ou pour les juristes ? Peut-être simplement parce que, dans ce cadre, une compétence professionnelle s'acquiert à partir des sciences fondamentales diverses et qu'elle permet une formation de l'esprit et une liberté d'expression qui favorise le développement d'une pensée autonome. Cette pensée semble indispensable à la constitution et l'évolution d'une « science infirmière » qui pourrait être mise au service des personnes soignées au lieu que l'infirmière reste, avant tout, au service d'autres professions de santé.¹⁵⁷⁸

¹⁵⁷⁶ Archives EIEIS. Huguette Bachelot, Ecole internationale d'enseignement en soins infirmiers, concepts qui guident le programme, note préparatoire au séminaire OMS sur les écoles internationales d'enseignement infirmier supérieur, 5 et 6 avril 1973. Les guillemets entourant les sciences spécifiquement infirmières permettaient aussi à l'auteure de s'entourer de précautions quant à l'usage de ce vocable encore bien peu affirmé. Il n'en restait pas moins que les trois points avancés contenaient des éléments potentiellement constitutifs d'une discipline professionnelle.

¹⁵⁷⁷ Huguette BACHELOT, L'école internationale d'enseignement infirmier supérieur a 10 ans, *Soins*, n° 7, Avril 1976, p 35-38.

¹⁵⁷⁸ *Id.* p 36.

Cette manière d'aborder la question sonnait comme un indice que la réflexion n'avait pas beaucoup avancé de ce point de vue, contrairement à l'indéniable affirmation du service infirmier. Néanmoins, les vertus émancipatrices de l'université étaient clairement mises en avant par l'auteure, ceci en pleine conscience d'un effet potentiellement subversif, à plus forte raison dans une revue destinée aux infirmières praticiennes. Elle commenta d'ailleurs avec une jubilation certaine, la persistance des réticences qui s'étaient précocement exprimées à propos de la formation universitaire à l'EIEIS :

Voilà bien l'idée qui, dès le début, parut la plus étonnante pour certains. Pour d'autres elle semble encore subversive voire tout à fait hors du sens commun ou de ce fameux bon sens que l'on réclame tant des infirmières en l'assimilant trop souvent à l'absence de sens critique.¹⁵⁷⁹

Pour Huguette Bachelot, là se situait l'essentiel et l'absence de progression s'agissant d'une formation à la recherche de haut niveau ne l'empêcha pas de rappeler la très grande activité déployée par l'équipe par ailleurs. Ainsi, elle sacrifia à l'esprit comptable sans lequel elle savait bien qu'il était de plus en plus difficile d'être compris, pour rappeler que depuis 1968, soit en 7 ans, 3163 personnes avaient bénéficié d'une « formation professionnelle continue » organisée par l'EIEIS, ce qui avait donné lieu à 998 jours de formation. Pour l'année 1975-1976, le programme prévu devait toucher 800 personnes. Elle aborda aussi les groupes de travail tellement nombreux qu'ils étaient difficiles à comptabiliser, et auxquels avaient participé « les formateurs et les étudiants de l'école » :

Il peut s'agir de groupes nationaux organisés par le ministère, les divers groupements professionnels ou des institutions sanitaires. Il serait presque possible de dire qu'aucun problème professionnel important n'a été travaillé en France pendant ces 10 dernières années sans que l'E.I.E.I.S. n'y soit impliquée directement ou indirectement [...] Il peut s'agir aussi de travaux internationaux et particulièrement de ceux mis en place par l'Organisation Mondiale de la Santé.¹⁵⁸⁰

Elle évoqua enfin les 77 articles « publiés dans des revues françaises ou étrangères par des enseignants ou des étudiants de l'école » et les 9 ouvrages publiés dans la collection « Infirmières d'aujourd'hui » dont 4 avaient été écrits par des « personnels de l'école ». Elle confirmait ainsi que l'équipe avait porté un lourd fardeau sur ses épaules durant ces 10 ans. Si de son aveu, les 116 étudiants qui étaient entrés à l'EIEIS pouvaient sembler « bien peu », l'activité globale de l'École ne lui semblait « pas neutre dans les évolutions qui [avaient] eu lieu en France dans le secteur des Soins Infirmiers »¹⁵⁸¹. À en juger à son propre témoignage, les étudiants qui avaient été formés à l'EIEIS avaient commencé eux aussi à occuper une place dans ce secteur et à y jouer un rôle.

¹⁵⁷⁹ *Ibid.*

¹⁵⁸⁰ *Id.* p 38.

¹⁵⁸¹ *Ibid.*

5. 3. Étudier à l'EIEIS dans les années 1970 : apprendre le métier d'étudiant dans une école unique et préparer l'avenir pour soi et pour la profession

Trouver les ressources financières nécessaires

Dans les procès-verbaux des différentes instances délibératives, le thème des difficultés financières des étudiants français par défaut de prise en charge était récurrent et rappelait que leur engagement relevait le plus souvent de l'héroïsme, jusqu'au début des années 1970. Ainsi, d'anciennes étudiantes des débuts, devenues membres du Conseil de direction, en avaient encore le souvenir plutôt amer en 1975¹⁵⁸². La première, devenue directrice d'école de cadres, rappela que pour beaucoup d'entre eux, les études s'étaient faites en position de mise en disponibilité, en perdant deux ans de salaire et de cotisation à la retraite. La seconde, devenue infirmière générale, annonça que pour sa part, elle avait dû démissionner pour effectuer ses études. À partir de 1968, les étudiants de l'EIEIS bénéficièrent du développement progressif des mesures en faveur de la formation professionnelle, non sans quelques contrecoups parfois surprenants pour eux. L'exposé suivant, issu des échanges lors d'une séance de la Commission permanente, rend assez bien compte de la situation antérieure, de ses répercussions sur le recrutement et de son évolution aux conséquences inattendues pour les étudiants :

Jusqu'à ce jour, la plus grande partie des étudiantes françaises venant à l'école bénéficiait d'une indemnité compensatrice de perte de salaire octroyée par le Ministère de la Santé Publique et de la Sécurité Sociale. La modicité de cette indemnité (5400 F. par an charges déduites) avait incité le Conseil de direction de l'E.I.E.I.S. à dispenser ces étudiants de leurs frais de scolarité et amené les Hospices Civils de Lyon à les faire bénéficier de chambres au Home d'infirmières avec un tarif réduit. Malgré ces dispositions généreuses, la situation des étudiantes françaises restait très précaire et celles-ci devaient disposer d'économies substantielles (environ 20 000 F.), pour entreprendre deux années d'études à l'E.I.E.I.S. Ces difficultés empêchaient un certain nombre de candidates valables d'envisager ces études. Dans le cadre de la loi du 31 décembre 1968 sur la rémunération des stagiaires de la formation professionnelle ces étudiants bénéficieront maintenant d'une bourse plus élevée (environ 11 300 F. par an charges déduites). Ces nouvelles dispositions obligent à réenvisager les avantages consentis aux étudiantes françaises venant à l'E.I.E.I.S. dans le cadre de la promotion sociale. Les chambres du Home des infirmières, mises à disposition de ces étudiantes ne le seront plus étant donné les difficultés rencontrées par les Hospices Civils de Lyon pour loger leur personnel. Le problème des frais de scolarité est alors posé.¹⁵⁸³

Pour compenser les pertes liées à l'octroi de ce nouvel avantage et éviter une opération risquant au total de n'améliorer qu'à la marge le sort des étudiantes, la Commission permanente proposa une solution d'urgence pour la rentrée de 1970 :

¹⁵⁸² PV de la réunion du Conseil de direction de l'EIEIS du 3 décembre 1975. Registre... *op. cit.*

¹⁵⁸³ PV de la réunion de la Commission permanente du 21 avril 1970. Registre ... *op. cit.*

Après avoir envisagé les différents frais occasionnés par les études à l'E.I.E.I.S. (stages, travaux...) et le nouveau coût du logement, les membres de la commission souhaitent que les frais de scolarité ne soient pas demandés aux étudiantes françaises bénéficiant d'une bourse de « formation professionnelle », lorsque ces étudiantes viennent à l'école sans aucune prise en charge de leurs employeurs. Par contre lorsque ces infirmières sont envoyées par leurs employeurs, les frais de scolarité seront versés par ceux-ci.¹⁵⁸⁴

Ces mesures furent confirmées et reconduites pour la rentrée de 1971 par le Conseil de direction à la séance du 24 novembre suivant, seuls les frais d'inscription à l'université demeurant à la charge des étudiantes françaises dans les conditions décrites. Le fait que ces questions avaient d'abord été posées en Commission permanente montrait leur relation étroite non seulement avec le recrutement, mais aussi avec les conditions plus ou moins favorables dans lesquelles les étudiants étaient placés pour étudier. L'équipe pédagogique en était consciente, tout en reconnaissant une amélioration depuis l'ouverture de l'École. En témoigne ce commentaire sous la plume d'Huguette Bachelot, dans ce projet d'article rédigé en 1973 :

Le recrutement de l'École internationale reste encore insuffisant, malgré l'amélioration substantielle apportée aux étudiants français dans le cadre de la formation professionnelle. L'on peut s'étonner que si peu d'établissements publics aient encore pris en charge la formation de leurs cadres au niveau du poste de surveillante générale ou de directrice d'école, mais l'on peut également s'émerveiller que depuis 8 ans des infirmières françaises continuent de venir à l'E.I.E.I.S. au prix d'une grosse diminution de leur revenu, d'un retard de 2 ans dans leur avancement, d'une perte de 2 ans de versement à la caisse de retraite, ces années n'étant plus validables, et ceci avec la certitude de n'avoir aucun avantage financier particulier à la sortie de leurs études et de devoir passer les mêmes concours que les autres.¹⁵⁸⁵

Ces problèmes de type financier s'estompèrent progressivement. À partir de 1973, alors que seuls les « frais encourus » étaient mentionnés auparavant, les « possibilité de financement » apparurent pour la première fois dans la documentation à destination des étudiants. Ainsi, les étudiants français se virent proposer une voie dite « en position de détachement » et une voie « par une mise en disponibilité », chacune étant assortie de dispositions financières particulières¹⁵⁸⁶. Les étrangers furent en apparence mieux lotis dès le début, du fait de la participation de l'OMS. Néanmoins, celle-ci n'était pas accordée systématiquement et l'était semble-t-il de moins en moins. Elle supposait en tout état de cause, d'être sollicitée suffisamment tôt par l'intermédiaire des gouvernements, compte tenu des délais nécessaires à l'étude des dossiers. En cas de refus, une autre possibilité s'offrait à eux, par le biais d'une

¹⁵⁸⁴ *Ibid.*

¹⁵⁸⁵ Archives EIEIS. L'École internationale d'enseignement infirmier supérieur en 1973. Document tapuscrit, en prévision d'une publication dans la revue *Techniques Hospitalières*. Ce projet renseigne aussi sur la stratégie de communication développée par la directrice de l'École, étant donné que cette revue était affiliée à la Fédération Hospitalière de France. Son propos était en l'occurrence destiné en particulier aux directeurs d'hôpitaux. S'agissant des concours, elle faisait allusion aux concours de recrutement des directrices d'écoles.

¹⁵⁸⁶ Archive EIEIS. Organisation intérieure de l'École Internationale d'Enseignement Infirmier Supérieur, N° 8, 1973-1974.

bourse d'étude accordée directement par leur gouvernement. Mais dans ce cas, l'EIEIS attirait leur attention sur le fait qu'il était « difficile de vivre et d'assumer les frais d'études à l'E.I.E.I.S. à moins de 1500 francs par mois (sans les frais de scolarité) »¹⁵⁸⁷. En 1977 et même au début des années 1980, il était encore fait mention de ce type de difficultés par les étudiants au Conseil de direction, celles-ci étant rapportées aux obstacles pour se loger, notamment pour les étudiants étrangers. Une fois admis à l'EIEIS, encore fallait-il s'adapter à la nouvelle vie d'étudiant dans les conditions très particulières proposées par l'EIEIS.

S'aventurer dans les arcanes de l'École et découvrir le monde universitaire

Le projet d'enseignement prévoyait que chaque étudiant participât activement à l'élaboration d'un programme d'études personnalisé qui donnait lieu à un contrat avec l'équipe enseignante. Qu'il s'agît des enseignements généraux, relevant de l'université ou des enseignements professionnels, pris en charge par l'équipe de l'EIEIS, le choix des options était très étendu, en plus des cours obligatoires. Dès l'ouverture de l'École, la soif de connaissance avait été repérée et soulignée comme une constante chez la plupart des étudiants, ce qui générait parfois le dépassement en volume horaire des choix recommandés. En 1974, un représentant des étudiants rappelait encore en Conseil de direction l'intérêt bien compris des étudiants et leur préférence pour cette liberté qui était donnée, par rapport à un enfermement dans des programmes trop rigides. Il souligna néanmoins ce qu'il nomma un « risque d'inflation » généré par cette grande liberté, d'autant plus précisa-t-il, que l'exigence des enseignants de l'EIEIS était grande¹⁵⁸⁸. À la même séance, un universitaire souligna combien il était intéressant pour lui et ses collègues de « travailler avec des étudiants avec un tel désir d'apprendre ». Ce genre de remarque était récurrent dans les procès-verbaux des différentes assemblées. Dès 1969, le Pr Guillaumin, directeur de l'Institut de psychologie, pédagogie et sociologie, partagea d'ailleurs une réflexion sur les types de cours qui convenaient le mieux à ces étudiants de son point de vue¹⁵⁸⁹. Il pensait en effet qu'ils n'étaient « pas à leur place dans des groupes de 1^{ère} année » et les voyait mieux intégrés dans des « séminaires de maîtrise où se [discutaient] des cas théoriques et concrets », ceci malgré « certaines difficultés de vocabulaire » potentielles. Pour combler ces prévisibles lacunes, il suggéra l'organisation d'un temps d'initiation à ce langage spécialisé. La proposition fut sans doute jugée trop audacieuse et ne donna lieu à aucune discussion, opposition ni approbation, ce qui laissait au moins entendre qu'elle ne paraissait pas si saugrenue. Plus d'un an plus tard, alors que le Pr Guillaumin n'était pas présent à cette séance du 24 novembre 1970, les membres de la Commission permanente abondèrent plus massivement dans son sens qu'il n'aurait pu l'espérer. La publication à la fin de 1968 de la loi dite Edgard Faure d'orientation

¹⁵⁸⁷ *Ibid.*

¹⁵⁸⁸ PV de la réunion du Conseil de direction de l'EIEIS du 28 février 1974. Registre... *op. cit.*

¹⁵⁸⁹ PV de la réunion de la Commission permanente du 15 avril 1969. Registre ... *op. cit.*

des universités¹⁵⁹⁰ avait en effet entraîné des remaniements dans l'université lyonnaise comme ailleurs¹⁵⁹¹. La commission permanente saisit cette occasion pour annoncer son souhait de rattacher l'EIEIS aux universités Lyon I et Lyon II¹⁵⁹². En outre, ses membres firent part de la position suivante, compte tenu de ce que les nouvelles dispositions législatives et réglementaires offraient comme possibilités :

[...] les nouvelles dispositions universitaires vont permettre une reconnaissance officielle du niveau du diplôme de l'École par rapport aux grades universitaires. Compte tenu des travaux faits par les étudiants et de l'expérience de ces dernières années, les membres de la Commission permanente pensent que le Diplôme de l'E.I.E.I.S. doit être reconnu au niveau de la maîtrise. Ces dispositions devront être étudiées avec l'université qui remettra ce diplôme.¹⁵⁹³

En attendant ces transformations, toutes ces considérations soulignaient le caractère exceptionnel, maintes fois rappelé par les universitaires, de ces étudiants d'un genre particulier. Contrairement aux autres étudiants qu'ils côtoyaient sur les bancs des facultés, ils étaient dotés d'une expérience de la vie déjà longue. Ils n'étaient pas tous bacheliers, loin s'en fallait, mais avaient néanmoins bénéficié d'études diplômantes et certifiantes dans des écoles professionnelles de base et de cadres. Ils s'étaient en outre durablement confrontés au monde du travail, autre école et non des moindres. Celle-ci leur avait fourni des sources d'apprentissage de toutes sortes qui avaient inévitablement aiguisé le regard qu'ils portaient sur le monde. Enfin, ils étaient arrivés là avec une motivation certaine, bien souvent au prix de nombreux sacrifices qu'ils avaient délibérément intégrés à leur projet. Mais tout cela n'empêchait pas que la marche était haute à franchir et que cette nécessaire socialisation à un monde qui leur était jusqu'alors totalement étranger leur demandait beaucoup de travail, notamment en termes de lecture et d'écriture. René Magnon, infirmier lyonnais et étudiant de la promotion 1970-1972, fut particulièrement marqué par ces deux types d'activité. Comme beaucoup, il n'était pas bachelier et avait même pris des cours spéciaux de français pour se préparer à l'examen d'entrée à l'EIEIS :

C'étaient deux années de travail à temps plein à l'École, même si on se donnait du temps. C'est là où j'ai découvert aussi qu'il fallait lire, qu'il fallait écrire [...] C'est vrai que moi, j'avais surtout une mémoire

¹⁵⁹⁰ Loi n° 68-978 du 12 novembre 1968 d'orientation de l'enseignement supérieur.

¹⁵⁹¹ Ces remaniements aboutirent à terme à trois universités : Lyon I, Lyon II et Lyon III.

¹⁵⁹² PV de la réunion de la Commission permanente du 24 novembre 1970. Registre ... *op. cit.* Les modalités concrètes de ce rattachement devaient être étudiées dès la mise en place de ces nouvelles universités, prévue en janvier. Ces modifications ne devaient pas, selon les membres de la Commission permanente, changer « la composition des conseils de l'École », hormis les « modifications de titres ». En réalité, le rattachement fut plus long que prévu, notamment en raison de désaccords entre les universités. Ceci eut pour effet que ni le Conseil de direction ni la Commission permanente ne se réunirent pendant trois ans. La reprise n'eut lieu qu'en février 1974. Le bureau de la Commission permanente continua néanmoins de se réunir et permit la continuité du fonctionnement l'École en se cantonnant aux décisions courantes et nécessaires.

¹⁵⁹³ *Ibid.* La publication immédiate de l'Arrêté du 13 janvier 1971 portant création d'une maîtrise de sciences et techniques donna une possibilité concrète de réalisation de ce projet.

visuelle. J'ai toujours beaucoup écrit. À l'école d'infirmières, j'écrivais mes cours avant de les apprendre. Je prenais des notes et je les réécrivais. J'ai toujours travaillé comme ça, de manière écrite. Alors est-ce que c'est moi qui écrivait plus, qui lisais plus¹⁵⁹⁴ ? Je n'en sais rien. Mais j'ai beaucoup lu, beaucoup écrit, beaucoup fréquenté la bibliothèque de l'école et celle de l'université. Les enseignants de l'université nous indiquaient des lectures, beaucoup. C'était vraiment un enseignement universitaire [...] C'est aussi à l'EIEIS qu'on m'a dit « tu as des capacités d'écriture, passe à l'écriture ». Personne ne me l'avait jamais mis en évidence. Autant j'en avais bavé comme un damné pour faire mon mémoire d'école de cadres, autant cela a été plus facile pour faire celui de l'école de Lyon. Parce que j'avais, pendant mes deux ans, fait tellement de travaux. Et j'avais déjà une bibliographie. On était occupés en permanence. Il y avait des travaux écrits dans tous les domaines.¹⁵⁹⁵

La rédaction d'un mémoire en deuxième année, qui s'inscrivait dans une initiation rigoureuse à la recherche, n'était pas toujours vécue de façon aussi positive. Elle représentait une étape et un obstacle importants pour de nombreux étudiants. Au début de l'année 1974, deux formules au choix furent proposées pour valider la deuxième année, en vue d'une expérimentation dès la rentrée suivante. La première formule consistait en la rédaction d'un mémoire, conformément à ce qui s'était déroulé jusqu'alors. La seconde formule ne prévoyait pas de mémoire, mais la validation de 3 unités de valeur au choix. L'une d'entre elles devait être obligatoirement choisie parmi les propositions suivantes : méthodes quantitatives, statistiques, mathématiques modernes, démographie, informatique ou économie. Les 2 autres relevaient d'un libre choix, sous réserve de se soumettre à une contrainte catégorique et à une recommandation plus souple : elles devaient être choisies dans des cours de deuxième cycle et faire, si possible, suite à un enseignement de première année¹⁵⁹⁶. Pour aider les étudiants à choisir, certains universitaires avaient émis l'idée que la rédaction d'un mémoire serait une condition impérative pour une éventuelle admission en 3^{ème} cycle, mais cela ne fut pas formellement retenu avant l'expérimentation. Un premier bilan de ce type de fonctionnement fut évoqué en mai 1975¹⁵⁹⁷. Il s'avéra que les étudiants qui n'avaient pas opté pour le mémoire étaient « aussi occupés que les autres », alors que cette option avait surtout été pensée pour alléger quelque peu le travail de ceux qui se sentaient le plus en difficulté pour mener à terme un travail dense et soutenu de ce type. Par ailleurs, ces deux options n'avaient pas entraîné de clivage dans la promotion. En revanche, elles avaient considérablement « compliqué l'organisation du programme de 2^{ème} année ».

Cependant, la grande liberté qui était donnée aux étudiants était parfois ressentie comme insécurisante, surtout en début de cursus. Si l'objectif de l'équipe était louable et correspondait à des intentions pédagogiques réfléchies, l'élaboration d'un programme personnalisé relevait

¹⁵⁹⁴ Par comparaison à ses collègues. Note ajoutée par nous.

¹⁵⁹⁵ Entretien René Magnon, 29 mars 2013.

¹⁵⁹⁶ PV de la réunion de la Commission permanente du 11 mai 1974. Registre ... *op. cit*

¹⁵⁹⁷ PV de la réunion de la Commission permanente du 29 mai 1975. Registre ... *op. cit*

parfois de la gageure, voire de l'« usine à gaz »¹⁵⁹⁸ pour des étudiants dont le parcours ne les avait pas vraiment préparés à cela. De ce fait l'équipe enseignante s'efforça au cours des années de proposer des adaptations permettant aux étudiants d'éviter « une trop grande dispersion »¹⁵⁹⁹. Un bilan, effectué par les étudiants des promotions 1972 et 1973 fut présenté par Catherine Mordacq à la Commission permanente :

Ces documents présentent les points forts qui portent surtout sur les acquisitions méthodologiques, sur les choix d'enseignement laissés aux étudiants, sur la participation à la gestion de l'école et l'ouverture à d'autres pays, d'autres modes de pensée, etc... les difficultés sont surtout liées à la vie en petits groupes, les communications en milieu restreint, l'insécurité des débuts, le passage d'un statut de cadre à un statut étudiant.¹⁶⁰⁰

L'insécurité des débuts était surtout mise en rapport avec les « difficultés créées par l'élaboration du programme ». Elle apparaissait donc plutôt comme un prix à payer pour la liberté offerte, laquelle comptait parmi les points forts de l'École dans le ressenti des étudiants. Une universitaire rappela d'ailleurs que cette insécurité était aussi observable chez les étudiants de première année en faculté, à peu près pour les mêmes raisons par rapport à la vie plus ordonnée qu'ils avaient connue au lycée. Les difficultés inhérentes aux fonctionnements en petits groupes étaient, quant à elles, d'autant plus prévisibles qu'elles étaient comme amplifiées par les particularités de l'école, ceci de l'aveu même de sa directrice qui y voyait aussi une ressource :

[...] l'une des difficultés majeures de l'école, mais aussi sa richesse, est l'affrontement de petits groupes où se frottent non seulement des personnalités affirmées, mais des cultures et des idéologies différentes.¹⁶⁰¹

La survenue de ces frictions et tiraillements était facilitée par une non directivité érigée en principe dans l'École. Si celle-ci avait le mérite de favoriser l'expression des conflits au lieu de les étouffer sans les neutraliser, elle n'était pas nécessairement génératrice d'une quiétude propice à l'étude. Ces conflits existaient aussi dans l'équipe enseignante permanente à l'EIEIS, même s'ils étaient le plus souvent d'origine psychologique. Ils étaient assez facilement perçus par les étudiants, à en juger par le témoignage de René Magnon s'exprimant sur un souvenir marquant de ses années d'étudiant :

¹⁵⁹⁸ L'expression est de Catherine Mordacq elle-même. Huguette Bachelot avoua pour sa part, que l'équipe de l'EIEIS dont elle faisait partie avait « créé beaucoup d'angoisse chez les étudiants par la liberté donnée ». Entretiens des 2 et 3 décembre 2010.

¹⁵⁹⁹ *Ibid.*

¹⁶⁰⁰ PV de la réunion de la Commission permanente du 18 novembre 1974. Registre ... *op. cit*

¹⁶⁰¹ Huguette BACHELOT, L'école internationale d'enseignement infirmier supérieur a 10 ans... *op. Cit.* p 37. Les tensions déjà évoquées, entre ressortissants de pays colonisateurs et de pays colonisés étaient un exemple de ces heurts rendus possibles par le caractère international de l'EIEIS.

C'était des conflits entre enseignants. Ce qui m'étonnait, c'était que ces gens brillants, qui avaient déjà une réputation, qui étaient connus de la profession, qui avaient pignon sur rue, qui faisaient des conférences, qui écrivaient, qui étaient pour moi des intellectuels... Que ces gens n'arrivent pas à dépasser leur propre ego, c'est ça que j'ai découvert... Peut-être que j'étais pareil¹⁶⁰² [...] C'est une situation que j'ai retrouvée ailleurs. Ce n'était pas seulement eux qui étaient comme ça. Dans tous les groupes, j'ai vu des conflits nés la plupart du temps à cause des ego un peu développés des uns et des autres et... La prise de pouvoir...¹⁶⁰³

Catherine Mordacq se souvenait de son côté que les « relations étaient variables » et que les spécialisations par domaine dans l'équipe pouvaient aboutir à une compétition entre ses membres, laquelle prenait parfois le pas sur le soutien à l'École comme collectif. Huguette Bachelot quant à elle, avait gardé en mémoire que « cela devenait coopératif à chaque fois que l'École était attaquée », ce qui ramenait les situations de franche solidarité aux seuls moments cruciaux où une coalition était ressentie comme nécessaire. Ni l'une ni l'autre n'évoquèrent l'épisode critique traversé par l'équipe, très vraisemblablement au début des années 1970, au moment où René Magnon ressentit les tensions dont il se souvenait encore plus de 40 ans plus tard. Un document sans date atteste de ce passage assez sombre, sans aucun doute en relation avec les rapports des individus au collectif de travail¹⁶⁰⁴. Il s'agissait pour la directrice de préparer une réunion de mise au point. Ce document préalable lui permettait, écrivit-elle, de préciser sa perception personnelle de la situation de l'école, de la communiquer à l'équipe « comme base de réflexion et de discussion », et de l'« écrire pour éviter autant que possible une discussion dans un climat trop passionné » et pouvoir dire « tout ce qu'elle [avait] à dire ». Elle y expliquait que ce qui déclencha cette initiative reposait sur le sentiment que l'équipe revenait « toujours sur les mêmes choses (danger venant de l'extérieur) », sans jamais pouvoir parler « des vrais problèmes », renvoyant à la situation intérieure de l'école, c'est-à-dire à l'équipe. Elle rappela aussi combien elle fut interpellée par une réflexion de Marie-Françoise Collière qui reprochait « à l'équipe de direction (en s'adressant à Catherine Mordacq) de vouloir la mort de l'école ». S'exprimant sur les problèmes extérieurs à l'école et notamment les chroniques et fatigants problèmes de financement et de recrutement d'étudiants, Huguette Bachelot les évacua en disant qu'elle était à ce poste pour s'en occuper, mission dont elle s'était toujours arrangée « avec plus ou moins d'enthousiasme et de bonne humeur ». Mais les problèmes intérieurs, « ceux dont on ne parle jamais », étaient à son avis « plus graves que les autres » et montraient contre toute attente que même dans une ambiance non directive *a priori*

¹⁶⁰² Cette phrase renvoyait sans aucun doute à son expérience d'enseignant puis de directeur technique de la même École, plus tard. Voir *infra*. Lui aussi eut l'occasion d'évoluer dans ce milieu à haut risque de débridage des ego et il rappelait ainsi la conscience qu'il en avait.

¹⁶⁰³ Entretien René Magnon, 29 mars 2013.

¹⁶⁰⁴ Document tapuscrit écrit par Huguette Bachelot et intitulé « Réflexion sur l'évolution de l'E.I.E.I.S ». Il était accompagné de la mention manuscrite « J'aimerais que ce document soit discuté à la réunion d'équipe lundi 29, merci, Huguette ». Il s'agit de l'exemplaire de Marie-Françoise Collière, qui a la particularité d'être abondamment annoté et apporte des informations complémentaires à ce titre. Fonds Marie-Françoise Collière, Salles d'Aude.

favorable à la prise de parole, des conflits souterrains et l'accumulation de non-dits pouvaient miner l'organisation, voir désespérer sa directrice :

Depuis 2 ans, j'éprouve un malaise qui va en augmentant et qui m'enlève tout courage pour lutter contre les dangers extérieurs. Je n'avais plus réellement foi dans les possibilités de travail en équipe (dans équipe EIEIS). Je n'avais plus tellement confiance dans le préjugé favorable avec lequel on pouvait entendre une quelconque proposition de réflexion. Devant une certaine dégradation de la situation je ne savais pas si mon rôle était d'intervenir, d'attendre une prise de conscience ou une réaction de l'équipe...

Elle tira néanmoins des conclusions très positives sur l'« influence considérable » de l'École sur la profession en France : « [nous] avons fait passer la plupart des concepts que nous avons acquis à l'étranger et qui représentaient un lien entre nous et le patrimoine commun ». Toute l'équipe était bien consciente qu'elle avait participé collectivement à ces succès. Mais pour la directrice, l'École n'avait paradoxalement pas évolué dans le même sens, comme en témoignait ce réquisitoire sévère et fourni :

Actuellement nous nous retrouvons davantage devant la pensée originale de chacun et sa créativité propre. Diversité ou inégalités deviennent plus évidentes, compétition plus farouche. [...] Individualisme (personnel ou de sous-groupe). Partage au niveau de l'élaboration ou de l'évaluation des enseignements inexistant ou purement formel (respecter les normes établies). Tel enseignement « chasse gardée » de tel enseignant ; propriété privée dans laquelle l'autre ne doit pas intervenir. Rôle attribué à la Direction est de contrôler que les chasses gardées soient bien gardées. Compétition entre les enseignants (au nom de leur enseignement) sans recherche d'une vue d'ensemble. Il s'agit à la force du poignet de se faire autant de place qu'on le juge personnellement nécessaire pour que son enseignement soit suffisamment significatif. Il s'agit quelquefois que son espace et son nombre d'heures soient au moins égal voire supérieur à celui du voisin (je me suis quelquefois sentie garante de cette pseudo-égalité). Compétition entre les enseignants par le jeu d'une surenchère vis à vis de l'aide individuelle apportée aux étudiants. Plus on refuse la participation de l'équipe à l'ensemble et des étudiants à l'élaboration de leur enseignement, plus on propose à ces derniers une aide et un soutien individuels. Technique de la séduction... Peur permanente que la demande des étudiants et que les choix qu'on leur laisserait bousculent nos sécurités et ne nous permettent peut-être plus de servir notre vérité. Activités extérieures de plus en plus importantes permettant de se donner des alibis pour repousser les réflexions fondamentales qui s'imposent.

Ces constats en appelaient à une réflexion d'équipe et même à son ressaisissement. Ils ne visaient personne en particulier. Néanmoins, l'allusion à l'accusation de Marie-Françoise Collière par rapport à l'équipe de direction ne laissait aucun doute quant à la participation de celle-ci au malaise ressenti par la directrice, sans exclure les autres membres de l'équipe. En outre, l'effet de spécialité était mis en cause, dans la mesure où il nuisait littéralement à la réflexion collective et à une vision d'ensemble d'envergure selon la directrice. Marie-Françoise Collière avait fini par faire figure d'archétype de spécialiste, sur les questions de santé publique dont elle ne s'écartait jamais, contrairement à ses autres collègues qui avaient montré une capacité de diversification de leurs activités, y compris Sanky Raine, pourtant férue de santé

mentale et formée pour cela. Enfin, les nombreuses annotations manuscrites, plutôt acides, que Marie-Françoise Collière porta sur ce précieux document, ne faisaient aucun mystère de son hostilité envers la directrice et attestaient de sa méfiance envers l'équipe et le fonctionnement de ce groupe particulier, réduit à ses yeux à une instance de contrôle des initiatives individuelles menaçant d'une « homogénéisation » pour elle porteuse de « mort ». De même, elle considérait dans ses commentaires que la nécessaire participation de tous au collectif voulue par la directrice relevait de la « soumission à la conformité de normes non pas proposées par le groupe mais suggérées par la directrice ». Pourtant, à côté de ce jugement assez péremptoire, sa défiance affichée par rapport au groupe n'en faisait pas un exemple flagrant de force de proposition potentielle. Si nous n'avons trouvé nulle trace des suites données à cette sorte de psychodrame qui s'était joué en interne, ce document confirme par sa seule existence les impressions ressenties par René Magnon. Celui-ci ne fut d'ailleurs pas le seul, selon Huguette Bachelot qui écrivit dans le même document que les étudiants étaient « parfaitement au courant » des « divergences et conflits » dans l'équipe et qu'ils les voyaient « probablement d'une manière plus objective » que les membres de l'équipe eux-mêmes, s'appuyant sans doute en cela sur les confidences que quelques-uns lui faisaient en sa qualité de directrice.

Ainsi, la vie interne de la petite équipe de l'EIEIS n'échappait pas à la dynamique caractéristique des groupes restreints et c'était dans tous leurs états que les enseignants conditionnaient la vie des étudiants. Ce type de remarques, trop impliquantes et sans doute un peu risquées pour les étudiants, n'avaient bien sûr pas leur place dans les bilans de fin d'année ou dans les réunions pédagogiques du lundi matin¹⁶⁰⁵, où l'équipe et les étudiants traitaient des problèmes rencontrés par les uns ou par les autres, dans une tentative de régulation permettant de compenser les effets parfois coûteux de la non directivité. Au-delà de ces rencontres hebdomadaires et des bilans annuels réguliers « à chaud », l'EIEIS avait aussi pour projet depuis l'ouverture, d'évaluer la formation à distance, après la prise de fonction des anciens étudiants.

Travailler à la sortie et participer à la vie de l'EIEIS et au développement de la profession

Une première « rencontre des anciens étudiants de l'EIEIS » eut lieu à Giens dans le Var, du 4 au 8 avril 1972 :

Outre l'intérêt de retrouvailles par promotion et des échanges interindividuels, la rencontre avait pour but d'apporter une contribution au progrès et au développement de l'école, en étudiant à la lumière de

¹⁶⁰⁵ Entretien René Magnon, 29 mars 2013.

l'évaluation des résultats constatés, les problèmes posés par les enseignements et leur évolution, débouchant ainsi sur ses perspectives d'avenir.¹⁶⁰⁶

À cette occasion, 20 « anciens et actuels étudiants »¹⁶⁰⁷ de 11 pays différents¹⁶⁰⁸ et la totalité de l'équipe de l'EIEIS se retrouvèrent. Les deux dernières journées furent consacrées à des échanges sur l'expérience de formation vécue par les participants à l'EIEIS, les réalisations concrètes de chacun, et diverses « questions que le groupe était amené à se poser ». Sur le premier thème, la formation consistant en l'analyse systématique de situations cliniques fut reconnue comme fondamentale, tout en méritant d'être interrogée :

Les stages faits à partir de situations vécues analysées semblent avoir été reconnus comme point central de la formation. Tous les participants qui avaient vécu ces expériences comme étudiants en mesuraient le bénéfice. Toutefois, en raison de l'impact qu'elles peuvent avoir auprès des personnes et sur les structures, elles sont vécues souvent difficilement, voire parfois douloureusement. Elles ne sont pas, non plus, sans poser de problèmes aux services et institutions qui accueillent les stagiaires et tout particulièrement les étudiants de l'E.I.E.I.S. Dans tous les pays se pose un problème de relation avec le corps médical. Pour l'aborder, il apparaît indispensable que l'infirmier puisse témoigner d'un niveau de formation semblable à celui du médecin.¹⁶⁰⁹

Ce commentaire témoignait entre autres, que les anciens avaient assurément acquis un esprit critique des plus aiguisés et étaient aussi capables de bousculer les choix et manières de faire de l'équipe pédagogique. Ces performances étaient révélatrices d'une maturité professionnelle certaine et montraient, aussi bien, l'efficacité de leur formation. Après tout, ils étaient aussi là pour apporter leur pierre à l'édifice, devenu pour l'occasion objet d'une construction collective permanente. En filigrane était aussi posée la place des étudiants de l'EIEIS en stage, eu égard à leur statut de spécimens d'une extrême rareté, mais aussi dans leurs fonctions après la formation. La remarque sur les relations avec le corps médical n'était pas anodine. Concernant les infirmières praticiennes, l'explication de ces difficultés était avancée selon l'hypothèse plausible du déséquilibre de niveaux de formation vus comme sources de pouvoir et facteurs de domination d'un groupe sur l'autre, qui donnaient lieu à des relations génératrices de conflits. Mais s'agissant des infirmières en position de leaders et ayant bénéficié d'une formation universitaire comme c'était le cas dans ces rencontres, ces problèmes relationnels renvoyaient peut-être aussi à une carence de formation à l'EIEIS de ce point de vue, sans que cela ne fût explicite. Il est en effet frappant de rapprocher ces commentaires de ceux, de plus en plus fréquents ces années-là, des représentants des médecins à la Commission permanente, sur la

¹⁶⁰⁶ Odile QUIRIN, Rencontre des anciens étudiants de l'E.I.E.I.S., *L'infirmière enseignante* n° 17, mai 1972, p 6. L'auteure faisait partie de la toute première promotion et était directrice de l'école de cadres de Reims au moment de l'événement.

¹⁶⁰⁷ Soit un quart de l'effectif total à cette date.

¹⁶⁰⁸ Outre la France, étaient représentés l'Allemagne, la Bulgarie, le Cameroun, le Dahomey, la Hongrie, l'Italie, le Maroc, le Mali, la Mauritanie et la Suisse.

¹⁶⁰⁹ *Ibid.*

faible part d'enseignement médical dans les programmes. Il en fut ainsi à la Commission du 18 novembre 1974, notamment à propos de la préparation à leur prise de poste, des infirmières générales dont il était de plus en plus question :

Les professeurs BERTOYE et LATARJET déplorent le peu d'enseignement médical que comportent les programmes. Il leur semble important qu'à partir de thèmes techniques les différentes questions administratives et pédagogiques qui vont se poser à l'infirmière générale soient abordées avec la collaboration des médecins. Ils se posent aussi le problème de l'insuffisance d'expérience pratique en milieu hospitalier et s'étonnent de la place donnée aux soins infirmiers psychiatriques ainsi qu'aux statistiques.¹⁶¹⁰

Si une infirmière générale dans l'assistance rappela « l'importance et l'utilité des statistiques dans le travail d'une infirmière générale », il ne se trouva pas une voix pour minimiser ou expliquer la place donnée aux soins infirmiers psychiatriques. L'exercice était d'autant plus périlleux qu'à cette date, l'EIEIS n'avait accueilli en tout et pour tout, qu'un seul étudiant ayant choisi cette option en 1970. Ce paradoxe relevait très vraisemblablement d'un effet de spécialité à l'intérieur de l'EIEIS, où il est assez aisé d'imaginer l'intense et peut-être irrépressible activité d'une Sanky Raine soucieuse de rattraper le temps perdu en France sur ces questions. Il en était d'ailleurs certainement de même pour Marie-Françoise Collière et la santé publique, mais les étudiants étaient nettement plus nombreux dans cette option, ce qui défiait beaucoup moins le raisonnement logique. S'agissant plus généralement de l'enseignement technique et médical à l'EIEIS, les arguments suivants furent avancés, en réponse à la remarque des médecins :

L'École fait remarquer que les enseignements généraux signalés dans le programme sont ceux suivis à l'Université et que la Faculté de Médecine offre effectivement peu de ressources en la matière. La collaboration avec les médecins se fait plutôt sur un mode individuel, à l'occasion des différents travaux menés par les étudiants. Toutefois, l'École a parfaitement conscience de n'avoir pas trouvé un mode de collaboration satisfaisant avec le corps médical. On retrouve l'expression de cette insatisfaction dans les bilans des premières et des deuxièmes années. Elle hésite souvent à déranger un « patron » très occupé pour un échange avec quelques étudiants et s'adresse de préférence à de jeunes médecins. Messieurs les professeurs BERTOYE et LATARGET insistent sur l'importance de maintenir le dialogue avec les « patrons » et affirment qu'ils seront toujours disponibles pour ce dialogue.¹⁶¹¹

Ainsi, non seulement l'École¹⁶¹², mais les étudiants des deux promotions aboutissaient aux mêmes conclusions. Ces constats révélaient qu'une sorte glissement s'était opéré jusqu'à

¹⁶¹⁰ PV de la réunion de la Commission permanente du 18 novembre 1974. Registre ... *op. cit*

¹⁶¹¹ *Ibid.*

¹⁶¹² Déjà, dans son projet d'article en 1973, la directrice écrit ce qui témoignait de la grande conscience qu'elle avait du problème soulevé : « Parallèlement, soucieuse d'approfondir sa recherche permanente sur les soins et le service infirmiers, l'E.I.E.I.S. pense le moment venu d'élargir le champ de ses échanges. Ayant donné pendant ses premières années, la priorité à la profession d'infirmière, elle voudrait maintenant s'orienter vers une réflexion plus multidisciplinaire et resserrer entre autres choses, les liens qui l'attachent au milieu hospitalier, à son

l'effacement de tels enseignements, depuis les accords qui avaient été trouvés entre les deux groupes professionnels dans les premiers programmes. Cette évolution était vraisemblablement due en très grande partie à la focalisation de plus en plus marquée sur les soins infirmiers, voire les sciences infirmières, fussent-elles prudemment enveloppées de guillemets, dans ce qui apparaissait comme une lutte de plus en plus affirmée pour l'identité. Mais ce combat idéologique présentait plusieurs risques. D'une part, une telle focalisation, qui aboutissait à une élaboration identitaire contre la profession médicale, pouvait conduire à une déformation du regard sur la réalité des situations de soins dans lesquelles les médecins s'activaient pourtant, eux-aussi, beaucoup. Il est d'ailleurs possible de faire l'hypothèse que la perception, même confuse, de cette distorsion, était à l'origine de l'insatisfaction des étudiants, en ce qu'elle les coupait littéralement de la réalité professionnelle qu'ils allaient devoir affronter¹⁶¹³. Ils semblaient pleinement conscients que cette réalité ne pouvait se penser ni s'appréhender sans les médecins, ni sans la médecine, entre autres¹⁶¹⁴. C'était vraisemblablement aussi la raison majeure de l'appel insistant des deux « patrons » à un retour au dialogue qui s'était semble-t-il égaré. D'autre part, un second risque, certes plus prosaïque apparaissait, qui consistait à laisser s'éloigner des alliés en pleine période de conquête d'une place plus visible dans l'espace sanitaire et notamment hospitalier. Au début de la mise en place de l'École, plus que des obstacles, les médecins avaient pourtant été d'une aide fort précieuse, à n'en juger qu'aux interventions efficaces du doyen Cier au ministère. À regarder les programmes mis en œuvre pour l'année 1976-1977, il n'est pas certain néanmoins que dans les années qui suivirent, ces remarques en forme d'avertissement firent l'objet d'une réflexion à la hauteur des risques qu'elles laissaient entrevoir¹⁶¹⁵.

administration, à son corps médical.» Archives EIEIS. Huguette BACHELOT, L'École internationale d'enseignement infirmier supérieur en 1973... *op. cit.*

¹⁶¹³ Plus tard, Huguette Bachelot fit part du regret des étudiants d'être coupés pendant trop longtemps de cette réalité pendant leurs études : « [...] ils trouvent cependant un peu long la rupture avec des responsabilités professionnelles et un peu difficile le passage de responsabilités souvent importantes à un statut d'étudiant. Pour remédier à cet inconvénient, l'école a débuté cette année, à titre expérimental, un programme en discontinu qui s'étalera sur 4 ans en gardant une responsabilité professionnelle. » Huguette BACHELOT, L'école internationale d'enseignement infirmier supérieur a 10 ans... *op. cit.* p 37. Entre 1975 et 1979, l'École offrit en effet une formation discontinue. Quatre étudiantes suivirent ce programme « expérimental » dont une monitrice d'école de cadres et 3 directrices d'écoles. Outre l'argument de ne pas être trop coupé de la réalité, lequel relevait d'un souci de confort de moins en moins en vogue pour les étudiants, il s'agissait surtout de tenter de rendre possible une formation, tout en assurant les mêmes responsabilités par ailleurs. C'était essentiellement valable pour les directrices d'école, particulièrement sollicitées ces années-là pour faire face à la pénurie. À leur demande, Il fut même proposé un « programme sans diplôme [...] allégés de validations, d'examens », plus compatible avec leurs tâches très prenantes dans leurs propres établissements. Le même type de programme fut proposé aux monitrices d'écoles de cadres (PV Commission permanente du 29 mai 1975). Les 4 volontaires pour cette expérimentation étaient donc très vraisemblablement de la trempe des héroïnes. Cette expérience ne fut jamais renouvelée.

¹⁶¹⁴ « Une des difficultés signalées [par les étudiants] est aussi la mise en place d'une multidisciplinarité effective permettant un travail d'équipe avec les autres groupes sanitaires et sociaux et d'autres professions. Mais cette difficulté n'est pas propre à l'école internationale » *Ibid.*

¹⁶¹⁵ Projets de programmes des 1^{ère} année (14 étudiants) et 2^{ème} année (6 étudiants) 1976-1977. Fonds Marie-Françoise Collière, Salles d'Aude, documents divers. En 1^{ère} année, les étudiants étaient inscrits dans les cours universitaires suivants : anthropologie générale (7 étudiants) – anthropologie sociale (7) anthropologie culturelle (7) – psychologie sociale : le corps (10) – économie, démographie (10) – démographie (2) – sociologie (1) – méthodes quantitatives (3) – droit de la santé (2) – psychologie génétique (4) – audio-visuel (1) – biologie (1) –

D'autres questions furent abordées à Giens, dont l'étude des statuts d'une « Association des Amis de l'E.I.E.I.S. destinée à apporter une aide à l'École et à favoriser la rencontre des anciens »¹⁶¹⁶. Cette dernière initiative montrait que l'institution s'était véritablement installée dans le paysage, malgré les puissants vents contraires. L'Association des amis de l'EIEIS (AMIEC), fut créée la même année. Elle fut suivie trois ans plus tard par la création d'une nouvelle publication en relation directe avec elle, les *Cahiers de l'AMIEC*, Études sur les soins et le service infirmier. C'est dans le Cahier n°1, Collectif dirigé par un comité de publication animé et représenté par René Magnon, ancien élève auquel Huguette Bachelot avait mis le pied à l'étrier pour occuper ce poste, que fut présentée l'Association :

[...] A la demande de ses amis, de ses visiteurs, de ses anciens élèves, [l'E.I.E.I.S.] a créé en 1972 l'ASSOCIATION DES AMIS DE L'E.I.E.I.S. dite AMI(s)EC(ole). Cette association a pour but de créer et favoriser, en accord avec la direction de l'Ecole, des liens nationaux et internationaux, entre les personnes physiques et morales, en vue de participer à l'évolution du service infirmier et de l'Ecole. L'A.M.I.E.C. souhaite : instaurer un lien entre les anciens étudiants, maintenir un lien entre eux, participer à toute action d'entr'aide ; faciliter des rencontres internationales, des échanges culturels et professionnels ; susciter et organiser des actions d'éducation permanente, particulièrement dans le domaine des Soins Infirmiers ; favoriser des études, publications et traductions d'intérêt professionnel.¹⁶¹⁷

Cette association fut notamment créée dans le but de reproduire des rencontres comme celles qui s'étaient déroulées à Giens en 1972. Elle réunissait une assemblée générale annuelle et était dotée d'un Conseil d'administration dont le premier Président fut le doyen Cier qui témoigna là encore de son soutien. Pratiquement, l'AMIEC fut surtout active à travers la publication des *Cahiers* dont il présenta ainsi le premier numéro :

droit de la fonction publique (1). Les enseignements professionnels consistaient en un « séminaire de soins infirmiers » à partir de données empiriques. Huit étudiants avaient choisi les soins généraux (terrain hospitalier), animé par Élisabeth Stussi et 6 les soins de santé publique (terrain extra-hospitalier), animé par Marie-Françoise Collière. En 2^{ème} année, les étudiants suivirent les cours universitaires suivants : psychologie sociale, formation d'adultes, rapports entre autorité et pouvoir (3) – psychologie sociale : Image du corps (3) ; vieillissement, troisième âge (2) – psychologie sociale du travail (3) - sociologie de la santé : analyse critique de la politique sanitaire (3) – psychologie : le féminisme (1) – économie du travail (3) – économie médicale (4) – droit du travail (2) – droit de la santé (1) – démographie (1). Parmi les 10 cours composant l'enseignement professionnel, le cours « soins infirmiers et profession d'infirmière » était assuré par Marie-Françoise Collière et Sanky Raine, soit les deux spécialistes. Or ni l'une ni l'autre n'était en mesure de s'étendre avec profondeur et précision sur les soins en milieu hospitalier général d'une part et sur les coopérations avec les médecins dans le même milieu d'autre part. Ceci relevait sans aucun doute plus des compétences d'Élisabeth Stussi, en l'occurrence non sollicitée. Quelle que fût la raison de cette exclusion, la configuration adoptée était bien loin d'aller dans le sens des remarques des médecins à la commission permanente. En outre, force était de constater que les cours relatifs aux avancées de la médecine et aux mises à jour par rapport à quelques connaissances et techniques nouvelles avaient été littéralement abandonnés par rapport aux premières années, comme si ces questions avaient totalement disparu du champ de connaissance et de pratique des infirmières. Or les pratiques hospitalières se transformaient aussi, parfois à très grande vitesse, à l'aune de ces évolutions.

¹⁶¹⁶ Odile QUIRIN, Rencontre des anciens étudiants de l'E.I.E.I.S... *op. cit.*

¹⁶¹⁷ AMIEC, Collectif, L'infirmière enseignante, *Cahier de l'AMIEC* n° 1, Lyon, 1975 p 2.

[...] la collection des publications que lance aujourd'hui l'Association des Amis de l'École Internationale d'Enseignement Infirmier Supérieur vient à son heure. Elle correspond à un besoin, celui de l'information concernant les conceptions et les propositions émises par celles et ceux qui, ayant déjà acquis l'expérience de la vie professionnelle, ont été amenés, à des fins pédagogiques ou de formation, à réfléchir sur les problèmes que posent actuellement l'enseignement et l'exercice des divers aspects de la profession d'infirmière ou d'infirmier. Le caractère international de l'École et de ses élèves élargit l'intérêt de ces publications non seulement en raison de la diversité des origines géographiques des auteurs mais surtout en raison de l'adaptation de leurs propositions ou de leurs conclusions aux particularismes des pays auxquels ils s'adressent.¹⁶¹⁸

Il s'agissait là d'une valorisante invitation des étudiants à se transformer en auteurs. Ce processus d'autorisation, au sens littéral du terme, déjà amorcé avec la collection d'ouvrages aux éditions du Centurion, montrait combien le contexte et la profession elle-même avaient changé depuis les débuts héroïques de l'École et pour beaucoup grâce à elle. Cette possibilité offerte aux étudiants de l'EIEIS, mais aussi à d'autres professionnels fut confirmée dans l'éditorial réalisé par René Magnon, au nom de la commission de publication. Il rappela aussi la modestie d'une entreprise qui n'en était qu'à ses débuts :

Chaque publication conçue autour d'un thème précis rassemblera plusieurs articles écrits par des étudiants ou des Anciens à partir de leur mémoire de fin d'année ou de travaux personnels. Ces articles pourront être écrits par d'autres personnes et publiés avec l'autorisation de l'auteur d'un mémoire ou d'un travail personnel [...] Ces écrits ainsi choisis n'auront pas la prétention de tout apprendre sur le sujet retenu. Leur seule ambition sera d'apporter un éclairage quel qu'il soit sur une situation professionnelle donnée, à un moment donné, et révélateur de nos propres incertitudes, inquiétudes, difficultés ou réussites. Ils irriteront sans doute ou seront agréablement reçus : mais ces premières impressions passées, puissent-ils alors apparaître comme le véhicule d'idées ou de pensées, sources d'une prise de conscience plus juste et plus vraie.¹⁶¹⁹

Les auteures de ce premier numéro étaient bien sûr toutes des anciennes étudiantes¹⁶²⁰. Le cas de Janine Robert-Lacaze, dernière désignée, appelle un commentaire particulier, puisqu'elle

¹⁶¹⁸ Pr Cier, *Id.* p 3.

¹⁶¹⁹ *Id.* p 5.

¹⁶²⁰ Marie-Madeleine BOITEUX, promotion 1970-1972, Enseignante à l'École de Cadres Infirmiers de Besançon (L'infirmière monitrice, une profession spécifique ?) – Françoise HORTALA, promotion 1971-1973, Infirmière Enseignante au Centre de Formation Professionnelle de Moniteurs d'Enseignement en Soins Infirmiers de secteur psychiatrique, Lyon (Promenade à travers un mémoire) – Thérèse LANRIEC, promotion 1972-1974, Directrice de l'École de Cadres du Service Infirmier de la Région Bretagne (Réflexion à propos du rôle professionnel de Monitrice d'école d'infirmières) - Geneviève BOUZERAND, promotion 1973-1975, Infirmière Enseignante à l'École de Cadres Infirmiers de la région Rhône-Alpes (Les causes de la mobilité de la fonction de monitrice d'école de cadres) – Janine ROBERT- LACAZE, promotion 1973-1975, Infirmière Enseignante Responsable du Centre de Formation de l'AMIEC (Invitation au changement). Pour cette présentation, les intitulés des fonctions et des établissements ont été scrupuleusement respectés, de même que les majuscules pour désigner les noms des auteures, leurs fonctions et leurs établissements. Ces quelques lignes montrent que le vocable *infirmière enseignante* ou *enseignante* était préféré à *monitrice* pour se désigner par l'ensemble des auteures concernées, alors qu'elles utilisaient le vocable *monitrice* pour désigner leur objet d'étude, comme s'il était question de deux réalités différentes. Cette distorsion montre au moins que les modes de désignation choisis, quelle que fût leur motivation, ne semblaient pas étendus automatiquement au collectif professionnel dans son ensemble, comme le laissait pourtant entendre le titre générique de ce Cahier. D'une part, ces particularités langagières laissent

était présentée comme responsable du Centre de formation de l'AMIEC. La création de celui-ci avait en effet été annoncée dans le même numéro¹⁶²¹. C'est cette étudiante de l'EIEIS qui en avait eu l'idée¹⁶²². À la fin de ses études, celle-ci n'avait en effet pas de projet professionnel précis et était particulièrement intéressée par la formation continue, à la fois comme type d'activité et comme levier de développement de la profession. Ce centre d'intérêt étant en indéniable cohérence avec les objectifs stratégiques de l'EIEIS¹⁶²³, Huguette Bachelot l'encouragea à franchir le pas et à se lancer dans l'aventure. Janine Robert-Lacaze créa donc, avec l'aide de ses mentors, un centre de formation qui fut hébergé à l'EIEIS dans un premier temps, dans le cadre de l'AMIEC. Il s'agissait là en réalité des prémises de ce qui devint plus tard le GRIEPS lorsqu'il s'installa dans la région lyonnaise, ce qui fit dire à Catherine Mordacq que cette étudiante créa cet organisme « le jour de sa sortie de l'École ». Cet épisode donne l'exceptionnelle occasion d'observer une forme remarquable d'influence de l'EIEIS qui avait en l'occurrence généré une entreprise durablement florissante et capable de lui survivre au siècle suivant¹⁶²⁴. Il s'agissait là néanmoins d'un exemple très singulier de fonction occupée à la sortie de l'EIEIS par une étudiante. Concernant le devenir de l'ensemble des étudiants depuis 1965, Marie-Françoise Collière en présenta une synthèse, tous pays confondus, arrêtée en « octobre 1975, à l'exclusion de la dernière promotion » :

Direction d'école d'infirmières de base ou de spécialisation : 21 - Enseignement dans les écoles d'infirmières de base ou de spécialisation (santé publique, psychiatrie) : 10 - Direction d'Ecoles Supérieures d'Infirmières : 15 - Enseignement dans des Ecoles Supérieures d'Infirmières¹⁶²⁵ : 8 - Education permanente : 4 - Infirmière générale ou Directrice du service infirmier hospitalier : 12 -

transparaître les difficultés d'une construction identitaire collective. D'autre part, sans que ce fût nécessairement l'intention, elles accréditent l'idée qu'il existait une partition entre une élite, revendiquant un mode de désignation particulier et les monitrices du rang, qu'elle avait du mal à imaginer comme portant les mêmes marques de distinction. Ailleurs, toujours sur la question de la lutte pour l'identité, Thérèse Lanriec faisait figure de militante acharnée et isolée pour le service infirmier qu'elle inscrivait, non sans une certaine pertinence compte tenu de ce qui se jouait alors, dans l'intitulé de son établissement, alors que ses collègues préféraient parler d'écoles de cadres infirmiers, appellation sacrifiant à la modernité de la toute nouvelle désignation des surveillantes (voir *infra*). Si celle-ci avait aussi le mérite de faire apparaître l'infirmier au grand jour, la désignation de l'école ne relevait pas du même registre que celle choisie par Thérèse Lanriec et témoignait pour le moins de représentations fort différentes des enjeux et de la diversité des degrés d'implication.

¹⁶²¹ *Id.* p 4.

¹⁶²² Entretien Catherine Mordacq des 2 et 3 décembre 2010.

¹⁶²³ A propos de formation continue, Catherine Mordacq écrit un peu plus tard : « Ceci souligne le caractère d'innovation que peut revêtir la formation professionnelle continue. Elle seule peut transformer en pratique professionnelle ce qui a été démontré être une réalisation souhaitable et efficace ». Catherine MORDACQ, La formation continue, une exploration, une innovation, un levier ? in Collectif, La formation continue des soignants : pour quoi ? *Cahier de l'AMIEC* n° 3, Lyon, 1977, p 100.

¹⁶²⁴ URL : <https://www.grieps.fr/quest-ce-que-le-grieps>

¹⁶²⁵ Il s'agissait essentiellement des écoles de cadres. Note ajoutée par nous. Il convient en outre de remarquer qu'ici, c'est le vocable « enseignant » et non « moniteur » qui est utilisé, de même que la fonction d'enseignement, ce qui plaide en faveur d'une volonté de cohérence susceptible de servir une forme de construction identitaire, au moins du sous-groupe des écoles. Néanmoins, l'auteure ne sembla pas résister à l'irrépressible tentation d'afficher la hiérarchie sociale dans le même sous-groupe, par l'usage d'initiales majuscules pour désigner les écoles supérieures et minuscules pour les écoles dites de base ou de spécialisation. Rien ne l'obligeait à une telle partition, hormis la volonté de mettre en avant une marque de distinction pour désigner les segments les plus prestigieux du groupe. Cette pratique était d'ailleurs assez courante et l'auteure montrait par là qu'elle ne s'en distinguait pas.

Responsable d'unité de soins : 1 - Responsable de services infirmiers de santé publique : 4 - Ministère de la santé (service enseignement) : 4 - O.M.S. (1 enseignant + 1 service de santé publique) : 2 - Conseillères d'organismes divers : 2 - Infirmière : 1 - Abandon de profession : 1. ¹⁶²⁶

Plus de 60 % (54 sur 85) des étudiants sortis de l'École occupaient donc des postes de direction d'écoles de base, d'écoles de cadres, d'infirmières générales, ou encore des postes ministériels ou à l'OMS. Tous les étudiants étaient devenus des professionnels d'un genre nouveau du fait de leur passage à l'EIEIS. Ils disposaient en cela de nouvelles capacités d'action, quel que fût leur poste, pour initier quelques-uns des changements jugés collectivement nécessaires. Mais pour la majorité d'entre eux qui s'étaient vus attribuer des postes d'un niveau élevé, outre le relatif prestige social ainsi acquis, les leviers d'actions étaient d'autant plus puissants, quoique pas nécessairement aisés à manipuler. Parmi ces postes figurait celui d'infirmière générale. Si celles-ci avaient fini par se faire un nom en succédant aux surveillantes générales, elles demeuraient minoritaires dans ce groupe. Pourtant, dès 1965, c'était essentiellement sur la reconnaissance statutaire et la formation de ces professionnelles que l'EIEIS avait misé pour assurer son avenir. Elle avait même patiemment attendu, repoussant presque sereinement ses espoirs d'année en année, persuadée que la bonne nouvelle arriverait un jour. Pour aucun des membres Conseil de direction, il ne pouvait en être autrement. La nouvelle tomba en 1975.

5.4 – Le tournant de 1975 : entre apparition des infirmières générales et disparition d'une chimère, l'avenir de l'EIEIS en péril

Si l'idée de confier à une femme une fonction éminente dans l'organisation hospitalière germa dès le début du siècle dans l'esprit fertile d'Émile Combes, elle fut brièvement examinée puis rapidement abandonnée à l'Assistance publique de Paris ¹⁶²⁷. A l'époque, la seule infirmière autorisée à porter le titre de surveillante générale qui renvoyait à cette fonction, fut la directrice de l'école d'infirmières de la Salpêtrière, fondée en 1907¹⁶²⁸. Par la suite, dans la hiérarchie interne à l'Assistance publique de Paris, le terme de surveillante générale comme responsable de plusieurs surveillantes fut adopté, équivalent à celui de surveillante-chef dans d'autres hôpitaux. Le type d'emploi se rapportant au surveillant ou à la surveillante générale au sens premier du terme était déjà connu sous des dénominations variées, dans les hôpitaux militaires et de la Croix-Rouge¹⁶²⁹. Mais s'agissant des hôpitaux civils et publics, c'est à la fin des années 1950 qu'il fut à nouveau question de cet emploi désigné sous le vocable de surveillante générale, notamment dans les séminaires organisés sur ce thème par l'ANIFDE au Centre international de Sèvres à partir de 1957.

¹⁶²⁶ Marie-Françoise COLLIÈRE, 1965-1975 : dix années d'École Internationale d'Enseignement Infirmier Supérieur, *L'infirmière enseignante*, n°9, novembre 1975, p 2.

¹⁶²⁷ Voir *supra*.

¹⁶²⁸ Christian CHEVANDIER, *Infirmières parisiennes... op.cit.*

¹⁶²⁹ Geneviève LATREILLE, *La naissance des métiers en France ... op.cit.* p 134.

La fonction de surveillante générale : objet de réflexions, d'expérimentations et de débats au niveau national

Un premier projet de « charte de la surveillante générale » fut élaboré en octobre 1963, au cours du septième séminaire sur le sujet au Centre international de Sèvres. Cette charte avait vocation à être « présentée au Ministère de la Santé par l'A.N.F.I.D.E. et la Fédération hospitalière d'un commun accord. »¹⁶³⁰ Cette précision attestait l'existence d'une réelle connivence sur la question entre les directions hospitalière et l'ANIFDE, dès ces premiers travaux. Cette première esquisse de la fonction ne manquait pas d'envergure, à en juger à ces quelques propositions :

- l'Infirmière-Surveillante générale est hiérarchiquement dépendante du directeur mais fonctionnellement responsable pour l'ensemble de l'hôpital ;
- sa fonction étant de permettre l'amélioration constante des soins aux malades, il est nécessaire qu'elle participe à la sélection, à l'affectation, à la promotion et au perfectionnement continu du personnel des services de soins, et à toute action permettant l'intégration de ce personnel [...]
- l'Infirmière-Surveillante Générale participe à l'élaboration du plan d'équipement en relation avec les divers chefs de service de l'établissement, doit être informée dans son domaine propre, de tous les problèmes pouvant avoir une incidence sur la qualité des soins ;
- la permanence de son service doit être assurée.¹⁶³¹

Si cette charte souleva peu d'enthousiasme au niveau ministériel, les deux plus grandes structures hospitalières françaises y portèrent un intérêt très vraisemblablement motivé par les avantages stratégiques qu'elles voyaient à introduire ces nouvelles fonctions dans leurs organisations. L'Assistance publique de Paris expérimenta dans ses établissements, des postes de « conseillères hospitalières »¹⁶³², appellation qui rendait compte de la prudence des infirmières intéressées par cette innovation mais aussi fort lucides quant aux difficultés prévisibles¹⁶³³. Avec d'autres hôpitaux¹⁶³⁴, Les HCL, quant à eux, s'intéressèrent d'emblée à l'expérimentation de la fonction de surveillante générale placée en position hiérarchique, acceptée et même revendiquée comme telle par les intéressées qui avaient vraisemblablement

¹⁶³⁰ Geneviève LATREILLE, *La naissance des métiers en France ... op.cit.* p 131. Compte tenu de la date du séminaire, il s'agissait encore de l'ANIFDE, même si ce n'était plus pour longtemps et que le vocable ANFIDE avait peut-être été adopté dans le langage courant, ne fût-ce que pour des raisons de facilité de prononciation.

¹⁶³¹ *Id.* p 132.

¹⁶³² *Ibid.*

¹⁶³³ Elles refusèrent en effet une position hiérarchique au profit d'une position fonctionnelle de conseiller de la direction, plus confortable en ce qu'elle permettait d'éviter les affrontements directs avec la direction et les médecins. L'une d'entre elles raconta d'ailleurs au cours d'un entretien comment elle privilégiait la négociation douce à l'affrontement, comme dans « un conflit conjugal ». *Id.* p 136. Compte tenu de leur absence totale de formation, cette position témoignait aussi d'une lucidité certaine qui protégeait de l'aventure sacrificielle.

¹⁶³⁴ Comme à Caen, Évreux ou Strasbourg par exemple.

perçu un soutien solide et marqué de la part de M. Veyret¹⁶³⁵. Celui-ci fut en effet, très précocement, doublement impliqué du fait de la création de l'EIEIS qui prévoyait ouvertement de former entre autres, les infirmières à ce type de fonction. En 1969, le Conseil supérieur des infirmières s'intéressa à la création d'un « poste d'Infirmière responsable des Soins infirmiers à l'échelon de l'hôpital ». Selon Geneviève Latreille, les arguments alors développés en faveur de cette création témoignaient de l'usage, nouveau par rapport à 1963, de résultats de « recherches autonomes ». De nombreuses assertions témoignaient en effet de l'influence plus ou moins patente de l'EIEIS. Ainsi étaient évoquées pêle-mêle :

« La satisfaction du personnel infirmier et par la même occasion sa stabilisation » ... « découvrir les moyens les plus aptes à favoriser la promotion des infirmières et des personnels de soins » ... « apporter une contribution primordiale dans le calcul des effectifs et leur répartition dans les services » ... « promouvoir des études diverses qui permettraient une meilleure utilisation des personnels, une répartition des tâches plus rationnelle » ... « faire procéder à des études ou expérimentations de matériels » ... « Contribuer au développement de la profession, participer à la recherche dans le domaine des soins infirmiers sur le plan national et international ».¹⁶³⁶

Rapportées à l'esquisse de 1963, ces précisions montraient une nette appropriation de la fonction et de sa définition par les infirmières elles-mêmes. Au-delà de son incontestable utilité pour le fonctionnement de la machine hospitalière, souhaitée et donc partagée par la Fédération hospitalière, elles y voyaient aussi une fonction utile au développement, voire à l'émancipation non seulement du service infirmier, lequel n'était pas explicitement évoqué ici, mais de la profession. Cette évolution n'était peut-être pas de nature à rassurer les directeurs, d'où la prudence manifestée à plusieurs reprises par M. Veyret par rapport aux *matrons* dont il fallait absolument s'éloigner du modèle. Dans le même temps, un débat s'engagea sur la dénomination de la fonction, qui témoignait de l'affrontement entre les trois parties intéressées :

¹⁶³⁵ Il n'était pas le seul. M. Bonnard, directeur de l'hôpital Pasteur à Nice, milita très tôt pour la fonction et son intégration sans ambiguïté au plus haut niveau d'une organisation hospitalière qu'il qualifiait comme Catherine Mordacq de « tripartite ». Dès 1960, il avança les propositions suivantes, dans un article de l'*Action hospitalière*, usant déjà de termes très nouveaux : « intégration des Infirmières Générales dans le cadre A. Rémunération en rapport avec leurs fonctions qui se situent au plan de l'ensemble de l'établissement et qui ont les caractéristiques de la fonction de direction. Indices bruts proposés pour l'Infirmière Générale : 455 à 635, - et pour les surintendantes des hôpitaux de plus de 1500 lits : 545 à 785 ». Cité par G Geneviève LATREILLE, *id.* p 135. Ces indices se situaient au niveau de ceux qui furent proposés à la directrice de l'EIEIS et étaient même plus élevés s'agissant des surintendantes. Par ailleurs, le choix de ce dernier terme montrait une inspiration anglaise manifeste, sans charité aucune pour les angoisses manifestées par nombre de ses collègues administrateurs. À l'inverse, M. Rochaix, directeur du Centre hospitalier de Nîmes, écrivit un article sur la « direction de l'hôpital » dans la *Revue de l'infirmière et de l'assistante sociale* en mai 1969 sans faire la moindre allusion aux surveillantes ou infirmières générales, alors qu'il mentionnait par ailleurs la nécessité, devant les nombreuses difficultés de la mission, de travailler avec des « spécialistes » comme l'économiste ou l'ingénieur. Cette lacune était remarquable dans une telle revue et à cette date, mais aussi parce que l'auteur était déjà connu dans le milieu hospitalier et comptait parmi « certains responsables ouverts et apparemment désireux d'améliorer le fonctionnement des grands ensembles ».

Ibid.

¹⁶³⁶ Rapporté par l'auteure, *id.* p 133.

- les professionnelles refusent l'appellation de Surveillante Générale (« les gardes chiourmes dans les prisons ont ce même titre ! »)¹⁶³⁷
- les administrateurs refusent tout titre comprenant l'appellation « directrice » (cf. directrice des soins infirmiers, titre proposé en février 1970 par les quatre associations professionnelles d'infirmières¹⁶³⁸), qui pourrait « prêter à confusion avec celle de "directeur de l'hôpital", à quoi les infirmières font remarquer qu'on a pourtant admis un "directeur des services économiques"...
- les médecins refusent tout titre parlant de « service infirmier » (ceux-ci n'existent pas pour eux, il n'y a que des services médicaux).¹⁶³⁹

De ces désaccords, qui reflétaient une position majoritaire et non pas unanime de chaque groupe, et des débats qui s'ensuivirent, résultat un compromis et le vocable d'infirmière générale fut définitivement adopté en 1970. Le 30 avril de la même année, le Conseil supérieur des infirmières proposa une nouvelle définition de la fonction :

L'infirmière responsable des soins infirmiers à l'échelon de l'hôpital est une infirmière diplômée d'Etat qui, ayant reçu une formation appropriée est située dans l'équipe de Direction, sous l'autorité directe du Directeur. Elle est responsable de la qualité globale des soins infirmiers, ce qui implique sa participation à la conception, l'organisation, à l'évolution des services et à la gestion du personnel des services de soins. La fonction de cette infirmière est une fonction unique à l'échelon de l'établissement.¹⁶⁴⁰

Dès lors, un groupe de travail fut constitué à la demande de la sous-direction des professions de la santé au ministère de la Santé publique, pour élaborer à la fois un programme de formation et un statut pour les infirmières générales. Celles-ci prirent activement part aux travaux :

[...] les professionnelles en exercice y sont toujours les plus actives : deux d'entre elles expriment le point de vue du Groupe d'Intérêt Commun (GIC)¹⁶⁴¹ constitué à l'A.N.F.I.D.E. en 1970 pour promouvoir une formation adaptée à cette fonction ; deux autres, celui de l'Association Nationale des Infirmières Générales créée en 1971 par les intéressées à la recherche d'un statut correspondant mieux à leur rôle.¹⁶⁴²

S'il n'est pas douteux que les « points de vue » exprimés par le GIC étaient fort proches de celui de l'EIEIS, celle-ci ne fut officiellement sollicitée qu'en 1972, pour faire des propositions après la présentation d'une esquisse de programme élaborée par le premier groupe de travail au Conseil de perfectionnement des études d'infirmières le 23 novembre 1971¹⁶⁴³. Mais c'est dès 1970 qu'il est possible de trouver la trace des infirmières générales sous cette dénomination à

¹⁶³⁷ Il n'est pas certain que ce titre existât un jour dans les prisons. Mais il pouvait aussi renvoyer aux « surgés » des établissements d'enseignement, dont l'image à connotation disciplinaire marquée était encore très présente, même après leur transformation en conseillers principaux d'éducation en 1970. Note ajoutée par nous.

¹⁶³⁸ Il s'agit très vraisemblablement des 4 associations signataires de la brochure *Le Service infirmier français doit-il rester sous-développé ?* Note ajoutée par nous.

¹⁶³⁹ Geneviève LATREILLE, *La naissance des métiers en France ... op.cit.* p 133-134.

¹⁶⁴⁰ *Id.* p 134.

¹⁶⁴¹ Le GIC dont la composition n'est pas précisée renvoie lui aussi très vraisemblablement aux 4 associations signataires de la brochure. Voir note ci-dessus. Note ajoutée par nous.

¹⁶⁴² *Ibid.*

¹⁶⁴³ René MAGNON, *Le service infirmiers ces trente dernières années... op. cit.* p 104 note 69.

l'EIEIS. Celle-ci suivit en effet l'évolution du projet au rythme des débats nationaux, mais aussi selon sa propre temporalité, en relation directe avec des enjeux vitaux pour elle.

Former les surveillantes générales : la fin soudaine d'un projet de longue date, fondamental pour l'EIEIS

Le 24 novembre 1970, la séance du Conseil de direction¹⁶⁴⁴ s'ouvrit sur une remarque de Mlle Duvillard. Celle-ci fit à nouveau part de sa préoccupation quant à la charge de travail de l'équipe de l'EIEIS, situation qui selon elle, nécessitait impérativement d'augmenter les effectifs. Monsieur Veyret souligna alors « qu'avec la reconnaissance du statut de Surveillante Générale, l'effectif des étudiants [risquait] d'augmenter considérablement, nécessitant effectivement la création de postes supplémentaires ». L'optimisme du Directeur général était alors à son comble s'agissant de cette perspective qui fut évoquée par ailleurs :

Des informations sont ensuite données sur les travaux en cours concernant le statut et la formation des surveillantes générales qui porteraient le titre d'« Infirmières Générales » [...] Il semble que des modalités puissent être étudiées pour permettre à l'E.I.E.I.S. d'assurer la formation d'un nombre plus important de ces infirmières (une vingtaine par an).¹⁶⁴⁵

À la séance de la Commission permanente du même jour, Huguette Bachelot demanda aux membres de l'assemblée leur position sur cette formation. Forte de ce qui se discutait au cours des travaux « débutés sous l'égide du Ministère de la Santé Publique et de la Sécurité Sociale », elle tenait en effet à savoir si l'EIEIS pouvait envisager d'organiser un programme particulier qui ne s'étendrait que sur une année et serait sanctionné par un diplôme à définir. De plus, elle leur demanda si l'École pourrait « prêter son concours à un programme aménagé comportant une deuxième année de formation en service ou à toute autre éventualité »¹⁶⁴⁶. Ceux-ci prirent après discussion, fermement position sur le fait que le diplôme de l'École ne pouvait être remis qu'après deux ans de scolarité régulière. Ils suggérèrent en outre que des « programmes de recyclage » fussent organisés pour les surveillantes générales déjà en postes et que dans l'attente du statut des infirmières générales, les « surveillantes générales à venir » pussent bénéficier d'une formation de deux années à l'EIEIS, sanctionnée par un diplôme universitaire. Ces derniers souhaits ne furent pas exhaussés. Néanmoins, l'École se prépara activement dans les années qui suivirent, à l'ouverture d'un programme de formation à l'intention des infirmières générales, ceci en interaction avec les acteurs concernés au niveau national. Ce qu'en écrivit Huguette Bachelot dans son projet d'article en 1973 était alors sans ambiguïté, ce qui n'empêchait pas une lucidité certaine quant aux incertitudes qui subsistaient :

¹⁶⁴⁴ PV de la réunion du Conseil de direction du 24 novembre 1970. Registre ... *op. cit.*

¹⁶⁴⁵ *Ibid.*

¹⁶⁴⁶ PV de la réunion de la Commission permanente du 24 novembre 1970. Registre ... *op. cit.*

Il est probable que l'école ouvrira, avec la collaboration de l'E.N.S.P., une section nationale pour la formation des infirmières générales. Cette section a fait l'objet de longues négociations avec la profession et le Ministère. Son programme a été agréé lors du Conseil de Perfectionnement du 25 Septembre 1972. Beaucoup de questions statutaires semblent encore à régler au niveau de l'emploi d'infirmières générales. Elles ne concernent pas directement l'E.I.E.I.S. Souhaitons toutefois qu'elles ne fassent pas obstacle à l'ouverture de cette formation. Ce programme comportera une année d'études à temps plein sanctionnée par un Certificat d'Aptitude à la Fonction d'Infirmière Générale (C.A.F.I.G.) décerné par le Ministère de la Santé Publique et de la Sécurité Sociale et se situant au niveau du Certificat de fin de 1^{ère} année du programme international. Les Infirmières générales titulaires de ce certificat pourront accéder au diplôme d'Enseignement Infirmier Supérieur par des études complémentaires pouvant se faire sous forme discontinue. [...] Les conditions d'admission dans cette section sont analogues à celles d'autres programmes. Elles prévoient un diplôme d'Etat, 10 ans d'exercice de la profession dont trois ans dans un poste de responsabilité, le Certificat d'Aptitude aux Fonctions de Surveillantes, la réussite à l'examen d'admission à l'E.I.E.I.S.¹⁶⁴⁷

Au début de l'année suivante, l'« importance des travaux préparatoires au programme de formation des infirmières générales » fut soulignée en Conseil de direction¹⁶⁴⁸. Le représentant du Directeur général de la santé annonça même que ledit programme avait reçu l'agrément du ministère, tout en précisant qu'il fallait attendre que le statut fût « raisonnablement engagé » pour songer à débiter la formation, vraisemblablement en octobre de la même année. Au Conseil de direction du 18 novembre suivant¹⁶⁴⁹, le problème de la pérennité de l'EIEIS fut à nouveau très sérieusement envisagé devant le large déficit du budget à prévoir en raison de la baisse du recrutement à 6 étudiants pour la dernière rentrée. La question fut alors posée de savoir si l'École avait « quelques chances d'être agréée pour assurer la formation » des infirmières générales. La directrice de l'EIEIS répondit qu'elle n'avait alors aucune nouvelle, mais que les décisions pour le statut étaient imminentes¹⁶⁵⁰ et qu'elle devait rencontrer la conseillère sociale du ministre au début du mois suivant. Elle la rencontra en effet le 4 décembre¹⁶⁵¹, puis le rythme des événements s'accéléra. Le 19 décembre, « un projet de décret relatif au recrutement et à l'avancement des infirmières et infirmiers généraux » fut discuté au Conseil supérieur de la fonction publique hospitalière¹⁶⁵². En janvier 1975, une information circula, selon laquelle « le projet de statut des infirmières générales pourrait sortir sans qu'une

¹⁶⁴⁷ Archives EIEIS. Huguette BACHELOT, L'École internationale d'enseignement infirmier supérieur en 1973... *op. cit.*

¹⁶⁴⁸ PV de la réunion du Conseil de direction du 28 février 1974. Registre ... *op. cit.*

¹⁶⁴⁹ PV de la réunion du Conseil de direction du 28 novembre 1974. *Ibid.*

¹⁶⁵⁰ Sans doute s'appuyait-elle sur le discours de Mme Veil, ministre de la santé publique et de la sécurité sociale depuis le 28 mai 1974, au Congrès de l'ANFIIDE qui s'était tenu du 24 au 28 octobre 1974. Sur un document tapuscrit libre, intitulé « Projet de statut des infirmières générales », relatant les événements qui s'étaient accélérés entre octobre 1974 et le 28 janvier 1975 est en effet portée la mention suivante : « évocation du projet de statut par Madame Veil au Congrès de l'A.N.F.I.I.D.E. » Archives EIEIS.

