

Master de Philosophie Pratique

Spécialité Ethique médicale et hospitalière

ÊTRE INFIRMIER(ÈRE) EN 2012, DES MUTATIONS ET DES PARADOXES

Une réflexion éthique entre désordre(s) et ordre(s)

Présenté par :
Marie-Anne DEGOIT-CLOISEAU

Responsable pédagogique :
Eric FIAT

Directeurs de mémoire :
Jean-Paul CHARTIER
Anne MONTARON





Master de Philosophie Pratique

Spécialité Ethique médicale et hospitalière

ÊTRE INFIRMIER(ÈRE) EN 2012, DES MUTATIONS ET DES PARADOXES

Une réflexion éthique entre désordre(s) et ordre(s)

Présenté par :
Marie-Anne DEGOIT-CLOISEAU

Responsable pédagogique :
Eric FIAT

Directeurs de mémoire :
Jean-Paul CHARTIER
Anne MONTARON

Année 2011 - 2012

Marie-Anne Degoit-Cloiseau : macloiseau@gmail.com

© M-A Degoit-Cloiseau - 2012 - Tous droits réservés ; toute citation de ce document doit mentionner son origine (art. L122-4, L122-5, L335-2 du code de la propriété intellectuelle).

Note aux lecteurs : Pour faciliter la lecture en ligne de ce mémoire, nous avons intégré au cœur du développement, certains éléments (tableaux ou illustrations) figurant en annexe dans le document original en version papier. Le texte reste, quant à lui, strictement identique.

« *Une distance provisoire* (d'avec le terrain), *pour une meilleure présence.* »

Devise de l'Espace Ethique de l'Université Paris-Est Marne la Vallée.

Nous la reprenons volontiers comme démarche dans notre travail.

REMERCIEMENTS

Eric Fiat, Directeur du Master et du Doctorat de philosophie pratique, Directeur de l'équipe de recherche « Espaces éthiques et politiques, Institut Hannah Arendt », Université Paris-Est Marne-la-Vallée ;

David Smadja, Maître de conférences en philosophie et sciences politiques à l'université Paris-Est Marne-la-Vallée ;

Pour un suivi attentif et personnalisé sur ces neuf mois de formation, une exigence et des conseils ayant pour but de mettre en valeur le travail de l'étudiant et indispensables au vu de l'ampleur de la problématique ;



Evelyne Courjou, Docteur en philosophie, chargée d'éthique sur le groupe hospitalo-universitaire H. Mondor : pour une relecture enrichie de précieuses suggestions pour étayer mon argumentation ;

Catherine Chaulet, Cadre infirmier de l'équipe mobile de soins palliatifs et douleur, groupe hospitalo-universitaire H. Mondor, site de Joffre Dupuytren : une relecture sous un éclairage issu d'un parcours professionnel d'une extraordinaire humanité, aussi bien dans les soins que dans l'encadrement ;

Dr Stéphane de Botton, Hématologue, chef du service d'hématologie, Institut Gustave Roussy : une discussion formelle pour quelques remarques informelles, des observations pertinentes et une exigence de précision terminologique ;

Katia Leplé, Infirmière en hématologie, Institut Gustave Roussy : il me fallait un baromètre d'accessibilité des concepts philosophiques qui sont à la base de notre profession en même temps que de l'acuité sur notre pratique soignante, ta relecture était indispensable ;

Marie-Blanche Nicolai, Drees Publication, une réponse rapide, pertinente, et un intérêt manifesté au-delà du simple contact administratif ;

Mes soutiens de la première heure, médecins, cadres de santé, collègues infirmiers et de différents corps de métiers, amis et famille : parce que sans votre concours dans la réalisation préalable du DU, je n'aurais pas pu accomplir aujourd'hui le master ;

Christophe et Kévin Cloiseau : pour avoir, entre autres et ce pluriel n'est pas anodin, accepté mes trois bureaux et les « territoires annexés » pour la réalisation de ce travail ;



Anne Montaron, Directeur des soins, Institut Gustave Roussy : pour votre soutien dès le début de mes démarches, votre intérêt manifesté à l'énoncé de ma problématique, pour avoir suivi ce travail et m'avoir encouragé sur toute la durée de la formation, pour m'avoir fourni une documentation et une iconographie riche et irremplaçable dans l'illustration de la profession infirmière ;

Jean-Paul Chartier, Cybercampus, Complex Systems Society : tu as été encore une fois l'appui dans la direction de ce travail, toujours selon une méthodologie exigeante pour permettre une approche originale du sujet ;

A toutes et à tous,

Merci

TABLE DES MATIERES

Glossaire	7
Avant-Propos	12
Introduction.....	15
I De la notion d'ordre et de désordre aux concepts de responsabilité et de « vide éthique »	19
1) L'évidence énigmatique de l'ordre et du désordre.....	21
De la théorie.....	22
... A la pratique soignante	24
2) Infirmière, une responsabilité à assumer, un vide éthique à combler ..	26
II Entre cognition et représentations : miroir... mon beau miroir.....	33
1) La construction de l'intellect : l'infirmière entre réflexion et action...	38
2) Les représentations sociales : l'infirmière face à son reflet dans le miroir.....	42
3) De l'autre côté du miroir, un exemple de la relation infirmier/malade : l'intimité.....	47
III Infirmier(ère) : une histoire entre guerres et paix	53
1) Florence Nightingale : <i>the lady with the lamp</i>	55
2) Henri Dunant : une iconographie emblématique	60
3) Des lieux et des Hommes, une histoire parallèle	63
L'infirmierie : un terme ancien toujours en activité	63
Infirmière : de prendre soin à faire des soins.....	68
IV Les soins infirmiers : des actes diversifiés, une philosophie du soin	77
1) Le soin infirmier, immuable mutant.....	77
Le secteur public hospitalier, une très large majorité.....	78
L'exercice libéral : en constante augmentation	79
L'intérim : les infirmiers les plus jeunes	81
L'exercice infirmier en secteur privé : complément au service public.....	82
Les infirmiers en minorité et autres indéterminés	82
2) Infirmier, soin infirmier, diagnostic infirmier : variabilité, diversité et imprécisions à l'international aussi.....	84
Methodologie.....	85
L'étude.....	86
3) Le rôle de l'infirmier : entre maladie, vieillesse, mort et autres aléas de la vie.....	97

Le soin infirmier : un accompagnement du début de la vie jusqu' après la mort	98
Le soin infirmier : une présence dans toutes les trajectoires de la vie....	104
4) La nouvelle terminologie du soin : une actualisation contemporaine	110
La pratique soignante infirmière : une éthique du care et/ou du prendre soin	113
De nouveaux mots pour établir une « bonne distance » dans le soin	121
5) La hiérarchie professionnelle : un exemple des enjeux du soin.....	127
V Et maintenant... quel avenir	138
1) Un diplôme « grade » de licence, un Ordre national des infirmiers. Peut mieux faire (?).....	140
La formation aujourd'hui... et quelques propositions.....	140
L'Ordre national des infirmiers, une instance... en instance (?).....	146
2) Les nouvelles perspectives de l'exercice professionnel infirmier.....	150
Conclusion	155
Bibliographie	159
Annexes	172

GLOSSAIRE

- Infirmier(ère)** : *Est considérée comme exerçant la profession d'infirmière ou d'infirmier toute personne qui, en fonction des diplômes 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 (Loi n° 78-615 du 31 mai 1978). Dans ce travail, le mot est utilisé indifféremment au masculin ou au féminin. Le lecteur y trouvera certainement une prédominance féminine, reflet du genre majoritaire exerçant la profession.*
- Adeli : Automatisation des listes.
- Ameli : Assurance maladie en ligne.
- AFIC : Association Française des Infirmier(ère)s de Cancérologie.
- Afssaps : Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, remplacée au 1^{er} mai 2012 par l'Agence nationale de sécurité du médicament, ANSM.
- AP - HP : Assistance Publique - Hôpitaux de Paris.
- AVC : Accident Vasculaire Cérébral.
- Bayésien : En statistique, qualifie les méthodes d'inférence statistiques fondées sur une évaluation des probabilités des hypothèses, préalablement à l'observation d'un évènement aléatoire (définition du dictionnaire de l'encyclopédie Universalis, version numérique 2007).
- Cathlon : Terme de jargon professionnel pour définir un petit cathéter veineux posé en périphérie par l'infirmière (au contraire de la VVC).
- CERN : Organisation Européenne pour la Recherche Nucléaire.
- CFCPH : Centre de Formation Continue du Personnel Hospitalier.

CHS-CT	:	Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail.
CHU	:	Centre Hospitalier Universitaire.
CITE	:	Classification Internationale Type de l'Education. CITE 5A : orientation académique ; CITE 5B : orientation plus professionnelle.
CLCC	:	Centre de Lutte Contre le Cancer.
CII	:	Conseil International des Infirmières.
CIM-10	:	Classification Internationale des Maladies, appellation complète : Classification Statistique Internationale des Maladies et des Problèmes de Santé Connexes. Le numéro ajouté concerne la version en vigueur.
CLIN	:	Comité de Lutte Contre les Infections Nosocomiales.
CNU	:	Conseil National des Universités.
Dasein	:	Mot allemand dont la traduction littérale est être (sein) là (da). En philosophie, existence comme présence au monde, pour la philosophie existentielle de M. Heidegger (définition du dictionnaire de l'encyclopédie Universalis, version numérique 2007).
DMP	:	Dossier Médical Personnel (le P est quelques fois admis pour Partagé).
Drees	:	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques du Ministère de la Santé.
DSM-IV-TR	:	Manuel statistique et diagnostique des troubles mentaux. Le numéro ajouté concerne la version en vigueur.
DU	:	Diplôme Universitaire. Il n'entre pas dans le cursus LMD.
Dynamap [®]	:	Appareil électromécanique de surveillance de la tension artérielle, des pulsations cardiaques, de la fréquence respiratoire et de la saturation. Selon les modèles, d'autres fonctions peuvent être apportées.
EBM	:	Evidence Based Medicine.
EBN	:	Evidence Based Nursing.

ECTS	:	European Credits Transfer System.
EFEC	:	Ecole de Formation Européenne de Cancérologie.
EHESS	:	Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales.
Entropie	:	Degré de désordre présent dans un système.
Epicrânienne	:	Aiguille à ailettes servant à perfuser ou à réaliser des prélèvements sanguins.
ESPIC	:	Etablissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif.
FNI	:	Fédération Nationale des Infirmiers.
HAD	:	Hospitalisation à domicile.
HAS	:	Haute Autorité de Santé.
HPST	:	Hôpital Patients Santé Territoire. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant <i>réforme de l'hôpital</i> et relative <i>aux patients, à la santé et aux territoires</i> .
HTA	:	Hypertension artérielle.
IADE	:	Infirmier Anesthésiste Diplômé d'Etat.
IBODE	:	Infirmier de Bloc Opératoire Diplômé d'Etat.
ICRC	:	International Committee of the Red Cross.
IDE	:	Infirmier diplômé d'Etat.
IFSI	:	Institut de Formation en Soins Infirmiers.
INCa	:	Institut National du Cancer.
Insee	:	Institut national de la statistique et des études économiques.
Irdes	:	Institut de recherche et documentation en économie de la Santé.
IGR	:	Institut Gustave Roussy, Villejuif (94).
JORF	:	Journal Officiel de la République Française.
KTC	:	Abréviation pour cathéter central (quelques fois raccourci même en KT). Voir aussi VVC.
LAM	:	Leucémie aiguë myéloïde.
LMD	:	Licence, Master, Doctorat.
MAD	:	Maintien à domicile.

Métaphysique	:	Partie de la philosophie qui s'intéresse à la connaissance de l'être absolu, aux principes premiers et premières causes (définition du dictionnaire de l'encyclopédie Universalis, version numérique 2007).
Mucite	:	Inflammation de la muqueuse buccale.
Myélogramme	:	Ponction de moelle osseuse. Appellation à la fois pour l'acte médical et l'examen biologique.
NANDA	:	North American Nursing Diagnosis Association.
Neutrinos	:	Les neutrinos sont des particules élémentaires, de masse pratiquement nulle, qui sont engendrées par des réactions nucléaires (définition futura-sciences.com).
OCDE	:	Organisation de Coopération et de Développement Economiques.
OMS	:	Organisation Mondiale de la Santé. En anglais, World Health Organization, WHO.
ONI	:	Ordre National des Infirmiers.
ORL	:	Oto-rhino-laryngologie.
PAC	:	Port à cath [®] . Voie veineuse centrale munie d'un boîtier. Le dispositif est posé en sous cutané (à l'inverse du cathéter central qui sort à la base de la peau et nécessite un pansement réalisé par l'infirmière dans des conditions d'asepsie très strictes). La personne est ensuite perfusée sur ce boîtier grâce à une aiguille de Huber dont la forme à angle droit est facilement reconnaissable.
PCA	:	Patient - Controlled Analgesia. Système par lequel le patient contrôle la délivrance d'analgésique lorsqu'il est douloureux.
Phénoménologie	:	En philosophie, méthode cherchant à découvrir l'essence absolue des êtres et les structures transcendantes de la conscience (définition du dictionnaire de l'encyclopédie Universalis, version numérique 2007).
PMI	:	Protection Maternelle et Infantile.

PNUD	:	Programme des Nations Unies pour le développement. UNDP en anglais.
PSE	:	Pousse Seringue Electrique.
Poupinel	:	Stérilisateur.
RTT	:	Réduction du Temps de Travail.
SAD	:	Service d'aide à domicile.
SHA	:	Solution Hydro Alcoolique.
SIDIIEF	:	Secrétariat International des Infirmières et Infirmiers de l'Espace Francophone.
Sitep	:	Service des Innovations Thérapeutiques Précoces à l'IGR, Villejuif.
Structuralisme	:	Courant de pensée issu de la linguistique et qui traite les faits humains comme éléments symboliques d'un ensemble qui peut être déchiffré (définition du dictionnaire de l'encyclopédie Universalis, version numérique 2007).
T2A	:	Tarifcation à l'activité.
Téléologie	:	En philosophie, étude de la finalité. Doctrine selon laquelle le monde obéit à une finalité (définition du dictionnaire de l'encyclopédie Universalis, version numérique 2007).
Unesco	:	United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, en français Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture.
VIH	:	Virus de l'Immunodéficience Humaine.
VHC	:	Virus de l'Hépatite C.
VVC	:	Voie Veineuse Centrale. Cathéter posé par un anesthésiste, en général dans un bloc opératoire mais il peut être aussi posé en urgence au lit du malade. Le dispositif vise à cathétériser une veine à gros calibre (fréquemment jugulaire ou sous clavière).

AVANT-PROPOS



« Si, en général, les infirmiers des hôpitaux permanents sont mauvais, en général aussi ceux des hôpitaux temporaires et ambulans ont été détestables. On les ramassait sur le pavé, où l'oisiveté, la fainéantise et l'inconduite les avaient mis ; on les tirait des maisons de correction, où les dérèglements les avaient fait enfermer ; on allait les chercher dans les prisons où l'infamie les attendait ; les bagnes mêmes, à ce qu'on a prétendu, en avaient fourni, et faudrait-il s'en étonner ? » Une société de médecins et de chirurgiens¹



Un avant-propos est bien plus qu'une introduction et une présentation d'un développement qui va suivre. Il est aussi le « décor » qui donnera envie au lecteur ou lectrice de nous accompagner dans les méandres de notre réflexion.

Et là, il nous faut le reconnaître, le cadre est peu accueillant et les personnages bien peu amènes ! Nous allons donc rectifier cette grossière erreur tactique, et nous adresser en premier au lecteur masculin.

Je suis UNE infirmière.

– Oh... ???

J'ai 51 ans.

– Ah !

Non... Messieurs, les infirmières ne sont donc pas toutes jeunes et jolies² et nous verrons par la suite que l'âge moyen de la profession est relativement avancé ce qui n'est pas sans poser de nombreux problèmes de recrutement aux hôpitaux dans certaines régions, notamment ceux de l'AP - HP³, avec un départ massif à la retraite de leurs personnels soignants.

¹ Chacun des chapitres et sous chapitres de ce mémoire est introduit par une citation d'auteurs divers, philosophes parfois. Elle n'a d'autre vocation que d'indiquer la couleur de la partie et en porter le sens.