¹⁶⁵¹ *Ibid.* Seuls l'entretien et l'évocation « également [du] prochain statut des infirmières générales » sont mentionnés sur le document.

¹⁶⁵² *Ibid.*

formation corolaire leur [fût] donnée, tout au plus 3 mois » (sic)¹⁶⁵³. Le 9 janvier, l'ANFIIDE fut reçue par Mme Veil et obtint que fût supprimée la durée de 3 mois proposés pour la formation et qu'il ne fût fait mention que du mot formation, sans autre précision afin de laisser ouvertes plusieurs possibilités et sans doute prendre le temps de poursuivre une négociation qui avait été soudainement mise à mal au profit de décisions plus autoritaires. Le même jour, Huguette Bachelot et l'équipe de l'EIEIS adressèrent une lettre à la conseillère sociale de Mme Veil pour « protester contre le projet d'un décret d'infirmières générales qui supprimerait l'obligation d'une formation préparant à la fonction ». Le 21 janvier 1975, la responsable de la Commission permanente des écoles de cadres au CEEIEC envoya un projet de lettre aux écoles de cadres pour réagir contre la « non formation » des infirmières générales. Fort de ce document collectivement préparé, le CEEIEC adressa la lettre à Mme Veil le 28 janvier 1975. Dans le même esprit, les « infirmières générales de service public, anciennes étudiantes de l'E.I.E.I.S. de la région Languedoc-Roussillon » envoyèrent elles aussi un courrier à la ministre courant janvier, suivies par la directrice de l'école des cadres de Marseille qui n'était pas une ancienne de l'École. Malgré tout, le projet de formation des infirmières générales faisait toujours partie des préoccupations de l'EIEIS. Sachant que la sortie du texte était imminente, le Bureau de la Commission permanente, réuni le 9 avril traita même du mode de recrutement des infirmières générales admises au concours « intéressées par les deux ans d'études à l'EIEIS ». Après discussion, les membres du Bureau s'accordèrent sur la proposition de ne faire passer que les épreuves orales aux infirmières générales qui auront réussi au concours, « si les épreuves du concours [semblaient] sérieuses.»¹⁶⁵⁴ Cette dernière précision laissait pour le moins entendre la perception d'une sérieuse dégradation du niveau d'exigence quant au recrutement de ces professionnelles.

Le texte attendu depuis tant d'années et paradoxalement tant redouté depuis la fin de l'année 1974, fut publié le 11 avril 1975¹⁶⁵⁵. La fonction de l'infirmière générale était ainsi présentée :

Sous l'autorité du chef d'établissement ou de l'agent des cadres de direction mandaté à cet effet, l'infirmier général ou l'infirmière générale est responsable de la coordination des activités des personnels des services médicaux à l'exclusion des sages-femmes. Il participe à la gestion des personnels infirmiers, des aides-soignants et des agents des services hospitaliers et propose leur affectation en fonction de leurs aptitudes. Il veille particulièrement en liaison avec le corps médical de l'établissement, à la qualité des soins infirmiers et participe à la conception, à l'organisation et à l'évolution des services médicaux.¹⁶⁵⁶

Pour la première fois en France, l'État reconnaissait qu'une position pouvait être occupée par un membre issu du corps infirmier au sommet de la hiérarchie hospitalière. Dans le même

¹⁶⁵³ *Ibid.* De même que les informations qui suivent, sauf indication contraire.

¹⁶⁵⁴ PV de la réunion du Bureau de la Commission permanente du 9 avril 1975. Registre ... *op. cit.*

¹⁶⁵⁵ Décret n° 75-245 du 11 avril 1975 relatif au recrutement et à l'avancement des infirmiers et infirmières généraux et des infirmiers et infirmières généraux adjoints des établissements d'hospitalisation publics.

¹⁶⁵⁶ Id. Art. 3.

mouvement, ce texte apparaissait aussi comme l'acte fondateur du service infirmier revendiqué par une frange militante des professionnelles, même si l'expression n'apparut qu'à l'été suivant, à l'occasion de la publication d'une des circulaires précisant le décret¹⁶⁵⁷. Ainsi, obligation était faite aux établissements d'hospitalisation publics de recruter¹⁶⁵⁸ des infirmiers généraux et des infirmiers généraux adjoints dans les conditions suivantes :

Les cadres des personnels des établissements visés à l'article 1^{er} ci-dessus comprennent :

1° Dans les établissements comptant 1000 lits ou plus : un infirmier général ou une infirmière générale ;

Un infirmier général adjoint ou une infirmière générale adjointe ;

Un infirmier général adjoint ou une infirmière générale adjointe supplémentaire par tranche de 500 lits au-delà de 1000 lits ;

2° Dans les établissements comptant de 500 à 1000 lits : un infirmier général ou une infirmière générale ;

3° Un infirmier général ou une infirmière générale dans les établissements comptant de 300 à 500 lits dont l'emploi de directeur été rangé à la 2^{ème} classe [...] ¹⁶⁵⁹

Le recrutement de ces personnels d'un nouveau genre était très prudemment réglementé et encadré, manifestation pour prévenir de coûteux débordements, précaution qui résultait de la montée en puissance des préoccupations de gestion comptable à l'hôpital depuis la publication de la loi hospitalière de 1970¹⁶⁶⁰. Autant certaines recommandations relevaient de pointilleuses précisions pour le moins étonnantes qui témoignaient peut-être de certains égarements observés dans le passé, autant certaines catégories d'administrés ne bénéficiaient pas des mêmes largesses que les autres, comme si le service infirmier s'y rapportant fût considéré comme bien différent, voire de moindre importance :

Pour l'application des dispositions qui précèdent, il est tenu compte des lits installés à l'exclusion des berceaux des maternités, des lits de maisons de retraites, des lits de crèches et des lits du personnel, le nombre de lits d'hospices étant compté pour moitié.¹⁶⁶¹

Ainsi, un texte réglementaire suggérait en toute bonne foi comptable de porter un regard dégradé de moitié sur les hospices, en dépit de la circulaire peut-être déjà oubliée, publiée 5 ans plus tôt sur la nécessaire humanisation des établissements pour personnes âgées. Pourtant, les témoignages ne manquaient pas et se faisaient de plus en plus criants ces années-là, dans tous les sens du terme. En atteste dans cet ouvrage publié l'année de la sortie du décret, ce propos

¹⁶⁵⁷ Circulaire n° 222/04/4 du 31 juillet 1975, relative à la définition, la fonction et l'encadrement des personnels infirmiers.

¹⁶⁵⁸ Décret n° 75-245 du 11 avril 1975 relatif au recrutement... *op. cit.* Art. 1.

¹⁶⁵⁹ *Id.* Art. 2.

¹⁶⁶⁰ Loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière. L'avènement de la carte sanitaire hospitalière, le rapprochement des secteurs privés et publics d'hospitalisation dans une stratégie d'évitement de doublons, l'encouragement aux coopérations inter-hospitalières entre structures publiques pouvant intégrer des cliniques privées assurant un service public, apparaissaient comme autant de manifestations d'un mouvement de rationalisation en plein essor.

¹⁶⁶¹ *Ibid.*

parmi de nombreux autres, à propos du « pouvoir infirmier » à l'hôpital, ici dans un service de malades chroniques dont chaque lit comptait donc pour moitié :

Mon père, hospitalisé à l'hôpital T., fut considéré au bout de cinq semaines comme malade chronique et dirigé à l'hôpital S. qui est un hôpital neuf mais dans lequel il n'y a pas de personnel (une seule personne l'après-midi par étage). Mon père, âgé de soixante-quatorze ans, était mis le matin après la toilette, c'est-à-dire à 9 heures, jusqu'au soir 20 heures, après le dîner, dans un fauteuil calé contre la table pour qu'il ne s'affaisse pas. Lorsque nous arrivions pour la visite nous le trouvions revêtu seulement d'un pyjama et de chaussons, enveloppé dans un drap, complètement gelé et trempé d'urine jusqu'en haut du dos. Nous l'avons ramené presque mourant à la maison au bout de dix jours. Depuis il survit ; et nous sommes enragés à la pensée qu'il pourrait avoir passé tous ces mois dans cet hôpital. Il y serait d'ailleurs sûrement mort depuis.¹⁶⁶²

Il est peu douteux qu'une infirmière générale eût trouvé fort à faire dans cet hôpital pourtant neuf, quel que fût le nombre de lits. En l'occurrence, ce qui s'y passait semblait échapper totalement au directeur, à moins que celui-ci ne regardait ailleurs. Comme l'avait suggéré Catherine Mordacq, l'humanisation passait aussi par l'affectation d'êtres humains là où le service infirmier le nécessitait, que ce fût pour la mise en œuvre des soins ou pour l'administration dudit service. Mais si ce raisonnement, qui conduisait à une catégorisation hâtive des administrés, n'allait assurément pas dans le sens de celles qui avaient tant œuvré pour en arriver là, c'était là la moindre de leurs déceptions. C'est que pour elles, passée la vraie satisfaction devant la reconnaissance d'un statut pour les infirmières générales et l'objectivation du service infirmier, le compte n'y était pas. D'une part, le CAFIS n'était même pas requis pour se présenter au concours, ce qui semblait faire peu de cas des efforts qu'elles avaient pourtant déployés pour que les qualifications fussent de plus en plus reconnues et déterminantes dans l'attribution des postes quel que fût le niveau considéré. D'autre part, l'envergure de la formation universitaire, qui devait donner à la fois épaisseur et puissance à la fonction, avait progressivement été revue à la baisse, jusqu'à son effondrement brutal à presque rien. S'agissant de la formation, le texte prévoyait deux mesures fort modestes. D'une part, les nouveaux recrutés devaient effectuer un stage d'un an à l'issue duquel ils étaient titularisés « si leurs notes professionnelles [étaient] satisfaisantes¹⁶⁶³. D'autre part, au cours de ce stage, ils étaient « tenus de suivre un cycle de formation » dont la durée et les modalités devaient être fixées plus tard par arrêté¹⁶⁶⁴.

¹⁶⁶² Anne de VOGUE, Sonia GRASSET, *S.O.S. Hôpitaux*, Paris, Gallimard, 1975, p 219. Le pouvoir infirmier, à côté du « pouvoir médical » et de la « machine bureaucratique », est défini ainsi, par Sonia Grasset : « [...] il existe un pouvoir infirmier qui repose sur la dépendance physique du malade à l'égard d'autrui. Ce pouvoir est d'autant plus important que, dans les hôpitaux actuellement, c'est l'infirmière qui assume la prise en charge du malade, c'est à elle qu'incombe la responsabilité de la surveillance médicale. C'est elle enfin qui matériellement passe le plus de temps avec le malade. » Id. p 214.

¹⁶⁶³Décret n° 75-245 du 11 avril 1975 relatif au recrutement... *op. cit.* Art. 9.

¹⁶⁶⁴ *Id.* Art. 6. L'arrêté en question, relatif aux modalités du cycle de formation prévu pour les infirmiers et infirmières généraux adjoints stagiaires, fut publié le 10 mai 1976. Un cycle de formation de 19 semaines, organisé par l'ENSP, était prévu. Il consistait en « des études et des travaux accomplis à l'école nationale de santé publique

Pour l'EIEIS, doublement impliquée, le choc fut d'autant plus rude qu'il avait été décidé que la formation minimaliste retenue ne lui serait finalement même pas confiée, contre toute attente. Il en fut question à la Commission permanente du 29 mai 1975, quoique la nouvelle n'eût pas été officiellement annoncée :

[Le début du programme ministériel de formation des infirmières générales] avait été prévu pour la rentrée 1975. A la demande du Ministère, l'école a participé depuis 5 ans à l'élaboration de divers programmes pour la formation des Infirmières Générales. Le dernier programme élaboré se déroulait sur 6 mois. Il s'adressait aux Infirmières Générales Adjointes recrutées par concours (sans obligation d'école de cadres). L'école prévoyait de former deux promotions annuelles de 25 personnes. L'école a appris officieusement que toutes les infirmières générales seraient formées à Rennes dans un programme de trois mois qui commencerait en avril 1976. L'E.I.E.I.S continue de préparer des projets de programme à la demande du Ministère. Aucun avis officiel n'a encore été adressé à l'Ecole.¹⁶⁶⁵

L'inhabituelle froideur résignée du compte rendu rendait assez bien compte de ce qui avait été perçu comme un affront, après tant d'années d'efforts entretenus par des espoirs sans cesse revigorés. La nouvelle était d'autant plus difficile à accepter qu'elle paraissait *a priori* incompréhensible, sinon par une volonté de faire rentrer les infirmières générales dans un rang plus conforme aux volontés des puissants du moment. Cette sorte de reprise en main supposait de les soustraire à l'influence d'une EIEIS regardée comme un peu fantasque, pour ne pas en faire les générales d'une potentielle armée aux réactions imprévisibles, dont les officiers supérieurs seraient de surcroît constitués de ces inquiétantes *bachelor girls* formées dans le même établissement. Pourtant, de l'avis d'Huguette Bachelot¹⁶⁶⁶, l'EIEIS était bien loin d'être hostile à une coopération avec l'ENSP. Jean-Simon Cayla témoigna vingt ans plus tard qu'il travailla, comme directeur de cette école¹⁶⁶⁷, en bonne intelligence avec Huguette Bachelot aux conditions de mise en œuvre en commun d'un programme : « les directeurs de ces deux écoles avaient programmé leur coopération en prévoyant dans leur programme, des enseignements théoriques, des travaux de groupe et des travaux dirigés communs aux futurs directeurs

et des stages dans des établissements d'hospitalisation publics choisis par le directeur de ladite école. » Art.1. Ces brèves études, si l'on enlevait les stages, étaient sanctionnées par la soutenance d'un mémoire de 25 pages au maximum. Art. 2. Ce cycle comprenait « de janvier à novembre, quatre regroupements des élèves à l'ENSP, deux stages d'insertion professionnelle et un stage de mise en situation professionnelle de juillet à la fin octobre dans l'établissement d'affectation. » Jean-Simon CAYLA, Le département d'enseignement infirmier supérieur de Lyon (DEIS), Soins, n°549, juin 1991, p 63.

¹⁶⁶⁵ PV de la réunion de la Commission permanente du 25 mai 1975. *Op.cit.*

¹⁶⁶⁶ Entretien des 2 et 3 décembre 2010.

¹⁶⁶⁷ Ce médecin fut directeur de l'ENSP de 1965 à 1975. Il fit partie à ce titre du Conseil direction et de la Commission Permanente de l'EIEIS. À la séance de la Commission Permanente du 11 mai 1974, il informa l'assistance qu'un décret publié le 16 avril 1974 permettait à certains établissements de l'enseignement supérieur de délivrer un doctorat ou un diplôme d'études supérieures. Il suggéra d'entreprendre dans le cadre de l'EIEIS, des démarches au moins pour un DES dans un premier temps, ce qui démontrait la haute idée qu'il avait de cette École et de ses étudiants. PV de la réunion de la Commission permanente du 11 mai 1974. Registre... *Op.cit.*

d'hôpitaux publics et aux futures infirmières générales »¹⁶⁶⁸. À l'ENSP revenaient les questions de formation administrative et à l'EIEIS ce qui concernait les soins infirmiers, chacun étant dans son rôle et à sa place, selon ses compétences. Il se trouva que le ministère en décida autrement :

Mais le gouvernement, considérant qu'une formation exclusivement orientée vers la préparation et l'adaptation de la fonction était plus importante qu'une formation plus générale sanctionnée par un titre universitaire, a décidé de confier à la seule Ecole nationale de la santé publique (ENSP) la formation des futures infirmières générales adjointes.¹⁶⁶⁹

Dans les faits, en la réduisant à sa composante strictement administrative, ce choix prit la forme d'une véritable amputation d'une partie de la formation, aboutissant à couper les futures infirmières générales de ce qui se jouait dans et pour leur profession à l'EIEIS depuis dix ans. Ainsi, sur le lieu de leur formation comme sur son contenu, elles furent placées sous le regard et le contrôle étroit des directeurs¹⁶⁷⁰, libérant ces derniers de cette crainte obsédante d'une importation tardive toujours possible des *matrons* d'outre-Manche. Ces pressions durent compter pour beaucoup dans la décision finale du ministère. Pour preuve, même une fois mise en actes, celle-ci fut vivement contestée par une bonne partie des directeurs qui la jugèrent encore trop menaçante. Le Président du Conseil d'administration du CHR de Besançon, agissant aussi en qualité de Président de la Fédération hospitalière de France déposa en effet deux recours en Conseil d'État les 22 mars et 9 juin 1976¹⁶⁷¹, contre le pouvoir de proposition d'affectation des personnels par les infirmières générales et en particulier par rapport à la circulaire du 31 juillet 1975 qui en précisait les modalités d'application. Même si les plaignants furent déboutés, la démarche en disait long sur l'accueil peu chaleureux réservé à ces nouvelles actrices dans le jeu hospitalier, malgré les opérations successives de neutralisation qui avaient pourtant été opérées au rythme des négociations. Si la ministre Veil avait tenu bon sur l'innovation, c'était moins vrai sur son envergure. Elle avança par ailleurs une explication jugée discutable par les professionnelles les plus militantes, pour justifier la réduction du temps de formation à sa portion congrue. René Magnon rapporta ce qu'il « entendit » dans un discours prononcé par Mme la ministre lors de la tenue des 6^{èmes} journées d'études de l'Association nationale des infirmières générales :

¹⁶⁶⁸ Jean-Simon CAYLA, Le département d'enseignement infirmier... *Op.cit. ibid.*

¹⁶⁶⁹ *Ibid.*

¹⁶⁷⁰ La formation des infirmières générales fut placée sous la responsabilité du directeur de la section d'administration hospitalière et non de celui ou celle de la section paramédicale. Cette section fut d'ailleurs supprimée plus tard (voir *infra*). Par ailleurs, l'organisation du cycle de formation fut confiée à une infirmière générale qui n'était pas passée par l'EIEIS, alors même que les diplômés de cette École constituaient un vivier potentiel pertinent pour un tel recrutement. René MAGNON, *Le service infirmiers ces trente dernières années... op. cit.* p 104. Note 70.

¹⁶⁷¹ Avis du Conseil d'État N° 02402, lecture du 26 avril 1978, publié au recueil Lebon, Section du contentieux.

Comme elle l'expliqua, elle a voulu, en choisissant une formation d'une durée moins longue, donner aux infirmières la possibilité d'accéder le plus rapidement possible à cette promotion car d'après elle « au moment où ces infirmières s'engageront dans cette voie, ce seront le plus souvent des femmes ayant pour la plupart des responsabilités familiales, professionnelles et sociales incompatibles avec une formation de longue durée ».¹⁶⁷²

Ce bon sentiment n'emporta pas la conviction d'Huguette Bachelot¹⁶⁷³ qui envoya un courrier à la ministre dans les jours qui suivirent. Elle lui rappela que son discours l'avait heurtée en tant que femme qui revendiquait le droit à une formation de haut niveau pour des postes de haut niveau. Elle évoqua aussi la première année internationale de la femme¹⁶⁷⁴ qui venait de s'achever, et lui posa enfin la question de savoir si elle aurait pris les mêmes précautions s'il s'était agi de promouvoir une fonction à un tel niveau pour une profession à dominante masculine. Elle ne reçut d'autre réponse qu'une convocation du Directeur général des HCL, un peu gêné d'avoir à rappeler à l'ordre celle dont il était par ailleurs convaincu qu'elle aurait bien du mal à s'y ranger. Si la question du genre resurgissait de manière pesante dans les discours, y compris celui d'une femme ministre, les événements de 1968 étaient passés par là et les arguments pour le moins surannés ne faisaient plus recette parmi les esprits les plus éclairés. Par ailleurs, ces bonnes intentions n'expliquaient en rien les raisons pour lesquelles le CAFIS n'était pas exigé pour se présenter au concours. Cette possibilité, offerte aux infirmières surveillantes nommées à l'ancienneté, de faire carrière, était de nature à séduire les intéressées, de même que la diminution considérable des obstacles liés à la formation. Cette ouverture avait aussi sans aucun doute, l'assentiment de la plupart des organisations syndicales. Contre la promotion d'une petite élite, cette mesure permettait aussi de rassurer le plus grand nombre et d'une certaine façon, de préserver l'ordre social¹⁶⁷⁵. Mais il n'échappa pas aux analystes les plus sagaces que cette omission confirmait aussi l'hypothèse de la recherche du niveau de qualification le moins élevé possible, comme garantie présumée d'une plus grande docilité sinon d'un retour à l'obéissance, par comparaison aux possibilités d'incartades auxquelles l'EIEIS avait contribué à ouvrir la voie depuis une décennie. Huguette Bachelot en avait donné récemment un exemple qui n'arrangea sans doute pas les relations entre l'École et le ministère.

¹⁶⁷² René MAGNON, *Le service infirmiers ces trente dernières années...* *op. cit.* p 105. La date n'est pas précisée mais ces journées se déroulèrent vraisemblablement dans le courant de 1976.

¹⁶⁷³ Entretien des 2 et 3 décembre 2010.

¹⁶⁷⁴ Décrétée par l'ONU en 1975, devant la montée en puissance des mouvements féministes.

¹⁶⁷⁵ Dans cet esprit, les infirmières dites « de base » bénéficièrent elles-mêmes, cette année-là, de quelques mesures comme l'attribution d'une prime qui leur était spécifique et devint dans le langage courant la « prime Veil », toujours en vigueur au XXI^{ème} siècle et un reclassement indiciaire. Arrêté du 24 mai 1975 relatif à l'échelonnement indiciaire des infirmiers et infirmières titulaires des services d'assistance sociale et médicale des administrations centrales de l'Etat, des services extérieurs qui en dépendent ou des établissements publics de l'Etat. Ce reclassement s'échelonnait de 1973 à 1976. Ainsi, par rapport aux indices bruts de 1973, si en bas de la grille indiciaire les gains étaient assez faibles (7 points au 1^{er} échelon et 9 au 2^{ème}), aux derniers échelons les écarts étaient substantiels (47 points à l'échelon exceptionnel accessible seulement aux diplômés d'État, soit 11 % d'augmentation du traitement de base – 45 points au 11^{ème} échelon, soit plus de 10% d'augmentation.) Autant de mesures qui montraient opportunément que l'avènement des infirmières générales ne signifiait pas que les infirmières « soignantes » étaient oubliées.

Il n'en restait pas moins que le statut d'infirmière générale était désormais une réalité et qu'il représentait une avancée considérable, fût-ce symboliquement, pour les tenantes du combat pour la structuration du service infirmier. Cette année-là vit aussi l'avènement du certificat Cadre infirmier, lequel annulait et remplaçait à lui seul le CAFIS et le CAFIM¹⁶⁷⁶. Le certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmier ou d'infirmière cadre de santé publique fut en revanche, maintenu « à titre provisoire »¹⁶⁷⁷. Désormais, un « programme commun » et un « programme technique complémentaire » - comprenant une mise à jour et un approfondissement de connaissances médico-chirurgicales, mais aussi une « étude des soins infirmiers » - fut proposé à chaque élève qui pouvait choisir ensuite une option pédagogie, administration hospitalière ou santé publique, assortie d'un programme spécial. L'intitulé de ce nouveau certificat, qui usait officiellement du vocable *infirmier* comme adjectif et non comme substantif, ainsi que l'introduction officielle des soins infirmiers comme matière à enseigner, contribuaient objectivement à l'affermissement du service infirmier. En revanche, si l'appellation de cadre pouvait apparaître comme plutôt valorisante et porteuse d'une meilleure reconnaissance de la place de ces acteurs dans l'organisation hospitalière, elle signifiait aussi bien leur intégration dans le mouvement de rationalisation qui était observable par ailleurs. Il en allait ainsi du regroupement de deux formations en une, mais surtout de la perspective d'une plus grande facilité de gestion des ressources humaines qui en découlait, par la possibilité d'interchangeabilité des postes ainsi initiée.

Du côté de l'EIEIS, l'équipe dut se rendre à une douloureuse évidence. Malgré l'énergique et solidaire levée de boucliers à la fin de 1974, la formation officielle des infirmières générales qu'elle avait attendue sans douter depuis de si longues années comme garantie de la pérennité de l'École s'avéra chimère en train de vivre ses derniers instants. Il fallait désormais trouver les moyens de survivre à cette crise majeure.

Envisager l'avenir autrement

À la même séance de la Commission permanente¹⁶⁷⁸ et dans une ambiance alourdie par un mélange de dépit, de sentiment d'humiliation et de tristesse, M. Veyret tenta désespérément de consoler les troupes. Il s'étonna que l'ENSP eût accepté de mettre en œuvre cette formation, car, disait-il, elle n'avait « pas les moyens de sa politique ». Il pensait donc qu'une décentralisation serait envisagée tôt ou tard à Lyon, dans laquelle espérait-il, l'EIEIS « pourrait trouver sa place ». Il ajouta d'ailleurs que concernant les infirmières générales, « les mesures de formation accélérée, en rapport avec la pénurie [pourraient] certainement être dépassées dans

¹⁶⁷⁶ Décret n° 75-928 du 9 octobre 1975 relatif au certificat Cadre infirmier.

¹⁶⁷⁷ Id. Art. 3.

¹⁶⁷⁸ PV de la réunion de la Commission permanente du 29 mai 1975. *Op.cit.*

l'avenir »¹⁶⁷⁹. Sans qu'il ne suscitât la moindre remarque un peu goguenarde, le cœur n'y étant sans doute pas, ce dernier argument sur l'accélération de la formation en raison de l'urgence devait sembler bien surréaliste aux oreilles de l'équipe qui était prête à la dispenser depuis dix ans. Enfin, il déclara que l'École gardait « toute sa place dans la formation continue des infirmières générales », en conseillant vivement à l'équipe de collaborer étroitement avec les médecins « pour ce genre de programme ». Cette dernière assertion laissait planer l'idée que les directeurs n'étaient assurément pas les seuls à être en mesure de répondre aux besoins de formation des infirmières générales, malgré les récentes décisions. Il fut donc décidé que dès la rentrée de 1975, l'EIEIS offrirait « un programme de perfectionnement pour les infirmières générales en fonction ». Melle Bachelot signala l'ouverture à l'Assistance publique de Paris d'un Institut d'enseignement supérieur de cadres hospitaliers (IESCH) qui offrait aux infirmières disposant du certificat de cadre, la possibilité de préparer une maîtrise de sciences et techniques de gestion hospitalière. Elle annonçait ainsi le début d'une concurrence pour l'EIEIS sur le territoire national, ce qui entraîna une réaction immédiate du Pr Chanel, représentant de l'université de Lyon I. Il suggéra d'étudier la possibilité de transformer le diplôme de l'EIEIS en maîtrise de sciences et techniques. Une commission d'étude de la question fut constituée le jour même, comprenant 2 représentants de l'université de Lyon I, 2 de Lyon II, la directrice et la sous-directrice de l'EIEIS.

À la séance du Conseil de direction du 3 décembre 1975, Huguette Bachelot annonça l'aggravation très inquiétante du problème déjà chronique d'équilibre financier, lequel souffrait des dernières décisions :

[...] le retrait de la formation des infirmières générales à l'EIEIS aggrave considérablement le problème du recrutement. Il faut préciser que ce retrait n'a jamais été annoncé officiellement à l'École. Mademoiselle Bachelot demande que cette situation soit clarifiée avec le Ministère. « Il n'est plus possible, en effet, de poursuivre une formation et de prévoir des étapes de développement même à très court terme sans que les pouvoirs publics ne disent leurs intentions sur l'École. Peut-on en effet engager de futurs candidats dans un projet pédagogique sans savoir s'ils pourront mener à bien ce projet (formation discontinue par exemple). Enfin le personnel permanent de l'École a également le droit de connaître les intentions ministérielles et d'envisager son propre avenir en fonction de ces intentions ».¹⁶⁸⁰

Devant cette manifeste aggravation d'une crise d'autant plus douloureusement ressentie du fait de l'apparente désinvolture du ministère quant à l'information dispensée, M. Veyret, dont c'était le dernier Conseil avant la retraite, rappela brièvement l'histoire de l'École. Il s'attacha en conclusion, à présenter ce qui, à ses yeux, avait particulièrement contribué à la conduire dans cette situation, mais aussi quelques points forts sur lesquels s'appuyer :

¹⁶⁷⁹ *Ibid.*

¹⁶⁸⁰ PV de la réunion du Conseil de direction de l'EIEIS du 3 décembre 1975. Registre... *op. cit.*

L'Organisation Mondiale de la Santé devait assurer un recrutement de boursiers venant des pays d'Europe, or ces pays ont leurs propres écoles et ce sont les étudiants des pays en voie de développement qui sont surtout venus. D'autre part, cette école avait, entre autres projets, celui de former les Infirmières Générales. Le Ministère de la Santé en a décidé autrement. Trouvant le programme trop coûteux, il a confié une formation brève à l'Ecole Nationale de la Santé Publique de Rennes. Par contre du côté de la Formation Professionnelle Continue nous avons de nombreuses demandes et cela pourrait permettre une reconversion partielle de l'Ecole. Je voudrais laisser à mon successeur une situation nette et prévoir quelque chose de stable.¹⁶⁸¹

Pour la première fois, une reconversion, même partielle, était envisagée, ce qui signifiait l'amorce d'un tournant dans l'histoire de l'institution. S'ensuivirent des échanges qui mirent assez mal à l'aise le Directeur régional de l'action sanitaire et sociale, représentant le ministère. Il rappela n'avoir reçu aucune instruction et s'engagea à examiner les problèmes « à titre personnel ». Il apporta une information intéressante quant au choix du lieu de formation des infirmières générales à Rennes :

En ce qui concerne la formation, ou du moins les 3 mois d'études à Rennes, l'intérêt vient de la rencontre des Infirmières Générales avec les Assistants de Direction, bien qu'il soit très difficile de concevoir des cours communs.¹⁶⁸²

Ainsi, alors que pour M. Cayla il s'agissait de faire se rencontrer les directeurs et les infirmières générales, dans le dernier projet, il n'était plus question que des assistants de directions, et encore avec un assez piètre résultat à prévoir, de l'avis même du représentant du ministère. Cette précision dévoilait un peu du secret des intentions ministérielles. Mais les infirmières présentes au Conseil n'étaient pas dupes, d'autant qu'elles avaient été formées à l'EIEIS. Geneviève Déchanoz, infirmière générale aux HCL, donna volontiers son avis sur la question, sans doute bien consciente qu'il s'agissait plus pour elle d'un baroud d'honneur que d'une intervention destinée à changer la face du monde :

Les trois mois de formation administrative à Rennes peuvent permettre à l'Infirmière Générale de fonctionner au niveau des décisions administratives. Mais à l'hôpital, l'Infirmière Générale n'a pas à prendre de décisions administratives qui reviennent au directeur et au directeur du personnel. Il faut donc ajouter une formation sur l'essentiel de sa fonction qui touche aux soins infirmiers. Une formation de 6 mois dans ce domaine ne serait pas de trop.¹⁶⁸³

Cette dernière intervention faisait apparaître, en creux, ce à quoi non seulement l'EIEIS, mais peut-être surtout, la profession infirmière dans son ensemble, devaient renoncer devant ce qui apparaissait comme une profonde dénaturation du projet initial. À la Commission permanente du même jour, le projet de Maîtrise de sciences et techniques sanitaires et sociales (MSTSS) fut

¹⁶⁸¹ *Ibid.*

¹⁶⁸² *Ibid.*

¹⁶⁸³ *Ibid.*

présenté par Huguette Bachelot et Catherine Mordacq. Il était assorti de l'option « enseignement infirmier supérieur ». Une forme de résistance semblait déjà en train de s'organiser, qui permettait d'envisager l'inévitable reconversion à venir avec une très relative sérénité.

La séance de la Commission permanente du 1^{er} juin 1976 se déroula en présence de M. Rochaix, nouveau Directeur général des HCL. Le Pr Robert, médecin président la séance et le Pr Plauchu, médecin des HCL soulignèrent le développement important des actions de formation continue de l'École et leur diversité, « en dépit des conditions difficiles de fonctionnement ». Le Pr Robert, très intéressé par l'état des publications de l'équipe et des étudiants présentées par Catherine Mordacq suggéra de faire « le bilan des publications de l'EIEIS par pôle d'intérêt ». Il est très vraisemblable que cette insistance était en relation avec l'arrivée du nouveau Directeur général, à qui il fallait absolument donner à voir les performances dont l'EIEIS et son équipe étaient capables. De même, le projet de maîtrise fut présenté sous l'angle de ses avantages stratégiques pour l'École :

Son intérêt est de mieux situer le statut universitaire de l'École

- par rapport à la France puisque d'autres administrations ont mis en place une formation au niveau maîtrise (assistance Publique de Paris) ; d'autre part cela faciliterait aux étudiants la possibilité de préparer par la suite un doctorat ;
- par rapport à l'étranger parce qu'un degré universitaire permet une reconnaissance d'équivalence dans les différents pays et valorise de ce fait la formation reçue en France.¹⁶⁸⁴

Le projet avait été adopté à l'unanimité par l'Unité d'enseignement et de recherche (UER) de Médecine Sud-Ouest, le Conseil de l'université Lyon I, l'UER de Psychologie et Sciences Sociales et le Conseil de l'université Lyon II. Il était pour l'heure, soumis au Conseil national de l'enseignement supérieur et de la recherche pour acceptation. M. Rochaix ne fit aucun commentaire à ce sujet. En revanche, il fit part de son souhait que l'EIEIS proposât de participer à la formation continue des infirmières générales, suivant en cela l'avis de son prédécesseur. Il ajouta qu'il fallait « en tous les cas », proposer de préparer à l'examen professionnel celles qui avaient au moins trois ans d'exercice dans cette fonction et qui de ce fait étaient dispensées de concours et de formation comme le prévoyaient les textes réglementaires. Catherine Mordacq acquiesça et ajouta qu'un programme de ce type était prêt pour la rentrée suivante. Vint ensuite la synthèse du nouveau Directeur général sur la situation de l'EIEIS, occasion pour lui de dévoiler quelques éléments de son projet stratégique pour cette institution :

¹⁶⁸⁴ PV de la réunion de la Commission permanente du 1^{er} juin 1976. Registre ... *op. cit.*

1°) – Cette école a été pionnière pour la formation de base et pour les infirmières générales. Toutefois, la formation des infirmières générales, comme celle des directrices d'écoles de cadres est une cible qui s'éloigne :

- les infirmières générales, puisque c'est l'Ecole Nationale de Santé Publique de Rennes qui vient de s'en voir confier les 19 semaines de formation
- Les directrices d'écoles de cadres puisque dans ce domaine l'école a rempli sa tâche.

Mais il y a d'autres modalités de formation à prévoir et éventuellement à négocier avec le ministère.

2°) – Cette école a aussi été pionnière pour le développement de la formation continue. Cette formation doit s'attacher davantage à la qualité qu'à la quantité. La quantité des personnels soignants devient suffisante, c'est la qualité qu'il faut développer.

Il y a actuellement des sommes considérables disponibles à l'Association Nationale pour la Formation de la Fédération Hospitalière. Elles pourraient entre autres alimenter les programmes de formation permanente de l'EIEIS.

3°) – Actuellement, la monodisciplinarité n'apparaît pas souhaitable, ni les filières complètement séparées. Toutes les catégories de personnels hospitaliers doivent recevoir une formation ; la pluridisciplinarité est à développer.

4°) – Cette école a fait également un effort dans le domaine de la recherche. L'Université a besoin de praticiens comme les praticiens ont besoin de l'Université. La prospective commence par la réflexion.

Il y a un avenir indiscutable pour cette école, tant au niveau de la région, que de la nation, avec de nouvelles orientations.¹⁶⁸⁵

Ce discours remarquablement structuré laissa l'assemblée sans voix, mais il est vrai qu'il était annoncé comme la conclusion de la séance. Seule une universitaire, Geneviève Latreille, animatrice du groupe de travail sur la maîtrise, osa une remarque à propos du caractère international de l'École qu'il convenait de ne pas perdre de vue, pour des raisons tout aussi stratégiques. Mais elle ne poussa pas le commentaire jusqu'à rappeler à l'orateur qu'il avait complètement omis d'évoquer l'université lyonnaise qui avait contribué à faire de l'École ce qu'elle avait été jusqu'à ce jour et jusqu'à la conquête d'une honorable réputation au-delà des frontières. Enfin, les affirmations selon lesquelles « la monodisciplinarité [n'apparaissait] pas souhaitable, ni les filières complètement séparées », ou encore « l'Université [avait] besoin de praticiens comme les praticiens [avaient] besoin de l'Université », pouvaient apparaître pour le moins péremptaires, en l'absence de développement et de la moindre explication. Le message était simple cependant : il s'agissait là d'un plan de sauvetage d'une institution en perdition, le virage à venir s'annonçait sévère et l'EIEIS avait vécu. Lors du Conseil de direction du 8 décembre 1976, M. Rochaix annonça l'arrivée d'un nouveau directeur chargé de l'enseignement aux HCL. Sa première mission consistait à « travailler aux plans d'avenir de l'E.I.E.I.S. »¹⁶⁸⁶ avec une commission convoquée par Melle Mordacq et comprenant « un médecin des hôpitaux, un représentant de Lyon II, une infirmière générale, un étudiant, un enseignant et le Directeur régional de l'action sanitaire et sociale représentant le ministère. »¹⁶⁸⁷

¹⁶⁸⁵ *Ibid.*

¹⁶⁸⁶ PV de la réunion du Conseil de direction de l'EIEIS du 8 décembre 1976. Registre... *op. cit.*

¹⁶⁸⁷ *Ibid.*

La séance du Conseil de direction du 28 février 1977 donna l'occasion au Directeur général de faire un nouveau point sur la situation de l'EIEIS en concluant sur une note plutôt optimiste : « c'est pourquoi, conscients du coût financier mais aussi de l'apport de cette école, les Hospices Civils de Lyon sont prêts à la prendre en charge et à la faire vivre. » Le Pr Cayla, participant au titre de personnalité désignée par le ministère, apporta son témoignage éclairé à plus d'un titre :

Monsieur Cayla rappelle qu'il a toujours désiré voir les infirmières générales formées à Lyon et que des projets avaient été élaborés dans ce sens avec la collaboration de l'E.N.S.P. C'est le ministre qui a décidé de faire former les infirmières générales à Rennes. Monsieur Cayla demande que tout soit fait pour que l'EIEIS continue à vivre.¹⁶⁸⁸

Outre que l'orateur profita de l'occasion qui lui était donnée de faire cette mise au point pour ne pas être accusé à tort, ou pour cesser de l'être, d'avoir voulu tirer profit de la situation lorsqu'il était directeur de l'ENSP, il rappelait aussi à l'équipe de l'EIEIS qu'elle disposait d'un important soutien en cette période d'incertitude. La représentante du ministère de la Coopération, qui s'avéra à plusieurs reprises d'une aide précieuse pour l'équipe de l'EIEIS par le passé, fit de même et en profita pour glisser ce qui était la marque de fabrique historique de cette institution et qui semblait ne plus faire partie du discours du nouveau directeur général :

Madame Le Quellec dit l'importance de conserver cette « unité de formation » après 12 ans d'effort. Elle rappelle l'impérieuse nécessité de situer à un haut niveau l'enseignement infirmier francophone, faute de quoi les cadres africains seront formés aux USA. Il nous faut inventer une philosophie de Soins infirmiers francophones et c'est une mission de cette école.¹⁶⁸⁹

Même le Directeur régional de l'action sanitaire et sociale apporta par sa voix le soutien du ministère :

Mme la conseillère de Madame Veil voudrait voir préserver le potentiel de formation qui existe au niveau de l'Ecole. Il lui semble nécessaire d'explorer de manière plus explicite les possibilités internationales. Cela va probablement être favorisé par la création de la Maîtrise de Sciences et Techniques Sanitaires et Sociales. Par ailleurs, le très vaste marché de la Formation Professionnelle Continue va permettre de dépasser le « seuil critique ». Le Service Régional a mis à la disposition de l'Ecole un statisticien pour une étude des besoins en Formation Professionnelle Continue.¹⁶⁹⁰

A l'issue de ces manifestations de sympathie par rapport à l'EIEIS, le directeur du Département de formation des HCL présenta l'esquisse d'une nouvelle configuration travaillée dans le groupe constitué lors du dernier Conseil. Il s'agissait d'un Institut comprenant un département

¹⁶⁸⁸ PV de la réunion du Conseil de direction de l'EIEIS du 28 février 1977. Registre... *op. cit*

¹⁶⁸⁹ *Ibid.*

¹⁶⁹⁰ *Ibid.*

de soins infirmiers supérieurs, un département d'administration et de gestion, puis à terme, un département de formation des ingénieurs.

Le Conseil de direction du 29 juin 1977 fut consacré aux discussions autour de l'organisation et des statuts de la nouvelle structure en préparation. Le directeur de la formation¹⁶⁹¹ des HCL présenta l'avancée des travaux de la « commission de redéploiement de l'EIEIS », en s'efforçant de montrer la prise en compte des différentes craintes qui avaient pu être exprimées. Il rappela le souhait des différents groupes de travail de « respecter les acquis antérieurs de l'E.I.E.I.S. c'est-à-dire le caractère international et expérimental de l'École », ceci en prenant en compte « les nouvelles dimensions apportées par la Formation Professionnelle Continue (F.P.C.) et son application au secteur public ainsi que l'évolution des cadres de santé vers la pluridisciplinarité ». Il insista enfin sur la nécessité du maintien d'une relation privilégiée avec l'université. Plusieurs voix se firent entendre dans l'assemblée, pour que ne fût pas oubliée ni minimisée l'œuvre de l'EIEIS durant les 12 dernières années, ni son caractère international. Ainsi, M. Cayla fit remarquer que l'École internationale devenait, dans la nouvelle organisation, « un service des HCL »¹⁶⁹², ce qui amenuisait considérablement son envergure et même son image. Melle Latreille, directeur d'études à l'EIEIS, jugea de son côté « plus simple, de dire d'emblée que [l'École] deviendrait un département de l'Institut ». De même, le représentant du ministère fit part de son avis en forme de mise en garde. Pour lui, « ce redéploiement ne [devait] pas être reniement de ce qui [avait] été fait avant » :

Il serait dérisoire de négliger cet effort. J'avais pensé que Lyon serait le formateur des Infirmières Générales. L'histoire m'a donné un démenti cuisant. Mais l'École Internationale ne perd pas, pour autant, son utilité. Elle doit continuer de nous fournir un lieu de formation, de recherche et de réflexion. De nombreuses formations de base vont entrer dans le cadre des accords européens, entraînant de ce fait même, une série de recherches. La Direction générale de la Santé serait navrée que disparaisse un élément aussi important que l'E.I.E.I.S. Une subvention a d'ailleurs été versée en 1976 et le sera pour 1977 ».¹⁶⁹³

Tout en admettant la gravité des choix opérés à propos de la formation des infirmières générales, le Directeur général des HCL rappela le caractère pragmatique de son projet, ne cachant pas une préoccupation d'abord gestionnaire, mais aussi managériale, au sens de sa volonté de mobiliser pour l'occasion l'ensemble des acteurs de l'institution :

Monsieur Rochaix souhaiterait l'élargissement de cet Institut. Il voudrait par exemple sensibiliser les médecins à leur rôle administratif. « Il y a eu mutilation, il faut voir la réalité. Nous ne formerons plus la

¹⁶⁹¹ Lire directeur du Département de la formation des HCL.

¹⁶⁹² PV de la réunion du Conseil de direction de l'EIEIS du 29 juin 1977. Registre... *op. cit.*

¹⁶⁹³ *Ibid.* Le ministère avait d'ailleurs fait savoir par courrier au Directeur général des HCL que ces subventions devaient être en totalité affectées à l'enseignement infirmier. *Ibid.*

fine fleur des infirmières puisqu'il ne sera plus nécessaire de sortir de Lyon pour être Infirmière Générale. Il faut donc essayer de compenser. Il faut un transfert vers d'autres formations »¹⁶⁹⁴

Le directeur de la formation abonda dans son sens, évoquant la toute récente manne financière à disposition dans le cadre du développement considérable de la formation continue :

Nous devons assurer la Recherche et la Formation Supérieure mais ne pas oublier la F.P.C. L'E.I.E.I.S. était à deux doigts de fermer ses portes par manque de subvention ; voilà à quoi mènent les considérations généreuses que nous avons pour les instituts de formation. Mais 6 millions de centimes attendent dans les caisses de l'A.N.F.H.¹⁶⁹⁵

L'évocation de l'Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier (ANFH) était loin d'être anodine. Si elle renvoyait indéniablement à une opportunité stratégique pour qui disposait de solides projets de formation à l'intention de l'ensemble du personnel hospitalier, elle correspondait aussi à une nouvelle manière d'envisager le monde du travail hospitalier. Le nouveau directeur général n'était pas insensible à cette approche, à en juger par la réputation de modernité qu'il avait acquise dans le milieu hospitalier¹⁶⁹⁶. L'ANFH s'inscrivait en effet dans la droite ligne de la loi du 16 juillet 1971 sur la formation professionnelle continue¹⁶⁹⁷. Ce texte constituait une avancée considérable, en ce qu'il servait à la fois les ajustements nécessaires aux entreprises confrontées aux mutations technologiques rapides et le développement ainsi que la promotion sociale des travailleurs, notamment en offrant une seconde chance à ceux qui avaient terminé précocement leur parcours scolaire. L'ANFH fut créée le 24 octobre 1974, dans le but de préparer les hôpitaux à la mise en œuvre de cette loi, dans l'attente de la publication en 1975 du décret permettant notamment la collecte de fonds¹⁶⁹⁸. Cette association relevait de la loi 1901, permettant ainsi à ses adhérents une indépendance absolue par rapport à l'État¹⁶⁹⁹. Deux grands principes, vite devenus intangibles, avaient animé ses fondateurs dès le début : la décentralisation, qui permettait aux délégations régionales de disposer d'un pouvoir décisionnel important ; la mutualisation, qui permettait aux personnels de petits établissements qui ne pouvaient satisfaire leurs besoins de formation et

¹⁶⁹⁴ *Ibid.*

¹⁶⁹⁵ *Ibid.*

¹⁶⁹⁶ Voir *supra*.

¹⁶⁹⁷ *Op. cit.*

¹⁶⁹⁸ « L'idée était simple. Nous nous situions dans la perspective développée dans notre pays par des personnes comme M. Delors ou M. Matteudi, qui avaient été pendant un temps au cabinet de M. Chaban-Delmas. L'idée consistait à instaurer pour tous les adultes, quel que soit leur parcours antérieur, la possibilité de reprendre des études ou de poursuivre une formation [...] Ce qui nous intéressait, c'était justement de faire en sorte qu'il y ait des perspectives pour tous les agents hospitaliers dans le cadre d'une carrière recomposée ou nouvelle ». Témoignage de Guy Piau, premier président de l'ANFH, in ANFH, Actes de la table ronde « 30 ans de l'ANFH » du 9 juin 2004, *Réalité et recherche* n° 42 Spécial, septembre 2004, p 7.

¹⁶⁹⁹ Elle refusa même catégoriquement la nomination en son sein par le ministère de la santé, d'un « commissaire au gouvernement pour assurer le contrôle financier ». À terme, sur 40 membres au Conseil d'administration, le ministère disposait de 4 sièges au même titre que les autres membres. Témoignage de Robert Chalavet, premier directeur (1974-1979), *id.* p 9.

d'évolution de carrière « de bénéficier des apports contributifs des grands établissements au système. »¹⁷⁰⁰ Guy Piau, son premier président de 1974 à 1979, se souvenait de ces débuts comme d'une « histoire presque rocambolesque » :

Nous avons donc bâti l'ANFH dans un consensus avec les représentants de FO et de la FHF. Il y a eu une attitude très positive de la CGT et très dispersée de la CFDT¹⁷⁰¹, mais qui a permis de faire avancer les choses. Au niveau des cadres responsables des hôpitaux, les choses n'étaient pas non plus évidentes car ils étaient assez jaloux de leur pouvoir local. Par conséquent, je tiens à remercier les premiers adhérents [...] car nous n'en avons pas eu des quantités.¹⁷⁰²

Si les premiers temps furent très laborieux, nécessitant même des emprunts en l'absence de fonds, l'horizon s'éclaircit dès que les premières adhésions et les premiers versements des établissements furent réglementairement possibles comme en témoigna le premier directeur de l'association :

Le premier adhérent a été un signe, le doigt de Dieu, puisque notre ami Michel Campet, directeur de Lourdes, a adhéré en premier, le miracle ! Le miracle, c'est bien, mais cela ne « nourrit pas son homme » et, lorsque deux ou trois mois plus tard le directeur général des Hospices Civils de Lyon m'a envoyé une lettre me disant que le receveur venait de virer leur cotisation, soit 3 MF, cela nous a permis d'envisager bien d'autres choses.¹⁷⁰³

Ainsi, non seulement les HCL comptèrent parmi les tous premiers adhérents de l'ANFH, mais ils apportèrent d'emblée, à eux-seuls, de très substantielles ressources. On comprend mieux, dès lors, le choix stratégique du Directeur général consistant à développer la formation continue dans cette institution au point de nommer un directeur spécialement chargé du domaine. Le recrutement était d'autant plus pertinent que ce directeur était en même temps responsable du Comité pédagogique national de l'ANFH¹⁷⁰⁴. Si cette stratégie confortait la position historique des HCL à l'avant-garde des innovations, elle leur permettait aussi bien d'espérer, à terme, une sorte de retour sur investissement dans un système mutualiste qui avantagerait surtout les petits établissements sans grands moyens.

¹⁷⁰⁰ *Id.* p 7.

¹⁷⁰¹ L'orateur en profita pour faire un tour d'horizon, certes très réducteur, du paysage syndical tel qu'il le voyait à l'époque : « la CFDT était très anarcho-syndicaliste et pas du tout consensuelle comme aujourd'hui. On était contre tout ce que l'on présentait et pour tout ce que l'on ne présentait pas. La CGT était identique à elle-même : elle avait ses idées mais elle était toujours prête à travailler en allant dans le "bon sens" si on le lui indiquait. Quant à Force ouvrière, c'était FO de M. Bergeron, c'est-à-dire un syndicat qui était tout à fait favorable à un certain nombre d'évolutions. » *Ibid.*

¹⁷⁰² *Ibid.*

¹⁷⁰³ Témoignage de Robert Chalavet, *id.* p 9.

¹⁷⁰⁴ Il se présenta ainsi à ce même Conseil, en faisant part de « l'énormité des sommes gelées par manque d'organismes compétents susceptibles de dispenser de la formation ». PV de la réunion du Conseil de direction de l'EIEIS du 29 juin 1977.

Au cours de la même séance, le directeur de la formation fut en outre interpellé par un représentant des étudiants sur le fait que dans la nouvelle structure, à côté du président de l'ANFH dont la présence était prévue, une représentation des personnels s'imposait afin d'éviter « un esprit de caste ». Il répondit que comme il s'agissait d'une association, ledit président ne représentait « pas seulement le collège patronal ». L'occasion était rêvée, pour lui, de rappeler de façon appuyée que l'ensemble des personnels hospitaliers étaient concernés par l'ANFH, avec l'aval des syndicats qui étaient partie prenante dans cette organisation paritaire. Généralistes par définition, ces organisations ne pouvaient qu'être favorables à de telles perspectives par rapport à une EIEIS jusqu'alors très spécialisée. C'est dans ce contexte, renvoyant consensuellement à l'ensemble de la communauté hospitalière, qu'il convient de replacer les propos critiques du Directeur général sur ce qu'il nommait la monodisciplinarité et laudatifs sur la pluridisciplinarité dont par ailleurs nul ne songeait, même parmi les infirmières, à contester la pertinence. Mais ces dernières devaient-elles pour autant renoncer à tout projet de développement disciplinaire ? Si M. Rochaix et le directeur de la formation se gardèrent bien d'afficher une quelconque prise de position sur cette question, une chose était certaine : l'objectif de développement et de promotion des soins infirmiers, qui était au principe même de la création de l'EIEIS, ne faisait assurément plus partie des priorités du nouvel Institut en projet. La formation continue qu'ils envisageaient, pour leur part, d'y développer, était résolument considérée comme un instrument au service de la transformation globale des organisations. L'un et l'autre eurent d'ailleurs l'occasion d'explicitier cette position dès le second trimestre 1977, en signant en commun l'introduction au Cahier de l'AMIEC n° 3 qui traitait précisément de la « formation continue des soignants » :

[Ce Cahier] prouve, s'il en était besoin, le dynamisme et la compétence de l'ensemble des formateurs des hospices civils de Lyon au moment même où les structures de cette grande institution hospitalière se voient renforcées par la création d'un département de formation¹⁷⁰⁵, organe d'impulsion, de réflexion, de coordination et d'action. La formation permanente du personnel infirmier, par la force de mobilisation des esprits et des énergies qu'elle va susciter, ouvre une perspective d'avenir pour cette profession et l'hôpital public dans son ensemble. La demande et l'attente de cette profession seront d'autant plus fortes que l'infirmière, ayant déjà reçu une formation professionnelle, à la différence d'autres catégories d'agents et notamment de la majorité du personnel administratif et ouvrier, se sent déjà impliquée dans un processus permanent de formation. Cette attente, en dehors du désir légitime de promotion professionnelle, ne s'exprime encore que timidement et sous trois formes principales :

- Le désir d'un perfectionnement technique et spécialisé
- Une demande importante de « culture générale »
- L'expression agressive d'un « pouvoir infirmier » qui aurait été émasculé par le « couple technocrate et phallocrate » du médecin-directeur.

¹⁷⁰⁵ Il s'agissait là du nouveau département de formation des HCL dirigé par M. Contis, l'un des signataires de ce texte. Note ajoutée par nous.

[...] L'infirmière, après une formation scolaire traditionnelle du second degré, recevait, jusqu'à ces dernières années un enseignement professionnel imprégné d'une idéologie reposant à la fois sur l'optimisme du scientisme médical, une éthique fortement inspirée de morale chrétienne, et un schéma éducatif d'apprentissage technique d'auxiliaire médical déconnecté de toute formation culturelle, économique et sociale. Cette formation ne la préparait pas toujours à affronter avec les meilleures armes possibles un milieu professionnel complexe, soumis à l'insécurité et au doute, souvent champ clos d'affrontements divers, de remises en causes, de luttes pour la vie et le pouvoir, quel qu'il soit. Les attentes de formation du personnel infirmier, à bien les examiner, sont des demandes de sécurité et d'un mieux-être professionnel et social. Elles ne diffèrent pas, en cela, fondamentalement des attentes des autres catégories de personnel hospitalier [...] La profession d'infirmière sera d'autant mieux reconnue dans la société et l'institution hospitalière qu'elle cessera de se vouloir indépendante dans un univers pluridisciplinaire et multidimensionnel. Toute profession est entièrement impliquée dans un environnement économique, social et institutionnel extraordinairement mouvant. La profession d'infirmière n'y échappe pas. En conduisant à une interrogation sur la place de chaque profession à l'hôpital, la formation continue aidera chacun à mieux connaître son rôle, à mieux apprécier l'utilité de ses compétences, à mieux envisager sa propre aptitude au changement. Ainsi, chacun se sentira concerné par la formation de l'infirmière, comme elle-même se sentira entièrement et globalement impliquée dans les actions de formation de l'ensemble du personnel hospitalier.¹⁷⁰⁶

Il y avait là toute la philosophie qui avait présidé à la conception du nouvel Institut. Au passage, un message était délivré aux infirmières, présentées à justes raisons comme bien mieux loties que le personnel administratif et ouvrier du point de vue de la formation. Hommage à une profession dynamique ou coup de griffe à un groupe professionnel privilégié ? Quelle que fût l'intention des auteurs, l'évocation, dans le même texte, d'un « pouvoir infirmier », assorti du caractère agressif supposé de sa revendication, ne laissait pas transparaître une douceur exemplaire de leur part à l'égard des infirmières. Outre que la sanglante métaphore de l'émasculatation était aussi hasardeuse que troublante s'agissant de cette profession majoritairement féminine, cette formulation pour le moins acide laissait entendre qu'ils avaient peut-être là quelque compte à régler en raison des événements récents. L'avènement laborieux des infirmières générales avait en effet conduit bon nombre de leurs collègues directeurs à se renfermer dans leur coquille territoriale. Ils avaient même préféré se plaindre en Conseil d'État plutôt que de chercher à négocier une juste place pour toutes et tous dans l'institution hospitalière. Cette attitude victimaire et défensive n'en faisait assurément pas des militants actifs de l'ouverture aux autres et à la complexité du monde pourtant vivement recommandée aux infirmières. Il est d'ailleurs remarquable qu'à aucun moment dans leur texte et *a fortiori* dans une telle publication, les auteurs ne firent la moindre allusion à l'EIEIS et à ses apports, y compris en ce qui concernait le développement de cette fonction éminente nouvelle à l'hôpital. Cet oubli se doublait de l'impasse sur ce qui s'était joué en France pour la profession pendant les 12 dernières années, en relation étroite avec l'Europe et le monde. Que la profession, en

¹⁷⁰⁶ M. ROCHAIX, J.P. CONTIS, introduction, in AMIEC, Collectif, La formation continue des soignants : pour quoi ? . *op. cit.* p 7-8.

grande partie grâce à l'EIEIS, se fût efforcée durant toutes ces années de développer le service infirmier bien au-delà des organisations hospitalières et de la division du travail médical semblait avoir totalement échappé au regard des deux auteurs. Ceux-ci, semblaient en effet en être restés à une représentation d'après-guerre de la profession, hormis la nécessité concédée d'un ajustement des connaissances techniques et d'une meilleure culture générale de nature à leur permettre une adaptation plus aisée aux organisations mouvantes. Les auteurs semblaient ne voir que des agents dont il fallait améliorer la plasticité au service de l'organisation hospitalière, là où les infirmières voulaient être des actrices collectives au service des personnes soignées, que ce fût dans les organisations hospitalières ou ailleurs. C'était du moins le discours parmi les élites et à l'EIEIS. Mais celui-ci avait commencé à se répandre jusqu'aux confins des lieux d'exercices des infirmières praticiennes par divers canaux, dont celui de la formation continue depuis plusieurs années. C'étaient bien ces évolutions et l'intense travail interne dans le groupe professionnel qui faisaient des infirmières un groupe qui n'était pas strictement identique aux autres, distinction en l'occurrence déniée dans ce discours qui leur était paradoxalement ostensiblement adressé.

À la décharge des auteurs, ces militantes et pionnières avaient privilégié durant toutes ces années un combat idéologique qui pouvait apparaître d'abord comme la conquête d'une place au soleil. Catherine Mordacq avait reconnu implicitement ce déficit de communication sur les réalisations concrètes induites par les réflexions conduites à l'EIEIS en décembre 1976 : « [...] l'école a accompli un travail professionnel certain mais difficilement perçu par les médecins et par la population »¹⁷⁰⁷. Ajoutée aux propos d'Huguette Bachelot sur le caractère très améliorable de la coopération avec le corps médical, cette remarque confirmait que la lutte idéologique ne faisait pas tout et que les représentations de la profession chez les directeurs comme dans la population demeuraient solidement ancrées dans le passé. Il n'en restait pas moins que les deux auteurs de l'introduction à ce numéro des *Cahiers de l'AMIEC* n'étaient pas des profanes et étaient informés par de nombreux canaux de la réelle activité de l'EIEIS. Les rapports d'activité fort rigoureux et détaillés réalisés par la directrice et la directrice adjointe n'étaient pas la moindre des sources de données pour eux¹⁷⁰⁸. Malgré ces moyens à leur disposition, ils se dispensèrent délibérément de manifester à l'égard des infirmières le moindre signe de cette empathie qu'ils leurs demandaient de démontrer par rapport aux autres groupes professionnels. Au bout du compte, la mise en avant de la communauté hospitalière au prix du

¹⁷⁰⁷ PV de la réunion de la Commission permanente du 9 décembre 1976. Registre ... *op. cit*

¹⁷⁰⁸ À titre d'exemple, le rapport d'activité du 1^{er} Septembre 1974 au 30 août 1975 comportait 21 pages. Dans celui-ci, il était entre autres question de la conscience qu'une image déformée de l'École circulait : « [...] nous pensons entre autres à une certaine image phantasmatique de l'école "intellectuelle et déconnectée de la réalité, dans laquelle il faut parler anglais couramment, etc..." qui fait souvent peur aux professionnels. Seuls des contacts plus fréquents pourraient détruire cette image ou la ramener à ses justes proportions et particulièrement les sessions faites à l'école ». Fonds Marie-Françoise Collière, Salles d'Aude.

silence sur les indéniables particularités du groupe des infirmières généra un rapport de force qui leur était très nettement défavorable, lequel annonçait des relations inévitablement conflictuelles. Malgré les témoignages d'estime et de sympathie qui n'avaient pas manqué à son égard, l'EIEIS s'avéra en assez mauvaise posture par rapport à son projet initial, par définition centré sur les soins infirmiers et la discipline qui s'y rapportait, même si celle-ci était encore bien balbutiante.

Ces nouvelles orientations, furent malgré tout entérinées à l'unanimité, après quelques discussions au Conseil de direction du 3 octobre 1977. En raison de la fragilisation de l'état de santé d'Huguette Bachelot, contrainte de quitter cette responsabilité, Catherine Mordacq assura, sans que cela relevât d'une irrépressible vocation d'administratrice et de gestionnaire, la direction de l'EIEIS par intérim à partir de cette rentrée. Dès lors, alors que beaucoup le lui déconseillaient, notamment parmi ses supérieurs hiérarchiques, Huguette Bachelot, à sa demande insistante, poursuivit à l'EIEIS jusqu'à sa retraite l'activité d'enseignante qu'elle avait assurée depuis le début. Pionnière jusqu'au bout, elle choisit et assumait aussi cette voie atypique avec moins d'inquiétude, semble-t-il, que les âmes bien intentionnées qui souhaitaient la protéger, peut-être en raison du risque représenté par ce qui pouvait apparaître comme un déclassement¹⁷⁰⁹. C'est donc à Catherine Mordacq qu'il revint de remercier, pour le « soutien qu'ils [avaient] apporté à l'école pendant douze ans », l'ensemble des membres de ce dernier Conseil de direction de l'EIEIS¹⁷¹⁰. L'EIEIS se métamorphosa alors en Institut international supérieur de formation des cadres de santé (IISFCS), lequel comprenait 1 département d'enseignement infirmier supérieur (DEIS), 1 département d'administration et gestion sanitaire et sociale, 1 département de génie hospitalier. Les statuts de cette nouvelle structure surplombante furent approuvés par délibération du CGA le 28 octobre 1977. Sans doute par respect pour cette assemblée qui en avait permis la création et assuré la pérennité pendant plus d'une décennie, le directeur général Rochaix ne put faire l'économie d'une évocation du passé de l'EIEIS avant d'en présenter la transformation :

Cette Ecole, créée il y a 13 ans [...], a formé 146 étudiants, et a délivré 124 certificats d'enseignement infirmier supérieur et 91 diplômes universitaires d'enseignement infirmier supérieur. Elle a assuré la formation continue de 4066 Agents. Cependant les motifs ayant présidé à sa création il y a 13 ans, ont évolué. L'aspect international revêt un nouveau caractère, comme en témoigne l'évolution des conceptions de l'Organisation Mondiale de la Santé, vers une formation des cadres de santé dans des pays culturellement proches. Il ne s'agit donc plus de former en priorité des cadres de santé des pays en voie de développement mais de favoriser également les contacts et les échanges entre les formations supérieures de santé de pays ayant atteint un niveau comparable de développement, notamment les pays anglo-saxons. De même, le caractère expérimental de l'école, ne doit plus reposer sur la seule recherche

¹⁷⁰⁹ Entretien des 2 et 3 décembre 2010.

¹⁷¹⁰ PV de la réunion du Conseil de direction de l'EIEIS du 3 octobre 1977. Registre... *op. cit.*

en soins infirmiers supérieurs, mais s'ouvrir en bénéficiant ainsi du poids de l'expérience considérable de l'école, à tous les cadres de santé dans un esprit pluri-disciplinaire.¹⁷¹¹

Après avoir évoqué l'opportunité de développer considérablement la formation continue « de par l'application progressive du Décret du 16 juin 1975 et de par la création de l'Association Nationale pour la Formation continue du Personnel Hospitalier » et flatté « la qualité reconnue de l'équipe pédagogique [de l'EIEIS] », l'orateur résuma les formations devant désormais être proposées par le nouvel Institut :

Ces actions de formation seront donc :

- Soit de courte durée, tels que sessions, stages, séminaires, symposiums,
- Soit de moyenne durée telles que les préparations aux différents concours permettant l'accès aux cycles initiaux de formation des cadres de santé¹⁷¹² (concours d'Infirmière Générale, Adjointe, Assistants, Directeurs de 5^{ème} classe...),
- Soit de longue durée pour la préparation aux Maîtrises de sciences et techniques, assurées en liaison et en collaboration avec les Université de l'Académie de Lyon
 - o Maîtrise de soins infirmiers supérieurs,
 - o Maîtrise d'administration et gestion sanitaire,
 - o ...¹⁷¹³

Alors qu'il ne s'agissait pas de l'ordre d'exposition figurant dans le projet de statut du nouvel Institut, en présentant d'abord devant les membres du CGA les actions relevant de la formation continue, le Directeur général renseignait sur ses priorités stratégiques. Il se situait à l'exact inverse de l'EIEIS, dont le projet était d'abord de former des cadres de haut niveau pour les soins infirmiers. Les actions de moyenne durée avaient la particularité d'aider les infirmières générales à se situer dans l'ordre hiérarchique et social, à toutes fins utiles, parmi les assistants de direction et les directeurs de 5^{ème} classe. La possibilité d'accéder à une maîtrise de soins infirmiers supérieurs enfin, pour figurer en fin de liste, n'en laissait pas moins aux infirmières la porte ouverte à un avenir possible, sans que furent évoqués l'usage et donc la reconnaissance éventuels de ces diplômes dans les organisations hospitalières. Mais cette imprécision, dont elles avaient une certaine habitude, pouvait aussi bien être paradoxalement regardée en la circonstance comme un espace de liberté à investir.

¹⁷¹¹ Extrait du registre des délibérations du CGA du 28 octobre 1977.

¹⁷¹² Pour M. Rochaix, l'expression cadre de santé renvoyait à tous les cadres supérieurs travaillant à l'hôpital, quel que fût leur domaine d'activité. Ainsi, en réponse à une question posée en Conseil de direction de l'EIEIS, il précisa que selon lui, les médecins aussi en faisaient partie. C'était dans cet esprit qu'il envisagea de former ces derniers aux questions administratives. C'est donc dans ce sens que le nom du nouvel Institut doit être compris à cette date. Note ajoutée par nous.

¹⁷¹³ *Ibid.* Les 3 points figurent dans le texte.

La mutation de l'EIEIS fut entérinée par l'arrêté du 26 octobre 1978 relatif à L'Institut International Supérieur de Formation des Cadres de Santé. Ce texte stipulait en son article 1 : « est approuvée la transformation de l'École Internationale d'Enseignement Infirmier Supérieur en un Institut International Supérieur de Formation des Cadres de Santé ». Une page importante venait d'être tournée. L'EIEIS n'était plus et le DEIS en était à ses débuts.

Conclusion

L'EIEIS débuta l'année 1968 par une manifestation d'agacement de son Conseil de direction de ne pas voir reconnaître au niveau de l'État les qualifications des étudiants qui s'y étaient formés. Au cours des événements de mai, les étudiants eux-mêmes firent, malgré leur statut très particulier, connaissance avec le mouvement social et y participèrent jusqu'à envisager dans les suites immédiates une transformation du fonctionnement même de l'institution. Ils demandèrent et obtinrent une représentation officielle dans les différentes instances délibératives, fût-ce avec une voix consultative. Les enseignants de l'équipe permanente ne furent pas en reste et bénéficièrent aussi de cette démocratisation du fonctionnement dans les mêmes conditions. Seulement deux années plus tard, c'est une autre forme de contestation qui vit le jour par le biais d'une brochure en forme de manifeste écrite par la directrice adjointe de l'École. Pour la première fois, un regroupement de plusieurs associations professionnelles était observable, dans le but de soutenir et porter une parole revendicatrice compatible en tous points avec le projet développé par l'EIEIS. Cette initiative permit à celui-ci de se répandre largement à l'extérieur de l'École, sur fond de promotion résolue du service infirmier et de la profession d'infirmière.

Dans le même mouvement, l'équipe de l'EIEIS s'investit bien au-delà de ses murs, au niveau local, national et international, participant très largement aux débats décisifs qui furent engagés à la fin des années 1960 et durant la décennie suivante. Chaque membre de l'équipe, à commencer par les deux dirigeantes, s'investit à sa place et selon ses compétences, de telle manière, comme le souligna Huguette Bachelot, qu'aucune question importante ne fût traitée sans la participation de l'École. Elle contribua aussi à asseoir son influence par un intense travail d'écriture doublé d'une activité éditoriale en ce qui concernait la directrice adjointe. Dans le même temps, l'EIEIS développa un programme de formation continue de plus en plus dense, qui lui permit de pénétrer le milieu professionnel bien au-delà de ses propres étudiants de toutes façons peu nombreux. Le premier obstacle à leur recrutement résidait encore dans la faible voire nulle reconnaissance de la formation dispensée, problème repéré et régulièrement rappelé depuis les premières sorties de l'École en 1967. En outre, les difficultés financières auxquelles furent pendant longtemps confrontés les étudiants français privés des bourses octroyées par l'OMS ne trouvèrent de solution que tardivement, avec la mise en œuvre dans la fonction publique hospitalière des mesures législatives de 1971 sur la formation permanente. Malgré

tout, les étudiants parvenaient à occuper majoritairement des postes de direction ou de niveau équivalent. Quel que fût le poste occupé à la sortie, ils pouvaient à leur tour influencer le monde des soins conformément au projet de l'EIEIS. Beaucoup d'entre eux se retrouvaient dans le monde associatif, et pour certains dans les instances délibératives de l'EIEIS. Grâce à l'AMIEC, créée pour l'occasion, ils purent constituer un réseau d'entraide, et surtout participer activement à la diffusion de leurs propres travaux et des idées produites, échangées et véhiculées à l'EIEIS grâce aux *Cahiers de l'AMIEC* à partir de 1975, contribuant ainsi à un véritable essaimage, même modeste, compte tenu du petit nombre concerné. Ainsi, l'influence de l'EIEIS se développa indéniablement par ces multiples canaux malgré les nombreuses difficultés dont l'équipe était fort consciente. En dépit de ce dynamisme apparent, son élan fut brisé assez soudainement au milieu de la décennie.

L'année 1975 constitua en effet, un tournant assez paradoxal. Si le statut tant attendu pour les infirmières générales vit enfin le jour et avec lui la reconnaissance d'un service infirmier s'étendant jusqu'au plus haut niveau des organisations hospitalière, l'événement constitua un coup fatal pour l'EIEIS. D'une part, les décisions finalement arrêtées quant au statut des infirmières générales étaient bien en deçà de ce qu'avait espéré et préparé l'EIEIS pendant 10 ans, notamment en ce qui concernait leur formation désormais réduite à sa plus simple expression. D'autre part, l'École fut privée de cette formation au profit de l'ENSP. Plus grave encore aux yeux de l'EIEIS, cette formation fut littéralement et volontairement dépouillée de ce qui faisait sa raison d'être, c'est-à-dire les soins infirmiers. Désormais, l'avenir de l'École se jouait avec cette nouvelle donnée et le tournant annoncé par le nouveau directeur général des HCL semblait avoir déjà intégré cette vision du monde en plaçant au second plan sinon en ignorant délibérément tout ce qui concernait le développement de la profession d'infirmière et de la discipline s'y rapportant. Mais il s'agissait d'abord pour lui de mettre en œuvre un plan drastique non seulement destiné à sauver ce qui pouvait l'être de l'EIEIS, mais à transformer cette crise en opportunité pour développer aux HCL un secteur de formation continue dépassant très largement la question des infirmières, d'autant que des fonds importants étaient désormais disponibles par le biais de l'ANFH dont il connaissait finement le fonctionnement. Si cette transformation avait le vent en poupe en ce qu'elle s'adressait consensuellement à l'ensemble de la communauté hospitalière, le passé spécialisé de l'EIEIS fut délibérément passé sous silence sans beaucoup de précautions, ce qui généra des relations d'emblée conflictuelles plutôt que coopératives pour la décennie qui s'annonçait. Au sein même de l'IISFCS, qui répondait aux objectifs managériaux et gestionnaires du Directeur général des HCL, le DEIS devint désormais le lieu d'une forme de résistance pour une équipe qui ne s'avoua pas vaincue et entendait bien poursuivre une activité répondant aussi aux objectifs disciplinaires auxquels elle tenait et qui avaient été durement mis à mal.

CHAPITRE 6 – de l'impossible second souffle à la fin de l'École de Lyon : après les réalisations et leurs promesses, le moment du bilan (1978-1995)

En 1978, l'EIEIS était devenue DEIS par la force des événements et des décisions de la nouvelle direction générale des HCL. Placée devant le fait accompli, elle était dans l'obligation de s'adapter à la nouvelle situation qui lui était faite. L'entité autonome qu'elle était fut comme happée par une institution plus grande qu'elle. Mais il lui fallait dans le même temps, s'inventer un nouvel avenir, en cohérence avec la mission qu'elle s'était donnée par rapport à la profession d'infirmière plus de 10 ans plus tôt. La tâche était d'autant plus ardue que ces objectifs pourtant fondamentaux furent littéralement passés sous silence, dans le cadre d'un nouvel Institut défini comme plus généraliste. Les statuts de cette nouvelle institution donnèrent le ton de cette évolution.

6.1 - Le tournant de 1978 : assurer la continuité de l'EIEIS malgré la rupture voulue et annoncée par la nouvelle direction

Les statuts de l'IIFSCS : une mise sous tutelle du DEIS

L'article 1 des statuts de l'IIFSCS¹⁷¹⁴ annonça d'emblée les nouvelles relations entre l'ancienne et la nouvelle institution :

Il est créé dans le cadre des Hospices civils de Lyon, un institut international supérieur de formation des cadres de santé qui remplace, en l'intégrant, l'école internationale d'enseignement infirmier supérieur [...] Cet institut comprend 3 départements spécialisés correspondant aux différents domaines d'activité des personnels de santé d'encadrement supérieur :

- 1 département d'enseignement infirmier supérieur
- 1 département d'administration et gestion sanitaires et sociales
- 1 département de génie hospitalier,
- ...¹⁷¹⁵

Ce qui était transformation d'une institution en une autre dans le texte réglementaire¹⁷¹⁶ devint donc remplacement dans les statuts, avec annexion de l'ancienne entité désormais sous tutelle de la nouvelle. Cette manœuvre supposait un changement de dénomination de l'EIEIS, pour tenter de donner à voir une cohérence au nouvel édifice. L'École devint ainsi département, tout en conservant ses marques distinctives antérieures, sauf son caractère international. Elle en fut en effet formellement dépossédée dans son titre. Pourtant, c'était incontestablement grâce à

¹⁷¹⁴ Statuts de l'Institut international supérieur de formation des cadres de santé, approuvés par délibération du CGA le 28 octobre 1977, Archives EIEIS.

¹⁷¹⁵ *Ibid.* Les 3 points figurent dans le texte.

¹⁷¹⁶ Arrêté du 26 octobre... *op. cit.*

elle¹⁷¹⁷ que ce qualificatif avait pu être attribué à tous les départements, comme par une sorte de bénédiction, dans le titre générique de la nouvelle institution¹⁷¹⁸. Cette manipulation s'apparentait à s'y méprendre à une spoliation des richesses des vaincus dans ce processus d'annexion territoriale. Dans le même ordre d'idées, l'Institut s'appropriera les certificats et diplômes infirmiers spécialisés sans même mentionner le DEIS :

L'institut international supérieur de formation des cadres de santé est chargé d'assurer :

- la formation conduisant au certificat d'enseignement infirmier supérieur [...] délivré par le ministère de la santé et de la sécurité sociale, et le diplôme universitaire d'enseignement infirmier supérieur délivré par les Universités Lyon I et Lyon II et enregistré par le ministère chargé de la santé et de la sécurité sociale.
- la formation continue et le perfectionnement des personnels de santé concernés
- la recherche relative aux différents domaines d'activité des cadres de santé.

Dans l'accomplissement de ses missions, cet Institut assure les liaisons,

- avec les universités, notamment pour la préparation aux maîtrises de sciences et techniques
- avec les organismes compétents, susceptibles de fournir un apport à l'enseignement et à la recherche.¹⁷¹⁹

Si l'évocation de ces particularités des infirmières était inévitable en ce qu'elles constituaient un précédent notable, de surcroît réglementairement protégé¹⁷²⁰, la manière de faire témoignait des efforts déployés pour gommer toute référence explicite au DEIS. De même, la maîtrise des sciences et techniques sanitaires et sociales, option soins infirmiers, qui fut proposée dès la

¹⁷¹⁷ Non seulement l'EIEIS recevait des étudiants étrangers d'origines diverses, mais elle disposait dans son équipe d'une enseignante belge, et avait recruté à mi-temps et pendant un an (du 1^{er} octobre 1977 au 30 juin 1978), Judy Ozbolt Goodwin, une infirmière américaine titulaire d'un *master of sciences in nursing*, docteure en « psychologie pédagogique », enseignante à l'école de *nursing* de l'université Ann Arbor, Michigan, pour enseigner à l'EIEIS les méthodes de recherche dont elle était spécialiste. Ce recrutement fut appuyé par Catherine Mordacq suite à une candidature spontanée de l'intéressée souhaitant suivre son mari physicien qui effectuait des études post-doctorales en France pendant un an. Archives EIEIS, dossier enseignants. Le passage de cette Américaine à l'EIEIS marqua considérablement certaines étudiantes. Voir *infra*.