Une société de médecins et de chirurgiens, *Dictionnaire des sciences médicales*, vol. 24 (ILI - INF), Paris, Panckoucke, 1818, p. 502. Dans cette citation, nous avons gardé l'orthographe du texte original.

² Nous laissons à chacun l'appréciation des critères esthétiques ainsi que ceux de l'âge.

³ Assistance Publique - Hôpitaux de Paris.

Les infirmiers font peu fantasmer. Il paraîtrait, Mesdames, que nous préférions les hommes aux métiers plus virils dans nos représentations. Nous nous garderons cependant de citer des exemples afin de préserver, pour chacune des professions non référencées dans cette liste, la dignité mâle de leurs agents.

Vous l'avez compris, cet avant-propos est de genre féminin et d'environnement hospitalier, à l'inverse de ce mémoire qui s'attachera à étudier la profonde diversité de la profession d'infirmier (ère).

La blouse sexy, d'une longueur que la décence m'empêche de préciser ici, n'existe que sur certains sites internet interdits fréquemment par contrôle parental ou dans des films dont le téléchargement peut être fait en toute discrétion. L'infirmier(ère) porte des vêtements de travail (tunique et pantalon) fonctionnels et androgynes dont le pauvre éventail de tailles ne permet guère un parfait ajustement. Les tenues à usage unique, dont le confort reste à prouver, sont l'équivalent d'une étuve et rendent les effluves sortant des vestiaires bien éloignées des senteurs d'une parfumerie.

Je travaille en secteur protégé, en hématologie, à l'Institut Gustave Roussy, mais un nombre important d'autres services hospitaliers de différents établissements nécessitent le port d'une charlotte que l'on peut, selon son gré, arborer toute la journée ou enlever entre les soins. Finies les chevelures félines des images torrides évoquées précédemment... à la sortie de nos services, nos coiffures ressemblent invariablement à celles des bonhommes Playmobil®. Même sans le port de la charlotte, les cheveux mi-longs et longs se doivent d'être attachés et, à la fin d'une journée de travail, tomberont donc fatalement à plat !

Mais « *qu'importe le flacon pourvu qu'on ait l'ivresse* »⁴, l'infirmière a les mains tellement douces ! Les soins et autres actes thérapeutiques, quelques fois invasifs, parfois douloureux, sont en effet à réaliser avec d'énormes précautions, asepsie et précision et nécessitent cette douceur gestuelle professionnelle. Mais prenez les mains d'une infirmière qui a respecté les consignes d'hygiène et les fréquents lavages de mains qu'elles imposent⁵, après ne serait-ce que trois jours de travail, au mois de décembre, vous trouverez une peau d'un toucher plus proche de la toile émeri gros grain que d'une soierie fine ou d'un cachemire. Les ongles sont obligatoirement courts, non vernis, une absence totale de bijoux est requise et nous

⁴ A. de Musset.

⁵ Notons que les Solutions Hydro Alcooliques ont néanmoins beaucoup amélioré l'état cutané des mains des soignants.

sommes encore une fois bien éloignés de la vision affriolante de mains manucurées de près.

Serions-nous donc des... anges ? Oui, bien sûr. L'idée est attrayante : anges de douceur (une fois encore) et saintes femmes, mais quelques fois aussi anges de la mort lorsque l'on tombe du côté obscur de la Force⁶ ! Plus simplement pourtant, le métier est exercé par des hommes et des femmes et le principe d'incertitude⁷ n'a que peu de place dans cette affirmation.

Nous terminerons ce préambule volontairement badin par l'évocation des relations médecins - infirmières. Elle pourrait très certainement se faire dans cette tonalité rosée, en chansons : d'un « *Je t'aime, moi non plus* » à un « *See, sex and sun* » de S. Gainsbourg, dans les mythiques ambiances chaudes de salles de garde. Pourtant, une nouvelle fois, nous trouvons une réalité moins aguicheuse. Les médecins, hommes ou femmes, les infirmiers et infirmières travaillent en équipe, dans un quotidien qui n'est pas toujours aussi léger loin de là. Par leurs connaissances et leurs compétences respectives, parfois déléguées, ils et elles assurent la prise en charge du patient et de sa pathologie pour instaurer, administrer et surveiller ses traitements et pour lui procurer autant que faire se peut, un confort tout autant physique que psychologique dans un contexte de maladie au minimum stressant, au maximum angoissant.

La transversalité, nouvelle posture professionnelle, n'est pas une image de ce recueil hindou attribué à Vâtsyâyana⁸ au VII^e siècle mais une illustration d'une évolution de la médecine et de la profession d'infirmier(ère) avec l'apparition de nouveaux domaines d'activité ayant pour but de rapprocher enfin exercice libéral et exercice hospitalier.

Le décor est maintenant planté... Mesdames et Messieurs les lecteurs, je vous en prie, entrez.

⁶ Concept biológico-philosophique ou son inverse, bien connu des amateurs de la saga cinématographique *Star Wars*, de G. Lucas, réalisée de 1977 à 2005.

⁷ Autre nom du principe d'indétermination, énoncé par le physicien allemand W. -K. Heisenberg en 1927.

⁸ Le Kâma-Sûtra.

INTRODUCTION

En juillet 2012 et dans les années à venir, les étudiants infirmiers, diplômés selon la nouvelle réglementation de 2009⁹, vont se déployer sur le terrain du soin. Le diplôme d'infirmier, acquis en trois ans, est toujours un diplôme d'Etat mais l'obtention de 180 ECTS¹⁰ lui confère le « grade » de licence, et non pas une licence en soins infirmiers, et une pseudo reconnaissance universitaire à Bac +3¹¹. Nous constatons déjà l'ambiguïté de la situation et la difficulté à cerner la formation à ce métier.

Ce nouveau diplôme valide de nouvelles compétences¹² et de nouvelles connaissances, notamment dans des domaines aussi divers que la sociologie, l'anthropologie, l'éthique, l'économie de la santé, et l'anglais. Nous notons immédiatement une différence de culture professionnelle chez ces étudiants issus d'une formation élargie et diversifiée. Dans les services hospitaliers comme dans les cabinets d'infirmiers ou dans toute autre institution où se pratique le soin infirmier¹³, nous rencontrerons des infirmières qui auront à encadrer d'autres praticiennes qui n'ont pas reçu la même formation. En milieu hospitalier, les cadres de santé auront à manager cette nouvelle diversité.

Actuellement étudiante en master de *Philosophie pratique*, spécialité *éthique médicale et hospitalière*¹⁴, nous ne pouvons que constater la présence de ces cadres à la recherche de compléments de formation en éthique par exemple, absente de leurs études à leur époque. Que ce soit dans le cursus pour l'obtention du diplôme d'Etat d'infirmier ou dans celui d'une demande de formation pour assurer une bonne prise en charge de ces personnels juste diplômés, les universités sont ainsi confrontées à l'arrivée de nouveaux étudiants à laquelle elles n'ont pas vraiment été préparées.

Parallèlement à l'évolution des études d'infirmiers, les Agences régionales de Santé réfléchissent aux statuts des personnels hospitaliers avec, pour les infirmiers

⁹ Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier, JORF n° 0181 du 7 août 2009.

¹⁰ *European Credits Transfer System*, système centré sur l'étudiant, basé sur la charge de travail à réaliser par l'étudiant afin d'atteindre les objectifs du programme qui se définissent en terme de connaissances et de compétences à acquérir (définition relevée sur le site web de l'Agence Europe-éducation-formation France).

¹¹ Seule une partie de l'enseignement bénéficie de la reconnaissance universitaire.

¹² Au nombre de 10, cf. annexe n° 10.

¹³ Nous détaillerons ultérieurement dans ce travail la diversité dans l'exercice du soin infirmier.

¹⁴ De même d'ailleurs lors de ma précédente formation au DU *Ethique et pratiques de la santé et des soins* effectuée en 2009, date de mise en œuvre de la nouvelle structure des études pour le diplôme d'infirmiers.

par exemple, le passage en catégorie A soumis à condition¹⁵, en cours de généralisation dans toutes les structures appartenant à la fonction publique.

Tous ces changements interviennent dans un contexte de soins, dans sa pluralité de milieux d'exercice, qui ne doivent pas ni ne peuvent pas être interrompus. Mais nous nous poserons la question de savoir si ce soin, infirmier en particulier, n'a pas lui aussi évolué.

Nous voici donc devant la nécessité d'une réflexion sur la problématique de la profession d'infirmière, de son existence et de son essence, ainsi que de son avenir. Elle s'avère incontournable dans cette période de croisements de mutations sociétales, d'évolutions de personnes, qu'ils soient usagers ou dispensateurs des soins, de progrès dans les techniques et les matériels, et de l'avancée des connaissances médicales qui influent inévitablement sur les soins infirmiers. Il ne s'agit pas de répondre à un quelconque appel mystique à l'image de F. Nightingale, personnage emblématique de la profession, mais peut-être d'utiliser l'éclairage de sa lampe visionnaire¹⁶ pour étudier les nombreux paradoxes de ce métier, les moteurs de son évolution, ses fondements philosophiques, historiques, sociologiques et économiques entre autres.

Cette étude pluridisciplinaire a été conçue dans une approche systémique commandée par la complexité du sujet, induite elle-même en partie par l'étendue quasi illimitée du soin que nous essaierons pourtant de circonscrire. Notre réflexion, dans ce travail, s'est astreinte à observer, relier, induire et interpréter¹⁷ de façon à comprendre et à maîtriser : comprendre une profession aux actes multiples et variés effectués sur une étendue de vie allant de la naissance jusqu'à la mort (le soin ne s'arrêtant qu'après), dans d'innombrables circonstances incluant une bonne santé à préserver, des maladies à dépister, à prévenir ou à traiter, un grand âge à prendre en charge, pour ne citer que quelques-uns des domaines d'intervention du soin infirmier ; et maîtriser une demande de soins de plus en plus pressante émanant d'une société de plus en plus changeante et exigeante. Notre étude se sera d'ailleurs fixée la limite de l'exercice de la profession d'infirmier dans notre pays occidental français tant l'incidence du niveau économique, social et culturel des pays est grande

¹⁵ Condition qui disparaîtra pour les nouveaux diplômés.

¹⁶ Le surnom de F. Nightingale était *The lady with the lamp*.

¹⁷ Qui sont les quatre mots clefs de la pensée systémique, cf. ce document : G. Donnadiou, D. Durand, D. Neel, E. Nunez, L. Saint Paul, « L'Approche systémique : de quoi s'agit-il ? », Synthèse des travaux du Groupe AFSCET *Diffusion de la pensée systémique*, septembre 2003.
Url : <http://www.afscet.asso.fr/SystemicApproach.pdf>

et influence l'offre et la demande en soins infirmiers. Ce travail de recherche et de réflexion nous permettra de mieux définir cette profession, dans une vision déontologique, pour évaluer plus précisément ses compétences et ses connaissances, prendre en compte les forces et les faiblesses de ces professionnelles de la santé et déterminer les qualités nécessaires à l'exercice de ce métier. Le champ d'étude est vaste, nous le comprenons bien et notre argumentation a été tissée grâce à deux fils conducteurs.

Notre premier axe de réflexion s'est appuyé sur l'ordre et le désordre, reflets de la diversité d'exercice de la profession, des paradoxes des origines entre passé militaire et religieux, des souhaits divergents quant à l'évolution des soins infirmiers¹⁸ ou pour l'établissement houleux d'un Ordre aujourd'hui grandement fragilisé. Ce désordre est encore constaté dans les images contradictoires renvoyées par la société entre des infirmières sanctifiées ou au contraire érotisées. Il est encore présent dans des conditions d'exercice souvent difficiles où l'urgence, notamment en milieu hospitalier, peut à tout moment intervenir dans un planning pourtant bien élaboré. Mais c'est certainement de la richesse de ce désordre que pourrait émerger une profession d'infirmière organisée et reconnue, reconnaissance objet d'une demande sans cesse renouvelée, d'une même voix, par la totalité de ces personnels de santé. Ce travail essaiera de le montrer.

Notre deuxième axe de réflexion cheminera au fil des représentations dans une analyse de ce qui est appris et de ce qui est su, mais aussi de ce qui est connu et de ce qui est tu. Parce que l'infirmière aborde lors des soins le domaine de l'intime et que tout ne peut pas y être dit. Parce que le soin infirmier accompagne la mort et la souffrance où tout ne peut pas être formulé. Nous noterons aussi que la cognition seule ne permet pas de tout exprimer et qu'il y a, en de nombreuses occasions et en chacun de nous, une part d'indicible. C'est ainsi que l'infirmière adaptera ses savoirs, ses pratiques, sa communication et sa réflexion au-delà de ses propres représentations pour se rendre accessible à celles de la personne soignée, quelle qu'elle soit. Elle sera cette aide invisible qui aujourd'hui pourtant, tente d'entrer dans la lumière. Nous étudierons l'impact de ces représentations des uns et des autres,

¹⁸ Nous constatons fréquemment dans les forums et autres blogs d'expression contemporaine, et nous les avons aussi relevées pendant notre année de formation au sein de l'espace éthique Marne la Vallée, les discussions acharnées entre professionnelles sur la nécessité d'accepter l'évolution technique des soins infirmiers, alors que d'autres sont beaucoup plus attachées à la base traditionnelle du soin dans la réalisation des soins d'hygiène par exemple.

soignants et soignés, les uns sur les autres, dans la réalisation du soin infirmier. L'éthique, la philosophie, nous aideront à mesurer toute son évolution.

Etre infirmière en 2012, c'est être confronté à des mutations, et à des paradoxes. Les lieux gardent les traces de notre passé, les noms laissent des marques au présent. Et les écrits, depuis de nombreuses années remontant maintenant au siècle dernier, tentent de façonner ce métier, malgré et dans sa diversité. La dernière tentative, la plus contemporaine, est de changer nos mots pour parler des pratiques, du soin, du malade et de la maladie : adapter un vocabulaire éloigné de la vocation et de la charité chrétienne, pour se tourner vers une technicité nouvelle, technique pratique et communicative, tout en redoutant d'y perdre en humanité. Les infirmières aujourd'hui se battent pour l'obtention d'une reconnaissance de discipline en soins infirmiers hors tout contexte de discipline et ce jeu de mots n'est que le reflet ludique de ce tiraillement incessant entre un passé encore présent dans un futur en devenir.

Etre infirmière en 2012, ce sont des mutations, ce sont des paradoxes et c'est la justification à notre réflexion, à la fois éthique et philosophique, en bon ordre nous l'espérons¹⁹.

¹⁹ Nous précisons que la rédaction de ce mémoire a été finalisée au mois de juin 2012 et que toutes nos recherches avaient été arrêtées au mois de mai de cette même année.

I DE LA NOTION D'ORDRE ET DE DESORDRE AUX CONCEPTS DE RESPONSABILITE ET DE « VIDE ETHIQUE »

« Le savant doit ordonner ; on fait la science avec des faits comme une maison avec des pierres ; mais une accumulation de faits n'est pas plus une science qu'un tas de pierres n'est une maison. » H. Poincaré²⁰

Nous pourrions faire un inventaire à la J. Prévert²¹ : une vie, des patients, un exercice libéral, des équipes soignantes, différentes pathologies, de la prévention et des soins palliatifs, une entreprise, en mauvaise ou bonne santé, des naissances, un hôpital débordé, des vaccinations obligatoires, une mort accompagnée, des clients, des élèves, de la réanimation à la rééducation, un prélèvement sanguin, une chimiothérapie, de l'Ordre, et des désordres, etc.

Nous n'obtiendrions pas un classique de la poésie française, mais l'éventail de la diversité des fonctions d'infirmier et de leurs préoccupations, sachant que cette pauvre liste est loin d'être exhaustive. Peu de métiers offrent une aussi large étendue dans leur champ d'action. La profession médicale a d'ailleurs pallié cette même difficulté par une spécialisation obtenue par des années d'études supplémentaires²². Les médecins généralistes ont eu une expérience hospitalière durant leur cursus et quelques fois pendant plusieurs années suivantes, mais lorsqu'ils s'installent en cabinet, ce tournant de leur vie professionnelle semble être définitif. Quelques praticiens spécialisés assurent en même temps une activité libérale et hospitalière. Elle se situe alors dans l'étendue de leur spécialité.

Tout au long de sa carrière, l'infirmier quant à lui pourra passer indifféremment d'un exercice libéral à hospitalier ou vice versa, s'orienter éventuellement vers la médecine scolaire ou d'entreprise, accessoirement encore travailler en centre de PMI²³ ou autre collectivité locale, avant peut-être de se fixer

²⁰ Mathématicien français, 1854 - 1912. H. Poincaré, *La Science et l'Hypothèse*, Flammarion, 1935, p. 168.

²¹ Annexe n° 1. *Paroles* est un recueil de poèmes de J. Prévert (1900 - 1977) publié pour la première fois en 1946.

²² Deux à quatre ans.

²³ Protection maternelle et infantile.

définitivement²⁴. Son passé, nous le verrons ultérieurement, est marqué par deux influences antagonistes : l'une religieuse, l'autre militaire, même si nous pouvons noter que ce sont des extrémismes religieux qui ont provoqué parfois, et peut-être encore de nos jours, certaines des guerres les plus sanglantes²⁵. Son présent se vit dans un souhait de reconnaissance universitaire qu'il a du mal à obtenir. Et son futur reste à façonner.

Nous ne trouvons, dans ces variétés de compétences et ces origines paradoxales qu'un seul dénominateur commun : le soin. Il a aussi connu une mutation importante au cours de l'histoire de l'humanité, dans toutes ses déclinaisons intermédiaires de l'accompagnement du malade avec peu de ressources autres que celle humaine aux pansements des blessés de guerre, à l'hygiène corporelle, jusqu'aux soins extrêmement techniques d'aujourd'hui tels un myélogramme²⁶ par exemple et à un souci contemporain de santé publique. Notre approche, nous le verrons comportera une étude internationale sur trois termes significatifs : infirmier(ère), soin infirmier, diagnostic infirmier.

Tout au long de ce travail, notre argumentation s'appuiera sur les notions d'ordre et de désordre, reflets de la diversité de cette profession. Elle reposera aussi sur les concepts de vide éthique et de responsabilité laissés dans leurs sillages. Les changements intervenus dans l'exercice du métier d'infirmier seront à rapprocher inévitablement de ceux de la société dans laquelle nous vivons qui génèrent un questionnement éthique dans de nombreux domaines, financiers, écologiques, juridiques, etc... et médical.

L'infirmière, en tant qu'élément sociétal, est un des objets de cette quête de la part du public. Ne cherche-t-il pas, dans le chaos de la vie ordinaire, une aide à ce

²⁴ Un rapport de la Drees (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques) montre que les changements d'exercice sont fréquents avant 30 ans mais diminuent à partir de cet âge. M. Barlet et M. Cavillon, *La profession infirmière : Situation démographique et trajectoires professionnelles*, n° 101 - novembre 2010, (analyse sur 2008 - 2009).

<http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/serieetud101-2.pdf> p. 29.

Notons toutefois quatre possibilités actuelles de spécialisation : cadre de santé, infirmier de bloc ou anesthésiste, et puéricultrice.

²⁵ Guerres de religion pendant la seconde moitié du XI^e siècle, les croisades du XI^e au XII^e siècle par exemple.

²⁶ Possibilité pour les infirmières après une formation spécifique assurée par des médecins, d'effectuer un myélogramme. « *Premier accord de coopération médecin - infirmiers à Marseille, réalisé en partenariat avec la Haute Autorité de Santé, "ce protocole est de portée nationale, il peut être repris dans toutes les régions qui le souhaiteraient", a annoncé l'Agence Régionale de Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur (ARS Paca) dans un communiqué de presse.* » Propos recueillis sur le site internet ActuSoins :

<http://www.actusoins.com/8304/premiere-accord-de-cooperation-medecin-infirmiers-a-marseille.html>

soin qu'il ne sait pas et ne peut pas donner, mais aussi à ce prendre soin qu'il ne sait plus et ne peut (ou ne veut ?) plus assurer ? Elle cristallise cette exigence éthique dans la représentation qui en est faite issue de son passé religieux. Paradoxalement, et notre dictionnaire des synonymes ne suffit pas pour éviter la répétition de ce mot, elle est aussi objet de fantasmes qui permettent entre autres de s'échapper des préoccupations du quotidien.

Mais l'infirmière n'est-elle pas, en même temps, en quête d'une éthique identitaire professionnelle issue de l'étendue des compétences qui lui sont demandées ?

Cette situation est complexe. Nous ne pouvions pas l'aborder par une démarche et une réflexion linéaires qui ne nous auraient sans doute pas permis de répondre à notre problématique. Par cette approche duale, ce mémoire s'appliquera à formaliser l'évolution supposée de la profession et ses fondements philosophiques, afin d'essayer ensuite d'en envisager son futur.

1) L'évidence énigmatique de l'ordre et du désordre

« *Le désordre est simplement de l'ordre que nous ne cherchons pas.* » H. Bergson²⁷

L'ordre est une notion rassurante que Ch. Baudelaire vantait dans son *Invitation au voyage*²⁸ où « *Tout n'est qu'ordre et beauté, luxe calme et volupté* ». Nos souvenirs d'enfant nous rappellent l'ordre que nous recevions de ranger notre chambre qui est ensuite devenue notre injonction de parent à nos propres enfants. Il y a un côté pragmatique à cet ordre dans lequel nous nous retrouvons sans avoir à chercher. N'y a-t-il pas aussi un caractère figé qui nous empêche d'avancer ?

²⁷ H. Bergson (1859 - 1941), *La pensée et le mouvant. Essais et conférences*, Paris, PUF, collection « bibliothèque de philosophie contemporaine », 1969, p. 61. Notons aussi cet article sur l'ordre et le désordre : H. Bergson, « Comme le volant entre les deux raquettes », *La Recherche*, hors-série n° 9, Ordre et désordre, novembre - décembre 2002, p. 19 ; article extrait de son livre *L'Évolution créatrice*, Paris, PUF, collection « Quadrige », 2001, p. 223.

²⁸ Poème de Ch. Baudelaire (1821 - 1867), extrait des *Fleurs du mal*, France Loisirs, 1983, pp. 74 et 75.

De la théorie...

Dans son article « Ordre et désordre, le point de vue philosophique²⁹ », B. Piettre propose d'étudier les notions d'ordre et de désordre dans le champ de la pensée scientifique qui, à ses yeux, est inséparable de la philosophie³⁰. Si la connaissance a progressé par normes et autres classements ordonnés, les avancées scientifiques ne se sont-elles pas réalisées grâce à nos recherches sur ce que nous prenions pour du désordre ?

Selon l'auteur, la notion d'ordre peut être comprise de deux façons différentes contradictoires.

« *L'ordre est pensé comme finalisé* »³¹ poursuivant une direction et ayant un sens, le désordre est alors considéré comme une absence de projection intelligente car privée de déterminisme. Nous y reconnaissons un ordre finaliste, une vision hétéronome³², empruntée aux philosophes grecs tels Platon et Aristote dans leur conception d'une cosmologie finalisée³³.

« *L'ordre est pensé comme structure stable ou récurrente* »³⁴ et le désordre est alors perçu comme une perturbation dans cette structure, sans nécessité d'y être. Nous y identifions un ordre nécessaire néanmoins conçu encore par l'autorité supérieure d'un Dieu omniprésent. Montesquieu écrit *l'Esprit des lois*³⁵, Galilée et R. Descartes fixent une nouvelle physique mathématique. Mais pour E. Kant cependant, l'ordre de la nature « *n'est peut-être que celui que l'homme a placé en elle pour s'y retrouver* »³⁶.

Nous constatons que l'explication de ces deux notions est totalement inhérente à notre compréhension et notre connaissance du moment. Ainsi, les progrès de la science ont modifié ces deux seules perceptions en leur en adjoignant une troisième :

²⁹ B. Piettre, « Ordre et désordre, le point de vue philosophique », texte intégral de l'article sous forme de document au format pdf, accessible grâce au lien hypertexte : http://www.u-picardie.fr/labo/curapp/revues/root/40/bernard_piettre.pdf_4a0931d81d9c1/bernard_piettre.pdf

³⁰ *Id.*, p. 30 du document pdf.

³¹ *Ibid.*, p. 30.

³² L'homme est soumis aux lois de la nature par opposition à l'autonomie où l'homme se donne à lui-même sa propre loi « morale » répondant à l'impératif catégorique kantien. Entre les deux visions, nous trouvons la révolution copernicienne et les Lumières qui nous ont fait passer d'un géocentrisme à un héliocentrisme. Nous le constatons dans la deuxième définition de l'ordre avec Kant et Descartes.

³³ Pour Aristote, « *la nature ne fait rien en vain ni de superflu* », propos retrouvés dans *La Génération des animaux*, II, 5 ou *Le traité de l'âme*, III, 12.

³⁴ *Ibid.*, p. 30.

³⁵ 1748.

³⁶ *Ibid.*, p. 38. Ordre éthique et ordre esthétique ne sont non pas une nécessité mécanique scientifique mais une nécessité morale.

« *Un ordre que nous appellerons contingent* »³⁷ qui n'oppose pas ordre et désordre mais les rend complémentaires en faisant de l'ordre une émergence du désordre et inversement. La difficulté de mettre en évidence cette interaction entre ordre et désordre, vient en partie du fait de la confusion entre l'ordre considéré comme simple et le désordre assimilé au complexe et de la rassurante mais illusoire tentative de démanteler le deuxième pour le réduire au premier³⁸. H. Poincaré fut un des précurseurs de l'étude du chaos... désordre s'il en est. Ses travaux et ceux qui ont suivi par la suite, ont démontré que le chaos peut être à l'origine d'un ordre et d'organisations complexes rendant caduque notre séparation première entre ordre/simplicité et désordre/complexité³⁹.

B. Piettre souligne ensuite l'importance de prendre en compte le facteur temps à l'approche de ces deux notions d'ordre et de désordre⁴⁰. Nous voyons dans l'exemple de la météorologie, l'influence du temps rendant les prévisions du lendemain fiables mais plus douteuses à trois ou quatre jours. De ce facteur temps découlera aussi la notion d'entropie⁴¹ qui représente le degré de désordre présent dans un système. En l'état actuel de nos connaissances⁴² les approches bayésiennes, adaptatives, sont parmi les plus fiables qui tentent à prendre en compte le désordre et à modéliser les systèmes complexes et autres systèmes dynamiques⁴³.

³⁷ *Ibid.*, p. 30.

³⁸ *Ibid.*, pp. 39 et 40.

³⁹ *Ibid.*, p. 43. Il nous faut accepter l'imprédictibilité de certains phénomènes qui ne sont descriptibles qu'*a posteriori*. L'exemple le plus significatif est sans doute la météorologie et ses prévisions improbables mises en évidence dans les recherches d'E. Lorenz. Il montre ainsi le chaos issu d'un système pourtant simple n'ayant subi qu'une infime variation. E. Lorenz (1917 - 2008), météorologue américain, fut un des scientifiques à l'origine de la théorie du chaos et du célèbre effet papillon mis en scène dans plusieurs films, notamment *L'Effet papillon* (The Butterfly Effect), film drame-fantastique américain d'Eric Bress et J. Mackye Gruber, 2004 ; ou en chanson par Bénabar « L'effet papillon », album *Infréquentable*, Sony, 2008. Nous notons à ce sujet un excellent article : N. Witkowski, « L'effet papillon bat-il de l'aile ? », *La Recherche*, hors-série n° 9, Ordre et désordre, novembre - décembre 2002, p. 36.

⁴⁰ B. Piettre, « Ordre et désordre, le point de vue philosophique », p. 43 du document pdf.

⁴¹ G. Chevalier, « Chronique de l'entropie », *La Recherche*, hors-série n° 9, Ordre et désordre, novembre-décembre 2002, p. 82.

Pour rendre l'entropie immédiatement compréhensible, pensez que c'est selon cette loi que le sucre va se dissoudre dans une tasse de café et ne pourra jamais revenir à son état antérieur, ou qu'un litre d'eau chaude a une entropie supérieure à un litre d'eau froide (puisque l'eau chaude va refroidir plus vite que la température de l'eau froide qui ne va que peu se modifier).

⁴² Expression chère à la médecine.

⁴³ « *Les réseaux bayésiens s'appuient sur un théorème : Le théorème de Bayes. C'est un résultat de base en théorie des probabilités, issu des travaux du révérend Thomas Bayes (1702 - 1761), présenté à titre posthume en 1763.* » O. Parent, J. Eustache, *Les Réseaux Bayésiens, A la recherche de la vérité*, Master 2 Recherche Connaissance et Raisonnement, 2006 - 2007, Cours Cognition et connaissance, A. Mille, Université Claude Bernard Lyon 1. Accessible sur le site internet : http://liris.cnrs.fr/amille/enseignements/master_ia/rapports_2006/Reseau%20Bayésien%20SYNTHESE%20ECRITE.pdf

Il n'en reste pas moins que le temps qui passe nous apporte son lot de découvertes venant contrer et mettre en doute les précédentes. Ainsi en septembre 2011, nous avons appris que les neutrinos se déplaçaient à une vitesse supérieure à celle de la lumière qui est censée être la vitesse cosmique limite. Si ces observations s'étaient révélées exactes, les conclusions qui en auraient été déduites n'auraient-elles pas offert à la communauté scientifique un étonnement sans doute aussi grand que lorsque la terre fut déclarée ronde ?⁴⁴ Mais en mai 2012, les résultats des premiers essais ont été invalidés et la lumière, conformément à nos connaissances actuelles, reste donc seule en tête de course.

... A la pratique soignante

Les attributions, les compétences et les préoccupations des infirmiers sont diversifiées nous l'avons souligné. Mais ce n'est pas la seule complexité liée à notre problématique. D'autres désordres vont intervenir dans l'exercice de la profession.

Ce sont ceux du corps, ou ceux de l'esprit, et ceux que les premiers provoqueront sur les seconds et réciproquement. Qu'est-ce donc une pathologie, si ce n'est un désordre physiologique ou biologique ou encore psychologique et les interactions des uns avec les autres ? L'infirmier, dans son rôle de surveillance et de suivi, doit prendre en compte chaque modification, et s'adapter. Il doit rechercher une manifestation pathologique, toxique... une dérivation hors normes. Or ces normes n'ont qu'une valeur indicative, quelques fois bien loin d'être formelle⁴⁵. En psychiatrie, la normalité est encore plus aléatoire et l'ordre du DSM-IV-TR⁴⁶ est quelque peu controversé. Il ne correspond pas non plus exactement au chapitre 5 « Troubles mentaux et du comportement » de la CIM-10⁴⁷ créée par l'OMS.

Le médecin est évidemment confronté à un problème identique, mais c'est bien l'infirmier qui par sa présence constante au lit de la personne hospitalisée, par ses

⁴⁴ Expérience OPERA au sein du CERN : « *Le résultat d'OPERA se fonde sur l'observation de plus de 15 000 événements neutrino mesurés au Gran Sasso* »

<http://press.web.cern.ch/press/pressreleases/releases2011/PR19.11F.html>

⁴⁵ Nous le constatons tous les jours en hématologie où nous acceptons comme référence des chiffres hors normes, sachant que ces normes elles-mêmes peuvent être variables en fonction de pays, de modes de vie, etc.

⁴⁶ DSM-IV, *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (2002), Paris, Elsevier Masson, 2002. DSM-IV-TR, *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, texte révisé, Paris, Elsevier Masson, 2003. Une nouvelle version est en préparation pour le mois de mai 2013 :

<http://www.psych.org/>

⁴⁷ Classification Internationale des Maladies.

visites régulières et répétées au domicile de ses clients, par sa présence quotidienne sur place en milieu scolaire, carcéral ou en entreprise, sera le témoin privilégié de la moindre altération.

Le temps dont nous avons souligné précédemment l'importance, a considérablement modifié les pratiques infirmières : d'une approche purement humaniste non ordonnée, à une démarche plus protocolaire et technique en réponse à la nécessité d'ordonnement. Cette modification n'a pourtant pas été brutale et s'est faite sur la durée, au fur et à mesure de l'évolution des connaissances scientifiques et médicales, des techniques et des pratiques. Elle est intervenue subrepticement, par battements d'ailes successifs, et dernièrement, nous le développerons ultérieurement, par le changement d'un seul mot : malade, patient, personne hospitalisée qui modifie tout un comportement.