¹⁷¹⁸ De nombreuses discussions eurent lieu lorsque les tenants de l'EIEIS tentèrent de garder ce qualificatif qui l'avait fait connaître au-delà des frontières. Certains membres du Conseil de direction firent même part de leur scepticisme quant à l'attribution d'un caractère international d'emblée aux deux autres départements. M. Cayla faisait partie de ceux-là : « Au sujet de l'internationalité de l'Institut, créé dans le cadre des Hospices Civils de Lyon, M. Cayla rappelle qu'il avait insisté lors du dernier conseil du 29 juin, sur le caractère international de l'école. Il n'est pas opposé au titre "international" de l'Institut mais ce titre se mérite par une administration internationale ou par des professeurs étrangers ou par la clientèle. L'E.I.E.I.S., créée pour une clientèle de langue française en même temps que l'Ecole Supérieure d'Edimbourg pour une clientèle anglo-saxonne, mérite pleinement ce qualificatif. Mais on ne peut le décréter à l'avance pour l'Institut. Les lyonnais sont modestes et ne peuvent se parer d'un titre s'il n'est pas mérité. » Comme il semblait difficile d'attribuer le qualificatif "international" d'emblée aux autres départements malgré l'évocation un peu évasive de « 3 Canadiens » en stage administratif aux HCL, et sans doute pour ne pas les stigmatiser, il fut décidé d'en priver l'École qui pourtant seule pouvait le revendiquer avec certitude, et de l'attribuer à l'Institut. PV de la réunion du Conseil de direction de l'EIEIS du 3 octobre 1977... *op. cit.*

¹⁷¹⁹ Statuts de l'Institut international supérieur de formation des cadres de santé... *op. cit.* Art. 2.

¹⁷²⁰ L'arrêté du 26 octobre 1978 relatif à l'Institut International Supérieur... *op. cit.*, stipulait en son article 2 que « l'Enseignement donné par le département d'enseignement infirmier supérieur de l'Institut [était] sanctionné par un certificat d'études supérieures de soins infirmiers délivré par le Ministre chargé de la Santé. » Le DEIS était le seul département à figurer dans un tel texte réglementaire.

rentrée de septembre 1977 aux étudiants de l'EIEIS remplissant les conditions requises, fut reléguée en fin d'article, parmi les imprécises maîtrises de sciences et techniques promises à l'ensemble des personnels intéressés par une formation à l'Institut. Si, comme l'avait souligné Geneviève Latreille, directrice d'études à l'EIEIS¹⁷²¹, ce nivellement consciencieux aboutissait à une perte de cohérence de ce qui avait été jusqu'alors réalisé pour et par les infirmières, il répondait à l'obsédante volonté des concepteurs de la nouvelle institution de faire rentrer le DEIS dans le rang. L'article 6 des statuts organisait les relations hiérarchiques à cet effet :

La direction de l'Institut International Supérieur de Formation des Cadres de Santé est assurée par un cadre de direction mis à la disposition de l'Institut par les Hospices Civiles de Lyon. Chaque département, tel que visé à l'articles 1^{er}, a à sa tête un Directeur technique nommé par le Directeur Général des Hospices Civils de Lyon sur proposition du Directeur de l'Institut et après avis du Conseil de l'Institut [...]¹⁷²²

L'article 7 complétait opportunément le précédent, en précisant les attributions du directeur et à travers lui, le contrôle absolu du Directeur général des HCL :

Chef de l'établissement, le Directeur assure la responsabilité de son fonctionnement sur le plan technique, pédagogique, administratif et financier avec le concours du Conseil de l'Institut [...] Sur proposition du Directeur, après avis du Conseil de l'Institut, la direction technique du Département est confiée, par le Directeur Général des Hospices Civils de Lyon, à un enseignant de l'Institut.¹⁷²³

Dans le même article apparaissait donc, par contraste, le champ fort réduit de responsabilité du directeur de département. Celui-ci se voyait même *a priori* frappé d'incompétence sur le plan pédagogique apparemment déconnecté des aspects techniques de sa fonction. Cette amputation était d'autant plus visible que dans un document de travail intermédiaire de la commission sur le « redéploiement » de l'EIEIS, certes à diffusion prudemment très restreinte, il fut d'abord question de nommer autrement les différentes attributions :

Il a été projeté de créer dès 1978 deux départements dont l'un serait l'E.I.E.I.S., l'autre serait le département de formation continue des cadres administratifs. Ces départements développeraient des actions propres et des actions en commun. Chaque département aurait une direction pédagogique.¹⁷²⁴

¹⁷²¹ Celle-ci jugeait en effet plus cohérent de faire apparaître cette maîtrise dès le début de l'article 2 et le fit savoir : « l'école est chargée d'une mission, elle fait vivre pratiquement la Maîtrise des Sciences et techniques Sanitaires et Sociales, alors qu'à la lecture des textes, il semblerait que l'Institut ne fasse qu'apporter une petite aide par ses liaisons ». PV de la réunion du Conseil de direction de l'EIEIS du 3 octobre 1977... *op. cit.*

¹⁷²² Statuts de l'Institut international supérieur de formation des cadres de santé... *op. cit.* Art. 6. Le même article prévoyait un « Directeur-Adjoint » au directeur de l'Institut, choisi parmi les directeurs techniques. Cette disposition ne fut jamais mise en pratique.

¹⁷²³ *Id.* Art. 7. Comme une preuve supplémentaire de l'importance accordée à la fonction de directeur, le directeur-adjoint tel qu'il était imaginé, était censé éviter toute vacance, même minime, de ce poste, toutes les éventualités étant pointilleusement prévues : « Le Directeur-Adjoint assiste le Directeur dans l'exercice de ses fonctions. En cas d'absence ou d'empêchement, il le supplée dans toutes ses fonctions. Il le remplace par intérim en cas de décès, démission, admission à la retraite, ou interruption de fonctions ».

¹⁷²⁴ Archives EIEIS. Projet de redéploiement de l'Ecole Internationale d'Enseignement Infirmier supérieur. 17 mars 1977. Document tapuscrit.

À côté de cette proposition, qui apparaissait comme logique, cohérente et acceptable par toutes les parties, la dissociation secondairement opérée entre les aspects techniques et pédagogiques attestait la volonté de déclassement du DEIS. Celui-ci était d'autant plus frappant et incompréhensible que l'EIEIS s'était précisément fait une spécialité internationalement reconnue de former les infirmières à l'enseignement et à la pédagogie à un très haut niveau¹⁷²⁵. Une « Commission Pédagogique » était néanmoins prévue, qui semblait tempérer l'omniscience supposée du directeur de l'Institut :

Une Commission Pédagogique est mise en place au niveau de chaque Département [...] Elle donne son avis sur toutes les questions relatives à la détermination des objectifs, des méthodes et moyens, et des évaluations pédagogiques. Elle peut être consultée sur les questions intéressant le Département, mises à l'ordre du jour du Conseil de l'Institut [...]¹⁷²⁶

L'installation tardive de ces commissions montre, pour le moins, qu'elles ne constituèrent pas une préoccupation essentielle du directeur de l'Institut. Le Conseil d'Institut fut en revanche mis en place dès 1980¹⁷²⁷. Les statuts prévoyaient les dispositions suivantes :

Le Conseil de l'Institut se réunit sous la présidence du Président du Conseil d'Administration des Hospices Civils de Lyon. Il élit en son sein un Vice-Président. Il a pour mission de proposer les orientations générales à donner à l'Institut pour son enseignement et ses travaux, et de présenter au Directeur Général des Hospices Civils de Lyon toute proposition pour la préparation et l'exécution du budget de l'Institut. Il arrête les conditions d'admission des stagiaires, l'organisation et les programmes d'enseignement ainsi que les modalités de sanction des études, en dehors des dispositions applicables à la délivrance des diplômes universitaires. Il peut être saisi de toute autre question concernant l'Institut à l'initiative du Directeur.¹⁷²⁸

¹⁷²⁵ En 1970, le Bureau européen de l'OMS confia même à l'EIEIS l'organisation à Lyon d'une session européenne de formation de 3 semaines sur « les méthodes d'enseignement infirmier ». Le public devait être constitué d'un représentant de « chacun des pays rattachés au Bureau européen ». PV de la réunion de la Commission permanente du 21 avril 1970. Registre ... *op. cit.* Nous n'avons pas trouvé de trace de la mise en œuvre de cette formation. Mais la seule sollicitation montrait la reconnaissance de la compétence de l'EIEIS dans ce domaine.

¹⁷²⁶ Id. Art. 10. S'agissant du DEIS, ladite commission ne fut mise en place que le 17 avril 1986. Pour le département d'administration et de gestion, elle le fut le 7 novembre 1985 et pour le département de génie hospitalier, le 10 mars 1986. Archives EIEIS. Registre des réunions du Conseil de l'IIFCS. PV de la réunion du 5 mai 1986.

¹⁷²⁷ PV de la réunion du Conseil de l'IIFCS du 26 juin 1980. Registre... *Op. cit.* Il s'agissait là de la séance inaugurale de ce Conseil. Par comparaison avec la situation de l'EIEIS, il n'était plus question d'un Conseil de direction mais d'Institut. Cette subtilité peut être interprétée comme une volonté de se démarquer du langage et des pratiques associés à l'institution précédente. Il en fut de même pour la Commission permanente qui devint Commission pédagogique dont l'utilité ne sembla pas immédiatement perçue pour quelque département que ce fût. Quant au Bureau de la Commission permanente, il ne fut tout simplement pas reconduit, manière comme une autre pour les nouveaux dirigeants de reprendre en main la totalité des décisions.

¹⁷²⁸ Statuts de l'Institut international supérieur de formation des cadres de santé... *op. cit.* Art. 4.

Ses délibérations donnaient lieu à des avis, qui n'avaient donc aucun caractère impératif. Il comprenait 18 membres¹⁷²⁹ dont un représentant de chacune des trois organisations syndicales les plus représentatives¹⁷³⁰. Cette dernière disposition constituait une innovation majeure par rapport au fonctionnement de l'EIEIS et portait la marque du tournant en faveur de la formation continue de l'ensemble du personnel hospitalier, contre toute forme de particularité. Les associations comme l'ANFIIDE ou le CEEIEC, jusqu'alors sollicitées pour désigner une représentation au Conseil de direction de l'EIEIS, disparurent ainsi totalement du paysage. Il ne restait plus aux infirmières qu'à s'en remettre au mode de désignation des membres, lequel leur échappait totalement, pour espérer entendre quelque voix favorable à la cause des soins infirmiers dans cette assemblée.

Ce qui ressemblait à une tentative de mise au pas de l'EIEIS, jusqu'alors libre de ses mouvements sans pour autant faire preuve d'une indépendance échevelée, généra plus de défiance que de désir de coopérer et de mettre en valeur les vertus dont le nouvel Institut était généreusement paré. Car l'interdisciplinarité abondamment proclamée semblait n'être étroitement comprise que comme une lutte énergique visant à neutraliser toute manifestation et toute mise en valeur d'un quelconque projet disciplinaire. Cette approche paraissait d'autant plus autoritaire et étouffante qu'elle défiait les règles les plus élémentaires de la logique selon laquelle la réussite de toute entreprise interdisciplinaire dépendait, hier comme aujourd'hui, nécessairement de l'épaisseur et de la qualité des disciplines en interaction. Enfin, quelle que fût la légitimité du projet managérial et gestionnaire du nouveau Directeur général, lequel n'était d'ailleurs contesté par personne, cette brusquerie avait de quoi surprendre dans le contexte des HCL qui avaient précisément soutenu et porté, pendant toutes ces années, une EIEIS dont les objectifs catégoriels ne furent jamais cachés. Mais bien au-delà de la lutte pour la promotion et la reconnaissance du service et des soins infirmiers, les actions d'avant-garde qu'elle avait mises en œuvre depuis son ouverture s'inscrivaient aussi dans une dynamique de développement de la santé publique, y compris dans le domaine de la psychiatrie. Ces combats, qui appelaient à dépasser une approche hospitalocentriste beaucoup trop réductrice à ses yeux, étaient certes inspirés de recommandations de l'OMS. Si leur déploiement en France ne fut pas de tout repos ni même toujours couronné de succès, loin s'en fallait, il s'avéra pleinement en phase avec les orientations internationales de la fin de la décennie, comme en témoigna la

¹⁷²⁹ 3 représentants des ministres de la Santé et de la Sécurité sociale, des Affaires étrangères, de la Coopération, membres de droit - 1 représentant de l'OMS - Le directeur de l'ENSP, membre de droit- Le Directeur régional des Affaires Sanitaires et Sociales, membre de droit - Le Président de l'ANFH - 4 représentants des universités de l'Académie de Lyon, à raison d'un représentant désigné par université (une représentation de l'université catholique était prévue) – 4 personnalités « choisies en raison de leur compétence ou de leur représentativité des professions de santé concernées ». Il était prévu que ces dernières fussent « désignées sur proposition du directeur de l'Institut, par décision des autres membres du Conseil prise à la majorité des deux tiers. » - 3 représentants syndicaux. *Id.* Art. 3.

¹⁷³⁰ La précision suivante était apportée : « La représentativité est appréciée à l'échelon national : sont considérées comme représentatives les organisations syndicales qui bénéficient d'un siège au Conseil Supérieur de la Fonction Hospitalière ». *Ibid.* Pratiquement, il s'agissait donc de la CFDT, de la CGT et de FO.

publication en 1978 de la Déclaration d'Alma-Ata. Ce texte fut adopté le 12 septembre de la même année par l'OMS à la Conférence internationale sur les soins de santé primaires. Une définition large de la santé fut rappelée dans l'article I de cette déclaration solennelle où il était question de « protéger et promouvoir la santé de tous les peuples du monde » :

La Conférence réaffirme avec force que la santé, qui est un état complet de bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité, est un droit fondamental et que l'accession au niveau de santé le plus élevé possible est un objectif social extrêmement important qui intéresse le monde entier et suppose la participation de nombreux secteurs socioéconomiques autres que celui de la santé.¹⁷³¹

Les fondements politiques de ce qui ressemblait à une déclaration universelle pour le droit à la santé furent ensuite énoncés comme relevant de la responsabilité des gouvernements de tous les pays du monde, quel que fût leur niveau de développement :

Les inégalités flagrantes dans la situation sanitaire des peuples, aussi bien entre pays développés et pays en développement qu'à l'intérieur même des pays, sont politiquement, socialement et économiquement inacceptables et constituent de ce fait un sujet de préoccupation commun à tous les pays.¹⁷³²

Après avoir rappelé que ces considérations constituaient la condition de possibilité de tout développement économique et social soutenu, ainsi que de la qualité de vie et de la paix mondiale, les soins de santé primaires furent présentés comme moyen d'action accessible et efficace pour atteindre ce but élevé :

Les soins de santé primaires sont des soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté avec leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer à tous les stades de leur développement dans un esprit d'autoresponsabilité et d'autodétermination. Ils font partie intégrante tant du système de santé national, dont ils sont la cheville ouvrière et le foyer principal que du développement économique et social d'ensemble de la communauté. Ils sont le premier niveau de contacts des individus, de la famille et de la communauté avec le système national de santé, rapprochant le plus possible les soins de santé des lieux où les gens vivent et travaillent, et ils constituent le premier élément d'un processus ininterrompu de protection sanitaire.¹⁷³³

Au-delà de ses indéniables préoccupations catégorielles, l'EIEIS n'avait pas ménagé ses efforts pour ajouter sa modeste pierre, tant sur le territoire national qu'à l'extérieur, à ce gigantesque édifice planétaire. La France, et à plus forte raison les HCL, n'avaient sans doute pas à le regretter ni à en être honteux, d'autant plus que les autres initiatives dans ce sens furent plutôt

¹⁷³¹ OMS, Déclaration d'Alma-Ata, 12 septembre 1978, Art. I.

¹⁷³² *Id.* Art. II.

¹⁷³³ *Id.* Art VI.

rare, hormis à l'ENSP, au moins à ses débuts. Mais si le rude et bien injuste traitement qui fut localement réservé à l'EIEIS lors du grand tournant de 1978 semble difficilement compréhensible, c'est que ces nouvelles et radicales orientations puisaient leur inspiration bien au-delà de la région lyonnaise. C'est dans un contexte élargi qu'il est possible d'accéder à quelques éléments qui permettent de mieux en saisir les ressorts.

Déjà, la loi hospitalière de 1970 témoignait d'une montée en puissance des préoccupations gestionnaires dans le domaine hospitalier, comme dans d'autres secteurs du service public¹⁷³⁴. Mais le premier choc pétrolier de 1973¹⁷³⁵ et celui de 1979 contribuèrent sans aucun doute à donner à ce mouvement encore plus de vigueur, annonçant les prémises de la pénétration du NPM en France, dans ce secteur comme dans d'autres :

La crise économique qui suit les chocs pétroliers du milieu des années 1970 provoque un retournement important à travers la remise en cause de l'efficacité des politiques keynésiennes favorisant la diffusion en Europe des idées néolibérales [...] si les tentatives d'institutionnalisation échouent, les idées circulent et il existe toutefois un processus de « double transfert : transfert de savoir de gestion privé vers le secteur administratif, transfert de méthodologies et de formes d'enseignement développées aux États-Unis et importées en France ». Des formations sont mises en œuvre, des ouvrages sont publiés : on assiste rétrospectivement à la mise en place des conditions nécessaires au succès des années 1990.¹⁷³⁶

Ailleurs, Émilien Ruiz évoque quelques éléments concrets relevant de cette idéologie à l'influence grandissante et repérables précocement dans les manuels de gestion du personnel du secteur public :

En France, dès les années 1970, la gestion des ressources humaines du secteur public a été considérée comme un « problème » dans les premiers manuels de « nouvelle gestion publique ». Cette approche prône les principes généraux du NPM pour une « conception plus compétitive » de la GRH. Ceux-ci sont dirigés vers :

- plus de rigueur dans le système de notation
- une rémunération au rendement
- une possibilité accrue de la mobilité interne
- le développement d'une véritable politique de formation continue.

¹⁷³⁴ Bien avant l'influence du *New public Management* (NPM), caractérisé par la pénétration du langage, des méthodes et des pratiques du secteur privé dans le secteur public, la « révolution managériale » importée des États-Unis affecta directement le secteur public dès la fin de la Seconde Guerre Mondiale. Et ce fut même par son intermédiaire et notamment les « hauts fonctionnaires modernisateurs » que le secteur privé s'en inspira à la même époque. Émilien RUIZ, La diffusion française des savoirs managériaux. Le NPM et la question des effectifs de l'État (3). URL : <https://compter.hypotheses.org/724>. Consulté le 4 juillet 2018.

¹⁷³⁵ L'EIEIS en ressentit très concrètement les effets immédiats. La présentation du budget en 1974 fit état d'une augmentation de 37% des « dépenses de combustibles ». PV de la réunion du Conseil de direction de l'EIEIS du 18 novembre 1974, *op. cit.*

¹⁷³⁶ Émilien RUIZ, La diffusion française des savoirs managériaux... *op. cit.* La citation dans le texte est de Philippe BEZES, L'État et les savoirs managériaux : essor et développement de la gestion publique en France, in François Lacasse, Pierre-Éric Verrier, *30 ans de réforme de l'État. Expériences françaises et étrangères : stratégies et bilans*, Paris, Dunod, 2005, p 18.

La politique de recrutement fut aussi remise en cause, les adeptes français du NPM professant la nécessité d'une « démocratisation » du recrutement (abaissment de certains niveaux de diplômes, encourager les promotions internes au mérite...).¹⁷³⁷

Ces considérations permettent d'éclairer le contexte général ayant pu, au moins partiellement, déterminer le sort finalement réservé aux infirmières générales au niveau national et la mutation de l'EIEIS en IISFCS à Lyon à la fin de cette décennie. Les analyses d'un ancien directeur de l'ENSP (1986-1993) et historien de cette École¹⁷³⁸, confirment assurément cette hypothèse. Elles renseignent en effet très précisément sur ce qui se joua durant les mêmes années dans le secteur de la Santé, notamment en termes de pénétration de l'idéologie caractéristique du NPM au sens de la tentative « d'insérer des savoirs qui [étaient] vus comme la panacée dans le secteur privé »¹⁷³⁹. Tout d'abord, l'auteur constate, à partir de 1966, un glissement à peine perceptible de ce qu'il appelle le centre de gravité de l'École, « de la santé publique vers l'administration de la santé » :

Il est significatif de constater que les formations abandonnées, comme la section « nutrition » et la section des professions paramédicales, étaient nettement orientées vers la santé publique, tandis que les nouvelles missions relèvent plus du domaine de l'économie, de la gestion et de l'organisation administrative : la section « planification sanitaire », largement destinée aux médecins auxquels une nouvelle orientation est proposée, ou comme la création de la formation (en cours d'emploi) des infirmiers généraux hospitaliers ou des directeurs d'hôpital de 4^{ème} classe. La formation, en 1975, à travers un partenariat avec l'université technologique de Compiègne (UTC), d'ingénieurs biomédicaux hospitaliers va dans le même sens.¹⁷⁴⁰

L'auteur souligne aussi que l'ENSP, dirigée par des médecins jusqu'en 1975, le fut par des énarques ou des administratifs à de rares exceptions près par la suite. De même, le caducée disparut du logo de l'école en 1982, symbole, s'il en fût, de la démedicalisation de l'établissement au profit de la gestion et du management :

Il me paraît significatif que le directeur des hôpitaux, Jean de Kervasdoué en l'occurrence, ait passé en 1984 un contrat avec HEC¹⁷⁴¹ pour organiser à l'attention des directeurs d'hôpital une formation en management « pur et dur »¹⁷⁴², qui a effectivement eu lieu dans le temple du *business*, sur le campus de Jouy-en-Josas. Cette expérience a connu une suite intéressante avec la reprise par l'École, en 1988, [...] de la formation « Hôpital plus », offerte chaque année à une vingtaine de directeurs d'hôpital accédant à

¹⁷³⁷ Émilien RUIZ, Le New public management et la question des effectifs de l'État (1). URL : <https://compter.hypotheses.org/670>. Consulté le 4 juillet 2018.

¹⁷³⁸ Christian ROLLET, *La Santé publique en France : un cas d'école... op. cit.*

¹⁷³⁹ Émilien RUIZ, La diffusion française des savoirs managériaux... *op. cit.*

¹⁷⁴⁰ Christian ROLLET, *La Santé publique en France : un cas d'école... op. cit.*, p 88.

¹⁷⁴¹ École des hautes études commerciales. Note ajoutée par nous.

¹⁷⁴² *Le corps des directeurs d'hôpital, entre logique professionnelles et régulation d'État*, rapport de recherche pour la mission de recherche (MIRE) du ministère, sous la responsabilité de F.-X. Schweyer, septembre 1999. Note figurant dans le texte.

la fonction de chef d'établissement. Le succès de cette initiative, une sorte d'« École de guerre » du management hospitalier, s'est situé au-delà des espérances et dure encore.¹⁷⁴³

Ce dernier indice, de même que la métaphore de l'école de guerre, montrent l'irruption puissante et durable du NPM dans l'hôpital public dès le milieu des années 1980, dans un contexte de pression de plus en plus forte des gouvernements sur l'ENSP pour former « des élèves efficaces et bons gestionnaires ». En 1981 le ministre de la Santé Jack Ralite, en visite à l'ENSP, déplora, dans son discours, ce déplacement d'objet de l'établissement :

Force est de constater qu'au cours des dernières années l'École a changé d'orientation et si le terme de santé publique figure toujours dans sa dénomination, elle est progressivement devenue une école d'application administrative [...] Vous devez cesser d'être un service extérieur du ministère.¹⁷⁴⁴

Le ministre commanda une mission de réorganisation des enseignements dans les suites de cette visite. Le rapport qui en résulta fut communiqué l'année suivante. Il ne fut pas suivi d'effets¹⁷⁴⁵, hormis sur la création à l'École de départements « agrégeant des disciplines et des champs de connaissances voisins » explicitement placés au service des filières professionnelles. Le tournant dit de la rigueur au printemps 1983 ne contribua assurément pas à atténuer la pression de l'État sur la gestion des hôpitaux publics, d'autant que le ministre Ralite changea de portefeuille pour l'Emploi à cette occasion, pour laisser la place au secrétaire d'État à la Santé Edmond Hervé. Dans le champ de la santé comme ailleurs, le NPM avait donc des jours de plus en plus florissants devant lui, indépendamment des partis au pouvoir¹⁷⁴⁶.

S'agissant du moment où le tournant s'opéra à l'EIEIS, le ministre Jacques Barrot, successeur de Simone Veil, donna le ton dès 1979 en adressant la première lettre de mission ministérielle dans l'histoire de l'ENSP à son nouveau directeur, Louis Picard, qui officia jusqu'en 1982 :

Le ministre définit l'ENSP comme « une grande école d'application de la santé publique et d'administration sanitaire et sociale » chargée de donner à son administration des cadres plus efficaces et plus dynamiques ; elle doit « renforcer l'efficacité des services, promouvoir des méthodes modernes de gestion, permettre au personnel de s'adapter à l'évolution de la législation ». Le ministre demande au directeur de renforcer l'intégration de l'École dans les structures du ministère et de confirmer son renom au plan national et international [...] ¹⁷⁴⁷

¹⁷⁴³ Christian ROLLET, *La Santé publique en France : un cas d'école... op. cit.*, p 90-91.

¹⁷⁴⁴ Cité par Christian ROLLET, *id.*, p 91.

¹⁷⁴⁵ Le logo de l'ENSP perdit d'ailleurs son caducée la même année.

¹⁷⁴⁶ Alors que le « tournant néolibéral » intervenu de la fin des années 1960 aux années 1980 est le plus souvent associé aux néoconservateurs anglo-américains, plusieurs travaux sur l'émergence de ce courant comme contexte au développement du NPM ont mis en évidence que « les partis de gauche au pouvoir en Europe au cours de cette période se sont souvent convertis à tout ou partie des concepts prônés par cette doctrine ». Émilien RUIZ, *Le New public management... op. cit.*

¹⁷⁴⁷ Christian ROLLET, *La Santé publique en France : un cas d'école... op. cit.*, p 96.

Ces recommandations entrent remarquablement en résonance avec le projet lyonnais du nouveau Directeur général qui ne manquait assurément pas d'ambition et semblait en position de vouloir relever, au moins partiellement, le même type de défi dans une logique concurrentielle à peine voilée. Enfin, si M. Barrot reconnut dans la même lettre la nécessité de développer des activités de « recherche appliquée », il entoura cette perspective de remarquables précautions :

« [...] il faut prendre garde que cette activité ne se développe d'une manière autonome, rapprochant les enseignants des préoccupations traditionnelles de carrière universitaire, mais les éloignant des contraintes de l'administration ». ¹⁷⁴⁸

La volonté de contrôle de l'État sur les activités de ce qu'il voulait être une « école d'application » ne pouvait être plus limpide¹⁷⁴⁹. Dans un système aussi hiérarchisé, cette attitude surplombante du ministre ne pouvait que conforter la décision de placer l'ancienne et libre EIEIS sous la coupe vigilante du directeur du nouvel Institut. Dans ce contexte de promotion de « méthodes modernes de gestion », c'est-à-dire fortement inspirées d'un NPM de plus en plus en vogue même s'il n'en était qu'à ses débuts, le primat était délibérément donné à l'administration et à la gestion de la santé sur les questions de santé publique, dans le droit fil des évolutions constatées à l'ENSP. Or si l'administration faisait partie intégrante du projet de l'EIEIS, comme l'indiquaient les titres des programmes qu'elle offrait, les soins infirmiers comme discipline en construction au service de la santé publique en constituaient le fondement. Aux antipodes d'une école d'application, l'EIEIS était expérimentale par création et donc par définition. Nul ne pouvait lui prescrire ce qu'il y avait à appliquer, puisque les soins infirmiers au sens du service qu'ils rendaient directement à la population et non plus seulement à la profession médicale dans le cadre de la division ancienne du travail, restaient largement à explorer, inventer et formaliser par les infirmières elles-mêmes. L'équipe enseignante de l'EIEIS, puis progressivement certains étudiants qui en étaient diplômés, avaient d'ailleurs plutôt pris l'habitude de nourrir les chefs de bureau parisiens en leur fournissant les idées qu'ils n'avaient pas que l'inverse. Tout au plus les infirmières françaises pouvaient-elles emprunter des connaissances, méthodes ou techniques à d'autres pays plus en avance, eux-mêmes ayant été pendant longtemps en phase de découverte et d'expérimentation. Devant ce qui apparaissait comme un conflit majeur d'objectifs, les énergiques décisions directoriales ne produisirent donc pas nécessairement les effets escomptés. C'est que les décideurs avaient peut-être omis de prendre en compte que depuis plus de dix ans, la directrice de l'EIEIS et son adjointe, accompagnées de la petite équipe caractérisée par des personnalités parfois fort complexes

¹⁷⁴⁸ *Ibid.*

¹⁷⁴⁹ En 1981, soit deux ans plus tard, un rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS), mit en évidence un « comportement trop dirigiste et peu stratégique du ministère » à l'égard de l'ENSP, allant jusqu'à qualifier la formation s'y déroulant de « séances d'"instruction" des élèves par les chefs de bureau parisien ». Si le trait était un peu épaissi, il n'en restait pas moins que les responsables de l'École se plaignaient « parfois que l'institution soit "à la botte" du ministère ». *Id.* p 90.

qu'elles dirigeaient, avaient, entre autres, montré leur ténacité, affiné leur sagacité, expérimenté les vertus de la négociation comme celles de la désobéissance, et qu'elles étaient même capables de belles performances dans tous ces exercices. Malgré tout ce qui arrivait, la rupture avec la vie d'avant ne fut pas spectaculaire, pas même en ce qui concernait l'adaptation à la nouvelle conjoncture, condition pourtant nécessaire à la survie.

Au sein du DEIS : continuer sur la lancée de l'EIEIS, au risque d'un isolement au niveau local et national

Comme elle n'était pas tombée de la dernière pluie, l'équipe de l'EIEIS s'était préparée bien avant les décisions finales. Une réunion interne, à laquelle furent conviés quelques étudiants de 1^{ère} et de 2^{ème} année, y fut consacrée le 17 décembre 1976. L'objet de cette rencontre consistait en une réflexion stratégique sur la crise alors traversée par l'École¹⁷⁵⁰. Cette discussion était une parfaite illustration, comme l'évoqua Huguette Bachelot, des capacités de l'équipe à dépasser un individualisme exacerbé confinant parfois à l'égotisme, pour former un collectif compact quand le combat s'avérait nécessaire. Catherine Mordacq avait alors posé directement la question de l'avenir de l'École, devant le constat d'un impossible *statu quo* : « soit changer selon l'optique de l'administration, soit conquérir son indépendance financière ». La question de l'indépendance financière sonnait comme un lointain écho aux craintes formulées avec insistance par Marjorie Duvillard près de 15 ans plus tôt, avant même la création de l'EIEIS. Cette solution eût en effet réglé bien des problèmes. Mais elle fut vite abandonnée, peut-être en raison de l'échec assez cuisant de la tentative précédente pourtant conduite avec le soutien de la talentueuse consultante. Il restait donc la possibilité de se fondre dans le nouveau paysage, sans perdre son âme. Marie-Françoise Collière suggéra de « ne pas changer les finalités de l'école, mais seulement les structures ». En d'autres termes elle envisageait de faire comme si de rien n'était. Dans le même ordre d'idées, André Montésinos, sans aucun doute plus ouvert à la négociation que sa collègue, proposa pour que la situation fût tenable de poursuivre le même type de formation, en s'efforçant de réfléchir à la participation à des formations de type pluridisciplinaire. Outre que cette approche était conforme à la tendance en vogue, elle ne rencontra aucune hostilité de principe tant elle semblait cohérente. Il souleva néanmoins le risque d'une trop forte augmentation de la formation permanente, qui pourrait se faire aux dépens de la formation telle qu'elle était conçue jusqu'alors. Il mit aussi en évidence les soutiens dont l'EIEIS pouvait bénéficier, comme certains administrateurs de la santé, ou encore

¹⁷⁵⁰ Fonds Marie-Françoise Collière, Salles d'Aude. Compte rendu de réunion « Travail Ecole sur le Conseil de direction de l'E.I.E.I.S. » 17 décembre 1976. Les objectifs de cette réunion qui dura 3 heures étaient les suivants : 1) Harmoniser l'information - 2) Donner son point de vue - 3) Prendre des orientations. Il s'agissait là d'une véritable réunion de crise consistant à étudier les points de vue échangés au dernier Conseil de direction et à envisager l'avenir. Huguette Bachelot, en arrêt de travail pour des raisons de santé n'était pas présente, de même qu'Élisabeth Stussi, qui avait peut-être déjà sérieusement envisagé son avenir ailleurs qu'à l'EIEIS. L'association des étudiants à ce type de réunion confirmait aussi que toutes les occasions de former ces derniers à l'analyse des problèmes inhérents à leur profession en mouvement étaient saisies, même dans les moments les plus critiques.

l'université. Il suggéra par ailleurs de « développer le soutien des cadres hospitaliers, de la profession enseignante et soignante, des médecins », proposition qui en disait assez long sur le travail qui restait à faire et qui n'avait peut-être pas été suffisamment pensé jusqu'alors, dans le feu d'une action fort dense par ailleurs. Si l'équipe était bien consciente de ne pas être seule au monde, il lui restait à montrer plus activement qu'elle y était ouverte, même si elle avait déjà largement commencé ce travail par le biais des activités de plus en plus dense de formation continue qu'elle dispensait sur l'ensemble du territoire. Pour Marie-Françoise Collière, qui s'appuyait sans doute sur ce qui était arrivé aux infirmières générales, « les responsables hospitaliers ne [voulaient] pas que les infirmières pensent, et l'équipe de l'école ne [pouvait] prendre toutes les initiatives et responsabilités ». Pour Catherine Mordacq, il était en effet « plus important de penser, d'expérimenter, d'écrire pour l'évolution professionnelle que de se battre pour cette structure » dont elle avait d'ailleurs dit dès le début de la réunion que chercher à la sauver, telle qu'elle était, revenait pratiquement à « la couler ». Déjà, en cette fin d'année assez sombre, se profilait donc la solution moyenne qui consistait à s'aménager une place dans la nouvelle configuration, en essayant de sauver l'essentiel. Cette préparation de l'équipe, consciente du rapport de force en sa défaveur sans être résignée, explique sans doute que ni les séances du groupe de travail sur le « redéploiement », ni l'annonce de la décision finale ne soulevèrent de virulents conflits. L'équipe était d'autant plus fragilisée qu'elle traversait au même moment une période de turbulences. Huguette Bachelot avait quitté la direction pour occuper un poste d'enseignante. Catherine Mordacq avait accepté d'assurer l'intérim, à la condition de ne pas s'éterniser à ce poste¹⁷⁵¹. Alors que personne ne l'attendait plus sur cette scène, Nicole Mennesson, alors infirmière générale aux HCL, repris du service à la demande du Directeur général. Celui-ci lui demanda en effet, non pas comme un service mais comme un devoir, de prendre la barre pour franchir le cap difficile de la transformation de l'École¹⁷⁵². Il s'agissait sans doute là d'un très rare sinon de l'unique cas où le retour sur investissement d'une fort coûteuse formation fut attendu pendant aussi longtemps. Elle s'acquitta de cette tâche délicate de novembre 1978 au 1^{er} avril 1980, date à laquelle elle fut réintégrée comme infirmière générale à l'Hôpital « neuro cardiologique » aux HCL¹⁷⁵³, là où son successeur à la direction du DEIS avait officié comme surveillant chef puis infirmier général adjoint de 1972 à 1978.

¹⁷⁵¹ Elle garda un très heureux souvenir du moment où l'ensemble de l'équipe lui demanda explicitement d'y demeurer. Mais elle y renonça, préférant déployer son énergie autrement que dans les questions administratives, budgétaires et de gestion où elle avait vu s'activer Huguette Bachelot avec talent et persévérance pendant tant d'années, en plus de ses nombreuses autres activités. La direction des études et l'enseignement avaient sa nette préférence par rapport à la direction de l'École comme entreprise. Entretien des 2 et 3 décembre 2010.

¹⁷⁵² Elle traduisit cet épisode de façon assez laconique dans son CV : « 20 novembre 1978 – Détachement (demandé par la Direction Générale des H.C.L.) pour exercer les fonctions de directrice à l'École Internationale d'Enseignement Infirmier Supérieur devenue Département d'Enseignement Infirmier Supérieur. Accord pour un an. 20 novembre 1979 – Attente pour réintégration au poste d'Infirmière Générale dans un établissement des HCL ».

¹⁷⁵³ Archives EIEIS, dossier enseignants. Lettre du secrétaire général des HCL à Nicole Mennesson, le 24 mars 1980.

René Magnon fut donc recruté la même année comme directeur technique du DEIS pour la remplacer. C'était d'ailleurs le seul candidat dans l'équipe. Lui-même évoqua plus tard, une « candidature par défaut »¹⁷⁵⁴, preuve parmi d'autres que le poste était considéré comme à hauts risques. Il était arrivé à l'École la fin de l'année 1978 comme enseignant pour remplacer Elisabeth Stussi. Né à Bègles, département de la Gironde, le 29 août 1935¹⁷⁵⁵, il suivit des études primaires puis secondaires jusqu'en classe de troisième. Son père était tripier, à la tête d'une entreprise florissante héritée de son père, lequel s'était fait une spécialité de cuisiner et commercialiser des tripes à la mode de Caen dans la région bordelaise et au-delà. De l'activité originelle, son père ne conserva que l'atelier de boyauderie dans lequel étaient employées près d'une dizaine d'ouvrières et un commerce de triperie au marché central des Capucins de Bordeaux. Sa mère travaillait dans l'entreprise familiale. Son père acquit une certaine notoriété jusqu'à devenir président de la chambre syndicale des maîtres tripiers. L'enfance de René Magnon fut plutôt heureuse dans un milieu certes laborieux, mais où l'argent de manqua pas pendant longtemps. Néanmoins, des revers de fortune inattendus dans l'entreprise le firent quitter le domicile familial à 16 ans pour aller vivre chez un oncle et une tante à Novillars dans le département du Doubs. Son oncle, ingénieur, y avait été nommé chef du bureau d'études d'une usine de fabrication de pâte à papier. Il y travailla pendant un an comme commis au bureau d'études, puis au laboratoire de l'usine. Il découvrit alors le monde du travail et, dans son second emploi, le rythme de travail des ouvriers, puisque le laboratoire suivait la production nuit et jour. Alors que le chef du personnel de l'usine voulait l'envoyer dans une école d'ingénieur à Grenoble après son service militaire, il avait plutôt comme projet de devenir assistant social et commença à faire des démarches dans ce sens. Mais au moment de la conscription, son affectation dans le Service de santé des Armées le fit littéralement changer d'avis. Son attrait pour la profession d'infirmier fut confirmé par une première expérience dans un centre médico-social à Coblenz en zone occupée en Allemagne, puis d'un an en Algérie dans une équipe chirurgicale à l'hôpital militaire de Colomb-Béchar. Il fut marqué à cette occasion par l'humanité d'un capitaine chirurgien qui selon lui, « portait haut l'acte de soigner les hommes en guerre ». Cette rencontre le conforta définitivement dans son orientation professionnelle. A son retour d'Algérie en 1957, il quitta Novillars pour Lyon, dans le but de se former comme infirmier. Dans l'attente de préparer le concours d'entrée à l'école des HCL qui acceptait des hommes depuis seulement « deux promotions » et sans doute influencé par les pères blancs, avec lesquels il avait eu de nombreux contacts¹⁷⁵⁶, il fut recruté en 1958 à l'Hôpital Saint Jean de Dieu pour y suivre une formation d'infirmier psychiatrique à l'école des

¹⁷⁵⁴ Entretien du 29 mars 2013.

¹⁷⁵⁵ Les informations suivantes sont issues du CV, de l'entretien avec l'intéressé le 29 mars 2013 et d'un opuscule à visée historique de 84 pages rédigé par ses soins et destiné à sa famille, qu'il nous a aimablement remis : *Une simple histoire de famille*. Ce document est un témoignage supplémentaire de son rapport intense et particulier à l'histoire.

¹⁷⁵⁶ Ces religieux, « missionnaires d'Afrique », furent particulièrement actifs en Algérie. De religion catholique et profondément croyant, René Magnon fut si impressionné à leur contact que l'idée d'entrer dans les ordres « le traversa ».

« frères » appartenant à l'ordre du même nom qui avaient le silence pour règle. Il obtint son diplôme d'infirmier en psychiatrie en 1960. La même année, il épousa Thérèse, une jeune élève infirmière qu'il avait rencontrée l'année précédente « sur les bords du Rhône » et qui l'avait semble-t-il convaincu définitivement de renoncer à entrer dans les ordres. Celle-ci obtint son diplôme juste après le mariage, après avoir donné quelques frayeurs à la directrice de l'école qui n'avait jamais vu un tel événement se dérouler dans la vie d'une de ses élèves avant de passer les épreuves pour le diplôme d'État. Il prépara alors le diplôme d'État d'infirmier à l'école des HCL et l'obtint en 1962 avec le rang de major de la Région. Bien qu'il fût l'un des rares élèves libres de l'école, c'est-à-dire sans contrat, il travailla d'emblée aux HCL. Après un an en gériatrie, il exerça jusqu'en 1966 dans le service de psychiatrie du Pr Dechaume, à l'hôpital neurologique. Il adhéra à la CFDT jusqu'au moment où il prépara le CAFIS qu'il obtint en 1967. S'il gardait quelque sympathie pour cette organisation syndicale, il ne voulait pas « mélanger les genres » pour garder les coudées franches dans son activité de cadre, sans que cela ne lui fût reproché du côté de la CFDT¹⁷⁵⁷. Il exerça alors comme surveillant d'un service de neurochirurgie de l'Hôpital neurologique jusqu'en 1970, date à laquelle il entra à l'EIEIS où il prépara le DUEIS qu'il obtint en 1972. Dès lors, il exerça comme surveillant chef puis infirmier général adjoint à l'Hôpital neurologique et cardiologique des HCL jusqu'à son recrutement comme enseignant à l'EIEIS en 1978.

Le parcours de René Magnon retient l'attention pour de nombreuses raisons. Tout d'abord, c'était la première fois que l'EIEIS recrutait un ancien étudiant. De plus, en écartant le cas d'André Montésinos dont nous n'avons pu véritablement établir les origines sociales, il s'agissait aussi de la première recrue qui n'était pas un héritier au sens bourdieusien. S'il avait connu une enfance aisée du point de vue économique et profité brièvement d'un capital symbolique du fait de la reconnaissance sociale relative de son père dans son milieu professionnel et donc dans la cité, cela ne dura pas et il dut, très jeune, subvenir à ses propres besoins, bénéficiant toutefois d'un réseau familial très aidant. Du point de vue culturel, il fut dans l'obligation d'interrompre ses études très tôt et ses parents n'avaient probablement pas une formation scolaire dépassant le niveau des études primaires. Malgré tout, cet infirmier connut une carrière fulgurante et se retrouva, à 37 ans seulement, à la tête du service infirmier d'un grand hôpital des HCL. Mais si cela avait été possible, c'était grâce à l'EIEIS dont il était un pur produit, à tel point qu'il fut recruté, non seulement pour y enseigner, mais plus tard, pour diriger ce qu'il en restait et tenter d'assurer sa pérennité. Héritier de l'EIEIS en quelque sorte, il était donc un exemple certes exceptionnel, mais néanmoins significatif de la capacité de cette institution à fabriquer une élite pour porter ses idéaux, en son sein comme à l'extérieur. Elle

¹⁷⁵⁷ En mai 1968, le personnel de son service s'absentait tous les jours à 11 heures pour l'assemblée générale dans le hall de l'hôpital, lui laissant la responsabilité de la surveillance des malades. L'infirmière déléguée CFDT lui proposa un jour d'inverser leurs rôles, ce qu'il accepta pour aller entendre lui aussi ce qui se disait à cette assemblée qu'il qualifiait volontiers de « happening complet ».

apparaissait aussi comme un instrument capable d'ébranler, fût-ce modestement, le déterminisme social qui avait jusqu'alors marqué ce type de recrutement en France. Lors de son passage dans cette École, René Magnon bénéficia, selon ses propres termes, d'« un solide apport intellectuel et humain, puisé dans le creuset d'une profession et à l'Université » qui firent de sa formation à la fois un tremplin et un catalyseur. Lorsqu'il arriva à l'EIEIS comme enseignant en 1978, il avait déjà publié 21 articles dans la presse professionnelle depuis 1973. Ce fut sans doute cette capacité de publication qui poussa Huguette Bachelot à lui confier la rédaction en chef des *Cahiers de l'AMIEC* dès 1975. En 1976, il prépara et obtint un Certificat de psychologie médicale à l'université de Lyon I et entreprit rapidement des études d'histoire. Autant de signes d'un décollage fulgurant, à partir de l'EIEIS, pour un parcours qui n'était pas près de s'arrêter¹⁷⁵⁸. C'était donc ce directeur technique pour le moins dynamique, à la fois porteur et garant, avec l'équipe enseignante, de l'héritage de l'EIEIS, c'est-à-dire de ses objectifs et de ses valeurs, qui fut chargé de la direction technique du DEIS en 1980.

Les temps troublés d'alors n'empêchèrent pas l'ensemble de l'équipe de gagner en qualification académique, aux côtés d'André Montésinos qui avait ouvert la marche. Catherine Mordacq soutint avec succès sa thèse de doctorat de troisième cycle en sciences de l'éducation en 1980. Marie-Françoise Collière et René Magnon obtinrent un DEA d'histoire en 1982. Lorsque Huguette Bachelot prit sa retraite en 1982¹⁷⁵⁹, Geneviève Charles, elle aussi ancienne étudiante de l'École et titulaire d'un doctorat de troisième cycle en psychologie de l'éducation depuis 1977, fut recrutée comme enseignante pour la remplacer. Ces trois derniers travaillèrent entre autres, chacun et chacune à sa manière à l'ébauche d'une histoire de la profession d'infirmière en France¹⁷⁶⁰. Les travaux de tous ces diplômés de troisième cycle concernaient directement la profession d'infirmière ou les soins infirmiers et participèrent indéniablement à l'effort de construction identitaire du groupe professionnel, en pleine cohérence avec les objectifs initiaux de l'EIEIS. Cette dynamique, assortie de la poursuite d'une intense activité d'écriture et de publication des uns et des autres¹⁷⁶¹, montrait que l'équipe avait retrouvé un rythme difficile à

¹⁷⁵⁸ Voir *infra*.

¹⁷⁵⁹ Elle intervint alors sur des thèmes qui lui étaient chers dans le cadre du Groupe de Recherche et d'Intervention pour l'Éducation Permanente des Professions Sanitaire et Sociales (GRIEPS). Ainsi, la structure qu'elle avait amplement aidé à créer, animée par une ancienne étudiante, devint son propre employeur. À partir de 1985, elle exerça les fonctions de psychologue superviseur de psychothérapies de groupes ou individuelles, toujours au GRIEPS, tout en approfondissant sa propre formation psychologique dans le champ de l'analyse des rêves, de l'EMDR (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*- retraitement et désensibilisation par mouvement oculaire) ou de l'hypnose ériksonienne. En 1990, elle quitta le GRIEPS pour exercer comme psychologue en mode libéral jusqu'en 2001. Elle prit alors sa retraite, à 78 ans. À compter de cette date, elle se contenta d'une activité de conteuse itinérante, de grande lectrice et de joueuse de bridge, tant que ses yeux le lui permirent. Elle décéda le 29 juin 2017, à presque 94 ans.

¹⁷⁶⁰ Voir historiographie introduction générale.

¹⁷⁶¹ Si Sanky Raine ne prépara pas de diplôme supérieur, elle publia un ouvrage au début de la décennie, en collaboration avec l'infirmière américaine qui était venue enseigner les méthodes de recherche à l'EIEIS. Son titre montrait une ouverture au monde certaine du DEIS. Judy OZBOLT, Sanky RAINE, *La profession d'infirmière aux États-Unis*, Paris, Le centurion, 1981.

freiner. Un document rédigé en mai 1982¹⁷⁶² témoigne de cette vigueur retrouvée et des capacités certaines de résilience de l'équipe après les épreuves de la fin des années 1970. Il s'agissait là pour elle, à la fois d'assurer la promotion de l'École et, au terme d'une analyse de la situation où elle se trouvait, de plaider pour son maintien au niveau qu'elle avait atteint, sous certaines conditions. Consciente que la mémoire de l'EIEIS, qui méritait indéniablement quelques éloges à ses yeux, n'était et ne serait assurément ni portée ni honorée par le nouvel Institut, l'équipe préféra faire le travail elle-même dans une longue introduction habilement placée sous le manteau protecteur de l'OMS :

Les objectifs poursuivis par l'ECOLE INTERNATIONALE D'ENSEIGNEMENT INFIRMIER SUPERIEUR, depuis sa création en 1965, sont en étroite relation avec ceux développés par l'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE.

En effet ces dernières années, cette Organisation Internationale tente de promouvoir des politiques de soins qui contribuent avant tout aux besoins de santé des populations. Ses orientations sont d'autant plus renforcées à l'heure actuelle, que les politiques de santé dans de nombreux pays, y compris ceux des sociétés occidentales, deviennent sur un plan économique des préoccupations majeures pour leurs dirigeants.

Depuis une vingtaine d'années, la profession infirmière en France, constatait le développement extrêmement important de la médecine curative, alors que les soins, le service infirmier et l'enseignement des personnels infirmiers s'enlisaient dans un sous-développement de plus en plus accusé. Ces dix dernières années, grâce aux réformes apportées dans la formation de base, l'entrée des infirmières et infirmiers français dans la communauté économique européenne, et aux mesures prises en sa faveur : multiplicité des écoles de base et de cadres – création du grade d'infirmière générale - adoption par le parlement en 1978 d'une nouvelle définition de la profession, le service infirmier est de plus en plus conscient de sa place dans la politique de santé du pays.

Au sein de ce service infirmier, l'ECOLE INTERNATIONALE D'ENSEIGNEMENT INFIRMIER SUPERIEUR a été le précurseur en FRANCE de soins infirmiers qui visent à développer la santé de l'homme avec des moyens économiques moins coûteux, axés sur l'éducation, l'information, la prévention et qui visent aussi à maîtriser les développements technologiques pour mieux les mettre au service de l'homme sain et malade.

C'est pourquoi ce rapport a pour but de mieux faire connaître l'ECOLE INTERNATIONALE D'ENSEIGNEMENT INFIRMIER SUPERIEUR et la mission qu'elle accomplit dans le domaine de l'enseignement infirmier.¹⁷⁶³

¹⁷⁶² Fonds Marie-Françoise Collière, Salles d'Aude. Dossier d'information sur l'enseignement infirmier professionnel et universitaire à l'Ecole Internationale d'Enseignement infirmier Supérieur devenue le Département d'Enseignement Infirmier Supérieur de l'Institut International Supérieur de Formation des Cadres de Santé et à l'université de Lyon. Ce document était à l'entête des HCL et de l'université Lyon II.

¹⁷⁶³ *Ibid.* Majuscules dans le texte. Les données ainsi que les citations utilisées dans le développement suivant proviennent toutes de ce document, sauf indication contraire.

La filiation entre le DEIS et l'EIEIS fut ainsi délibérément gravée dans les usages par le langage. Si l'équipe utilisa le terme « Ecole » pour désigner le département dans ce texte pourtant rédigé 4 ans après l'ouverture de l'Institut, cette pratique continua plus tard dans tous les autres documents à visée de communication ainsi que dans les publications de l'AMIEC. Comme en attestait la structure de l'introduction à ce « rapport », il s'agissait là plutôt d'un acte réfléchi de résistance à la mise sous tutelle de cette institution que de la manifestation d'une nostalgie un peu doloriste. Ce fut d'ailleurs une réussite sur le plan de la communication car l'appellation « École internationale » subsista pour désigner le DEIS dans le langage courant.

Dans le même document, la présentation de la « philosophie et [des] objectifs » de l'École affichait la volonté de continuer ce qui avait été commencé :

Les soins infirmiers représentent pour l'école une discipline originale, basée sur une philosophie du développement de la personne et s'appuyant sur les sciences médicales, biologiques et sociales.

Les objectifs poursuivis peuvent se résumer ainsi :

- participer à l'évolution des soins infirmiers et au développement personnel des infirmiers(es) ;
- favoriser la recherche, les publications de langue française dans le domaine des soins infirmiers ;
- aider au développement des relations professionnelles internationales.

L'absence d'objectifs affichés en ce qui concernait l'interdisciplinarité, pourtant largement mise en avant dans le projet de l'Institut, laissait néanmoins transparaître comme un repli sur soi pouvant apparaître comme la revendication, fût-elle seulement suggérée, d'une sorte d'insularité peu propice aux relations avec ce dernier, et notamment avec son directeur. Ce qui pouvait générer dans le regard des autres une impression de réduction du champ de vision de l'École aux intérêts d'un seul groupe professionnel était par ailleurs fort peu tempéré par le rappel de ce qui avait l'avait guidée depuis sa création :

La préoccupation de l'école a toujours été double :

- d'une part, former des personnes à un niveau universitaire qui puisse leur ouvrir des perspectives sur certaines disciplines fondamentales et les rendre aptes à dialoguer avec les autres responsables de la santé du pays ;
- et d'autre part, les rendre capables de mieux analyser les situations professionnelles dans lesquelles, en tant qu'infirmiers ou infirmières ils vont avoir à se trouver, afin de leur permettre de résoudre plus aisément les problèmes rencontrés.

Ces deux orientations, qui visaient historiquement d'une part à permettre aux infirmiers de participer aux décisions au plus haut niveau du système de santé et d'autre part à développer leurs capacités d'action, ne furent pas assorties, 17 ans plus tard, de nouveaux objectifs affichant une volonté de coopération plus nette avec d'autres professions, après la nécessaire affirmation identitaire. C'est que du point de vue de l'équipe enseignante, le combat catégoriel n'était pas achevé, l'offensive de la nouvelle direction de l'Institut ayant sans aucun doute largement

contribué à renforcer une position défensive. De nombreux problèmes subsistaient en effet, qui avaient déjà été évoqués à de nombreuses reprises, sans trouver de solution :

Le nombre peu important d'étudiants provient d'une part des énormes difficultés financières rencontrées par les étudiants français pour suivre la formation de l'école, et d'autre part de la quasi inexistence de reconnaissance officielle accordée, jusqu'à présent, à ces diplômés. Cette non reconnaissance est particulièrement ressentie par les anciens étudiants titulaires du Diplôme Universitaire d'Enseignement Infirmier Supérieur ou de la Maîtrise de Sciences et Techniques Sanitaires et Sociales, qui, ayant réussi le concours d'infirmier général adjoint sont toutefois obligés de suivre le stage de formation de 25 semaines à l'École Nationale de la Santé Publique de Rennes.

Cette situation aboutissait, selon les auteurs, à un « gaspillage inutile des deniers publics », « sans parler du préjudice causé aux étudiants par les frais encourus et de nouvelles séparations familiales ». Elle était en outre, d'autant plus douloureusement ressentie que la « Maîtrise de Sciences et Techniques de Gestion de l'Assistance Publique de Paris » dispensait de cette formation, ce qui disqualifiait, en quelque sorte, l'École de Lyon qui avait pourtant fait ses preuves pendant longtemps¹⁷⁶⁴. Le seul avantage dont bénéficiaient les étudiants formés à l'EIEIS consistait en l'attribution de 10 points supplémentaires à ces derniers lorsqu'ils étaient candidats à la direction d'une école de cadres¹⁷⁶⁵. Dans une dernière partie du document, des « perspectives d'avenir » furent évoquées, en plus de la nécessaire reconnaissance des diplômes délivrés dans le cadre du DEIS, y compris pour l'accès au poste d'infirmier général :

A court terme [...] Nous souhaitons également la création de postes de conseil et de recherche au niveau des services infirmiers hospitaliers et extra-hospitaliers. L'extension des postes de conseillères pédagogiques sur un plan régional et national serait aussi à favoriser. Il serait aussi souhaitable de reconsidérer le problème de la formation des infirmiers généraux adjoints actuellement confiée à l'école nationale de santé publique de Rennes. Nous souhaiterions [...] que le programme de formation aboutissant à ces fonctions soit revu afin d'être au niveau de ceux exigibles pour les fonctionnaires du cadre A.

¹⁷⁶⁴ Cette disqualification apparente était en réalité moins liée aux compétences réelles de l'une ou l'autre catégorie d'étudiants une fois diplômés qu'à l'orientation de la formation. Ne fût-ce que dans son intitulé, dépourvu de l'option « soins infirmiers », la maîtrise de Paris était nettement plus conforme à l'idéologie ambiante et au NPM en plein essor. Le programme proposé permettait de former des gestionnaires et non des *leaders*, infirmiers ou autres. Elle était, à ce titre, beaucoup plus rassurante. Elle était en effet ouverte à de nombreuses professions comme les kinésithérapeutes, les laborantins ou les assistantes sociales. Si elle sacrifiait en apparence à la sacrosainte pluridisciplinarité désormais en vogue, il s'agissait là en réalité du premier acte d'un long processus de déspecialisation de l'encadrement, pour l'heure limité à son niveau supérieur. Bien plus que d'interdisciplinarité, il était question, en fait, de la dissolution des disciplines professionnelles, avant même leur affirmation, dans une unique et nouvelle discipline, construite autour des préoccupations managériales et gestionnaires. Ce plus petit dénominateur commun réussit le véritable tour de force de couper court à toute autre forme de considération, interdisant pratiquement toute velléité de pensée de type disciplinaire à ces niveaux hiérarchiques.

¹⁷⁶⁵ Arrêté du 3 mai 1977 relatif aux modalités des concours pour l'accès à l'emploi de directeurs ou directrice d'école de cadres rattachée à un établissement d'hospitalisation public. Art. 9 « Une bonification de 10 points est accordée aux candidats titulaires de certificat ou diplôme de l'école internationale d'enseignement infirmier supérieur à la condition qu'ils aient obtenu au moins 50 points ». Ce seuil était le seuil minimal d'admission au concours. La bonification n'était donc en fait prise en compte que pour le classement des candidats admis.

L'École montrait par-là que sa fonction d'aiguillon au niveau national était demeurée intacte, d'autant plus qu'à long terme, elle envisageait désormais très sérieusement le développement de formations de troisième cycle dédiées aux infirmiers :

Comme l'Organisation Mondiale de la Santé l'avait recommandé dès la création de l'école, nous souhaiterions, après avis d'une commission d'étude, l'intégration de l'Enseignement Infirmier Supérieur dans des structures universitaires rattachées à plusieurs U.E.R. (Sciences humaines et sociales, Economie et Gestion, Médecine ...) Cette plus grande implantation dans l'université, permettrait d'envisager la création d'un « Doctorat en soins infirmiers » (actuellement ce doctorat ne peut se préparer qu'à l'étranger. Cependant, plusieurs infirmiers et infirmières français ont soutenu depuis 1975 des thèses de doctorat de 3^{ème} cycle en psychologie, sciences de l'éducation, économie, démographie). Cette transformation impliquerait la nécessité de donner à des infirmiers(es) les moyens en temps et en argent leur permettant d'acquérir les titres nécessaires pour enseigner à l'université.

Le lieu possible de cette réalisation n'était pas précisé, ce qui attestait que l'équipe avait conscience de n'être plus unique en son genre, même si elle avait été la première sur les rangs. Ceci ne l'empêcha pas de glisser à la fin de son exposé que de telles perspectives étaient envisageables à Lyon, tant du point de vue de l'Institut¹⁷⁶⁶ que de l'université. En cohérence avec l'idée du doctorat, l'intérêt de la recherche fut abordé, sous l'angle sanitaire et de ses avantages économiques :

Le développement de la recherche infirmière contribuerait efficacement à une vision renouvelée des problèmes de santé. Il permettrait l'élaboration de solutions tenant compte des impératifs économiques actuels et d'une volonté de promotion de la santé en mettant l'accent sur les soins de santé primaire, le développement de la prévention et de l'éducation sanitaire tant en milieu extra-hospitalier qu'hospitalier. Cette recherche pourrait se développer sous l'impulsion conjointe de l'Université, de l'organisation Mondiale de la Santé et des structures existantes sur un plan local, régional et national.

Les programmes offerts par l'École étaient bien sûr présentés dans le même document, y compris en ce qui concernait la formation professionnelle continue, activité qui fit l'objet d'un opportun rappel historique qui montrait que là aussi, l'EIEIS avait été pionnière :

[l'E.I.E.I.S.] a été également dans ce domaine un précurseur. Les programmes qu'elle a proposés ont eu dans la profession infirmière un impact profond sur l'évolution de la conception des soins et en particulier, de leur organisation. Par ailleurs, l'école a été le promoteur de la formation des infirmières stomathérapeutes¹⁷⁶⁷, d'une formation pour infirmiers hygiénistes. Ces actions peuvent se regrouper en quatre grandes rubriques :

¹⁷⁶⁶ La question fut en effet abordée au Conseil de l'Institut en 1981. M. Contis fit part de son souhait de voir se développer « un doctorat de soins infirmiers comme prolongement naturel de la maîtrise de sciences et techniques sanitaires et sociales ». PV de la réunion du Conseil de l'IIFCS du 24 novembre 1981. Registre...*op.cit.*

¹⁷⁶⁷ « On peut définir la stomathérapie comme la maîtrise des connaissances techniques et des principes de la relation d'aide, qui doivent permettre au malade stomatisé de retrouver son autonomie, le plus rapidement possible après l'intervention, afin de pouvoir reprendre une vie personnelle, familiale, professionnelle et sociale normales.

- I - Soins infirmiers (généraux, de psychiatrie, de santé publique) ;
- II - Education¹⁷⁶⁸ ;
- III - Organisation du travail et sociologie (dont préparation au concours d'infirmier (e) général adjoint(e) depuis 1975-1976)¹⁷⁶⁹ ;
- IV – Recherche en soins infirmiers.

Si les domaines abordés étaient incontestablement variés, ils demeuraient, certes assez logiquement, très centrés sur les soins infirmiers et faisaient assez peu de place aux approches interdisciplinaires, voire interprofessionnelles, hormis le champ couvert par André Montésinos qui s'y prêtait beaucoup plus. Cet affichage n'était donc sans doute pas non plus pour rassurer le directeur de l'Institut. La formation longue, quant à elle, était disciplinaire par définition des diplômes auxquels elle préparait.

Les stomathérapeutes sont des infirmières ayant suivi un enseignement et satisfait à un examen constatant qu'elles ont le niveau de compétence requis pour exercer la stomathérapie » Catherine Mordacq, Première formation d'infirmières entérostomathérapeutes en France aux Hospices Civils de Lyon, novembre 1978. Archives EIEIS. Il s'agit de la copie d'un dossier consacré à la stomathérapie, vraisemblablement issu d'une première publication d'une revue spécialisée, sans doute à diffusion très restreinte, dont nous n'avons pas retrouvé la source. Une intervention de stomisation consiste à aboucher un organe creux, digestif ou urinaire, à la peau. En 1976, Suzanne Montandon, surveillante dans le service du Pr Guillaumin aux HCL, fut envoyée par celui-ci aux États-Unis pour se former auprès d'un médecin qui avait mis au point cette activité pour les infirmières, conjointement avec une patiente stomisée. Elle revint avec la capacité et le titre d'entérostomathérapeute. Avec l'aide de Catherine Mordacq pour tous les aspects pédagogiques et organisationnels, elle mit au point une formation de 5 semaines dans le cadre de l'EIEIS, laquelle avait pour objet de diffuser cette compétence particulière dans le milieu infirmier français. De nombreux médecins des HCL et de la France entière participèrent à cette formation, aux côtés de Suzanne Montandon, mais aussi de psychologues et de diététiciennes. *Ibid.* Il s'agissait là de la première formation clinique spéciale en soins infirmiers qui n'était pas une spécialisation. Cette initiative ouvrit la voie à ce qui fut plus tard désigné comme des « pratiques avancées », certes envisagées avec une beaucoup plus grande envergure. « Il y a deux manières de concevoir le spécialiste : comme un propriétaire qui met des barrières autour de son champ ou de son bois ou alors comme un explorateur qui rapporte à ses compatriotes ce qu'il a découvert. Or beaucoup d'infirmières considèrent la spécialisation comme un risque de cloisonnement, d'émiettement et un danger à écarter. C'est parce qu'elle se réfère à la notion de chasse gardée. Il n'y a pas de découverte sans explorateur, il n'y a pas de progrès sans un certain degré de spécialisation. Mais ceci dit, on peut concevoir des spécialisations brèves, variées dont le rôle est d'apporter la compétence non seulement aux malades et à leur famille mais aussi aux autres soignants. » Catherine Mordacq, *ibid.*

¹⁷⁶⁸ Comprendre ici pédagogie et activité de formation. Note ajoutée par nous.

¹⁷⁶⁹ Si cette activité figurait à cet endroit, c'était très vraisemblablement plus parce que c'était André Montésinos, responsable de cette rubrique, qui prenait en charge cette préparation qu'en raison de l'utilité d'un programme intensif de sociologie pour ce type de concours qui ne demandait même pas d'avoir fait une formation de cadre. Note ajoutée par nous.

Mené tambour battant avec le puissant soutien de Geneviève Latreille¹⁷⁷⁰, le projet de mise sur pied de la toute nouvelle « maîtrise des¹⁷⁷¹ sciences et techniques sanitaires et sociales "option soins infirmiers" » constitua une opportunité non négligeable pour franchir le cap difficile de la fin de la décennie. La création de la maîtrise fut officialisée dès le mois de mai 1977¹⁷⁷², c'est-à-dire avant la création de l'IISFCS. Les universités Lyon I et II furent autorisées à délivrer ce diplôme « sous leur double sceau » à compter de l'année universitaire 1976-1977¹⁷⁷³. Les étudiants de la promotion de 1976 de l'EIEIS qui le désiraient et remplissaient les conditions requises purent donc bénéficier de ces enseignements dès leur admission¹⁷⁷⁴. Les anciens certificat et diplôme furent maintenus, le choix de la maîtrise étant une option possible. Un document datant de la rentrée de septembre 1983 rend compte des modalités stabilisées d'admission¹⁷⁷⁵. Les étudiants admis au DEIS (1^{ère} partie du recrutement) étaient admis en 1^{ère} année de maîtrise « sur dérogation accordée à titre individuel par le Président de l'Université Lyon II sur proposition de la commission spéciale réunie à cet effet », à condition :

¹⁷⁷⁰ Fille de l'historien et universitaire lyonnais André Latreille, Geneviève Latreille (1929 – 1982) avait été conseillère d'orientation diplômée d'État avant de devenir assistante en 1965 puis, plus tard, professeure de psychologie sociale à l'université Lyon II. Elle devint vice-présidente de cette institution en 1979, jusqu'à ce qu'en 1980 la maladie ne l'empêchât de continuer d'assumer cette charge. Lors d'une mission à l'université de Chicago de 1954 à 1955, elle travailla aux côtés de Carl Rogers, ce qui contribua à approfondir l'intérêt qu'elle portait aux personnes. Militante active des Jeunesses étudiantes chrétiennes pendant ses études secondaires et supérieures, elle adhéra très tôt au « syndicat CFTC de l'orientation ». Elle fut membre du Comité national du Syndicat général de l'éducation nationale (SGEN) de 1955 à 1964 et milita notamment pour la formation psychopédagogique des enseignants. Elle adhéra au Parti socialiste unifié (PSU) dès sa création en 1960. En 1967, elle fonda et assura la direction d'un Centre de formation des conseillers d'orientation à l'École pratique de psychologie de Lyon où elle enseignait. Elle s'intéressa très tôt aux infirmières, à leur activité et à leur formation supérieure et participa aux activités de l'EIEIS comme enseignante puis directrice d'études avant de porter la transformation du DUEIS en MSTSS à la fin des années 1970. Elle contribua aussi grandement à la création du DUPS (diplôme universitaire de pratique sociale) qui permit aux professionnels qui avaient au moins 5 ans d'ancienneté d'accéder à l'université. Madeleine SINGER, *notice LATREILLE Geneviève, Suzanne*, Le Maitron, Dictionnaire biographique du mouvement ouvrier. URL : <http://maitron-en-ligne.univ-paris1.fr/spip.php?article87517> consulté le 12 juillet 2018.

¹⁷⁷¹ Alors que dans les textes réglementaires il s'agissait de maîtrises *de* sciences et techniques, cette maîtrise lyonnaise fut désignée d'emblée comme maîtrise *des* sciences et techniques sanitaires et sociales dans le langage courant et dans la documentation interne.

¹⁷⁷² Arrêté du 31 janvier 1977 habilitant les universités Lyon I et Lyon II à délivrer la maîtrise de sciences et techniques sanitaires et sociales.

¹⁷⁷³ *Id.* Art. 1.

¹⁷⁷⁴ Dans cette promotion, sur 14 étudiants recrutés en première année, 14 obtinrent le certificat de fin de première année, 2 le DEIS et 10 le diplôme de maîtrise. Remarque : les données relatives aux étudiants et notamment la tenue des registres des examens étant très lacunaires à partir de la fin des années 1970, les informations relatives aux étudiants à partir de cette période proviennent d'une reconstitution à partir de relevés manuels effectués par Marie-Françoise Collière pour chaque promotion. Les données disponibles par ce procédé ne sont néanmoins pas exhaustives. Certaines rubriques ne sont pas ou sont imprécisément renseignées. Pour certaines promotions, la quasi-totalité des informations manquent. Fonds Marie-Françoise Collière, Salles d'Aude. C'est donc cette source qui est utilisée en l'absence d'indication contraire.

¹⁷⁷⁵ Archives EIEIS. Conditions d'admission en MSTSS option soins infirmiers, annexe au document d'information commun à l'université Lyon II (seule habilitée à délivrer la MSTSS à partir de 1980 par décision de la ministre des Universités Saunier-Seïté) et aux HCL intitulé « Institut international supérieur de formation des cadres des santé, Département d'enseignement infirmier supérieur, La formation professionnelle universitaire » Septembre 1983.

- 1°) d'avoir suivi les enseignements ci-dessous¹⁷⁷⁶ et avoir satisfait aux épreuves les sanctionnant (2^{ème} partie du recrutement) ;
- 2°) d'avoir le baccalauréat français ou un titre français pouvant être admis en dispense du baccalauréat ou un titre étranger pouvant être admis en équivalence ;
- 3°) de justifier d'un DEUG¹⁷⁷⁷, ou de titres admis en équivalence. Les équivalences des diplômes professionnels français ou étrangers avec le DEUG sont examinés par une commission pédagogique (minimum 800 heures d'enseignement théorique).¹⁷⁷⁸

L'organisation des enseignements et notamment leur répartition entre enseignements professionnels (École) et généraux (Université) étaient semblables aux études préparatoires au DEIS. Néanmoins, le nombre d'heures de cours augmenta considérablement, ce qui changea les conditions d'apprentissage au sens où les étudiants disposèrent de moins de temps d'étude, de lecture, d'écriture et d'assimilation. Ceux-ci ne s'en rendirent d'ailleurs pas nécessairement compte, en l'absence d'éléments de comparaison, hormis en discutant avec les anciens¹⁷⁷⁹. Le programme¹⁷⁸⁰ de la maîtrise comprenait en effet 1500 heures d'enseignement théorique sur deux années, soit plus du double de celui de l'EIEIS. Il était réparti sur 35 semaines par an, auxquelles venaient s'ajouter 8 semaines de stage. Sur 25¹⁷⁸¹ unités de valeur (UV) de 60 heures au total, 15 étaient consacrées aux enseignements généraux et 10 aux « techniques professionnelles ». Cette subtilité langagière était sans doute en relation avec la nécessité de se rapprocher le plus possible de l'intitulé de la maîtrise. Mais elle aboutissait de fait, s'agissant de l'option « soins infirmiers » pourtant attachée à la maîtrise, à la priver symboliquement de sa dimension cognitive au profit exclusif de sa dimension technique, au risque de remettre à plus tard la science pour les infirmières, aussi bien dans les imaginaires que dans la réalité. Ce mode de désignation des UV à orientation professionnelle n'empêcha pas, néanmoins, d'utiliser l'expression « enseignement professionnel » dans le même document pour présenter les contenus des cours. Ceux-ci montraient une continuité certaine par rapport à l'EIEIS :

¹⁷⁷⁶ Il s'agissait de « quatre semaines de cours intensifs et d'exposés individuels de chaque étudiant ». Ces cours étaient dispensés par les enseignants du DEIS. Ils portaient sur « Santé et milieu de vie » (Marie-Françoise Collière) – « Soins infirmiers et santé mentale » (Sanky Raine) – « Sociologie appliquée aux soins infirmiers » (André Montésinos). À l'issue de cette session, « une dernière partie de l'examen de recrutement » portait « sur les nouvelles connaissances acquises au cours de cette période ».

¹⁷⁷⁷ Diplôme d'études universitaires générales.

¹⁷⁷⁸ Conditions d'admission en MSTSS option soins infirmiers... *op. cit.*

¹⁷⁷⁹ Témoignage d'Huguette Bachelot, entretien des 2 et 3 décembre 2010.

¹⁷⁸⁰ Toutes les données qui suivent sont, ainsi que les citations et sauf indication contraire, issues du document d'information commun à l'université Lyon II et aux HCL, septembre 1983... *op. cit.*

¹⁷⁸¹ Les étudiants qui choisissaient de préparer le DUEIS devaient valider seulement 20 UV : 10 d'enseignements généraux et 10 d'enseignement professionnel, avec l'obligation, de rédiger un mémoire (4 UV), contrairement aux étudiants de maîtrise qui pouvaient choisir entre la production d'un mémoire (5 UV) ou d'une note de recherche (3 UV avec soutenance ou 2 UV sans soutenance). Ces candidats avaient en outre la possibilité de préparer en même temps un Diplôme de hautes études en pratiques sociales (DHEPS) délivré par l'université de Lyon II, pour lequel Geneviève Charles était « personne ressource pour les étudiants infirmiers ».

- Soins infirmiers, 3 UV en 1^{ère} année – Cours, séminaires, terrain d'expérience, au choix parmi les propositions suivantes : soins infirmiers hospitaliers, soins infirmiers extra-hospitaliers, soins infirmiers en santé mentale ;
- Système de santé, 3 UV en 2^{ème} année : système sanitaire et social, les professions de santé, l'hôpital, structures, fonctionnement et comptabilité hospitalière, informatique ;
- Fonction cadres professionnels, 4 UV en 2^{ème} année : organisation et gestion des services infirmiers, direction des services ou des écoles, formation professionnelle initiale, principes d'élaboration d'un programme, formation professionnelle continue, analyse de situation. Une UV était réservée à « la participation active » de chaque étudiant à la mise en œuvre d'un cours d'au moins 25 heures parmi de nombreux choix dans les thématiques au programme.

Si les enseignements généraux étaient plus denses, à l'instar des enseignements professionnels, ils recouvraient presque les mêmes disciplines qu'à l'EIEIS : recherche (3 UV), formation personnelle et relationnelle (2 UV en 1^{ère} année, 1 en 2^{ème})¹⁷⁸², sciences humaines et sociales (3 UV en 1^{ère} année, 1 en 2^{ème})¹⁷⁸³, économie (1 UV en 1^{ère} année, 1 en 2^{ème})¹⁷⁸⁴. En plus de ces enseignements obligatoires, 3 UV pouvaient être validées au choix parmi les propositions suivantes : droit administratif, droit de la santé, gestion des entreprises, initiation à la gestion des institutions, sciences de l'éducation, informatique. Hormis les cours d'informatique, ces dernières disciplines étaient toutes mobilisées dans les enseignements professionnels, de même que certaines des disciplines obligatoires, à des degrés divers.

La filiation avec l'EIEIS apparaissait aussi dans ce type de document officiel de présentation des programmes qui reprenait en quasi-totalité l'introduction ainsi que d'autres éléments du rapport de 1982, sous un titre très évocateur¹⁷⁸⁵. Malgré la mention des sciences biologiques et médicales comme appui au développement des soins infirmiers envisagés comme « discipline originale », les alertes des médecins, qui avaient à plusieurs reprises appelé à développer certaines coopérations, ne semblaient pas avoir été prises en considération dans la construction du programme. Cette lacune laissait entendre que les occasions de débattre avec les médecins des possibilités concrètes de rapprochement, voire d'utiles complémentarités n'avaient pas été nombreuses. Par ailleurs, l'abandon du partenariat avec l'université Lyon I sur décision ministérielle en 1980 n'avait pas assurément pas facilité les rapprochements. Dans le même ordre d'idées, un autre avis ne semblait avoir produit que peu d'effets. Le rapport d'évaluation

¹⁷⁸² Expression, créativité, articles, exposés – langue étrangère – psychologie sociale appliquée, sensibilisation aux relations.

¹⁷⁸³ Psychologie, sociologie, anthropologie et une curiosité : biologie ou physiologie (1 UV au choix, la seule en 2^{ème} année, sur les 4 de la catégorie). La présence de ces disciplines intruses, égarées au milieu des sciences humaines et sociales, montrait que la classification des sciences n'était pas une priorité dans la présentation des programmes. Peut-être, et même sans doute s'agissait-il de biologie et de physiologie humaines, ce qui ne changeait rien à l'affaire. Mais leur accueil dans cette rubrique était peut-être aussi une habile façon de masquer l'extrême pauvreté de la mobilisation des disciplines de ce champ. Car c'était bien la seule trace de sciences de la vie dans les propositions, ce qui confirmait que les remarques des médecins en Commission permanente de l'EIEIS n'avaient pas produit beaucoup d'effets et que la coupure s'avérait ici pratiquement consommée.

¹⁷⁸⁴ Démographie, économie de la santé, économie du développement.

¹⁷⁸⁵ Rappel historique - philosophie – objectifs – conception pédagogique.

de l'EIEIS, prévu pour 1968 dans le contrat d'assistance de l'OMS, avait fini par être réalisé en 1975. Il avait eu lieu à la demande expresse d'Huguette Bachelot. Comme directrice, il était sans aucun doute très important pour elle d'avoir un avis extérieur sur le fonctionnement de l'Institution qu'elle avait portée souvent à bout de bras depuis 10 ans, quand bien même le reste de l'équipe s'en serait bien volontiers passé¹⁷⁸⁶. Alors que les conclusions de ce rapport¹⁷⁸⁷ n'avaient pas même été évoquées à la réunion de crise de l'équipe le 17 décembre 1976, elles ne furent qu'effleurées en Commission permanente une quinzaine de jours plus tôt¹⁷⁸⁸, comme si les uns et les autres n'avaient été que fort peu intéressés par cet avis, à moins qu'il ne fût considéré comme trop critique. L'absence d'Huguette Bachelot à ces deux réunions n'était sans doute pas étrangère à ce traitement rapide de la question. C'était pourtant à l'évocation dudit rapport à la séance de la Commission permanente du 8 décembre 1976 que Catherine Mordacq fit part de la conscience qu'elle avait que les indéniables avancées de la profession permises par l'École n'avaient été que difficilement perçues par le corps médical et la population. Elle avait concédé, en outre, que ce rapport était « à considérer avec intérêt », sans aller plus loin. Comme en écho à ce commentaire très succinct, le Pr Robert, de l'université Lyon I, avait rappelé une fois de plus combien il était « souhaitable de créer ainsi un dialogue avec le corps médical ».