L'infirmier une fois encore sera l'aidant « pas vraiment naturel »⁴⁸, puisque professionnel, de la personne affaiblie par la maladie, précarisée ou ayant simplement la nécessité d'une aide ponctuelle ou d'un suivi dans son vécu scolaire ou sur son lieu de travail. En 2011 cependant, la médecine se veut tarifée et les actes codifiés⁴⁹. L'infirmière doit ainsi s'adapter et faire coïncider une pratique d'écoute et d'attention dans toute la complexité du « prendre soin » à une obligation technique ordonnée et protocolaire du « faire un soin ».

Il semble évident que, tel le sucre fondu dans la tasse de café⁵⁰, la profession d'infirmier ne pourra revenir à son état initial. Le café sera définitivement sucré, et le métier d'infirmière gardera sans doute de façon tout aussi irréversible, ce parfum religieux, militaire et sulfureux dans les représentations qui en sont faites⁵¹. Le cheminement en ordre et désordre nous permettra de mieux visualiser toute la complexité des changements de cette profession adaptative qui a un accès presque sans limite à l'intimité humaine, nous en reparlerons ensuite. L'un de ces changements n'est-il pas d'ailleurs la responsabilité nouvelle de l'infirmier face à un

⁴⁸ La notion d'aidant naturel est évoquée à l'article L 1111-6-1 du Code de la Santé publique, modifié par la loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 - art. 10, JORF 23 avril 2005, version en vigueur au 23 avril 2005 : « *Une personne durablement empêchée, du fait de limitations fonctionnelles des membres supérieurs en lien avec un handicap physique, d'accomplir elle-même des gestes liés à des soins prescrits par un médecin, peut désigner, pour favoriser son autonomie, un aidant naturel ou de son choix pour les réaliser.* »

⁴⁹ T2A en milieu hospitalier, instaurée par la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 relative au *financement de la sécurité sociale pour 2004*.

⁵⁰ Cf. note de bas de page n° 41.

⁵¹ Représentations que nous aborderons ultérieurement.

système de santé à l'avenir fragilisé ? Ne se manifeste-t-il pas aussi dans un questionnement vis-à-vis des problèmes inédits que lui pose une médecine de plus en plus technicisée et des soins qui lui sont demandés ?

2) **Infirmière, une responsabilité à assumer, un vide éthique à combler**

« *La terre nouvelle de la pratique collective, dans laquelle nous sommes entrés avec la technologie de pointe, est encore une terre vierge de la théorie éthique.* » H. Jonas⁵²

Nous connaissons de H. Jonas le « principe responsabilité »⁵³ et son impératif catégorique érigé à la manière de celui d'E. Kant⁵⁴ : « *Agis de façon que les effets de ton action soient compatibles avec la permanence d'une vie authentiquement humaine sur terre.* »⁵⁵ Ce ne sera pas le seul point commun entre ces deux auteurs puisque nous retrouvons chez E. Kant, dans les *Fondements de la métaphysique des mœurs*, l'identification de la dignité intrinsèque à l'homme qui commande au respect⁵⁶. Et H. Jonas de poursuivre en écrivant que « *l'enjeu ne concerne pas seulement le sort de l'homme, mais également l'image de l'homme, non seulement la survie physique, mais aussi l'intégrité de son essence, l'éthique qui doit garder l'un et l'autre doit être non seulement une éthique de la sagacité, mais aussi une éthique du respect.* »⁵⁷ ? Il abordera un peu plus tard dans son ouvrage la vulnérabilité de l'enfant qui nous oblige à nous occuper de lui⁵⁸. Nous distinguons bien dans ces termes de respect et de vulnérabilité, les « matériaux » même de la pratique infirmière. Le soin infirmier, en effet, ne peut-il pas être perçu comme le paradigme

⁵² 1903 - 1993. H. Jonas, J. Greisch, *Le principe responsabilité : Une éthique pour la civilisation technologique*, Paris, Flammarion, 2009, p.16 (préface).

⁵³ Repris par les mouvements écologistes pour la sauvegarde de notre planète en vue des générations futures.

⁵⁴ Impératif catégorique Kantien : « [...] ; **en d'autres termes**, je dois toujours me conduire de telle sorte que je puisse aussi vouloir que ma maxime devienne une loi universelle. » E. Kant, *Fondements de la métaphysique des mœurs*, Le livre de poche, Les classiques de la philosophie, Librairie Générale Française, 2011, p. 69.

⁵⁵ H. Jonas, J. Greisch, *Le principe responsabilité : Une éthique pour la civilisation technologique*, op. cit. , p. 40.

⁵⁶ Nous arrêterons là cependant la comparaison entre les deux auteurs, tant la morale kantienne a subi l'influence du christianisme notamment sur lequel Jonas, en ce qui le concerne, ne s'est pas appuyé.

⁵⁷ H. Jonas, J. Greisch, *Le principe responsabilité : Une éthique pour la civilisation technologique*, op. cit. , p. 16.

⁵⁸ *Id.*, pp. 250 à 257.

du respect ? L'âge ne sera pas le seul élément de fragilité humaine, et à celui de la naissance nous pourrions opposer celui du grand âge. Nous y ajouterons aussi la fragilité due aux maladies. Nous comprenons alors l'évidente nécessité de soutenir notre argumentation par ce principe responsabilité⁵⁹, condition essentielle à l'exercice de la profession d'infirmier.

Nous reconnaissons l'empreinte du désordre dans l'émergence de cet impératif jonassien et du courant de pensée phénoménologique⁶⁰ issus d'une part du chaos des deux guerres mondiales, et surtout et de façon tout à fait contemporaine, du déferlement de la technique au détriment de la nature et de l'homme. Et si l'agir humain⁶¹ s'est modifié, les pratiques infirmières ont subi elles aussi une même mutation.

Nous avons abordé et aborderons fréquemment des contradictions dans notre problématique de l'évolution de la profession. Un exemple du paradoxe ne réside-t-il pas dans la réalisation du soin infirmier notamment ? Pour P. Ricoeur, celui-ci n'est que le témoignage de l'indifférenciation provoquée par la technique, les codifications et autres protocoles, comme pour la médecine⁶². *« Tout commence [...] dès l'instant où cette pratique se réduit à une technique certes scientifiquement instruite mais dissociée d'une éthique de la sollicitude, attentive à la souffrance d'autrui et respectueuse du droit à la vie et aux soins du malade en tant que personne. »*⁶³ Nous pouvons noter ici l'exemple des échelles visuelles ou numériques analogiques de la douleur (EVA ou ENA), cotations chiffrées de la douleur d'un patient, réalisées par l'infirmier. Ce chiffrage, utilisé par la HAS comme seul critère de qualité pour la

⁵⁹ Différent de la responsabilité civile, pénale ou disciplinaire à laquelle peut être soumise l'infirmière. Cependant, en responsabilité civile, nous constatons par le biais de l'article 1384 du Code Civil, paragraphe 1, communément appelé « *responsabilité du fait des choses* », un rapprochement entre le concept et une application pratique.

⁶⁰ Mouvement philosophique du début du XX^e siècle dont E. Husserl, M. Heidegger, E. Levinas, M. Merleau-Ponty et P. Ricoeur par exemple furent les dignes représentants.

⁶¹ Evolution de toute une société évoquée dans un très beau texte du philosophe et historien M. Serres : « Petite Poucette », discours prononcé par M. Serres délégué de l'Académie française, séance du mardi 1^{er} mars 2011, *Les nouveaux défis de l'éducation*, Paris, Palais de l'Institut. Texte intégral accessible en ligne :

http://www.academie-francaise.fr/immortels/discours_divers/serres_2011.html

⁶² Evocation faite dans la préface du livre : *Médecins tortionnaires, médecins résistants : les professions de santé face aux violations des droits de l'homme*, Commission médicale de la Section française d'Amnesty International et Valérie Marange ; préface de Paul Ricoeur, Paris, La Découverte, 1989, p. 399 : « [...] la participation de certains médecins à la torture n'est pas une aberration sans lien aucun à la pratique médicale honnête, mais [...] constitue le pôle extrême d'une gamme continue de compromissions, dont l'autre pôle se confond précisément avec la pratique médicale honnête... »

⁶³ *Id.*, p. 399.

traçabilité de la douleur d'un patient⁶⁴, dans l'ignorance de toute autre précision non chiffrée, ne risque-t-il pas de devenir le seul objectif de l'infirmière au détriment de la prise en charge réelle du patient algique et de son suivi attentif ? Bien souvent dans les transmissions écrites infirmières, nous ne retrouvons que ce seul chiffre en oubliant de préciser la localisation du mal, et parfois même de s'assurer que cette douleur a été prise en charge ainsi que de l'efficacité du traitement proposé. Mais, nous sommes à l'heure des évaluations et autres classements d'établissements, à celle d'une recherche de rentabilité, et les chiffres, paradoxalement plus parlants que les mots, ne mettent-ils pas en évidence les enjeux de cette nouvelle compétitivité ?

Deux notions sont ainsi souvent séparées, le *care* humain et le *cure*⁶⁵ technologique : le deuxième ayant tendance à faire disparaître l'humain derrière la technique, le réduire à une dimension d'objet, en quelque sorte le réifier. Et si, comme pour l'ordre et le désordre, nous n'avions pas deux entités distinctes mais deux notions en interaction l'une avec l'autre ?

Le soin ne pourrait-il se faire en prenant soin, et nous pensons en cela à des soins hautement techniques mais douloureux ou très désagréables⁶⁶ ? L'infirmière serait alors attentive à ce visage de l'autre, cher à E. Levinas.

Le prendre soin ne peut-il pas être autre chose que cette vision caricaturale qui lui est volontiers attribué de Marie-Madeleine lavant les pieds de Jésus-Christ dans une compassion dévote ? Dans sa pratique quotidienne du prendre soin, l'infirmière serait aussi vigilante, à la position d'un corps malade, douloureux ou fatigué, au dit et au non-dit et cette démarche couramment protocolisée pour les jeunes infirmières en est-elle moins humaine si elle est faite avec une écoute protocolairement et scolairement « active » conjuguée à une empathie prévenante ?

⁶⁴ « Fiche descriptive de l'indicateur : Traçabilité de l'évaluation de la douleur », accessible sur le site internet : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-06/fiche_descriptive_trd_030608.pdf

Nous relevons pourtant cette phrase à la première page de ce document : « L'évaluation de la douleur par les professionnels de santé à l'aide des outils validés n'est toutefois pas suffisante. D'autres indicateurs doivent être développés pour rendre compte de la prise en charge effective de la douleur qui reste selon les experts encore insuffisante. », mais seule la présence de ce chiffre de 0 à 10 sera pourtant relevée en tant qu'indicateur qualité de la prise en charge d'un patient douloureux.

⁶⁵ Autre mini changement par l'anglicisation des expressions françaises prendre soin et faire le soin mais avec un maximum d'effets comportementaux que nous développerons par ailleurs.

⁶⁶ Pansements de plus en plus techniques avec des produits aux propriétés particulières à ne pas confondre (plaie avec écoulement réalisé à l'aide d'un pansement absorbant ou a contrario plaie propre grâce à un autre qui favorisera la cicatrisation...), mais soins souvent douloureux ; sondages vésicaux, gastriques appréhendés par les patients ; mais aussi vaccinations redoutées par les petits enfants ; etc.

« [...] la profession médicale [...] qui voue le médecin et le personnel médical aux seuls soins de la vie et de la santé du patient, passe nécessairement et légitimement par des techniques objectivantes, lesquelles confèrent aux professions de santé un pouvoir sur le corps d'autrui [...] »⁶⁷. La responsabilité de l'infirmier réside donc dans l'adaptabilité que la profession devrait se donner dans l'exercice de ses pratiques en laissant interagir le *care* avec le *cure* et non l'un au détriment de l'autre.

Le pouvoir sur le corps, H. Jonas l'évoque aussi dans une possibilité du contrôle du comportement⁶⁸. Il dénonce pareillement la manipulation génétique⁶⁹. Nous remarquons cette préoccupation nouvelle du XXI^e, concrétisée par la *loi de bioéthique* n° 2004-800 du 6 août 2004 dont la révision a été entreprise en 2010. Cette question, qui n'existait pas à une époque où la seule préoccupation était d'éviter aux personnes de mourir est à l'origine de nombreux questionnements et du vide éthique jonassien. La problématique de la vie et de la mort est le terrain d'action de l'infirmier qui doit effectuer des actes qu'il n'a pas forcément décidés et auxquels il ne peut pas toujours agréer. Cela peut se produire lors d'une abstention ou a contrario lors d'une poursuite thérapeutique. La cancérologie notamment est un domaine où les traitements de chimiothérapie sont parfois poursuivis et jugés trop agressifs par l'équipe soignante.

Nous ne pouvons cependant pas nous arrêter à cette seule approche métaphysique de la responsabilité. Et nous ne pouvons pas non plus redistribuer notre responsabilité d'humains sur une profusion incontrôlable de la technique. Le mathématicien N. Wiener le soulignait : « Pour qui n'en a pas conscience, transférer sa responsabilité à la machine, qu'elle soit ou non capable d'apprendre, c'est lancer sa responsabilité au vent et la voir revenir portée par la tempête. »⁷⁰ Combien d'erreurs sont commises en milieu hospitalier⁷¹ ou extra hospitalier, médicales ou paramédicales ? Qu'elles soient médiatisées ou non, ces erreurs évoquent des

⁶⁷ Commission médicale de la Section française d'Amnesty International et Valérie Marange ; préface de Paul Ricoeur, *Médecins tortionnaires, médecins résistants : les professions de santé face aux violations des droits de l'homme*, op. cit., p. 400.

⁶⁸ H. Jonas, J. Greisch, *Le principe responsabilité : Une éthique pour la civilisation technologique*, op. cit. pp. 54 à 56 : « Libérer des patients malades mentaux de symptômes pénibles [...] semble être manifestement bienfaisant. Mais du soulagement du patient [...] une transition insensible mène au soulagement de la société [...] ». p. 55.

⁶⁹ *Id.*, pp. 56 et 57.

⁷⁰ N. Wiener (1894 - 1964), *Cybernétique et société*, 10/18, 1962, p. 234.

⁷¹ Problématique étudiée dans ce travail : A. Dozières, P. Perdiguier, D. Ruel, *Faut-il avoir peur de l'hôpital ? La gestion des risques liés aux soins dans les établissements de santé*, Ecole des Mines, Paris, septembre 2010.

défaillances humaines qui ne peuvent pas toutes être imputées à la machine. Bien sûr nous pourrions alors évoquer le stress, l'état d'urgence dans lequel sont réalisés quelques fois les soins, les conditions difficiles d'exercice de la profession avec des équipes parfois en sous-effectif, et évidemment ces éléments sont à prendre en compte dans la survenue de ces erreurs.

Au journal du 20h sur France 2 le 23 novembre 2011, était diffusé un reportage édifiant à ce sujet, s'intitulant *Hôpital, la tension permanente*. Les journalistes précisait que de nombreux hôpitaux avaient refusé le tournage, et que le reportage avait été effectué en caméra cachée dans un hôpital de la moitié nord de la France. Il y faisait état de soins infirmiers non faits, de patients non levés (les images floutées semblaient situer le reportage dans un service de gériatrie). Le jour de la réalisation du film, une infirmière était présente pour 44 patients, mais il était évoqué des situations où une seule infirmière s'occupait de 100 à 109 malades. La difficulté des conditions de travail était soulignée par ce chiffre impressionnant de deux millions de journées de RTT⁷² non prises par l'ensemble du personnel soignant (médecin, infirmières et aides-soignants) depuis 2002 dans les établissements hospitaliers français.

Nous pouvons alors nous demander quelle est la responsabilité de l'infirmière dans la non réalisation des soins et celle de l'établissement hospitalier. Mais pour F. Hegel, « *Dans la mesure où l'homme allègue qu'il a été entraîné par des circonstances, des excitations, etc., il entend par là rejeter, pour ainsi dire, hors de lui-même sa propre conduite, mais ainsi il se réduit tout simplement à l'état d'essence non libre ou naturelle, alors que sa conduite, en vérité, est toujours sienne, non celle d'un autre ni l'effet de quelque chose qui existe hors de lui. Les circonstances ou mobiles n'ont sur l'homme que le pouvoir qu'il leur accorde lui-même. [...].* »⁷³ Notons cependant que ces propos ont été écrits au début du XIX^e siècle. L'homme n'était pas encore débordé par une technologie qu'il semble parfois avoir du mal à maîtriser mais dont l'attrait est si puissant, qu'il ne peut plus s'en passer, ce que H. Jonas peut identifier sous forme d'*homo sapiens* et d'*homo faber*⁷⁴.