S'il ne constituait assurément pas un évangile, ce rapport rédigé par une infirmière québécoise n'en était pourtant pas moins riche de renseignements et d'enseignements sur la situation française, plus d'une décennie après celui que rédigea Marjorie Duvillard :

L'évaluation du programme d'étude de l'École internationale d'enseignement infirmier supérieur de Lyon a amené la consultante à devoir étudier la situation de ce programme en rapport avec la situation actuelle de la formation supérieure en soins infirmiers en France. Compte tenu des besoins actuels de la France, le niveau supérieur de formation en soins infirmiers est peu développé et la France, actuellement, ne peut se permettre de faire ni une duplication de certains programmes de formation, ni une utilisation non judicieuse de ses ressources humaines bien préparées en soins infirmiers.¹⁷⁸⁹

En quelques lignes, la consultante rappela le caractère unique de l'EIEIS, ce qui signifiait en creux que celle-ci, pas plus que l'État, n'avaient jusqu'alors songé à son expansion ou à sa « duplication ». Elle s'exprima aussi sur la question de la formation « de trois mois » des

¹⁷⁸⁶ Entretien avec Catherine Mordacq des 2 et 3 décembre 2010. Trente-cinq ans plus tard, elle se demandait toujours pourquoi Huguette Bachelot l'avait demandé, car elle était persuadée que ce rapport avait desservi l'EIEIS dans les événements qui suivirent.

¹⁷⁸⁷ Bilan et évaluation du programme de l'EIEIS, mission de Madame BAUDRY, Consultante OMS, du 17 novembre au 1^{er} décembre 1975. Document tapuscrit, Fonds Marie-Françoise Collière, Salles d'Aude.

¹⁷⁸⁸ PV de la réunion de la Commission permanente du 8 décembre 1976. Registre ... *op. cit.* Une dizaine de lignes seulement furent consacrées au « rapport de Madame Baudry ».

¹⁷⁸⁹ Bilan et évaluation du programme de l'EIEIS, mission de Madame BAUDRY... *op.cit.* Les informations utilisées dans le développement ci-dessous ainsi que les citations sont issues de ce rapport, sauf indication contraire.

infirmières générales qui devait débiter à l'ENSP quelques mois après la fin de sa mission. Elle rappela l'existence, par ailleurs, depuis le mois de septembre 1975 du programme de maîtrise de sciences et techniques de gestion hospitalière créé par l'Assistance publique de Paris et proposé conjointement par l'Université Paris IX-Dauphine et le Groupe Hospitalier Pitié-Salpêtrière. Elle suggéra alors que les infirmières générales fussent formées dans ce nouveau programme, qu'elle appelait « l'Ecole de Paris », en développant davantage son contenu en soins infirmiers ». Elle invitait dès lors implicitement les responsables de ce programme à s'inspirer de ce que l'EIEIS avait développé depuis 10 ans, tout en leur recommandant d'aménager le programme de façon à former aussi les assistants de direction, de façon à permettre « à chacun de remplir adéquatement son rôle dans la compréhension et la connaissance du rôle de chacun ». Sans nécessairement saisir tous les enjeux, notamment la ferme volonté de prise en main de la formation des infirmières générales par les directeurs d'hôpitaux, elle offrait ainsi assez habilement des possibilités de mise en pratique du discours de plus en plus en vogue sur la multidisciplinarité. Là aussi, elle invitait à une réflexion nationale, à la recherche de ce qu'elle décrivait comme une nécessité de mise en cohérence des ressources existantes. Dans ce système plus rationnel à ses yeux, l'EIEIS trouvait une place dans un autre domaine :

Enfin, l'Ecole de Lyon possède du personnel enseignant académique bien préparé en éducation, en soins infirmiers, généraux et spécialisés dans certains domaines. Ce personnel peut et pourrait développer davantage, des programmes de formation supérieure de deuxième cycle (maîtrise), destinés à former du personnel bien préparé en soins infirmiers généraux et spécialisés pour les unités de soins des institutions hospitalières, des enseignants et des cadres pour les écoles d'infirmières de base et les écoles de cadres.

La consultante suggérait ainsi à l'EIEIS de se spécialiser en développant plus particulièrement les aspects disciplinaires des soins infirmiers, tant pour la pratique clinique que pour l'enseignement, perspective qui ne manquait pas d'une certaine cohérence, en associant les soins, l'enseignement et sans que ce fût explicité, le développement possible de la recherche dans ce domaine. Mais comme elle le rappela non sans délicatesse, il fallait développer « davantage » ces questions, suggérant ainsi que le *statu quo* n'était pas imaginable. Sept recommandations sur les 9 adressées directement à « l'Ecole de Lyon » étaient sans équivoque sur cette nécessaire évolution aux yeux de la consultante :

- Que les programmes soient désormais plus orientés vers le développement de contenus de soins généraux et spécialisés (psychiatrie, cardiologie, neurologie, santé communautaire) de niveau maîtrise en utilisant les ressources cliniques actuelles et en en développant de nouvelles.
- Que des efforts soient faits pour recruter les services de personnel enseignant à plein temps ou à temps partiel et préparé dans le domaine des soins infirmiers précédemment énuméré (pour quelque temps, ce personnel devra venir de l'extérieur de la France).
- Que seuls les programmes actuels en administration des programmes d'enseignement infirmier soient maintenus, laissant à l'Ecole de Paris le soin de développer les programmes

d'administration des services infirmiers si, après entente avec le ministère de la santé, une planification nationale de l'enseignement supérieur est faite.

- Que des efforts soient faits pour développer de meilleures relations avec l'Université Lyon I et particulièrement avec l'UER des sciences médicales, ce qui faciliterait aux étudiants l'accès à certains cours.
- Qu'un minimum de « corps de connaissances » jugées nécessaires soit structuré et négocié avec les Universités pour chaque option, afin d'éviter la perte de temps que subissent certains étudiants dans la structuration de leur programme individuel.
- Que la structure administrative de l'Ecole soit repensée et qu'on y introduise du « sang nouveau », un dynamisme nouveau.
- Que le perfectionnement académique et professionnel du personnel enseignant soit planifié, en rotation, à brève échéance.

Si l'analyse était réaliste, elle pouvait sembler sévère pour les enseignants d'une École qui avaient le sentiment d'avoir beaucoup fait pour la situation française. À la séance de la Commission permanente du 8 décembre 1976, le commentaire suivant fut apporté, sans que le nom de l'orateur ou de l'oratrice ne fût précisé : « Le rapport de Madame BAUDRY est estimé décevant car plutôt qu'un bilan, il souligne la non concordance avec les objectifs fixés par l'Organisation Mondiale de la Santé, [...] à savoir l'orientation vers des spécialisations cliniques. » L'appréciation était assurément rapide, car les conclusions du rapport traitaient de bien autre chose que de l'atteinte ou non des objectifs de l'OMS. Sans nier ce que l'École avait fait, la consultante lui suggérait quelques conditions de possibilité d'un nouvel élan et d'un renouvellement au regard de la situation nationale. Elle lui proposait en effet de dépasser la nécessaire focalisation sur le service infirmier comme structure, qui avait caractérisé les dix dernières années, pour travailler à donner consistance et épaisseur aux soins infirmiers eux-mêmes. Le développement des aspects cliniques des soins infirmiers, qui renvoyait à la fois aux connaissances et aux pratiques des infirmières, représentait le levier fondamental d'action dans cette perspective. Elle proposait en fait à l'EIEIS de poursuivre son œuvre de pionnière en se concentrant sur cette nouvelle étape de développement. Il s'agissait alors pour l'École de se spécialiser dans les questions cliniques et leurs aspects didactiques et de renoncer à l'administration des services de soins qui serait prise en charge par l'« Ecole de Paris ». Cela supposait aussi, aux yeux de la consultante, de retisser des relations avec les médecins, ce qui signifiait qu'elles s'étaient distendues jusqu'à la rupture, suggérant ainsi que les infirmières ne pouvaient se passer de connaissances et techniques biomédicales actualisées pour demeurer opérantes. Le Pr Robert avait sans aucun doute pris connaissance du rapport et son commentaire à la Commission permanente abondait implicitement dans ce sens. Geneviève Latreille elle-même, qui ne pouvait être soupçonnée d'une quelconque velléité de lobbying pour le corps médical, invita plus tard, dans un article, les infirmières à ne pas se laisser aller à une sorte de fascination pour les sciences sociales et humaines. Pour elle, si celles-ci permettaient incontestablement de poser un regard nouveau sur les pratiques, elles ne remplaçaient pas pour autant les apports des sciences de la vie :

On ne peut qu'être frappé en effet de la part prise par les sciences et méthodes historiques, sociologiques, psychologiques, andragogiques dans les « Études sur les soins et le service infirmier » retenues pour publications depuis leur lancement par les Cahiers de l'AMIEC, ou par la collection « Infirmières d'aujourd'hui » au Centurion [...] Je voudrais seulement ici [...] montrer non seulement comment les spécialistes en sciences humaines croient pouvoir contribuer à la réflexion infirmière ; mais aussi combien des recherches communes peuvent leur être bénéfiques à eux comme aux malades, à condition que les infirmiers(e)s ne séparent (ni n'opposent) les sciences humaines qu'ils découvrent, aux sciences biophysiques qui fondent encore en grande partie les pratiques médicales auxquelles ils sont associés [...] Le n° 5 des Cahiers¹⁷⁹⁰ me paraît sur ce plan à recommander à tous ceux (infirmiers ou non) qui, fascinés par les sciences humaines, risquent de négliger les aspects somatiques et corporels de tout ce qui est humain.¹⁷⁹¹

Elle confirmait en d'autres termes ce qu'avait pu observer la consultante, s'agissant notamment de l'accès des étudiants de l'EIEIS aux connaissances de type biomédical. Elle soulignait aussi par-là, assez fortement, combien un éloignement trop radical de la réalité des pratiques et donc des infirmières praticiennes risquait de faire dériver un nécessaire et conscient élargissement du regard grâce à de nouvelles grilles de lecture vers une entreprise idéologique quasi exclusivement placée au service de la lutte pour l'identité par rapport aux médecins. Le risque était peut-être d'autant plus présent au DEIS que l'objectif qui consistait à « identifier la nature des soins infirmiers et leur relation avec les sciences biologiques et sociales », et figurait encore dans le programme de la rentrée de 1978 avait littéralement disparu dans celui de 1983, quand bien même la référence aux « sciences médicales, biologiques et sociales » figurait en introduction.

Les 3 dernières recommandations du rapport renvoyaient au fonctionnement interne de l'EIEIS. La philosophie consistant à permettre à chaque étudiant de participer activement à la construction de son programme de formation fut remise en cause au profit d'une approche plus pragmatique et certes plus traditionnelle, visant à les orienter plus directement dans leur formation. La nécessité d'apporter du « sang neuf » et de poursuivre leur propre formation invitait enfin les membres de l'équipe à ne pas s'établir trop confortablement sur leurs incontestables acquis. Malgré tout, l'équipe n'était pas restée sourde à ces différentes remarques, bien qu'elle ne s'y référât jamais. Elle se pencha dès 1977 sur la simplification de la construction de leur parcours par les étudiants. Le programme de 1983 attestait le caractère durable de cette évolution. De même, le recrutement de Judy Ozbolt Goodwin la même année montrait cette volonté d'ouverture vers l'étranger qu'avait manifestée Catherine Mordacq avec

¹⁷⁹⁰ AMIEC, *Les Soins Infirmiers et le Corps* Cahier n°5, 1979. Note figurant dans le texte.

¹⁷⁹¹ Geneviève LATREILLE, Soins infirmiers et sciences humaines, *Cahier de l'AMIEC* n° 7, Lyon, 1981, p 119-122.

enthousiasme. Une autre initiative avait eu lieu dans ce sens en 1978¹⁷⁹², portée par Sanky Raine. Celle-ci avait décidé de proposer, dans le cadre de l'option « soins infirmiers hospitaliers », un cours intitulé « le processus soignant et les théories de soins ». Elle cherchait ainsi, très vraisemblablement, à introduire en France les avancées des recherches conduites à l'étranger. Les objectifs de son cours étaient à la fois précis et très ouverts. Ils témoignaient en cela de sa capacité à se distancier de sa spécialité en psychiatrie et d'un important changement dans sa façon d'aborder son enseignement :

A partir de la littérature en français sur la connaissance de l'homme et de son milieu, de diverses théories de soins infirmiers résumées par R. POLETTI, ainsi que des conceptions existant dans la littérature professionnelle en France [...]

- Expérimenter l'analyse d'une situation de soins en respectant les différentes étapes du processus de soins à la lumière d'une théorie de soins infirmiers au choix
- Par la lecture et la transmission au groupe d'un livre concernant l'homme, développer et enrichir les connaissances du groupe afin de se donner des matériaux en vue de créer une théorie de soins ou d'en adopter une déjà existante qui soit cohérente avec l'état actuel de ses connaissances.¹⁷⁹³

Chaque étudiant devait alors choisir un « terrain de référence » et une théorie de soins dont il devait montrer une « connaissance approfondie ». Il devait en outre, dans le cadre de ce cours, « [lire et rapporter] au groupe l'utilisation possible d'un des livres de réflexion sur les sciences biologiques et médicales. »¹⁷⁹⁴ Le souci de l'innovation, de l'ouverture à l'extérieur, de même que celui de ne pas se détacher du cadre de référence des sciences de la vie caractéristiques de l'exercice de la médecine était ici patent. L'auteure, dont l'ouvrage très récent¹⁷⁹⁵ était recommandé, était ainsi présentée :

Rosette Poletti, née à Payerne, en Suisse, est actuellement directrice de l'Ecole d'infirmières du Bon Secours à Genève. Elle a fait œuvre de pionnier en ce qui concerne l'enseignement infirmier universitaire en Suisse. Dès 1976, elle a introduit deux, puis trois cours de méthodologie de l'enseignement des soins infirmiers à l'Université de Genève où elle est « chargée de cours ». Infirmière en soins généraux et en soins psychiatriques, R. Poletti est titulaire d'une licence et de deux maîtrises en soins infirmiers, ainsi que d'un doctorat ès sciences de l'éducation.¹⁷⁹⁶

Elle avait étudié aux États-Unis et y avait préparé entre autres diplômes, son doctorat à l'université Columbia. Son ouvrage sur les théories de soins, qu'elle avait en quelque sorte rapportées des États-Unis, même pour celles, rares, d'origine anglaise, était issu du cours de

¹⁷⁹² Fonds Marie-Françoise Collière Salles d'Aude. Programme de formation M.S.T.S.S. et D.U.E.I.S. première année 1978-1979.

¹⁷⁹³ *Ibid.*

¹⁷⁹⁴ *Ibid.*

¹⁷⁹⁵ Rosette POLETTI, *Les soins infirmiers : théories et concepts*, Paris, le Centurion, 1978.

¹⁷⁹⁶ *Id.* p2.

soins infirmiers qu'elle avait donné à l'hiver 1976 « dans le cadre de la Faculté de Psychologie et des Sciences de l'Éducation de l'Université de Genève »¹⁷⁹⁷ :

Ce cours, intitulé « Etudes des problèmes spécifiques à l'enseignement des soins infirmiers », comprenait, au premier semestre, l'exploration de divers modèles ou cadres conceptuels relatifs à la discipline des soins infirmiers, baptisée « Nursologie » par un chercheur britannique. Il s'agit avant tout d'une présentation des théories existantes ayant pour but d'aider les participants à ce cours (une quarantaine) à repenser leur action en termes d'un cadre conceptuel.¹⁷⁹⁸

Pas moins de 10 théories étaient succinctement exposées¹⁷⁹⁹, lesquelles témoignaient de la foisonnante production qui s'était en grande partie développée outre-Atlantique depuis les balbutiements des années 1950. Que cet ouvrage fût publié aux éditions du Centurion n'était pas anodin. L'événement signifiait d'une part que cette maison d'édition avait acquis un certain prestige hors des frontières françaises, et d'autre part que sa directrice de collection était favorable à la diffusion en France de ces ouvrages rendant compte des travaux étrangers, ce qui confirmait l'esprit d'ouverture dont elle avait maintes fois fait preuve. Ce cours fut mis en œuvre pendant plusieurs années¹⁸⁰⁰ et montrait que, malgré tout, des efforts étaient faits dans l'équipe pour renouveler les pratiques et ouvrir les fenêtres du DEIS sur le monde, à défaut de vouloir ou pouvoir le faire sur le territoire national. Si ce n'était pas là le moindre des paradoxes, c'est que dans ce dernier cas, d'autres enjeux venaient compliquer la tâche de l'équipe, quand bien même elle eût voulu tenter d'œuvrer dans le sens des propositions de la consultante de l'OMS. Cette dernière avait en effet autant de recommandations à formuler à l'intention du ministère qu'à celle de l'École. Quelques-unes d'entre elles renseignent, au-delà de la problématique locale, sur le contexte national dans lequel se débattait encore l'EIEIS, avant même sa mutation :

- Que des conseillers en soins infirmiers soient engagés par le Ministère de la santé pour travailler à planifier la formation en soins infirmiers à tous les niveaux (y compris au niveau supérieur), à

¹⁷⁹⁷ *Id.* p 6.

¹⁷⁹⁸ *Ibid.*

¹⁷⁹⁹ Si l'ouvrage avait le mérite de l'exhaustivité en un peu plus de 170 pages, il présentait en corollaire le risque inhérent à la réduction obligée de ces théories à leur plus simple expression. Paul Beck, infirmier enseignant à Lausanne, les avaient classées en « quatre tendances globales » : « Ecologique » (Florence Nightingale) – « Existentielle » (H. Peplau, G. Ujhely, J. King, N. Roper, M. Levine et C. Roy) – « Cosmique (M. Rogers) – Sociologique (A. Meleis, D. Orem). Il était précisé que la théorie de Virginia Henderson, « la plus connue en Europe », ne figurait pas dans l'ouvrage en raison de la publication en français d'une brochure lui étant consacrée. *Ibid.* Ces modèles furent par la suite présentés et analysés en profondeur et classés plus finement en différentes écoles. Suzanne KEROUAC et al., *La pensée infirmière... op.cit.*

¹⁸⁰⁰ Témoignage de Monique Formarier, étudiante à l'EIEIS (1979-1981), puis enseignante au DEIS à partir de 1986. Celle-ci en bénéficia en première année. Néanmoins, elle se souvint que « cela n'allait pas beaucoup plus loin que la découverte de ce qui se faisait ». Pourtant, d'après elle, ce cours fut aussi enrichi avec l'aide de Judy Goodwin qui avait prolongé son séjour en France pendant quelques années au-delà de son contrat. Elle même dispensait ce type de cours sur les modèles théoriques à l'université de Ann Arbor aux États-Unis, mais s'attachait plus au développement des concepts s'y rapportant qu'à la description succincte de modèles « à appliquer ». Entretien du 20 décembre 2017.

court terme et à long terme, après qu'une analyse sérieuse des besoins de la France dans ce domaine ait été faite.

- Qu'un certain budget soit prévu et appliqué sous forme de bourses d'études à la formation du personnel infirmier en dehors de la France afin que ce personnel, à son retour, occupe les postes d'enseignement dans les écoles de formation supérieure en soins infirmiers, du niveau du deuxième cycle (maîtrise).
- Qu'un budget plus élevé soit alloué, sous forme de bourses d'études, à des infirmiers ou infirmières français qui désirent se préparer à leurs fonctions, par des études de niveau maîtrise [...]
- Que les programmes en soins infirmiers confiés à l'École de la santé publique de Rennes soient repensés dans l'optique nationale de les confier au personnel enseignant infirmier le mieux préparé dans ces domaines.
- Que des ententes soient faites avec l'Assistance Publique de Paris afin que dans un avenir prochain, le programme de l'Institut d'enseignement supérieur des cadres hospitaliers soit plus largement ouvert aux infirmiers et infirmières de la France et des pays étrangers.
- Que le budget total de fonctionnement de l'École internationale d'enseignement infirmier supérieur de Lyon soit pris en charge par le Ministère de la santé afin d'assurer à cette école des possibilités de développement plus grandes [...]

La consultante adressa enfin quelques recommandations à l'OMS dont la suivante, assez lourde de sous-entendus : « Que des démarches soient entreprises auprès du Ministère de la santé de la France pour vérifier si celui-ci prévoit de pouvoir s'engager à brève échéance dans la planification et le développement de programmes de formation supérieure en soins infirmiers. » Dans cette hypothèse, il était suggéré à l'OMS d'apporter tout son soutien au développement de « nouveaux programmes de soins infirmiers » en France, sous forme de bourses ou de prestations de « consultants spécialisés ». Compte tenu de tous les problèmes qui restaient à résoudre au niveau national selon l'analyse de la consultante, l'équipe du DEIS était donc loin de disposer de toutes les cartes dans ce jeu complexe, d'autant qu'elle était enfermée dans une structure locale nouvelle exceptionnellement et délibérément contraignante. Dans ces conditions, l'attitude défensive manifeste qu'elle adopta ne facilita pas la vie quotidienne au DEIS et notamment celle du directeur technique à qui revenait la lourde charge de tenter d'inventer un avenir à ce que chacun à l'intérieur du département s'ingéniait à continuer de nommer l'École internationale.

Entre un directeur d'Institut occupé à masquer l'éclat du DEIS avec le plus grand zèle et un environnement économique local et national de plus en plus contraignant, le difficile travail du directeur technique du DEIS

La séance inaugurale du Conseil de l'Institut eut lieu le 26 juin 1980¹⁸⁰¹, juste après la prise de fonctions de René Magnon. Melle Hentsch, qui était connue de l'équipe de l'École, assistait à cette séance comme représentante du Bureau régionale de l'OMS pour l'Europe et fit une allocution d'ouverture, au nom du Directeur régional. Elle afficha d'emblée son soutien au DEIS et en profita pour glisser quelques messages :

[...] C'est avec intérêt et satisfaction que l'O.M.S. a suivi le développement de cette école¹⁸⁰² et a pu se rendre compte de l'impact sur la profession infirmière qui a été le sien en France, en Europe et au-delà. Il y a lieu de féliciter ici tous ceux qui ont œuvré à ce développement, en particulier l'équipe de direction et d'enseignement de l'École à laquelle je suis heureuse et fière de rendre hommage. L'E.I.E.I.S. a indubitablement fait progresser les soins infirmiers. Ses nombreuses initiatives dans l'enseignement des soins infirmiers et dans la recherche ont contribué dans une large mesure à encourager les membres de la profession à examiner la spécificité de leur rôle et, de là, à élargir l'éventail de leur prestation dans le cadre général de la santé. Le Bureau Régional de l'Europe de l'O.M.S. [...] sait par exemple que des professionnels des soins infirmiers ont participé à toutes les étapes de la planification de ce nouvel Institut ; que l'enseignement des soins infirmiers y jouit de l'autonomie pédagogique souhaitable ; que le caractère international de l'Institut a été respecté de même que le niveau universitaire de son enseignement ; que l'enseignement infirmier, enfin, se déroule dans le cadre enrichissant de la pluridisciplinarité [...]

Il n'y eut pas d'autre déclaration solennelle et la séance fut plutôt brève. M. Louis Picard, directeur de l'ENSP depuis 1979, fut élu vice-président du Conseil. René Magnon se félicita du nombre d'étudiants qui étaient 16 en seconde année, chiffre jusqu'alors jamais atteint. Les échanges portèrent sur des questions très concrètes, témoignant de préoccupations qui contrastaient de façon saisissante avec celles de Melle Hentsch. Madame Loraux, infirmière conseillère technique au ministère fit part de son souhait que les « méthodes quantitatives de gestion (comptabilité analytique et informatique) » occupassent une place plus importante dans les programmes. Le représentant du Directeur général de la santé s'enquit de la situation financière de l'Institut, ce à quoi M. Rochaix répondit que l'équilibre financier était la « condition *sine qua non* de l'existence de l'Institut ». Le ton général était donné. La séance du 9 octobre suivant¹⁸⁰³ confirma que l'Institut était bien entré dans une logique de production de formation continue, laquelle conditionnait la vitalité de l'Institut. Le directeur annonça une augmentation de 62 % des tarifs de formation continue, arguant que c'était là la seule marge de manœuvre pour assurer un équilibre budgétaire. Devant les quelques réticences exprimées

¹⁸⁰¹ PV de la réunion du Conseil de l'IIFCS du 26 juin 1980. Registre...*op.cit.*

¹⁸⁰² Lire l'EIEIS. Note ajoutée par nous

¹⁸⁰³ PV de la réunion du Conseil de l'IIFCS du 9 octobre 1980. Registre...*op.cit.*

quant à la sévérité de l'augmentation risquant de rendre les actions de formation moins attractives, M. Rochaix demanda si le nombre de sessions pouvait être augmenté. S'agissant du DEIS, le directeur technique répondit qu'une augmentation de la charge de travail de l'équipe, déjà très occupée, était impossible en maintenant la qualité d'ensemble de la formation. Le représentant des étudiants fit part de son inquiétude, si l'activité de formation continue augmentait trop, de voir les enseignants du DEIS s'éloigner de « l'enseignements professionnel et universitaire et des étudiants en formation au DEIS ». Au terme de ces échanges, l'augmentation des tarifs fut maintenue et il fut convenu qu'une commission *ad hoc* serait chargée de « la modulation de l'augmentation des droits, sur la base moyenne de 62% », ceci afin de « tenir compte de la spécificité de certaines actions et des problèmes soulevés par l'intervention des enseignants à l'extérieur ». La séance suivante¹⁸⁰⁴ confirma que la comptabilité avait pris définitivement le pas sur les autres préoccupations, comme en témoigne l'intervention de René Magnon, chargé de rendre compte de l'activité du DEIS durant l'année écoulée :

Monsieur MAGNON fait état de la réalisation bien avancée des objectifs du département d'enseignement infirmier supérieur. 4184 journées réalisées, 138 journées d'interventions à l'extérieur, plus de 10 articles ou ouvrages témoignent de l'importance de l'activité du département. Monsieur MAGNON annonce pour 1981-1982 plus de 4170 journées stagiaires : de 16 à 18 étudiants infirmiers nouveaux devraient se présenter à la prochaine rentrée de septembre. Monsieur MAGNON s'inquiète pour l'enseignement universitaire et professionnel de certains points en cours de négociation entre l'Universités de Lyon II et les HOSPICES CIVILS.

Dans cette présentation exclusivement comptable, la dernière phrase était dissonante en ce qu'elle n'entrait dans aucune colonne chiffrée mais qu'elle renvoyait simplement à la vie humaine dans l'établissement. Ce qui était banalement discuté dans le cadre du Conseil de direction ou de la Commission permanente de l'EIEIS, lesquelles étaient des instances d'expression et de débats autant que de décision ou d'information descendante, devenait incongruité dans la nouvelle organisation. Le directeur de l'Institut s'empressa de le faire remarquer, comme s'il eût été à l'affût de la moindre incartade. Au lieu de féliciter le directeur technique du DEIS pour les belles performances de son équipe dont il était reconnu qu'elle était la plus productive en termes de formation continue compte tenu de sa grande expérience en la matière, il eut la réaction suivante, pour le moins autoritariste : « [Le directeur de l'Institut] s'étonne qu'un représentant de la délégation des HOSPICES CIVILS DE LYON fasse état devant le Conseil d'informations qu'il ne détient qu'à ce titre sans y être invité. » Ce rappel à l'ordre était d'autant plus discutable que d'une part, le directeur du DEIS ne partageait que des inquiétudes et non des informations et que d'autre part, la mention suivante figurait à la fin du compte rendu :

¹⁸⁰⁴ PV de la réunion du Conseil de l'IIFCS du 22 juin 1981. Registre...*op.cit.*

Le Conseil est informé que depuis mars une négociation entre l'Université de Lyon II et les HOSPICES CIVILS est en cours. Cette négociation doit aboutir à la signature d'une nouvelle convention pour l'Enseignement universitaire et professionnel du département d'enseignement infirmier supérieur.

Soit cette information, qui ne relevait assurément pas du secret industriel, était prévue à l'ordre du jour qui ne fut pas communiqué et cela rendait l'intervention du directeur de l'Institut encore plus dérisoire, soit elle ne l'était pas et il ne restait aux membres du Conseil qu'à remercier le directeur du DEIS pour avoir eu accès à des données qui les intéressaient. Ces quelques échanges rendaient compte des relations durablement conflictuelles qui se tissèrent d'emblée entre le directeur technique du DEIS et le directeur de l'Institut. Ce dernier semblait investi d'une mission permanente de surveillance et de mise au pas de l'ancienne EIEIS à travers son directeur technique et se montrait particulièrement zélé en la matière. Dans ces conditions et assez logiquement, il n'y avait aucun espace dans cette réunion pour que quiconque s'aventurât à demander à René Magnon de s'exprimer sur l'objet de son inquiétude. La réponse fut apportée à la séance suivante¹⁸⁰⁵. Au terme de la négociation entre les HCL et l'université Lyon II, un nouveau mode de fonctionnement fut arrêté. Les 6 infirmiers enseignants du DEIS, dont le directeur technique, durent désormais consacrer uniquement la moitié de leur temps aux enseignements professionnels relatifs au DUEIS et à la MSTSS. Là résidait, sans aucun doute, l'inquiétude du directeur technique du DEIS. Car ce que l'École avait considéré pendant longtemps comme sa mission fondamentale, et même sa raison d'être, se trouvait soudain très officiellement réduit de moitié. Outre l'activité d'enseignement, il fallait compter le travail de recherche, de lecture, d'écriture, de représentation, d'animation ou de participation à des groupes de travail régionaux, nationaux et internationaux, les voyages d'étude et la formation personnelle continue, notamment dans le domaine académique. Il s'agissait là de l'activité dense et complexe qui avait permis aux membres de l'équipe de devenir des infirmiers et infirmières extraordinaires. Dans ce mode de fonctionnement ils s'apparentaient, toutes proportions gardées, à des universitaires avec une part importante de liberté d'action. Celle-ci s'accommodait mal de cette soudaine et aveuglante rigidité qui semblait faire le bonheur de ces gestionnaires compulsifs bien loin de se contenter d'une nécessaire et salutaire rigueur. Certes, la formation continue avait incontestablement permis à l'EIEIS de développer son influence bien au-delà de ses murs. Elle participa grandement, en cela, à sa mission première. Mais désormais, la moitié du temps qui restait à l'équipe avait comme objectif essentiel de gagner l'argent nécessaire à la survie de l'institution, dans un système nouveau d'objectifs chiffrés qui faisaient bien peu de cas des objectifs originels de l'École. Aucun commentaire de ce type ne fut bien sûr tenté à cette séance, ce qui montrait au moins que nul n'avait de tendance suicidaire. En revanche, le budget fut présenté en autofinancement pour la première fois dans l'histoire de l'EIEIS, avec une fierté certaine, par le directeur de l'Institut. Au Pr Robert qui s'étonnait de

¹⁸⁰⁵ PV de la réunion du Conseil de l'IIFCS du 24 novembre 1981. Registre...*op.cit.*

cette évolution sans préciser s'il s'en inquiétait ou s'il s'en réjouissait, M. Rochaix adressa le commentaire suivant, qui confirmait définitivement la nouvelle orientation de l'Institut :

Monsieur Rochaix souligne combien cette question est primordiale : personnellement responsable de l'équilibre financier de l'ensemble des Hospices Civils de Lyon, il se réjouit de voir lever une condition nécessaire à l'existence de l'Institut dont la survie, il y a quelques mois restait encore problématique.

Les recommandations du rapport de Madame Baudry sur le financement de l'École par l'État semblaient déjà bien loin.

Ce fut néanmoins au cours de la même séance que M. Contis, directeur de la formation aux HCL et sans doute soucieux d'adoucir les relations et de donner des gages d'intérêt pour le DEIS en ce qu'il avait de particulier, annonça son souhait de voir se développer un doctorat en soins infirmiers. Sans doute était-il aussi bien conscient que le processus de développement de la profession, entériné dans la loi de 1978, se poursuivait inexorablement en se précisant par la voie réglementaire, comme en attestait la publication, au mois de mai de la même année, d'un décret traitant de l'exercice professionnel des infirmiers¹⁸⁰⁶. Par ailleurs, à la rentrée de 1981, la promotion de 1^{ère} année comptait 19 étudiants. Ce record jamais égalé obligeait sans aucun doute à reconnaître le dynamisme du département, d'autant plus que René Magnon avait souligné la persistance du caractère international du recrutement en rappelant que 7 étudiants étaient étrangers dans cette nouvelle promotion. M. Contis invita aussi les membres du Conseil à émettre un vœu pour que la formation à l'ancienne EIEIS et au DEIS dispensât du stage de formation des infirmières générales à l'ENSP. A l'été 1982¹⁸⁰⁷, le directeur technique du DEIS reçut même des félicitations :

Monsieur ROBERT félicite l'action de Monsieur MAGNON pour sa largeur de vue et pour le développement du département d'enseignement infirmier supérieur [...] Monsieur ROCHAIX se joint à Monsieur ROBERT pour féliciter l'action du département d'enseignement infirmier supérieur et notamment celle de Monsieur MAGNON. Les cadres infirmiers demandent une reconnaissance plus grande de leur rôle à l'hôpital : il s'agit d'une évolution heureuse et le Directeur Général des Hospices Civils de Lyon s'en réjouit tout particulièrement.

À la fin de son intervention, il posa la question de savoir si le corps médical était « associé à l'action de formation du département d'enseignement infirmier supérieur ». Il se vit répondre par André Montésinos et René Magnon que c'était le cas « dans plusieurs domaines importants, notamment en stomathérapie et en hygiène hospitalière ». Même si les exemples étaient limités

¹⁸⁰⁶ Décret n° 81-539 du 12 mai 1981 relatif à l'exercice de la profession d'infirmier. Celui-ci contenait notamment une définition de la fonction infirmière (Art. 1). Il précisait les dimensions, la nature et l'objet des soins infirmiers (Art. 2). Il présentait enfin une classification des actes professionnels sur prescription médicale et une liste d'actes relevant du « rôle propre » des infirmiers (Art. 3 à 9).

¹⁸⁰⁷ PV de la réunion du Conseil de l'IIFCS du 23 juin 1982. Registre...*op.cit.*

à la formation continue, la réponse sembla satisfaire leur interlocuteur. Par ailleurs, le directeur technique informa l'assemblée que Marie-Françoise Collière avait été sollicitée pour prononcer la conférence inaugurale des journées de célébration du 20^{ème} anniversaire de la faculté des sciences infirmières de Montréal¹⁸⁰⁸, ce qui était un indicateur probant de la reconnaissance internationale du DEIS. De même, il annonça que Melle Vailland, ancienne étudiante de l'EIEIS (1973-1975) et actuelle conseillère technique auprès du Directeur des Hôpitaux au ministère de la santé, venait d'obtenir un doctorat de troisième cycle en démographie. Le directeur de l'Institut omis de s'associer aux éloges prononcés à l'égard du DEIS et de son directeur technique. Il se contenta de « compléter les exposés précédents en relatant le nombre significatif d'actions du département de langue et l'accroissement des utilisateurs en libre-service du laboratoire ». Il était sans doute dans son rôle. Mais alors qu'il aurait pu rendre hommage à l'ensemble des départements, son intervention confirmait la tension qui s'était installée définitivement entre le directeur technique du DEIS et lui-même¹⁸⁰⁹.

L'année 1983 fut marquée par plusieurs événements. Au premier trimestre, le premier numéro d'une nouvelle publication de l'AMIEC parut. Il s'agissait de la revue *L'inter ... dit*¹⁸¹⁰. Ce périodique d'une vingtaine de pages¹⁸¹¹ permettait, à raison de trois parutions annuelles, de publier des articles rédigés par d'anciens étudiants de l'École, mais était aussi ouvert à d'autres auteurs souhaitant livrer des témoignages ou faire part de certains travaux d'écoles de cadres par exemple. Elle fut présentée comme une publication intermédiaire régulière, entre deux *Cahiers* thématiques beaucoup plus fournis¹⁸¹². Son titre renvoyait donc à cette position intermédiaire temporelle, mais compte tenu du contexte, il fut aussi choisi pour son caractère polysémique¹⁸¹³ et peut donc aussi être interprété comme une manifestation de résistance des soins infirmiers malgré l'absorption de l'EIEIS par le nouvel Institut. La même année, au cours

¹⁸⁰⁸ Celle-ci eut lieu le 29 octobre 1982.

¹⁸⁰⁹ Le directeur technique n'était parfois pas aidé par son équipe pour arrondir les angles. Marie-Françoise Collière, sans doute convaincue d'avoir pris le maquis, avait personnellement décidé de continuer d'utiliser le tampon de l'ancienne EIEIS pour le courrier qu'elle signait. Cet acte de résistance n'était cependant pas désapprouvé par le reste de l'équipe. Le directeur de l'Institut en prit ombrage et dépensa une énergie considérable pour lutter contre cette activité en contrebande. Ce vain combat se termina par une convocation à la Direction générale des HCL du directeur technique du département, suspecté d'être à l'origine de ces pratiques séditieuses. Il dut alors s'expliquer devant un aréopage de personnalités des HCL et des universités parmi lesquelles figuraient des médecins. Ces derniers en profitèrent pour lui rappeler que le DEIS ne travaillait pas suffisamment avec le corps médical. Ceci n'était en revanche pas faux s'agissant de l'enseignement universitaire, même si la ministre des universités, en limitant l'habilitation de la maîtrise à Lyon II, n'avait pas facilité les coopérations. Entretien René Magnon, 29 mars 2013.

¹⁸¹⁰ *L'Inter... dit*, Revue de l'AMIEC n°1, janvier, février, mars 1983.

¹⁸¹¹ Cette revue fut publiée jusqu'en 1995 et ne dépassa jamais 30 pages.

¹⁸¹² Le plus gros volume de la collection, de 343 pages, fut lui aussi publié en 1983 AMIEC, Collectif, Cultures africaines, santé et soins infirmiers, *Cahier de l'AMIEC* n° 8, Lyon, 1983.

¹⁸¹³ D'après René Magnon, plusieurs notions s'étaient exprimées autour du choix de la dénomination de la revue. Pour Huguette Bachelot, il s'agissait au premier degré de permettre à l'« Internationale de dire », au sens de l'École internationale. La lutte n'allait pas, en effet, jusqu'à l'usage symbolique de la chanson révolutionnaire. Mais au second degré, sur lequel l'équipe rédactionnelle s'accorda tout aussi consciemment, il s'agissait d'offrir un espace d'expression qui repoussait les limites de l'indicible, comme en attestait le titre de l'un de deux articles publiés dans ce premier numéro : Éliane SCHWARTZ, À propos de la sexualité des paraplégiques.

d'une réunion d'équipe du DEIS¹⁸¹⁴, Sanky Raine fit part d'un questionnement qui renvoyait profondément aux missions fondamentales de l'École et au sentiment qu'elle en était arrivée, comme enseignante, à un tournant existentiel :

J'enseigne les soins généraux depuis 8 à 9 ans et je me sens dans une impasse. Je me pose la question : en quoi c'est fécond. Je ne vois plus comment faire progresser la notion de relation duelle avec laquelle je suis de moins en moins d'accord... Et je voudrais que l'on réfléchisse à comment travailler cette question.

Elle confirmait par là qu'elle avait renoncé depuis longtemps à se focaliser uniquement sur sa spécialité, ce qui constituait une démonstration supplémentaire de son sens aigu du collectif et de l'institution. L'écho produit par son intervention témoigna d'ailleurs que son propre aveu de faiblesse renvoyait au fond largement au collectif, comme en témoignèrent les propos qui s'ensuivirent au cours d'un tour de table :

Catherine Mordacq : en résumé, pense qu'il faut évoluer surtout autour du « faire » c'est-à-dire comment aider les équipes à réaliser concrètement la formulation des différentes étapes de la démarche de soins pour en arriver à l'évaluation de la qualité des soins. « Il y a un virage à faire prendre aux soins infirmiers que nous avons largement contribué à développer ».

Marie-Françoise Collière : pense qu'une réinterrogation ne peut se faire qu'à partir d'un retour à la pratique.

Geneviève Charles : souhaiterait s'initier aux techniques douces et développer ses compétences en ce domaine. Est d'accord pour un groupe de réflexion.

René Magnon : pense qu'il faut trouver le moyen maintenant de rechercher à mieux identifier à travers la pratique des soins et la méthodologie de l'exercice des soins, les concepts qui les guident.

Ces brefs échanges, qui certes faisaient ressortir les personnalités et les centres d'intérêt de chaque locuteur, témoignaient remarquablement que l'équipe, sans le formuler ainsi, en était arrivée collectivement à une réflexion de type disciplinaire, synthétisée tout aussi remarquablement par le directeur technique. Il était question, là, de l'embryon d'un projet de discipline clinique. Après le combat idéologique victorieux qui avait fait admettre l'idée même de service infirmier et de sa nécessaire structuration, le moment était venu de lui donner une consistance à la fois pratique et conceptuelle susceptible d'intéresser directement les infirmières praticiennes comme le suggéra Catherine Mordacq. En d'autres termes, il s'agissait de gravir une autre marche, pour atteindre un nouveau stade de développement. Ceci supposait de travailler à l'élaboration de contenus concrets, à la fois en termes de connaissances, méthodes

¹⁸¹⁴ Compte rendu de la réunion d'équipe du DEIS du 1^{er} juillet 1983. Document tapuscrit. Fonds Marie-Françoise Collière, Salles d'Aude.

et techniques, pour fournir une substance et une consistance, c'est-à-dire une vitalité au squelettique décret de 1981 relatif à l'exercice professionnel.

Un événement de portée nationale assez inattendu vint faire écho à cette modeste réunion où quelques enseignants, certes particuliers, échangèrent sur leurs doutes quant à leurs propres pratiques. Sous l'impulsion de Danielle Vailland, ancienne étudiante de l'EIEIS et conseillère technique, la Direction des hôpitaux au ministère de la santé entreprit en 1984 un chantier de grande envergure. Il s'agissait de produire et diffuser largement, au fur et à mesure que les livraisons étaient prêtes, ce qui fut appelé le « guide du service infirmier »¹⁸¹⁵. Une circulaire de Jean de Kervasdoué, directeur des hôpitaux au ministère des affaires sociales et de la solidarité nationale, rend bien compte de l'esprit dans lequel fut présentée, au niveau administratif, la première publication du genre :

Afin d'apporter une aide aux responsables infirmiers et notamment aux infirmières générales et pour leur donner une meilleure connaissance des travaux existants et des expériences acquises, il m'a paru opportun d'entreprendre la rédaction d'un certain nombre de guides techniques concernant :

- la coordination des activités des personnels qui relèvent de leur compétence dans les conditions définies par le décret n° 75-245 du 11 avril 1975 relatif au recrutement et à l'avancement des infirmiers et infirmières généraux adjoints des établissements d'hospitalisation publics, et par sa circulaire d'application n° 222/DH/4 du 31 juillet 1975,
- la participation à la gestion des locaux et du petit matériel en tant qu'elle concerne ces activités,
- et les orientations sur les soins infirmiers.

Le premier fascicule de cet ensemble, que je vous prie de trouver ci-joint, a trait au dossier de soins.

Je vous serais obligé de bien vouloir me faire connaître, sous le présent timbre, les observations éventuelles qu'il pourrait susciter de votre part et de favoriser la réflexion active des soignants pour une mise à jour périodique du guide du service infirmier.¹⁸¹⁶

Cette présentation du Directeur des hôpitaux plaçait ce guide, envisagé comme un outil de gestion, au service de l'organisation hospitalière. Il en réservait vraisemblablement l'usage aux infirmières générales et à des « responsables infirmiers » non identifiés. Cette vision assez froidement technocratique fut néanmoins tempérée dans la préface au tout premier fascicule, rédigée par Edmond Hervé, secrétaire d'État chargé de la santé :

¹⁸¹⁵ Ce titre générique au singulier fut adopté dans la circulaire consacrée à la parution du premier exemplaire. Dans la pratique, l'ouvrage fut désigné indifféremment soit au singulier soit au pluriel.

¹⁸¹⁶ Circulaire n° 88 du 15 mars 1985 relative à la publication du Guide du service infirmier, *in* ministère des Affaires sociales et de la Solidarité nationale, Direction des hôpitaux, Collectif, Guide du service infirmier, *Le dossier de soins*, n°1, Série soins infirmiers, 1985. Ce texte était adressé aux « commissaires de la République de région, aux Directions régionales des affaires sanitaires et sociales [DRASS] (pour information), aux commissaires de la République de département et aux Directions départementales des affaires sanitaires et sociales [DDASS] (pour exécution) ».

L'orientation du document qui va suivre me paraît très intéressante à plusieurs égards.

Le premier, et non des moindres, est la maintenance historique de la profession dans son rôle profondément humanitaire au service des « soins ».

Cette maintenance, gage de son identité propre, est porteuse d'espérance à travers l'évolution et l'adaptation qui découle du texte. Il enracine le « soins infirmier » dans la notion de recherche, d'efficacité, de formation, d'ergonomie, de progrès social, de responsabilité, de prise en charge totale, de communication inter-disciplinaire, d'information, de coût de la santé, problème économique de notre temps.

L'idée directrice est de mieux cerner « l'homme en besoin » à travers la complexité du monde actuel qui pulvérise les cultures, les modes de vie, les environnements socio-affectifs.

La qualité du document et la richesse de l'ensemble voudraient qu'un jour, peut-être proche, l'informatique apporte sa complémentarité.

Il est aussi frappant de saisir le haut niveau de maturité professionnelle qui en découle, en raison, d'une part, des thèmes abordés et d'autre part de la participation importante des groupes professionnels qui y ont collaboré.

Alors que l'avenir pourrait faire craindre l'apparition d'automatismes déshumanisants ce travail est une espérance.

Que chacun y trouve donc :

- l'amélioration de la qualité des soins dont il est porteur,
- la possibilité largement ouverte d'un travail constamment orienté vers l'homme,
- la foi, la volonté, la conviction qui a présidé à la démarche de ceux qui l'ont conçu.¹⁸¹⁷

Dans son propos plus politique, l'auteur s'efforça en effet de rendre compte de sa perception des particularités de la profession d'infirmière qui transparaissaient dans cette publication, allant jusqu'à en reconnaître la maturité. En soulignant la « grande participation des groupes professionnels », il faisait allusion au mode de production de ces guides. Pour la première fois, en effet, des documents ministériels de référence étaient co-produits par des groupes de travail composés d'infirmiers ou d'infirmières, avec la participation de quelques médecins, et directeurs d'hôpitaux, ou de rares spécialistes comme des ergonomes. Ainsi par exemple, ce premier fascicule consacré au dossier de soins fut composé avec la participation de 7 groupes de travail distincts mobilisant un total de 149 personnes de tous grades et de la France entière :

- Groupe « démarche de soins » : 19 membres (12 infirmières générales (IG)¹⁸¹⁸, 1 directrice d'école, 2 médecins, 1 documentaliste, 1 informaticien ergonomiste, 2 directeurs de CHR)
- Groupe « préalables à la mise en place du dossier de soins » : 33 membres (3 aides-soignantes, 6 infirmières, 8 surveillantes ou « infirmières responsables », 6 surveillantes chefs ou surveillantes générales¹⁸¹⁹, 3 monitrices, 1 directrice d'école, 5 IG, 1 directrice de clinique)

¹⁸¹⁷ *Ibid.*

¹⁸¹⁸ Dont deux conseillères techniques ministérielles. Pour tous les grades, comprendre hommes et femmes, sachant que les premiers étaient en grande minorité.

¹⁸¹⁹ Assimilables à l'époque à surveillantes chefs.

- Groupe « structure du dossier de soins infirmiers » : 24 membres (1 agent de service hospitalier, 1 aide-soignante, 9 infirmières, 6 surveillantes, 5 monitrices, 2 IG)
- Groupe « organisation et stratégie du dossier de soins » : 23 membres (1 aide-soignante, 4 infirmières, 8 surveillantes, 3 monitrices, 3 surveillantes chefs, 1 directrice d'école, 3 IG)
- Groupe « utilisation et exploitation du dossier de soins » : 11 membres¹⁸²⁰ (1 surveillante, 7 surveillantes chefs, 2 IG et 1 faisant fonction d'IG)
- Groupe « aspect éthique et juridique du dossier de soins » : 19 membres (6 infirmières, 2 surveillantes, 2 monitrices, 1 surveillante chef, 6 IG, 1 directrice d'école, 1 médecin)
- Groupe « archivage du dossier de soins » : 8 membres¹⁸²¹ (2 surveillantes, 2 surveillantes chefs, 1 IG, 1 directrice d'école, 1 directeur d'hôpital et 1 ingénieur)
- Comité de rédaction : 12 membres : (1 surveillante, 10 IG, 1 directrice d'école).¹⁸²²

Si d'anciennes étudiantes de l'EIEIS se retrouvèrent dans les différents groupes de travail, dont le comité de rédaction, elles étaient minoritaires. Ceci ne les empêcha pas d'y porter ce qu'elles avaient appris sur ces sujets de nombreuses années auparavant lors de leur formation à Lyon. Mais parallèlement à ces influences très personnelles, un autre phénomène était observable, qui n'était sans doute pas pour déplaire aux pionnières et pionniers de l'EIEIS. Car il s'agissait là aussi, et peut-être surtout, d'une initiative visant l'appropriation, à l'échelon national et par la profession tout entière, de méthodes (démarche de soins) ou d'outils (dossier de soins) dont ils avaient assuré la promotion avec persévérance pendant de longues années, soit dans le cadre de la préparation aux diplômes, soit dans le cadre de la formation continue. L'invitation des infirmières, certes en petit nombre et pas dans tous les groupes, à ce type de travaux et à plus forte raison des aides-soignantes et d'un agent des services hospitaliers était une véritable innovation. Ce changement notable allait dans le sens de la réflexion de l'EIEIS en juillet 1983 sur la nécessité de s'intéresser aux praticiennes et de les intéresser. Même les syndicats et associations avaient été consultés avant de lancer les premiers travaux. Leur avis avait « été requis le 30 novembre 1984 »¹⁸²³. Ainsi fut lancé ce grand chantier qui constituait la première initiative de cette envergure. Deux catégories de guides furent produites en parallèle : la série soins infirmiers et la série organisation et gestion du service infirmier, ce qui montrait que les

¹⁸²⁰ Tous issus du CHR de Rouen, ce qui était exceptionnel. Ce groupe s'était aussi adjoint « les quarante membres de la Commission des Soignants » qui comprenaient des surveillantes, des infirmières, des aides-soignants et des étudiants d'écoles de cadre. Cet établissement était pionnier en la matière, la Commission du service de soins infirmiers n'ayant été introduite dans la loi qu'en 1991.

¹⁸²¹ Tous issus de l'Assistance publique de Marseille.

¹⁸²² *Id.* p 60- 66.

¹⁸²³ *Id.* p 67. Avaient été consultés les grandes centrales syndicales généralistes (CFDT, CFTC, CGT, FO), 3 autres syndicats, et l'ANFIIDE, le CEEIEC, l'ANIG ainsi que 17 autres associations adhérentes au CIPLE. Ce fut le cas ensuite pour chaque guide, ces organisations étant invitées à formuler des remarques avant les rédactions définitives.

soins infirmiers avaient été identifiés comme pratique particulière, sinon comme discipline, distincte des questions d'organisation et de gestion du service du même nom.

Dans la série soins infirmiers, un guide fut considéré comme prioritaire au point de faire l'objet d'un projet de recherche de grande envergure¹⁸²⁴ et d'être financé comme tel par le ministère. Il s'agissait du guide « terminologie des soins infirmiers »¹⁸²⁵. Cette initiative s'inscrivait dans un projet national plus large, relatif à la promotion de la langue française¹⁸²⁶. Ce contexte constitua une véritable aubaine pour la profession, d'autant plus que celle-ci était encore habitée par le *nursing* anglais¹⁸²⁷. Ce projet, doté d'un plan de financement, fut confié à l'AMIEC, qui avait ouvert la voie à la recherche par ses publications depuis 1975. La direction de ce programme de recherche¹⁸²⁸ fut confiée à René Magnon, alors vice-président de l'AMIEC et vice-président du CEEIEC chargé du secteur « recherche et prospective » (1982-1985). L'objectif global consistait à « pallier l'absence d'une terminologie technique, reconnue par l'ensemble du groupe infirmier »¹⁸²⁹. Aux yeux de l'auteur, cet objectif présentait plusieurs intérêts « à plus ou moins long terme » :

- Développer le langage infirmier,
- Permettre une meilleure utilisation de ce langage dans l'activité infirmière, une plus grande adéquation entre la pratique soignante et l'enseignement infirmier,

¹⁸²⁴ Les autres guides étaient plutôt produits selon un procédé de type conférences de consensus, c'est-à-dire permettant à des acteurs de s'exprimer sur leurs propres pratiques et de faire des propositions tout en se référant à la littérature professionnelle et aux données scientifiques existantes sur le sujet traité. Cette méthode a une visée essentiellement pratique et permet de construire collectivement à la fois une représentation commune de la réalité et un projet d'action au service d'évolutions jugées nécessaires à un moment donné.

¹⁸²⁵ Ministère des Affaires sociales et de la Solidarité nationale, Direction des hôpitaux, Collectif, Guide du service infirmier, *Terminologie des soins infirmiers*, Glossaire provisoire, n°3, Série soins infirmiers, 1986.

¹⁸²⁶ Décret n° 83-243 du 25 mars 1983 relatif à l'enrichissement de la langue française.

¹⁸²⁷ Ce terme était en outre réduit, dans les représentations collectives et les usages des médecins et des infirmières, à sa plus simpliste expression de soins d'hygiène et de confort. Or ceux-ci ne constituaient qu'une infime partie du vaste champ de pratique des infirmières et étaient de surcroît très largement pris en charge par les aides-soignantes dont c'était l'une des fonctions essentielles.

¹⁸²⁸ Après la recherche conduite par Catherine Mordacq dans le cadre de l'INSERM, il s'agissait du troisième grand projet de recherche financé en soins infirmiers en France. Le deuxième avait en effet consisté en la participation française à une étude multinationale financée par l'OMS Europe sur le thème « Besoins en soins infirmiers des personnes soignées ». Celle-ci s'étendit de 1979 à 1985. Geneviève Déchanoz, Infirmière générale des HCL et ancienne étudiante de l'EIEIS, fut chargée de la coordination de la participation française. Elle devint d'ailleurs la première responsable du Centre collaborant OMS pour les soins infirmiers qui fut créé aux HCL au début des années 1980 pour l'occasion. M. Rochaix et M. Dutreil, son successeur à la Direction générale des HCL, soutinrent cette initiative et en particulier la mission de Geneviève Déchanoz. Les HCL et l'Hôpital de Saverne, dans le Bas-Rhin, participèrent à l'étude. Concernant les HCL, 31 infirmières, 4 surveillantes et 3 surveillantes chefs assurèrent la collecte des données et le codage informatique nécessaires à l'étude, participant ainsi activement à cette recherche. OMS, Bureau régional de l'Europe, *Les Besoins en soins infirmiers des personnes soignées : données françaises de l'étude multinationale*, sous la coordination de Geneviève Déchanoz, Paris, Bayard, 1986.

¹⁸²⁹ René MAGNON, Comment peut naître une recherche, in Ministère des Affaires sociales et de la Solidarité nationale, Direction des hôpitaux, Collectif, Guide du service infirmier, *Terminologie des soins infirmiers*, Glossaire provisoire, n°3, Série soins infirmiers, 1986, p 7.

- Permettre aussi l'amélioration et l'utilisation des dossiers de soins infirmiers qui naissent un peu partout, sous l'influence de la formation continue, et avec l'aide désormais du « Guide du Service Infirmier n°1 », sur le « Dossier de Soins » publié en 1985.

Ce travail et la publication d'une terminologie propre aux soins infirmiers, visent aussi à améliorer la rédaction des notes infirmières en prévision d'une informatisation des synthèses de soins infirmiers en cours de séjour ou à la sortie des malades. Ils visent également à doter la profession de termes reconnus par tous les acteurs, en vue de contribuer à une meilleure qualité du service rendu aux patients, et à faciliter la recherche infirmière et les procédures d'évaluation de la qualité des soins.¹⁸³⁰

Le projet était donc présenté comme ayant un intérêt considérable pour les patients. Il était aussi très habilement inséré dans l'entreprise plus globale de rationalisation du système de santé, notamment en ce qu'il facilitait le développement de l'informatisation. Mais au-delà du souci affiché d'une participation active au développement général du système de santé, y compris sous l'angle de sa gestion, l'intérêt pour la profession elle-même n'était pas oublié, sans être pour autant ostensiblement mis en avant :

A terme, [l'étude de terminologie] a pour finalité d'établir un dictionnaire des soins infirmiers¹⁸³¹ qui devrait prendre en compte l'ensemble de la situation professionnelle, c'est-à-dire :

- Les actants du procès : les infirmières et infirmiers dans leurs différents exercices professionnels, les patients,
- Le procès lui-même : vu dans les différents exercices professionnels, hospitalier, extra-hospitalier, à domicile, etc., c'est-à-dire les soins infirmiers sous tous leurs aspects,
- L'étymologie des mots et leur histoire : ces deux domaines s'avèrent indispensables pour saisir l'évolution du langage lui-même et la situation professionnelle qu'il décrit, l'histoire des soins, des soignants, et les divers courants qui animent la profession. Ils devraient permettre de mettre en évidence leur chronologie et les faits ou les événements qui ont contribué à leur émergence et à leur emploi.¹⁸³²

Si le statut de recherche attribué à ce projet n'était pas usurpé, le projet disciplinaire dans lequel elle s'insérait ne faisait lui non plus aucun doute. Guy Journet, maître de conférences de psychologie à l'université Lyon II et président de l'AMIEC, qui participa activement aux travaux, en attesta dans son propos liminaire à ce « glossaire provisoire » :

Un groupe de professionnels qui décide de travailler les termes de son langage, inaugure une démarche scientifique. Une terminologie n'est pas seulement, ni d'abord, l'étiquetage et le rassemblement des vocables propres à une discipline, une technique ou un art, constituant, au plus simple, une nomenclature, telle celle des « actes infirmiers » de la sécurité sociale. Une terminologie, qui est l'« étude des termes d'une discipline, etc. », accompagne nécessairement tout progrès scientifique dans cette discipline ou cet art. Les termes sont comme des carrefours de relation de sens, plus ou moins interdéfinis, renvoyant les

¹⁸³⁰ *Ibid.*

¹⁸³¹ Une première version de ce dictionnaire fut publiée en 1995. Il s'agissait du premier dictionnaire de ce type en Europe. MAGNON René (dir.), DÉCHANOS Geneviève (dir.), par un ensemble d'infirmières et infirmiers, Dictionnaire de Soins infirmiers, AMIEC, Lyon, 1995. Note ajoutée par nous

¹⁸³² *Id.* p 8.

uns aux autres, se connectant en des réseaux eux-mêmes connectés entre eux dans l'organisation conceptuelle de la théorie. « Soins infirmiers » est ici comme le noyau de sens, à comprendre dans une « théorie de soins infirmiers » explicitée par divers corrélats : « rôle propre de l'infirmière », « fonction infirmière », « responsabilité de _ », « autonomie de _ », « diagnostic infirmier » ... L'autonomie de l'infirmière repose sur l'autonomie (relative) d'une discipline qui peut se définir son objet propre, dans un champ disciplinaire plus vaste, celui de la santé, et en intersection avec les autres disciplines des sciences humaines – dont la médecine au premier chef sans doute – ce qui est posé par l'existence d'une « recherche infirmière » [...].¹⁸³³

Il s'agissait donc là, aux yeux de l'auteur, d'un mode d'entrée comme un autre dans un processus d'élaboration disciplinaire. La démarche n'était pourtant pas aisée pour des non-initiés qui devaient se transformer à la fois en lexicologues et en lexicographes, avec l'aide de Robert Vallet, maître de conférences de sociolinguistique à l'université Lyon II et membre de l'Institut national de la langue française :

Un lexicologue éprouve forcément une agréable surprise, surtout s'il travaille sur des textes anciens, quand on lui propose de participer à l'élaboration d'une terminologie ; car il va passer du livre à la vie et franchir la barrière de la spécialisation et de la technicité ;... et aussi une certaine appréhension : certes, les méthodes de la lexicologie n'ont rien de mystérieux ni d'inaccessible, mais la crainte vient de l'intervention des rôles ; d'une part un lexicologue tout à fait ignorant des réalités médicales peut devoir donner des avis en ces matières et inversement une équipe d'infirmiers et d'infirmières va élaborer des définitions, comme le lexicologue devenu lexicographe en confectionnant un dictionnaire. Cependant, la méthode, une fois exposée, a été allègrement mise en œuvre et quelques conseils ont suffi. A vrai dire, il était difficile à un profane de décider du choix des textes fondamentaux dans ce domaine ou d'établir la liste des mots-clés de la profession d'infirmière. La difficulté majeure semblait résider dans la rédaction des définitions.¹⁸³⁴

La méthode, enseignée par le lexicologue profane en soins infirmiers, aux infirmiers et infirmières profanes en lexicologie, comprenait trois grandes étapes¹⁸³⁵ : choix et délimitation d'un corpus¹⁸³⁶, inventaire des mots-thèmes¹⁸³⁷ et constitution de la liste des termes à définir, dépouillement du corpus¹⁸³⁸, rédaction des articles¹⁸³⁹. Le « groupe d'experts infirmiers » chargés de la recherche fut constitué par cooptation selon les critères préalablement définis :

¹⁸³³ Guy JOURNET, Mots pour dire mots pour faire, in Ministère des Affaires sociales et de la Solidarité nationale, Direction des hôpitaux, Collectif, Guide du service infirmier, *Terminologie des soins infirmiers*, Glossaire provisoire, n°3, Série soins infirmiers, 1986, p 3-4. Guillemets dans le texte.

¹⁸³⁴ Robert VALLET, Avant-propos, *id.*, p 1-2.

¹⁸³⁵ René MAGNON, Comment peut naître une recherche... *op. cit.* p 9.

¹⁸³⁶ « c'est-à-dire d'un ensemble d'énoncés relatifs au domaine infirmier ; il se définit par l'exercice même de la profession et comporte donc des textes de loi en vigueur, des ouvrages, des articles de revue, des travaux de recherche, relatifs à la profession ». *Ibid.*

¹⁸³⁷ « mots récurrents et figurant dans les titres de chapitre ou de paragraphes ». *Ibid.*

¹⁸³⁸ « relevé sur des fiches d'un format convenu des occurrences des mots recherchés, accompagnées d'un contexte assez long pour que l'on puisse juger sans erreur de l'emploi du mot. Les fiches signalent les occurrences remarquables qui présentent par exemple des synonymies, des périphrases définitives ou des antonymie... » *Ibid.*

¹⁸³⁹ « Les occurrences remarquables sont étudiées en priorité. Un mot n'est défini que s'il comporte un nombre d'occurrences remarquables suffisant (minimum à définir par le groupe de rédaction). La rédaction des définitions est un travail collectif de trois à quatre personnes [...] » *Ibid.*

Les personnalités choisies devaient être en fonction soit dans l'enseignement, soit dans un milieu professionnel ; certaines d'entre elles furent retenues en fonction de leur formation, de leur pratique de la recherche ; d'autres le furent parce qu'elles donnaient accès à des sources d'information et de documentation.¹⁸⁴⁰

Le groupe comprenait 22 membres, directeur du programme compris : 1 surveillante¹⁸⁴¹, 2 moniteurs¹⁸⁴², 2 surveillantes chefs, 5 directrices d'écoles d'infirmières ou de cadres, 6 IG, 1 représentante du Comité français pour l'Éducation de la santé¹⁸⁴³, 1 documentaliste¹⁸⁴⁴, 1 directrice de centre de documentation¹⁸⁴⁵. Enfin, 4 conseillers spéciaux faisaient aussi partie du groupe : l'ancien chef de service de traduction et d'Édition du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe¹⁸⁴⁶, d'un conseiller technique du Commissariat général de la langue française, d'un lexicologue et du président de l'AMIEC. Sur les 18 experts infirmiers, 6 étaient d'anciens étudiants de l'EIEIS, dont René Magnon et Geneviève Déchanoz, cette dernière étant plus particulièrement chargée de l'animation du groupe. Comme pour les autres guides, les syndicats et associations avaient été consultés le 24 juin 1986. Le caractère foisonnant de la représentation professionnelle n'avait pas échappé au président de l'AMIEC et lui avait inspiré la réflexion suivante :

Cette activité cognitive particulière des hommes qui affûtent leurs mots est par elle-même un débat pour la « con-struction » de cet espace symbolique de confrontation qu'est le langage propre. Le grand nombre d'associations ou groupements professionnels qui se partagent, en France, l'adhésion ou la militance d'une partie des praticiens des soins infirmiers, peut faire penser qu'à cette multiplicité de regroupements correspond une moindre cohérence entre les représentations et références professionnelles, au profit des particularismes qui, s'ils sont richesse de la diversité, sont aussi faiblesse de la dispersion. L'initiative que représente ce travail, réalisé par la mise en place d'une structure de co-opération efficace, prend valeur d'interpellation des praticiens des soins infirmiers, pour que se développe avec eux une recherche infirmière qui répond à l'« exigence réflexive fondamentale », par laquelle s'identifie le groupe social (scientifique), celle de « savoir penser sa pensée ».¹⁸⁴⁷

Face à la dispersion idéologique, ce projet de terminologie, à orientation disciplinaire et quasi épistémologique, apparaissait à ses yeux comme un facteur de rassemblement, mais aussi de cohésion et de cohérence, par la focalisation presque forcée du groupe sur son propre objet et par là-même, son pouvoir de connaître aussi bien que son pouvoir d'agir. Ce Guide du service

¹⁸⁴⁰ Id. p 7.

¹⁸⁴¹ Cette ancienne étudiante de l'EIEIS fut recrutée à mi-temps comme assistante de recherche affectée à cette étude.

¹⁸⁴² Une femme, et un homme, ce dernier exerçant des fonctions de documentaliste.

¹⁸⁴³ Responsable du département des professions de santé.

¹⁸⁴⁴ Il s'agissait de la documentaliste permanente du CEEIEC.

¹⁸⁴⁵ Centre de documentation du service de l'enseignement, Assistance publique de Paris.

¹⁸⁴⁶ Au début des travaux, chaque entrée du glossaire fut traduite en anglais. Lors de la publication du dictionnaire, furent ajoutées les traductions en allemand, espagnol et italien.

¹⁸⁴⁷ Guy JOURNET, Mots pour dire mots pour faire... *op. cit.* p 4.

infirmier, certes parmi tous les autres, représentait donc un indicateur particulier qu'un mouvement professionnel nouveau s'était amorcé en France. Si cette évolution était incontestablement de nature à rassurer une équipe du DEIS en proie à de sérieux doutes en 1983, elle signifiait en même temps qu'elle était en train de lui échapper, elle qui avait tant fait et grâce à qui une grande partie de tout cela était arrivé. Désormais, il était patent que si l'EIEIS était encore dans le jeu, elle n'était plus, en tant que telle, au centre de celui-ci. Et il n'est pas certain que l'équipe lyonnaise eût, à l'époque, saisi l'ampleur de ce mouvement et l'opportunité, sinon la nécessité, de s'inscrire dans une perspective nationale pour envisager son propre avenir.

Au Conseil d'Institut de l'été 1983¹⁸⁴⁸, il fut annoncé que la demande de dispense de formation à l'ENSP pour les infirmières générales titulaires de diplômes de l'EIEIS ou du DEIS n'avait toujours pas abouti. À la même séance, la conseillère technique à la Direction générale de la santé annonça l'existence, au ministère, d'un projet de création d' « une maîtrise à l'intention des infirmières enseignantes », qui supposait selon elle, « de hausser la discipline des soins infirmiers au niveau des matières supérieures enseignées en tant que telles à l'université ». Cette perspective ne fut même pas évoquée à la réunion de l'équipe du DEIS de juillet qui suivit immédiatement cette séance, comme si elle s'était toujours sentie seule dans la place. Pourtant, s'annonçait là une nouvelle concurrence potentielle, susceptible d'avoir un jour ou l'autre un impact sur la situation lyonnaise, notamment en termes de contenus disciplinaires qu'il était question de « hausser » selon la conseillère¹⁸⁴⁹. Et il s'agissait là d'un domaine qui aurait pu relever de l'expérience acquise de l'EIEIS devenue DEIS, comme l'avait suggéré la consultante de l'OMS dans son rapport. En outre, en même temps que la situation nationale évoluait, augmentant en cela la pression concurrentielle, l'année 1983 était marquée par le tournant de la rigueur qui ne fut pas sans répercussion dans le fonctionnement du DEIS. À la même séance du Conseil d'Institut, M. Contis, alors devenu président de l'ANFH, estima que les « moyens pour financer les actions de formation allaient baisser de 30 % », cette réduction étant susceptible de toucher d'abord les demandes individuelles. À la séance de décembre¹⁸⁵⁰ de la même année,

¹⁸⁴⁸ PV de la réunion du Conseil de l'IIFCS du 20 juin 1983. Registre...*op.cit.*

¹⁸⁴⁹ Ce programme vit bien le jour en 1986, sous le nom de Maîtrise de sciences et techniques de gestion et animation des systèmes de formation (MSTGASF), option formateur en soins. Il procédait du même partenariat que la première maîtrise parisienne, c'est-à-dire entre l'Assistance publique de Paris et l'université Paris Dauphine. Il ne s'agissait néanmoins pas d'une maîtrise de type disciplinaire comme l'avait laissé entendre Mme Loraux. Comme pour l'autre maîtrise, ce programme était ouvert à plusieurs professions comme les techniciens de laboratoires, les manipulateurs d'électroradiologie médicale ou les sages-femmes. Il s'inscrivait donc aussi dans le mouvement global. Cependant, compte tenu de l'objet de la maîtrise, si l'économie de la santé, la comptabilité ou la gestion figuraient au programme, les contenus étaient majoritairement orientés vers les sciences de l'éducation et les sciences humaines dont la sociologie occupait une bonne place. Cette configuration facilita sans doute, plus que dans l'autre maîtrise, les travaux et notamment les mémoires à orientation disciplinaire pour ceux qui le désiraient. À titre d'exemple, il nous fut permis de préparer un mémoire de ce type dans ce programme, sous la direction de Ljiljana Jovic, intervenante dans cette maîtrise. Michel POISSON, *Le pansement et la pensée, éléments de réflexion sur les conditions de possibilité d'une épistémologie des soins infirmiers*, Mémoire de maîtrise de sciences et techniques de gestion et animation des systèmes de formation, option formateur en soins, Université de Paris IX Dauphine, Février 2000.

¹⁸⁵⁰ PV de la réunion du Conseil de l'IIFCS du 19 décembre 1983. Registre...*op.cit.*

René Magnon annonça une baisse significative d'inscriptions à trois sessions de formation continue sur 10 prévues, ce qui avait forcé à les annuler. Selon lui, ce phénomène s'expliquait entre autres par la situation financière des hôpitaux, y compris les HCL : « les problèmes économiques actuels touchant le fonctionnement des établissements hospitaliers et notamment la formation, très peu d'actions ont été inscrites au plan de formation des Hospices Civils de Lyon ». L'argument ne donna lieu à aucun commentaire. Le déficit de participation aux formations continues de l'ensemble de l'Institut fut confirmé à la séance du Conseil de la rentrée de 1984.

Le DEIS connut une nouvelle année de crise en 1985. Pour la première fois, le soutien historique que le CEEIEC avait apporté à l'EIEIS puis au DEIS vacilla. Le Comité demanda en effet l'annulation en Conseil d'État des points de bonification accordés aux anciens étudiants du DEIS pour le concours d'accès à la direction des écoles de cadres¹⁸⁵¹. Selon sa nouvelle présidente, Annick Le Galo, cette démarche était motivée par la nécessité de rétablir une « égalité des chances » entre tous les candidats, « tout en défendant l'idée d'une formation supérieure » dont le type n'était pas précisé. Par ailleurs, la vice-présidence en charge du secteur « Recherche et prospective » au CEEIEC, dont René Magnon était titulaire, fut mise en cause par le nouveau bureau national, au motif qu'elle n'était « pas prioritaire ». Malgré tout, elle ne fut pas supprimée, grâce à un vote en faveur de son maintien à l'assemblée générale de la même année¹⁸⁵². Au Conseil d'Institut du mois de mai, le directeur technique fit part, compte tenu de l'importante activité de formation continue, de « sa crainte de voir le département d'enseignement infirmier supérieur ne plus pouvoir poursuivre d'enseignement et de recherche de haut niveau. »¹⁸⁵³ À la même séance, Melle Hentsch posa, au nom de l'OMS, la question de savoir si l'Institut se préoccupait « de la formation des cadres de niveau doctoral ». Aucune réponse ne fut apportée ni à l'un ni à l'autre, sans doute en raison des contraintes économiques qui avaient pris l'ascendant sur toute autre considération. Pourtant, paradoxalement, la rentrée 1984 avait été à son plus haut niveau historique de l'EIEIS et du DEIS avec 20 étudiants recrutés en première année, même s'ils n'étaient plus que 16 en deuxième année, sans que ces abandons ne fussent explicités. Cela n'empêcha pas la crise de s'aggraver à l'automne, pour les raisons déjà évoquées au printemps, d'autant plus que l'effectif d'enseignants à l'École était en diminution. En septembre, Catherine Mordacq prit sa retraite¹⁸⁵⁴ et Geneviève Charles quitta le

¹⁸⁵¹ Courrier d'Annick Le Galo, présidente du CEEIEC à René Magnon, rapporté par ce dernier au Conseil d'école du DEIS du 25 février 1985. Document tapuscrit. Fonds Marie-Françoise Collière, Salles d'Aude.

¹⁸⁵² Hélène DAUMUR, René Magnon quitte le D.E.I.S., *L'Infirmière Enseignante* n°1, janvier 1986, p 2-3.

¹⁸⁵³ PV de la réunion du Conseil de l'IIFCS du 20 mai 1985. Registre...*op.cit.*

¹⁸⁵⁴ Comme Huguette Bachelot, elle intervint ensuite au GRIEPS sur ses thèmes de formation de prédilection. Dans ce cadre, elle continua d'innover, en mettant au point par exemple, en collaboration avec une surveillante de Nancy, une formation sur l'éducation des patients diabétiques, de nature pluriprofessionnelle puisqu'elle s'adressait à la fois aux infirmières et aux diététiciennes dont l'exercice respectif était jusqu'alors très cloisonné. Psychothérapeute certifiée en 1985, elle exerça la psychothérapie dans le même cabinet qu'Huguette Bachelot à Lyon de 1990 à 2001.

DEIS pour réintégrer un poste de monitrice à l'école de cadres lyonnaise. Un seul enseignant fut recruté en remplacement de ces deux départs, pour la même activité. Il s'agissait de Jacques Delmas, infirmier, titulaire d'une licence et d'une maîtrise en droit. S'il avait fait fonction de surveillant et occupé d'autres postes d'encadrement, notamment dans les milieux du sport de haut niveau¹⁸⁵⁵, il ne possédait pas de diplôme de surveillant ou de moniteur. Sans préjuger des compétences de ce candidat atypique, son recrutement, alors que d'anciens étudiants de l'École auraient pu être intéressés, semblait indiquer que le DEIS avait perdu de son attrait, que ce fût pour des raisons de prestige ou de charge de travail réputée dense. En outre, son absence de formation supérieure en soins infirmiers montrait que les critères de recrutement s'étaient considérablement dégradés, de même que le caractère spécialisé de la formation au DEIS. Mais peut-être son profil avait-il permis de donner des gages s'agissant de la vocation pluridisciplinaire de l'Institut¹⁸⁵⁶. Bien que n'étant pas du sérail, et peut-être en raison de ce parcours particulier, il apporta beaucoup à l'École et notamment aux étudiants¹⁸⁵⁷. Il préparait un doctorat en économie et s'interrogea, à son arrivée au DEIS, sur le taux d'échec des étudiants aux premières sessions d'évaluation de l'économie de la santé. Il assista donc aux cours en même temps que les étudiants et en arriva à la conclusion que les étudiants infirmiers ne disposaient pas des connaissances minimales pour bénéficier de ces enseignements dispensés à un niveau de maîtrise. Après une entrevue avec l'universitaire chargée de ces enseignements, il entreprit de dispenser aux étudiants de première année, dès la rentrée, un enseignement intensif de mise à niveau en économie, ce qui eut un effet immédiat sur l'assimilation des cours et les validations. Progressivement, il assura, en accord avec l'enseignante universitaire, la moitié des cours dans cette discipline à l'École, l'autre moitié étant suivie à l'université qui garda la main sur la validation.

La séance du Conseil de septembre 1985¹⁸⁵⁸ fut particulièrement tendue. Après avoir annoncé que 19 étudiants avaient été recrutés en 1^{ère} année, au lieu de se réjouir de cette performance, René Magnon demanda à ce que la parole fût donnée à Sanky Raine :

Celle-ci lit une déclaration des enseignants qui insiste notamment sur la diminution des moyens en personnel enseignant et du secrétariat ainsi qu'en matériel. Madame Raine demande que les instances représentées au Conseil prennent en compte les difficultés croissantes que le département infirmier connaît pour assumer ses responsabilités.

¹⁸⁵⁵ Il fut lui-même athlète de haut niveau.

¹⁸⁵⁶ Il avait été approché par René Magnon. Lorsqu'il fut reçu par le directeur de l'Institut et qu'il s'aventura à donner comme objectif principal de son projet de poursuivre le développement des soins infirmiers dans le droit fil de ce que l'EIEIS puis le DEIS s'étaient efforcés de faire jusqu'alors, il s'entendit dire par son interlocuteur que les soins infirmiers n'existaient pas. Cette entrée en matière rendit sans aucun doute sa mission bien difficile de ce point de vue. Témoignage de René Magnon, 29 mars 2013.

¹⁸⁵⁷ Témoignage de Monique Formarier, 20 décembre 2017. Les éléments qui suivent sont issus de cette source.

¹⁸⁵⁸ PV de la réunion du Conseil de l'IIFCS du 9 septembre 1985. Registre...*op.cit.*

Comme pour appuyer cette intervention, Mlle Hentsch demanda elle aussi la parole, pour communiquer un message de la part de « Madame le docteur Farrell, fonctionnaire régional pour l'Europe pour les soins infirmiers » :

[Mlle Hentsch] fait part au Conseil de l'inquiétude de l'Organisation Mondiale de la Santé en ce que le nombre d'enseignants en soins infirmiers ne paraît pas devoir être maintenu. De plus le programme international d'enseignement de soins infirmiers devrait être développé ainsi que les programmes de soins infirmiers cliniques, ceux relatifs à la gestion et direction dans le domaine de la santé publique. Elle regrette que les recommandations faites par Madame BAUDRY pour les enseignants n'aient pas été suivies. Enfin, Mademoiselle Hentsch fait part au Conseil du projet de Madame FARELL de visiter l'Institut au printemps 1986.