Il n'en reste pas moins que les infirmiers ont en partie le choix d'accepter ou de refuser les conditions de travail pénibles dans lesquelles ils exercent leur profession.

⁷² Réduction du Temps de Travail.

⁷³ F. Hegel (1770 - 1831), *Propédeutique philosophique (1808 - 1811)*, Gonthier Médiations, 1964, p. 26.

⁷⁴ « *Mais l'homme lui-même a commencé à faire partie des objets de la technique.* » H. Jonas, J. Greisch, *Le principe responsabilité : Une éthique pour la civilisation technologique, op. cit.*, p. 51.

En provenance de leur passé religieux très certainement, nous trouvons pourtant une attitude souvent fataliste les laissant subir ces situations sans autre manifestation de rébellion et leur faisant même parfois oublier qu'il existe un CHS-CT⁷⁵. Néanmoins, les infirmières sont aussi astreintes à un service minimum⁷⁶ et cela limite inévitablement la portée de leurs actions⁷⁷.

Nous avons montré la responsabilité infirmière vis-à-vis de l'être humain identifié en tant que visage qui nous interpelle comme un autre nous-même. Il nous faut aussi aborder celle vis-à-vis de la société. Nous pensons à ces dépenses phénoménales en matière de santé⁷⁸ dans un système qui, par sa solidarité jusqu'alors affirmée, nous est envié. Nous reprenons ainsi ce concept de responsabilité vis-à-vis des générations futures du début de partie, afin de tenter d'assurer la pérennité d'un système de sécurité sociale en grande difficulté depuis quelques années. L'infirmier, en tant qu'acteur de la santé, doit assumer une part de cette responsabilité et ne pas oublier que chacun de ses actes a un coût pour la société. Il est à la fois responsable dans son action du moment et dans ce que cette action peut entraîner dans le futur. Les mauvais usages de matériels, les gaspillages, mais aussi les erreurs ayant des conséquences humaines et/ou matérielles sont à prendre en compte dans ce contexte particulier où « *La mort n'apparaît plus comme une nécessité faisant partie de la nature du vivant, mais comme un défaut organique évitable, susceptible au moins en principe de faire l'objet d'un traitement, et pouvant être longuement différé.* »⁷⁹

Le vide éthique est l'absence d'universalité qui a généré pour H. Jonas son impératif catégorique de responsabilité. Le soin possède cette universalité et est sans

⁷⁵ Il n'est aucunement question dans ce propos d'inciter à une quelconque révolte contre une hiérarchie médicale ou paramédicale, mais simplement souligner l'existence dans les entreprises et les hôpitaux de structures qualifiées pour permettre aux membres du personnel et aux directions d'échanger sur d'éventuelles difficultés et à chacun de prendre ses responsabilités. En savoir plus sur le CHS-CT (Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail) : <http://www.travail-emploi-sante.gouv.fr/informations-pratiques.89/fiches-pratiques.91/sante-conditions-de-travail.115/le-comite-d-hygiene-de-securite-et.1048.html>

L'agent peut aussi demander à ce que soit fait une déclaration de Danger Grave Imminent et exercer alors son droit de retrait, mesure qui, elle aussi, semble sous exploitée.

⁷⁶ Le service minimum existe depuis longtemps dans quelques domaines particuliers tels que le nucléaire, l'audiovisuel, la santé et le contrôle aérien.

⁷⁷ Notons une fois encore que dans de très nombreux établissements hospitaliers publics ou privés l'effectif minimum est celui en poste dans les services. Certes le personnel pourra faire valoir son droit de grève mais il sera alors réquisitionné au titre de la sauvegarde de la sécurité des patients.

⁷⁸ http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATFPS06302 (cf. annexe n° 2)

⁷⁹ H. Jonas, J. Greisch, *Le principe responsabilité : Une éthique pour la civilisation technologique*, op. cit., p. 52.

doute en ce sens le paradigme de l'éthique. Mais H. Jonas le soulignait : « *La sagesse nous est le plus nécessaire précisément alors que nous y croyons le moins.* »⁸⁰ M. Weber invoquait quant à lui, dans son livre *Le savant et le politique*⁸¹, le désenchantement du monde. Que pourrions-nous dire aujourd'hui de ce que nous percevons parfois comme le désenchantement d'une profession : celle d'infirmier⁸² ?

L'infirmière contemporaine hérite d'un passé contradictoire, doit assumer des actes dont la diversité est telle que la décrire dans toute sa complétude ressemble à un défi, se tourne vers un futur en multiplex qui reste à déterminer. De nouveaux comportements sociaux voient le jour, notamment la violence en milieu hospitalier. Des espoirs naissent dans des thérapeutiques novatrices dont il était impossible, hier encore, d'imaginer l'éventualité. Et d'autres se consomment dans un résultat qui n'est pas à la hauteur de ce qui était espéré. Le soin infirmier balance ainsi entre une activité immémoriale de soin à la personne et l'inédit d'une responsabilité pourtant assumée déjà depuis quelques années, mais non encore vraiment légitimée. Ce désordre apparent entre les antécédents et l'actualité de la profession, ce désarroi de toute une société vis-à-vis d'une santé qu'il ne peut pas maîtriser bien que la percevant à toute proximité... tout ceci concourt au flou de l'image du métier, à l'indétermination de nos attentes vis-à-vis de l'infirmière et du soin infirmier. Nos représentations dans ces domaines sont plus que diversifiées et nécessitent que nous les étudions (notamment les représentations sociales) comme deuxième fil conducteur dans le tissage de notre argumentation.

⁸⁰ *Id.*, p. 58.

⁸¹ M. Weber, *Le savant et le politique*, Plon, 1979, p. 78.

⁸² Evoqué dans le reportage de France 2 cité précédemment, *Hôpital, la tension permanente* : 1/3 des infirmières abandonnent le métier à 5 ans, 1/3 des élèves abandonnent en cours d'études. Il y avait, en 2011, 28 000 diplômés pour 30 000 postes offerts. Nous pourrions aussi relever ces nombreuses demandes de formations auxquelles peu d'infirmiers ou étudiants en soins infirmiers se présentent le jour où elles sont organisées, et nous poser la question de cette subite perte d'intérêt.

II ENTRE COGNITION ET REPRESENTATIONS : MIROIR... MON BEAU MIROIR

« *Le monde est ma représentation.* » A. Schopenhauer⁸³

Le prédicat est sobrement exprimé mais cette simple affirmation est bien loin d'être aussi facile à démontrer, surtout en ce début du XIX^e siècle où A. Schopenhauer fut un des premiers philosophes à parler de l'inconscient, un peu avant l'avènement de la psychologie de S. Freud. Nous découvrons avec lui l'étendue de notre méconnaissance du cerveau et de nos comportements. D'autres grands noms au XX^e siècle compléteront ses travaux. C.-G. Jung analysera les rêves⁸⁴ et la part d'« Ombre »⁸⁵ dans chacun d'entre nous dans sa psychologie analytique, J. Lacan insistera sur le langage⁸⁶, développera le structuralisme⁸⁷ et nous avons réunis dans ces trois noms, les piliers de la psychanalyse contemporaine. Nous ne développerons pas plus ces différentes approches. Nous ne les avons citées que pour bien mettre en évidence que toute réflexion n'est pas du seul domaine du cognitif, du conscient et comporte sa part d'indicible. Cette remarque n'est pas sans importance dans l'exercice d'une profession dont l'essence se trouve dans la relation humaine.

Cette approche argumentaire par le biais des représentations est indispensable. Nous voyons bien, dans les reproductions picturales ou dans différents propos du grand public, les visions contradictoires de l'infirmière que nous avons déjà abordées : sanctifiée ou érotisée notamment. Nous percevons aussi, dans le reportage télévisé de France 2 précédemment cité⁸⁸ l'attente vis à vis de l'infirmière dont nous ne savons pas pourquoi elle serait plus responsable des levers de patients ou des toilettes non effectuées qu'un cadre de santé dont les prérogatives hiérarchiques sont de veiller à la bonne exécution des soins, ou encore de l'aide-soignant qui, le plus fréquemment, réalise ces actes. Il est vrai que les aides-soignants ne travaillent que

⁸³ 1788 - 1860. A. Schopenhauer, *Le monde comme volonté et comme représentation*, Tome premier, Paris, Librairie Alcan, 1912, p. 4.

⁸⁴ C.-G. Jung, *L'analyse des rêves*, T 1 et 2, Albin Michel, Bibliothèque Jung, 2006.

⁸⁵ C.-G. Jung, *L'Ame et la vie*, LGF - Livre de Poche, 1995. Nous visualisons cette part d'ombre dans l'affiche cinématographique de l'Episode 1 de la saga Star Wars, *La menace fantôme* : l'ombre de l'enfant Anakin Skywalker reflétée sur les murs de sa maison est celle du « méchant » Dark Vador qu'il deviendra à l'âge adulte.

⁸⁶ J. Lacan, « Fonction et champ de la parole et du langage en psychanalyse », *La psychanalyse*, n° 1, 1956, Sur la parole et le langage, pp. 81 - 166.

⁸⁷ Et nous comprenons bien ici l'importance de cette étude des relations interpersonnelles.

⁸⁸ *Hôpital, la tension permanente*, France 2, Journal de 20h, le 23 novembre 2011.

par délégation de soins infirmiers en vertu des articles 3, 4 et 5 du décret n° 2002-194⁸⁹ leur permettant la réalisation de tels soins.

Ce mélange des compétences nous oblige à la réflexion, parenthèse dans cette partie sur les représentations. Il participe à la confusion populaire sur le rôle de l'infirmier⁹⁰ qui, dans sa complexité, peut aussi bien faire un lit que réaliser un acte hautement technique ou prendre en charge un traitement délicat (transfusion, chimiothérapie, greffe, etc.). Réfléchissons :

Comment se fait-il qu'un acte aussi fréquent qu'un lever de patient ou qu'une toilette, soins qui sont réalisés quotidiennement dans de très nombreux services hospitaliers et fréquemment aussi à domicile, ne soit qu'un acte délégué de l'infirmier à l'aide-soignant et ne corresponde pas à une compétence propre de ce dernier ? Lorsque la délégation devient pratique généralisée, ne doit-elle pas être admise comme compétence attribuée aux personnes qui l'effectuent ? Cette nécessité du transfert des compétences a été maintes fois évoquée et quelques fois mise en pratique en ce qui concerne les soins médicaux et infirmiers, mais n'a jamais été concrétisée dans une officialisation d'un décret de compétence aide-soignant⁹¹. En 2003 pourtant, dans le cadre d'un rapport sur la *Coopération des professions de Santé : le transfert de tâches et de compétences*, le professeur Y. Berland notait : « *Je peux reprendre ainsi la proposition de la Mission*

⁸⁹ Décret n° 2002-194 du 11 février 2002 relatif *aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier*. Articles R 4311-3 à R 4311-5 du code de la Santé publique version en vigueur au 2 décembre 2011.

⁹⁰ Nous relevons ces propos sur le site infirmier.com : « *Le manque de réglementation structurée de la profession pose de multiples difficultés au quotidien quant à la délimitation même du champ de compétence de l'aide-soignant. Un long travail de refonte de la formation de la profession est en cours sur cette problématique. Il est effectivement grand temps que le domaine de compétence des aides-soignants soit défini clairement afin de permettre une meilleure collaboration entre aide-soignant et infirmier. L'infirmier engage sa responsabilité lorsqu'il sollicite l'aide-soignant et l'aide-soignant peut également voir sa responsabilité engagée s'il outrepassé ses fonctions.* » : <http://www.infirmiers.com/profession-infirmiere/legislation/la-collaboration-aides-soignants-infirmiers-definition-domaine-de-competence-et-responsabilite-juridique-1ere-partie.html>

⁹¹ Un arrêté du 22 octobre 2005 fixe les modalités de la formation conduisant au diplôme d'Etat d'aide-soignant qui ne bénéficie de cette appellation que depuis le 31 août 2007 : Décret n° 2007-1301 du 31 août 2007 relatif aux *diplômes d'aide-soignant, d'auxiliaire de puériculture et d'ambulancier* et modifiant le code de la Santé publique (dispositions réglementaires), version en vigueur au 2 décembre 2011. Le référentiel de formation aide-soignant est consultable sur le bulletin officiel de la santé, de la protection sociale et des solidarités du 15 février 2006, pp. 33 à 42 : <http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2006/06-01/bo0601.pdf>

“*Démographie des Professions de Santé*”⁹² qui souhaitait voir s’organiser la prise en charge, par des aides-soignantes, des actes de la vie courante des sujets ou des patients dans l’incapacité de les accomplir de manière temporaire ou définitive. »⁹³

En attendant qu’une telle démarche soit entreprise, ce qui n’est toujours pas le cas en 2012⁹⁴, nous constatons dans ce reportage, que les familles comme les journalistes, sont à la recherche de... l’infirmière perçue comme responsable, et responsable de fait. La « *profonde évolution* » professionnelle évoquée dans la réponse donnée à l’Assemblée Nationale ne peut-elle pas être justement l’occasion d’une redistribution des rôles de chacun⁹⁵ ? Mais dans les paradoxes de la profession, nous notons qu’un certain nombre de professionnelles ne souhaitent pas renoncer à la réalisation des soins d’hygiène. Une des explications pourrait être, dans l’exercice libéral, la différence de cotation des actes dans la nomenclature⁹⁶ des soins infirmiers.

Mais revenons aux représentations. Nous comprenons bien la difficulté, en tant que personnels soignants, d’objectiver les désordres du corps ou ceux de l’esprit : il y a ce que le patient manifeste, et ce que le soignant perçoit. Mais une personne bien portante aura-t-elle un même comportement qu’une personne malade ? Quel sera le

⁹² Y. Berland, *Mission Démographie des professions de santé*, Tome I, rapport n° 2002135, novembre 2002. Dans ce rapport, était évoquée l’urgence de « réunir les différentes spécialités médicales et leurs auxiliaires naturelles afin de fixer de nouvelles règles de délégations, de réviser les statuts et d’adapter les formations. La révision éventuelle des décrets de compétences qu’appellent les nouveaux tracés de frontières entre les différents métiers devra être élaborée en concertation avec l’ensemble des professionnels concernés par ces clarifications. », p. 96 du document pdf. Texte accessible sur internet : <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/024000643/0000.pdf>

⁹³ Y. Berland, *Coopération des professions de Santé : le transfert de tâches et de compétences*, rapport d’étape, octobre 2003, p. 55. Accessible par le lien hypertexte : http://www.timone.univ-mrs.fr/medecine/divers/MISSION2YB/rapport_complet.pdf

⁹⁴ La reconnaissance d’un rôle propre de l’aide-soignant est une question récurrente, notamment auprès de l’Assemblée Nationale, encore de façon récente en 2008 et 2009, cf. les liens suivants : <http://questions.assemblee-nationale.fr/q13/13-18284QE.htm>
<http://questions.assemblee-nationale.fr/q13/13-17273QE.htm>

Elle a toujours reçue une réponse négative avec, en dernière explication le 12/01/2010, la « *profonde évolution via l’intégration de sa formation* (nous parlons de la formation d’infirmier) *au niveau licence-master-doctorat (LMD) et le développement de nouvelles spécialisations infirmières au niveau master.* », cf. document pdf, p. 2 :

<http://recherche.assemblee-nationale.fr/questions/out/S48/Y8CJSHQWRXQW2B09FMB.pdf>

⁹⁵ Nous pourrions sans doute alors éviter ce qui est perçu souvent par les aides-soignants comme la délégation du sale boulot. Cette situation est abordée sur le site des cadres de santé : M. Catanas, *La question du « sale boulot » à l’hôpital : petite sociologie de la délégation des actes dans les professions du soin*, décembre 2008. <http://www.cadredesante.com/spip/spip.php?article385>

⁹⁶ Nomenclature accessible sur le site internet ameli (titre II - chapitre V, section II, article 1 et titre XVI - version juin 2012) : http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/NGAP_V28_juin_2012_def.pdf

poids du contexte socioculturel chez un patient, dans l'expression de sa douleur ? Quelle incidence aura le sexe de la personne alors que nous savons que la femme doit enfanter dans la douleur dans notre culture judéo chrétienne ?