M. Dutreil, nouveau directeur général des HCL depuis 1984, répondit que les HCL accueilleraient bien volontiers Madame Farell. Par ailleurs, en réponse aux deux dernières interventions, il informa l'assemblée qu'il n'était pas question, pour les HCL, de « porter atteinte à l'enseignement en soins infirmiers dispensé ici » et il en profita pour rendre hommage au travail fait par le DEIS. Néanmoins, il invoqua « la conjoncture actuelle » pour répartir au mieux « les moyens disponibles en fonction des besoins », ce qui signifiait qu'aucune suite ne serait donnée aux sollicitations. Irrémédiablement imperméable aux considérations de type disciplinaires qui venaient d'être exposées, l'infatigable directeur de l'Institut, toujours au front et n'écoutant que son étroit devoir, rappela à la fin de la séance du Conseil que tous les départements étaient « très largement interdisciplinaires », sauf le DEIS. Il suggéra donc, « étant donné l'importance de cette question pour l'Institut International, qu'un rapport annuel sur les progrès de l'interdisciplinarité entre les départements [fût] présenté au Conseil chaque année ». À l'issue de cette séance du Conseil, René Magnon avait acquis la conviction qu'il n'était plus en mesure d'assurer sa mission telle qu'il l'entendait, c'est-à-dire dans la lignée des objectifs et des valeurs de l'EIEIS. Sans aucun doute fatigué après toutes ces années de lutte incessante pour maintenir le cap¹⁸⁵⁹, il demanda par courrier au Directeur général d'être relevé de ses fonctions une semaine plus tard, ce qui fut accepté. Il quitta le DEIS en décembre 1985¹⁸⁶⁰. Avec son départ s'ouvrit une page nouvelle de l'histoire de l'EIEIS. Ce fut même la dernière.

¹⁸⁵⁹ S'exprimant sur ce moment, douloureux pour lui, où il prit cette décision de partir, il parla même de « profonde déprime ». Entretien du 29 mars 2013.

¹⁸⁶⁰ Il obtint alors un poste d'infirmier général au Centre hospitalier de Tarbes, où il exerça « avec bonheur » jusqu'à sa retraite en 1997. Il continua de s'investir dans les questions professionnelles et notamment le groupe de terminologie des soins infirmiers. Il écrivit encore beaucoup. De 1986 à 2010, il signa 69 articles, éditoriaux ou préfaces de livres et 4 ouvrages dont un comme co-auteur. Retiré à Lacanau Océan, sa région natale, il se consacre aujourd'hui à l'écriture d'ouvrages sur l'histoire locale, dont la plupart ne concernent pas la profession d'infirmier.

6.2 – Des faux semblants d’une embellie à la fin du DEIS (1986 – 1995)

Dernières lueurs d’espoir

Contre toute attente, l’année 1986 commença plutôt bien. En relation ou non avec le départ de René Magnon, lequel avait déjà assurément acquis une notoriété nationale, Nicole Quivron, nouvelle conseillère technique du Directeur général de la santé, annonça dès le début de l’année 1986 une revalorisation substantielle de « la subvention accordée pour la formation universitaire et professionnelle à destination des cadres infirmiers ». L’augmentation était de 28% :

Cette subvention sera la globalisation des deux subventions jusqu’alors distinctes : la subvention de fonctionnement et celle destinée à compenser le manque à gagner des étudiants infirmiers à titre gratuit. Elle est le signe de l’attachement de la Direction Générale de la Santé à un enseignement infirmier supérieur de qualité et à la maîtrise des sciences et techniques sanitaires et sociales qui est la seule à être spécifiquement infirmière.¹⁸⁶¹

Non seulement le soutien à une formation de type disciplinaire était affirmé, mais il fut assorti de la nécessité pour l’Institut de n’affecter ces fonds « qu’à la formation universitaire et professionnelle des infirmières dans l’ensemble des activités du département ». Des « documents financiers les plus clairs possibles » devaient être produits dans ce sens. Le directeur de l’Institut, féru de comptabilité analytique et virtuose dans l’art de manier les « clés de répartition » dut savourer cette recommandation qui lui était particulièrement adressée. La représentante de la CGT et le médecin général inspecteur de la DRASS Rhône-Alpes, chacun dans son rôle, émirent le souhait que l’augmentation spectaculaire de ces ressources ne se réalisât pas « au détriment des écoles d’infirmières ». Sanky Raine, qui assurait les fonctions de directrice technique du DEIS par intérim dans l’attente de sa nomination à ce poste, rendit hommage à son prédécesseur. Elle présenta ensuite des orientations riches en messages militants, sans doute revigorés par le soutien appuyé du ministère :

Mme Raine indique que le département se propose de poursuivre l’action qui fut celle de l’école internationale d’enseignement infirmier supérieur, notamment dans l’enseignement dispensé en liaison avec l’Université et en étroite symbiose avec le terrain hospitalier ou extra-hospitalier. Elle souligne que l’enseignement dispensé ici doit toujours se tenir à la pointe de ce qui est fait en France et que par conséquent, il est indispensable devant la mise en place des maîtrises de soins infirmiers¹⁸⁶², de promouvoir à Lyon un doctorat en soins infirmiers.

¹⁸⁶¹ PV de la réunion du Conseil de l’IIFCS du 8 janvier 1986. Registre...*op.cit.*

¹⁸⁶² À cet endroit, elle faisait vraisemblablement allusion à un autre projet, différent du projet de maîtrise pour les enseignantes. Dans une lettre circulaire à l’occasion de son départ du ministère au début de 1985, Nicole Loraux avait fait part de son souhait de la mise en place d’une « maîtrise en soins infirmiers ». Cette partie de la lettre

Non seulement la filiation avec l'EIEIS était réaffirmée, mais la volonté de reprendre le leadership du développement de la profession était spectaculairement mise en avant, ce qui montrait que l'équipe avait, à cette date, saisi l'urgence d'évoluer pour durer. En 1984, René Magnon avait repéré 8 infirmières et 1 infirmiers titulaires de doctorats de 3^{ème} cycle¹⁸⁶³. Sur les 9 titulaires, 7 étaient d'anciens étudiants de l'EIEIS¹⁸⁶⁴. Comme le précisa l'auteur, cet état des lieux n'était pas exhaustif et dépendait des informations dont il disposait. Néanmoins, ces données montraient que même s'il ne s'agissait pas de doctorats en soins infirmiers¹⁸⁶⁵ alors inaccessibles, l'EIEIS avait montré l'exemple dans le domaine, ce qui légitimait le projet revendiqué par la nouvelle directrice technique du DEIS. Devant ce qui apparaissait comme un véritable plan stratégique de développement pour le DEIS, la conseillère technique du ministère manifesta son accord pour qu'une étude fût conduite sur cette question. Sanky Raine rappela ensuite le problème récurrent de la non reconnaissance de la maîtrise par les employeurs, ce qui était d'autant plus problématique que les conditions d'attributions de bourses d'études étaient « de plus en plus restrictives ». Enfin, elle rappela une limite importante au développement d'idées nouvelles dont pourtant le DEIS se sentait toujours investi :

avait alors contrarié l'équipe du DEIS qui y voyait un déni de ce qui s'était passé à Lyon depuis 1965 et notamment depuis la mise en place de la MSTSS « option soins infirmiers ». René Magnon envoya même un courrier à l'intéressée au nom de l'équipe, pour lui rappeler ce précédent, alors même qu'elle avait fait partie du Conseil de l'Institut. Réunion d'équipe du DEIS du 18 février 1985. Document manuscrit. Fonds Marie-Françoise Collière, Salles d'Aude. Cette réaction de l'équipe confirme la position défensive dans laquelle elle s'était installée, alors que ce projet était dans le droit fil de ce qu'elle avait en effet initié. Elle aurait donc pu tout aussi bien s'en réjouir, voire tenter de s'en saisir pour son propre compte. En réalité, cette suggestion de la conseillère technique représentait une étape supplémentaire par rapport au DEIS, en dépassant l'option « soins infirmiers » pour une maîtrise de plein titre en soins infirmiers. Ceci supposait cependant un saut qualitatif auquel l'équipe de Lyon n'était vraisemblablement pas prête, pas plus que quiconque en France. Un prototype de ce genre vit cependant le jour à la fin de la décennie, sous une forme très particulière, toujours à l'initiative de l'Assistance publique, mais en partenariat avec la faculté de médecine de l'université Paris-Nord Bobigny : « A donc été habilitée en 1990 à l'UFR de Bobigny, après une année de préparation, la "Maîtrise en Sciences de la Vie, mention : soins, option : sciences infirmières". Cette formation de deux ans s'adresse exclusivement à des cadres infirmiers, sélectionnés sur concours. Elle forme des *cadres experts infirmiers*, qui occuperont dans les hôpitaux des fonctions transversales, en charge de la promotion, de l'évaluation de la qualité des soins et de la recherche en soins. La formation est centrée sur les concepts et pratiques de soins, d'évaluation, de communication, d'éducation thérapeutique, de recherche. » Jean-François d'IVERNOIS, Enseignement à tirer d'une expérience française : les sciences infirmières à l'UFR de Bobigny, *Recherche en Soins infirmiers*, n° 93, 2008, p 112. Guillemets et italiques dans le texte. Cette maîtrise fut mise en place dans un contexte d'autant plus favorable que « déjà se profilait la perspective d'une accréditation des établissements de soins » nécessitant la formation de « cadres infirmiers méthodologistes, spécialistes en qualité des soins ». *Ibid.* Malgré cet aspect utilitariste et quand bien même il s'agissait là encore d'une option réservée aux infirmières, elle était attachée à une maîtrise de sciences, et non plus de sciences et techniques. L'inauguration et donc l'autorisation de l'usage du vocable « sciences infirmières » sur le territoire national constitua symboliquement une avancée certaine pour les infirmières.

¹⁸⁶³ René MAGNON, Vers un doctorat en soins infirmiers, *L'Infirmière Enseignante*, n° 1, janvier 1984, p 6.

¹⁸⁶⁴ Sur les 9, tous avaient été soutenus à l'université de Lyon ou Lyon II, sauf 1 à l'université de Toulouse et l'autre à l'université Paris I. *Ibid.*

¹⁸⁶⁵ 8 sur 9 avaient néanmoins directement la profession d'infirmière comme objet, envisagée sous des angles différents.

[...] la nécessité de recevoir un public nombreux en formation continue peut amener à la répétition d'actions dont le succès est assuré au détriment d'actions sur des thèmes nouveaux dont le retentissement est plus incertain.¹⁸⁶⁶

La prospective, de même que la recherche, qui avaient jusqu'alors constitué la marque de fabrique de l'École, y compris en termes de formation continue, trouvaient là des limites en relation directe avec la politique productiviste choisie pour assurer l'autofinancement de l'Institut. Malgré tout, le Directeur général des HCL adhéra « en tous points aux propos de Mme Raine ». La directrice technique rappela la motivation toujours aussi grande de l'équipe, d'autant que la nouvelle enseignante venant d'arriver au DEIS y apportait une fraîcheur salubre, en raison à la fois de sa personnalité et de la particularité de son parcours. Monique Formarier était née le 17 décembre 1942¹⁸⁶⁷ à Villebarou, département du Loir-et-Cher. Elle obtint son diplôme d'État d'infirmière en 1963 et celui de puéricultrice en 1967. Titulaire du CAFIS en 1972, elle entra au DEIS en 1979 pour y préparer la MSTSS option soins infirmiers qu'elle obtint en 1981. Elle garde un excellent souvenir de ses études au DEIS, n'étaient-ce des relations assez tendues avec Marie-Françoise Collière, laquelle appréciait fort peu son esprit critique, peu influençable et assez frondeur. Cette particularité avait pourtant été retenue comme l'un des critères de recrutement par ceux qui l'avaient invitée à rejoindre l'équipe¹⁸⁶⁸. Au cours de sa formation, sa rencontre avec Judy Goodwin¹⁸⁶⁹ fut déterminante. Passionnée par son cours sur les méthodes de recherche, elle eut l'occasion d'en discuter avec elle. Elles sympathisèrent au point que l'Américaine invita la Française aux États-Unis, pour y découvrir ce qui s'y faisait. C'est à l'automne 1981, sa maîtrise en poche, qu'elle honora cette invitation en compagnie de Geneviève Poirier-Coutansais, une collègue de promotion et amie au DEIS, titulaire de la même maîtrise. Elles effectuèrent donc un séjour d'un mois et demi dans la région de Détroit, Michigan, où elles furent accueillies chez Judy Goodwin qui leur offrit généreusement gîte et couvert pour l'occasion. La pratique sans efforts de la langue française de celle-ci facilita la vie de ses deux invitées qui n'étaient pas des anglophones confirmées malgré les cours obligatoires dispensés dans le cadre de la maîtrise. Leur amie et tutrice pour ce voyage d'étude particulier leur ouvrit les portes d'un hôpital de la région où elles purent effectuer un stage dans leurs domaines respectifs d'intérêt : pédiatrie pour Monique Formarier et réanimation pour sa collègue. Mais les deux visiteuses furent surtout introduites à l'université du Michigan à Ann Arbor, où elles firent connaissance avec de nombreuses collègues de Judy Goodwin, autant de rencontres qui leur permirent de « découvrir la recherche et l'histoire ». Les travaux en cours portaient aussi bien sur des situations cliniques que sur « l'histoire des infirmières américaines, l'histoire de la recherche ». Les deux invitées découvrirent aussi que, chez les Américaines, la

¹⁸⁶⁶ *Ibid.*

¹⁸⁶⁷ Archives EIEIS dossier enseignants, CV très succinct. Entretien avec l'intéressée le 20 décembre 2017. C'est de celui-ci que sont issues les données utilisées dans le développement suivant, sauf indication contraire.

¹⁸⁶⁸ Témoignage de René Magnon, entretien du 29 mars 2013.

¹⁸⁶⁹ Voir *supra*.

recherche reposait sur l'activité de nombreuses associations. C'est dans ce milieu au dynamisme fascinant, à leurs yeux, qu'elles puisèrent l'idée de développer la recherche en soins infirmiers en France et de créer une association à cette fin. L'association de recherche en soins infirmiers (ARSI) vit le jour en 1983. Les fondateurs étaient tous des anciens étudiants de l'EIEIS, de la même promotion (1979-1981) : Monique Formarier (présidente), Guy Isambart (membre du Conseil d'administration), Monique Lefur (trésorière), Geneviève Poirier-Coutansais (secrétaire). Deux ans plus tard, l'ARSI se dotait d'une revue, *Recherche en soins infirmiers* (RSI). Monique Formarier présenta ainsi l'association dans le premier numéro qui parut en juin 1985 :

[...] la motivation de l'Arsi pour créer une revue est profonde. Elle repose sur la nécessité de partager avec d'autres soignants notre souci de faire progresser la profession par la voie de la recherche. Ce n'est pas le seul créneau possible et actuel de développement des soins infirmiers. Cependant, il nous paraît urgent que les infirmiers(ères) commencent à jeter les bases scientifiques de leur profession. Partager, c'est aussi informer, former, témoigner. C'est proposer, promouvoir une conception et des méthodes qui reposent sur une participation de tous les soignants à l'évolution et à l'apprentissage de leur pratique. La gageure réside, non pas dans l'existence de cette revue, mais dans les objectifs qu'elle sert. Elle se veut en même temps réflexion actuelle sur les soins où s'enracine la recherche et facteur de changement pour l'avenir.¹⁸⁷⁰

Pour compléter cet édifice, qui se voulait ambitieux et pragmatique, la présidente et la secrétaire de l'association publièrent, 3 ans plus tard, le premier ouvrage traitant de la recherche en soins infirmiers en France¹⁸⁷¹.

De retour en France, malgré sa préparation intensive au concours d'infirmière générale adjointe durant ses études¹⁸⁷², elle ne se présenta pas aux épreuves. En échange de la prise en charge de sa formation, elle avait en effet un contrat de cinq ans avec le centre hospitalier d'Alençon. Elle y reprit donc un poste de surveillante du service de pédiatrie. Deux ans plus tard, elle fut sollicitée par Catherine Mordacq pour occuper un poste d'enseignante au DEIS. Elle déclina l'offre en raison du même contrat. En 1985, elle fut à nouveau contactée, par René Magnon, pour les mêmes raisons. Son contrat n'était toujours pas arrivé à son terme, mais elle bénéficia paradoxalement d'une conjoncture économique morose, à l'hôpital d'Alençon comme ailleurs. Le directeur, souhaitant réduire les postes d'encadrement, considéra comme une aubaine ce départ volontaire et la dispensa de l'obligation d'honorer le reliquat de la dette relative à son contrat. Dans l'équipe du DEIS, elle fut particulièrement chargée de l'animation du séminaire

¹⁸⁷⁰ Citée par Ljiljana JOVIC. L'association de recherche en soins infirmiers : une histoire de concours de circonstances, un axe fort et des rencontres, *Recherche en Soins infirmiers*, n° 121, 2015, p 5-10.

¹⁸⁷¹ Monique FORMARIER, Geneviève POIRIER-COUTANSAIS, *Initiation à la recherche en soins infirmiers*, Paris, Lamarre-Poinat, 1988.

¹⁸⁷² Grâce aux cours particuliers qu'André Montésinos donnait tôt le matin 3 jours par semaine aux étudiants de l'École intéressés, en dehors des heures de cours.

de soins infirmiers généraux et de l'enseignement de la recherche¹⁸⁷³, prenant en cela la suite de Catherine Mordacq.

Au Conseil d'Institut de mai 1986, de nouveaux thèmes de formation continue furent présentés, dont certaines sessions furent animées par d'anciens étudiants « dûment sélectionnés », ce qui permettait de pallier momentanément le déficit de personnel enseignant constaté au département. Au mois de juin 1986, le vingtième anniversaire de la création de l'EIEIS fut commémoré sous la forme d'un colloque international intitulé « Compétence et cohésion du service infirmier ». L'événement réunit un public très nombreux, ce qui témoignait pour le moins de ses fortes capacités d'attraction¹⁸⁷⁴. Enfin, comme promis par Melle Hentsch en septembre 1985, une délégation du Bureau européen de l'OMS avait effectué une visite du DEIS du 21 au 26 avril « pour s'enquérir sur le curriculum du Département d'enseignement infirmier supérieur ». Il s'agissait de Mme Farell et de Mlle Stussi, laquelle revenait ainsi comme fonctionnaire « responsable du programme des services infirmiers » à l'OMS sur les lieux qu'elle avait bien connus. Les conclusions de leur observation furent communiquées au Conseil de l'Institut de septembre 1986 :

[...] Le développement des programmes d'enseignement infirmier a été longuement discuté ; l'OMS verrait ce développement entre autres dans les domaines de l'enseignement et de la gestion des services de soins de santé primaires, des soins cliniques (entre autres soins aux personnes âgées), de l'épidémiologie, de la biostatistique ; par ailleurs, un programme centré sur la formation d'un groupe d'infirmières conseillères capables d'intervenir tant dans les pays en voie de développement qu'en France et dans d'autres pays européens répondrait aux besoins actuels de l'O.M.S.

L'OMS pourrait proposer le nom de quelques infirmières-experts qui pourraient apporter une aide substantielle au DEIS lorsqu'il sera possible d'envisager un travail de longue haleine (3-4 ans) de développement du curriculum.¹⁸⁷⁵

Le projet de développement était ambitieux et reprenait partiellement les recommandations du rapport Baudry, notamment sur les questions d'enseignement clinique, lequel supposait, une nouvelle fois, de renouer avec le champ des sciences de la vie. Le programme de santé primaire renvoyait à la Charte d'Ottawa publiée la même année à l'occasion de la Conférence mondiale sur la promotion de la santé :

Inspirée avant tout, par l'attente, de plus en plus manifeste, d'un mouvement en faveur de la santé publique dans le monde, cette Conférence s'est concentrée sur les besoins des pays industrialisés, sans négliger pour autant ceux des autres régions. Elle a pris comme point de départ les progrès accomplis grâce à la

¹⁸⁷³ Avant sa prise de poste, elle avait eu le temps de se perfectionner, avec les membres de l'ARSI et d'autres personnes intéressées, auprès de Marie-Fabienne Fortin, professeure en sciences infirmières au Québec qui s'était fait une spécialité de l'enseignement des méthodes et techniques de recherche. Celle-ci fit le voyage pour animer un séminaire intensif de 8 jours en France.

¹⁸⁷⁴ Voir *infra*.

¹⁸⁷⁵ PV de la réunion du Conseil de l'IIFCS du 8 septembre 1986. Registre...*op.cit.*

Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires, les buts fixés par l'OMS dans le cadre de la stratégie de la santé pour tous et le débat sur l'action intersectorielle pour la santé, à l'Assemblée mondiale de la Santé.¹⁸⁷⁶

Cette Charte fut publiée après le rapport des deux consultantes, ce qui ne les empêchait pas d'en connaître au moins les grandes lignes, aux postes qu'elles occupaient. Mais il s'agissait dans leurs recommandations en particulier de soins de santé primaire, lesquels étaient au centre de la Déclaration d'Alma-Ata publiée 8 ans plus tôt. Cela signifiait, en creux, que le programme de santé publique, dont Marie-Françoise Collière s'était faite l'exclusive spécialiste¹⁸⁷⁷, ne s'était pas suffisamment développé durant toutes ces années. Le contexte français n'avait assurément pas nourri son enthousiasme et sa motivation pour lui donner hauteur et épaisseur. Mais quelle qu'en fut la raison, ce programme n'avait pas l'envergure suffisante aux yeux des consultantes, malgré les indéniables efforts qui avaient conduit à la création de la fonction et du diplôme d'infirmier cadre de santé publique. En réalité, cette évaluation critique signifiait au DEIS, avec une certaine délicatesse, qu'il n'était plus adapté à son temps. René Magnon l'avait perçu. Il était en effet persuadé qu'une institution sans recherche ni prospective, ni confrontation avec l'extérieur, était irrémédiablement vouée à la disparition¹⁸⁷⁸. Or depuis que l'équipe ne se consacrait plus qu'à mi-temps à ses activités en relation avec l'université, cette réflexion-là s'était amenuisée jusqu'à ne plus être qu'à peine perceptible. Ce regard critique extérieur remettait donc vigoureusement en question le projet stratégique pourtant présenté avec enthousiasme par Sanky Raine. Si le point de vue des observatrices était lui-même critiquable, il était difficile de l'ignorer et la tâche s'avérait immense.

Malgré tout, l'arrivée à la fin de l'année 1986 d'un nouveau directeur d'Institut fut favorablement accueillie par l'équipe. Contrairement à son prédécesseur, celui-ci était sensible aux particularités du DEIS et « tourné vers les infirmières »¹⁸⁷⁹. Au lieu de mettre en avant la pluridisciplinarité comme priorité de principe, il desserra la pression et apporta son soutien aux réflexions et propositions de l'équipe, tout en cherchant à explorer des solutions de développement du DEIS à la place qui était la sienne. Au Conseil d'Institut du printemps 1987, la non reconnaissance dans les déroulements de carrière des diplômes délivrés dans le cadre du DEIS, comme d'autres diplômes universitaires, fut rappelée. Il proposa, à défaut d'improbables décisions nationales, d'envisager le problème autrement :

¹⁸⁷⁶ OMS, Promotion de la santé, Charte d'Ottawa, 21 novembre 1986.

¹⁸⁷⁷ Tous les témoignages sont concordants sur cette ferme appropriation de la spécialité, pré carré originel qui se transforma en citadelle au cours du temps. Cette réticence au partage ne favorisa probablement pas la vulgarisation et donc l'extension et l'appropriation de l'idée même de santé publique dans l'École et *a fortiori* sur le territoire national, et ce n'était pas là le moindre des paradoxes.

¹⁸⁷⁸ Entretien du 29 mars 2013.

¹⁸⁷⁹ Témoignage de Monique Formarier, entretien du 20 décembre 2017.

[...] que l'on s'oriente vers la recherche d'un consensus entre des structures hospitalières désireuses d'investir dans une formation supérieure de ce type, l'A.N.F.H. et l'Institut. Car à défaut d'une politique nationale favorable, il n'est pas exclu qu'un accord puisse se faire autour du projet de formation développé par tel ou tel établissement hospitalier.¹⁸⁸⁰

Il redonna ainsi un espoir momentané à l'équipe, inquiète devant la baisse du recrutement des étudiants depuis les chiffres records de 1984 et 1985¹⁸⁸¹. De même, malgré les efforts de diversification de l'offre, à l'aide de l'étude des besoins effectuées au plus près du terrain hospitalier, les actions de formation continue firent de moins en moins recette. À l'automne 1987, une nouvelle enseignante fut recrutée, en prévision du départ à la retraite à la fin de l'année d'André Montésinos¹⁸⁸². Marie-Odile Galant¹⁸⁸³, nouvelle recrue, était titulaire du CCI option monitrice, qu'elle avait obtenu en 1976 et d'un diplôme de hautes études en pratiques sociales de l'université de Haute Bretagne, à Rennes, depuis 1985. Elle maîtrisait la langue anglaise et avait suivi de nombreuses formations dans ce but, notamment en Écosse. Elle avait fait toute sa carrière dans l'enseignement, en formation de base et de cadre, et avait acquis une expérience certaine en termes de pratiques pédagogiques. Thérèse Lanriec, ancienne étudiante de l'EIEIS¹⁸⁸⁴, était directrice de l'école de Cadres de Rennes où elle exerça avant son recrutement au DEIS. Elle fut notamment chargée des cours concernant la pédagogie et la formation.

À la séance du Conseil d'Institut du printemps 1988¹⁸⁸⁵, Sanky Raine fit part des efforts de l'équipe pour assurer une large publicité aux activités de département et notamment à la maîtrise offerte à Lyon. Un rapprochement notable des écoles de cadres fut effectué dans ce sens, pour attirer de futurs étudiants. Par ailleurs, elle annonça le début de pourparlers entre des enseignants du DEIS et l'Université de Louvain, en Belgique, pour envisager une formation en soins infirmiers au niveau doctoral pour quelques-uns, condition essentielle à ses yeux, « à la création d'un doctorat en France ». Aucune suite ne fut néanmoins donnée à cette initiative¹⁸⁸⁶. Les universitaires de Lyon II avaient avancé que, dans un premier temps, une solution réaliste consistait en la préparation d'un Diplôme d'études supérieures spécialisées (DESS), « à condition d'obtenir l'accord de l'un ou l'autre des professeurs de rang A dans ce but »¹⁸⁸⁷. Ce projet ne vit, lui non plus, jamais le jour.

¹⁸⁸⁰ PV de la réunion du Conseil de l'IIFCS du 16 mars 1987. Registre...*op.cit.*

¹⁸⁸¹ L'effectif était de 12 en 1986, 13 en 1987.

¹⁸⁸² Celui-ci continua néanmoins d'effectuer quelques interventions dans le cadre de la formation permanente, de plus en plus rarement, jusqu'à son départ définitif.

¹⁸⁸³ Archives EIEIS. CV, dossier enseignants.

¹⁸⁸⁴ Voir *supra*.

¹⁸⁸⁵ La tenue du répertoire des réunions officielles s'arrêta en 1987. Ce PV de la réunion du Conseil de l'IIFCS du 28 mars 1988 provient donc du fonds Marie-Françoise Collière, Salles d'Aude. À compter de cette date, les données sont assez lacunaires, car tous les comptes rendus n'ont pas été retrouvés.

¹⁸⁸⁶ Témoignage de Monique Formarier, 20 décembre 2017.

¹⁸⁸⁷ PV de la réunion du Conseil de l'IIFCS du 28 mars 1988... *Id.*

Dès lors, le déclin de l'École fut de plus en plus perceptible. À l'été 1988, Marie-Odile Galand quitta le DEIS pour prendre la direction de l'École de cadres du CHU de Nantes¹⁸⁸⁸. Elle ne fut remplacée qu'à la rentrée de 1989 par Paulin Tchassou, ancien étudiant du DEIS (promotion 1985-1987)¹⁸⁸⁹. De nationalité béninoise, c'était le second enseignant étranger et le premier Africain à intégrer l'équipe du DEIS. Celui-ci était à la fois titulaire de la MSTSS du DEIS et du DHEPS de Lyon II, qu'il prépara en même temps. Il fut particulièrement chargé des enseignements relatifs à la formation et la pédagogie pour lesquelles il avait des compétences particulières¹⁸⁹⁰. Sanky Raine parti à la retraite en janvier 1990¹⁸⁹¹. Monique Formarier assura les fonctions de coordination de l'équipe « par nécessité et sans occuper le bureau »¹⁸⁹². Jacques Delmas quitta l'École en mars de la même année, pour une formation à l'Institut régional d'administration où il fut admis après avoir réussi le concours d'entrée. Une nouvelle enseignante, Ljiljana Jovic, rejoignit l'équipe à la rentrée de 1990. Diplômée d'État en 1976¹⁸⁹³, elle suivit, tout en travaillant comme infirmière, un cursus académique complet en sociologie. Cette particularité faisait d'elle une enseignante d'un nouveau genre dans l'équipe. Après un DEUG en 1980, elle obtint une licence de sociologie en 1981 et une maîtrise en 1982 à l'université de Paris X Nanterre. Elle prépara ensuite, à l'École des hautes études en sciences sociales à Paris, un DEA dans la même discipline, qu'elle obtint en 1984. Titulaire du CCI en 1989, elle s'inscrivit en thèse de sociologie¹⁸⁹⁴ à l'université Lyon II dès son recrutement au DEIS. Elle fréquenta l'ARSI dès les premiers temps de l'association. Elle fut chargée de l'animation du séminaire de soins infirmiers, ce qui permit à Monique Formarier de se consacrer à l'enseignement de la recherche et à ses prenantes activités de coordinatrice de l'équipe. Ljiljana Jovic fut en même temps investie de la mission de développer l'« axe clinique » dans la formation, répondant enfin à une partie des recommandations formulées par les consultantes de l'OMS 4 ans plus tôt. À cette fin, elle prit de nombreux contacts avec les milieux cliniques des HCL, mais aussi la faculté de biologie, ainsi que le doyen de la faculté de médecine qui lui réserva un accueil très favorable et intéressé. Elle ne savait sans doute pas que ce moment était attendu depuis fort longtemps par le corps médical. Cet aspect de sa mission l'attirait d'autant plus qu'il était au centre de la problématique développée dans sa thèse. Cette expérience qui s'annonçait passionnante pour elle et éminemment stratégique pour le développement du DEIS s'avéra néanmoins très brève. Le directeur de l'Institut, qui l'avait recrutée aussi dans ce but, fut appelé à d'autres fonctions.

¹⁸⁸⁸ Elle s'y employa à mettre sur pied une licence en sciences de l'éducation conjointe au diplôme de cadre dans les années qui suivirent, en partenariat avec l'université d'Aix-Marseille.

¹⁸⁸⁹ Il fut recruté à mi-temps jusqu'à la rentrée de 1990, puis à plein temps par la suite.

¹⁸⁹⁰ Témoignage Monique Formarier, entretien du 20 décembre 2017.

¹⁸⁹¹ Elle se consacra, dès lors, à la mise en valeur des œuvres de Jean Raine en Italie, dans un château familial dont elle avait hérité. *Id.*

¹⁸⁹² *Id.*

¹⁸⁹³ CV et entretien avec l'intéressée le 21 décembre 2017.

¹⁸⁹⁴ Ljiljana JOVIC, *La clinique dans les soins infirmiers : naissance d'une discipline*, thèse pour le doctorat de sociologie et sciences sociales, sous la direction de Monsieur le professeur Guy Vincent, université Lumière Lyon II, 1998.

Chronique d'une lente agonie

Le nouveau directeur arriva en novembre 1990 et Ljiljana Jovic perçut un basculement rapide dans la stratégie managériale de l'Institut. Désormais, au sein du DEIS, la formation continue fut délibérément mise en avant, et il fut décidé de diminuer de façon drastique la participation des enseignants de l'École à la préparation du DUEIS et de la maîtrise. Pour Monique Formarier, cet épisode se résuma au souvenir fort désagréable des propos du nouveau directeur lui disant, ainsi qu'à son collègue Paulin Tchassou, qu'ils n'étaient pas qualifiés pour faire de la formation universitaire et qu'ils seraient désormais cantonnés aux activités de formation continue¹⁸⁹⁵. Il lui demanda néanmoins de continuer la coordination des activités du DEIS, ce qu'elle refusa, se sentant subitement frappée d'incompétence aussi pour cette tâche. Au mois de juin 1991, « pour assurer la direction du DEIS au plan technique, une Commission de Direction composée de membres [...] qui avaient des spécificités intéressantes pour la relance de ce département » fut mise sur pied¹⁸⁹⁶.

Une nouvelle « organisation des études » fut mise en place dès la rentrée : « 1^{ère} année : le professeur référent est M.F. Collière ; 2^{ème} année, le professeur référent est A.M. Elliautou »¹⁸⁹⁷. Cette nouvelle configuration fut très vraisemblablement arrangée entre Marie-Françoise Collière et le nouveau directeur, à l'exclusion de la consultation des autres membres de l'équipe, comme le rappela Ljiljana Jovic. Celle-ci assistait en effet à cette séance durant laquelle son propre départ imminent¹⁸⁹⁸ fut annoncé, de même que les premiers contacts qu'elle avait pris avec l'université Lyon I :

Mademoiselle Jovic regrette que Monique Formarier, Paulin Tchassou et elle-même n'aient point été davantage entendus par la commission de direction qui leur a fait connaître la décision de ne plus les maintenir dans la maîtrise et de leur confier la formation continue.¹⁸⁹⁹

¹⁸⁹⁵ Entretien du 20 décembre 2017.

¹⁸⁹⁶ PV de la réunion du Conseil de l'IIFCS 23 septembre 1991. Fonds Marie-Françoise Collière, Salles d'Aude. Cette Commission comprenait : Melle Charleux, infirmière conseillère technique à la DRASS, ancienne étudiante de l'EIEIS (promotion 1972-1974) - Melle Elliautou, infirmière directrice du Centre collaborant de l'OMS pour les soins infirmiers à Lyon, ancienne étudiante de l'EIEIS (promotion 1973-1975). Elle avait remplacé Geneviève Déchanoz à ce poste – Geneviève Charles, alors enseignante à l'École de cadres Rhône-Alpes – Marie-Françoise Collière – Le directeur de l'Institut et un enseignant de l'université Lyon II. Melle le Pr Rongère, économiste qui avait assuré la coordination de la maîtrise depuis le décès de Geneviève Latreille, refusa d'y participer, en raison de son désaccord avec l'exclusion massive des enseignants de l'École du dispositif pédagogique de la maîtrise. Entretien Monique Formarier, 20 décembre 2017.

¹⁸⁹⁷ PV de la réunion du Conseil de l'IIFCS 23 septembre 1991... *op. cit.*

¹⁸⁹⁸ Elle quitta l'École pour rejoindre l'hôpital Foch à Suresnes, établissement privé qui lui avait accordé une disponibilité d'un an. Compte tenu de la tournure des événements, elle quitta le DEIS ou ce qu'il en restait sans regrets, car elle n'y était pas venue pour y faire exclusivement de la formation continue, ce qui était désormais proposé, mais pour y développer l'enseignement universitaire pour les infirmières. Entretien du 21 décembre 2017.

¹⁸⁹⁹ PV de la réunion du Conseil de l'IIFCS 23 septembre 1991... *op. cit.*

Le directeur de l'Institut ne fit aucun commentaire, ce qui signifiait sans aucun doute que c'était bien vrai. Ainsi, Marie-Françoise Collière montra, là encore, comme ses biographes l'ont amplement souligné, son appétence pour le mystère et le secret. Cette fois, c'était à l'égard de ses collègues et du collectif de travail. Elle n'était assurément pas à l'origine de la décision de réduire la participation des enseignants au cursus universitaire. Sans doute bénéficiait-elle aussi d'un statut particulier, compte tenu de son ancienneté dans l'École, de sa connaissance fine de ses rouages, et du prestige qu'elle avait acquis au niveau international, du fait de ses publications et conférences multiples. Il ne fut sans aucun doute jamais question de lui demander à elle d'abandonner la formation universitaire. Peut-être avait-elle de louables raisons d'agir ainsi, mais elle n'en parla jamais, ni avant, ni après la décision du directeur. Elle ne participa en effet à aucun moment aux discussions avec ses trois collègues sur la situation de l'École et les perspectives d'avenir¹⁹⁰⁰. Ce retrait et ce silence sont autant d'indices en faveur de l'hypothèse selon laquelle, si elle se montra si peu solidaire, c'était que cette nouvelle division du travail n'était pas pour lui déplaire et la valorisait personnellement, au risque de cautionner l'idée qu'une formation universitaire avec une option soins infirmiers pouvait se passer d'enseignants infirmiers diversifiés. Ce retour en force d'une forme de *new public management* auquel il apparaît qu'elle prêta son concours, avait néanmoins un prix, qui avait sans doute été bien mal évalué par les stratèges affairés. Les relégués à la formation continue ne s'accommodèrent pas de cette évolution qui faisait d'eux des employés aux ordres. Dans le nouveau système où il fallait produire des actions de formation en grande quantité, les commandes venaient de la direction de l'Institut, à charge pour eux de les mettre en application autant que c'était possible. Or pour les mêmes raisons que Ljiljana Jovic, ils n'avaient pas choisi d'être là exclusivement pour cela. Dans ces conditions, l'ensemble de l'équipe réunie « autour d'un café », décida de partir¹⁹⁰¹. André Montésinos, qui n'était pourtant plus concerné par la maîtrise depuis son départ à la retraite, cessa définitivement sa participation aux actions de formation continue. Avec lui disparaissait donc la préparation au concours d'Infirmière générale dans laquelle il excellait. Dès 1991, Marie-Françoise Collière, se sentant sans doute à juste raison fort peu compétente pour prendre sa relève, contacta Annie Denayrolles, ancienne étudiante du DEIS (promotion 1980 – 1982) et elle-même infirmière générale formée à l'ENSP. Celle-ci accepta volontiers cette mission et assura la première session en 1992¹⁹⁰². Paulin Tchassou s'en alla¹⁹⁰³ et Monique Formarier resta un peu, dans l'attente d'un nouveau poste.

¹⁹⁰⁰ Témoignages concordants dans les deux entretiens auprès de ses collègues. Ljiljana Jovic se souvenait particulièrement qu'elle n'avait pas voulu participer à une discussion entre collègues sur la possibilité pour le DEIS de s'occuper de la formation d'adaptation à l'emploi des directeurs d'écoles paramédicales, dont les écoles d'infirmières, qu'il était question de prendre en charge à l'Institut, en collaboration avec l'ENSP. Ce désintérêt dénotait un rapport pour le moins étonnant à l'histoire de l'EIEIS et même à sa mémoire dont elle était pourtant la première dépositaire compte tenu de la durée de sa présence dans la place.

¹⁹⁰¹ Témoignage de Monique Formarier, 20 décembre 2017.

¹⁹⁰² Annie DENAYROLLES, *Marie-Françoise Collière, biographie... op. cit.* p 25.

¹⁹⁰³ Il s'occupa alors d'agriculture dans une ferme qu'il monta au Bénin. Il revint en France une fois par an, pour mettre en œuvre des actions de formation dans le cadre de l'ARSI. Témoignage Monique Formarier, 20 décembre 2017.

Elle se consacra alors avec professionnalisme à la livraison quasi industrielle d'actions de formation continue, en France et à l'étranger. Elle réussit le concours d'infirmière générale dans la région des Pays de la Loire et obtint un poste au Centre hospitalier de Cholet. Elle quitta le DEIS au mois de mai 1992. Marie-Françoise Collière se sentit dès lors bien seule et même triste, comme elle s'en ouvrit à Annie Denayrolles¹⁹⁰⁴. On chercha à recruter une directrice ou un directeur technique pour le DEIS. Une réunion eut lieu en mars 1992, en l'absence du directeur d'Institut, avec pour objet l'étude du profil de poste de directeur/trice technique du DEIS¹⁹⁰⁵. Geneviève Charles y participa, de même que Andrée Charleux, Marie-Françoise Collière et Madeleine Hillairet, ancienne étudiante de l'EIEIS (promotion 1981-1983) appelée à la rescousse à mi-temps depuis le début de l'année. Il fut question d'une sorte de retour aux sources, comme si un vent de résistance eût subitement envahi la place. Il s'agissait en effet d'une stratégie diamétralement opposée à celle qui avait été adoptée par le directeur de l'Institut. Les finalités du DEIS furent ainsi déclinées :

- Assurer la formation des professionnels de la santé : Infirmières(ers), Sages-Femmes, à la Maîtrise des Sciences et Techniques Sanitaires et Sociales de l'Université Lyon II.
- Insérer la formation de l'infirmière clinicienne (sic)¹⁹⁰⁶.
- Favoriser l'extension de la formation universitaire à un D.E.A. et/ou un D.E.S.S.
- Travailler à l'insertion de l'ensemble de la formation professionnelle infirmière, dans le cursus universitaire.
- Assurer des formations continues permettant l'utilisation des formations universitaires au niveau de la pratique professionnelle.
- Assurer la représentativité et la notoriété de cette formation tant par les publications, qu'au niveau des différentes instances : régionales, nationales, internationales.

Il s'agissait là d'un véritable programme de développement disciplinaire, délibérément inscrit dans un contexte national, voire international. La mission du directeur ou de la directrice technique s'annonçait alors d'autant plus ardue que le contexte était plutôt annonciateur d'un spectaculaire naufrage du DEIS que de son héroïque sauvetage :

Il ou elle a pour mission d'assurer les finalités du DEIS. En conséquence, il est attendu que ce directeur/trice ait la responsabilité de la formation professionnelle et universitaire de l'ensemble des étudiants inscrits à cette maîtrise en lien avec ses collaborateurs directs et universitaires.

Ses fonctions administratives et pédagogiques visent à développer, à stimuler les compétences de son équipe.

Enfin, les moyens indispensables à cette mission furent mis en avant :

¹⁹⁰⁴ Annie DENAYROLLES, *Marie-Françoise Collière, biographie... ibid.*

¹⁹⁰⁵ Archives Marie-Françoise Collière, Salles d'Aude. Document tapuscrit. Réunion du 9 mars 1992. Etude du profil de poste de Directeur/trice Technique du D.E.I.S.

¹⁹⁰⁶ Il s'agissait sans doute là d'une tentative de prolongement de ce qu'avait commencé à élaborer Ljiljana Jovic, sans qu'il soit possible d'assurer que ce fut dans le même esprit. Note ajoutée par nous.

Ce Directeur/trice Technique du DEIS ne peut accomplir cette fonction que s'il est entouré d'une équipe de professionnels qualifiés et compétents dans les domaines répondant aux finalités du DEIS.

Quota – Un enseignant pour 10 étudiants (si l'on prend comme référence les écoles de base qui selon les recommandations européennes sont de 1/15.

- Secrétariat

- Un personnel accueillant et pouvant s'occuper des étudiants étrangers.

Un document daté de mars 1992¹⁹⁰⁷ montre que Michèle Jailler, ancienne étudiante du DEIS (promotion 1981-1983), alors directrice de l'école de cadres Rhône-Alpes, et Geneviève Charles étudièrent de très près la question des équivalences par validation des acquis à chaque niveau de la formation d'infirmière, en s'appuyant sur la publication d'un arrêté qui avait introduit un DEUG mention soins en 1984¹⁹⁰⁸. Elles proposèrent alors, après une analyse très détaillée de ce texte et des différents programmes d'études, sous certaines conditions, y compris de compléments et d'« enseignements de rattrapage » si nécessaire, l'équivalence du DEUG au niveau du diplôme d'État et de la licence au niveau du CCI. Ceci donnait alors accès à une maîtrise en 1 an par la suite et ouvrait la voie, l'année suivante, à un DEA ou un DESS :

Si les propositions faites ci-dessus aboutissent, un(e) infirmier(e) peut, 5 ans après l'obtention de son Diplôme d'État, entrer en maîtrise. Maîtrise professionnelle en Soins faite en 1 an telle qu'elle est réalisée actuellement au DEIS. La deuxième année d'études au DEIS étant consacrée à l'obtention d'un DESS ou d'un DEA, en Sciences Humaines, donc de l'entrée dans un troisième cycle. Ce dernier devant être, en priorité, orienté vers la mise en évidence des savoirs infirmier(e)s (sic)¹⁹⁰⁹ afin qu'à terme, la formation supérieure des infirmier(e)s permette l'élaboration des « Sciences Infirmières » qui trouveront leur place dans les Sciences Humaines qu'elles traversent, et qui, à ce titre doivent être objet d'enseignement et de recherche.

Ainsi, il était patent qu'un haut niveau de réflexion était encore à l'œuvre en ces années pourtant caractérisées par l'inexorable déclin de l'École. Ce travail prospectif était en outre réalisé par des professionnelles qui s'y étaient formées. Malgré tout, il ne fut pas question du profil envisagé pour le futur directeur du DEIS à la réunion du Conseil du 30 mars suivant¹⁹¹⁰. Le directeur de l'Institut annonça 4 candidatures pour le poste de directeur du DEIS. Dans l'attente, la commission assurait la direction technique et la marche de l'École, comme prévu à la précédente réunion. Deux anciens étudiants avaient été sollicités pour prendre en charge les options pédagogie et gestion pour la 2^{ème} année¹⁹¹¹. La réponse du directeur à une question

¹⁹⁰⁷ Madame Michèle Jailler, Directrice, Madame Geneviève Charles, Infirmière enseignante, Ecole de Cadres de la région Rhône-Alpes, propositions sur les niveaux de formation. Document tapuscrit. Fonds Marie-Françoise Collière, Salles d'Aude.

¹⁹⁰⁸ Arrêté du 9 août 1984 relatif au diplôme d'études universitaires générales, mention soins (DEUG). Voir *infra*.

¹⁹⁰⁹ L'intégration de la mixité dans le discours était tellement incorporée depuis plusieurs années qu'elle devint un automatisme dans le milieu, au point de jaillir même lorsque cela s'avérait nettement moins pertinent.

¹⁹¹⁰ PV de la réunion du Conseil de l'IIFCS 20 mars 1992. Fonds Marie-Françoise Collière, Salles d'Aude.

¹⁹¹¹ Danièle Reppelin (promotion 1977-1979) et Manuel Moraga (promotion 1981-1983).

posée par le représentant de la CFDT sur l' « évolution de la maîtrise » laissait entrevoir une relative ouverture, qui montrait qu'il avait sans doute pris connaissance des propositions de Michèle Jailler et Geneviève Charles, sans s'y référer explicitement :

La MSTSS telle qu'elle est organisée à travers le mode de recrutement des étudiants et la pédagogie correspond bien à des étudiants au passé universitaire très modeste. Il faut maintenir cette vocation promotionnelle. Cependant il faut vis à vis d'étudiants ayant déjà un cursus universitaire avancé soit leur proposer un enseignement aménagé, soit leur permettre d'aller au-delà de la maîtrise. Enfin les évolutions des écoles de cadres qui cherchent à développer un cursus universitaire nous conduisent à travailler avec elles dans ce sens et c'est ce que nous faisons avec celle de LYON. Les protocoles signés avec les représentants des infirmières¹⁹¹² préconisent des rapprochements entre les écoles professionnelles et les universités. Sans rentrer dans la conception d'une filière globale, ce qui sortirait des attributions de l'Institut, nous participons à l'articulation de la formation universitaire de l'école de Cadres et de ce que nous pourrions offrir à la suite.

Ces précisions montraient que le directeur de l'Institut était attaché à la maîtrise et à son développement. Elles témoignaient aussi qu'il était plutôt à l'écoute des propositions des professionnelles et de leurs préoccupations disciplinaires. Par ailleurs, il fit en effet part de son souhait de maintenir dans la maîtrise, l'axe portant sur « la réflexion sur les soins et la manière dont les apports universitaires permettent d'analyser et de faire évoluer les pratiques de soins dans les structures hospitalières comme dans les activités de ville. » Il reprenait en cela presque littéralement le discours cher à Marie-Françoise Collière, ce qui témoignait de son influence. Néanmoins, le tout nouveau Directeur général des HCL jeta un froid sur ce qui aurait pu passer pour d'encourageantes perspectives :

Je comprends que l'identité professionnelle soit quelque chose d'important, mais le propre d'un diplôme universitaire est de former l'esprit et je ne suis pas sûr que l'intérêt de la maîtrise soit de se cantonner dans un domaine uniquement professionnel. Je crois qu'il faut y réfléchir.

L'orateur ne semblait pas avoir du tout intégré ce qui s'était passé dans la profession d'infirmière depuis que son collègue Louis Veyret avait prêté son concours à l'aventure de l'EIEIS 30 ans plus tôt. Il n'avait, semble-t-il, pas appris ou compris qu'au-delà de la lutte légitime pour la construction identitaire, il avait été question de développer le service rendu. Durant toutes ces années, l'EIEIS, puis le DEIS avaient bien formé, avec le concours décisif de l'université, des esprits éclairés capables de mettre ce service en avant de façon de plus en plus argumentée. Mais il s'agissait là en réalité du discours d'un manager en phase avec son temps, c'est-à-dire qui s'était largement abreuvé aux sources du NPM, lequel regardait plutôt d'un mauvais œil des considérations disciplinaires de plus en plus considérées comme des freins au bon fonctionnement des organisations en raison d'un prétendu corporatisme. Même s'il

¹⁹¹² Il s'agissait là de la référence aux protocoles d'accord signés à l'issue des mouvements de 1988 et 1991. Voir *infra*. Note ajoutée par nous.

apparaissait fort peu probable que les infirmières pussent espérer un grand soutien de la part du Directeur général des HCL, Marie-Françoise Collière tenta une argumentation de la dernière chance, en s'efforçant de glisser quelques bribes de ce qui s'était discuté à la réunion du 9 mars :

La maîtrise en soins développe une approche qui fait éclater le strict cadre de la seule technique en faisant appel à des connaissances de sciences humaines, de la biologie ou de la physiologie. Pour cela, il est important que des relations soient fortement maintenues avec les universités comme l'Institut de Psychologie nous le propose, mais cela nous impose de disposer d'enseignants, d'une équipe capable de développer des enseignements, de la recherche, les relations avec d'autres universités et l'étranger, et des publications.

Le directeur de l'Institut annonça ensuite la prise en charge dès cette année de la formation des directeurs d'école paramédicale, placée sous la responsabilité de la directrice technique du département d'administration et de gestion. Il précisa que cette session était validée, évaluée et labellisée par l'ENSP, ce qui confirmait la persévérante cohérence de la politique nationale depuis l'incorporation dans cette école des infirmières générales en 1975. Même pour les directeurs d'école, les aspects managériaux et de gestion, fussent-ils assortis de considérations pédagogiques, prirent indéniablement le pas sur les aspects disciplinaires et didactiques.

S'agissant du DEIS, Geneviève Charles faisait partie des candidats au poste de directrice et fut rapidement pressentie, comme en témoigne une réunion en mai 1992, entre le directeur de l'Institut, le professeur représentant de l'université Lyon II et elle-même¹⁹¹³. Il fut décidé que le « noyau des permanents [serait] restreint et [aurait] pour mission de maintenir l'existant ». Cet existant était résumé ainsi : former au moins 30 étudiants par an en MSTSS, assurer 110 jours de formation permanente par personne employée à temps complet, ainsi que l'ensemble des relations publiques nécessaires à l'essor de l'institution. Déjà, les moyens s'annonçaient réduits par rapport au profil de poste imaginé au début du mois de mars. Les personnels prévus se résumaient ainsi : Geneviève Charles, directrice à mi-temps, l'autre mi-temps étant consacré à l'école de cadres – Marie-Françoise Collière, « possédant une connaissance parfaite de l'institution et de ses rouages », seule titulaire d'un plein temps réparti entre la formation permanente et la formation professionnelle universitaire - Madeleine Hillairet, à mi-temps au DEIS, l'autre mi-temps étant consacré à un poste de surveillante aux HCL – un autre enseignant à mi-temps devait être recruté et se consacrer à la formation permanente. Malgré ces conditions faméliques, Geneviève Charles persista et proposa un projet le 12 mai¹⁹¹⁴. Celui-ci s'inspirait largement de ce qui était proposé dans le cadre de la maîtrise jusqu'alors. Elle avait, semble-t-il, au regard des moyens offerts, repoussé à plus tard la nécessaire refonte des programmes.

¹⁹¹³ Compte rendu de réunion du 5 mai 1992. Document tapuscrit. Fonds Marie-Françoise Collière, Salles d'Aude. Il s'agissait très vraisemblablement d'une réunion de projet arrêtant le futur fonctionnement du DEIS.

¹⁹¹⁴ Projet pour le Département d'Enseignement Infirmier Supérieur. Document tapuscrit. Fonds Marie-Françoise Collière, Salles d'Aude.

Elle ajouta néanmoins dans les « effets attendus » de la formation, un objectif qui lui était cher et sans doute motivait son engagement dans cette périlleuse entreprise. Pour elle, il s'agissait « en définitive » :

* de développer et faire connaître les sciences infirmières en assurant :

- leur statut épistémologique

- le statut administratif de ceux qui les connaissent et les développent.

* par-là, d'en faire profiter les systèmes sanitaires des divers pays.

Comme pour les autres disciplines, il s'impose donc de former des chercheurs compétents dans les divers registres des sciences infirmières : aussi bien philosophique et éthique – ce qu'il faut se garder d'omettre – qu'économique, administratif, politique, psychologique et, bien sûr, technique et technologique, en lien avec les traditions et cultures propres des pays concernés. Il s'agit par-là de dégager une élite infirmière, à laquelle sont assurés des débouchés et un statut qui ne concurrencent en rien ceux du corps médical, correspondant à la qualification ainsi acquise.

Même si ces propositions restaient à discuter et à développer, l'élève avait ici largement dépassé ses maîtres, ce qui était plutôt flatteur et même réjouissant pour elles et eux. Il est néanmoins hautement probable que Marie-Françoise Collière n'apprécia qu'avec réticence cette vigoureuse profession de foi. Cette dernière bousculait en effet son propre discours, toujours teinté de méfiance par rapport aux savoirs académiques qu'elle opposait systématiquement à ce qu'elle appelait les « savoirs des pratiques »¹⁹¹⁵. À ses yeux, les seconds étaient toujours en grand danger d'être étouffés par les premiers. Elle nourrissait sans aucun doute le louable et pertinent projet de promouvoir un regard compréhensif sur les situations de soins. En ce sens, dès les années 1960, elle compta incontestablement parmi les premiers militants, contre le vent dominant en France, de l'idée de démocratie sanitaire qui fut développée à la fin du siècle¹⁹¹⁶ et amplifiée jusqu'à être inscrite dans la loi au début de la deuxième décennie du siècle suivant¹⁹¹⁷. S'agissant des soins infirmiers, elle préconisa en effet très tôt de développer une attention particulière pour les personnes soignées. Ces dernières devaient selon elle, être regardées comme des êtres insérés dans leur entourage social et familial, considérées comme des acteurs également impliqués dans la relation de soin et donc dans la compréhension des situations et les décisions négociées s'y rapportant. Cette approche constructiviste, même si elle ne la qualifiait pas ainsi, se distinguait en cela du regard le plus souvent explicatif imprégné du positivisme triomphant qui avait majoritairement conditionné les pratiques médicales de la

¹⁹¹⁵ Elle distinguait aussi, assez étrangement, « savoirs empiriques » et « savoirs cognitifs », comme si les premiers avaient été exclus de l'activité cognitive. Marie-Françoise COLLIÈRE, de l'intérêt des formations universitaires pour les soins infirmiers, in AMIEC, *Les infirmières construisent leur avenir. Actes du colloque « compétence et cohésion du service infirmier »*, Paris, Le Centurion, 1987. P 167.

¹⁹¹⁶ Philippe LECORPS, Jean-Bernard PATURET, *Santé publique : du biopouvoir à la démocratie*, Rennes, Éditions ENSP, 1999.

¹⁹¹⁷ Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Titre II : démocratie sanitaire.

seconde moitié du siècle¹⁹¹⁸. Cependant, elle ne faisait pas de distinction entre les sciences dites dures de la vie et les sciences sociales et humaines dites molles¹⁹¹⁹, et se tenait en permanence sur le qui-vive par rapport à l'ensemble, influencée en cela par ce qu'elle avait retenu de l'histoire :

[...] si les Ecoles, Facultés et Académies peuvent donner des lettres de noblesses aux savoirs primitifs par le truchement d'une écriture organisatrice de théories, modèles et concepts de toute nature, elles peuvent aussi enfermer ceux qui les fréquentent dans les arcanes de la rationalité, de la scientificité, en les éloignant de la mouvance et de la flexibilité des pratiques.¹⁹²⁰

Ce rapport anxieux aux sciences rendait son discours très ambigu. En survalorisant les « savoirs des pratiques » au motif qu'ils avaient été dévalorisés depuis des siècles au profit des sciences, elle en arrivait à l'enfermement paradoxal des infirmières dans la sphère pratique, comme si elles avaient été disqualifiées pour produire des connaissances avec les méthodes et techniques diversifiées communément admises dans l'activité scientifique. Seul semblait trouver grâce à ses yeux, l'usage des sciences comme outils pour permettre aux praticiens d'accoucher¹⁹²¹ de leurs propres savoirs :

[L'expérience des praticiens] demeure une source de savoir irremplaçable, le plus souvent méconnue et en marge de cadres limités d'un enseignement didactique tel qu'il a été le plus souvent donné dans les écoles professionnelles et qui risque tout autant de l'être dans les formations universitaires s'il n'y a pas désenclavement des schémas théoriques et valorisation des savoirs empiriques, détenus tant par les usagers des soins que par les soignants. Mais il est vrai que ces savoirs demeurent enkystés, arrivent difficilement à s'explicitier, à être nommés, à pouvoir s'argumenter, à s'enrichir d'autres sources de connaissance ; aussi demeurent-ils la plupart du temps avortés, informes, inexprimés, ne réussissant pas

¹⁹¹⁸ Cette tendance générale ne faisait cependant pas des médecins des êtres dépourvus de « savoirs des pratiques », voire d'autres savoirs que ceux de la médecine, ceux-ci étant mobilisés dans des proportions variables dans le colloque singulier, selon leur propre rapport au monde et au métier. Voir *supra*. Tout à son combat identitaire, Marie-Françoise Collière n'évoqua à aucun moment ces similitudes possibles entre les deux professions.

¹⁹¹⁹ Cette classification vulgaire, imaginée par les tenants des sciences dures, était sans doute bien rapide. Si l'on songe au couple Durkheim / Weber dans le champ de la sociologie, les sciences sociales offrent un vaste choix entre dureté et mollesse, explication et compréhension, positivisme et constructivisme.

¹⁹²⁰ Marie-Françoise COLLIÈRE, de l'intérêt des formations universitaires... *op. cit.* p 163. Dans les nombreux écrits où elle traita du sujet, elle ne présenta jamais la science sans une face sombre, comme si la connaissance pût présenter quelque danger que ce fût, alors qu'il n'était question que de son usage, adapté ou dévoyé. C'était faire bien peu de cas des capacités critiques des praticiens au travail et par là même, soit nier, soit méconnaître que l'exercice clinique, c'est-à-dire pratique, supposait toujours, pour l'infirmière comme pour le médecin, la mobilisation et la combinaison de savoirs d'origines diverses, dont ceux qui étaient issus de l'activité scientifique. Dans une proportion difficile à mesurer, la répétition lancinante de cette rhétorique, qui relevait d'un redoutable sophisme, put contribuer à jeter le trouble, voire la suspicion par rapport à la science dans le milieu professionnel.

¹⁹²¹ Au sens de la maïeutique socratique. Si elle ne désignait pas sa démarche ainsi, elle n'hésita pas à parler de savoirs « informes » ou « avortés » dans le texte suivant, ce qui autorise la métaphore de l'enfantement. L'emploi de ces termes laisse peu de doute quant à sa représentation presque biologisée de la production de connaissances, à la différence de Socrate qui précisait se charger de l'âme des hommes par comparaison aux sages-femmes qui s'occupaient du corps des femmes. PLATON, *Théétète*, Les belles lettres, Paris, 1976. 150 b.

à constituer des corps de connaissances identifiables comme telles. C'est là que peut intervenir l'apport des disciplines universitaires comme source irremplaçable d'explicitation des pratiques, si au lieu de construire des systèmes de pensée préfabriqués qui ne peuvent qu'accélérer la désappropriation des savoirs des soignants, ils enrichissent et mettent en valeur les savoirs existants.¹⁹²²

Il ressortait donc de cet exposé que les sciences étaient inéluctablement exogènes au groupe professionnel et constituaient tout au plus un outillage pour mettre les connaissances des praticiens au jour¹⁹²³. Le raisonnement n'était pas aisé à suivre et il semblait même considérer les pratiques soignantes plutôt sous l'angle de leur éternité supposée que de leur historicité, à l'instar de toutes les pratiques humaines. En outre, cette façon de voir et surtout de donner à voir le monde interdisait pratiquement aux infirmières de s'approprier collectivement les connaissances scientifiques dont il était question pour en user autant que de besoin dans leurs pratiques dans un premier temps¹⁹²⁴, avant de songer à en construire dans leur domaine dans un second temps, en se soumettant aux règles communément admises dans la démarche scientifique. Alors qu'elle fut incontestablement la première infirmière française à tenter de théoriser l'activité des infirmières à partir de sa grande fresque historique¹⁹²⁵, surgissait là une limite importante à la pensée de Marie-Françoise Collière et même un impensé, s'agissant de l'objet de connaissance des soins infirmiers. Pour elle, celui-ci n'était pas à construire, à l'instar de toutes les disciplines, mais était comme naturellement produit, la question de la fécondation relevant d'un mystère proche des aventures de l'immaculée conception. L'explicitation des relations entre les soins infirmiers et les sciences préexistantes était pourtant inscrite avec pertinence au programme de l'EIEIS dès l'ouverture. Celle-ci n'avait cependant pas encore été réalisée, car seule l'identification, même provisoire, d'un objet, permettait cette délicate opération. Or si le développement par Marie-Françoise Collière de la distinction entre soigner (pour l'infirmière) et traiter (pour le médecin)¹⁹²⁶ pouvait potentiellement faire durablement illusion¹⁹²⁷ comme facteur efficace de cohésion du groupe professionnel, il ne permettait en rien

¹⁹²² *Ibid.*

¹⁹²³ Dans cet esprit, la recherche-action, certes très respectable, semblait être la seule approche recommandable à ses yeux. En revanche, à aucun moment elle n'évoqua dans ses écrits la notion de recherche empirique, qui portait pourtant par définition la nécessaire et exigeante confrontation à la réalité, y compris celle qui était subjectivement vécue par les différents acteurs.

¹⁹²⁴ Ce dont par ailleurs elles ne se privèrent pas, fort heureusement pour elles et sans doute pour les patients.

¹⁹²⁵ Marie-Françoise COLLIÈRE, *Promouvoir la vie... op. cit.*

¹⁹²⁶ Pour illustrer cette distinction, elle prenait volontiers l'exemple des plantes que l'on soigne obligatoirement au quotidien et que l'on ne traite qu'en cas de maladie. Le choix de cette illustration dans le champ de la biologie est remarquable et pousse à se demander si celle qui se présentait comme ethno-historienne des soins infirmiers n'était pas, finalement, une biologiste contrariée. À l'appui de cette hypothèse vient le titre pour le moins ambigu de son œuvre majeure : *Promouvoir la vie*. Un bien vaste programme, qui avait l'avantage d'être nécessairement séduisant, mais qui attribuait aux « femmes soignantes », puis aux praticiennes et praticiens des soins infirmiers, un incommensurable champ de compétences. Si l'absence de précision sur la vie de quoi ou de qui il s'agissait découlait de l'évidence supposée qu'il s'agissait de la vie de l'être humain et peut-être en particulier de sa santé, elle peut aussi être regardée comme une indétermination qui repoussait donc inévitablement à plus tard la pourtant nécessaire délimitation d'un objet de connaissance comme condition pour s'aventurer sur le terrain déjà très fréquenté de la production scientifique.

¹⁹²⁷ La durée est attestée aujourd'hui et cette partition est encore enseignée dans de très nombreux sinon dans tous les IFSI, le vocable de « prendre soin » étant couramment utilisé pour distinguer la pratique des infirmières de

d'identifier un objet de connaissance en l'absence d'un effort délibéré pour le désigner. D'une part, cette partition était largement idéologique en ce qu'elle confisquait arbitrairement aux médecins la qualité de soignant¹⁹²⁸, position qui ne résistait pas à l'épreuve de la réalité¹⁹²⁹. Selon la même et bien fragile logique, elle accreditait à l'inverse l'idée que le traitement n'était pas l'affaire des infirmières, alors qu'il occupait encore l'écrasante majorité de leur activité, d'autant plus que certains actes qui n'y étaient pas directement liés étaient de plus en plus confiés à des aides¹⁹³⁰. D'autre part, cette catégorisation reposait sur deux verbes d'action – soigner et traiter – qui renvoyaient inmanquablement à la pratique. Et le problème de l'objet de connaissance restait entier. Le statut épistémologique des sciences infirmières, avancé par Geneviève Charles, n'entrait donc tout simplement pas dans les catégories de pensée de Marie-Françoise Collière.

De même, elle était très réticente par rapport à la constitution d'une élite, quoiqu'elle en fit partie sans trop s'en émouvoir. Elle en tirait même une certaine et légitime fierté, consciente de sa réelle notoriété, notamment internationale¹⁹³¹. Dans cet esprit, elle avait une position très ambiguë par rapport au doctorat dont elle ne souhaitait pas une mise en place trop hâtive, qui

celle des médecins. Cette capacité à résister au temps atteste au moins la puissance idéologique de la notion, à défaut de son efficacité épistémologique.

¹⁹²⁸ Cette distinction rappelait d'ailleurs assez grossièrement celle, tout aussi idéologique, opérée par Léonie Chaptal pour qui le médecin s'occupait de la maladie et l'infirmière du malade.

¹⁹²⁹ Michel POISSON, Au-delà du *cure* et du *care* : l'histoire de la relation médecin-malade comme source de réflexion pour penser la relation infirmière-malade au XXI^{ème} siècle, *Recherche en Soins infirmiers*, n° 122, 2015, p 26-38.

¹⁹³⁰ L'avènement du rôle propre en 1978 aggrava vraisemblablement cette vision dichotomique du travail des infirmières, en créant l'illusion, durable elle aussi, que leur identité se réduisait à une partie seulement du vaste champ de leur exercice professionnel. Cette authentique reconnaissance d'un espace institutionnel et symbolique pour les infirmières aboutit paradoxalement à une vision schizoïde de la réalité qui constitua aussi bien un obstacle majeur au développement d'une pensée d'envergure. Michel POISSON, Urgent, rôle propre cherche pensée, même impure, *Soins* n° 645, 2000, pp. 56-61.

¹⁹³¹ Plus de 15 ans plus tard, dans sa réponse à un courrier qu'elle avait reçu d'un ancien étudiant du DEIS parti travailler au Québec, elle lui fit part de son mécontentement que dans la 2^{ème} édition de l'ouvrage *La pensée infirmière* (Suzanne KEROUAC et al. op. cit.) qui venait de paraître, son *Promouvoir la vie* n'était « même pas répertorié en bibliographie ». Pourtant, ajouta-t-elle, « cet ouvrage, ainsi que les séminaires et conférences que j'ai faits au Québec, ont eu une réelle influence au Canada, influence qui a été balayée par les modèles. Le conditionnement du "prêt à penser" est toujours plus facile à enseigner. Or les soins ne relèvent pas d'un enseignement en soi, mais d'un apprentissage visant à décrypter les situations à la lumière d'une grande diversité de connaissances. » Fonds Marie-Françoise Collière, Salles d'Aude. Courrier du 30 octobre 2003. Elle donnait là, peut-être, la raison pour laquelle les universitaires québécoises l'avaient "oubliée" : si elle n'avait rien à enseigner, sans doute avaient-elles considéré que sa pensée n'était pas achevée, ou si c'était le cas, qu'elle n'était pas aisément saisissable, et qu'il s'agissait en l'état plutôt d'idées ou de pensées, si respectables, pertinentes et utiles qu'elles fussent. Ce texte confirmait par ailleurs qu'elle réduisait toujours les infirmières à leur pratique. En outre, « la grande diversité de connaissances » qu'elles étaient censées utiliser demeurait une énigme. Enfin, son discours laissait entendre que ce n'étaient pas elles qui produisaient ces connaissances, puisque qu'elles ne s'enseignaient pas « en soi ». Elle n'expliqua jamais pourquoi ce qui ne lui semblait pas possible pour les infirmières l'était pour les médecins. Leur fréquentation assidue de la faculté n'empêchait pas leur formation clinique et donc pratique, au plus près des situations de soins durant de longs stages où ils devaient, eux-aussi, « apprendre à décrypter les situations à la lumière d'une grande diversité de connaissances » justement acquises à l'université. Pourtant, elle n'était par ailleurs pas hostile à ce qu'elle appelait l'« élaboration des savoirs des soins » par explicitation de la pratique et à des publications s'y rapportant, sans s'exprimer sur leurs modalités de transmission ni l'effet cumulatif éventuel d'une telle production.

risquait, disait-elle sans argumenter cette position, d'en éloigner les titulaires de leur corps professionnel¹⁹³². Pour elle, il fallait d'abord en passer par le développement massif de la formation permanente, puis des maîtrises, sachant qu'elle ne croyait pas aux vertus développementales de la formation de base pour les élèves souvent trop jeunes selon elle, et qui ne connaissaient pas la vie¹⁹³³. Aucune de ces prises de positions plutôt péremptoires n'était étayée sur des données rigoureuses. Quoiqu'elle préconisât, dans chacune de ses interventions ou conférences, une approche compréhensive fine et profonde des situations de soins, elle avait quelques difficultés à envisager une autre manière de voir et de faire que la sienne¹⁹³⁴.

Geneviève Charles osa cette impertinence. Il y avait, dans ses propositions rapidement couchées sur le papier, de quoi assurer la succession du DEIS, dans le droit fil du chemin tracé par l'EIEIS. C'était, en outre, une façon de sortir par le haut de la profonde crise facilement perceptible. Un élément essentiel manquait néanmoins à ce projet : les moyens de le mettre en œuvre. Espérant peut-être encore obtenir quelques ressources, elle confirma malgré tout sa candidature qui fut entérinée en juin 1992, à la fois par le directeur du personnel des HCL et le directeur de l'Institut. Après le bilan effectué auprès des étudiants à la fin de l'année, compte tenu des problèmes qu'ils avaient évoqués, elle jugea que les moyens proposés étaient insuffisants pour garder une formation de qualité. Par courrier en date du 2 juillet 1992, elle informa le directeur de l'Institut qu'elle se désistait, en exposant entre autres ces raisons¹⁹³⁵. Elle en informa Marie-Françoise Collière dans une note manuscrite au mois d'août, en lui expliquant que l'écart était beaucoup trop grand entre ses propres objectifs et les objectifs institutionnels. Sa décision dûment argumentée fut acceptée sur le principe. Néanmoins, le directeur de l'Institut, puis le Vice-président du Conseil d'Administration des HCL lui demandèrent par courrier de coordonner et de prêter son aide pour la rentrée de 1992, sachant que celle-ci avait dû être retardée d'une semaine pour des raisons d'organisation. Seize étudiants furent admis dans cette dernière promotion. La rentrée effectuée, Madeleine Hillairet, recrutée à plein temps, assura la coordination de la 1^{ère} année, et Marie-Françoise Collière celle de la 2^{ème} année.

¹⁹³² Marie-Françoise COLLIÈRE, de l'intérêt des formations universitaires... *op. cit.* p 167. Compte tenu du rapport tourmenté qu'elle entretenait avec les sciences, cette position n'était pas aussi énigmatique qu'elle pouvait le paraître.

¹⁹³³ « C'est une illusion communément répandue depuis un siècle que la *formation de base* change les soins au niveau des services. On a beaucoup trop misé sur la formation de base qui part du temple des Ecoles et qui s'adresse à des jeunes qui entrent dans la vie, à qui l'on demande de s'occuper des autres avant même d'avoir acquis un minimum d'expérience pour faire face à leurs propres problèmes. De plus la formation de base accomplie à l'Université éloigne à l'heure actuelle davantage encore les futures soignantes des lieux d'exercice, les armant le plus souvent d'arsenaux de principes théoriques et de connaissances à appliquer au détriment d'une découverte au contact des gens, découverte que l'on apprend à théoriser ». *Ibid.* Ceci expliquait sans doute pourquoi elle ne jugea pas utile, comme ses collègues, de se poser la question de la pertinence d'accueillir la formation des directrices d'école au DEIS.

¹⁹³⁴ De nombreux témoignages diversifiés et parfois charitablement euphémiques, y compris rapportés par ses biographes, confirment une faible tolérance à la contradiction et une propension à l'intransigeance en raison inverse.

¹⁹³⁵Fonds Marie-Françoise Collière. Lettre de Geneviève Charles au directeur de l'Institut.

En février 1993, Marie-Françoise Collière analysa ainsi la situation avec une indéniable lucidité dans une note vraisemblablement destinée au directeur de l'Institut :

Réduire les activités du Département d'Enseignement Infirmier Supérieur de l'Institut International Supérieur de Formation des Cadres de Santé à la seule gestion d'une MSTSS, éventuellement prolongée par un DEA ou un DESS, ne saurait assurer la crédibilité de la contribution du Département d'Enseignement Infirmier Supérieur face à la grande complexité socio-économique des problèmes de santé. S'il n'y a plus de groupe de réflexion, de travaux de recherche, de publications, s'il n'y a plus d'échange à l'étranger, d'interventions à l'extérieur, assurés par des profession-nelles/ls (sic)¹⁹³⁶ infirmières/ers, mais aussi par des sages-femmes, cette crédibilité sera gravement menacée. Les effets ne seront pas seulement au détriment du développement de la compétence professionnelle, mais se répercuteront aussi sur les établissements de santé en privant leurs gestionnaires de l'éclairage spécifique qui pourrait leur être apporté par ces partenaires. Par contre, si les instances de décision ont le souci d'assurer que la Département d'Enseignement Infirmier Supérieur continue d'être un centre de formation mais aussi de réflexion et de diffusion de travaux, permettant l'élaboration de savoirs des soins et le développement de la gestion de services infirmiers, cela ne peut que contribuer à honorer l'Institut International Supérieur de Formation des Cadres de santé.¹⁹³⁷

Elle rappelait là les enjeux majeurs qui apparaissaient pour le prestige de l'Institut, les établissements de santé, mais surtout pour la profession d'infirmière¹⁹³⁸. Même s'ils étaient critiquables, les multiples travaux et écrits, dont les siens, qui avaient été produits à l'EIEIS, puis en moindre quantité au DEIS, avaient le grand mérite d'exister et d'avoir introduit de nombreux changements dans le monde des soins infirmiers et de la santé. Or si cela avait été possible, c'était dans le cadre d'un fonctionnement quasi universitaire qui avait permis de développer des activités de recherche et de prospective. Le basculement dans un simple organisme de formation continue, privilégiant les activités de gestion et de « production de formation » et abandonnant toutes les activités de lecture, de recherche et d'écriture considérées comme non rentables à court ou moyen terme, voire inutiles dans le pire des cas, qui n'était pas le moins probable à en juger aux propos du nouveau Directeur général des HCL, constituait donc non seulement un appauvrissement, mais un véritable empêchement de poursuivre ce qui était l'une des raisons d'être de l'EIEIS.

Le directeur de l'Institut, qui n'était pas animé par la même logique, livra son analyse dans un rapport réalisé au mois de juin suivant. La publication d'une nouvelle disposition réglementaire

¹⁹³⁶ Si elle s'était elle aussi rendue à l'évidence de la mixité, elle organisa une résistance très personnelle parfois exceptionnellement élaborée pour rappeler à juste raison que la majorité demeurerait tout de même largement féminine.

¹⁹³⁷ Fonds Marie-Françoise Collière, Salles d'Aude. Note tapuscrite datée du 12 février 1993.

¹⁹³⁸ Elle y associait systématiquement les sages-femmes qui étaient admises à l'École soit parce qu'elles avaient le double diplôme, soient par équivalence lorsqu'elles n'étaient pas infirmières.

au début de l'année¹⁹³⁹ compliqua une situation déjà considérée comme critique par tous les acteurs et facilita vraisemblablement sa décision finale. Dans le cadre de la réforme de l'organisation des diplômes dans les facultés des sciences, une licence et une maîtrise de sciences sanitaires et sociales furent créées. Cette filière était accessible de droit aux étudiants titulaires du diplôme d'État d'infirmier et comptait 900 heures d'enseignement sur les deux années. Ces diplômes étaient accessibles immédiatement après le diplôme d'État, sans condition d'expérience professionnelle. Ces propositions générèrent une situation objective de concurrence, légitimement inquiétante aux yeux d'un directeur :

Face à cette filière, et sans aborder les aspects de l'enseignement et du programme, la MSTSS présente les lourdeurs suivantes liées aux règles qui organisent les maîtrises de sciences et techniques :

- l'accès à la MSTSS est fortement contraint : disposer du certificat cadre infirmier et de 3 années d'exercice de surveillant. Cette exigence ne permet de recruter aujourd'hui que des étudiants âgés (âge moyen 39,5 ans en 1992).
- les deux années sont indissociables, la première année n'est pas sanctionnée par un diplôme universitaire. L'étudiant doit avoir l'assurance de pouvoir consacrer deux années.
- l'enseignement y est abondant, plus de 1500 heures sur deux années, alors que la licence/maîtrise qui est proposée se fait en 900 heures sur 2 années.
- le titre désignant la spécialité est le même pour les 2 filières.¹⁹⁴⁰

À cela s'ajoutait une concurrence au niveau local, l'université Lyon I ayant demandé l'habilitation pour cette nouvelle maîtrise en prévision de la rentrée de 1994. Sachant que Marie-Françoise Collière devait prendre sa retraite l'année suivante et que le ministère de l'Éducation venait de faire savoir que « la réhabilitation des MST en sciences humaines devenait improbable » à Lyon, le directeur conclut que « l'arrêt de la MSTSS [était] envisageable ». Et elle fut arrêtée. Il y avait bien eu un groupe de travail entre un universitaire de Lyon II et quelques anciens étudiants dont Manuel Moraga, pour tenter d'envisager une suite à cette disparition insupportable pour les anciens. Marie-Françoise Collière fut vivement sollicitée et déclina l'offre¹⁹⁴¹. Sans doute celle qui avait vécu de l'intérieur le délitement de l'institution jugea-t-elle avec lucidité que les conditions s'étaient trop dégradées pour envisager un ultime rebond. Il n'y eut pas de rentrée en 1993. Elle acheva l'année et partit en retraite au 1^{er} janvier 1994¹⁹⁴². Madeleine Hillairet assura la permanence jusqu'à l'été 1994. Le 4 octobre 1995 à 18 heures, elle assista au dernier jury des dernières sessions, pour les étudiants de la

¹⁹³⁹ Arrêté du 20 janvier 1993 relatif au diplôme d'études universitaires générales Sciences et aux licences et maîtrises du secteur Sciences.

¹⁹⁴⁰ Archives EIEIS. Dossier « Bilan de l'évolution de l'EIEIS et de l'IISFCS » réalisé le 16 juin 1993.

¹⁹⁴¹ Témoignage de Manuel Moraga in Annie DENAYROLLES, *Marie-Françoise Collière, biographie... op. cit.* p 86-87.

¹⁹⁴² Elle poursuivit son activité d'écriture à raison d'une publication par an, dont un ouvrage en 1996, jusqu'en 2002. Après avoir été faite chevalier dans l'ordre des palmes académiques en 1995, elle fut admise au grade de *docteur honoris causa* de l'université de Las Palmas de Gran Canaria en 2004. Elle reçut les attributs symboliques de ce doctorat dans sa chambre d'hôpital le 17 janvier 2005. Elle décéda le 27 janvier suivant.

dernière promotion qui n'avaient pas achevé leur mémoire en 1994¹⁹⁴³. Puis elle « mit la clé sous la porte »¹⁹⁴⁴. Dès 1994, le directeur de l'Institut s'était exprimé sur l'événement : « [Le directeur] de l'IISFCS n'a pas d'état d'âme. La MSTSS disparaît, faute d'avoir su évoluer, d'avoir su s'adapter à l'évolution des soins infirmiers et des structures sanitaires »¹⁹⁴⁵. Si l'absence d'état d'âme participait de la glorieuse froideur du gestionnaire satisfait de son travail, l'analyse livrée avec un rien de suffisance demeurait cependant très approximative. À y regarder de près, il manquait en effet quelques éléments moins péremptores et tout aussi cruciaux pour comprendre ce qui s'était passé : d'une part, le DEIS avait été progressivement vidé de son contenu et de sa raison d'être par des décisions managériales successives ayant abouti à son asphyxie ; d'autre part, juste avant le coup de grâce donné sans état d'âme, les propositions d'adaptation à la réalité du monde existaient, de même que les ressources potentielles pour les mettre en œuvre. Il ne manquait qu'une décision managériale et des choix budgétaires sans état d'âme pour que ce projet pût advenir dans la réalité, quitte à demander une substantielle participation de l'État qui n'était pas le moins concerné par l'événement, même s'il s'était montré bien peu présent sur les lieux du naufrage. Malgré tout, en 30 ans d'existence, l'EIEIS avait largement contribué à la transformation du monde des soins infirmiers, ce qui attestait que c'était celui-ci qui s'était adapté à son action et non l'inverse, contrairement à l'analyse hâtive du directeur de l'Institut.

Au lendemain de la fermeture : un regard sur l'effectif formé pendant 30 ans.

À sa fermeture, l'École avait formé¹⁹⁴⁶ 354 étudiants en 30 ans, soit une douzaine d'étudiants par an en moyenne. En l'absence d'éléments de comparaison et sachant qu'il s'agissait d'un prototype d'institution, il serait bien hasardeux d'émettre un quelconque avis sur l'importance ou la faiblesse supposée de ces résultats numériques. En revanche, il est possible de tenter de saisir quelques éléments d'information sur ce que cette formation changea dans la vie de ses bénéficiaires et sur ce que ceux-ci furent susceptibles d'apporter à la profession et au système sanitaire dans leurs lieux d'exercice respectifs. L'effectif se décomposait en 220 Français et 134 étrangers, provenant de 29 pays différents¹⁹⁴⁷. Si le rayonnement international de l'École

¹⁹⁴³ Fonds Marie-Françoise Collière, Salles d'Aude. Document tapuscrit de Madeleine Hillairet. « Une page d'histoire de la Maîtrise des sciences et techniques sanitaires et sociales est tournée ». Il s'agissait vraisemblablement d'un projet d'article.

¹⁹⁴⁴ C'est ainsi qu'elle évoqua le dernier acte de l'aventure de l'EIEIS auprès de René Magnon, Entretien du 29 mars 2013.

¹⁹⁴⁵ Christian MOREAU, À Lyon l'École internationale tourne la page, *Objectif Soins*, n° 24, juin-juillet 1994, p 12.

¹⁹⁴⁶ D'après un document de synthèse établi à partir de données saisies manuellement. Fonds Marie-Françoise Collière, Salles d'Aude

¹⁹⁴⁷ Parmi ces derniers figuraient : 90 étudiants d'Afrique Noire (76 hommes et 14 femmes), soit 67 % des étrangers et plus de 25 % de l'effectif total - 7 étudiants d'Afrique du Nord (6 hommes et 1 femme) – 31 étudiants européens hors France (6 hommes et 25 femmes) distribués de la façon suivante : Suisse (15, soit plus de 50%), Bulgarie (1), Hongrie (1), Belgique (1), Luxembourg (1), Allemagne (2) Espagne (3), Portugal (2), Italie (2), Pays-Bas (1), Suède (2). Enfin, 3 étudiantes venaient du Liban, 2 du Canada et 1 d'Argentine.

était limité en Europe, hormis concernant la Suisse, et encore plus dans le monde, ce n'était pas le cas de l'Afrique qui fut le plus important vivier de recrutement étranger. Parmi les Français figuraient 26 hommes, soit presque 12 % et 194 femmes, soit plus de 88%¹⁹⁴⁸, ce qui confirmait que ces études supérieures furent très majoritairement profitables aux femmes. Parmi ces dernières, sur un effectif de 182 dont le statut matrimonial était renseigné¹⁹⁴⁹, 68 % (124) étaient célibataires, près de 24%¹⁹⁵⁰ (43) vivaient en couple et 8 % (15) avaient déclaré une vie de couple qui avait cessé¹⁹⁵¹. Ces dernières informations, qui portent à plus de 30% au minimum celles qui avaient opté pour une vie de couple, témoignent d'un choix de vie s'éloignant sensiblement de celui des élites féminines de la première moitié du siècle. Sur les 25 hommes, 72% (18) étaient mariés, 5 étaient célibataires, 1 divorcé et un séparé, ce qui portait à 80% ceux qui avaient opté pour la vie en couple. Ce schéma inversé par rapport aux femmes confirmait ce qui était observable dans l'équipe enseignante de l'EIEIS, puisque tous les hommes étaient mariés et que seule Sanky Raine l'était chez leurs collègues. Ces orientations matrimoniales très majoritaires chez les hommes était donc constantes, quelle que fût la fonction occupée.

Dans la limite des données disponibles, le taux de réussite des étudiants était très élevé. Sur 301 documents renseignés, 84% (253) avaient obtenu le diplôme universitaire attribué en 2^{ème} année et 16% (48) n'avaient obtenu que le certificat de 1^{ère} année¹⁹⁵². La moitié de cette population avait opté pour l'administration des services et l'autre moitié pour l'administration de l'enseignement¹⁹⁵³. S'agissant des prises de poste chez les Français, les données disponibles sont trop lacunaires et instables pour être exploitables. En effet, le poste à la sortie de l'école, quand il était renseigné, n'était pas nécessairement modifié après un éventuel concours par la suite, parfois à très court terme, avec l'obtention d'une poste d'infirmier général ou de directeur d'école, par exemple. En revanche, le témoignage documenté que Sanky Raine livra au moment

¹⁹⁴⁸ Ces chiffres correspondent sensiblement au rapport des sexes dans la profession à la fin du XX^{ème} siècle, avec, sans doute, pour la période concernée, une proportion d'hommes légèrement plus élevée que dans la population infirmière générale en raison de sa lente masculinisation. Nous ne disposons néanmoins pas de données statistiques permettant de l'affirmer. Concernant les étudiants d'Afrique Noire, le rapport des sexes était littéralement inversé. Deux hypothèses peuvent être suggérées pour expliquer ce phénomène. D'une part, la profession d'infirmier est, encore aujourd'hui, à dominante masculine en Afrique Francophone, ce qui représente l'une des rares exceptions au niveau mondial d'après Chad O'LYNN (Ed), Russel TRANBARGER (Ed.), *Men in Nursing... op. cit.* p 230. D'autre part, en plus de l'avantage numérique dans la population infirmière générale, parmi ces étudiants, nombreux étaient ceux qui avaient été sélectionnés par leurs gouvernements respectifs pour prendre des postes élevés à leur retour au pays. Beaucoup d'entre eux occupèrent en effet des fonctions de conseil à un haut niveau dans les administrations publiques et notamment les ministères. Les hommes furent indéniablement privilégiés pour accéder à ce type de postes. D'après un pointage effectué à partir du traitement de données saisies manuellement, sur 70 documents renseignés, 32 avaient pris des postes très élevés, souvent ministériels, dont une femme. 38 avaient pris des postes de cadres hospitaliers ou le plus souvent d'enseignants dans des écoles, dont 5 femmes. Fonds Marie-Françoise Collière, Salles d'Aude.

¹⁹⁴⁹ Traitement de données manuelles, même source.

¹⁹⁵⁰ 42 mariées et 1 « vie maritale », sachant que l'hypothèse de vies maritales plus nombreuses mais non déclarées n'est pas impossible.

¹⁹⁵¹ 9 divorcées, 4 séparées, 2 veuves.

¹⁹⁵² Traitement de données manuelles, même source.

¹⁹⁵³ Même source. Sur 192 documents renseignés, 98 avaient choisi la section enseignement et 94 la section administration des services.

de son départ en retraite, renseigne sur les caractéristiques générales et notamment le niveau des postes majoritairement occupés par les anciens étudiants, soit à la sortie de l'École, soit plus tard. Si elle s'exprimait sur la totalité de l'effectif, toutes nationalités confondues, elle évoqua le cas particulier de la France :

S'il est exact que le diplôme de maîtrise de sciences et techniques sanitaires et sociales ne débouche de droit sur aucune promotion au sein des établissements publics hospitaliers français, il est certain que la formation elle-même est de plus en plus reconnue sur le plan national et qu'à l'étranger nombreux sont les pays qui offrent aux diplômés un reclassement indiciaire au rang A. Ce n'est pas le cas en France, mais dans les faits, on retrouve des anciens étudiants dans la plupart des fonctions de cadres supérieurs en soins infirmiers et, lorsque certains d'entre eux présentent des concours en vue d'accéder à des fonctions d'infirmiers généraux adjoints ou de directeurs d'écoles de cadres, ils sont souvent classés premiers. C'est ainsi que sur environ 300 anciens, nous pouvons recenser 15% de directeurs d'écoles de cadres ou de base ; 23% d'infirmiers généraux et d'infirmiers généraux adjoints ; 11% d'enseignants en écoles de cadres ou en formation permanente ; 7% de surveillants chefs et 12% de conseillers auprès des instances internationales, nationales ou régionales. Si l'on compte également les 12% d'anciens déjà retraités, décédés ou ayant quitté la profession, on s'aperçoit que moins de 20% d'entre eux ont conservé les postes d'enseignants ou de surveillants qu'ils avaient au moment de leur entrée à l'école. Certains d'entre eux n'ayant d'ailleurs réintégré que récemment leur établissement, leur carrière n'en est encore qu'à ses débuts.¹⁹⁵⁴

Même si la reconnaissance des diplômes acquis à l'EIEIS n'avait eu lieu que très tardivement¹⁹⁵⁵, le caractère facilitant de la formation pour le développement de la carrière des étudiants diplômés était indéniable, comme en témoigna de son côté Jean-Simon Cayla :

Cet établissement¹⁹⁵⁶ d'enseignement supérieur a formé, depuis sa création, des infirmiers de haut niveau qui remplissent des fonctions importantes tant en France qu'à l'étranger. En France en particulier, on trouve souvent des anciens élèves de l'école de Lyon, infirmières générales d'établissements hospitaliers publics ou directrices d'écoles de cadres infirmiers, bien que les diplômes universitaires délivrés conjointement par le Département d'enseignement infirmier supérieur ne soient pas exigés pour l'accès à ces emplois.

Lorsque le décret du 11 avril 1975 a rendu obligatoire, dans certains établissements hospitaliers publics, l'emploi d'infirmières générales et d'infirmières générales adjointes, il aurait été logique de recruter en priorité, dans ces hautes fonctions, des infirmières titulaires de la maîtrise des sciences et techniques de santé (sic), préparée dans l'École internationale d'enseignement infirmier supérieur. Ceci, en fait, s'est souvent produit, mais n'était pas obligatoire, les autorités chargées du recrutement ayant considéré que les études préparant à cette maîtrise avaient conféré à ses titulaires des compétences indispensables pour diriger et administrer les services infirmiers des hôpitaux publics.¹⁹⁵⁷

¹⁹⁵⁴ Sanky RAINE, Formations universitaires, Ecole internationale d'enseignement infirmier supérieur (EIEIS), in BINDEFELD John (dir.), DANAN Denis (dir.), VALLET Michèle (dir.), *L'Univers de la profession infirmière*, Tome 2, Évolution, Paris, Presses de Lutèce, 1991, p 84.

¹⁹⁵⁵ Voir note *infra*.

¹⁹⁵⁶ C'est-à-dire l'EIEIS puis le DEIS. Note ajoutée par nous.

¹⁹⁵⁷ Jean-Simon CAYLA, Le département d'enseignement infirmier supérieur ... *op. cit.* p 63. En 1989, le cycle de formation des infirmiers généraux fut revu et allongé, de même que les modalités du concours. Les infirmiers

Malgré tous les obstacles rencontrés, les diplômés de l'École avaient fait leurs preuves en France, au point de convaincre certains recruteurs en l'occurrence plus ouverts et moins effarouchés que les pouvoirs publics qui ne se manifestèrent que très tardivement de ce point de vue. La fermeture de l'École n'avait donc pas pour autant neutralisé son influence, puisque 354 professionnels formés par elle étaient disséminés dans le monde, dont 220 sur le territoire national. Néanmoins, sachant qu'il s'agissait là d'un effectif produit par une institution unique qui avait disparu, l'inexorable déclin de ce groupe professionnel très particulier était programmé en l'absence de possibilité de son renouvellement¹⁹⁵⁸. Il n'en restait pas moins que l'École avait beaucoup apporté à ces étudiants qui, une fois formés, constituèrent ce que nous appellerons une élite du second cercle, capable de porter la parole et les idées de l'EIEIS ainsi que les pratiques qu'elle souhaitait voir diffuser en France et dans le monde. Mais dans le même temps, cette institution avait généré, abrité et facilité l'action de son équipe dirigeante et enseignante fonctionnant comme une élite du premier cercle investie en particulier d'une mission éminente de recherche, de prospective et de proposition susceptible d'agir plus directement sur l'évolution de la profession en France, particulièrement perceptible dans les deux dernières décennies du siècle.

6.3 – En marge du déclin de l'EIEIS, la vitalité d'un groupe professionnel qui s'organise et se manifeste : paradoxe ou simple indicateur d'une mission accomplie ?

Deux événements remarquables apparaissent comme autant d'indicateurs de l'éveil spectaculaire de la profession à la fin des années 1980. Le premier était en relation directe avec l'EIEIS. Même s'il n'était pas indemne de connexions avec elle, le second fut surtout l'affaire des infirmières elles-mêmes.

Les infirmières construisent leur avenir

Les 4, 5 et 6 juin 1986 eut lieu à l'École du service de santé des armées à Lyon, le colloque « Compétences et Cohésion du service infirmier », à l'occasion du XXème anniversaire de

généralistes et directeurs d'écoles de cadres justifiant de 2 ans de fonctions au 20 octobre 1989 furent nommés et titularisés dans ces fonctions, sans concours, par mesure transitoire. Parmi eux, ceux qui étaient titulaires d'un diplôme du DEIS ou de l'IESCH de Paris furent dispensés du cycle de formation à l'ENSP. La formation à l'École de Lyon fut alors officiellement reconnue pour la première fois. *Ibid.* et p 64.

¹⁹⁵⁸ Dans les effectifs français, Madeleine Hillairet avait déjà répertorié 27 retraités, 2 qui avaient quitté leur activité professionnelle et 4 personnes décédées. Document de synthèse établi en juillet 1994. Fonds Marie-Françoise Collière, Salles d'Aude.

l'EIEIS¹⁹⁵⁹. Il s'agissait d'une manifestation internationale. L'événement accueillit 500 personnes, de 22 pays différents. Vingt-deux intervenants, présentèrent « des réalisations et des réflexions ». Ils venaient de France pour la majorité, mais aussi d'Afrique, d'Angleterre, des Pays-Bas, d'Israël, de Suisse, de Belgique, du Danemark et du Québec. Catherine Mordacq, pourtant à la retraite, assura la coordination de cette exceptionnelle manifestation organisée par l'AMIEC¹⁹⁶⁰. Première initiative du genre en France, l'événement apportait une réponse à la question qu'elle posa en 1970 : en 16 ans, le service infirmier français s'était effectivement développé. Comme l'annonçait le titre, deux questions traversèrent ces journées : le contenu du service rendu d'une part, et la robustesse de la profession d'autre part. Guy Journet, président de l'AMIEC et authentique compagnon de route des infirmières, introduisit les journées en rappelant que ce qui était fêté durant ces journées, c'était « l'entrée de la formation infirmière dans l'Université en France ». Il en profita pour glisser quelques messages cruciaux de sa place d'universitaire :

[...] L'Université, sans doute, est le (haut) lieu de l'élaboration et de la communication des savoirs. Inscrire une formation professionnelle dans un cadre universitaire, est-ce améliorer sa compétence technique que garantirait mieux le label universitaire ? L'Université aurait plutôt mauvaise réputation du côté des métiers.

Ce qui caractérise une formation universitaire, c'est « la formation de l'esprit scientifique ». La validité d'une science est celle des méthodes avec lesquelles elle construit ses objets et développe ses théories. Toutes ses imperfections étant comprises, par ailleurs.

Opter pour une démarche universitaire, c'est adopter à l'égard de soi-même (personne, groupe, doctrine) l'attitude critique de « penser sa pensée » : prendre du recul dans le contexte où s'inscrit ce que l'on fait, pour en éprouver l'articulation avec l'Ensemble et la validité, c'est aussi se mettre soi-même dans la question (à la question) dans le champ de l'étude, corrélat de la « vigilance épistémologique » qui est « surveillance de soi-même » nous dit G. Bachelard. Ce qui est une façon de définir l'autonomie.

¹⁹⁵⁹ AMIEC, *Les infirmières construisent leur avenir... op. cit.* Le titre de l'ouvrage n'était pas celui de la manifestation. Il fut donné secondairement, au moment de la publication des actes du colloque en 1987. Il renseigne donc aussi sur l'intention de l'éditrice, Catherine Mordacq. Celle-ci voulait marquer que plutôt que d'une commémoration, il s'agissait d'une rencontre de professionnels pour discuter de l'avenir et envisager les actions pertinentes pour le préparer. Elle en fit part dans l'avant-propos : « A cette occasion, au lieu de se tourner vers le passé, le colloque a souhaité s'appuyer sur les acquis pour poursuivre le chemin en prenant conscience des développements en Europe et au Québec ». p 5.

¹⁹⁶⁰ Dès 1984, au moment de décider s'il fallait faire ou non une fête en 1985 pour les 20 ans de l'EIEIS, il y eut des discussions à plusieurs séances du Conseil d'Institut. Le directeur de l'Institut, soutenu par le Directeur général des HCL, voulait fêter l'Institut tel qu'il était, c'est-à-dire « pluridisciplinaire ». L'équipe de l'EIEIS jugea que cette manœuvre aboutirait à l'escamotage de l'histoire de l'EIEIS. Le Directeur général suggéra alors de commémorer « 20 ans d'enseignement international à Lyon », ce qui ne régla pas le problème. Alors on suggéra la possibilité d'insérer, dans la grande fête de l'Institut, une journée consacrée à une thématique spécialisée. C'était trop peu pour 20 ans d'histoire, aux yeux de l'équipe du DEIS. À la séance du dernier Conseil précédant sa démission, René Magnon annonça donc que l'AMIEC, organisme indépendant, organiserait la commémoration de la création de l'EIEIS. L'idée d'une fête institutionnelle fut abandonnée, au vu du grand vide créé par le retrait du département demeurant la force vive de l'Institut et dépositaire de cette longue histoire qu'il s'agissait de commémorer en grandes pompes pour mettre en valeur l'Institut. Ces attermoissements fort chronophages expliquent que la fête eut lieu seulement en 1986, soit avec un an de retard. Le dénouement montre aussi que même au plus fort d'une profonde crise, l'équipe de l'EIEIS trouva les ressources pour ne pas se laisser déposséder de son histoire par l'institution qui l'abritait.

La recherche entreprise par l'AMIEC pour le ministère de la Santé, l'élaboration d'une *Terminologie des soins infirmiers*¹⁹⁶¹ est significative en ce sens.

La science est une production sociale : l'Université est le lieu de débat sur et entre les savoirs, de complémentarités et de conflits dans et entre les disciplines et les « écoles ». La polémique scientifique est une des manifestations de la santé scientifique. [...] La cohérence, ce n'est pas uniformité, ni conformation, mais c'est articulation et c'est aussi opposition, dans le sens où les linguistes disent que les sons dans le langage n'ont de sens que par leur opposition les uns aux autres, chacun tout seul étant insignifiant, - une opposition à l'œuvre dans la dynamique entre les groupes (sociaux).

C'est pourquoi il est nécessaire de s'engager dans la polémique conceptuelle, c'est le plaisir que je vous souhaite.

Nul doute que ce discours s'adressait aussi à Marie-Françoise Collière et à son rapport à l'Université, « toutes ses imperfections étant comprises par ailleurs ». Que pour illustrer l'activité scientifique des infirmières il préférât prendre l'exemple du groupe de recherche sur la terminologie des soins infirmiers plutôt que son *Promouvoir la vie* qui avait pourtant bénéficié d'une réception remarquable au niveau international, n'était pas anodin. Il soulignait par-là l'exigence du débat, de la confrontation et de la délibération, fût-ce au prix de virulentes oppositions, comme modalité de soumission aux normes de validité établies par le collectif, ce qui n'était pas la caractéristique dominante de l'auteure de *Promouvoir la vie*. Mais il s'adressait bien sûr d'abord à l'assemblée, exceptionnelle par son nombre et sa diversité de provenance. Pour les besoins de son propos, il s'autorisa même à modifier un mot du titre du colloque¹⁹⁶². Il parla en effet de cohérence au lieu de cohésion. Peut-être s'agissait-il d'une distraction. Mais l'hypothèse est fort peu probable. En réalité, ce petit glissement lui permettait très vraisemblablement de mettre l'accent là où il était attendu, mais aussi et peut-être surtout, là où il sentait que la profession avait encore des difficultés, c'est-à-dire sur les caractéristiques de la production scientifique plutôt que sur le fonctionnement du groupe professionnel qui n'était de toutes façons pas de son ressort ni de sa responsabilité. Il préféra donc suggérer à l'assistance de s'adonner aux joies de la « polémique conceptuelle », une manière comme une autre de les inviter à s'extraire de leur envahissante pratique et prendre de la hauteur pour pouvoir mieux la regarder.

S'agissant du volet du colloque traitant de la « compétence du service infirmier », la première journée fut consacrée à ce qui fut appelé l'« infirmière clinicienne ». Des exposés relatant des expériences française, anglaise et hollandaise furent suivis de débats entre intervenants et participants. L'occasion fut donnée à la conseillère technique au ministère des Affaires sociales et de l'Emploi de donner son avis sur la situation en France, par rapport au développement de cette nouvelle figure d'infirmière qui se distinguait d'une spécialité à proprement parler. Elle s'appuya alors sur les réflexions d'un groupe de travail qui s'était réuni « à la demande du

¹⁹⁶¹ Une note de bas de page donne les références du glossaire provisoire à cet endroit (*voir supra*). Note ajoutée par nous.

¹⁹⁶² Apparemment, nul ne s'en était aperçu, pas même la rigoureuse éditrice.

directeur des hôpitaux pour apporter une réponse à la promotion unique du cadre infirmier actuel enseignant ou surveillant »¹⁹⁶³ :

Nous avons la chance inestimable d'un diplôme unique de généraliste permettant d'aborder largement l'ensemble des soins infirmiers dans les diverses disciplines. Cela ne dispense pas de répondre à la question suivante : comment compléter et approfondir ses compétences en restant soignant au cours d'une carrière ? En l'absence de carrière soignante, se crée le risque de fuite de cerveaux infirmiers vers des fonctions non soignantes ou vers d'autres professions, ce qui entraîne un appauvrissement de la profession infirmière.

Toutes ces réflexions communes nous ont amenées à définir une nouvelle fonction concernant "une infirmière clinicienne, formée à un niveau supérieur en soins infirmiers avec une concentration particulière dans un domaine spécifique".

Cette formation qui mettrait l'accent sur la compétence clinique rendrait cette infirmière clinicienne apte, dans les différentes situations de soins rencontrées, à :

- dispenser des soins de haute qualité à des personnes présentant des problèmes de santé complexes ;
- développer des actions de support, de conseil et d'enseignement auprès des patients, de leur famille et de leur groupe social significatif ;
- rendre compte de ce que vivent les personnes et les groupes à l'occasion de la maladie et développer une meilleure adéquation des prestations aux besoins de la population ;
- stimuler le développement de la qualité des soins infirmiers offerts dans son domaine spécifique de compétence ;
- accompagner les équipes de soins au niveau relationnel ;
- aider à la résolution de problèmes de soins et à la prise de décision ;
- réaliser des études cliniques et participer à la recherche en ce qui concerne la qualité des soins, l'élaboration des normes et le calcul des coûts.

En tout cela cette infirmière clinicienne agirait en tant que consultante, personne de ressource et agent d'évolution. Dans la structure hospitalière, elle se situerait dans le service infirmier, sous l'autorité de l'infirmière générale, en position fonctionnelle, et serait placée auprès du cadre infirmier d'établissement, de secteur ou d'unité de soins en fonction de la taille de l'hôpital et de la mission confiée.¹⁹⁶⁴

Ces propositions ambitieuses étaient présentées comme un « maillon » manquant dans le système de santé et répondaient, en cela, à la fois « aux attentes des usagers et des infirmières ». Mais elles n'étaient pas pour autant assurées d'advenir rapidement dans la réalité, à un niveau national et officiel¹⁹⁶⁵. La conseillère technique du ministère savait, sans doute mieux que quiconque, combien les obstacles étaient nombreux. D'une part, l'espace des soins était déjà bien occupé, et d'autre part l'époque n'était pas particulièrement favorable à la mise en œuvre

¹⁹⁶³ Danielle Vailland, in AMIEC, *Les infirmières construisent leur avenir... op. cit. p 48*. Dans le texte original, il est écrit à la fin de cette phrase « enseignant ou soignant ». Comme il s'agit sans aucun doute d'une coquille, nous avons rectifié le texte dans la citation.

¹⁹⁶⁴ *Id.* p 48-49.

¹⁹⁶⁵ En attendant, les initiatives pour démontrer la possibilité et la pertinence de telles fonctions ne manquaient pas, comme en témoignait l'expérience conduite depuis 1985 par l'organisme Santé Formation, exposée par Marie-Thérèse BAL-CRAQUIN, Formation d'infirmière-conseil auprès de malades atteints de maladies graves, *id.* p 65-71. Pour l'oratrice, la dénomination « infirmière-conseil » était synonyme d'« infirmière clinicienne ». Elle annonça d'ailleurs la création de la « société pour infirmières cliniciennes », suite à cette première expérience qu'il était question de reconduire tellement elle avait eu de succès. *Id.* p 71.

de nouvelles initiatives souvent considérées *a priori* comme trop coûteuses, quelle que fût leur justification en termes de santé publique :

Quelles sont [les attentes] des autres acteurs de la santé : directeurs, médecins, psychologues, kinésithérapeutes, etc. ? En tant que futurs patients, ne pressentent-ils pas pour eux et leur famille les mêmes attentes ? Mais en tant que professionnels, n'ont-ils pas parmi leurs préoccupations celle de délimiter et sauvegarder leur territoire ? Une nouvelle fonction soignante empiéterait-elle sur celle de nos collègues ?

Le ministère des Affaires sociales et de l'Emploi, qui a pour vocation, entre autres, de défendre les intérêts de la société et qui est composé d'un ensemble de services dont j'ai découvert l'attention portée aux problèmes humains, ne peut que s'intéresser à un projet collectif, né de l'évolution de la santé. Mais il ne peut se montrer que prudent s'il s'agit de compétition de corps professionnels et d'exercice ou bien d'intervenants supplémentaires auprès de personnes soignées.

D'autres part, le contexte socio-économique actuel ne permet pas, nous le savons tous, d'accroître les dépenses de santé. En conséquence, la création d'une nouvelle fonction n'est envisageable qu'à l'intérieur de l'existant.¹⁹⁶⁶

Si ces propositions étaient prudemment formulées au conditionnel compte tenu de ce lourd contexte, elles montraient combien la profession avait avancé en 20 ans, au point de songer à de nouvelles perspectives de carrière pour les infirmières¹⁹⁶⁷. Fondées sur le contenu même de leur exercice professionnel et le service direct rendu à la population, ces nouvelles possibilités les sortaient définitivement du statut d'exécutant qui les avait pendant longtemps caractérisées. Pour l'une des intervenantes, qui s'exprima le lendemain, toutes les infirmières étaient d'ailleurs des cliniciennes par définition¹⁹⁶⁸, ce qui laissait entendre que le projet qui avait été évoqué la veille gagnerait à être clarifié, au moins sur l'appellation de la fonction à l'étude. Mais ce n'était là, au fond, que la manifestation d'un débat qui avait lieu entre deux anciennes étudiantes de l'École, ce qui avait de quoi réjouir Guy Journet. Quoiqu'il en fût, sur cette question aussi l'EIEIS avait été pionnière, par l'instauration de la formation de stomathérapeute dans le cadre de son programme de formation permanente. Suzanne Montandon figurait d'ailleurs parmi les intervenants¹⁹⁶⁹ à la deuxième journée du colloque, consacrée à la formation continue déjà largement évoquée la veille et à la formation universitaire en soins infirmiers.

¹⁹⁶⁶ *Id.* p 50.

¹⁹⁶⁷ Il fallut plus de 30 ans après ces premiers balisages pour en arriver à la reconnaissance de la fonction d'infirmier de pratique avancée qui en était la forme aboutie. Décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratiques avancées. Décret n° 2018-633 du 18 juillet 2018 relatif au diplôme d'État d'infirmier en pratiques avancées. Le diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée confère le grade de master. Entre temps, au début de la décennie 2010, un master de sciences infirmières fut initié en partenariat entre l'École des hautes études en santé publique (EHESP ex ENSP) et l'université d'Aix-Marseille, de même qu'un master de sciences cliniques infirmières, en partenariat entre l'Hôpital Sainte-Anne et l'université de Versailles-Saint-Quentin en Yvelines.

¹⁹⁶⁸ Madeleine FAHRAT, Toute infirmière doit être clinicienne, *id.* p 72-77. Cette intervenante était une ancienne étudiante du DEIS (promotion 1983-1985)

¹⁹⁶⁹ Suzanne MONTANDON, La formation des infirmières entéro-stomathérapeutes, *id.* p 78-83.

Trois oratrices venant d'Israël, du Québec et de Belgique firent part de leur expérience des formations universitaires ouvertes aux infirmières dans leur pays, s'agissant notamment des programmes de base. Dans tous les cas, d'autres types de formation existaient. Toutes s'accordèrent sur l'indéniable développement de l'esprit scientifique et critique, des capacités à prendre des décisions, permis aux étudiants dans ce genre de programme, sans préjudice pour leur formation clinique et pratique. Pourtant, l'idée d'une potentielle toxicité de l'université pour la pratique était encore largement répandue dans le milieu infirmier lui-même, comme le rappela Rosette Poletti :

[...] il est intéressant de constater que c'est en Angleterre, dans les pays scandinaves et en Israël que les programmes universitaires ont pu fleurir et progresser. Et qu'il n'est pas du tout aussi facile de développer de tels programmes dans d'autres régions d'Europe. On peut se poser la question : mais d'où viennent les résistances ? Différentes études ont été faites. J'en citerai une, par une infirmière américaine qui a fait sa thèse sur les programmes universitaires anglais, et qui situe trois forces de résistance que l'on retrouve dans nos pays. Elle dit, avec une certaine tristesse, que la résistance la plus importante vient peut-être des infirmières elles-mêmes. Parce que les infirmières ont tellement donné d'importance à l'expérience qu'elles en ont fait une sorte de valeur en soi, qui met en quelque sorte un doute sur l'aspect connaissance. L'idée de beaucoup d'infirmières, c'est qu'il faut pratiquer, que rien ne peut remplacer la pratique et que la connaissance, en elle-même, est suspecte si elle n'est pas longuement pratiquée. Et même elle est suspecte parce que, pour certaines, elle empêche une pratique faite avec bon sens.¹⁹⁷⁰

Les deux autres « forces de résistances », plus attendues quoique de moindre importance, provenaient des médecins et des administrateurs¹⁹⁷¹. À l'occasion d'un débat, une infirmière chilienne qui avait reçu une formation universitaire, laquelle avait été jugée suffisamment dérangeante ou inutile pour être supprimée après le coup d'État et la mise en place de la dictature en 1973, apporta son témoignage qui allait dans le même sens que les oratrices :

Cela m'émeut de parler. J'ai travaillé à la Direction nationale de la Formation au Chili. Vers 1966, nous discussions déjà beaucoup de problèmes soulevés ici. Chez nous, les infirmières avaient une formation universitaire, il existait un ordre des infirmières. Après les événements qui ont eu lieu, tout cela a été détruit. La profession d'infirmière est devenue technique et a disparu des facultés de médecine. Que m'a apporté cette formation universitaire ? Un épanouissement personnel, la capacité de m'adapter, un esprit de recherche et une ouverture, l'esprit du service infirmier, de sa responsabilité. Une défense de la

¹⁹⁷⁰ Rosette Poletti, Formation continue, formation universitaire, *id.* p 59-60.

¹⁹⁷¹ Les premiers, au motif qu'ils étaient les seuls détenteurs du savoir et du pouvoir de décision clinique, cette position étant renforcée par la représentation que les infirmières « [pratiquaient] des soins non scientifiques à leurs yeux et à ceux des autres » et acceptaient de ce fait « une place inférieure dans l'échelle des statuts de la hiérarchie hospitalière ». Les seconds en raison d'une ambiguïté dans leurs attentes par rapport aux cadres issus des rangs des infirmières : « Ces administrateurs réclament souvent des cadres bien formés, mais, en fait, il y a ambivalence fondamentale dans leur demande, parce qu'en même temps ils ont aussi assez peur de ces cadres bien formés. La preuve en est que, quand il y a des cadres très bien formés disponibles pour l'emploi, ce n'est pas forcément ceux-là qu'on nomme. Ces administrateurs ont peur des valeurs professionnelles que peuvent avoir ces personnes bien formées et qui parfois entrent en conflit avec des valeurs bureaucratiques. Et ces différends ne sont pas inconciliables mais ils demandent des négociations, ce qui n'est pas toujours souhaité par les administrateurs en place ». *Id.* p 60-61.

formation avec des enseignants qui en même temps soignent et font des recherches. Nous avions des aides-soignantes aussi avec une formation assez forte.¹⁹⁷²

La France paraissait encore loin de ces expériences, même si elle n'en était en réalité pas totalement dépourvue. C'est un médecin, le Pr Cornillot, qui présenta l'expérience de l'université Paris-Nord de Bobigny, laquelle s'était intéressée à la formation des infirmières avant de proposer une formation en maîtrise à leurs cadres. Cette université ouvrit dans les suites de 1968. Elle développa de 1972 à 1975 le concept novateur d'Université de santé, comme en témoigne Jean-François d'Ivernois :

Par contraste [avec la situation française], le panorama des formations aux professions de santé dans les autres pays de l'OCDE¹⁹⁷³ offrait une image différente : la plupart des formations étaient organisées dans un cadre universitaire ; au-delà du diplôme professionnel, les étudiants pouvaient accéder à des Maîtrises et des Doctorats. On pouvait déjà observer le développement d'une recherche de niveau universitaire dans plusieurs professions de santé, dont la profession d'infirmière.

Notre UFR a donc participé aux travaux que l'OCDE a menés en 1975 sur le concept d'Université Régionale de Santé. Ce concept, très précurseur, était fondé sur les principes suivants :

- Former l'ensemble des professions de santé dans une université régionale thématique (santé)
- Créer des facultés ou départements universitaires pour chacune des principales professions de santé
- Développer des recherches multidisciplinaires autour du concept de soin
- Organiser des réseaux et structures de soins universitaires : hospitaliers et extra hospitaliers (sur le modèle de centres locaux de santé communautaire).¹⁹⁷⁴

Dans ce cadre, l'université de Bobigny ouvrit en 1977 d'une part un DEUG des sciences de la nature et de la vie et d'autre part, une « formation conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier(e) »¹⁹⁷⁵, non sans polémique :

[...] (il n'y a rien de pire que de se trouver entre le marteau et l'enclume) ; on nous reprochait d'un côté (et on nous reproche encore) d'avoir ouvert l'université aux professions dites paramédicales et, du côté de la profession d'infirmier-infirmière, d'avoir tiré cette formation dans le système universitaire. Nous étions probablement bien placés puisque tout le monde nous critiquait.¹⁹⁷⁶

Après l'expérimentation d'un système assez complexe de filières, un DEUG soins fut habilité en 1984. Celui-ci préparait à la fois aux deux premières années du Diplôme d'État d'infirmier et au concours d'entrée en médecine/dentaire, ce qui permettait aux étudiants qui n'avaient pas été reçu au concours soit de poursuivre leurs études en licences, soit de préparer la troisième année conduisant au diplôme d'État. Selon l'orateur, ce DEUG fut « élaboré à Bobigny par des

¹⁹⁷² *Id.* p 115-116.

¹⁹⁷³ Organisation de coopération et de développement économiques. Note ajoutée par nous.

¹⁹⁷⁴ Jean-François d'IVERNOIS, Enseignement à tirer d'une expérience française... *op. cit.* p 111.

¹⁹⁷⁵ Pr CORNILLOT, Filière soins infirmiers, DEUG Soins, *id.* p 150 -157.

¹⁹⁷⁶ *Id.* p 151.

universitaires et des professionnels en activité qui appartenaient essentiellement à la profession infirmier-infirmière » :

C'était donc une opération destinée à ouvrir grandes les portes de l'Université à la formation d'infirmier-infirmière, et faire en sorte que, par un effet de tache d'huile, progressivement, il soit admis comme un fait acquis que préparer le diplôme d'Etat donnait la possibilité en même temps de valider un premier cycle universitaire. Or, à notre grande surprise, le ministère de la Santé, sans doute insuffisamment informé par le ministère de l'Education nationale, exprima d'abord son étonnement et son inquiétude devant un projet qui donnait aux titulaires du DEI la possibilité d'acquérir un DEUG, argument qui semblait aller à l'inverse de l'intérêt des professionnels. Mais où les choses sont devenues plus difficiles à comprendre, c'est quand les professionnels eux-mêmes ont commencé à tirer à boulets rouges sur ce DEUG comme s'il représentait un danger quelconque pour la profession. C'était à n'y rien comprendre !...¹⁹⁷⁷

Peut-être la réticence du ministère de la Santé, qui semblait étonner l'orateur, résidait-elle dans la crainte de perdre à terme la formation des infirmières. Celle-ci fut pendant longtemps un pré carré jalousement gardé, sans doute en raison du contrôle absolu alors possible sur tous les aspects de la formation, y compris le profil attendu des professionnels. De ce point de vue, une formation à l'université représentait le danger de former des esprits peut-être trop libres, et en tout état de cause moins dociles, à l'image des médecins. La mainmise dès 1975 sur la formation des infirmières générales et sa limitation délibérée à une brève instruction à visée utilitaire apparaît comme un indice majeur en faveur de cette hypothèse. S'agissant du milieu professionnel, Le Pr Jean-François d'Ivernois confirma plus tard l'opposition alors âprement manifestée. Pourtant, la formule institutionnelle proposée n'était pas totalement hors normes :

La filière « soins » était une école d'infirmières de type associatif implantée dans l'UFR de Bobigny. Dirigée par des infirmières enseignantes qui avaient le statut de chargées de cours d'Université, elle a diplômé des étudiants jusqu'en 1994.

Cette expérience, qui avait développé une pédagogie originale, a été plutôt bien acceptée par les enseignants médecins mais a rencontré au début une vive hostilité de la part des organisations représentant la formation des infirmières : pétitions, interventions auprès du Ministère de la Santé, interdiction d'accès pour les étudiants aux terrains de stage de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris...Néanmoins, plusieurs promotions d'infirmières ont été formées dans cette filière et les retours que nous avons encore aujourd'hui de leur part sont positifs et même enthousiastes !¹⁹⁷⁸

Il est peu douteux que le CEEIEC figurait parmi les « organisations représentant la formation des infirmières ». Sans que nous ayons pu explorer les mobiles de cette réaction, l'hypothèse

¹⁹⁷⁷ *Id.* p 154.

¹⁹⁷⁸ Jean-François d'IVERNOIS, Enseignement à tirer d'une expérience française... *op. cit.* p 112. Cette « école » avait dû être créée particulièrement pour les infirmières, puisque, comme le rappela le Pr Cornillot, le ministère de la Santé exigeait toujours le concours d'entrée pour ces étudiants, y compris les bacheliers, contrairement à ceux qui dépendaient du ministère de l'Éducation nationale. Ce qui était une manière comme une autre pour ce ministère de conserver cette profession dans son giron compliqua singulièrement la tâche des pionniers.

de la perte d'un contrôle de la formation et de la crainte d'un envahissement du corps médical dans le processus de décision en pleine lutte identitaire ne paraît pas impossible, de même que l'angoisse collectivement ressentie devant ce qui apparaissait comme un brutal changement de repères. À cela s'ajoutait très vraisemblablement le rapport aux savoirs et à la sacrosainte pratique mis en évidence par Rosette Poletti comme source de résistance. Les débats à l'issue de l'intervention du Pr Cornillot rendirent compte de ces inquiétudes, même de la part d'anciens étudiants de l'EIEIS, d'autant plus que Marie-Françoise Collière venait de livrer avec autorité ce qu'elle pensait des enseignements universitaires¹⁹⁷⁹, ce qui ne contribua assurément pas à apaiser les esprits. Se posait là le problème d'une initiative pionnière : comment faire entrer la formation des infirmières à l'Université en l'absence d'infirmières enseignantes avec un statut d'universitaire et sans domaine de connaissances stabilisé ? Comme dans le cas de l'EIEIS 20 ans plus tôt, il fallait inévitablement en passer par la construction d'un prototype. Mais s'agissant des infirmières de base, l'enjeu était susceptible de créer des remous à bien plus grande échelle. Il fut rappelé, non sans pertinence, au courageux intervenant que l'université de Bobigny aurait pu solliciter quelques infirmières parmi la quinzaine de titulaires d'un doctorat de troisième cycle, ne fût-ce que pour aider les universitaires à identifier les spécificités des infirmières¹⁹⁸⁰, ce à quoi il répondit qu'il était difficile de brusquer « la collectivité universitaire ». Un enseignant du DEIS à l'esprit fort synthétique résuma ainsi la situation en s'adressant à l'orateur, comme pour tenter un rapprochement des différentes parties en conflit :

Je crois que ce thème est particulièrement difficile et soulève quelques légitimes passions. Il me semble que la complexité tient à l'affrontement de plusieurs logiques. Je n'en évoquerai que trois qui me paraissent relativement déterminantes.

La première, c'est une structure de logique d'enseignement, et l'argument est fort quand vous dites : avec le DEUG, nous ouvrons la porte de l'Université aux infirmières. Très juste. Mais à quel prix ? La structure d'enseignement dans les écoles est autre. Et la logique d'enseignement est différente. Comment trouver un *modus vivendi* ?

Deuxième type de logique : celle que vous avez évoquée et qui est tout aussi légitime, qui est la nécessité pour les professions de santé d'établir des passerelles, des lieux de communication et de travail en commun, de pratiquer l'interdisciplinarité au bénéfice de la santé de la population.

Troisième logique : celle de la profession. Il y a vingt et un ans, se créait une école qui avait, entre autres projets, celui de développer la profession d'infirmier-infirmière. L'intuition initiale était qu'il y avait le lieu de la découverte d'une science infirmière. Vingt ans, vingt et un ans, c'est lent pour découvrir, mettre en œuvre et faire comprendre ce que peut être une science. Je pense que l'expérience de Bobigny est une antithèse à cette perspective.¹⁹⁸¹

Si, de l'aveu même de l'orateur, la tentative de construction disciplinaire était encore au milieu du gué, celui-ci suggérait au Pr Cornillot que le lent et persévérant travail à l'œuvre à l'EIEIS

¹⁹⁷⁹ Voir *supra*.

¹⁹⁸⁰ D'autant que la précision fut donnée que ces doctorats portaient pour la plupart directement sur des questions intéressant la profession d'infirmière et les soins infirmiers.

¹⁹⁸¹ AMIEC, *Les infirmières construisent leur avenir... op. cit.* p 174.

depuis vingt ans faisait que les infirmières auraient pu intervenir utilement dans l'élaboration de ce prototype dont il parlait. Si la création de ce dernier portait sans aucun doute d'un bon sentiment, elle portait encore les marques de ce paternalisme médical¹⁹⁸² avec lequel l'EIEIS s'était efforcée de prendre des distances. Le Pr Cornillot montra qu'il avait entendu ce message plutôt pacifique, en admettant la possibilité d'une négociation :

Il faut bien qu'on trouve un accord si on se place l'un comme l'autre à la recherche de la vérité. Ce que vous faites et ce que nous faisons, parce que c'est différent et parce que cela représente des voies différentes, permet de mieux définir la vérité vers laquelle nous allons. Je ne prétends pas du tout à l'exclusivité. L'important étant d'arriver à une synthèse où la population, les professions, la profession d'infirmier n'y perdent pas, entre autres, leur âme.¹⁹⁸³

Le simple fait qu'un tel dialogue entre un infirmier et un médecin put avoir lieu devant une assemblée de 500 infirmières, qu'elles fussent cadres ou non, suffisait à montrer le chemin parcouru par la profession depuis le début des années 1960. Dans la position du Pr Cornillot, la métaphore du marteau et de l'enclume n'était assurément pas exagérée. Il rappela que les ministères ne reconnaissant que leurs diplômes respectifs, il dût recruter à l'Université des infirmières enseignantes « rémunérées par la Santé », dans l'attente de pouvoir employer des infirmières expérimentées formées dans la filière universitaire. Il se trouva même une participante pour demander si une infirmière n'aurait pas été mieux placée qu'un médecin pour venir présenter cette formation qui concernait les infirmières. Devant ces débats fort animés, Catherine Mordacq, à l'origine de l'invitation, rappela l'essentiel à ses yeux :

¹⁹⁸² Le discours du Pr Cornillot était lui-même assez ambigu et avait montré une conception de la « science infirmière » pensée par un médecin pour les infirmières, c'est-à-dire à leur place, qui non seulement justifiait l'intervention de l'enseignant de l'EIEIS, mais aussi la nécessité d'un débat et même d'une polémique au sens où l'avait présentée Guy Journet : « Mais l'Université a privilégié dans la formation médicale les dimensions du diagnostic et de l'investigation. Il n'y a aucune ambiguïté : dans les facultés de médecine, la thérapeutique est une discipline de deuxième ordre, qui est à peine enseignée, les médecins étant essentiellement formés à la connaissance et à la reconnaissance des maladies. Les soins sont en France l'un des domaines sous-développés du secteur universitaire en santé, car ils font partie du domaine des professions soignantes qui n'ont pas de place dans l'Université ; il n'y a donc le plus souvent ni recherche ni développement universitaire dans ce domaine. Il s'agit d'une insuffisance grave du dispositif de connaissance et de recherche en santé dans notre pays. Notre idée a donc été la suivante : développons un DEUG centré sur la technologie et la pratique des soins, qui s'ouvrira sur toute une série de formations professionnelles, et qui s'articulera d'autre part sur un plan universitaire, avec un deuxième cycle consacré aux soins et à la thérapeutique ». Pr CORNILLOT, Filière soins infirmiers, DEUG Soins, *id.* p 155. D'une part, ce médecin n'envisageait une possibilité de développement disciplinaire des soins infirmiers que dans le cadre restreint d'une partie de la division du travail médical, et non dans un cadre plus large, surplombant, permettant d'envisager une complémentarité entre deux professions adultes. D'autre part, il prévoyait pour les infirmières uniquement un développement de la sphère opératoire, c'est-à-dire pratique et technique du travail médical (la thérapeutique, qualifiée de « discipline de deuxième ordre ») et non de la sphère cognitive (diagnostic et investigation), à l'en croire réservée aux seuls médecins. Sauf à penser que les chirurgiens, « opérateurs » virtuoses, étaient prêts à partager cette part thérapeutique avec les infirmières, la proposition méritait sans aucun doute d'être soumise au débat. Mais cette perspective supposait aussi la nécessité pour les infirmières de se préparer collectivement et en profondeur, afin d'y voir plus clair pour participer une controverse qui s'annonçait bien rude.

¹⁹⁸³ *Ibid.*

Je voudrais reconnaître que je vous ai invité tout en sachant que je prenais un risque et que je vous faisais prendre le risque de recevoir les points de vue exprimés avec agressivité. Mais je pensais que vous étiez mieux placé que tout autre pour présenter et expliquer votre orientation en pensant et créant la filière soins infirmiers vers le diplôme d'Etat. Je pense que c'est l'expression de ces divergences et de ces incompréhensions qui est importante. Parce que jusqu'à ce jour la plupart des débats se passent dans des petits groupes au ministère de la Santé ou de l'Education nationale et nous, profession concernée, n'en savons rien. Au moins nous avons pu entendre et exprimer des points de vue différents.

Pour ma part, j'ai été très intéressée de comprendre l'évolution vers le DEUG-Soins, mais je comprends aussi et partage les réactions de ceux qui disent : « Et nous, qu'est-on là-dedans ? » Pour ces raisons j'ai apprécié que vous ayez accepté de nous présenter vos conceptions et vous en remercie.¹⁹⁸⁴

Un participant suisse rappela son admiration qu'un tel dialogue pût avoir lieu « avec un médecin qui s'est préoccupé de la pluridisciplinarité, de la manière d'y parvenir », ce qui n'était pas aussi facile dans son pays. Le Pr Cornillot rassura celle qui l'avait invité en lui disant que ce type de discussions, il les avait à chaque fois qu'un débat tournait autour d'une profession et qu'il ne s'agissait pas dans ce colloque de la plus animée :

Les discussions les plus agressives actuellement, je les ai beaucoup plus avec les médecins qu'avec vous, compte tenu des comptes que je dois rendre à la profession médicale pour les positions que je prends en obligeant l'institution universitaire à s'ouvrir aux autres professions. La seule chose que je regrette, c'est de sentir, de temps en temps, que les efforts entrepris sont difficiles parce qu'ils consistent à décloisonner des savoirs et à décloisonner des pouvoirs. En avançant extrêmement lentement, on rencontre quand même très régulièrement des espèces de réactions allergiques, qui font que, pratiquement, personne n'est content.¹⁹⁸⁵

C'était bien là aussi la réussite de ce colloque : permettre à une assemblée nombreuse d'infirmières, pour la première fois en France, de s'emparer de questions qui les concernaient et dans le cas de cette intervention du Pr Cornillot, de découvrir, peut-être, qu'une construction disciplinaire ne se faisait pas sans obstacle. Elle relevait à la fois d'un patient travail d'identification de son objet de connaissance spécifique, de la négociation, mais aussi de la confrontation aux autres professions et de la lutte pour prendre part aux délibérations et occuper un espace à partager.

La dernière journée fut précisément consacrée à la cohésion du service infirmier et plus précisément aux conditions de possibilité d'un regroupement des infirmières ressenti comme une impérieuse nécessité en l'état de développement de la profession. Pour ouvrir la séance deux conférenciers furent invités à s'exprimer : Karen Stallknecht, Présidente de l'Organisation infirmière du Danemark et deuxième vice-présidente du CII, présenta l'organisation danoise. Maître Gérard Sousi, avocat à la cour et maître de conférences à la faculté de Droit de Lyon,

¹⁹⁸⁴ *Id.* p 176.

¹⁹⁸⁵ *Ibid.*

réalisa un exposé sur les « regroupements associatifs ». Pas moins de 25 associations étaient représentées au colloque, portant la voix de 12 850 personnes¹⁹⁸⁶. D'après une estimation, il y en avait au moins 25 autres qui n'étaient pas présentes. Un débat fut organisé sur ce foisonnant phénomène associatif qui inspira à Karen Stallknecht un commentaire amical quoiqu'un peu caustique : « Toutes ensemble vous représentez environ 13 000 infirmières. Moi toute seule, je représente 56 000 infirmières, c'est-à-dire 99% de la population diplômée »¹⁹⁸⁷. Elle rappela comment les infirmières danoises en étaient arrivées là :

Notre association a été fondée en 1899, parce qu'il n'existait à ce moment aucun groupement professionnel syndical pour les infirmières. Jusque dans les années soixante, beaucoup d'infirmières ont pensé que la capacité de négocier les conditions de travail n'allait pas avec l'orientation professionnelle. Mais dès la fin de la seconde guerre mondiale, l'association a essayé activement de gagner un pouvoir négociateur, même si toutes les infirmières n'étaient pas d'accord. Nous avons obtenu, au début des années soixante-dix, la reconnaissance officielle comme groupe négociateur pour les conditions de travail des infirmières. Mais vers la fin des années soixante-dix, il y a eu, comme ici, la tendance à avoir beaucoup de groupes qui développent des spécialités infirmières, psychiatrie, salle d'opérations, chirurgie. Et ces groupes ont commencé à fonctionner pour eux-mêmes, de façon isolée. Alors nous avons changé la structure de l'association et notre conception. Chaque groupe a développé une spécialité propre à son association avec ses propres buts. En ce qui concerne les sujets professionnels, chaque groupe a son autonomie, mais, en ce qui concerne la négociation des conditions de travail, c'est l'union des infirmières danoises qui a cette capacité. Et nous avons cette étiquette. C'est à nous que revient de négocier ces aspects de la profession.¹⁹⁸⁸

Si la diversité des associations et la richesse dont elle témoignait furent louées par de nombreuses participantes, le débat s'orienta assez rapidement sur la nécessité de dépasser cette atomisation jugée peu productive compte tenu des enjeux. Certes, les Françaises ne portaient pas de rien. Depuis 1971, le CIPLE avait constitué un instrument utile, même s'il n'avait aucune existence juridique. Pour cette structure aussi, le moment était venu de songer à envisager l'avenir autrement, à en juger par ce qu'en rapporta l'une de ses représentantes. Pour elle, qui s'exprima dès le début des débats, la question n'était plus de savoir s'il était opportun de s'unir, mais comment :

Les membres du CIPLE ne sont pas ici aujourd'hui parce qu'elles avaient une rencontre à Paris, pour compléter le travail fait pour créer une Union des infirmières. Le CIPLE, actuellement, regroupe à peu près 40 000 infirmières, à travers différentes associations et syndicats¹⁹⁸⁹ : il existe un avant-projet avec l'intention très ferme d'arriver à mettre sur pied une union dans le but de regrouper, représenter et promouvoir la profession d'infirmière dans tous les secteurs d'activité, conformément avec la législation

¹⁹⁸⁶ Les associations avaient été invitées à se présenter en indiquant le nombre d'adhérents qu'elles représentaient.

¹⁹⁸⁷ *Id.* p 205.

¹⁹⁸⁸ *Ibid.* et p 206.

¹⁹⁸⁹ À la date du colloque, il regroupait « 18 associations et 6 syndicats professionnels ». *Id.* p 238.

en vigueur. Ce travail est déjà soumis à la réflexion des adhérentes, des syndicats et associations qui font partie du CIPLE. Il le sera aussi à ceux qui s'y intéressent.¹⁹⁹⁰

La présidente de l'ANFIIDE, qui faisait partie du CIPLE, rappela que son association avait échoué quelques années auparavant, après une tentative de regroupement d'associations, pour des raisons de statut. Elle informa l'assemblée que l'idée était à nouveau à l'étude dans le cadre du Conseil d'administration. Une participante, adhérente à la fois d'une association et d'un syndicat qu'elle ne nomma ni l'une ni l'autre, apporta un point de vue qui témoignait de la persistance de relations peu détendues entre la profession, notamment ses leaders, et les syndicats :

J'ai beaucoup entendu parler de la nécessité de se regrouper, de s'associer et je trouve que c'est non seulement une nécessité mais je dirai que dans l'état actuel des choses c'est un devoir. Je trouve très dommage que les organisations syndicales représentant le personnel infirmier n'aient pas été conviées à ce colloque, et afin qu'il n'y ait aucune ambiguïté sur mon intervention, je précise que je fais partie d'une association et d'un syndicat. J'ai attiré tout à l'heure l'attention de Me Sousi sur la différence entre association et syndicat, parce que je trouvais qu'il n'en avait pas parlé. Il est intervenu ensuite, au début de cette deuxième partie, en ne signalant que certains articles. Il a quand même curieusement oublié l'article L 411 VII, je crois, du Code du travail, qui dit : « Seules peuvent être admises à négocier les conventions collectives ou statuts, les organisations salariées, constituées en syndicats, à l'exclusion des associations quel qu'en soit l'objet ». Cela veut dire que dans la réalité, dans les hôpitaux publics, seules les organisations syndicales peuvent présenter des listes pour les commissions paritaires. Le personnel infirmier est le moins présent, que ce soit au CTP¹⁹⁹¹, aux commissions paritaires, au conseil d'administration. Il en est de même pour les conventions collectives dans le secteur privé. Je fais partie d'un syndicat et d'une association, mais je n'ai pas du tout l'impression d'être pestiférée.¹⁹⁹²

Tout d'abord, cette oratrice rappelait à l'assemblée que contrairement aux associations, les syndicats n'avaient pas été invités au colloque dont l'un des thèmes majeurs portait pourtant sur la cohésion du groupe professionnel et potentiellement sur la défense des intérêts de ses membres. Cette frilosité pouvait être due à la crainte de divergences politiques trop marquées entre les différents syndicats, susceptibles de générer des dissensions et donc une division supplémentaire dans un groupe aux origines sociales, culturelles et religieuses encore très hétérogènes. Mais cette omission signifiait aussi bien que du point de vue des organisatrices pourtant particulièrement éclairées, les infirmières n'étaient donc pas des travailleuses comme les autres. Car rien ne les empêchait d'inviter tous les syndicats généralistes avec leurs particularités respectives qui renvoyaient, au demeurant, simplement à la diversité des opinions, options et tendances dans le monde du travail. Alors que dans le discours ambiant on n'avait de cesse de déplorer la faible participation des infirmières à la vie de la cité et des organisations, ce qui était rappelé par cette participante renvoyait en quelque sorte à la responsabilité des élites

¹⁹⁹⁰ *Id.* p 206.

¹⁹⁹¹ Comité technique paritaire. Note ajoutée par nous.

¹⁹⁹² *Id.* p 206-207.

du message qu'elles faisaient passer à toutes les infirmières, fût-ce à leur corps défendant, par les choix effectués. Car ces derniers étaient volontaires, comme en témoignait le titre circonscrit de la conférence et la réponse embarrassée de l'orateur qui ne s'attendait vraisemblablement pas à ce que cette question fût posée dans une telle assemblée. Cette impréparation témoignait d'une représentation fortement ancrée que les infirmières étaient par définition, sinon par nature, hors champ syndical :

C'est volontairement que je n'ai pas cité cet article car je n'en avais pas le texte et je ne voulais pas citer même simplement en substance et de mémoire un texte que je ne connaissais pas. Je n'ai cité que les articles que j'avais en ma possession. Effectivement, cet article mérite d'être vu et analysé. Il faudrait peut-être en tirer les conséquences pour le choix de la forme de regroupement que vous souhaitez adopter.¹⁹⁹³

Ainsi, l'expert en Droit fut grandement pris en défaut et dépassé par cette autre experte, formée à l'école du syndicalisme actif et porteuse d'informations éminemment stratégiques pour le groupe professionnel, à charge pour celui-ci de s'en saisir ou non. La retenue des organisatrices eut comme autre conséquence qu'une belle occasion pour informer les organisations syndicales de ce qu'étaient devenues les infirmières et de leurs attentes particulières fut ainsi manquée. Marie-Françoise Collière participa activement à la discussion, militant de son côté pour une structure englobante disposant comme au Danemark de capacités de négociation des conditions de travail en même temps que de défense des intérêts de la profession :

J'aimerais revenir sur la question de la représentativité. C'est une question qui se pose souvent en France entre association et syndicat, que l'on revoie l'un contre l'autre. Cela me semble un faux problème. Il me semble qu'est représentatif un groupe qui sait ce qu'il veut, où il va et pourquoi il veut le faire et, d'autre part, qui a une représentation démographique suffisante. L'un ne va pas sans l'autre. On peut avoir une représentation démographique, c'est le cas des infirmières, il y a une masse qui est de 300 000 personnes à peu près ; s'il n'y a pas de cohésion de ces personnes par rapport à leurs buts et à la nature du service qu'elles proposent, il n'y a pas de représentativité, qu'elle soit syndicale ou associative. Je pense qu'il y a une illusion à propos du manque de représentativité associative. Je l'ai beaucoup vécu quand j'étais vice-présidente du Comité d'entente où j'entendais souvent « On n'est pas représentatif ! » On a été représentatif chaque fois que nous avons eu des projets, quelque chose à proposer. On a été représentatif quand on a voulu faire passer un décret. Donc nous sommes représentatives si nous avons une véritable cohésion y compris dans le domaine des conditions de travail.¹⁹⁹⁴

Celle qui s'était rapidement taillé une réputation de penseuse grâce à son *best-seller*, montra qu'elle pouvait aussi se montrer sagace sur des questions plus stratégiques et politiques. S'appuyant sur l'impressionnant modèle danois¹⁹⁹⁵, elle proposait là une synthèse susceptible de favoriser le dialogue avec les infirmières dites de base, qui certes aimaient leur métier et en

¹⁹⁹³ *Id.* p 207.

¹⁹⁹⁴ *Id.* p 213.

¹⁹⁹⁵ D'autant que l'adhésion massive à ladite Organisation n'avait rien d'obligatoire.

avaient intégré les caractéristiques et valeurs dominantes peu mises en avant par les organisations syndicales, mais avaient aussi des préoccupations concrètes de travailleuses peu abordées par les associations. Pour elle, l'idée semblait s'être imposée que c'étaient ces praticiennes, à la base, qui recelaient l'énergie et donc la puissance nécessaire aux avancées désirées. La responsable danoise invita ses collègues à se détacher d'un attachement trop marqué aux particularismes des unes et des autres. Elle rappela aussi que l'enjeu n'était pas seulement national, mais concernait l'ensemble des infirmières européennes :

J'entends que vous êtes sur la voie, et sur la bonne voie. Mais parfois vous vous arrêtez. Il y a une faille. Je voudrais dire, en particulier aux infirmières psychiatriques, que j'ai souvent entendu ce chant-là chez moi, dans mon pays. Les infirmières psychiatriques, mais aussi les infirmières enseignantes, mais aussi les infirmières générales sont des gens très spéciaux. Si vous adhérez à votre identité principale, vous avez besoin de vous unir. Le Conseil international des infirmières, sachez-le, a besoin de vous. La France est un des pays les plus importants au niveau du nombre de personnes et d'infirmières au Conseil international, mais on n'entend pas votre voix, parce que vous n'êtes pas unies ! Aussi je vous souhaite de trouver une manière de vous unir.¹⁹⁹⁶

À la fin du colloque, la décision fut prise de se mobiliser pour réaliser cette union que la grande majorité des participants appelait de ses vœux. L'Union nationale des associations, syndicats infirmiers et des infirmières françaises (UNASIIF) fut créée en 1987¹⁹⁹⁷. Elle prit la succession du CIPLE, le statut juridique en plus, sachant qu'il lui fallait attendre 3 ans pour qu'elle soit reconnue d'utilité publique. Il s'agissait là du prolongement concret du dernier acte de ce mémorable colloque. L'année même de sa création, un autre événement donna l'occasion à la nouvelle Union de se soumettre très rapidement à l'épreuve du feu. Contre toute attente, les infirmières praticiennes elles-mêmes, débordantes d'énergie, décidèrent de prolonger dans la rue ce colloque qui avait si bien commencé. Elles lui donnèrent cependant un autre ton, une autre tournure et même une autre envergure qui leur permirent de participer très efficacement à la construction de leur avenir.

Ni bonnes ni nonnes ni connes

Au mois de décembre 1987, deux textes réglementaires concernant les études conduisant au diplôme d'État d'infirmier et d'infirmière¹⁹⁹⁸ et en particulier les conditions d'admission dans les écoles¹⁹⁹⁹ furent publiés. Le second texte remettait objectivement en cause l'exigence grandissante jusqu'alors observée pour accéder aux études. La possession du baccalauréat ou

¹⁹⁹⁶ *Id.* p 214.

¹⁹⁹⁷ René Magnon, *Les infirmières... op. cit.* p 194. Mêmes les infirmières isolées furent acceptées.

¹⁹⁹⁸ Décret n° 87-1038 du 23 décembre 1987 modifiant le décret n° 81-306 du 2 avril 1981 relatif aux études conduisant au diplôme d'État d'infirmier et d'infirmière. Ce premier texte annonçait en fait l'arrêté suivant.

¹⁹⁹⁹ Arrêté du 23 décembre 1987 relatif aux conditions d'admission dans les écoles préparant au diplôme d'État d'infirmier et d'infirmière.

d'un diplôme admis en équivalence constituait alors la dernière avancée dans ce domaine depuis 1984. Or cet arrêté prévoyait la disposition suivante :

A compter de 1988, les candidats justifiant d'une expérience professionnelle d'une durée de cinq ans ayant donné lieu à cotisation à la sécurité sociale ou d'une activité assimilée telle que définie à l'annexe II du présent arrêté pourront se présenter directement aux épreuves d'admission prévues par le présent arrêté.²⁰⁰⁰ [...] Sont, pour l'inscription aux épreuves d'admission, assimilés de plein droit à une activité professionnelle ayant donné lieu à cotisation à la sécurité sociale et pour la durée correspondante :

- le service national ;
- l'éducation d'un enfant au sens de la loi n°80-490 du 1^{er} juillet 1980²⁰⁰¹ susvisée ;
- l'inscription à l'agence nationale pour l'emploi en qualité de demandeur d'emploi ;
- la participation à un dispositif de formation professionnelle destiné aux jeunes à la recherche d'un emploi ou d'une qualification ;
- l'exercice d'une activité sportive de haut niveau [...] ²⁰⁰²

Le texte était signé de Michèle Barzach, ministre déléguée auprès du ministre des Affaires sociales, chargée de la Santé et de la Famille. Si cet inventaire hétéroclite eût sans doute amusé le poète Prévert, il n'était pas dénué de vertus pour ceux qui l'avaient proposé. Il était même très sérieusement destiné à tenter d'enrayer l'inquiétante baisse du recrutement dans les écoles d'infirmières. Il permettait aussi d'ouvrir des portes aux personnes cherchant un travail, parmi lesquelles figuraient les mères de famille en quête d'un emploi, non domestique et rémunéré, à l'issue de leur mission toujours en vogue d'éleveuses d'enfants²⁰⁰³. De plus, la candidature au concours par cette voie très particulière ne dispensait pas de se soumettre aux mêmes épreuves du concours que les autres et de les passer avec succès, ce qui limitait les risques d'une trop faible exigence. Enfin, les infirmières n'étaient pas les seules concernées par ces mesures, loin de là. Il en était de même pour les ergothérapeutes, les laborantins d'analyses médicales, les manipulateurs d'électroradiologie médicale, les masseurs-kinésithérapeutes, les pédicures-podologues et les psychomotriciens²⁰⁰⁴. Tout cela n'empêchait pas que ces textes produisirent un effet symboliquement désastreux pour l'image des professions concernées. Les infirmières furent les premières à se manifester, d'autant plus et mieux qu'un autre événement inédit facilita leur regroupement jusqu'alors impensable. À l'initiative de l'UNASIIF et du jeune journal

²⁰⁰⁰ *Id.* Art. 4.

²⁰⁰¹ Il s'agissait de la loi n° 80-490 du 1er juillet 1980 portant diverses dispositions en faveur de certaines catégories de femmes et de personnes chargées de familles. Art. 2 : « [...] les mères de famille d'au moins trois enfants pourront se présenter à tout concours de l'État, des départements, des villes et des communes, des établissements publics nationaux, départementaux et communaux, de toute collectivité publique et de tout établissement en dépendant, de toute société nationale ou d'économie mixte, sans condition de diplôme ».

²⁰⁰² *Id.* Annexe II.

²⁰⁰³ Quoiqu'elle ne s'exprimât jamais publiquement sur la question, la mesure n'allait sans doute pas pour déplaire à Marie-Françoise Collière, qui déplorait en permanence la trop grande jeunesse des élèves infirmières et leur manque d'expérience de la vie.

²⁰⁰⁴ Arrêté du 23 décembre 1987 relatif à l'admission dans les écoles préparant aux diplômes d'Etat d'ergothérapeute, de laborantin d'analyses médicales, de manipulateur d'électroradiologie médicale, de masseur-kinésithérapeute, de pédicure-podologue et de psychomotricien. L'annexe II était strictement identique à celui qui concernait les infirmières.

*l'Infirmière magazine*²⁰⁰⁵, fut organisé le premier Salon infirmier européen. Celui-ci eut lieu les 4,5 et 6 mars 1988 :

Ce salon permis pour la première fois dans l'histoire de la profession, de rassembler plus de 10000 infirmières venues de tous horizons. A ce moment-là, il a correspondu à une attente profonde : l'affirmation de l'identité infirmière dans un lieu indépendant de toute structure traditionnelle et hors de la tutelle médicale.²⁰⁰⁶

Cette manifestation constitua un lieu exceptionnel de rencontres, de découvertes et de débats. Le terme de salon pour désigner l'événement pouvait surprendre, mais il prenait là tous son sens : on y discuta beaucoup et entre autres, du récent mouvement des infirmières anglaises suffisamment audacieuses pour défier et faire vaciller la dame de fer, et de ce qui devint dans les conversations le « décret Barzach²⁰⁰⁷ », premier instrument de cristallisation de mécontentements encore diffus. La même ministre avait préfacé le guide du service infirmier portant sur la terminologie deux ans plus tôt :

[...] La recherche entreprise est difficile, complexe, mais indispensable dans le contexte actuel. Elle est également un facteur de réflexion salutaire qui, au-delà de la recherche Terminologie, incite la profession à réfléchir sur le fondement même de son activité.

Je voudrais souligner ici l'intérêt culturel et professionnel de cette démarche qui attire toute ma sympathie. Elle est en effet la crête d'une vague irrésistible soulevée depuis quelques années par le dynamisme de votre profession.²⁰⁰⁸

Elle ne croyait sans doute pas si bien dire et ne savait pas, alors, qu'elle pousserait plus loin sa sympathie en contribuant par sa signature à la montée en puissance de la vague si joliment évoquée. Le 22 mars 1988, l'UNASIIF appela à une manifestation pour l'abrogation de son arrêté, suivie en cela par L'union régionale de l'Île-de-France des syndicats Santé-Sociaux affiliés à la CFDT et par les infirmières anesthésistes qui commençaient à se regrouper sur leurs revendications spécifiques. Ce premier mouvement réunit autour de 3000 infirmières, c'est-à-

²⁰⁰⁵ Ce journal fut créé en 1986 par Annick Jouan, infirmière. Il remplaça l'historique et chaptalienne *Infirmière Française*. René MAGNON, *Les Infirmières... op. cit*, p 194. Ce changement constitua une révolution dans la presse professionnelle, par le ton très offensif et militant adopté dès les premiers numéros. Particulièrement clairvoyante, la ligne éditoriale montra une revue en phase avec la profession, au niveau de développement auquel elle était parvenue.

²⁰⁰⁶ Régine ABLONDI, Nicole BENEVEISE, Fabienne KOSKAS, Éric ZAOUÏ, La coordination infirmière : le film des événements, in BINDEFELD John (dir.), DANAN Denis (dir.), VALLET Michèle (dir.), *L'Univers de la profession infirmière*, Tome 1, Genève, Paris, Presses de Lutèce, 1991, p 311. Les 4 auteurs de cet article furent membres de la coordination nationale infirmière durant le mouvement de 1988. Voir *infra*.

²⁰⁰⁷ Quoique l'objet explicite du mécontentement se trouvât dans l'arrêté, le décret qui en annonça et permit la publication constitua la cible des revendications.

²⁰⁰⁸ Michèle BARZACH, Préface. Ministère des Affaires sociales et de la Solidarité nationale, Direction des hôpitaux, Collectif, Guide du service infirmier, *Terminologie des soins infirmiers*, Glossaire provisoire, n°3, Série soins infirmiers, 1986.

dire bien moins que lors des manifestations de 1984²⁰⁰⁹. Il constitua néanmoins un précédent fondamental sur lequel se greffèrent rapidement de nombreuses initiatives destinées à élargir le mouvement bien au-delà de la revendication de l'abrogation de l'arrêté Barzach. Selon Christian Chevandier, le moment était propice à un tel développement²⁰¹⁰. Les infirmières, comme les autres personnels de l'hôpital, étaient confrontées à un brutal ralentissement de la croissance des effectifs dans l'administration hospitalière. L'augmentation de 263% entre 1960 et 1985 n'était plus que de 3 % entre 1985 et 1990, alors même que par le système de la diminution recherchée et grandissante de la durée moyenne de séjour des malades, l'activité s'intensifiait. L'autre facteur qui put favoriser un mouvement de contestation s'explique aussi par l'augmentation indéniable du niveau culturel des infirmières « maîtrisant souvent mieux les outils intellectuels et prompts à remettre en cause toute autorité »²⁰¹¹. Dans ce contexte, la mobilisation de quelques militants CFDT parisiens, en rupture avec leur confédération, elle-même en voie de recentrage, constitua un levier d'action non négligeable. Des témoins qui vécurent activement de l'intérieur la montée en puissance du mouvement soulignèrent « l'action très volontariste de militants syndicaux et politiques réunis au sein du CRC (Comité régional de coordination) » :

Ils étaient connus pour leurs activités d'inspiration trotskyste, principalement la Ligue communiste révolutionnaire (LCR), se définissant d'ailleurs eux-mêmes comme des militants révolutionnaires. En outre, le CRC affichait ouvertement son opposition à sa confédération CFDT. [...] Il n'en reste pas moins que leur action dans la constitution de la coordination a été essentielle et déterminante dans un secteur complètement inorganisé. Ils ont apporté un savoir-faire militant : tenue d'une assemblée générale, élaboration d'un tract, etc. et une logistique d'appareil, bureaux, salles, téléphones, réseau militant, etc. Dès le 28 avril, prenant comme point d'appui la manifestation du 22 mars, ils ont tenté d'enclencher une dynamique de mobilisation adaptée au milieu. Sachant d'une part, la réticence des infirmières aux syndicats et voulant, d'autre part, réaliser l'unité des travailleurs, quelles que soient leurs organisations,

²⁰⁰⁹ Les médecins biologistes avaient fait casser en Conseil d'État pour vice de forme, le décret relatif aux actes professionnels des infirmières de 1981 (voir *supra*) au motif fort intéressé que ce texte les habilitait aussi à effectuer des prélèvements à des fins d'analyses biologiques. En cela, elles devenaient une menace pour la quantité d'actes qu'ils pouvaient facturer dans les officines et laboratoires privés. Ils invoquèrent alors avec une très discutable bonne foi que la connaissance des conditions dans lesquelles les prélèvements étaient réalisés leur était indispensable, ce qui n'était pas explicitement indiqué. Or depuis longtemps, les infirmières réalisaient ce type d'actes en respectant les conditions requises de prélèvement, en spécifiant les obstacles rencontrés, voire en signalant l'impossibilité de les réaliser si celles-ci n'étaient pas réunies. La manifestation des infirmières réunit plus de 10000 personnes. Un nouveau décret, enrichi de plusieurs actes par rapport au premier, fut publié dès l'été de la même année. Décret n° 84-684 du 17 juillet 1984 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier. A l'article 4, présentant la liste des actes pouvant être effectués par les infirmiers sur prescription médicale fut ajouté l'acte suivant : « Transmission des indications techniques se rapportant aux prélèvements en vue d'analyses de biologie médicale ». Et les biologistes retournèrent à leur paillasse, à la recherche, peut-être, d'une nouvelle procédure.

²⁰¹⁰ Christian CHEVANDIER, « Uni(e)s dans l'action » ... *op. cit.* p. 5.

²⁰¹¹ *Id.* p 6. En 1965, 1,5% des élèves disposaient d'un diplôme de fin d'études secondaires. En 1973, elles étaient 44%.

ils ont appelé l'ensemble des infirmières, qu'elles soient syndiquées ou non syndiquées, associées ou non associées à se retrouver dans une coordination.²⁰¹²

C'est ainsi qu'une assemblée générale fut réunie à Paris le 15 juin, à laquelle 350 infirmières participèrent. Peu politisées, la plupart d'entre elles étaient bien loin de saisir la démarche politique des organisateurs, et encore moins décidées à faire la révolution. Néanmoins, pour être néophytes en matière de luttes sociales, elles n'en étaient pas pour autant des oies blanches. Non seulement le niveau culturel d'ensemble s'était considérablement élevé et avec lui l'esprit critique, mais la formation avait changé et par là-même, facilité la perception plus affermie d'un sentiment d'appartenance à un même groupe professionnel qui modifia le rapport au monde des infirmières. Le programme de formation mis en œuvre depuis 1972 avait entraîné un saut quantitatif et qualitatif indéniable en termes d'enseignement. L'EIEIS y avait incontestablement contribué. Mais son lent et patient travail avait laissé des traces bien au-delà, même si les ressorts concrets de cette influence sont difficiles à mettre en évidence. Bon nombre d'étudiantes de l'EIEIS avaient pris des postes de directrices d'écoles de cadres ou de base ou étaient retournées comme enseignantes dans ces écoles²⁰¹³. Par ailleurs, les enseignants de l'EIEIS occupèrent pendant longtemps des postes stratégiques au CEEIEC, ce qui leur permit de diffuser assez largement les idéaux et les idées de l'École dans les milieux de la formation. À travers ces différents canaux et celui de la formation continue qui s'était développée de façon croissante, la profession s'était progressivement dotée d'outils susceptibles de contribuer à cimenter son identité par la prise de conscience de pratiques communes sans être nécessairement uniformes. Il en fut ainsi, par exemple, pour la démarche de soins dont Catherine Mordacq fut la première et très active promotrice. Cette façon d'aborder la pratique introduisit l'obligation, fût-elle souvent douloureusement ressentie par les élèves, de la réflexion et de l'analyse rigoureuse des situations avant, pendant et après l'action. Cette activité cognitive, à la fois diagnostique et stratégique, facilita indéniablement la prise de distance avec le modèle d'infirmière exécutante jusqu'alors solidement et collectivement incorporé. De plus, l'introduction de modèles théoriques d'analyse dans la même démarche, quelle que fût la pertinence de leur choix ou le niveau de maîtrise dans leur utilisation, aboutit aux mêmes résultats discrètement émancipateurs, d'autant plus que ces modèles étaient inspirés de pratiques étrangères, plus valorisées dans les imaginaires. Enfin, l'explosion de la littérature professionnelle et l'existence même d'une collection d'éditeur consacrée aux « infirmières d'aujourd'hui » put contribuer à une prise de conscience collective que la profession était en pleine évolution. Quelle que fût le nombre de lectrices ou de lecteurs, cette collection renvoyait à elle seule une image plutôt valorisante de la profession, source comme une autre d'une certaine fierté qui fut plus tard perceptible dans les discours.