Les infirmières en oncologie entendent régulièrement ces propos sur la « gravité » de la maladie, ou sur le traitement avec une « petite » ou une « grosse » chimiothérapie. Une leucémie est-elle plus « grave » qu'une sclérose en plaques, un diabète qu'une insuffisance cardiaque ? Une cytarabine⁹⁷ haute dose (de 3 à 6 g/m²/j sur 3 jours) en traitement de consolidation d'une LAM⁹⁸ est-elle plus ou moins « forte » que cette même molécule administrée lors de l'induction à une dose inférieure (de 1 à 2 g/ m²/j perfusée sur 3 à 7 jours), en association avec d'autres produits de chimiothérapie ? Voici quelques une des représentations différentes entre des données techniques, médicales ou infirmières, et un vécu ou un ressenti de malade.

Le mouvement phénoménologiste s'est intéressé aux représentations et M. Merleau-Ponty écrivait : « *Le monde phénoménologique, c'est non pas de l'être pur, mais le sens qui transparait à l'intersection de mes expériences et à l'intersection de mes expériences et de celles d'autrui, par l'engrenage des unes sur les autres ; il est donc inséparable de la subjectivité et de l'intersubjectivité qui font leur unité par la reprise de mes expériences passées dans mes expériences présentes, de l'expérience d'autrui dans la mienne.* »⁹⁹ L'exercice du métier d'infirmier est fait d'expériences, humaines, à la fois multiples et uniques, et professionnelles, du « faire un soin » et du « prendre soin ». La présence continue de l'infirmier le rend témoin du moindre signe, ses compétences lui procurent l'acuité nécessaire à la perception de cet *apparaître*, quelles qu'en soient les manifestations, concept fondateur du mouvement phénoménologiste.

Les propos de M. Merleau-Ponty nous permettent aussi d'aborder les représentations sociales. A la fin du XIX^e siècle, le sociologue E. Durkheim fut un des précurseurs de l'analyse des représentations sociales par ses études sur les mythes et les religions¹⁰⁰. En France S. Moscovici montra la sensibilité aux facteurs

⁹⁷ Produit de chimiothérapie très largement utilisé en hématologie notamment dans le traitement des leucémies.

⁹⁸ Leucémie aiguë myéloïde.

⁹⁹ M. Merleau-Ponty, *Phénoménologie de la perception*, Gallimard, p. 354.

¹⁰⁰ E. Durkheim, *Les formes élémentaires de la vie religieuse*, Paris, Le livre de poche, 1991.

extérieurs de la vision que les gens ont d'eux-mêmes.¹⁰¹ J.-C. Abric insista sur l'importance de l'histoire et du contexte social et idéologique dans la construction d'un groupe et de son système de valeurs.¹⁰² Ce dernier point de vue nous semble particulièrement intéressant dans l'étude de notre problématique. L'infirmière se retrouve ballottée entre ses propres représentations sur la maladie et le malade, le handicap, la vieillesse, mais aussi la maternité, le stress, etc. et chacun des nombreux domaines dans lesquels il lui est demandé d'intervenir et celles des personnes, malades ou non, posant des problèmes ou nécessitant un simple suivi, auxquelles elle a à faire face. Une image sociétale de sa profession lui est renvoyée dans laquelle elle ne s'identifie pas vraiment. Une espérance lui est adressée dans laquelle elle ne se reconnaît plus totalement. Et elle-même, nous l'avons relevé, est toujours en quête de reconnaissance, paradigme des représentations sociales.

Notre problématique de l'évolution et des paradoxes de la profession d'infirmier, dans sa diversité d'exercice, dans ses nouvelles compétences sur lesquelles nous reviendrons ultérieurement, dans l'étendue de ses soins allant de la vie à la mort, dans son accès à l'être humain au plus intime de lui-même, dans son ressenti et son vécu professionnel ainsi que dans toutes les interactions des uns avec les autres ne pouvait pas s'abstenir de différencier, aussi nettement que possible, ce que nous croyons être de ce qui est. Nous nous attacherons donc à l'étude de ce fonctionnement cérébral qui dépasse largement une physiologie ou une biologie. Les neurosciences sont en perpétuelle évolution, et l'imagerie médicale a encore accéléré cette progression ces dernières années. Dernièrement, une compétence que l'on croyait purement humaine vient d'être identifiée chez des singes : le raisonnement par analogie¹⁰³. Autant dire que le champ d'investigation reste vaste voire illimité¹⁰⁴ ! Nous ne nous prêterons pas à ce jeu polémique de savoir s'il y a une différence dans

¹⁰¹ S. Moscovici, *La psychanalyse, son image et son public*, Paris, PUF 1961 (2^e édition 1976), cité sur la page internet : http://www.serpsy.org/formation_debat/mariodile_5.html

¹⁰² J.-C. Abric, *Pratiques sociales et représentations*, PUF, 1994, 2^e édition 1997, p.12. Jean-Claude Abric est professeur et directeur du laboratoire de psychologie sociale de l'université de Provence.

¹⁰³ Article « Les singes raisonnent aussi par analogie » diffusé dans un communiqué de presse du CNRS le 23/09/11 accessible sur le net par le lien : <http://www2.cnrs.fr/presse/communiqu/2290.htm> Sur la base d'une étude rédigée par R.K.R. Thompson et J. Fagot, « Generalized Relational Matching by Guinea Baboons (*Papio papio*) in two by two-item analogy problems », *Psychological Science*, 20 septembre 2011.

¹⁰⁴ Pour preuve de cet intérêt scientifique continu, nous notons la création d'un nouvel Institut des sciences du cerveau à Toulouse pour étudier « AVC, maladie de Parkinson, d'Alzheimer, épilepsie, mais également la surdité ou encore les troubles visuels ». Article du quotidien *La Dépêche* du 8 octobre 2011.

la taille et les propriétés du cerveau entre homme et femme¹⁰⁵ pour ne retenir que la qualité essentielle de cet organe, à savoir sa plasticité, c'est-à-dire sa faculté de se modifier en fonction des apprentissages qui lui sont proposés notamment.

Nous montrerons ainsi la complexité du rôle infirmier par la mise en œuvre de processus qui dépassent de loin la seule anatomophysiologie et qui réunissent à la fois la raison de la cognition et l'indicible des représentations.

1) La construction de l'intellect : l'infirmière entre réflexion et action

« Maître Cerveau sur son homme perché

Tenait dans ses plis son mystère...

J'ai oublié la suite. » P. Valéry¹⁰⁶

Deux œuvres philosophiques nous semblent intéressantes pour effectuer notre analyse, étonnamment semblables sur certains points alors même qu'elles sont éloignées de plusieurs siècles : l'*Ethique à Nicomaque*¹⁰⁷ d'Aristote et *Le monde comme volonté et comme représentation*¹⁰⁸ d'A. Schopenhauer.

Nous trouvons chez Aristote, dans la sixième partie intitulée *les vertus intellectuelles*¹⁰⁹, ce que R. Bodéüs appelle dans la préface de l'ouvrage l'intelligence exécutive et l'intelligence méditative¹¹⁰, toutes deux issues de la partie rationnelle de l'âme. La première est servie par la sagacité. Elle est perception sensitive, productive et recherche le bien humain. L'objet auquel elle se réfère peut être variable. Ce n'est

¹⁰⁵ Notons à ce sujet l'article « Le cerveau a-t-il un sexe ? », par Catherine Vidal Neurobiologiste, Directrice de Recherche à l'Institut Pasteur de Paris, publié sur le site <http://eduscol.education.fr/cid47784/le-cerveau-a-t-il-un-sexe%A0.html>. Cet article reprend des conclusions énoncées dans une étude faite par les trois académies de Médecine, de Sciences et de Technologies : « les études sur la structure et le fonctionnement du cerveau, l'influence des hormones et l'évolution de l'espèce humaine, ne montrent pas de différences significatives entre les sexes dans les aptitudes cognitives qui pourraient expliquer la sous-représentation des femmes dans les professions scientifiques (...) Cette situation est le résultat de facteurs individuels, sociaux et culturels. » National Academy of Sciences, National Academy of Engineering and Institute of Medicine of the National Academies, *Beyond bias and barriers: Fulfilling the potential of women in academic science and engineering*, National Academies Press, Washington D. C., 2006.

¹⁰⁶ P. Valéry, *Œuvres*, vol. 2, *Mauvaises Pensées et autres* (1941 - 1942), Gallimard, coll. « Bibliothèque de la Pléiade », 1988, p. 798.

¹⁰⁷ Aristote, R. Bodéüs, *Éthique à Nicomaque*, Paris, Flammarion, 2004. (Écrit vers 345 - 335 av. J.-C.). Nous nous intéressons au chapitre VI sur *les vertus intellectuelles*.

¹⁰⁸ A. Schopenhauer, *Le monde comme volonté et comme représentation*, Paris, Librairie Alcan, 1912. (Écrit en 1817 - 1819). Notre étude porte essentiellement sur le Livre premier, *la représentation soumise au principe de raison suffisante : l'objet de l'expérience et de la science*.

¹⁰⁹ Aristote, R. Bodéüs, *Éthique à Nicomaque*, *op. cit.*, pp. 289 à 344.

¹¹⁰ *Id.*, p. 41.

ni une science, ni une technique : « *Une science, parce que l'exécutable peut être autrement ; et une technique, parce qu'il y a une différence de genre entre action et production. [...] C'est un état vrai, accompagné de raison, qui porte à l'action quand sont en jeu les choses bonnes ou mauvaises pour l'homme.* »¹¹¹ La deuxième est assistée par la sagesse. Elle est science et technique¹¹², se réfère à un objet identique, et sa finalité ne réside pas dans le bien humain¹¹³. « *Si bien que la sagesse doit être intelligence et science ; une science en quelque sorte pourvue de tête, qui connaîtrait ce qu'il y a de plus honorable.* »¹¹⁴ C'est la raison pour laquelle, pour Aristote, la sagacité n'a pas « *autorité sur la sagesse ni sur la meilleure partie de l'âme, pas plus que la médecine sur la santé, car elle n'a pas celle-ci à son service, mais voit au contraire à son avènement.* »¹¹⁵

En parallèle nous semble-t-il, nous trouvons dans l'œuvre d'A. Schopenhauer, l'intuition qui « *[...] comprend tout le monde visible, ou l'expérience en général avec les conditions qui la rendent possible.* » et la raison, « *Cette faculté qu'il (l'auteur parle de l'ordre abstrait) possède de former des notions abstraites, et qui le distingue du reste des animaux, [...].* »¹¹⁶ La connaissance intuitive nous donne la lucidité, l'assurance, la certitude. Alors qu'avec « *[...] la pensée abstraite, avec la raison, s'introduisent dans la spéculation le doute et l'erreur, dans la pratique l'anxiété et le regret.* »¹¹⁷ Nous retrouvons dans l'intuition la variabilité de l'intelligence exécutive d'Aristote car elle « *ne vaut jamais que pour un cas isolé* »¹¹⁸ et ne peut donc pas être généralisée. Pour mettre en évidence la séparation de ces deux formes de réflexion, A. Schopenhauer prend l'exemple de la poulie dont le mode d'action peut être connu par intuition, mais il faut la raison et des concepts et de l'abstraction (en un mot, la science) pour sa construction. Nous retrouvons chez Aristote un exemple pratique de cette distinction duale dans ce propos également concret sur la construction : « *Or le fait est que la capacité de bâtir est une technique particulière et par essence un état particulier qui porte rationnellement la production ; [...]* »¹¹⁹. Nous constatons, chez A. Schopenhauer l'interaction de la

¹¹¹ *Ibid.*, p. 303.

¹¹² *Ibid.*, p. 309.

¹¹³ *Ibid.*, p. 314.

¹¹⁴ *Ibid.*, pp. 310, 311.

¹¹⁵ *Ibid.*, p. 343.

¹¹⁶ A. Schopenhauer, *Le monde comme volonté et comme représentation*, op. cit., p.7.

¹¹⁷ *Id.*, p. 38.

¹¹⁸ *Id.*, p. 58.

¹¹⁹ Aristote, R. Bodéüs, *Éthique à Nicomaque*, op. cit., p. 300.

raison sur l'intuition et réciproquement, sans qu'il lui accorde, un peu à l'inverse d'Aristote cependant, une prépondérance de l'une sur l'autre.

L'infirmière voit sa pratique quotidienne, quel que soit le secteur d'activité, au cœur de ce dualisme réflexif. Une des difficultés de ce métier ne réside-t-elle pas dans la coexistence, dans un même temps (et A. Schopenhauer dans son ouvrage souligne l'importance du temps), de ces deux aspects distincts de la réflexion que nous venons d'évoquer ? D'une part son action est située dans l'instant présent de la réalisation du soin. Elle est pragmatique et pratique et se doit d'être productive. Cela peut être à l'occasion d'une urgence, par exemple, dans le cadre hospitalier. Elle devra mettre en œuvre des automatismes, gestes professionnels connus par cœur dont la réflexion est absente pour ne pas perdre un temps souvent précieux. Elle sera aussi en capacité de s'adapter, et la réflexion doit être présente, à des prescriptions évolutives, un état fluctuant du patient, des conditions d'exercice parfois précaires au domicile des patients, etc. Nous y identifions cette intuition ou intelligence exécutive que nous venons d'analyser. D'autre part ses compétences lui donnent à réfléchir sur un projet d'éducation du patient (nécessaire entre autres dans de nombreuses pathologies afin de permettre l'observance des traitements, ou de prévenir des risques liés à la maladie ou sa thérapeutique). Elle est en charge de la formation des élèves infirmières et de leur évaluation sur les lieux de stage. Elle est responsable aussi des soins qu'elle a délégués dans la surveillance de leur réalisation et l'organisation de leur délégation. Son attention porte à la fois sur le passé, le présent, le futur, en analyse de retours d'expériences. Chacune de ces attributions nécessite des constructions intellectuelles et manipulations de concepts qui nous permettent de reprendre la classification de R.B. Reich dans son ouvrage *The Work of nations*¹²⁰ et d'identifier l'infirmière à la fois comme « *in-person service providers* » mais aussi comme « *symbol analyst* ». L'infirmière est aussi parfois (sans doute regretterons nous que ce ne soit pas plus fréquent), consultée pour avis dans des décisions thérapeutiques difficiles. Cela a été et reste encore une de ses requêtes.

Nous évoquions la complexité de la présence simultanée de ces deux façons de penser dans un même temps, et nous allons relater une expérience qui nous est propre.

¹²⁰ R.B. Reich, *The Work of nations: Preparing Ourselves for 21st-Century Capitalism*, New York, A.A. Knopf, 1991.

Je reconnais, pour y avoir été confrontée, la difficulté de répondre, sur une journée de travail, à la sollicitation¹²¹ d'un avis pour une décision de poursuite thérapeutique « agressive »¹²² chez un patient : décision ardue dans une situation où la question de savoir si la personne était en état de subir le traitement qu'elle espérait et demandait avec force pouvait être posée. Puis-je employer cette expression « j'avais en tête » ? J'avais en tête, à ce moment précis, que ce staff qui évidemment ne se passait pas au bon moment, allait me décaler toutes mes perfusions¹²³. Que j'espérais qu'un KTC¹²⁴ n'allait pas se boucher. Qu'il fallait que j'envoie ce bon de commande de pharmacie que je venais de remplir sous peine de ne pas recevoir le traitement de mon patient à temps. Et que j'appelle la transfusion¹²⁵ pour savoir si mes plaquettes¹²⁶ pour tel autre patient étaient disponibles. L'éloquence de ma réponse tint sans doute dans le nombre de « e » et de « u » que l'on peut mettre après le « h » du mot « heeu ». ¹²⁷

La profession d'infirmier a parfois du mal à se trouver une identité, nous l'avons souligné. Nous avons ainsi relevé, dans les fictions américaines, cette ressemblance entre les séries « infirmières » *Nurse Jackie*¹²⁸ et *Hawthorne*¹²⁹ postérieures aux séries « médicales » *Dr House*¹³⁰ et *Grey's Anatomy*¹³¹. Nous y reconnaissons, chez le personnage principal de chacune des séries, une addiction semblable à des produits illicites, notamment la vicodin¹³², ou des difficultés sentimentales quasi identiques¹³³. Est-ce là une manifestation du désir mimétique

¹²¹ Sollicitation émise lors d'un staff d'équipe soignante : réunion des médecins et infirmiers en poste ce jour-là pour parler des patients, de leur pathologies et de leurs traitements.

¹²² Terme générique qui peut représenter soit un traitement d'induction ou de réinduction de LA par exemple, soit une possibilité de greffe de moelle osseuse, etc. Il a l'avantage d'éviter l'utilisation des termes curatifs ou palliatifs qui en hématologie particulièrement semblent parfois obsolètes.

¹²³ Solutés de perfusion à changer normalement à horaires précis, de même que l'administration des différentes thérapeutiques, antibiotiques ou autres...

¹²⁴ Abréviation pour cathéter central (quelques fois raccourci même en KT). Cathéter posé par un anesthésiste, en général dans un bloc opératoire mais il peut être aussi posé en urgence au lit du malade. Le dispositif vise à cathétériser une veine à gros calibre (fréquemment jugulaire ou sous clavière).

¹²⁵ Antenne transfusionnelle de l'EFS présente sur place dans l'Institut.

¹²⁶ Concentré de plaquettes d'aphérèse.

¹²⁷ Dans cette note, je tiens à remercier les médecins du service dans lequel je travaille pour l'application qu'ils mettent généralement à prendre en compte l'avis de l'équipe soignante. Cet exemple n'a pas pour but de signaler un staff dérangent (bien au contraire), mais a une valeur démonstrative sur la difficulté parfois de faire cohabiter deux modes de pensée.

¹²⁸ Série américaine toujours en cours de diffusion aux USA depuis 2009.

¹²⁹ Série américaine diffusée aux USA de 2009 à 2011.

¹³⁰ Série américaine diffusée aux USA depuis 2004.

¹³¹ Série américaine diffusée aux USA depuis 2005.

¹³² Connue en France sous le nom de Dicodin. Produit utilisé par le médecin dans *Dr House*, par l'infirmière dans *Nurse Jackie*.

¹³³ Valse-hésitation sentimentale chez les infirmières identique à celles mises en scène chez les médecins.

évoquée dans l'œuvre de R. Girard¹³⁴ ? Bien sûr, ce ne sont que des images fictives, pures représentations, donc. Pourtant, la réalité n'offre-t-elle pas à l'infirmier sa spécificité ? Ne trouvons nous pas dans cette réflexion équilibrée, une unicité professionnelle ? Le rôle propre légal semble bien doublé de cette caractéristique particulière dans la réflexion. Elle est suffisamment rare pour être relevée et soutenue par des autorités de tutelle qui ont du mal à mobiliser les jeunes étudiants vers le métier d'infirmier.

2) Les représentations sociales : l'infirmière face à son reflet dans le miroir¹³⁵

« *JE NE SAIS QUI JE SUIS, ni quelle âme est la mienne.* » F. Pessoa¹³⁶

Nous l'avons souligné précédemment, l'infirmière semble avoir du mal à s'identifier à son reflet populaire, mais aussi dans les sollicitations qui lui sont adressées et les images qui lui parviennent parfois à l'intérieur même de la profession : trop technicienne, manque d'humanité, pas assez de sollicitude, etc. Elle est face à des expressions contradictoires qui lui sont, par exemple, renvoyées dans ces deux propos antagonistes d'écrivains : « *Les infirmières refusent aux médecins leurs lettres de noblesse et aux patients le droit de chercher refuge dans les pages d'un livre... Elles veulent des patients affolés, soumis, en tout cas, résignés et réduits à l'état de larves informes, afin de les manipuler à leur guise. Elles les veulent, consciemment ou inconsciemment, dépourvus de curiosité, obéissants, suant de peur et attentifs à chacun de leurs gestes.* »¹³⁷. Nous percevons dans ces quelques phrases la description d'une infirmière dominatrice, faisant preuve d'une autorité quasi militaire dont le seul but serait la soumission du malade et son angoisse dont elle se nourrirait. Quant au médecin, il n'aurait guère plus de grâce à leurs yeux. A

¹³⁴ R. Girard, Philosophe français né en 1923. Entre autres ouvrages : *Mimesis and Theory: Essays on Literature and Criticism*, 1953 - 2005, sous la direction de R. Doran, Stanford University Press, 2008.

¹³⁵ Le « stade du miroir » est un concept repris notamment par J. Lacan pour expliquer la construction psychique de l'enfant. Sujet développé dans une communication faite au XVI^e Congrès international de psychanalyse, à Zurich, le 17 juillet 1949 : *Le stade du miroir comme formateur de la fonction du Je telle qu'elle nous est révélée dans l'expérience psychanalytique*. Nous la reprenons donc pour souligner l'importance de l'infirmière comme sujet social et son besoin des autres pour se constituer.

¹³⁶ F. Pessoa (1888 - 1935), *un singulier regard*, « Un portrait éclaté » (après 1913 ?), C. Bourgois, 2005, pp. 87, 88. Les capitales d'imprimerie de la première partie de la phrase sont dans la citation originale.

¹³⁷ A. Poznanska Parizeau (1927 - 1990), *Une femme*, Les classiques des sciences sociales, 1991, Une collection développée en collaboration avec la Bibliothèque Paul-Émile-Boulet de l'Université du Québec à Chicoutimi. Site web: <http://bibliotheque.uqac.ca/>

l'inverse, nous relevons cet extrait chez F. Beigbeder : « *Je lui ai dit que j'allais très très mal et j'ai remarqué qu'aucune femme ne résiste quand le mec de sa meilleure amie lui dit qu'il va très mal. Cela doit ranimer en elles le sens du devoir, l'infirmière dévouée, la Petite Sœur des Pauvres qui sommeille.* »¹³⁸ Nous y distinguons une infirmière soumise par une obligation presque mystique envers le patient, et un dévouement sans limite.

Quelles sont donc les motivations à de telles remarques ? Les passés religieux et militaires de la profession et leur influence incontournable, un espoir déçu de guérison et une fin de vie qui s'approche à grand pas, ou a contrario un traitement dont l'issue est favorable et positive la vision que l'on a du personnel qui s'est occupé de vous... ? La part d'« Ombre » cachée de C.-G. Jung, évoquée auparavant, ne nous permet-elle pas d'expliquer ces perceptions au gré de nos satisfactions ou de nos déceptions ? Précisons aussi que de temps en temps, ce sont les infirmières qui peuvent se sentir épiées lors des soins, jugées, évaluées et comparées... Ce ressenti est très certainement acceptable, puisqu'il s'agit de la santé et de la vie d'une personne, et que cela la concerne au premier chef. De même, ce qui peut passer pour une exigence par l'infirmière, de soumission ou d'obéissance, peut être tout simplement expliqué par le souhait du bon respect d'un traitement en vue de son efficacité.

Quelques images révélatrices sur la profession d'infirmière sont dégagées dans ce document de travail datant d'une dizaine d'années : *Les infirmières, image d'une profession*¹³⁹. L'infirmière est femme, hospitalière et décontractée, par opposition au médecin qui est plus formel, va au domicile ou exerce en cabinet (!)¹⁴⁰. Mais la conclusion est que « *les personnes interrogées connaissent finalement assez mal la profession, mais ont un capital de sympathie très élevé pour elle.* »¹⁴¹ Depuis, les techniques ont encore évolué, l'infirmière bénéficie-t-elle toujours de ce capital sympathie ?

Mais l'« Ombre » suggérée n'est-elle pas aussi dans ce qui pourrait sembler être de la mauvaise foi, d'exiger d'autrui de faire mieux que nous ce que nous ne

¹³⁸ F. Beigbeder, *L'Amour dure trois ans*, Paris, Gallimard, 2001.

¹³⁹ F. Midy, *Les infirmières, image d'une profession*, Document de travail réalisé dans le cadre d'une formation d'initiation à la sociologie au sein du Credes, 2002. Enquête accessible sur le net : <http://www.irdes.fr/EspaceEnseignement/ThesesMemoires/FormationFMidyInfirmieres.pdf>

¹⁴⁰ *Id.*, p. 26. Il y a une dizaine d'années, la partie exercice libéral de la profession d'infirmier semblait vraiment méconnue.

¹⁴¹ *Id.*, p. 34.

voulons plus faire nous-même ? Pendant l'été 2003, la France s'est retrouvée profondément choquée par le nombre de morts provoqués par une canicule¹⁴² d'ailleurs Européenne. Elle s'est indignée du traitement accordé parfois aux corps qui étaient entreposés sous des tentes réfrigérées au mieux, quelques fois aussi dans des camions frigorifiques, en l'absence de place dans les morgues et autres funérarium. Mais à l'étranger, l'indignation populaire porta sur le fait qu'un pays occidental, le nôtre, ait pu laisser à l'abandon 300 à 500 personnes décédées sans en avoir réclamé les corps¹⁴³ !

Une différence essentielle entre l'homme et l'animal résiderait pourtant dans l'accomplissement de rites mortuaires, spécificité totalement humaine soulignée par Ch. Delsol¹⁴⁴. Mais la société évolue. Les cimetières ne sont plus dans les villes, et les tombes cèdent la place à des columbariums où les croix d'autrefois sont remplacées par de jolies urnes sans signe distinctif de mort. Et nous fuyons la mort, sans toutefois vouloir l'admettre, alors que paradoxalement nous en avons besoin pour nous conforter dans notre existence¹⁴⁵. Ce paradoxe n'est-il pas reflété dans cette réaction d'indignation sur ce qu'« ils » ont fait subir aux corps et ce silence admis sur ceux que « nous » avons abandonnés ?

Sur un autre versant des représentations sociales, nous trouvons, de la part des professionnelles de santé, cette doléance (de bonne ou de mauvaise foi ?) sur la dureté de la fonction et la fatigue inhérente. Dans certains reportages télévisés ou articles de journaux, il est souvent fait allusion même à un épuisement professionnel. Comment expliquer dès lors ces chiffres relevés dans le rapport de l'Inspection générale des affaires sociales sur *Le cumul des activités dans la fonction publique hospitalière*¹⁴⁶ ? Ils parlent d'eux-mêmes. Environ 7,5 % des infirmiers en soins généraux, tous sexes confondus ont plusieurs activités professionnelles. Sur la totalité des professions d'infirmiers hospitaliers, près de 8 % sont multi-actifs. Et

¹⁴² 14 800 décès en excès par rapport aux années précédentes au 20 août 2003, selon un rapport préliminaire de l'Inserm : http://www.cepidc.inserm.fr/inserm/html/pdf/rapport_canicule_03.pdf

¹⁴³ De nombreux médias relaient alors ces faits. Nous avons retrouvé sur le web, cet article de Libération : <http://www.liberation.fr/societe/0101452155-a-paris-les-corps-en-rade-de-la-canicule>

¹⁴⁴ Lors d'une conférence du jeudi 26 janvier 2012 à l'UMLV.

¹⁴⁵ Memento mori sur lequel nous reviendrons ultérieurement.

¹⁴⁶ C. de Batz de Trenquelléon, Membre de l'Inspection Générale des Affaires Sociales, P. Lesteven, Conseiller général des établissements de santé, *Le cumul des activités dans la fonction publique hospitalière*, rapport de l'Inspection générale des affaires sociales, juin 2011. Tableau 5, p. 23.

Le document est accessible sur le site web de la documentation française : <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/114000573/0000.pdf>

ceci ne vaut évidemment que pour des activités déclarées. Sans doute pourrait-on croire, dans nos représentations, que c'est un des effets de la crise, mais il nous faut bien reconnaître que ces chiffres sur ce rapport de 2011, sont issus de bilans établis en 2008. Nous ne nous engagerons pas sur l'existence réelle ou fictive de cet épuisement : il est très probable, une fois encore, que nous trouvons dans la profession d'infirmier, des exemples de sa confirmation ou d'autres pour l'infirmier. Mais nous relevons néanmoins ces chiffres qui participent à la construction de notre raisonnement en démontrant, une nouvelle fois, l'ambiguïté des perceptions et des représentations.

La profession d'infirmière est majoritairement féminine, à 87,4 %, cf. le tableau ci-dessous¹⁴⁷, pour un total d'environ 534 000 personnes. Nous constatons bien cette particularité unique dans les professions de santé référencées dans ce document. Notons qu'un précédent rapport de la Drees (rapport de 2006 avec un pourcentage de 88 %) faisait état de ce pourcentage de féminisation constant depuis 1999. Dans les départements d'Outre-Mer, ce pourcentage féminin est légèrement inférieur : 81 %.¹⁴⁸ Nous relevons aussi que la féminisation est plus importante en milieu hospitalier qu'en libéral, entre 4 à 5 % de plus. Nous n'en tirerons pas de conclusion hâtive, mais nous nous posons la question de ce choix masculin en faveur de l'exercice libéral : est-ce un refus de la hiérarchie hospitalière, l'attrait d'une plus grande liberté d'emploi du temps, une préférence pour cette proximité moins institutionnalisée auprès du patient, ou autre... ?

Elle est aussi majoritairement salariée, seulement 15 % des professionnels exercent en libéral, et relativement âgée : la tranche d'âge majoritaire est celle des 50-54 ans¹⁴⁹.

¹⁴⁷ Chiffres issus d'un document de travail, *Les professions de santé au 1er janvier 2011*, D. Sicart, Drees, n° 158 - juillet 2011, p. 16. Accessible par le lien hypertexte : <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/seriestat158-3.pdf>

¹⁴⁸ *Id.*, p. 16.

¹⁴⁹ *Ibid.*, p. 42. Tranche qui représente 76 338 personnes sur la population des 534 378 professionnels du soin infirmier.

EFFECTIFS PAR PROFESSION, SEXE ET SITUATION PROFESSIONNELLE au 1er janvier 2011

Tableau 10.1

France métropolitaine

	Libéral			Salarié			Total		
	Homme	Femme	H+F	Homme	Femme	H+F	Homme	Femme	H+F
Chirurgien-dentiste	23 387	13 589	36 976	1 645	2 320	3 965	25 032	15 909	40 941
Pharmacien	14 927	16 916	31 843	9 170	30 784	39 954	24 097	47 700	71 797
Sage-femme	32	3 218	3 250	315	14 505	14 820	347	17 723	18 070
Infirmier	13 298	68 945	82 243	54 345	397 790	452 135	67 643	466 735	534 378
Masseur-kinésithérapeute	31 922	23 841	55 763	4 873	10 144	15 017	36 795	33 985	70 780
Orthophoniste	595	15 463	16 058	147	3 758	3 905	742	19 221	19 963
Orthoptiste	234	2 162	2 396	89	911	1 000	323	3 073	3 396
Psychomotricien	172	894	1 066	789	5 964	6 753	961	6 858	7 819
Pédicure-podologue	3 745	7 626	11 371	61	147	208	3 806	7 773	11 579
Ergothérapeute	71	368	439	933	6 163	7 096	1 004	6 531	7 535
Audioprothésiste	584	276	860	773	804	1 577	1 357	1 080	2 437
Opticien-lunetier	4 591	2 475	7 066	6 746	9 495	16 241	11 337	11 970	23 307
Manipulateur ERM	.	.	.	7 911	20 842	28 753	7 911	20 842	28 753
Diététicien	122	1 659	1 781	253	5 134	5 387	375	6 793	7 168

F. Nightingale, nous le verrons ultérieurement, parlera d'une profession respectable pour les femmes à une époque où les milieux professionnels sont essentiellement masculins. Depuis, de nombreuses professions se sont féminisées, mais peu d'entre elles portent autant cette féminité dans cette « triple filiation : femme, femme consacrée, femme auxiliaire ». ¹⁵⁰ Cela permet à M.-F. Collière de se poser la question de l'« Identité infirmière : du mythe au rêve... à la réalité... ? » ¹⁵¹ L'infirmière est femme et religieuse, et sœur et mère, et il lui faut au moins la combinaison de ces trois derniers attributs pour avoir accès, dans ses fonctions, à la nudité source de péché et peut-être même liée au diable ¹⁵²... Dans cette pseudo sanctification, elle est donc détentrice d'un pouvoir que les autres femmes n'ont pas. Cette image sacrée est rassurante et réconfortante pour notre désir d'autonomie : nous ne sommes pas redevables puisque nous sommes servis par des femmes dont c'est la vocation. La soumission ou le maternage induits par cette vision du métier a été affranchie par la laïcisation de la professions au XIX^e siècle. Peut-être pourtant,

¹⁵⁰ Propos relevés dans l'article d'A. Joiris, *De la vocation à la reconnaissance, Les infirmières hospitalières en Belgique 1789 - 1970, Genèse, émergence et construction d'une identité professionnelle*, août 2009. Texte accessible par le lien hypertexte : http://www.espace-socrate.com/SocProAccueil/Document%5CRehabilitation%5Ca_soinsinfirmiers.pdf

¹⁵¹ M.-F Collière, *Soigner... le premier art de la vie*, 2^e édition, Paris, Masson, 2001, p. 89.