²⁰¹² Régine ABLONDI, Nicole BENEVEISE, Fabienne KOSKAS, Éric ZAOUÏ, La coordination infirmière ... *op. cit.* p 311-312.

²⁰¹³ Voir *supra*.

En outre, la confrontation au monde rugueux du travail et la pratique professionnelle elle-même, dans des conditions parfois très difficiles, avait forgé, y compris en ce qui concernait les plus jeunes participantes à cette première assemblée générale, de solides personnalités aptes à analyser les situations avec sagacité en toutes circonstances, et à prendre des décisions. Elles étaient donc suffisamment armées intellectuellement pour ne pas se laisser conduire là où elles ne voulaient pas aller. La thèse de la manipulation, qu'un pouvoir aussi condescendant que peu clairvoyant et dépassé se hasarda à avancer plus tard, ne correspondait en rien à la réalité et démontrait uniquement une totale incompréhension de ce qui était en train de se dérouler. Plus simplement, ces infirmières furent d'emblée séduites par l'idée de coordination mise en avant, laquelle proposait pour la première fois de réunir syndiquées et non syndiquées, associées et non associées. Celle-ci était susceptible, à leurs yeux, de répondre à des aspirations qu'elles avaient confusément ressenties depuis longtemps et que nul syndicat ou association ne semblait avoir prises en compte, à supposer qu'ils ou elles en avaient saisi quelques bribes. La coordination n'était hostile ni aux syndicats, ni aux associations, mais elle proposait aussi d'ouvrir les portes à tous les autres. Et les infirmières prirent rapidement goût à cette perspective plutôt joyeuse d'avoir enfin une prise sur le cours des choses qui les concernaient directement :

A l'issue de cette AG, des commissions de travail furent mises en place, intégrant une majorité de nouvelles venues qui faisaient l'apprentissage du militantisme sur des bases spécifiquement professionnelles [...] Tout l'été fut consacré au travail de ces commissions pour l'élaboration de la plate-forme revendicative, à la tenue de réunions d'information dans les hôpitaux et à la préparation de la grande AG régionale du 15 septembre sur Paris.²⁰¹⁴

Entre temps, les élections présidentielles et législatives avaient eu lieu et le gouvernement de gauche de retour au pouvoir ne vit rien à redire à l'arrêté Barzach. Tout se passait comme si les politiques de tous bords avaient été également frappés de la même confraternelle surdité à ce qui avait été dit à la première manifestation du 22 mars. Mais sans doute les manifestantes n'étaient-elle pas suffisamment nombreuses pour susciter l'intérêt. L'intense travail militant de l'été permit de mettre au point une plate-forme revendicative qui avait gagné en vigueur et montrait que les toutes nouvelles recrues n'avaient pas froid aux yeux :

- abrogation du décret Barzach
- augmentation de 2000 F
- pas de salaires à moins de 8000 F
- augmentation des effectifs
- amélioration des conditions de travail
- réforme et accroissement de la formation.²⁰¹⁵

²⁰¹⁴ *Id.* p 312.

²⁰¹⁵ *Id.* p 311.

L'assemblée générale du 15 septembre réunit 500 infirmières. Ce succès montra que le mouvement était dans une phase ascendante très nette. Loin d'apaiser les tensions et de faire sombrer dans la torpeur les velléités de revendication, l'été avait galvanisé les troupes qui préparèrent ainsi la première grande grève nationale appelée pour le 29 septembre suivant. Les membres du Bureau de la coordination encore limitée à la région Île-de-France, dont la majorité féminine écrasante était délibérée, portèrent et commentèrent la plate-forme revendicative dans les médias qui se montrèrent particulièrement intéressés dès le début du mouvement. Celui-ci bénéficia en outre du soutien rapide de grandes voix du monde médical comme les Pr Schwartzberg, Minkowski ou Milliez. Les infirmières mobilisées à l'assemblée générale, devenues déléguées de la coordination, firent le même travail de communication, d'information et de sensibilisation dans leurs hôpitaux respectifs. La manifestation du 29 septembre réunit près de 20000 personnes²⁰¹⁶. Le ministre Claude Évin fit savoir le jour même qu'il ne négocierait qu'avec les organisations syndicales pourtant bien difficilement repérables dans le mouvement. Seule, la CGT n'accepta pas d'entrer dans ce processus. Déjà se préparait la manifestation du 6 octobre suivant, destinée à amplifier le mouvement vers la province qui s'était déjà amplement déplacée :

Du 30 septembre au 5 octobre, le téléphone de la coordination situé dans les locaux du CRC-CFDT, rue Charlot à Paris, fut inondé d'appels des quatre coins de la France. Pour y faire face, un service télématique fut judicieusement mis en place : le 3615 Alter-Hosto permit à toute heure et très rapidement de transmettre et recevoir des informations, inaugurant ainsi un nouveau mode moderne de communication dans un conflit social.²⁰¹⁷

Le 6 octobre, 40000 manifestants étaient au rendez-vous. Devant l'amplification dangereuse d'un mouvement qui semblait fort bien se passer des syndicats, le ministre Évin accepta de recevoir la coordination, ce qui ne signifiait pas qu'elle était admise dans le cercle des négociateurs. Néanmoins, forte de ce qui semblait commencer à tourner à l'avantage décisif des infirmières, la coordination régionale d'Île-de-France décida de se transformer en coordination nationale, ce qui fut fait lors d'une assemblée générale le 8 octobre à la Sorbonne. Ce fut là une occasion exceptionnelle pour les infirmières d'entrer massivement à l'université, dans ce lieu hautement symbolique 20 ans après les événements de mai 1968 :

Huit cents infirmières déléguées par les hôpitaux de pratiquement toute la France décidèrent unanimement la grève générale illimitée et une nouvelle manifestation pour le jeudi 13 octobre. L'ambiance, dans cet amphithéâtre Richelieu qui n'était pas à sa première réunion de ce type, était tout à la fois chaleureuse et grave. Chacun et chacune pensait vivre un moment historique, sans oublier pour autant ses responsabilités

²⁰¹⁶ Comme toujours pour les manifestations, les chiffres sont variables selon les sources. Ils sont donc ici envisagés uniquement comme des ordres de grandeur les uns par rapport aux autres, de façon à mettre en évidence la dynamique du mouvement.

²⁰¹⁷ *Id.* p 313.

de soignant. Pour beaucoup, ce fut un baptême du militantisme, ce qui entraîna des difficultés à mener les débats et à en maîtriser les enjeux.²⁰¹⁸

Preuve que les infirmières n'étaient pas tombées de la dernière pluie quoique débutantes dans cette nouvelle activité de combattantes, elles ne cédèrent pas aux sirènes des adeptes de la convergence des luttes qui se manifestèrent à cette assemblée, en proposant un comité de liaison dans le but d'étendre la grève générale au-delà du secteur hospitalier. Non pas qu'elles fussent plus farouches que de raison, mais elles étaient là pour « défendre simplement mais fermement leurs spécificités infirmières en toute indépendance »²⁰¹⁹, pas plus, pas moins. Ces divergences profondes d'orientation au niveau de la coordination nationale ne nuisirent en rien à la poursuite du mouvement et les infirmières firent connaissance avec la grève illimitée²⁰²⁰. Elles prirent même, pour un temps certes bien bref, le pouvoir à l'hôpital. Elles le décorèrent et l'animèrent à leur façon, ce qui contrastait avec la grisaille austère et la froideur administrative habituelles. Banderoles, calicots et assemblées générales parfois cacophoniques mais où se prenaient toutes les décisions importantes²⁰²¹, prirent pour un temps la place des circulaires, notes de service et réunions auxquelles elles n'étaient d'ailleurs presque jamais conviées. L'hôpital en grève fut aussi un extraordinaire espace de prise d'une parole pendant longtemps confisquée par d'autres, administrateurs, médecins ou syndicats. Pour beaucoup, ce moment fut aussi un exceptionnel moment de rencontres entre professionnels au sein d'un même hôpital. La grève fit tomber portes et cloisons entre services ou disciplines, entre équipes du matin, de l'après-midi ou de la nuit. Pour la première fois depuis longtemps, les infirmières des services de réanimation ou de transplantation d'organes côtoyaient celles de médecine interne ou de gériatrie. Toutes se retrouvaient à l'assemblée générale ou à genoux dans le hall de l'hôpital, non pas pour la prière, mais pour préparer consciencieusement les immenses banderoles de la manifestation du lendemain. Pour la plupart, elles avaient tout à apprendre du militantisme, même la construction de ces engins de combat porteurs de leurs trouvailles langagières. Elles apprenaient cependant très vite. Après quelques expériences malheureuses et épuisantes à marcher contre le vent, elles découvrirent la grande utilité de réaliser des trous assez grands dans les draps de lit utilisés comme supports. Cette inversion de la morne quotidienneté donna un air de fête à l'espace hospitalier. Les grévistes organisèrent elles-mêmes, la plupart du temps, le service minimum, au grand soulagement des directeurs, eux aussi assez dépassés et bien embarrassés par ce mouvement qui montait en popularité en même temps qu'il gagnait en ampleur²⁰²². Elles le firent le plus souvent avec la complicité de surveillantes pas mécontentes, elles non plus, de

²⁰¹⁸ *Ibid.*

²⁰¹⁹ *Ibid.*

²⁰²⁰ Le développement suivant s'appuie sur les témoignages figurant dans l'article cité et notre propre témoignage, tiré d'une expérience très personnelle de l'événement.

²⁰²¹ Notamment le contenu du mandat impératif qui était donné aux délégués représentant l'hôpital à la coordination nationale.

²⁰²² Des chiffres entre 80 et 95% de grévistes étaient le plus souvent annoncés par les administrations hospitalières.

constater que la profession s'était enfin emparée de son propre sort. De nombreux médecins, souvent compréhensifs, acceptèrent de « fermer des lits » ou de limiter les programmes opératoires pour leur permettre de vivre leur grève. Enfin, dès le début du mouvement, le soutien des malades était patent et il n'était pas rare de voir des visiteurs étonnés, amusés ou intéressés, assister aux assemblées générales, allant même jusqu'à féliciter les infirmières pour leur combat.

La manifestation du 13 octobre réunit 100 000 manifestants. De nombreux autres professionnels s'étaient joints au cortège. Un accord fut en effet conclu la veille, entre la coordination et les syndicats CGT, CGC et CFDT. Ceux-ci furent admis à défiler avec les infirmières, mais en queue de cortège. Ils acceptèrent cette injonction de bonne grâce, bien conscients de la force que la coordination avait acquise et qui lui permettait de défiler seule en tête²⁰²³. Alors que ce n'était nullement interdit, peu nombreux furent les manifestants arborant des signes d'appartenance syndicale dans le cortège. La CFDT confédérale, de plus en plus hostile à la coordination, organisa une manifestation concurrente ailleurs, dans Paris et réunit environ 10000 personnes. Plus étonnant compte tenu des enjeux pour la profession, L'UNASIIF en fit autant, peut-être tentée de compter ses propres troupes : « elle put à peine regrouper 3000 infirmières, dont une grande partie devait rejoindre les rangs du défilé de la coordination. »²⁰²⁴ Quelles que fussent les motivations de cette initiative, l'effet apparaissait comme stratégiquement désastreux. En se coupant du mouvement d'ensemble, l'UNASIIF fit à cette occasion la démonstration qu'elle n'était pas ou plus en phase avec la profession qu'elle aspirait pourtant à rassembler. Comme la plupart des syndicats, elle se montra incapable de porter le mouvement qui se déroulait sous ses yeux, ni même de le suivre, par défaut grave d'adaptation à son temps, à la forme particulière de cette lutte sociale et à ce qu'elle signifiait. Pourtant, elle fut la première à réagir à l'arrêt Barzach et l'histoire avait plutôt bien commencé, sans doute jusqu'à l'enrichissement, inquiétant pour elle, de la plate-forme revendicative. Celle-ci n'avait pourtant rien d'irréaliste et était même très majoritairement soutenue par la population. Certes, la revendication de 2000 F d'augmentation pouvait paraître très osée et même insolente, tant elle contrastait avec l'humilité, la discrétion et le désintéressement prônés depuis le début du siècle. Mais elle rendait simplement compte de la haute estime de la valeur de leur travail qu'avaient les infirmières, et ne parut pas hors norme aux yeux des citoyens ordinaires, tant le sort qui leur était réservé leur paraissait injuste. L'UNASIIF portait en elle-même des éléments de la profession accumulés, pêle-mêle, depuis les années 1920, sans tentative de synthèse, ni volonté affichée de renouvellement. Elle avait le projet de rassembler la profession pour l'accompagner vers son avenir, mais fonctionnait, au fond, comme un musée. Or si le slogan

²⁰²³ Régine ABLONDI, Nicole BENEVEISE, Fabienne KOSKAS, Éric ZAOUÏ, *La coordination infirmière ... op. cit.* p 314.

²⁰²⁴ *Ibid.* L'ANFIIDE continua néanmoins à contribuer aux mobilisations, se distinguant alors de l'UNASIIF. Christian CHEVANDIER, *L'Hôpital dans la France... op. cit.* p 387.

« ras la seringue », plutôt bon enfant, renvoyait au « ras le bol » attestant une saute d'humeur passagère, le plus impertinent « ni bonnes ni nonnes ni connes » portait un message beaucoup plus profond. Les infirmières rappelaient ici ce qu'elles n'étaient pas, ou plus, affirmant une volonté de rupture radicale avec leur propre histoire²⁰²⁵. Bien plus que de la reconnaissance pour leur travail difficile, laquelle était d'ailleurs largement acquise dans la population à défaut de l'être par les politiques et les administrateurs, elles réclamaient ce qui leur était dû : une juste rétribution pour un travail qui supposait une formation longue et des compétences étendues, des conditions de travail et des effectifs suffisants pour pouvoir travailler conformément à leurs valeurs et à leur mission. Le Président Mitterrand fut loin de s'y tromper, qui déclara au début du mois d'octobre, qu'il fallait « rendre justice aux infirmières délaissées pendant des années, soumises à des travaux écrasants, disposant d'un statut misérable »²⁰²⁶, quitte à mettre le ministre dans l'embarras.

Une délégation de la coordination fut reçue par le ministre Évin à l'issue de cette grande manifestation. Elle n'avait obtenu que de bien modestes promesses. Plus tard dans la soirée, les négociations reprirent, mais tous les syndicats sauf la CGT refusèrent de s'asseoir à la même table que la coordination. Les infirmières poursuivirent le mouvement. Le gouvernement poursuivit les discussions avec les syndicats, faisant ainsi évoluer le protocole d'accord à chaque fois repoussé par la coordination. Le mouvement finit par s'essouffler, à la fois en raison de la fatigue accumulée pour mener de front la lutte et la mise en œuvre du service minimum pour éviter tout dommage aux patients, mais aussi parce que les soutiens, notamment du corps médical, finirent aussi par s'effriter. Le 23 octobre, 900 délégués de la France entière réunis en assemblée générale à la Plaine Saint-Denis votèrent la reprise du travail. Le lendemain, le protocole d'accord final entre syndicats et gouvernement fut signé par la CFDT et FO, sans la CGT. Au total, le décret Barzach fut abrogé et les infirmières bénéficièrent d'une revalorisation substantielle de leur salaire²⁰²⁷, sans atteindre les 2000 F de la plate-forme.

Malgré la déception, habituelle à la fin de conflits aussi intenses, cette grève fut victorieuse et eut même des prolongements insoupçonnés. Alors qu'aucune référence explicite au féminisme ne fut exprimée, hormis par la volonté délibérée de placer des femmes aux postes les plus en vue dans le mouvement²⁰²⁸, les infirmières montrèrent à la population tout entière qu'une profession pourtant majoritairement féminine pouvait avoir des exigences élevées et les faire valoir en marchant loin devant les syndicats. Non seulement par ce mouvement original esquissèrent-elles une nouvelle figure de l'infirmière débarrassée de ses attributs séculaires,

²⁰²⁵ Christian CHEVANDIER, « Uni(e)s dans l'action » ... *op. cit.*

²⁰²⁶ Cité par Christian CHEVANDIER, *L'Hôpital dans la France...* *op. cit.* p 388.

²⁰²⁷ 300 F en début de carrière, 1000 F en fin de carrière. Id. p 316. Mais l'échelonnement des mesures permettait à terme de parvenir à 550 F en début de carrière et 1400 F en fin de carrière. Christian CHEVANDIER, « Unies dans l'action »... *op. cit.* p 3.

²⁰²⁸ Régine ABLONDI, Nicole BENEVEISE, Fabienne KOSKAS, Éric ZAOUÏ, *La coordination infirmière ... op. cit.*

mais en même temps, elles donnèrent à voir une nouvelle image du travail salarié féminin, contribuant ainsi à la modification du regard porté sur le travail des femmes, y compris dans le milieu syndical. Paradoxalement, c'est en se détachant volontairement de la féminité prétendue éternelle de la fonction infirmière et en lui préférant nettement sa professionnalité qu'elles parvinrent à faire reconnaître à sa juste valeur un travail majoritairement féminin, servant ainsi la cause des femmes par ricochet. Dans la plate-forme revendicative, la réforme et l'accroissement de la formation étaient loin d'être anecdotiques. Les infirmières montraient par là leur conscience aiguë que seule la formation permettait de neutraliser l'essentialisme attaché au métier. Elles en appelaient ainsi à leurs élites, celles qui étaient en charge de ces questions.

L'autre conséquence de ce mouvement décidément très largement subversif, fut la recomposition du paysage syndical dans le milieu hospitalier. A la CFDT, les dissidents du Comité régional de coordination (CRC) furent exclus en novembre 1988 lors du congrès confédéral CFDT à Strasbourg. Comble de l'opprobre, ils furent même qualifiés de « moutons noirs du syndicalisme » en raison de leur participation à la coordination²⁰²⁹. Ils fondèrent alors un nouveau syndicat, Coordonner, rassembler, construire (CRC), qui devint plus tard Sud-Santé²⁰³⁰. Quant aux relations des infirmières avec les syndicats, si elles témoignaient d'une neutralité distante au départ, elles se refroidirent très rapidement devant le refus, catégorique et un peu hautain de ces derniers d'accorder un quelconque crédit à la coordination qui avait pourtant réussi le tour de force de les rassembler. Seule la CGT, qui avait pris le parti d'accompagner et de soutenir discrètement le mouvement, de militer pour que la coordination assistât aux négociations et de refuser de signer les accords, tira son épingle du jeu :

L'on aurait tort de sous-estimer cet épisode, tant le premier contact avec le syndicalisme peut forger pour longtemps la perception d'une organisation : les jeunes infirmières qui découvraient les organisations syndicales se firent pour longtemps une opinion de leurs valeurs respectives et cela explique sans doute en partie la première place occupée une décennie plus tard et pour longtemps par la CGT aux élections professionnelles.²⁰³¹

Du point de vue strictement professionnel, la grève eut une influence certaine sur la structuration du service infirmier lui-même, en apportant la preuve incontestable de sa vitalité. Par leur mouvement, les infirmières praticiennes légitimèrent, en quelque sorte, la très ancienne revendication, patiemment portée par l'EIEIS, d'une véritable direction s'y rapportant explicitement. Le législateur eut l'occasion de montrer qu'il les avait entendues dans la Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, laquelle prévoyait dans chaque établissement, la création d'un « service de soins infirmiers dont la direction est confiée à

²⁰²⁹ *Id.* p 311.

²⁰³⁰ Christian CHEVANDIER, *L'Hôpital dans la France... op. cit.* p 389.

²⁰³¹ Christian CHEVANDIER, « Unies dans l'action »... *op. cit.* p 3.

l'infirmier général, membre de l'équipe de direction »²⁰³². Au sein dudit service fut instituée une commission, présidée par le directeur du service de soins infirmiers. Celle-ci était consultée dans des cas très précis qui rappelaient tous les premiers combats des pionnières de l'EIEIS :

- l'orientation générale des soins infirmiers et de l'accompagnement des malades dans le cadre d'un projet de soins infirmiers
- la recherche dans le domaine des soins infirmiers
- l'évaluation de ces soins
- l'élaboration d'une politique de formation
- le projet d'établissement.²⁰³³

Toutes ces mesures témoignaient incontestablement d'une volonté de répondre aux attentes de participation des infirmières à la vie de l'hôpital pour tout ce qui les concernait directement. De plus, la commission du service de soins infirmiers était une instance permettant théoriquement de regrouper la totalité de la ligne hiérarchique autour d'un même objet et un même projet. Car sous la forme d'une organisation en collèges, non seulement les infirmiers, mais aussi les cadres - surveillants et surveillants-chefs - y disposaient d'une représentation, ainsi que les aides-soignants qui furent alors reconnus comme professionnels des soins infirmiers à part entière, même si leurs compétences étaient limitées. Mais ces dispositions répondaient aussi très vraisemblablement, en facilitant son expression et sa représentation spécifiques, à la volonté de canaliser, réguler et encadrer un groupe professionnel qui venait de montrer qu'il était capable de turbulences et même de défier l'ordre établi. Les responsables d'établissement étaient bien conscients que la forme de coordination prise par le mouvement était redoutable, précisément parce qu'elle échappait au contrôle des syndicats qui assumaient aussi une fonction indéniable de régulation de l'ordre social. Au bout du compte et quelles que fussent ses motivations, le législateur institua ce service de soins infirmiers doté d'une direction spécifique attendu depuis la fin des années 1960 par les pionnières de la profession, ce qui ne constituait pas la moindre des avancées.

Deux mois après la publication de cette loi, en septembre 1991, le mouvement social hospitalier reprit dans des formes plus classiques, la coordination n'étant plus la seule animatrice des opérations. Si la participation des infirmières et des aides-soignantes fut très importante, elle n'égala cependant pas les grandes mobilisations de 1988. Toujours aussi audacieuses, elles décidèrent même de marcher sur l'Élysée, ce qui ne s'était jamais vu de mémoire de syndicaliste, pour cause de périmètre sacré de protection du gardien de la constitution. Elles connurent alors la mémorable charge des canons à eau et des grenades lacrymogènes. Celle-ci donna lieu à la large diffusion d'images par les télévisions qui renforcèrent le capital de

²⁰³² Art. L. 714-26 du code de santé publique.

²⁰³³ *Ibid.*

sympathie dont elles disposaient déjà. Malgré un mouvement de moins grande ampleur, elles parvinrent à arracher de nouvelles mesures parmi lesquelles les 35 heures pour les personnels de nuit, la reprise d'ancienneté pour les infirmières libérales souhaitant prendre un poste à l'hôpital, et l'augmentation des primes spécifiques. Selon Christian Chevandier, ces deux mouvements combinés permirent « au personnel des services de soins d'être le seul groupe de fonctionnaires à ne pas voir son pouvoir d'achat réduit à la fin du siècle »²⁰³⁴. Ce n'était pas là la moindre gloire de ce groupe professionnel majoritairement féminin prétendu atone et résigné face aux avanies qui lui étaient réservées. Le décalage entre les perceptions et la réalité était d'autant plus frappant que la raison supposée la plus souvent invoquée pour expliquer cette très discutée soumission était précisément le manque de virilité dudit groupe.

L'année 1992 fut marquée par l'avènement d'un nouveau programme d'études conduisant au diplôme d'État²⁰³⁵. Si cette réforme était aussi destinée à une mise en conformité de la France par rapport aux directives européennes²⁰³⁶, elle prit incontestablement en compte les mouvements sociaux qui avaient agité la profession. L'une des premières mesures, très symbolique, fut le changement d'appellation des écoles d'infirmières au profit d'Instituts de formations en soins infirmiers (IFSI). D'une part, ces nouveaux établissements désignaient la discipline enseignée et non plus les personnes à former, ce qui permettait d'aider les infirmières comme sujets à ne plus se confondre avec leur objet de connaissance et de pratique. D'autre part, le remplacement du vocable école par institut, s'il n'apparaissait pas relever de l'urgence absolue²⁰³⁷, permettait une rupture radicale et donc perceptible avec le passé. Ce changement semblait faire écho à ce que les infirmières avaient exprimé en 1988, en rappelant joyeusement qu'elles n'étaient pas des connes, pas plus que des bonnes ou des nonnes. Pour être nouveaux dans le discours et même un peu rugueux, ces trois mots n'en désignaient pas moins des réalités anciennes et ils n'auraient pas déparé dans le glossaire provisoire de la terminologie des soins infirmiers, ne fût-ce que pour en signifier l'obsolescence puisque tel était le message. Pendant longtemps, les infirmières furent en effet caractérisées par leur faible niveau d'études, et assimilées à une population primaire²⁰³⁸, image qui ne fut guère améliorée par la réputation du pâté d'alouette cuisiné par Léonie Chaptal. Le terme institut plaçait leur formation dans la

²⁰³⁴ Christian CHEVANDIER, *L'Hôpital dans la France... op. cit.* p 386.

²⁰³⁵ Arrêté du 23 mars 1992 relatif au programme des études préparatoires au diplôme d'État d'infirmier.

²⁰³⁶ René MAGNON, *Les infirmières... op. cit.* p 195.

²⁰³⁷ Le terme école n'avait en soi rien de dévalorisant, bien au contraire, si l'on songe par exemple à l'École de la magistrature, l'École nationale d'administration, l'École de guerre, l'École navale, l'ENSP ou l'EIEIS, autant d'écoles également prestigieuses dans leurs domaines respectifs. Cependant, toutes étaient uniques et désignaient non pas des personnes à former, mais des contenus ou domaines d'enseignement plus ou moins explicites. C'était aussi le cas des nombreuses anciennes écoles de médecine ou toujours actuelles écoles vétérinaires, pas celui des écoles d'infirmières, ni des écoles normales d'instituteurs par exemple.

²⁰³⁸ Au double sens du niveau scolaire et du caractère supposé simpliste et borné de l'esprit. Dans les héroïques écoles bourneviliennes, le parcours consistait d'abord à apprendre à lire et à écrire, puis à préparer si possible le certificat d'études, sorte de propédeutique pour être admises à suivre l'enseignement professionnel. Ces écoles comprenaient donc de façon intégrée, l'école primaire et l'école professionnelle.

catégorie de celle qui était dispensée dans les instituts universitaires de technologie et les rapprochait ainsi de l'université, en même temps que les élèves devenaient des étudiantes. Ces nouvelles dénominations apparaissaient comme symboliquement susceptibles de consolider le nouveau rapport au monde des infirmières, et peut-être le nouveau regard que les autres portaient sur elles, du moins en avaient-elles exprimé la demande. Du point de vue de la formation elle-même, le nouveau programme apportait aussi une réponse à la plate-forme revendicative de 1988 qui demandait « la réforme et l'accroissement des études ». D'une part, la durée des études fut fixée à trois ans²⁰³⁹. D'autre part, le programme fut refondu en totalité et organisé selon de nouveaux principes en nette rupture avec le passé²⁰⁴⁰. Il était ainsi présenté :

Le programme des études d'infirmier²⁰⁴¹ a pour objectif de favoriser l'émergence d'un nouveau profil d'infirmier dont les caractéristiques seront les suivantes :

- un infirmier apte à répondre aux besoins de santé d'un individu ou d'un groupe dans le domaine préventif, curatif, de réadaptation et de réhabilitation ;
- un infirmier polyvalent apte à dispenser des soins infirmiers prenant en compte l'ensemble des problèmes posés par une atteinte fonctionnelle et une détresse physique ou psychologique qui frappe une personne. L'infirmier doit faire participer l'individu ou le groupe en prenant en considération leur dimension culturelle et leur personnalité ;
- un infirmier bénéficiant d'une meilleure reconnaissance sociale grâce à un savoir lui permettant d'affirmer une réelle professionnalisation.²⁰⁴²

Pour atteindre ces buts, le programme était organisé en 28 modules²⁰⁴³. Parmi ces derniers, 18, dont le libellé commençait toujours par l'expression « Soins infirmiers » qui rappelait systématiquement la discipline de formation étaient explicitement centrés sur les différentes spécialités médico-chirurgicales²⁰⁴⁴, l'âge des patients²⁰⁴⁵ ou bien un événement de la vie²⁰⁴⁶. La nouveauté parmi ces modules était l'intégration de 4 modules de psychiatrie, la décision ayant été prise, conformément aux normes européennes, d'une fusion des deux programmes de formation en un programme unique, formant des infirmiers polyvalents²⁰⁴⁷. À côté de ces

²⁰³⁹ Décret n° 92-264 du 23 mars 1992 modifiant le décret n°81-306 du 2 avril 1981 modifié relatif aux études conduisant au diplôme d'État d'infirmier et d'infirmière. Art. 2. En réalité, l'organisation des études, prenant en compte l'ensemble des prescriptions relatives aux enseignements, aux stages et aux vacances, fit que les études se déroulèrent dans la pratique sur 38 mois, ce qui constituait une augmentation considérable du temps de formation.

²⁰⁴⁰ Ministère de la Santé et de l'Action humanitaire, Programme des études conduisant au diplôme d'État d'infirmier, Paris, Berger Levrault, 1992.

²⁰⁴¹ Lire partout « infirmier-infirmière ». Note figurant dans le texte. Même si le choix de la règle grammaticale, obligeant à retenir le masculin comme mode de désignation générique, en contradiction avec la réalité statistique, était discutable, cette précision montrait la volonté de déssexualiser, voire désessentialiser la fonction au profit d'une centration plus neutre sur la discipline enseignée, ce qui était conforme aux revendications des infirmières.

²⁰⁴² *Id.* p 19.

²⁰⁴³ Auxquels s'ajoutaient 2 « modules optionnels » d'approfondissement de l'un ou l'autre de ceux-ci.

²⁰⁴⁴ Exemple : Soins infirmiers aux personnes atteintes d'affections cardio-vasculaires.

²⁰⁴⁵ Exemple : Soins infirmiers aux personnes âgées.

²⁰⁴⁶ Exemple : Soins infirmiers en maternité et aux personnes atteintes d'affections gynécologiques. Il s'agissait ici, par la force des choses, d'un intitulé « mixte », la gynécologie étant aussi une spécialité médico-chirurgicale.

²⁰⁴⁷ En réalité, les infirmiers diplômés d'État d'avant 1992 étaient polyvalents par définition, puisqu'ils pouvaient exercer en tous lieux, y compris en psychiatrie. Dans ce but, cette discipline figurait au programme de leur

modules de soins infirmiers globalement organisés autour des spécialités médicales ou chirurgicales figuraient 10 modules²⁰⁴⁸ que l'usage avait fini par désigner comme transversaux, sans doute parce que les connaissances qu'ils apportaient traversaient toutes les situations de soins évoquées dans les 18 modules précédents et étaient donc mobilisables en permanence en fonction de ces situations. La présentation du programme et son contenu, notamment en ce qui concernait ces modules transversaux, avait incontestablement de quoi réjouir les pionnières et pionniers de l'EIEIS. Toutes les thématiques sur lesquelles ils avaient patiemment travaillé et qu'ils avaient progressivement introduites en France, dans les cours à l'EIEIS ou en formation continue, y figuraient, en particulier au sein des 4 modules « soins infirmiers » dont les titres à eux-seuls en portaient une trace visible²⁰⁴⁹. En outre, la psychiatrie et la santé mentale, chères à Sanky Raine, avaient été intégrées à la formation initiale, et la santé publique portée par Marie-Françoise Collière y faisait, à elle seule, l'objet d'un module.

Enfin, un autre sujet qui avait été précocement introduit et travaillé largement grâce à l'EIEIS et notamment à Huguette Bachelot, était désormais intégré au paysage. La fonction d'infirmière conseillère technique régionale en soins infirmiers (CTRSI) avait été relancée en 1986 par Danielle Vailland, soit 4 ans après son arrivée au ministère de la Santé. Après la mise en place officielle d'un premier poste à temps plein en 1990, 24 étaient installées en 1994, dont 18 à temps plein et 6 à temps partiel, couvrant ainsi la quasi-totalité du territoire²⁰⁵⁰. Entre autres nombreuses missions, le groupe ainsi constitué était chargé de l'« animation du service infirmier au niveau régional »²⁰⁵¹. Parallèlement à l'intronisation rapide de ces figures nouvelles des soins infirmiers, des conseillères pédagogiques régionales en soins infirmiers, spécialisées dans les questions de formation, furent progressivement mises en place. Ainsi, dès 1992, il fut recommandé aux équipes pédagogiques des IFSI d'utiliser « les compétences des conseillères techniques régionales en soins infirmiers et des conseillères pédagogiques²⁰⁵² pour [les soutenir et les accompagner] dans leur pratique et leur recherche »²⁰⁵³. À côté de la création officielle, en 1991, d'une direction du service de soins infirmiers qui consacrait l'achèvement de la

formation, même si elle était beaucoup moins approfondie dans ce domaine que celle des infirmiers de secteur psychiatrique dont l'exercice était limité au champ de la santé mentale. L'innovation en 1992 fut donc la suppression de la formation et du diplôme spécifiques à la psychiatrie, l'augmentation de la formation en psychiatrie de l'ensemble des infirmiers et surtout, l'accession de tous au même diplôme d'État.

²⁰⁴⁸ 4 modules « soins infirmiers » - 2 modules « sciences humaines » - 1 module « anatomie, physiologie et pharmacologie » - 1 module « législation, éthique, déontologie, responsabilité, organisation du travail » - 1 module « santé publique ». 1 module « hygiène ».

²⁰⁴⁹ Le 1^{er} d'entre eux était intitulé « Concepts, théories de soins infirmiers », le 2^{ème} « Démarche de soins », le 3^{ème} « Démarche relationnelle » et le 4^{ème} « Démarche éducative, initiation à la recherche en soins infirmiers ».

²⁰⁵⁰ Georgette PERRIN et al, Conseiller technique régional en soins infirmiers, profil d'une fonction, *Objectif Soins*, n° 20, février 1994, p 54. Les CTRSI des régions Rhône-Alpes, Auvergne et Provence-Alpes- Côte d'Azur étaient toutes des anciennes étudiantes de l'EIEIS ou du DEIS.

²⁰⁵¹ *Id.* p 56.

²⁰⁵² Lesquelles n'existaient pas encore partout sur le territoire à cette date. Note ajoutée par nous.

²⁰⁵³ Ministère de la Santé et de l'Action humanitaire, Programme des études conduisant au diplôme d'État... *op. cit.* p 19.

structuration de ce service au niveau national, tous ces éléments attestent qu'une majeure partie de la mission que l'École s'était fixée au début des années 1960 était accomplie. Certes, elle ne fut pas la seule à s'activer. Mais elle avait incontestablement pris la tête du mouvement et avait formé des émules qui, pour être peu nombreux, n'en avaient pas moins constitué d'utiles relais sur le tout le territoire. Quelques-uns avaient même été mobilisés pour permettre son fonctionnement les dernières années et d'autres avaient tenté de la sauver de l'abîme. En 1995, l'œuvre accomplie par celles et ceux qui avaient, pendant trente ans, animé ce prototype dont le fonctionnement venait de s'arrêter définitivement était loin d'être un échec, même si beaucoup restait à faire, notamment du point de vue de la construction et de la consolidation disciplinaires. La mission de l'EIEIS était largement accomplie, même si son œuvre était inachevée. Le travail ne s'arrêta pas faute d'acteurs compétents. Ceux-ci avaient été formés par l'École et bon nombre d'entre eux avaient largement démontré leur aptitude à prendre la succession. Il leur manquait simplement un espace et des moyens pour continuer, autant de ressources qui ne dépendaient plus d'eux.

Conclusion

L'année 1978 constitua un tournant majeur dans l'histoire de l'EIEIS qui se vit déposséder de la souveraineté qui l'avait jusqu'alors caractérisée. Les statuts du nouvel Institut consacrèrent sa mise sous tutelle administrative et pédagogique. Cette mainmise fut même assortie de la captation, au profit de la nouvelle structure, des attributs qui avaient fait la réputation de l'EIEIS, notamment son internationalité et la formation universitaire qui en était la marque de fabrique. La nouvelle notion d'interdisciplinarité, mise en avant sans nuance et sans mesure, ne fut à aucun moment explicitée, très vraisemblablement pour éviter de laborieuses argumentations à l'efficacité incertaine. Elle fut en effet simplement présentée comme souhaitable. Ce qui prit la forme d'un discours idéologique de façade, que nul ne pouvait contester tant il était acceptable et même recommandable pour tout être raisonnable, aboutit à la neutralisation de tout ce qui relevait des particularités disciplinaires ou catégorielles, pourtant au fondement même de l'activité de l'EIEIS. Cette évolution radicale était justifiée par la volonté de faire du nouvel Institut une entreprise de production de formation capable de s'autofinancer en se mettant au service des nouvelles organisations de plus en plus inspirées d'un *new public management* alors en plein essor à l'hôpital comme en témoignait le glissement de l'objet de l'ENSP de la santé publique à l'administration de la santé.

Or l'équipe de l'EIEIS avait des objectifs bien différents. Tout d'abord, si elle n'était pas hostile à l'administration et à la gestion, comme en témoignaient les programmes de formation qu'elle proposait depuis l'ouverture de l'École, elle n'en faisait pas une fin, mais tout au plus un moyen, au service de la santé publique. Par ailleurs, elle avait été créée pour accomplir une mission catégorielle par définition et n'entendait pas déroger à celle-ci. Elle organisa donc une forme

de résistance pour pouvoir poursuivre l'œuvre qu'elle avait commencée, tout en tentant de s'adapter à la nouvelle organisation. Elle revendiqua et afficha délibérément la filiation du DEIS avec l'EIEIS, au point de maintenir le vocable « École » pour désigner sa nouvelle structure d'appartenance. Elle tenta même de se maintenir à la pointe des évolutions dans le domaine des soins infirmiers en proposant de travailler à la mise sur pied d'études de troisième cycle, voire de doctorat, pour prévenir la multiplication des projets de maîtrises qui se profilait. Par ailleurs, la MSTSS option « soins infirmiers » proposée aux étudiants en un temps record lui permit de conserver pour un temps le leadership dans ce champ. Elle montra aussi sa volonté d'ouverture à l'international par l'initiation de cours sur les modèles théoriques élaborés pour la plupart aux États-Unis, mais aussi en accueillant une enseignante américaine dans ses murs pour un temps. Néanmoins, le rapport Baudry, fort documenté, lui suggérait de s'inscrire plus nettement dans un projet national concerté en laissant à Paris ce qui relevait de l'administration des services et en concentrant ses efforts sur l'administration de l'enseignement et le développement des aspects cliniques des soins infirmiers, ce qui supposait de renouer des relations qui s'étaient distendues avec le corps médical. Ce dernier point constituait une faiblesse de mieux en mieux reconnue de l'EIEIS, y compris par l'équipe enseignante. Sur tous ces aspects, elle était restée en retrait, presque sur la défensive, comme si c'eût été plus facile pour elle de s'ouvrir à l'international que de chercher à coopérer sur le territoire national, voire local pour ce qui concernait le corps médical pourtant volontaire pour l'aventure. Mais pour ce qui concernait le niveau national, l'initiative ne lui appartenait pas et le rapport Baudry avait abouti à la conclusion qu'il n'existait pas, en France, de politique d'organisation et d'optimisation à un niveau national des nouvelles maîtrises, pas plus qu'il n'existait de projet stratégique élaboré de formations supérieures en soins infirmiers.

Dès le début des années 1980, le nouveau directeur technique du DEIS à peine nommé eut à affronter un tournant managérial réduisant considérablement les marges de manœuvre de l'équipe, de même que les ressources disponibles. Désormais, seul comptait l'équilibre financier de l'Institut et la productivité de ses équipes, au point de contraindre celle du DEIS à ne consacrer qu'un mi-temps à ce qui était sa mission première, le reste du temps étant dédié aux lucratives activités de formation continue. Ceci n'empêcha pas l'équipe de continuer de s'interroger sur ses pratiques au point d'en arriver à l'esquisse d'un projet de développement disciplinaire qui ne disait pas son nom. Malgré tout, l'annonce de nouvelles maîtrises et de la concurrence potentielle qu'elles apportaient sur le territoire ne sembla pas retenir son attention comme happée par la confrontation grandissante au manque de moyens et au sentiment de ne plus pouvoir accomplir sa mission. En 1985, même le CEEIEC, qui avait pourtant accompagné l'EIEIS depuis le début, dans ses bons comme ses mauvais moments, lui retira son soutien en demandant la fin des maigres avantages accordés à ses diplômés au motif qu'ils étaient source d'inégalité. Ces différents facteurs, de plus en plus ressentis comme un empêchement de faire

son travail comme il l'entendait, c'est-à-dire conformément aux objectifs historiques de l'EIEIS, entraînent la démission du directeur technique de l'EIEIS.

Les années suivantes connurent une éphémère embellie du fait du soutien financier réaffirmé du ministère pour le DEIS et du renouvellement de l'équipe qui apporta des idées et pratiques nouvelles, tout en s'inscrivant dans la lignée historique de l'École. De plus, le recrutement d'un nouveau directeur d'Institut apporta un mieux-être au travail pour l'ensemble de l'équipe. Il abandonna en effet l'obsession paralysante de son prédécesseur pour la pluridisciplinarité brandie comme un fétiche au profit d'un authentique intérêt pour les particularités catégorielles du DEIS. Il recruta même dans ce but, une enseignante spécialement dédiée au développement de l'axe clinique dans la formation, laquelle initia rapidement une coopération avec le corps médical, rapprochement qui était recommandé depuis de nombreuses années par les visiteuses de l'OMS. Mais le départ de ce directeur et l'arrivée de son remplaçant mirent brutalement fin à ces années vécues comme une parenthèse plutôt propice à l'élaboration de nouveaux projets malgré une conjoncture économique toujours aussi peu engageante.

Le nouveau directeur de l'Institut réduisit drastiquement les moyens du DEIS affectés à l'enseignement universitaire et professionnel, reléguant sans grand ménagement la quasi-totalité de l'équipe à la formation continue désormais considérée comme l'activité principale. S'il semblait conserver un intérêt pour la maîtrise, sans doute parce qu'elle demeurait un produit de formation attractif sur le marché, il avait littéralement supprimé toute possibilité d'activité de recherche, de prospective et d'écriture du corps des enseignants infirmiers. Les deux personnes qui demeurèrent affectées à cette tâche à mi-temps, furent réduites, pour l'essentiel, à des activités d'organisation et d'animation d'une formation dont le directeur envisageait la majeure partie de la mise en œuvre par les universitaires. Dans ces conditions, le reste de l'équipe, qui n'était plus intéressé à la formation universitaire et professionnelle ni aux activités de recherche et prospective alors que c'était sa motivation essentielle, démissionna collectivement, ce qui diminua d'autant l'offre de formation continue. Ce manque fut provisoirement compensé par la sollicitation d'anciens étudiants de l'EIEIS, ce qui montrait au moins qu'elle avait formé des professionnels compétents. D'autres anciens étudiants, dont Geneviève Charles, tentèrent d'imaginer un plan de sauvetage cohérent du DEIS, en proposant une évolution de grande envergure, qui montrait que les ressources professionnelles ne manquaient pas pour assurer la pérennité d'une telle structure dédiée au développement des soins infirmiers. Néanmoins, cette stratégie était incompatible avec la vision strictement comptable et à court terme du directeur de l'Institut, conforté par un nouveau directeur général des HCL ouvertement hostile à la promotion d'études supérieures à orientation disciplinaire. Faute des moyens nécessaires, ces propositions ne furent pas même sérieusement examinées, et l'apparition de nouvelles maîtrises concurrentes jugées commercialement plus attractives,

sans considération pour les contenus d'enseignement proposés, constitua un opportun prétexte pour fermer le DEIS.

Il restait néanmoins que les étudiants formés par l'EIEIS étaient toujours actifs. Pour leur grande majorité, leur formation leur avait permis d'obtenir des postes de cadres supérieurs, voire de directeurs, que ce fût dans l'administration hospitalière ou l'enseignement en écoles de base ou de cadres. Ils étaient donc susceptibles d'agir là où ils se trouvaient, contribuant ainsi à la transformation concrète des soins infirmiers, particulièrement en France. Cette indéniable dynamique promotionnelle profita d'abord aux femmes, très largement majoritaires, ce qui contrastait avec les mêmes types de promotion à un tel niveau chez les femmes dans la population générale. Au-delà de ces répercussions individuelles, l'EIEIS contribua très vraisemblablement à l'éveil, voire au réveil de la profession en France, comme en témoignèrent au moins deux grands événements. Le premier fut le colloque international dédié à la profession, premier du genre et attestait par-là la capacité du groupe professionnel à organiser et offrir une tribune aux infirmières françaises et aux infirmières du monde. Les échanges alors rendus possibles contribuèrent à cultiver un sentiment d'appartenance à une profession de haut niveau, capable de prospective et d'échanges internationaux. Même si ce n'était pas la spécialité première de l'EIES, ce colloque fut aussi le lieu de la mise en question de la cohésion du groupe professionnel et de ses possibilités de regroupement qui donna lieu à la création de l'UNASIIF.

Cette toute nouvelle Union fut la première à participer au second événement marquant de la fin de la décennie 1980. Néanmoins, comme la plupart des syndicats, elle fut vite débordée et s'avéra incapable non seulement de conduire, mais de s'inscrire dans ce mouvement social très particulier de 1988. Contre toute attente, les infirmières praticiennes s'emparèrent elles-mêmes joyeusement de leur sort, profitant de l'opportunité qui leur était donnée d'agir enfin de façon coordonnée. Elles montrèrent alors une vitalité exceptionnelle et un haut niveau d'exigence dans leurs revendications, notamment salariales. Cette extraordinaire vigueur témoignait incontestablement d'une nette mutation identitaire par rapport à leurs héroïques devancières, allant jusqu'à se définir contre les modèles que celles-ci avaient successivement élaboré et laissés dans la mémoire collective. Ni bonnes, ni nonnes, ni connes, elles se définirent simplement comme des professionnelles dûment qualifiées cherchant à l'être encore plus, exigeant une juste rétribution qu'elles jugèrent conforme à leur contribution au système de santé. Elles aspirèrent alors à être traitées dès le premier jour de leur formation comme les étudiants de l'Université en attendant d'y entrer. L'EIEIS avait largement ouvert cette voie, mais fut stoppée dans son élan.

CONCLUSION DE LA TROISIÈME PARTIE

Durant l'année 1968, un mouvement de contestation fut observable au sein même de l'EIEIS. En mai 1970, la turbulence s'étendit hors de ses murs. Pour la première fois, plusieurs associations professionnelles se regroupèrent pour élaborer et diffuser, sous la forme d'une brochure au ton très offensif, un projet cohérent de développement du service infirmier et de la profession, dans le droit fil des objectifs poursuivis par l'École depuis son ouverture. Durant toute cette décennie, bien au-delà de ses activités d'enseignement à l'intérieur même de l'École, l'équipe dirigeante et enseignante s'investit très largement au niveau national et international, s'imposant comme partenaire obligé pour traiter de toutes les grandes questions qui concernaient la profession. Elle étendit aussi son influence à travers des interventions de plus en plus denses et variées sur le territoire national dans le cadre de la formation permanente alors en plein essor. Enfin, une intense activité d'écriture de l'ensemble de l'équipe, et même éditoriale s'agissant de sa directrice adjointe, permit indéniablement à l'École de rayonner au-delà des frontières nationales. En dépit de cette vitalité de l'institution, le recrutement des étudiants demeura très faible, en l'absence d'une politique nationale intégrant ce type de formation supérieure dans le fonctionnement du système de santé, notamment hospitalier. Paradoxalement, les étudiants formés parvenaient majoritairement à occuper des postes de haut niveau, preuve s'il en était que leurs compétences étaient reconnues, voire recherchées.

Depuis son ouverture, l'EIEIS avait nourri le projet de former à grande échelle les surveillantes générales devenues infirmières générales. En 1975 néanmoins, au moment de la reconnaissance statutaire de ces nouvelles figures d'infirmières, cette formation fut confiée à l'ENSP, privant l'EIEIS d'une partie importante de sa raison d'être. Le choc fut d'autant plus rude pour l'équipe de l'EIEIS, que la solide formation qu'elle avait imaginée pour ces professionnelles de haut vol à ses yeux, fut revue dans le sens d'une sévère dégradation en qualité et en quantité. En outre, d'un point de vue économique, l'École perdait là une part importante d'un public assuré et régulier, ce qui posa la question de sa pérennité. Devant ce problème, et au vu de la manne financière potentiellement offerte par le biais de l'ANFH, le nouveau directeur général des HCL mita sur le développement et la diversification de l'activité de formation permanente, laquelle prit rapidement le pas sur les préoccupations de type disciplinaire. A la fin des années 1970, l'EIEIS fut donc absorbée par un Institut présenté comme pluridisciplinaire. Au sein de cette nouvelle structure qui la débordait, elle fut littéralement rétrogradée au rang de département dépendant étroitement de la nouvelle direction. Dès lors, un conflit majeur d'objectifs apparut et signa le début d'une épuisante lutte pour la sauvegarde des spécificités disciplinaires de l'EIEIS, dans un processus qui fit du DEIS une sorte de camp retranché au sein du nouvel Institut. Occupée à défendre sa vision du monde et à tenter de s'adapter aux conditions qui lui étaient réservées par les décideurs locaux, l'équipe du DEIS ne parvint pas à se saisir des opportunités qui lui étaient offertes, en particulier par un corps médical favorable à un

rapprochement des relations qui s'étaient distendues. De nouvelles restrictions des marges de manœuvres de l'équipe furent décidées dès le début des années 1980. Son activité de type universitaire, c'est-à-dire concernant les deux années de formation conduisant à la MSTSS ou au DUEIS, fut réduite par convention à la moitié de son temps de travail, le reste du temps étant consacré à la formation permanente. De plus en plus, le temps consacré à la documentation, la recherche, la prospective et la publication fut réduit jusqu'à mettre en péril ce qui fut jusqu'alors la marque de fabrique de l'École et le ressort de sa vitalité. Même le CEEIEC prit ses distances avec le DEIS à la fin des années 1980, sa nouvelle présidente étant peut-être, elle aussi, tentée par les sirènes du *new public management* qui considérait comme archaïque toute considération à orientation disciplinaire. Malgré tout, un changement de directeur d'Institut desserra momentanément la pression sur le DEIS, d'autant que le ministère lui apporta un soutien financier inattendu en 1986. L'équipe, renouvelée, connut alors un mieux-être qui permit de relancer la dynamique interne et de renouer avec des projets de développement, notamment en ce qui concernait les aspects cliniques de la formation.

L'embellie fut néanmoins de courte durée. En 1990, un nouveau directeur d'Institut réduisit à sa plus simple expression la participation de l'équipe aux enseignements de type universitaire, et en affecta la majorité des membres à des tâches de formation permanente. Cette décision entérina définitivement la fin du DEIS comme lieu de débats, de recherche, de prospective et de publications, entièrement consacré aux soins infirmiers et à leur développement. Vidé de ce qui fut sa substance vitale, le DEIS déclina lentement jusqu'à sa fermeture en 1995. Au moment du bilan de 30 années de fonctionnement, si le nombre d'étudiants formés n'avait atteint qu'une seule fois l'effectif escompté²⁰⁵⁴, il n'en restait pas moins que ces derniers participèrent progressivement durant les mêmes années à la diffusion des idées et des idéaux de l'École sur le territoire national. Ce groupe constitua une sorte d'élite de second cercle, susceptible d'agir concrètement et de transformer le milieu professionnel là où elle était en activité. Elle put alors agir en complément utile de l'élite de premier cercle, constituée par l'équipe dirigeante et enseignante elle-même, renforcée par quelques émules parmi les étudiants, qui s'étaient notamment distingués en préparant des doctorats de troisième cycle. Cette élite, aidée par d'autres étudiants formés à l'EIEIS, démontra d'ailleurs sa capacité à fournir des ressources au DEIS dans sa dernière période et même à tenter, comme dans le cas de Geneviève Charles, d'imaginer un plan de sortie de cette crise ultime. Si celui-ci s'avéra impossible à mettre en œuvre, ce fut plus par défaut d'une volonté politique et stratégique locale et même nationale, pour mettre une structure dédiée à la disposition d'un groupe professionnel susceptible de contribuer grandement au développement de la santé publique en France, que par défaut de ressources susceptibles d'être mobilisées à cette fin. Car non seulement l'École avait formé de nombreuses personnes potentiellement en situation d'assurer sa pérennité, fût-ce à la condition

²⁰⁵⁴ 20 étudiants (promotion 1980-1982).

de s'engager dans des formations supérieures complémentaires, mais elle avait démontré sa capacité à recruter d'autres personnes, formées ailleurs, pour contribuer à son projet.

En 1986, pour célébrer les 20 années de son fonctionnement, l'École et en particulier l'AMIEC avaient aussi montré leur capacité à mobiliser de nombreux professionnels dans le cadre d'un colloque fondateur en France. Cet espace permit aux intervenants et participants de prendre la parole pour évoquer leur travail et échanger à un niveau international sur les sujets abordés. Les organisatrices avaient en outre saisi cette occasion pour offrir aux mêmes professionnels l'opportunité de débattre sur la nécessité de se rassembler. Cette partie du colloque apparut secondairement comme un prélude à l'inattendu mouvement de 1988, lequel montra que les infirmières praticiennes elles-mêmes étaient capables de prendre en main leur destin. En inventant un mouvement caractérisé par sa jeunesse, sa liberté de ton, et ce qui pouvait apparaître comme de l'insolence, les infirmières coordonnées bousculèrent même leurs illustres devancières en faisant voler en éclats les modèles qu'elles avaient successivement élaborés. Il n'est pas douteux que l'EIEIS avait, par sa riche contribution durant les décennies précédentes, largement contribué à ces évolutions. Conformément au mouvement initié par l'OMS dans les années 1960, en professionnalisant l'activité des infirmières et en la débarrassant progressivement de ses attributs affectifs et moraux, sexuellement marqués, comme autant de caractéristiques des anciens modèles, elle avait aménagé une large place pour le développement des savoirs. Elle avait ainsi donné à voir aux praticiennes une autre image du métier et de sa valeur, et au-delà, favorisé la prise de conscience des vertus de la désobéissance comme condition de l'émancipation, contre leur propre histoire.

Si sa mission était largement accomplie en 1995, l'EIEIS était restée au milieu du gué quant à la clarification du rapport de la profession à l'activité scientifique comme entreprise de production de connaissances. De nombreuses réflexions avaient été initiées sous son égide, mais demandaient à être approfondies, critiquées, remises en question et retravaillées. Or avec la fermeture du DEIS disparaissait pour longtemps le seul lieu en France où il était possible de participer au débat et donc aux délibérations nécessaires à une construction disciplinaire des soins infirmiers au sens universitaire du terme, en étroite relation avec les infirmières du monde dont certaines avaient bien commencé le travail.

CONCLUSION GÉNÉRALE

En 1960, après 40 années de professionnalisation, les infirmières françaises étaient dotées d'un modèle original de profession fortement structuré et témoignant d'une qualification qui avait indéniablement gagné en épaisseur durant la première moitié du siècle. La Grande Guerre et ses prolongements avaient créé les conditions d'une pénétration certaine en France du prototype anglo-américain porté par les Américaines à la faveur du mouvement philanthropique. Son influence fut cependant limitée, vraisemblablement en raison de l'intervention de plus en plus ferme et marquée de l'État qui avait cherché de son côté à rationaliser et organiser un système de formation pendant longtemps caractérisé par son éclatement en de multiples composantes à l'efficacité parfois douteuse. Malgré tout, à la fin des années 1950, le modèle français était comparable en de nombreux points à l'historique modèle anglais et à son successeur américain. Les Françaises avaient même peu de choses à envier à leurs collègues, sauf en ce qui concernait l'étendue de la carrière et notamment l'accès à des postes très élevés dans l'organisation hospitalière. Les Anglaises y étaient parvenues dès la fin du XIX^{ème} siècle grâce à un système performant de sélection sociale dans les classes aisées de la société, suivies en cela par les Américaines. Ces dernières avaient en outre ouvert la voie de l'accès des infirmières à l'Université dès la fin du siècle précédent, avec une spectaculaire montée en puissance et en autonomie dans l'entre-deux guerres et un accès à la recherche au début des années 1950. Les Anglaises suivirent timidement ce chemin au début du siècle, avec un essor significatif observable seulement à la fin des années 1950. En revanche, les Françaises ne connaissaient en 1960, ni les perspectives de carrière de leurs collègues, ni le chemin de l'Université alors impensable. Elles étaient en effet cantonnées à une place étroitement délimitée en raison de la division technique du travail médical. Contrairement à leurs collègues anglaises et américaines, il leur était impossible d'envisager le monde des soins, et donc leur travail, autrement qu'à travers ce prisme obligé, par ailleurs précisément consigné dans la loi.

Rien ne semblait suffisamment puissant pour ébranler cet édifice solidement ancré, de même que l'ordre social établi en corollaire. En ce sens, l'émergence du projet de création d'une EIEIS constituait un événement historique majeur, précisément par son irruption inattendue dans le cours des choses et du temps, à cette date et en France. Très ambitieuse, l'entreprise bénéficiait d'un contexte très favorable. D'une part, elle émanait de l'OMS, instance supranationale à laquelle il était difficile de résister. D'autre part, elle bénéficiait en la personne du Dr Aujaleu, d'un soutien de poids au ministère de la Santé publique. Dès les travaux préparatoires, les différents acteurs mobilisés, quel que fût leur milieu d'appartenance, furent intéressés et enthousiastes. Cette réaction signifiait vraisemblablement que, confrontés à ce qui était jusqu'alors difficilement pensable, ils avaient, pour certains, déjà commencé à modifier leurs représentations de la profession d'infirmière. Encore à l'état de projet, l'EIEIS commençait déjà

à modifier le monde. Arrivée l'étape de la mise en œuvre, divers échanges, débats, parfois sous la forme de vives confrontations entre groupes professionnels aux logiques différentes, contribuèrent à poursuivre, dans les pratiques des uns et des autres, la métamorphose des représentations largement engagée. Assez étonnamment, malgré les divergences, le processus de négociation entre des acteurs aussi différents que l'OMS, l'université de Lyon, les HCL, le ministère de la santé et même le ministère de l'Éducation nationale fut largement constructif, chacun se faisant une idée assez juste de la place à occuper par les infirmières dans le projet, et notamment la future directrice de l'École, dont le poste était statutairement très protégé, jusqu'à sa mise à l'abri des sautes d'humeur de la hiérarchie locale. Le soutien du doyen Cier fut remarquable et confirmait que de nombreux médecins étaient animés par des préoccupations de santé publique, au risque d'agacer leurs confrères plus sourcilleux quant au maintien de l'ordre établi. Dans ces conditions, l'EIEIS ouvrit ses portes comme prévu, et connu ses premiers succès, c'est-à-dire ses premiers diplômés. Ceux-ci étaient néanmoins peu nombreux, en l'absence d'un projet politique cohérent pour leur offrir des débouchés à la hauteur de leurs compétences.

Les premières oppositions qui apparurent n'étaient pas parmi les plus attendues. Le corps médical présent dans les instances délibératives de l'institution ne manifesta jamais la moindre hostilité. Tout au plus se contenta-t-il, certes sans grand succès, de rappeler plutôt amicalement qu'il souhaitait être sollicité plus souvent et participer davantage aux débats sur l'évolution de l'École. En revanche, les directeurs étaient plus inquiets quant au risque d'une invasion du territoire hospitalier par les infirmières générales et agitèrent le spectre des *matrons* anglaises pour conjurer ce sort peu enviable à leurs yeux. Ils furent largement entendus en 1975, lorsque le ministère confia la formation délibérément abrégée des infirmières générales à l'ENSP, sous leur regard attentif. Ces graves déconvenues n'empêchèrent pas l'équipe dirigeante et enseignante de l'EIEIS, puis du DEIS, de poursuivre la formation des étudiants avec la conviction des débuts. Au-delà et tant que cela fut possible, elle œuvra sans relâche, par ses interventions et ses publications, à la structuration du service infirmier et à la transformation des pratiques professionnelles, mais aussi des représentations que les infirmières avaient d'elles-mêmes et de leur profession. L'École contribua ainsi, pour une part non négligeable, à leur prise de conscience de leur appartenance à un même groupe professionnel. Elles se montrèrent d'ailleurs capables de rassembler et coordonner cet immense collectif pour une lutte mémorable à la fin des années 1980, alors même que leurs élites avaient échoué dans cette tâche. De plus, l'équipe prit incontestablement part au rayonnement international de l'École, des HCL et par là-même de la France. Ainsi, l'EIEIS contribua à modifier, directement ou par petites touches, le destin des infirmières comme collectif. Mais elle participa aussi bien à la transformation de l'existence de nombre d'individus, à commencer par celle des membres de son équipe. Elle changea aussi la vie de tous les étudiants formés, diplômés ou non, et ceux-ci purent, à leur tour, transformer à leur manière l'existence et le rapport au monde de beaucoup

d'autres, par leurs propres capacités d'initiative. En dépit de cette apparente vitalité, l'École ne parvint pas à trouver l'énergie nécessaire pour faire face à des vents contraires trop puissants.

Outre les difficultés financières qui s'avèrent rapidement chroniques, notamment en raison d'un recrutement peu nombreux d'étudiants, hormis quelques belles mais rares années, un obstacle majeur se dressa sur le chemin de l'EIEIS dès la fin des années 1970, à partir de sa transformation en département d'un Institut dont elle devint une composante très dépendante. Dès lors, les objectifs disciplinaires, de moins en moins prisés au profit d'objectifs plus généraux et rassembleurs, furent progressivement dévalorisés, comme s'ils avaient constitué un frein au développement de l'Institut, alors même que le DEIS était de loin le département le plus productif. Ce raisonnement, doublé de préoccupations essentiellement comptables, aboutit à terme à nier non seulement l'utilité, mais la nécessité du travail de recherche, de documentation et de publication. Ces activités particulières, caractéristiques d'un fonctionnement de type universitaire, s'accommodaient en effet assez mal d'un mode de management et de gestion centré sur la production de formation et donc la productivité de l'équipe à court terme, l'autofinancement de l'Institut ayant été érigé en dogme comme une condition de sa survie. Or c'était essentiellement ce type d'activité qui avait permis à l'EIEIS de se construire une solide réputation, reconnue par de nombreux acteurs. École expérimentale par création et par définition, cet empêchement de plus en plus manifeste d'accomplir la mission qui faisait pourtant sa raison d'être et était au principe même de sa vitalité, c'est-à-dire de son adaptation au monde tout en participant activement à sa transformation, constitua un facteur majeur du déclin de l'EIEIS, jusqu'à sa fermeture. Cette institution unique cessa son activité faute d'un plan stratégique, d'une structure et de moyens financiers et matériels nécessaires à un fonctionnement acceptable, alors que le potentiel spécialisé de moyens humains existait.

À la fermeture de l'École, le service infirmier était rassemblé, structuré et placé sous la responsabilité d'une direction spécifique en milieu hospitalier. Des infirmières occupaient des postes éminents dans différents endroits stratégiques, au ministère ou dans les DRASS. Le programme de formation en soins infirmiers de 1992 prenait en compte toutes les avancées initiées par l'EIEIS depuis trente ans. Les élèves infirmiers étaient devenus des étudiants et commençaient à revendiquer les droits correspondants, en regardant l'Université avec intérêt, même si elle était encore un peu lointaine. Malgré tout, du point de vue de la construction disciplinaire, beaucoup de travail restait à accomplir, même si le défrichage avait largement commencé. Il restait notamment à travailler et à clarifier la question de l'objet de connaissance des infirmières, et par là-même, celle du rapport des soins infirmiers aux sciences préexistantes avant de songer à produire de la connaissance de première main dans un second temps. Or seule l'EIEIS, unique en son genre, avait fourni le cadre nécessaire à cette entrée en matière qui ne demandait qu'à être développée. Avec sa disparition se posait donc à la profession en France un problème majeur. Si les projets de maîtrises en tous genres ne manquaient pas, il ne s'en

trouvait pas une qui proposait une centration affirmée sur les soins infirmiers, et le cas échéant, les sciences infirmières, comme c'était le cas à l'étranger²⁰⁵⁵. Dans la mouvance du *New public management* de plus en plus en vogue, seules les sciences de gestion, à destination des cadres de l'hôpital, et les sciences de l'éducation, plutôt à destination des enseignants, mais aussi des responsables de formation continue, étaient offertes au choix des professionnels qui souhaitaient s'inscrire dans un cursus de formation supérieure²⁰⁵⁶. Si l'objet de l'ENSP avait glissé de la santé publique à l'administration de la santé, une étape supplémentaire semblait franchie dans la glissade à la fin du siècle. Désormais, il était de bon ton de parler de management de la santé. Le problème s'avéra d'autant plus crucial qu'en 1995, la formation des cadres infirmiers fut arrêtée et remplacée par une formation de cadres de santé²⁰⁵⁷ commune à 14 professions différentes, dont les infirmiers²⁰⁵⁸. L'année même de la fermeture de l'École de Lyon disparaissait donc le dernier diplôme de cadre spécifique aux infirmiers. Ce remarquable télescopage signe sans aucun doute le début d'une autre histoire, d'un autre siècle et peut-être d'une autre thèse. Il incite en effet à penser que 1995 fut une date charnière, plus vraisemblablement au commencement d'un reflux de la profession d'infirmière que d'une avancée, notamment du point de vue de sa construction disciplinaire. Ce qui apparaissait comme un début de déspecialisation de l'encadrement au profit du regain de fortune du terme « paramédical », bien commode et rassembleur par son imprécision un peu dédaigneuse du travail des uns et des autres et contre l'usage duquel l'EIEIS s'était battue pendant 30 ans, ne laissait en effet qu'un espace réduit, voire nul, consacré aux considérations disciplinaires²⁰⁵⁹. La déculturation professionnelle prévisible semblait d'autant plus préoccupante qu'elle touchait aussi les futurs enseignants des instituts de formation. Devant ce qui se présentait comme le début d'une sorte de traversée du désert de la pensée infirmière, l'indigence des initiatives de l'État le disputait à l'apparente indifférence des nouvelles élites de la profession. Ces dernières, en rupture avec les idéaux de l'EIEIS, semblaient en effet plus attirées par la lumière du *New public management* que par la construction disciplinaire des soins infirmiers. Tout semblait en effet se passer comme si elles avaient majoritairement opté pour un conformisme propice à la carrière et la quête fébrile d'une légitimité bureaucratique dans le sillage des directeurs

²⁰⁵⁵ Même la maîtrise de Bobigny fut transformée en 1996 en « Maîtrise de Sciences et Techniques de Gestion et Management de la Santé : option : Cadres Experts en Soins » et en 2001 en « Maîtrise en Sciences Sanitaires et Sociales : option : Cadres experts en soins ». Jean-François d'IVERNOIS, Enseignements à tirer... *op. cit.* p 112.

²⁰⁵⁶ Le choix fut d'ailleurs de plus en plus réduit, souvent au profit des seules sciences de gestion, considérées comme plus adaptées aux réalités hospitalières.

²⁰⁵⁷ Décret n° 95-926 du 18 août 1995 portant création d'un diplôme de cadre de santé.

²⁰⁵⁸ Audioprothésistes, diététiciens, ergothérapeutes, infirmiers, infirmiers de secteur psychiatrique, masseurs-kinésithérapeutes, manipulateurs d'électroradiologie médicale, opticiens lunetiers, orthoptistes, pédicures-podologues, préparateurs en pharmacie, psychomotriciens, techniciens de laboratoires d'analyses biomédicales. *Id.* Art.1.

²⁰⁵⁹ Si le programme des études conduisant au diplôme de cadre de santé prévoyait de consacrer un module en fin de formation aux particularités professionnelles, rapidement, la recherche du plus petit dénominateur commun entre les nombreuses professions prit le pas sur ces considérations catégorielles de plus en plus considérées comme archaïques et peu compatibles avec l'idéologie dominante. Michel POISSON, Des surveillantes au cadres de santé... *op. cit.*

d'hôpitaux plutôt que d'une plus aventureuse légitimité savante²⁰⁶⁰ utile au développement du groupe professionnel et avec lui, de la santé publique. Seule l'ARSI, association issue de l'EIEIS, frêle vaisseau dans l'immensité aride mais doté d'un courageux équipage et chargé d'une précieuse matière, entreprit d'assurer l'intérim dans l'attente de jours meilleurs.

S'agissant de la présente thèse, elle nous a d'abord permis de sortir l'EIEIS de l'oubli et de raconter pour la première fois son histoire. Mais au-delà du récit sur la trajectoire diachronique de cette institution enracinée dans son siècle, ce travail permet aussi, par un retour méthodique aux sources et grâce aux tableaux synchroniques successivement présentés, de poser un regard renouvelé sur l'histoire des infirmières françaises du XX^{ème} siècle, aux prises avec les contingences nationales et en relation avec les infirmières du monde. Même si ce n'était pas notre intention première, cette étude contribue ainsi très largement à relativiser le fameux retard des infirmières françaises souvent évoqué avec culpabilité dans le milieu professionnel. Enfin, nous avons saisi l'occasion qui nous était donnée de poser quelques modestes jalons pour l'ébauche d'une histoire de la pensée infirmière en France.

²⁰⁶⁰ François-Xavier SCHWEYER, *La formation des directeurs d'hôpital... op. cit.*

SOURCES EXPLOITÉES

Sources d'archives

- Archives de l'EIEIS, Lyon

Nous avons eu accès à ces sources en 2010, soit 15 ans après la fermeture de l'École. Elles y étaient encore conservées à l'état brut, au 162 avenue Lacassagne, à Lyon²⁰⁶¹. Ces locaux abritaient l'Institut international supérieur de formation des cadres de santé (IISFCS) qui succéda à l'EIEIS. Cet institut fut lui-même fermé au premier semestre 2011, comme en témoigna l'annonce sur le site des Hospices Civils de Lyon²⁰⁶². Ces archives se présentaient sous la forme de nombreux rayonnages, dans les sous-sols poussiéreux de l'établissement. Il s'agissait alors d'une véritable exhumation. Nous y avons dénombré 291 cartons, non classés ni inventoriés. Nous avons donc procédé à une exploration de ce fonds avec l'aide précieuse de René Magnon, ancien élève et ancien directeur technique du DEIS. Progressivement, nous avons ainsi collecté les données que nous avons jugées utiles à notre recherche. Les documents suivants ont été retenus.

- Procès-verbaux : du Conseil de direction, de la Commission permanente, du bureau de la Commission permanente de l'EIEIS. Procès-verbaux du Conseil d'Institut de l'IISFCS. Malgré quelques lacunes, la consignation de ces documents dans des registres dédiés jusque dans les années 1980 facilita leur consultation.

- Registre de consignation des résultats d'examens et des délibérations des jurys, jusqu'à la fin des années 1980.

- Données concernant les enseignants et l'enseignement à l'EIEIS. Si ces informations apportent des renseignements sur les caractéristiques du corps enseignant, elles apportent aussi dans certains cas un témoignage sur les pratiques de l'école et notamment ses relations extérieures. Curriculum vitae, lettres de candidature, autres pièces telles que des fiches de poste en rapport avec le recrutement des enseignants de l'école. Documents, cours, ou notes de cours pour certains d'entre eux. États des frais de déplacements et « fiches intervenants » qui renseignent sur les déplacements des enseignants hors de l'École pour diverses interventions et donc sur le rayonnement de l'Institution. Activités extérieures, représentation de l'EIEIS à l'OMS, au CEEIC, divers groupes de travail d'infirmières, relations avec d'autres écoles supérieures de langue française. Mouvements divers des enseignants dans l'École : discours à l'occasion de départs ou d'arrivée.

²⁰⁶¹ Un directeur des HCL, alors contacté, nous avait fait savoir qu'en cas de nécessité de libérer cette cave, ces archives seraient transférées aux archives des HCL.

²⁰⁶² <http://www.chu-lyon.fr/web/3061>, mis à jour le 31 mars 2011 et consulté le 19 juin 2011.

- Données concernant les étudiants : Choix des options, données administratives, listes diverses par année.
- Données d'ordre général. Documents divers sur les débuts de l'EIEIS, Travaux, discours d'inauguration, règlement intérieur, répartition du travail entre les enseignants et les secrétaires. Documents relatifs aux activités de formation continue mise en place secondairement. Courriers divers, au départ ou en arrivée. Revues de presse concernant la création et le fonctionnement de l'EIEIS. Dossier relatif à l'assistance fournie par l'OMS pour la création de l'EIEIS et notamment différents rapports de missions d'étude et de prospection préalables. Ces sources diverses, dont l'inventaire n'est pas exhaustif ici, sont précisément spécifiées, décrites et commentées dans le corps de la thèse, au moment de leur utilisation sous la mention « Archives EIEIS ».

- Archives des Hospices civils de Lyon

Seules les données après 1970 étaient présentes aux archives des HCL où elles étaient en cours d'inventaire au moment de notre exploration. Après consultation, nous avons constaté que de nombreux documents étaient redondants par rapport à ceux dont nous disposions aux archives locales. Nous ne les avons donc pas utilisées. Il en fut de même pour les archives municipales de Lyon, lesquelles détenaient les archives relatives à l'EIEIS antérieures à 1970. Celles-ci s'avèrent beaucoup moins riches que les archives locales. Les extraits des registres des délibérations du Conseil général d'administration des HCL que nous avons utilisés étaient tous conservés aux archives de l'EIEIS.

- Fonds privé Marie-Françoise Collière, conservé par Annie Denayrolles, à Salles d'Aude (11110).

Lorsque nous avons exploré ce fonds à l'été 2013, Annie Denayrolles venait juste d'en terminer l'organisation dans un lieu dédié, au premier étage d'un bâtiment attenant à son domicile personnel. Nous avons amplement exploité ces sources, qui se sont avérées être un complément efficace des archives de l'EIEIS. En effet, au moment de la fermeture du DEIS, Marie-Françoise Collière avait vraisemblablement cherché à « sauver »²⁰⁶³ un certain nombre de documents à ses yeux utiles pour une éventuelle exploitation ultérieure. C'est donc dans ce fonds que nous avons trouvé des informations très utiles pour leur précision. Il en fut ainsi des comptes rendus de réunion, parfois même annotés, des courriers, envoyés ou reçus, des travaux effectués par l'équipe et notamment sa participation aux différents projets nationaux. C'est dans ce fonds qu'il nous a aussi été possible de retrouver la trace d'éléments de psychologie des acteurs qui

²⁰⁶³ C'est le terme employé par sa biographe. Annie Denayrolles, *Marie-Françoise Collière, biographie... op. cit.*

participent aussi à la compréhension des phénomènes, tant il est vrai que « toute histoire implique des significations, des intentions, des volontés, des peurs, des imaginations, des croyances »²⁰⁶⁴. Enfin, c'est dans ce fonds que nous avons trouvé la documentation la plus riche pour comprendre le déclin et la fin de l'EIEIS. Comme pour les archives de l'EIEIS, ces sources sont précisément spécifiées, décrites et commentées dans le corps de la thèse, au moment de leur utilisation sous la mention « Fonds Marie-Françoise Collière, Salles D'Aude ».

Entretiens

Les personnes suivantes, témoins de périodes différentes de l'existence de l'EIEIS puis du DEIS, ont bien voulu nous accorder de longs entretiens. Les très riches informations ainsi obtenues furent méthodiquement confrontées aux données dont nous disposions par ailleurs :

- Huguette Bachelot (†), directrice de l'EIEIS, puis enseignante au DEIS (entretien des 2 et 3 décembre 2010)
- Catherine Mordacq, directrice adjointe de l'EIEIS puis enseignante au DEIS (entretien des 2 et 3 décembre 2010)
- René Magnon, étudiant et enseignant à l'EIEIS, puis directeur technique du DEIS (entretien du 29 mars 2013)
- Monique Formarier, étudiante puis enseignante au DEIS (entretien du 20 décembre 2017)
- Ljiljana Jovic, enseignante au DEIS (entretien du 21 décembre 2017).

Textes législatifs et réglementaires

Lois

- Loi du 3 octobre 1940 portant sur le statut des juifs.
- Loi du 7 octobre 1940 instituant l'ordre des médecins.
- Loi du 16 octobre 1940 sur les ressortissants étrangers de race juive.
- Loi N° 4260 du 4 octobre 1941 relative à l'organisation sociale des professions.
- Loi n° 372 du 15 juillet 1943 relative à la formation des infirmières et infirmiers hospitaliers, à l'organisation et à l'exercice de leur profession.
- Loi n° 203 du 9 mai 1944 de l'État français relative à l'enseignement de la puériculture.
- Loi n° 46-630 du 8 avril 1946 relative à l'exercice des professions d'assistantes ou d'auxiliaires de service social et d'infirmières ou d'infirmiers.

²⁰⁶⁴ Antoine PROST, *Douze leçons pour l'histoire*, Paris, Seuil, 1996, p 155.

- Loi n°56-619 du 23 juin 1956 autorisant le gouvernement à mettre en œuvre les réformes et à prendre les mesures propres à assurer l'évolution des territoires relevant du ministère de la France d'outre-mer.
- Loi n° 59-960 du 31 juillet 1959 relative à diverses dispositions tendant à la promotion sociale.
- Loi n° 66-892 du 3 décembre 1966 d'orientation et de programme sur la formation professionnelle.
- Loi n° 68-978 du 12 novembre 1968 d'orientation de l'enseignement supérieur.
- Loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière.
- Loi du 16 juillet 1971 organisant la formation permanente.
- Loi n° 78-615 du 31 mai 1978 modifiant les articles L.473, L. 475 et L. 476 du code de la santé publique relatifs à la profession d'infirmier ou d'infirmière et l'article L. 372 relatif à l'exercice illégal de la profession de médecin.
- Loi n° 80-490 du 1er juillet 1980 portant diverses dispositions en faveur de certaines catégories de femmes et de personnes chargées de familles.
- Loi n°85-772 du 25 juillet 1985 portant diverses dispositions d'ordre social qui officialisa le secteur psychiatrique et le définit dans ses deux dimensions intra et extrahospitalières.
- La loi n° 85-1468 du 31 décembre 1985 relative à la sectorisation psychiatrique intégrant les secteurs dans la carte sanitaire.
- Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière.
- Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Ordonnances

- Ordonnance du 18 octobre 1943 relative à l'exercice de la médecine.
- Ordonnance du 9 août 1944 relative au rétablissement de la légalité républicaine sur le territoire continental.
- Ordonnance du 28 août 1944 portant validation et modification de l'acte dit « loi n° 372 du 15 juillet 1943 » relative à la formation des infirmiers et infirmières hospitaliers, à l'organisation et à l'exercice de leur profession.
- Ordonnance n°45-2184 du 24 septembre 1945 relative à l'exercice et à l'organisation des professions de médecin, de chirurgien-dentiste et de sage-femme.
- Ordonnance n° 58-1198 du 11 décembre 1958 portant réforme hospitalière.
- Ordonnance n° 59-1199 du 13 décembre 1958 relative à la coordination des équipements sanitaires.
- Ordonnance n° 58-1370 du 30 décembre 1958 portant réforme hospitalo-universitaire.

Décrets

- Décret du 31 juillet 1920 sur la constitution des universités.
- Décret du 27 juin 1922 portant institution de brevets de capacité d'infirmières professionnelles.
- Décret du 19 février 1923 modifiant le décret du 27 juin 1922.
- Décret du 18 juillet 1924 modifiant le décret du 27 juin 1922 modifié par le décret du 19 février 1923.
- Décret du 4 décembre 1924, portant création de l'office national d'hygiène sociale (ONHS).
- Décret du 6 octobre 1926 autorisant l'administration de l'assistance publique du département de la Seine à préparer à l'examen d'Etat d'infirmiers et d'infirmières professionnels le personnel hospitalier appartenant à ses cadres permanents au moyen d'un enseignement théorique et pratique.
- Décret du 7 février 1929 portant institution de la section permanente du conseil de perfectionnement des écoles d'infirmières.
- Décret du 6 mars 1929 relatif à l'augmentation du nombre de membres de la section permanente du conseil de perfectionnement des écoles d'infirmières.
- Décret du 12 janvier 1932 portant institution d'un brevet de capacité professionnelle permettant de porter le titre d'assistant ou d'assistante de service social diplômé de l'Etat français.
- Décret du 12 janvier 1938 instituant un conseil supérieur d'hygiène sociale.
- Décret du 18 février 1938 instituant les diplômes simple et supérieur d'infirmier ou d'infirmière hospitaliers et d'assistant ou d'assistante du service social de l'Etat.
- Décret du 4 octobre 1939 déterminant les mesures exceptionnelles d'hygiène motivées par l'état de guerre.
- Décret du 12 novembre 1941 instituant un diplôme d'Etat d'assistant ou d'assistante médico-social, et un conseil de perfectionnement des écoles d'infirmières ou d'infirmiers hospitaliers et d'assistants ou d'assistantes et de monitrices médico-sociaux.
- Décret du 12 novembre 1941 instituant une commission permanente de coordination des conseils de perfectionnement des écoles de service social.
- Décret du 11 juillet 1942 relatif au diplôme d'Etat d'assistante ou d'assistant social et au conseil de perfectionnement préparant à ce diplôme.
- Décret du 10 août 1942 ayant pour objet la délivrance du diplôme d'Etat d'infirmier ou d'infirmière hospitalier.
- Décret du 17 avril 1943 portant règlement d'administration publique pour l'application de la loi du 21 décembre 1941 relative aux hôpitaux et hospices publics.
- Décret du 21 février 1944 portant création d'une union nationale des infirmières et infirmiers hospitaliers.

- Décret n° 45-505 du 8 mars 1945 portant validation et modification de l'acte dit décret du 11 juillet 1942, instituant un diplôme d'Etat d'assistante ou s'assistant social, et de l'acte dit décret du 10 août 1942, instituant un diplôme d'Etat d'infirmière ou d'infirmier hospitalier.
- Décret n° 47-1544 du 13 août 1947 instituant un diplôme d'Etat de puériculture.
- Décret n° 51-243 du 28 février 1951 portant création d'un conseil supérieur des infirmières et infirmiers.
- Décret n° 57-1132 du 5 octobre 1957 relatif aux conseils de perfectionnement pour les études de service social et pour les études d'infirmiers et d'infirmières.
- Décret n° 58-1104 du 14 Novembre 1958, portant création d'un certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmière monitrice et d'infirmier moniteur (CAFIM), et d'un certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmière surveillante et d'infirmier surveillant (CAFIS).
- Décret n° 58-1202 du 11 décembre 1958 relatif aux hôpitaux et hospices publics.
- Décret n°59-496 du 27 mars 1959 portant organisation d'une promotion sociale à destination des aides-soignants et du personnel servant des établissements publics.
- Décret n°59-1150 du 28 septembre 1959 créant un nouveau conseil supérieur des infirmières et infirmiers et abrogeant les textes concernant l'ancien conseil.
- Décret du 9 avril 1960 créant le certificat d'aptitude à la fonction d'aide-anesthésiste.
- Décret n° 60-805 du 2 août 1960 relatif à la nomination et à l'avancement du personnel de direction des hôpitaux et hospices publics.
- Décret n° 60-806 du 2 août 1960 relatif à la nomination et à l'avancement du personnel d'économat des établissements d'hospitalisation, de soins ou de cure publics.
- Décret n° 60-1047 du 24 septembre 1960 relatif au recrutement et à l'avancement du personnel secondaire des services médicaux des établissements d'hospitalisation, de soins ou de cure publics.
- Décret n° 62-994 du 9 juillet 1962 instituant une commission médicale consultative à l'assistance publique à Paris, à l'assistance publique à Marseille et aux hospices civils de Lyon.
- Décret n° 62-956 du 9 août 1962 portant organisation administrative du centre national d'éducation sanitaire et sociale.
- Décret du 27 février 1964 portant nomination du directeur de l'institut national d'hygiène.
- Décret du 27 février 1964 portant nomination du directeur général de la santé publique.
- Décret n° 64-727 du 18 juillet 1964 relatif à l'organisation générale et au fonctionnement de l'institut national de la santé et de la recherche médicale.
- Décret du 27 juillet 1966 portant approbation d'une convention en vue de la réunion à l'université de Lyon de l'école internationale d'enseignement infirmier supérieur de cette ville.
- Décret n° 68-96 du 10 janvier 1968 relatif au recrutement et à l'avancement des personnels d'encadrement et de surveillance des écoles de cadres et des écoles d'infirmiers et d'infirmières rattachées aux établissements d'hospitalisation, de soins et de cure publics.
- Décret n° 71-388 du 21 mai 1971 créant le certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmière de salle d'opération.

- Décret n° 72-818 du 5 septembre 1972 relatif aux études préparatoires et aux épreuves du diplôme d'Etat d'infirmier.
- Décret n°73-562 du 27 juin 1973 pris pour l'application des dispositions de l'article 41 de la loi n° 71-575 du 16 juillet 1971 portant organisation de la formation professionnelle continue dans le cadre de l'éducation permanente.
- Décret n° 73-822 du 7 août 1973 créant un certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmière et d'infirmier cadre de santé publique.
- Décret n° 73-901 du 14 septembre 1973 créant un conseil supérieur des professions paramédicales.
- Décret du 16 avril 1974 permettant à certains établissements de l'enseignement supérieur de délivrer un doctorat ou un diplôme d'études supérieures.
- Décret n° 75-73 du 30 janvier 1975 portant publication de l'accord européen sur l'instruction et la formation des infirmières (ensemble deux annexes) fait à Strasbourg le 25-10-1967.
- Décret n° 75-245 du 11 avril 1975 relatif au recrutement et à l'avancement des infirmiers et infirmières généraux et des infirmiers et infirmières généraux adjoints des établissements d'hospitalisation publics.
- Décret n° 75-489 du 16 juin 1975 pris pour l'application des dispositions du livre IX du code du travail au agents titulaires relevant du code de la santé publique.
- Décret n° 75-928 du 9 octobre 1975 relatif au certificat Cadre infirmier.
- Décret n° 81-539 du 12 mai 1981 relatif à l'exercice de la profession d'infirmier.
- Décret n° 83-243 du 25 mars 1983 relatif à l'enrichissement de la langue française.
- Décret n° 84-684 du 17 juillet 1984 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier.
- Décret n° 87-1038 du 23 décembre 1987 modifiant le décret n° 81-306 du 2 avril 1981 relatif aux études conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier et d'infirmière.
- Décret n° 92-264 du 23 mars 1992 modifiant le décret n°81-306 du 2 avril 1981 modifié relatif aux études conduisant au diplôme d'État d'infirmier et d'infirmière.
- Décret n° 95-926 du 18 août 1995 portant création d'un diplôme de cadre de santé.
- Décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratiques avancées.
- Décret n° 2018-633 du 18 juillet 2018 relatif au diplôme d'État d'infirmier en pratiques avancées.

Arrêtés

- Arrêté du 12 août 1922 relatif au conseil de perfectionnement des écoles d'infirmières.
- Arrêté du 10 novembre 1925 relatif au conseil de perfectionnement des écoles d'infirmières.
- Arrêté du 28 février 1923, modifiant l'arrêté du 12 août 1922 relatif au conseil de perfectionnement des écoles d'infirmières.

- Arrêté du 10 octobre 1923 portant reconnaissance administrative des écoles d'infirmières.
- Arrêté du 24 juin 1924 relatif aux programmes types pour les écoles d'infirmières.
- Arrêté du 28 novembre 1924 relatif à la composition des jurys pour la session d'examen d'Etat d'infirmières hospitalières, d'infirmières visiteuses d'hygiène sociale de la tuberculose, d'infirmières visiteuses d'hygiène sociale de l'enfance les 11, 12 et 13 décembre 1924.
- Arrêté du 28 novembre 1924 relatif à l'examen d'Etat des infirmiers et infirmières hospitalières et visiteuses d'hygiène sociale.
- Arrêté du 1^{er} octobre 1926 fixant le programme pour les examens d'Etat d'infirmiers et d'infirmières.
- Arrêté du 27 mars 1929 nommant des membres de la section permanente du conseil de perfectionnement des écoles d'infirmières.
- Arrêté du 15 juillet 1932 relatif à la composition du conseil de perfectionnement des écoles sociales
- Arrêté du 13 décembre 1932 relatif au programme de l'examen d'Etat d'assistant et assistante de service social.
- Arrêté du 17 mars 1933 définissant les différentes règles à appliquer aux examens d'Etat d'infirmiers, d'infirmières, de visiteuses d'hygiène sociale de spécialisations diverses, notamment en ce qui concerne l'anonymat, les notations, le tirage au sort des sujets pour toutes les épreuves écrites, pratiques et orales, l'admission, l'admissibilité.
- Arrêté du 5 novembre 1936 relatif à la nomination des membres du conseil de perfectionnement des écoles d'infirmières soignantes et du service social.
- Arrêté du 12 janvier 1938 relatif à la nomination des membres du conseil supérieur d'hygiène sociale.
- Arrêté du 12 janvier 1938 relatif à la division du conseil supérieur d'hygiène sociale en 7 commissions.
- Arrêté du 13 juin 1938 réglementant les écoles d'infirmiers ou d'infirmières hospitaliers et d'assistants ou d'assistantes de service social.
- « avis aux infirmières et assistantes sociales candidates à l'examen prévu par l'arrêté du 7 décembre 1938 », publié au J.O. du 30 mars 1939.
- Arrêté du 18 mars 1940 relatif à l'examen d'infirmière ou d'infirmier hospitalier de l'Etat.
- Arrêté du 17 mai 1940 relatif à l'examen d'Etat d'assistant ou d'assistante de service social.
- Arrêté du 7 octobre 1940 relatif à l'institution d'un conseil de perfectionnement des écoles d'infirmiers, d'infirmières, d'assistants et d'assistantes de service social.
- Arrêté du 23 octobre 1945 portant création des Centres régionaux d'éducation sanitaire et du Centre national d'éducation sanitaire.
- Arrêté du 31 décembre 1947 relatif aux actes médicaux pouvant être exécutés par un auxiliaire médical qualifié.
- Arrêté du 3 février 1949 relatif à la validation de titres pour l'exercice de la profession d'infirmier ou d'infirmière auxiliaire.

- Arrêté du 28 juillet 1955 relatif à la réorganisation de la formation professionnelle du personnel des hôpitaux psychiatriques.
- Arrêté du 1^{er} août 1955 relatif à l'agrément et au règlement type des écoles d'infirmiers et d'infirmières et des écoles mixtes d'infirmières et d'infirmiers, d'assistantes et d'assistants de service social.
- Arrêté du 23 janvier 1956 portant création d'un certificat d'aptitude aux fonctions d'aide soignant et d'aide soignante dans les hôpitaux et hospices publics ou privés.
- Arrêté du 20 juillet 1959 fixant les dispositions relatives à la direction et l'agrément des écoles de cadres à répartir sur le territoire national.
- Arrêté du 4 juillet 1960 relatif à la nomenclature générale des actes professionnels des médecins, chirurgiens, dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux.
- Arrêté du 24 septembre 1960 relatif au classement et à l'échelonnement indiciaire des emplois du personnel secondaire des services médicaux des établissements d'hospitalisation, de soins ou de cure publics.
- Arrêté du 17 juillet 1961 relatif au programme d'enseignement et à l'organisation des stages de la première année d'études préparatoires aux diplômes d'État d'infirmier ou d'infirmière, d'assistant ou d'assistante de service social.
- Arrêté du 26 juillet 1961 concernant les stages de formation professionnelle à l'école nationale de santé publique.
- Arrêté du 6 janvier 1962 relatif aux actes médicaux pouvant être exécutés par un auxiliaire médical qualifié.
- Arrêté du 2 février 1962 relatif au classement et à l'échelonnement indiciaire des grades et emplois des personnels des établissements d'hospitalisation, de soins ou de cure publics.
- Arrêté du 9 août 1962 relatif à la composition des comités régionaux et départementaux d'éducation sanitaire et sociale.
- Arrêté du 14 février 1964 relatif à la création de l'Ecole Internationale d'Enseignement Infirmier Supérieur de Lyon.
- Arrêté du 13 novembre 1964 relatif à la validation des titres pour l'exercice de la profession d'infirmier ou d'infirmière.
- Arrêté du 22 août 1966 relatif aux Ecoles de cadres d'infirmiers et d'infirmières.
- Arrêté du 10 janvier 1968 relatif au classement et à l'échelonnement indiciaire des grades et emplois des personnels d'encadrement et de surveillance des écoles de cadres et des écoles d'infirmiers et d'infirmières rattachées aux établissements d'hospitalisation, de soins et de cure publics.
- Arrêté du 1^{er} août 1968 relatif aux aménagements à titre transitoire à la répartition des enseignements préparant au diplôme d'Etat d'assistant et d'assistante de service social.
- Arrêté du 15 novembre 1968 relatif à la répartition de l'enseignements théorique, des travaux pratiques et des stages de la première année d'études préparatoires au diplôme d'Etat d'assistant et d'assistante de service social.

- Arrêté du 24 décembre 1968 désignant les membres du conseil supérieur des infirmiers et infirmières.
- Arrêté du 24 mars 1969 relatif au classement et à l'échelonnement indiciaire des grades et emplois des établissements d'hospitalisation, de soins ou de cure.
- Arrêté du 6 mai 1970 relatif à la création d'un certificat de moniteur de formation professionnelle du personnel soignant de secteur psychiatrique.
- Arrêté du 6 mai 1970 permettant la création de « *Centres de formation pour Moniteurs de Soins Infirmiers de Secteur Psychiatrique* ».
- Arrêté du 13 janvier 1971 portant création d'une maîtrise de sciences et techniques.
- Arrêté du 25 mai 1971 relatif au Certificat d'aptitude aux fonctions d'aide soignant dans les établissements hospitaliers publics ou privés, qui modifia la réglementation.
- Arrêté du 7 juillet 1971 fixant le programme relatif au certificat d'aptitude aux fonctions d'aide soignant dans les établissements d'hospitalisation publics ou privés.
- Arrêté du 16 février 1973 relatif à la formation professionnelle du personnel soignant de secteur psychiatrique.
- Arrêté du 9 mai 1974 fixant la liste des commissions constituant le conseil supérieur des professions paramédicales.
- Arrêté du 24 mai 1975 relatif à l'échelonnement indiciaire des infirmiers et infirmières titulaires des services d'assistance sociale et médicale des administrations centrales de l'Etat, des services extérieurs qui en dépendent ou des établissements publics de l'Etat.
- Arrêté du 10 mai 1976 relatif aux modalités du cycle de formation prévu pour les infirmiers et infirmières généraux adjoints stagiaires.
- Arrêté du 22 juillet 1976 portant création d'un certificat de cadre infirmier de secteur psychiatrique.
- Arrêté du 31 janvier 1977 habilitant les universités Lyon I et Lyon II à délivrer la maîtrise de sciences et techniques sanitaires et sociales.
- Arrêté du 3 mai 1977 relatif aux modalités des concours pour l'accès à l'emploi de directeurs ou directrice d'école de cadres rattachée à un établissement d'hospitalisation public.
- Arrêté du 26 octobre 1978 relatif à l'Institut International Supérieur de Formation des Cadres de Santé.
- Arrêté du 4 avril 1979 fixant la liste des membres de la commission des infirmiers et infirmières du conseil supérieur des professions paramédicales.
- Arrêté du 12 avril 1979 relatif au programme d'études préparatoires au diplôme d'État d'infirmier et d'infirmière.
- Arrêté du 17 juin 1980 relatif à l'homologation des titres et des diplômes de l'enseignement technologique.
- Arrêté du 9 août 1984 relatif au diplôme d'études universitaires générales, mention soins (DEUG).

- Arrêté du 23 décembre 1987 relatif aux conditions d'admission dans les écoles préparant au diplôme d'Etat d'infirmier et d'infirmière
- Arrêté du 23 décembre 1987 relatif à l'admission dans les écoles préparant aux diplômes d'Etat d'ergothérapeute, de laborantin d'analyses médicales, de manipulateur d'électroradiologie médicale, de masseur-kinésithérapeute, de pédicure-podologue et de psychomotricien.
- Arrêté du 23 mars 1992 relatif au programme des études préparatoires au diplôme d'État d'infirmier.
- Arrêté du 20 janvier 1993 relatif au diplôme d'études universitaires générales Sciences et aux licences et maîtrises du secteur Sciences.

Circulaires

- Circulaire Combes du 28 octobre 1902 relative à l'application de la loi du 15 juillet 1893 sur l'assistance médicale gratuite.
- Circulaire du 17 août 1936 relative à l'application de la loi sur les conventions collectives.
- Circulaire du ministre de la santé publique Henri Sellier concernant les infirmières visiteuses d'hygiène sociale, adressée à MM les préfets le 26 octobre 1936.
- Circulaire du 28 mai 1945 relative à l'appréciation du caractère représentatif des organisations syndicales.
- Circulaire du 5 décembre 1958 relative à l'humanisation des hôpitaux.
- Circulaire du 15 mars 1960, relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales.
- Circulaires du 6 avril et du 12 décembre 1970 traitant respectivement de l'humanisation dans les établissements pour personnes âgées et de l'humanisation des hôpitaux.
- Circulaire n° 222/04/4 du 31 juillet 1975, relative à la définition, la fonction et l'encadrement des personnels infirmiers.
- Circulaire n° 88 du 15 mars 1985 relative à la publication du Guide du service infirmier.

Sources imprimées

- ABLONDI Régine, BÉNÉVISE Nicole, KOSKAS Fabienne, ZAOUI Éric, La coordination infirmière : le film des événements, in BINDEFELD John, DANAN Denis, VALLET Michèle (dir.), *L'Univers de la profession infirmière*, Tome 1, Genèse, Paris, Presses de Lutèce, 1991, p 309-318.
- ABDELLAH Faye G., BELAND Irene L., MARTIN Almeda, MATHENEY Ruth V., *Patient-Centered Approaches to nursing*, New York, The Macmillan Company, 1961.
- AMIEC, Collectif, L'infirmière enseignante, *Cahier de l'AMIEC* n° 1, Lyon, 1975.

- AMIEC, Collectif, La formation continue des soignants : pour quoi ? *Cahier de l'AMIEC* n° 3, Lyon, 1977.
- AMIEC, Collectif, Cultures africaines, santé et soins infirmiers, *Cahier de l'AMIEC* n° 8, Lyon, 1983.
- AMIEC, *L'Inter...dit*, Revue de l'AMIEC n°1, janvier, février, mars 1983.
- AMIEC, *Les infirmières construisent leur avenir. Actes du colloque « compétence et cohésion du service infirmier »*, Paris, Le Centurion, 1987.
- ANFH, Actes de la table ronde « 30 ans de l'ANFH » du 9 juin 2004, *Réalité et recherche*, Spécial, n° 42, septembre 2004, p 3-23.
- ANFIIDE, CEEIEC, UCSS, UNCASH, *Le service infirmier français doit-il rester sous-développé ?* Imp. Bosc Frères, Lyon, 1970.
- ANONYME, Un enseignement et un esprit nouveaux : l'Ecole internationale d'Enseignement Infirmier supérieur de Lyon, *Argus des Collectivités*, janvier 1967, p 23-40.
- BACHELOT Huguette, MORDACQ Catherine, COLLIÈRE Marie-Françoise, FOUJOLS Jacqueline, MONTESINOS André, STUSSI Élisabeth, L'Ecole Internationale d'Enseignement Infirmier Supérieur, Lyon, France, après deux années de fonctionnement, *International Nursing Review*, Vol. 14, n° 6, Novembre-Décembre, 1967, p 53-58.
- BACHELOT Huguette, L'école internationale d'enseignement infirmier supérieur a 10 ans, *Soins*, n° 7, Avril 1976, p 35-38.
- BLOOM Benjamin S. (Ed.), *Taxonomy of Educational objective. The classification of educational goals, Handbook 1: Cognitive Domain*, by a committee of College and University Examiners, New York, Longmans, Green, 1956.
- BRITISH HOSPITAL ASSOCIATION, *The British medical Journal*, Vol.1, n° 3313, 28 juin 1924, p 1137-1138.
- BROWN Esther Lucile, *Nursing for the future : A Report Prepared for the National Nursing Council*, New York, Russel Sage Foundation, 1948.
- BROWN Esther Lucile, *Newer dimensions of patient care*, New York, Russel Sage Foundation. Part I. 1961, Part II. 1962, Part III. 1964.
- CALMETTE A., LAFOSSE G., À nos lectrices, *L'Infirmière française*, n° 12, Décembre 1928, p 437.
- CAYLA Jean-Simon, Le département d'enseignement infirmier supérieur de Lyon (DEIS), *Soins*, n°549, juin 1991, p 63-64.
- CHAPTAL Léonie, L'infirmière visiteuse d'hygiène sociale de l'enfance, Rapport présenté par Melle Chaptal au Comité national de l'enfance, *L'Infirmière française*, n° 6, Septembre 1925, p 298-302.
- CHAPTAL Léonie, À nos lectrices, à nos collègues, à tous les amis de *L'Infirmière française*, *L'Infirmière française*, 1928, n° 12, décembre 1928, p 438.

- CII, *Learning to investigate nursing problems*, Londres, 1960.
- COLLIÈRE Marie-Françoise, 1965-1975 : dix années d'École Internationale d'Enseignement Infirmier Supérieur, *L'infirmière enseignante*, n°9, novembre 1975, p 2.
- COLLIÈRE Marie-Françoise, de l'intérêt des formations universitaires pour les soins infirmiers, in AMIEC, *Les infirmières construisent leur avenir. Actes du colloque « compétence et cohésion du service infirmier »*, Paris, Le Centurion, 1987.
- DAUMUR Hélène, René Magnon quitte le D.E.I.S., *L'Infirmière Enseignante* n°1, janvier 1986, p 2-3.
- FERONI Isabelle, KOBER Anémone, L'autonomie des infirmières, une comparaison France/Grande-Bretagne, *Sciences sociales et santé*, Vol. 13 n°3, Septembre 1995, p 35-68.
- FERONI Isabelle, KOBER-SMITH Anémone, La professionnalisation des cadres infirmiers : l'effet de l'action publique en France et en Grande-Bretagne, *Revue Française de sociologie*, Vol. 46, Mars 2005, p 469-494.²⁰⁶⁵
- FORMARIER Monique, POIRIER-COUTANSAIS Geneviève, *Initiation à la recherche en soins infirmiers*, Paris, Lamarre-Poinat, 1988.
- FOX Elisabeth G., La formation des infirmières visiteuses aux Etats Unis, *L'infirmière française*, n° 10, janvier 1924, p 429-436.
- FREIDSON Eliot, *La profession médicale*, Paris, Payot, 1984²⁰⁶⁶.
- FUMEY, Rapport sur le rôle de la monitrice dans une école d'infirmières, *L'Infirmière Française*, n° 6, Juin 1936, p 219-227.
- GARDNER Mary Sewall, L'infirmière visiteuse, *L'infirmière française*, n°10, janvier 1926, p 501-509 - n° 11, février 1926, p 553-564 - n°1, avril 1926, p 35-41 - n° 2, mai 1926, p 87-90.
- GODDARD Henry Alexander, Goddard & Company, Management consultants, London, England, Chairman, Nurses and midwives Whistley Council (Great Britain), *Principles of Administration Applied to Nursing Service*, World Health Organization, Monograph series n° 41, Geneva, 1958.
- GOFF Hazel Avis, Rapport sur une étude de l'activité des infirmières visiteuses d'hygiène en Europe, *L'infirmière française*, n° 1, janvier 1934, p 20-27.
- HARMER Bertha, HENDERSON Virginia, *Textbook of the Principles and Practice of Nursing*, 4th edition, New York, Macmillan Co, 1939.

²⁰⁶⁵ Cet article et le précédent figurent sous cette rubrique pour les données empiriques contemporaines des faits étudiés qu'ils fournissent.

²⁰⁶⁶ Il s'agit de la traduction française de FREIDSON Eliot, *Profession of Medicine*, New York, Harper & Row, 1970. Cet ouvrage figure aussi sous cette rubrique pour les données empiriques contemporaines des faits étudiés qu'il fournit.

- HENDERSON Virginia, *Textbook of the Principles and Practice of Nursing*, 5th edition, New York, Macmillan Co, 1955.
- HENDERSON Virginia, *Basic principles of nursing care*, International council of nurses, 1960.
- HENDERSON Virginia, *The Nature of Nursing. A Definition and the Implications for Practice, Research and Education*, New York, Macmillan Co, 1966.
- HUGHES Evereth C. Studying the Nurse's Work, *American journal of Nursing*, Vol 51, n° 5, Mai 1951, p 294-295.
- HUGHES Evereth C, MacGILL HUGHES Helen, DEUTSCHER Irwin, *Twenty thousand nurses tell their story: a report on studies of nursing functions*, sponsored by the American Nurses' Association, Philadelphia, J.B. Lippincott Co., 1958.
- d'IVERNOIS Jean-François, Enseignement à tirer d'une expérience française : les sciences infirmières à l'UFR de Bobigny, *Recherche en Soins infirmiers*, n° 93, Juin 2008, p 111-113.
- JOHNSON Lyndon B., *Remarks Upon Signing the Nurse Training Act of 1964*, Septembre 1964, [en ligne] by Gerhard Peters and John T. Woolley, *The American Presidency Project*, URL: <http://www.presidency.ucsb.edu/ws/?pid=26484>.
- JOURNET Guy, Mots pour dire mots pour faire, in Ministère des Affaires sociales et de la Solidarité nationale, Direction des hôpitaux, Collectif, Guide du service infirmier, *Terminologie des soins infirmiers*, Glossaire provisoire, n°3, Série soins infirmiers, 1986, p 3-4.
- KRATHWHOL David R., S. BLOOM Benjamin, B. MASIA Bertram, *Taxonomy of Educational objective: the classification of educational goals, Handbook 2: Affective Domain*, New York, David Mc Kay Company INC, 1956.
- KREBS-JAPY, *Florence Nightingale, sa vie et son œuvre et Notes sur le soin des malades*, Traduction des principaux chapitres de l'ouvrage de Miss Nightingale, Paris, A. Poinat, éditeur, Coll. Bibliothèque de l'infirmière, 1932.
- LANZA Danièle, DUVILLARD Marjorie, *Rencontres au bout du monde : l'histoire d'une vie au service des soins infirmiers*, Genève, Le Bon Secours, Le Mont-sur-Lausanne, Editions Ouverture, 1994.
- LANGROD Georges, La méthode des cas et la science administrative américaine, *Revue française de sciences politiques*, Vol. 3, n° 4, Octobre-Décembre 1953, p 832-848.
- LATREILLE Geneviève, *La naissance des métiers en France, 1950-1975 : étude psycho-sociale*, Lyon, Presses Universitaires de Lyon, Edition de la Maison des sciences de l'homme, 1980.
- LATREILLE Geneviève, Soins infirmiers et sciences humaines, *Cahier de l'AMIEC* n° 7, Lyon, 1981, p 119-122.
- LYMAN Katharine, *L'enseignement infirmier de base : suggestions pour l'établissement des programmes*, Genève, Organisation mondiale de la santé, 1961.

- MAGNON René, Vers un doctorat en soins infirmiers, *L'Infirmière Enseignante*, n° 1, janvier 1984, p 3-6.
- MAGNON René, Comment peut naître une recherche, in Ministère des Affaires sociales et de la Solidarité nationale, Direction des hôpitaux, Collectif, Guide du service infirmier, *Terminologie des soins infirmiers*, Glossaire provisoire, n°3, Série soins infirmiers, 1986, p 5-12.
- Ministère des affaires sociales, *Programme d'enseignement, Etudes préparatoires au diplôme d'Etat d'infirmier ou d'infirmière*, Ministère des affaires sociales, Nancy, Berger-Levrault, 1961.
- Ministère des Affaires sociales et de la Solidarité nationale, Direction des hôpitaux, Collectif, Guide du service infirmier, *Le dossier de soins*, n°1, Série soins infirmiers, 1985.
- Ministère des Affaires sociales et de la Solidarité nationale, Direction des hôpitaux, Collectif, Guide du service infirmier, *Terminologie des soins infirmiers*, Glossaire provisoire, n°3, Série soins infirmiers, 1986.
- Ministère de la Santé et de l'Action humanitaire, *Programme des études conduisant au diplôme d'État d'infirmier*, Paris, Berger Levrault, 1992.
- MORDACQ Catherine, *Pourquoi des infirmières ?* Paris, Le Centurion, coll. Infirmières d'aujourd'hui, 1972.
- MORDACQ Catherine, La formation continue, une exploration, une innovation, un levier ? in Collectif, *La formation continue des soignants : pour quoi ? Cahier de l'AMIEC*, n° 3, Lyon, 1977, p 97-106.
- MOREAU Christian, À Lyon l'École internationale tourne la page, *Objectif Soins*, n° 24, juin-juillet 1994, p 12.
- NIGHTINGALE Florence, *Notes on nursing, what it is, and what it is not*, New York, D. Appleton & company, 1860.
- NIGHTINGALE Florence, *Cassandra, angry outcry against the forced idleness of victorian women*, Cuny, The feminist Press, 1979.
- NUFFIELD HOSPITAL PROVINCIAL TRUSTS, *The work of nurses in hospital wards*, London, Nuffield hospital provincial trusts, 1953.
- OMS, *Les dix premières années de l'Organisation mondiale de la santé*, Genève, Organisation mondiale de la santé, 1958.
- OMS, *Services Infirmiers de Santé Publique*, Série de rapports techniques n° 167, Genève, Organisation mondiale de la santé, 1959.
- OMS, *Comité d'experts des soins infirmiers psychiatriques*, premier rapport, Série de rapports techniques n° 347, Genève, Organisation mondiale de la santé, 1956.
- OMS, *Programmes d'enseignement infirmier supérieur pour étudiantes étrangères*, Rapport d'une conférence, Genève, 5-14 octobre 1959, Série de rapports techniques n°

- 199, Genève, Organisation mondiale de la santé, 1960.
- OMS, *Comité OMS d'experts des soins infirmiers*, cinquième rapport, Série de rapports techniques n° 347, Genève, Organisation mondiale de la santé, 1966.
 - OMS, *La deuxième décennie de l'Organisation mondiale de la santé*, Genève, Organisation mondiale de la santé, 1968.
 - OMS, *Soixante ans d'OMS en Europe*, Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2010.
 - OMS, Bureau régional de l'Europe, *Les Besoins en soins infirmiers des personnes soignées : données françaises de l'étude multinationale*, sous la coordination de Geneviève Déchanoz, Paris, Bayard, 1986.
 - Ozbolt Judy, Raine Sanky, *La profession d'infirmière aux États-Unis*, Paris, Le centurion, 1981.
 - PEPLAU Hildegard, *Interpersonal relations in nursing*, New York, Putnam Edition, 1952.
 - POLETTI Rosette, *Les soins infirmiers : théories et concepts*, Paris, le Centurion, 1978.
 - QUIRIN Odile, Rencontre des anciens étudiants de l'E.I.E.I.S., *L'infirmière enseignante* n° 17, Mai 1972, p 6.
 - RAINE Sanky, L'Ecole Internationale d'Enseignement infirmier supérieur, *Revue d'épidémiologie, médecine sociale et santé publique*, Vol. 19, n°8, 1971, p 781-790.
 - RAINE Sanky, Formations universitaires, Ecole internationale d'enseignement infirmier supérieur (EIEIS), in BINDEFELD John (dir.), DANAN Denis (dir.), VALLET Michèle (dir.), *L'Univers de la profession infirmière*, Tome 2, Évolution, Paris, Presses de Lutèce, 1991, p 79-90.
 - REVUE DE L'INFIRMIERE ET DE L'ASSISTANTE SOCIALE, *La profession d'infirmière en France. Etude*, Paris, l'Expansion éditeur, 1959.
 - REVUE DE L'INFIRMIERE ET DE L'ASSISTANTE SOCIALE, *La profession d'infirmière en France. Etude*, Paris, l'Expansion éditeur, édition mise à jour, 1962.
 - SAUVY Alfred, Trois mondes, une planète, *L'observateur*, n° 118, Août 1952, p 14.
 - SIMMONS Leo, HENDERSON Virginia, *Nursing Research - Survey and assessment*, New York, Appleton-Century-Crofts, 1964.
 - STRAUSS Anselm, *La trame de la négociation : sociologie qualitative et interactionisme*, textes réunis et présentés par Isabelle Baszanger, Paris, L'Harmattan, 2006²⁰⁶⁷.
 - STUART MILL John, *The subjection of women*, London, Longmans, Green, Reader & Dyer, 1859.
 - VALLET Robert, Avant-propos, in Ministère des Affaires sociales et de la Solidarité

²⁰⁶⁷ Cet ouvrage figure sous cette rubrique pour les données empiriques contemporaines des faits étudiés qu'il fournit.

- nationale, Direction des hôpitaux, Collectif, Guide du service infirmier, *Terminologie des soins infirmiers*, Glossaire provisoire, n°3, Série soins infirmiers, 1986.
- de VOGÜÉ Anne, GRASSET Sonia, *S.O.S. Hôpitaux*, Paris, Grasset, 1975.
 - ZILLIOX Henny, *On les appelait « gardiens de fous » : la profession d'infirmier psychiatrique*, Toulouse, Privat, 1976.

BIBLIOGRAPHIE

- ANA, *Basic historical review of nursing education*. URL : <http://www.nursingworld.org/FunctionalMenuCategories/AboutANA/History/BasicHistoricalReview.pdf>
- ARBORIO Anne-Marie, *Un personnel invisible. Les aides-soignantes à l'hôpital*, Paris, Anthropos, 2001.
- BAUDRILLARD Jean, *La société de consommation*, Paris, Denoël, 1970.
- BARD Christine, *Les filles de Marianne. Histoire des féminismes, 1914-1940*, Paris, Fayard, 1995.
- BERSTEIN Serge, *La France de l'expansion, Tome I : La République gaullienne, 1958-1969*, Paris, Seuil, 1989.
- BERSTEIN Serge, MILZA Pierre, *Histoire du XXème siècle, de 1953 à nos jours*, T. 3, Paris, Hatier, 1990.
- BENOIST Pierre, Michel Debré et la formation professionnelle 1959-1971, *Histoire de l'éducation* [en ligne], n° 101, [en ligne], janvier 2004, URL : <https://histoire-education.revues.org/725>
- BERNARDOU Alain, Le savoir en action, l'exemple médical, *Sciences Humaines*, n° 24, mars-avril 1999, p 26-28.
- BERTRAND Michel, « Penser l'événement » en histoire : mise en perspective d'un retour en grâce, in GROSSETTI Michel (dir.), BESSIN Marc (dir.), BIDART Claire (dir.), *Bifurcations : les sciences sociales face aux ruptures et à l'événement*, Paris, La découverte, 2009, p 36-50.
- BESNIER Jean-Michel, *Les théories de la connaissance*, Paris, Flammarion, 1996.
- BEZES Philippe, L'État et les savoirs managériaux : essor et développement de la gestion publique en France, in LACASSE François, VERRIER Pierre-Éric, *30 ans de réforme de l'État. Expériences françaises et étrangères : stratégies et bilans*, Paris, Dunod, 2005, p 9 - 40.
- BOITTIN Isabelle, LAGOUTTE Monique, LANZ Marie-Claude, Virginia Henderson : 1897-1996, biographie et analyse de son œuvre, *Recherche en Soins infirmiers*, n° 68, Mars 2002, p 5-17.
- BOLTANSKI Luc, *Les cadres. La formation d'un groupe social*, Paris, Les éditions de Minuit, 2011.
- BOSTRIDGE Mark, *Florence Nightingale, the making of an icon*, New York, Farrar, Strauss & Giroux, 2008.
- BOUQUET Brigitte, TREUIL Danièle, Ecole des surintendantes, *Vie sociale* n° 1-2, 1995, p 59-71
- BOUQUET Brigitte, Ecole d'application de service social annexée à la maison école d'infirmières privées, *Vie sociale* n° 1-2, Janvier-avril 1995, p 87-92.

- BOYER Simone, RATER-GARCETTE Christine., Le Comité d'Entente des écoles de service social, *Vie sociale* n° 1-2, Janvier-avril 1995, p 121-140.
- BROUWER Christian, ULB-USA: passé, présent et futur d'une fructueuse collaboration, Bruxelles, Université libre de Bruxelles, [en ligne] 1996. URL : http://digistore.bib.ulb.ac.be/2009/i97829301490_000_f.pdf
- BUREAU OF LABOR STATISTICS, U.S. Department of Labor, *Occupational Outlook Handbook*, 2016-17 Edition, [en ligne], URL: <https://www.bls.gov/ooh/> .
- BURLIN Katherine (dir.), *La banlieue oasis. Henri Sellier et les cités-jardins (1900-1940)*, Saint-Denis, Presses Universitaires de Vincennes - Université de Paris VIII, 1987.
- CALLAWAY Barbara. J., *Hildegard Peplau : Psychiatric nurse of the century*, New York, Springer Publishing Company, 2002.
- CAMINADE Émilie, *Les écoles d'infirmières de l'Assistance Publique de Paris dans l'après mai 1968*, Mémoire de Master 2 d'histoire contemporaine sous la direction de CHEVANDIER Christian et ROBERT Jean-Louis, université Paris 1 Sorbonne, centre d'Histoire sociale du XXème siècle, 2001.
- CARVALHO Juliana, *L'Union Internationale de Secours aux Enfants et sa Délégation générale en Amérique latine*, Mémoire réalisé en vue de l'obtention de la maîtrise universitaire en sciences de l'éducation – Analyse et intervention dans les systèmes éducatifs (AISE), sous la direction de Droux Joëlle, Université de Genève, 2017.
- CHARLES Geneviève, *L'infirmière en France d'hier à aujourd'hui*, Paris, Le Centurion, coll. Infirmières d'aujourd'hui, 1979.
- CHATRIO Alain, intervention in *L'évolution de la durée du travail depuis 1841 à nos jours*, Actes de la conférence-débat du 22 novembre, Paris, Ministère du travail, de l'emploi, de la formation professionnelles et du dialogue social, [en ligne] 2012, p 7-12. URL : http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/volution_de_la_duree_du_travail-2.pdf
- CHEVANDIER Christian, Former des professionnelles, former une profession : la formation des infirmières au XXème siècle in Brigitte CARRIER-REYNAUD (dir.), *L'enseignement professionnel et la formation technique du début du XIXème au milieu du XXème siècle*, Saint-Étienne, Institut des Études Régionales et des Patrimoines, 2006, p 33-44.
- CHEVANDIER Christian, « Uni(e)s dans l'action » : les infirmières coordonnées, Intervention au colloque *Unité syndicale, fatalité de la division ? France, (1943-1995)*, Institut CGT d'histoire sociale, Paris, [en ligne] 2007, p 1-12. URL : http://www.ihs.cgt.fr/IMG/pdf_Christian_CHEVANDIER.pdf .
- CHEVANDIER Christian, *L'hôpital dans la France du XXème siècle*, Paris, Perrin, 2009.
- CHEVANDIER Christian, *Infirmières parisiennes : femmes soignantes à l'hôpital : 1900-1950*, Paris, publications de la Sorbonne, 2011.

- CLARK Hannah-Louise, *Doctoring the bled: medical auxiliaries and the administration of rural life in colonial Algeria, 1904-1954*, Thèse pour le doctorat en Philosophie sous la direction de Katja Guenther, Département d'histoire des sciences, Université de Princeton, [en ligne], 2014.
URL : <http://arks.princeton.edu/ark:/88435/dsp01td96k474s> .
- COHEN Bernard, Florence Nightingale, *Pour la Science*, n° 79, Mai 1984, p 66-75.
- COHEN Yolande, *Profession infirmière, une histoire des soins dans les hôpitaux du Québec*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal, 2000.
- COHEN Yolande, PEPIN Jacinthe, LAMONTAGNE Esther, DUQUETTE André, *Les sciences infirmières, Genèse d'une discipline*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal, 2002.
- COHEN Yolande, Rapports de genre, de classe et d'ethnicité : l'histoire des infirmières au Québec, *Canadian Bulletin of Medical History / Bulletin canadien d'histoire de la médecine*, Vol. 21, n°2, Automne 2004, p 387-409.
- COHEN Yves, *Le siècle des chefs. Une histoire transnationale du commandement et de l'autorité (1890-1940)*, Paris, Editions Amsterdam, 2013.
- COLLIÈRE Marie-Françoise, *Promouvoir la vie, de la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers*, Paris, Inter-Éditions, 1982.
- COLLIÈRE Marie-Françoise, DIÉBOLT Évelyne (dir.), Collectif, *Pour une histoire des soins et des professions soignantes*, Saint Genis Laval, Cahier de l'AMIEC, n° 10, 1988.
- COLLIÈRE Marie-Françoise, *Soigner... Le premier art de la vie*, Paris, Inter-Édition, 1996.
- COMMISSION FULBRIGHT franco-américaine, *Les études de nursing aux Etats-Unis*, [en ligne], URL : <http://fulbright-france.org/sites/default/files/nursing2016.pdf>
- DAUPHIN Cécile, « Pénélope : une expérience militante dans le monde académique », *Les cahiers du CEDREF* [En ligne], Octobre 2001, URL : <http://cedref.revues.org/261>
- DAVIES Celia, *Gender and the Professional Predicament of Nursing*, London, Routledge, 1995.
- DEBORD Guy, *La société du spectacle*, Paris, Buchet-Chastel, 1967.
- DELAUNAY Bertrand, La formation initiale en service social, une instance de professionnalisation, *Vie Sociale*, n°4, 2007, p 59-78.
- DELTOMBE Thomas, DOMERGUE Manuel, TATSITSA Jacob, *Kamerun, La guerre cachée aux origines de la francAfrique, 1948-1971* Paris, La Découverte, 2011.
- DENAYROLLES Annie, Marie-Françoise COLLIÈRE, *Biographie. Une œuvre dédiée à la compréhension du prendre soin*, Paris, Seli Arslan, 2014.
- DESJARDINS Edouard, GIROUD Suzanne, FLANAGAN Eileen, *Histoire de la profession infirmière au Québec*. Montréal, AIPQ (Association des infirmières de la Province de Québec), 1970.
- DIÉBOLT Évelyne (dir.), La Femme soignante, *Pénélope*, n° 5, Automne 1981.

- DIÉBOLT Évelyne, *La maison de santé protestante de Bordeaux*, Toulouse, Editions ERES, 1989.
- DIÉBOLT Évelyne, *Les femmes dans l'action sanitaire, sociale et culturelle, 1901-2001 : les associations face aux institutions*, Paris, Femmes et associations, 2001.
- DIÉBOLT Évelyne, FOUCHE Nicole, *Devenir infirmière en France, une histoire atlantique? (1854-1938)*, Paris, Editions Publibook Université, 2011.
- DIÉBOLT Évelyne, Léonie CHAPTAL (1873-1937), architecte de la profession infirmière, *Recherche en Soins infirmiers*, n° 109, Juin 2012, p 93-107.
- DOWNS Laura Lee, ROGERS Rebecca, THEBAUD Françoise, *Genders studies et études de genre : le gap, Travail, Genre et Société*, n°28, Février 2012, p 151-168.
- DUPUY Jean-Pierre, KARSENTY Serge, *L'invasion pharmaceutique*, Paris, Seuil, 1974.
- EHRENREICH Barbara, ENGLISH Deirdre, *Sorcières, sages-femmes & infirmières, Une histoire des femmes soignantes*, Traduction française de l'anglais (Etats-Unis) par L. Lame, postface de Anna Colin, Paris, Editions Cambourakis, 2015. (Première édition États-Unis 1973, seconde édition avec nouvelle introduction 2010).
- FERRAND Michèle, *Féminin Masculin*, Paris, La découverte, 2004.
- FOUCAULT Michel, *Folie et déraison, Histoire de la folie à l'âge classique*, Paris, Plon, 1961.
- FOUCAULT Michel, *Naissance de la clinique : une archéologie du regard médical*, Paris, Presses universitaires de France, 1963.
- FOUCAULT Michel, *Surveiller et punir : naissance de la prison*, Paris, Gallimard, 1975.
- FOUCAULT Michel et al., *Les machines à guérir*, Bruxelles/Liège, Pierre Mardaga, 1979.
- FRANCILLON Denise, La première infirmière chercheur suisse : Nicole-France Exchaquet, *Journal la Source*, n°1, 2002, p 12 -15.
- FRANCILLON Denise, *Le Bon Secours : quand le passé annonce l'avenir*, Chêne-Bourg, Georg, 2005.
- FREIDSON Eliot, *La profession médicale*, Paris, Payot, 1984.
- GARCETTE Christine, Le service social au temps de Madeleine Delbrêl, *Vie sociale* n° 3, 2008 p 29-32.
- GARDEY Delphine, Perspectives historiques, in MARUANI Margaret (dir.), *Les nouvelles frontières de l'inégalité, Hommes et femmes sur le marché du travail*, La Découverte, 1998, p 23-38.
- GIRAUD Jacques, L'histoire du syndicalisme chez les instituteurs jusqu'à la Seconde Guerre Mondiale. Essai de Bilan, *Histoire de l'éducation*, n°5, 1979, p 1-17.
- GOFFMAN Erving, *Asiles : études sur la condition sociale des malades mentaux*, Paris, Editions de minuit, 1968.

- GUERRAND Roger-Henri, MOISSINAC Christine, *Henri Sellier, urbaniste et réformateur social*, Paris, la découverte, 2005.
- GUILLAUME Pierre, *Du désespoir au salut : les tuberculeux aux XIXe et XXe siècles*, Paris, Aubier, 1986.
- HENDERSON Virginia, *La Nature des Soins infirmiers*, Paris, InterEditions, 1994. Traduction française de *The nature of Nursing* (1966), augmentée de trois articles de la même auteure. Présentation des textes, chronologie biographique, notes explicatives par COLLIÈRE Marie-Françoise.
- HENRY Stéphane, « Les infirmières-visiteuses pendant l'entre-deux-guerres en Haute-Normandie : entre professionnalisme officiel et bénévolat officieux », *Genre & Histoire*, [En ligne], n°5, Automne 2009, URL : <http://genrehistoire.revues.org/index836.html>.
- HUGHES Everett C, *Le regard sociologique. Essais choisis*, Textes rassemblés et présentés par Jean-Michel Chapoulie, Paris, Editions de l'Ecole des Hautes études en Sciences Sociales, 1996.
- HILLENKAMP Isabelle et SERVET Jean-Michel, "La lutte contre la pauvreté, un enjeu international", *CERISCOPE Pauvreté*, 2012, [en ligne], URL : <http://ceriscope.sciences-po.fr/pauvrete/content/part1/la-lutte-contre-la-pauvrete-un-enjeu-international>
- ILLICH Ivan, *Némésis médicale*, Paris, Seuil, 1975.
- JOIRIS Arlette, *De la vocation à la reconnaissance. Les infirmières hospitalières en Belgique 1789-1970 : genèse, émergence et construction d'une identité professionnelle*, Belgique, Socrate éditions Promarex, 2009.
- JOVIC Ljiljana, L'association de recherche en soins infirmiers : une histoire de concours de circonstances, un axe fort et des rencontres, *Recherche en Soins infirmiers*, n° 121, Juin 2015, p 5-10.
- JOVIC Ljiljana, *La clinique dans les soins infirmiers : naissance d'une discipline*, thèse pour le doctorat de sociologie et sciences sociales, sous la direction de Monsieur le professeur Guy Vincent, université Lumière Lyon II, 1998.
- KERGOAT Danièle (dir.), IMBERT Françoise, LE DOUARÉ Hélène, SENOTIER Danièle, *Les infirmières et leur coordination, 1988-1989*, Paris, Lamarre, 1992.
- KÉROUAC Suzanne et al., *La pensée infirmière. Conceptions et stratégies*, Paris, Maloine, 1994.
- KNIBIEHLER Yvonne, *Nous les assistantes sociales, naissance d'une profession : trente ans de souvenirs d'assistantes sociales françaises 1930-1960*, Paris, Aubier, 1980.
- KNIBIEHLER Yvonne (dir.), *Cornettes et blouses blanches : les infirmières dans la société française 1880-1980*, Paris, Hachette, 1984.
- KNIBIEHLER Yvonne, *Histoire des infirmières en France au XXème siècle*, Paris, Hachette littérature éd, Coll. Pluriel, 2008.

- LANDIVAR Liana Christin, *Men in nursing occupations*, American Community Survey Highlight Report, Industry and Occupation Statistics Branch, Social, Economic and Housing Statistic Division, US Census Bureau, [en ligne], 2013, URL : https://www.census.gov/content/dam/Census/library/working-papers/2013/acs/2013_Landivar_02.pdf .
- LANGLOIS Claude, FRANÇOIS Gilles, La jeunesse d'une assistante sociale : de la poésie au scoutisme, *Vie sociale*, n° 3, 2008, p 9-18.
- LAOT Françoise F. de LESCURE Émmanuel (dir.), *Pour une histoire de la formation*, Paris, l'Harmattan, 2008.
- LAOT Françoise F., La promotion sociale des femmes : le retournement d'une politique de formation d'adultes au milieu des années 1960, *Le Mouvement social*, n° 232, Mars 2010 p 29-45.
- LAOT Françoise F., La formation des travailleuses (1950-1968) : une revendication du syndicalisme mondial ? Contribution à une histoire dénationalisée de la formation des adultes, *Le Mouvement social*, n° 253, Avril 2015, p 65-87.
- LEFEBVRE Pierre, Société médicale des hôpitaux. Nécrologie Eugène Aujaleu (1903-1990), *Annales de médecine interne*, Vol. 142, n°8, 1991, p 632-633.
- LE CENE Charles, *La sainte Bible contenant l'ancien et le nouveau testament : nouvelle version française*, Tome second volume 5, Michel Charles Lecene, 1741.
- LECOQ Tristan, LEDERLÉ Annick, *Le Centre international d'études pédagogiques à Sèvres, une histoire plurielle d'un lieu singulier : manufacture royale, école de la République, creuset de l'ouverture au monde*, Sèvres, CIEP, 2010.
- LECORPS Philippe, PATURET Jean-Bernard, *Santé publique : du biopouvoir à la démocratie*, Rennes, Éditions ENSP, 1999.
- LEROUX-HUGON Véronique, *Des saintes laïques, les infirmières à l'aube de la IIIème République*, Paris, Sciences en situation, 1992.
- LITTRÉ Émile, *Dictionnaire de la langue française*, Chicago, Encyclopaedia Britannica, 1987 (1^{ère} édition 1866).
- MACKINTOSH Carolyn, A historical study of men in nursing, *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 26, n°2, Août 1997, p 232-236.
- MAGNON René, *Le service infirmier ces trente dernières années*, Paris, Le Centurion, Coll. infirmières d'aujourd'hui, 1982.
- MAGNON René, *Léonie Chaptal, 1873-1937 : la cause des infirmières*, Paris, Lamarre, 1991.
- MAGNON René, DÉCHANOZ Geneviève (dir.), par un ensemble d'infirmières et infirmiers, *Dictionnaire de Soins infirmiers*, AMIEC, Lyon, 1995.
- MAGNON René, *Les infirmières, identité, spécificité et soins infirmiers : le bilan d'un siècle*, Paris, Masson, 2001.

- MAGNON René, Marie-Françoise Collière, une infirmière/auteur engagée, *Soins* n° 694, Avril 2005, p 17-19.
- MCPHERSON Kathryn, *Bedside matters : The Transformation of Canadian Nursing, 1900-1990*, Toronto et New York, Oxford University Press, 1996.
- MELOSH Barbara, *The Physician's hand : work, culture and conflict in America Nursing 1850-1945*, Philadelphia : Temple University Press, 1982.
- MORANTZ Regina, Feminism, professionalism and germs: the Thought of Mary Putnam Jacobi and Elisabeth Blackwell, *American Quartely*, Vol. 34, n° 5, 1982, p 459-478.
- MUNLEY GALAGHER Rita, SULLIVAN Kaye, *Compendium of ANA education positions, position statements, and documents*, American nurses association, [en ligne], 1994.URL :
<http://nursingworld.org/MainMenuCategories/Policy-dvocacy/State/Legislative-Agenda-Reports/NursingEducation/NursingEducationCompendium.pdf>.
- NADOT Michel, *Le mythe infirmier : ou le pavé dans la mare !* Paris, L'Harmattan, 2012.
- O'LYNN Chad (Ed), TRANBARGER Russel (Ed.), *Men in Nursing: history, challenges, and opportunities*, NewYork, Springer Publishing Company, 2006.
- PALMIERI Daniel, Guerre, humanité et féminité : le Comité international de la Croix-Rouge et les femmes (1863-1965), in DELAUNAY Jean-Marc, DENÉCHÈRE Yves (dir.), *Femmes et relations internationales au XXe siècle*, Paris, Presses Sorbonne Nouvelle, 2006.
- PERRIN Georgette, DUBOYS-FRESNEY Catherine, ARNAUD Élisabeth, CAZÉ Anne-Marie, MAUDUIT Annie, RAUD Janine, Conseiller technique régional en soins infirmiers, profil d'une fonction, *Objectif Soins*, n° 20, février 1994, p 53-57.
- PERROT Geneviève, Les savoirs en service social avant 1950, *Vie sociale*, n°3, Mars 2008, p 33-43.
- PICARD Jean-François, Entretien avec Eugène Aujaleu (1903-1991), [en ligne], 9 juin 1990,
URL :http://www.histrecmed.fr/index.php?option=com_content&view=article&id=14:aujaleu-eugene&catid=8:entretiens&Itemid=129# .
- PICARD Jean-François, MOUCHET Suzy, *La métamorphose de la médecine*, Paris, PUF, 2009.
- PICHON Muriel, Cécile Brunschvicg née Kahn, féministe et ministre du front populaire, *Archives juives*, Vol. 45, n°1, 2012, p 131-134.
- PLATON, *Théétète*, Les belles lettres, paris, 1976
- PLIEZ Madeleine, Le métier d'assistante sociale et son évolution aux Chemins de fer : d'une activité pragmatique à un professionnalisme éclairé, in CHARRIER Marie-

- Françoise, FELLER Elise (dir.), *Aux origines de l'action sociale en France : l'invention des services sociaux aux chemins de fers*, Toulouse, érès, 2000, p 75-95.
- POISSON Michel, Laïcisation des hôpitaux, *Historama histoire magazine*, Mai 1991, p 49-52.
 - POISSON Michel, *Origines républicaines d'un modèle infirmier, 1870-1900*, Vincennes, Editions Hospitalières, 1998.
 - POISSON Michel *Le pansement et la pensée, éléments de réflexion sur les conditions de possibilité d'une épistémologie des soins infirmiers*, Mémoire de maîtrise de sciences et techniques de gestion et animation des systèmes de formation, option formatrice en soins, sous la direction de Ljiljana Jovic, Université de Paris IX Dauphine, Février 2000.
 - POISSON Michel, Urgent, rôle propre recherche pensée, même impure, *Soins* n° 645, Mai 2000, pp. 56-61.
 - POISSON Michel, Infirmières, enseignantes et pionnières : le personnel infirmier dirigeant et enseignant permanent à l'ouverture de l'École internationale d'enseignement infirmier supérieur à Lyon en 1965, *Recherche en Soins infirmiers*, n° 109, Juin 2012, p 69-92.
 - POISSON Michel, L'EIEIS et la reconnaissance du service infirmier en France, *Soins Cadres* n° 95, Septembre 2015, p 54-57.
 - POISSON Michel, Au-delà du *cure* et du *care* : l'histoire de la relation médecin-malade comme source de réflexion pour penser la relation infirmière-malade au XXIème siècle, *Recherche en Soins infirmiers*, n° 122, Septembre 2015, p 26-38.
 - POISSON Michel, Entre prototype anglo-américain et invention d'un modèle particulier, construction et mutations identitaires des infirmières françaises au cours du XXème siècle, in BARZMAN John et CHEVANDIER Christian (dir.), *Dynamique des identités, travail et organisations*, Mont-Saint-Aignan Presses Universitaires de Rouen et du Havre, 2015, p 92-107.
 - POISSON Michel, Des surveillantes aux cadres de santé (1875-2015) : points de repères et éléments de réflexion sur les origines et l'évolution d'une fonction dans le système de santé français, in DIVAY Sophie (dir.) *Cadres en devenir : évolutions, transformations, socialisations, tensions*, Toulouse, Octares éditions, 2017, p 117-147.
 - PRINTEMPS Alice, *L'école des infirmières de la Salpêtrière (1907-1922), Former des Infirmières professionnelles*, mémoire pour l'obtention du Master d'histoire contemporaine sous la direction de CHEVANDIER Christian, université Paris 1 Sorbonne, centre d'Histoire sociale du XXème siècle, 2009.
 - PROST Antoine, *Douze leçons pour l'histoire*, Paris, Seuil, 1996, p 155.
 - PROST Antoine, *Petite histoire de la France, de la belle époque à nos jours*, Paris, Armand Colin, 2009.
 - REVERBY Suzan, *Ordered to Care : the dilemma of American Nursing 1850-1945*, New-York, Cambridge University press, 1987.

- RIOT-SARCEY Michèle, *Histoire du féminisme*, Paris, La Découverte, Coll. Repères, 2002.
- RIGAUX Geneviève, L'École d'infirmières annexée à l'ULB, in LOURYAN Stéphane, KINNAERT PAUL (dir.), *Le Pôle Santé de l'ULB : histoires de lieux, de personnages et de découvertes*, Bruxelles, Mémogrames, 2009, p 357- 371.
- ROLLET Christian, *La Santé publique en France : un cas d'école*, Rennes, presses de l'EHESP, 2015.
- ROUSSET Vincent, SPADONI Yvette (dir.), *Des femmes, des hommes, un hôpital. Le personnel de l'AP-HP témoigne*, Paris, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris / Doin éditions, 1999.
- RUIZ Émilien, Le New public management et la question des effectifs de l'État (1), [en ligne], URL : <https://compter.hypotheses.org/670>.
- RUIZ Émilien, La diffusion française des savoirs managériaux. Le NPM et la question des effectifs de l'État (3), [en ligne], URL : <https://compter.hypotheses.org/724> .
- SAUNIER Pierre-Yves, Les régimes circulatoires du domaine social 1800-1940 : projets et ingénierie de la convergence et de la différence, *Genèses*, n° 71, février 2008, p 4-25.
- SAUNIER Pierre-Yves, TOURNÈS Ludovic, Rockefeller, Gillet, Lépine and Co. : une joint venture transatlantique à Lyon (1918-1940), in TOURNÈS Ludovic (dir), *L'argent de l'influence : les fondations américaines et leurs réseaux européens*, Paris, Autrement, 2010, p 64-83.
- SAUNIER Pierre-Yves, DIÉBOLT Évelyne et FOUCHÉ Nicole, Devenir infirmière en France. Une histoire atlantique ? (1854-1938), *Clio. Femmes, Genres, Histoire*, n° 36, [en ligne], 2012, URL : <http://clio.revue.org/10892>.
- SCHWEITZER Sylvie, *Les femmes ont toujours travaillé : une histoire du travail des femmes aux XIXème et XXème siècles*, Paris, Odile Jacob, 2002.
- SCHWEITZER Sylvie, *Femmes de pouvoir : une histoire de l'égalité professionnelle en Europe, XIXème-XXIème siècles*, Paris, Payot, 2010.
- SCHWEITZER Sylvie, Les enjeux du travail des femmes, *Vingtième siècle. Revue d'histoire*, n° 75, Mars 2002, p 21-33.
- SCHWEYER François-Xavier, Les directeurs d'hôpital : des entrepreneurs locaux du service public hospitalier ? *Revue française des affaires sociales*, n°4, Avril 2001, p 115-121.
- SCHWEYER François-Xavier, La formation des directeurs d'hôpital. Trente ans de réforme et de débats, *Revue fondamentale des questions hospitalières*, , n° 5, Juin 2002, p 111-176.
- SCOTT Patrick G., Arthur Hugh Clough and Florence Nightingale: a relationship reexamined, *University of South Carolina, Colombia*, [en ligne], 2006, URL: http://scholarcommons.sc.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1224&context=engl_facpub

- SINGER Madeleine, *notice LATREILLE Geneviève, Suzanne*, Le Maitron, Dictionnaire biographique du mouvement ouvrier, [en ligne], URL : <http://maitron-en-ligne.univ-paris1.fr/spip.php?article87517>
- SIVADON Paul, *Psychiatrie et socialités : récit autobiographique et réflexions d'un psychiatre français*. Toulouse, Eres, 1993.
- SOHIER Roger, SUTHERLAND AGB, *La genèse du Centre international de recherche sur le cancer*, Rapport technique du CIRC n° 6, OMS, Lyon, 1990.
- SOREL Etya, BOUTAN Pierre, *Le plan Langevin-Wallon, une utopie vivante*, Paris, PUF, 1998.
- STEVENSON Joanne S., WOODS Nancy, Nursing science and contemporary science: emerging paradigms, In SORENSEN Gladys E.(ed.), *Setting the agenda for the year 2000 : knowledge development in nursing*, Kansas City, MO : American Academy of Nursing, 1986, p 6-20.
- TABUTEAU Didier, Santé et politique en France, *Recherche en Soins infirmiers*, n° 109, Juin 2012, p 6-15.
- THIBAUT Marie-Noëlle, POISSON Michel, A propos de la grève des infirmières françaises de 1988, *Le Mouvement social*, n° 146, Mars 1989, p. 91-93.
- TONDEUR Laurence, BAUDIER François, Le développement de l'éducation pour la santé en France : aperçu historique, *Actualité et dossier en santé publique*, n° 16, Septembre 1996, p 3-6.
- TOURNÈS Ludovic, La Fondation Rockefeller et la naissance de l'universalisme philanthropique américain, *Critique internationale*, n° 35, Avril-Juin 2007, p173-197.
- TOURNÈS Ludovic (dir), *L'argent de l'influence : les fondations américaines et leurs réseaux européens*, Paris, Autrement, 2010.
- TOURNÈS Ludovic, *Les Etats-Unis et la Société des Nations (1914-1946) : le système international face à l'émergence d'une superpuissance*, Bern, Peter Lang, 2015.
- VIGIL-RIPOCHE Marie-André, Marie-Françoise Collière 1930-2005. Une infirmière, Une historienne, Une auteure, Une pédagogue, Une conceptrice des soins et... Une femme, *Recherche en Soins infirmiers*, n° 107, Décembre 2011, p 7-22.
- VONARX Nicolas, De Bronislaw Malinowsky à Virginia Henderson, révélation sur les origines anthropologiques d'un modèle de soins infirmiers, *Aporia*, Vol.2, n°4, Octobre 2010, p 19-28.
- VON BUELTZINGSLOEWEN Isabelle, La guerre, l'occupation et le régime de Vichy : de nouvelles perspectives pour le travail social, *Vie sociale*, n°3, Mars 2008, p 19-28.
- WEBER Max, L'objectivité de la connaissance dans les sciences et la politique sociales, 1^{er} essai (1904), in *Essais sur la théorie de la science*, Paris, Plon, 1965.
- WOODHAM-SMITH Cecil, *Florence Nightingale*, New-York, McGraw-Hill Book Company, Inc. 1951.

TABLE DES TABLEAUX ET SCHÉMAS

- Tableau 1** : membres du Conseil de direction de l'EIEIS, avril 1964.....p 303
- Tableau 2** : présentation et fonction des membres du groupe d'infirmières consultant en enseignement infirmier en vue d'étudier les programmes de l'EIEIS à Lyon du 12 au 17 octobre 1964.....p 321
- Tableau 3** : enseignement théorique à l'EIEIS : nombre d'heures de cours par matière et par année, octobre 1964.....p 330
- Tableau 4** : quelques extraits de la Convention entre les HCL et l'Université de Lyon, signée le 29 juin 1966.....p 337
- Tableau 5** : récapitulatif des grilles indiciaires proposées par les HCL au personnel dirigeant et enseignant de l'école d'infirmières, de l'école de cadres et de l'EIEIS en mai 1965..... p 342
- Schéma 1** : organigramme de l'EIEIS adopté en Commission permanente le 20 octobre 1964p 332
- Schéma 2** : plan des locaux de l'EIEIS à l'ouverture en septembre 1965.....p 347

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS.....	3
TABLEAU DES SIGLES UTILISÉS.....	7
INTRODUCTION GÉNÉRALE	11
Historiens et infirmières en France	12
Infirmiers(ères)-historien(ne)s français(es) en quête de leurs racines	17
Infirmières et soins infirmiers : importants objets d'étude pour les historiens d'Amérique du Nord - le cas du Québec	24
Aux origines d'une discipline académique : les sciences infirmières comme objet d'histoire aux Québec	29
PREMIÈRE PARTIE – INFIRMIÈRES FRANÇAISES DES ANNÉES 1960 : HÉRITAGES ET ANCRAGES POUR LA FABRICATION D'UN MODÈLE ORIGINAL EN PHASE AVEC LE MONDE	36
CHAPITRE 1 – entre influences anglo-américaines et contingences nationales multiformes, 40 ans de professionnalisation des infirmières françaises (1920-1960)	39
1.1 - Esquisses d'un modèle d'infirmière française pour le XXème siècle.....	39
Un modèle américain physiquement présent et actif en France, pendant et après la Grande Guerre	40
Entre tentation et méfiance pour le séduisant exemple américain et le vénérable précédent anglais, l'invention d'un modèle français compliqué au début des années 1920	48
Considérations de genre, problématiques locales et difficultés chroniques de recrutement comme facteurs d'éclatement d'un modèle français pourtant en quête de regroupement et de rationalisation.....	62
Infirmières et médecins à la fin des années 1920 : émancipation des leaders et soumission des infirmières du rang	66
1.2 - Infirmières et assistantes sociales des années 1930 : entre concurrence et complémentarité, une régulation de plus en plus ferme de l'État	72
D'un cloisonnement initial absolu au début des années 1930 à un rapprochement sur décision politique en 1936	72
Infirmières et assistantes sociales à la veille de la guerre : convergences et distinctions	81
Après la débâcle : entre ultime sursaut hygiéniste et hôpital moderne, vers la différenciation définitive des professions d'infirmière et d'assistante sociale sous le Régime de Vichy	90
1.3 - Infirmières de la Libération et de l'après-guerre : une profession affirmée qui se structure	104

La confirmation du modèle quasi achevé sous Vichy, pour une profession en développement	104
Des assistantes hospitalières lyonnaises des années 1920 aux aides-soignants en 1949 : division du travail de soins et stratification du groupe professionnel des infirmières en question	110
Le tardif comité d'entente des écoles en 1949 : de la réflexion des directrices d'écoles sur la formation des infirmières à l'ébauche d'une structuration des niveaux supérieurs de la profession	114
Former des infirmières cadres et enseignantes au service de l'hôpital moderne dans les années 1950	117
CHAPITRE 2 - Infirmières françaises à l'aune des infirmières du monde dans les années 1960 : retard des unes, avance des autres, deux mythes à l'épreuve de la réalité	129
2.1 - L'OMS et les infirmières dans les années 1960 : pour des formations de haut niveau, au service de l'assistance et du développement partout dans le monde	129
Des origines à la fin des années 1950 : une place grandissante pour les infirmières et les soins infirmiers à l'OMS	129
Après la décolonisation : infirmières et soins infirmiers comme ressources de première ligne à l'OMS	132
2.2 – Le comité d'experts en soins infirmiers à l'OMS : un creuset international pour la fabrication et la diffusion d'un idéal-type de l'infirmière et de sa profession dans les années 1960	138
Quelques éléments caractéristiques du modèle anglais fondateur en 1860 : rapports de classes, rapports de sexes et rapport au savoir comme déterminants de la relation infirmières-médecins	138
Infirmières et médecins en 1960 : au-delà de la division du travail médical, deux visions du monde de la santé pour une coopération loyale	151
Questionner le passé pour mieux appréhender l'avenir : traditions, genre, rapport aux sciences et formation	153
Structurer les services infirmiers et les personnels s'y rapportant : stratifications, hiérarchies et expertises	160
Développer les formations supérieures et la recherche	162
2.3 – Infirmières françaises, anglaises et américaines des années 1960 : l'idéal-type international comme instrument de comparaison	167
D'une féminisation volontariste à la difficile acceptation de la mixité de la profession : une même trajectoire dans des aires culturelles aux histoires différentes	167
Médecins et infirmières : une même subordination mise en mots et en œuvre différemment selon les pays	171
Des schémas différents pour une même volonté de structuration et d'organisation des personnels dispensant des soins	175
Rapport à l'Université et développement de la recherche : l'exception américaine pour une minorité d'infirmières, porteuses d'une aspiration à l'émancipation et modèles pour le plus grand nombre	189

CONCLUSION DE LA PREMIERE PARTIE	199
DEUXIEME PARTIE - L'OUVERTURE DE L'EIEIS À LYON EN 1965 : UN NOUVEL ÉLAN POUR LE DÉVELOPPEMENT DE LA PROFESSION D'INFIRMIÈRE EN FRANCE	203
CHAPITRE 3 – Conditions humaines et matérielles pour l'invention en France, d'un prototype d'École supérieure internationale destinée aux infirmières (1960-1964)	205
3.1 - La France des années 1960 : un contexte favorable au développement de la profession d'infirmière	205
De la fin de l'Empire colonial à l'invention de relations nouvelles avec les anciennes colonies	206
Croissance économique et transformations sociales en métropole	208
3.2 – Porter le projet et prévoir l'ouverture de l'EIEIS : des recrutements anticipés pour l'ébauche d'une équipe dirigeante et enseignante (1960- 1963)	217
Nicole Mennesson, infirmière bâtisseuse et voyageuse	218
Huguette Bachelot, infirmière exploratrice et engagée.....	221
Deux directrices potentielles en formation au Québec et en voyage d'étude en Amérique du Nord (août 1961 - octobre 1962)	224
Catherine Mordacq et Marie-Françoise Collière, premières monitrices pressenties	228
3.3 – Premières explorations, sous la houlette d'une consultante de l'OMS (novembre 1962- avril 1963)	232
Marjorie Duvillard, infirmière suisse : une consultante de choix pour les autorités françaises et un mentor d'exception pour les deux directrices potentielles de l'EIEIS.....	232
Le système de soins français et l'université de Lyon sous le regard critique d'une consultante en voyage prospectif (15 novembre 1962 – 31 janvier 1963)	241
Un regard sur la réorganisation et la transformation des soins infirmiers en Belgique (15-30 avril 1963)	272
3.4 - Vers la finalisation du projet d'ouverture de l'EIEIS (mai 1963 – printemps 1964)	279
Deux directrices potentielles en voyage de réflexion et de production à Genève ...	279
De la fin de la mission de Marjorie Duvillard à la finalisation du « plan d'opérations concernant l'assistance fournie par l'OMS en vue de l'établissement d'une EIEIS à Lyon ».....	286
CHAPITRE 4 – L'envol de l'EIEIS (1964-1967)	301
4.1 - 1964 : mettre l'EIEIS en ordre de marche	302
Les premières réunions du Conseil de direction et de la Commission permanente de l'EIEIS comme lieux de confrontation, de débat et de négociation entre tous les acteurs impliqués.....	302
De l'évaluation internationale du projet d'enseignement aux ultimes ajustements du projet d'École.....	320

Préparer la rentrée tout en faisant face, déjà, aux premiers imprévus.....	335
4.2 – Les dits et les non-dits d’une inauguration en grandes pompes	348
4.3 – 1965-1967 : deux années inaugurales révélatrices de réussites, mais aussi d’obstacles jusqu’alors impensés ou seulement confusément pressentis	360
Du côté des étudiants, deux années réussies, malgré la nécessité de quelques ajustements	360
La faiblesse des effectifs : un avenir d’emblée préoccupant	364
CONCLUSION DE LA DEUXIÈME PARTIE.....	383
 TROISIÈME PARTIE - L’EIEIS À L’ÉPREUVE DU TEMPS	387
 CHAPITRE 5 – Combats, promesses, espoirs et déconvenues : l’introuvable rythme de croisière dans une École en sursis permanent (1968-1978)	389
5.1 - L’année 1968 et ses prolongements à l’EIEIS : entre démocratisation de l’institution à l’intérieur et affirmation d’une parole infirmière libre à l’extérieur, l’apprentissage de la désobéissance	389
Une aspiration à une plus grande participation des étudiants et des enseignants à la vie de l’École	391
Le service infirmier français doit-il rester sous-développé ?	393
5.2 - Travailler à l’EIEIS dans les années 1970 : maintenir l’élan et amplifier l’influence de l’École, malgré les vents contraires	408
Année 1969 : quelques espoirs vite balayés.....	411
Une directrice en formation personnelle permanente et de plus en plus active au niveau national et international	414
Une directrice-adjointe sur tous les fronts	420
Une équipe enseignante très occupée et largement impliquée dans des activités extérieures à l’École.	431
5.3. Étudier à l’EIEIS dans les années 1970 : apprendre le métier d’étudiant dans une école unique et préparer l’avenir pour soi et pour la profession	444
Trouver les ressources financières nécessaires	444
S’aventurer dans les arcanes de l’École et découvrir le monde universitaire	446
Travailler à la sortie et participer à la vie de l’EIEIS et au développement de la profession	452
5.4 – Le tournant de 1975 : entre apparition des infirmières générales et disparition d’une chimère, l’avenir de l’EIEIS en péril	459
La fonction de surveillante générale : objet de réflexions, d’expérimentations et de débats au niveau national	460
Former les surveillantes générales : la fin soudaine d’un projet de longue date, fondamental pour l’EIEIS	463
Envisager l’avenir autrement.....	471

CHAPITRE 6 – de l'impossible second souffle à la fin de l'École de Lyon : après les réalisations et leurs promesses, le moment du bilan (1978-1995)	487
6.1 - Le tournant de 1978 : assurer la continuité de l'EIEIS malgré la rupture voulue et annoncée par la nouvelle direction	487
Les statuts de l'IIFSCS : une mise sous tutelle du DEIS	487
Au sein du DEIS : continuer sur la lancée de l'EIEIS, au risque d'un isolement au niveau local et national	497
Entre un directeur d'Institut occupé à masquer l'éclat du DEIS avec le plus grand zèle et un environnement économique local et national de plus en plus contraignant, le difficile travail du directeur technique du DEIS	517
6.2 – Des faux semblants d'une embellie à la fin du DEIS (1986 – 1995)	534
Dernières lueurs d'espoir	534
Chronique d'une lente agonie	542
Au lendemain de la fermeture : un regard sur l'effectif formé pendant 30 ans	555
6.3 – En marge du déclin de l'EIEIS, la vitalité d'un groupe professionnel qui s'organise et se manifeste : paradoxe ou simple indicateur d'une mission accomplie ?	558
Les infirmières construisent leur avenir	558
Ni bonnes ni nonnes ni connes	572
 CONCLUSION DE LA TROISIÈME PARTIE	591
 CONCLUSION GÉNÉRALE	595
 SOURCES EXPLOITÉES	601
Sources d'archives	601
Entretiens	603
Textes législatifs et réglementaires	603
Sources imprimées	611
 BIBLIOGRAPHIE	618
 TABLE DES TABLEAUX ET SCHÉMAS	628

Résumé

L'école internationale d'enseignement infirmier supérieur, Lyon (1965-1995)
Fabrique d'une élite et creuset pour l'émancipation des infirmières françaises du XX^{ème} siècle.

En 1960, après 40 années de professionnalisation, les infirmières françaises étaient dotées d'un modèle original de profession fortement structuré et témoignant d'une qualification qui avait indéniablement gagné en épaisseur. La Grande Guerre et ses prolongements avaient favorisé la pénétration en France du prototype professionnel anglo-américain. Même si cette influence fut limitée, en 1960 le modèle français était comparable en de nombreux points à l'historique modèle anglais et à son successeur américain. En revanche, les infirmières françaises ne connaissaient à cette date ni les perspectives de carrière de leurs collègues, ni le chemin de l'Université alors impensable. La création de l'EIEIS à Lyon en 1965 offrit cette possibilité à un petit nombre d'entre elles et constitua une extraordinaire opportunité pour le développement de la profession en France. L'élite très active formée grâce à cette institution oeuvra à la modification des représentations de la profession chez les médecins, les universitaires, les directeurs d'hôpitaux et les politiques. Elle contribua aussi à changer les pratiques et le rapport au monde des infirmières françaises qui inventèrent même un mouvement revendicatif original à la fin des années 1980. Enfin, cette École établit les bases d'un développement disciplinaire des soins infirmiers en France. Unique en son genre, elle ferma en 1995, faute des moyens nécessaires au maintien de son activité. Le *New public management*, de plus en plus présent à l'hôpital, privilégia la rationalisation des organisations et leur gestion strictement comptable, au détriment des considérations sur le développement académique des soins infirmiers en France.

Abstract

The international School of Higher Nursing education, Lyon (1965-1995)
A place supporting and influencing an elite development and the emancipation of French nurses of the twentieth century.

In 1960, after 40 years of vocational development, the French nurses were endowed with an original model of occupation strongly structured demonstrating that their qualification had undeniably gained in thickness. The Great War and its repercussions had furthered the penetration of the Anglo-American professional prototype in France. Even if this influence was limited, in 1960 the French model was comparable in numerous points to the historical English model and its American successor. On the other hand, the French nurses knew nothing about their colleagues' career prospects and the way to University, which was unthinkable at the time. In 1965, the creation of the EIEIS in Lyon, gave to a small number of them this opportunity and established a tremendous occasion for the development of the nursing profession in France. The very active elite turned out thanks to this institution managed to change opinions about nursing profession among doctors, hospitals' managers, academic people and public authorities. It also conduced to change French nurses' practices and relationship to the world. Nurses even invented an original movement of protest at the end of 1980s. Finally, this School laid the foundations for an academic development of nursing in France. Though it was unrivalled in the country, it closed in 1995, due to the lack of necessary means to preserve its activity. "New public management", more and more present in hospitals, promoted the rationalization of organizations and a strictly accounting management rather than an academic development of nursing in France.