¹⁵² Propos issus du site internet :

<http://www.infirmiers.com/profession-infirmiere/presentation/historique-de-la-profession.html>

nous permettait-elle d'accepter l'inacceptable de ce que nous voyons parfois dans la maladie, ou nous représentons comme telle : la déchéance.

Mais en 2012, et depuis déjà de nombreuses années, l'infirmière se targue d'un savoir ! Et les représentations érotisées de la profession ne pourraient-elles pas s'expliquer par une revanche de la société sur cet accès à l'intimité individuelle : en quelque sorte, punir par là où il y a eu péché, puisque le caractère sacré a été renié ?

3) De l'autre côté du miroir, un exemple de la relation infirmier/malade : l'intimité

« Une chambre ! Quelle soit vêtue de deuil et de misère, ou capitonnée de soie et d'or, n'est-ce pas toujours le sanctuaire secret où se déroule le plus intime des vies ? » F. des Dunes¹⁵³

A une époque où la nudité masculine et féminine s'étale sur les affiches publicitaires, avec une prédilection pour cette dernière, où la pornographie est accessible à tous par téléchargement, où les *sex toys* se vendent en réunions publiques, pouvons-nous encore parler d'intimité ? L'intimité peut-elle être restreinte à ce seul domaine de nudité physique ou de sexualité ?

Nous l'interpellons ici comme exemple de nos représentations, car chacun à sa propre perception de ce qui lui est intime. Professionnellement, cela peut-être au domicile dans lequel va se rendre l'infirmier libéral, quand il va utiliser les objets familiers de la personne dont il s'occupe, se laver les mains dans son lavabo, utiliser sa crème de soin après lui avoir fait sa toilette, éviter de réveiller les enfants lors de son passage... Cela peut aussi se produire en entreprise où tel employé signalera à l'infirmier des problèmes relationnels avec son patron, avec ses collègues, ou même encore dans sa vie familiale, et lui fera part de son « ras le bol » identifiable en *burn-out*. Nous concevons encore l'intimité dans l'attente de cette élève qui viendra confier à l'infirmière scolaire qu'elle a eu un rapport non protégé (oui mais, « Il ressemblait à R. Pattinson dans *Twilight*... ») et cet argument est sans doute

¹⁵³ F. des Dunes (pseudo de Caroline Fortin Dubé, écrivain canadienne, 1879 - 1956), --et *Les Feuilles Tombent*, Montréal, Levesque, 1931.

irrésistible) ; elle lui demandera « la pilule du lendemain », compétence qui fait toujours polémique¹⁵⁴. Dans une chambre de malade, l'infirmière parlera de ces tranches de vie racontées et partagées, de ces baptêmes ou mariages réalisés en dernier recours dont elle a été le témoin. Elle rapportera ces douleurs que le malade ne sait même plus décrire tellement elles ont envahi tout son être. Elle dira aussi comment ce professeur de mathématique malade se moquait d'elle gentiment en parlant à sa femme, « *ne la dérange pas... elle essaie de comprendre... des chiffres !* », alors qu'elle programmait la pompe à perfusion, simplement parce qu'elle aussi avait partagé avec lui, tout en faisant un soin, son peu d'attrait pour la matière enseignée lorsqu'elle était lycéenne. L'infirmier en maison de retraite relatera la solitude de ces personnes âgées pour lesquelles il n'est plus que la seule visite, l'attente de cette fille ou de ce fils qui ne viendra plus, et ce silence... toute l'intimité de ce silence !

Nous voyons dans ces exemples autant de formes d'intimité que de diversité relationnelle. Et si la relation patient/soignant n'est pas une relation intime, au sens communément admis du terme, il n'en reste pas moins qu'il y a, dans, par, et avec le soin, une intimité partagée. O. Bourguignon le souligne : « *l'intime touche à l'identité de l'individu, [...]* »¹⁵⁵. Cela peut donc aller, pour une personne, de la « toilette intime », à sa conscience, aux liens établis avec sa famille ou avec ses proches ou à tout ce qui relève de sa vie privée, à laquelle nous rajouterons éventuellement la vie professionnelle, car à l'heure d'internet, un nombre grandissant de patients continuent une partie de leur activité dans leur chambre d'hôpital. L'identité de l'individu n'est-elle pas dans son visage ? Celui-ci n'est pas pris alors comme phénomène mais comme représentation identitaire justement : sur la photographie d'une carte d'identité ou d'un passeport par exemple. Or ce visage peut être altéré, tout comme le corps. Les infirmières diagnostiquent alors une « altération de l'image corporelle ». Cette appellation aseptisée signifie que la personne ne supporte plus simplement son reflet dans le miroir. Comment accepter ces déformations du visage dues à une mucite, ce crâne chauve conséquence d'une

¹⁵⁴ Et pourtant cette mesure date des années 1999 - 2000, cf. l'article de libération : <http://www.liberation.fr/evenement/0101297207-les-infirmieres-scolaires-pourront-la-delivrer-la-pilule-du-lendemain-entre-au-college-la-decision-du-gouvernement-bien-accueillie-par-les-educateurs-confrontes-au-probleme-des-grossesses-precoces>

La loi a été votée en 2000 : Loi n° 2000-1209 du 13 décembre 2000 relative à la *contraception d'urgence*.

¹⁵⁵ O. Bourguignon, « L'intime, le corps et la relation de soin », dans E. Hirsch, et al., *Ethique, médecine et société : Comprendre, réfléchir, décider*, Espace éthique, Paris, Vuibert, 2007, p. 384.

alopécie post chimiothérapie, ces œdèmes qui rendent le corps difforme, et la vieillesse qui le rend flasque ? Dans certains services d'ORL¹⁵⁶ des centres de cancérologie où les interventions chirurgicales peuvent être très mutilantes, les glaces sont parfois supprimées. N'est-ce pas pour donner l'occasion au patient de se voir, d'abord dans le regard de l'infirmier chargé d'empathie au mieux ou d'indifférence au pire, dans celui de ses proches (ou intimes) rempli d'amour, d'amitié ou d'affection, avant d'être confronté au miroir qui sera réintroduit un jour dans la chambre et lui permettra de découvrir, dans toute la cruauté de cet instant, son reflet dans la glace ?

Dans la réalisation des soins d'hygiène, l'auteur constate notamment cette difficulté à laquelle le soignant peut se retrouver confronté : « *La relation au corps propre est donc source d'investissements et de représentations riches et variées, spécifiques à chacun. Ce qui a pour conséquence qu'un même soin a des retentissements différents selon les personnes.* »¹⁵⁷

Le texte d'E. Fiat *Pudeur et intimité*, met ainsi en évidence que « *parce que l'homme est un animal politique qui vit sous le regard des autres, il est dans sa nature d'éprouver quelque gêne à être réduit à ce corps plus ou moins animal qui est le sien.* »¹⁵⁸ La maladie a cette faculté particulière d'effacer les différences de niveau socioculturels (il reste encore des exceptions malheureusement). Elle apporte au patient une nudité sociale à laquelle certains ne se résolvent pas. Rien ne peut les protéger de ce regard médical et infirmier qui rend « *le corps transparent* »¹⁵⁹. C'est pourtant l'infirmier qui, par la durée de sa présence auprès de la personne malade ou âgée, sera le témoin et quelques fois le confident de ce ressenti de dénuement. Quelle sera son aptitude alors à rassurer cette personne ? Saura-t-elle lui faire comprendre qu'il ou elle est avant tout un être humain bien plus qu'une fonction sociale, autrement supérieur à ce simple corps martyrisé ? A-t-elle les compétences, l'humanité pour engager cette réassurance ? En a-t-elle la volonté... et le temps ?

¹⁵⁶ Oto-rhino-laryngologie.

¹⁵⁷ *Id.*, p. 386

¹⁵⁸ E. Fiat, « Pudeur et intimité », *Gérontologie et société*, 2007/3, n° 122, pp. 23 à 40, (p. 26). DOI : 10.3917/gs.122.0023.

¹⁵⁹ P. Lasjaunias, « le corps transparent », dans *Traité de bioéthique*, vol. I, Fondements, principes, repères, sous la direction d'E. Hirsch, Toulouse, Editions Erès, 2010, pp. 607 à 617.

Respecter l'intimité d'une personne, c'est aussi être capable de l'identifier, sans pour autant réduire la personne elle-même à une dimension d'objet. Nous avons déjà mis en évidence cette difficulté. « *Car l'homme est un être profond : il y a ce qu'il dit de lui ; ce qu'il garde pour lui ; et enfin ce qu'il garde en lui. [...] Certaines parties du corps sont intimes, ce sont celles dont l'homme s'occupe lorsqu'il s'adonne à cette toilette qu'on dit là encore intime, ces parties qu'il ne fait jamais apparaître dans l'extériorité sans quelque gêne ; et ses pensées secrètes mériteraient elles aussi d'être appelées intimes, en ceci qu'elles sont ce qu'il y a de plus secret, de plus intérieur en lui.* »¹⁶⁰ L'infirmier en secteur psychiatrique aurait sans doute beaucoup à dire sur cette intimité intérieure. Nous notons qu'en milieu hospitalier, de nombreux services de médecine aussi bien que de chirurgie intègrent la prise en compte de la souffrance psychique et proposent les services d'un psychologue ou d'un psychiatre si nécessaire.

Pour E. Fiat, l'intimité est différente de la pudeur, de la honte et de la dignité, mais elles sont néanmoins étroitement liées. « *Que le jeune interne qui doit imposer à une patiente âgée et très digne un toucher rectal le fasse avec une désinvolture rigolarde, qu'il oublie de fermer la porte de la chambre, ou de replacer le drap comme il l'aurait fallu, et la pudeur de s'abîmer en honte.* »¹⁶¹ Et, même si cette vision peut paraître un peu caricaturale, ne nous paraît-elle pas pour autant évidente : « *La rencontre entre l'infirmière hyper-moderne et la vieille dame hyper-classique est donc grosse de blessures, n'en doutons pas.* »¹⁶² ? Que de maladresses potentielles de la part de l'infirmière sont envisageables sans pourtant avoir l'intention de blesser : différence de rythme, différence de centres d'intérêts, ... différence de représentations ! « *Pudeur et dignité sont liées, le non-respect de l'une entraîne une offense de l'autre* »¹⁶³.

Chaque soin, chacune des interventions de l'infirmier peut être l'occasion d'une atteinte à l'intimité, involontairement, le plus souvent il nous faut l'espérer, mais néanmoins agression pouvant expliquer les propos de la romancière canadienne que nous avons cités dans le paragraphe précédent.

¹⁶⁰ E. Fiat, « Pudeur et intimité », *op. cit.*, p. 27.

¹⁶¹ *Id.*, p. 33.

¹⁶² *Ibid.*, p. 34.

¹⁶³ *Ibid.*, p. 34.

Oserons-nous aborder l'intimité du personnel infirmier : toutes ces souffrances partagées, ses soins douloureux réalisés malgré l'administration d'antalgiques adaptés, ses pudeurs de patients froissées parfois par la réalisation d'un soin qu'ils jugent intolérable mais qui est pourtant indispensable à leur traitement et à leur suivi, a contrario ses exhibitions subies par l'infirmière dues à un trouble psychique du malade quel qu'en soit son origine, ou un comportement simplement irrespectueux en fonction d'une image sulfureuse de la profession, ces agressions verbales dans des espoirs déçus, et l'échec (ou perçu comme tel) de la mort ? Mais ne soyons pas si mélodramatiques. Nous pouvons parler aussi de ses amicales moqueries (un exemple est évoqué page 47) échangées entre patients et personnels soignants, des fous rires communicatifs pour une maladresse des uns ou des autres, des passions parfois partagées dans des conversations faisant ressortir des centres d'intérêts ou des activités communes... de ses moments privilégiés où l'infirmière saura que, par sa présence, elle a fait oublier à l'autre pour un instant et pour un instant seulement, mais sa prétention ne devrait pas être autre, sa solitude, sa maladie, son âge, etc. « *Etre de l'image de l'autre le miroir amical ; réfléchir avant de lui réfléchir son image, réfléchir à son inaliénable et impeccable dignité, au respect qu'on lui doit : voilà bien ce que je puis lui offrir en vérité de plus précieux, et même lui dois.* »¹⁶⁴

Nous comprenons mieux maintenant le détour par les représentations dans notre argumentation. Il nous permet de construire ce « Je » infirmier pour une profession représentée trop fréquemment en ils ou elles anonymes, aux fonctions indéterminées. « *Entre ce que je pense, ce que je veux dire, ce que je crois dire, ce que je dis, ce que vous avez envie d'entendre, ce que vous entendez, ce que vous avez envie de comprendre, ce que vous comprenez... il y a dix possibilités qu'on ait des difficultés à communiquer. Mais essayons quand même...* »¹⁶⁵. Le métier d'infirmier est fait d'expériences individuelles et collectives, particulières et générales ou les représentations de chacun sur la santé, la maladie, la vieillesse, le handicap, la vie et la mort... et celles des uns sur les autres, doivent être prises en compte. Toutes ces interactions relationnelles sont au cœur de ce métier. Il nécessite une exigence dans la relation et la communication interpersonnelle.

¹⁶⁴ *Ibid.*, p. 35.

¹⁶⁵ B. Werber, *L'Encyclopédie du savoir relatif et absolu*, (Tentative) Albin Michel, 2000, p. 34.

Nous sommes-nous bien rendus compte, ou alors est-ce une des mutations de cette profession dont nous parlions dans le titre de ce mémoire, qu'être infirmier en 2012, c'est aussi, en plus de l'ensemble des compétences soignantes exigées, savoir communiquer ?

Mais afin de visualiser toutes les évolutions de ce métier nous proposons de nous pencher sur son histoire passée.

III INFIRMIER(ERE) : UNE HISTOIRE ENTRE GUERRES ET PAIX

« Les hommes font leur propre histoire, mais ils ne la font pas de toutes pièces, dans des circonstances qu'ils auraient eux-mêmes choisies, mais dans des circonstances qu'ils trouvent immédiatement préétablies, données et héritées. La tradition de toutes les générations disparues pèse comme un cauchemar sur le cerveau des vivants. » K. Marx¹⁶⁶

Encore un historique, vous étonnerez-vous ? Nous pensons tous connaître l'histoire de la profession d'infirmière dans son évolution chaotique et désordonnée, de délinquante à religieuse et maintenant professionnelle de santé ; dans l'évolution de son enseignement la conduisant aujourd'hui vers l'université ; dans ses diverses mutations qui se sont accélérées, nous le croyons, pendant ces dernières années. Nous constatons tous les jours cette actualité brûlante où,

« [...] pour développer et améliorer leurs services sanitaires, les pays avaient (ont) besoin d'un plus grand nombre d'infirmières, mais aussi d'infirmières mieux qualifiées pour s'acquitter des nombreuses tâches qui leur incomberaient. »

Nous avons tous conscience de cette nécessité

« [...] d'un nombre suffisant d'infirmières qui puissent donner à la population les soins qu'exige l'action curative et préventive, d'infirmières capables d'occuper des postes supérieurs dans l'enseignement et l'administration, ainsi que d'infirmières qui soient en mesure de participer à l'organisation des services sanitaires. »

Nous savons bien que

« cette pénurie de personnel infirmier était (est) due à divers facteurs liés au développement économique, culturel et social des pays, [...]. »

Nous comprenons aussi qu'il nous faut sortir « *des écoles d'hôpital* »,

¹⁶⁶ K. Marx, *Le 18 brumaire de Louis Bonaparte*, Paris, GF - Flammarion, 2007, p.50.

« [...] à mesure qu'augmentera le nombre d'hommes et de femmes pouvant accéder aux études supérieures, les universités institueront un programme d'enseignement des soins infirmiers, comme c'est le cas actuellement pour la médecine, le droit [...]. »

L'évolution est évidente... ! Le document de l'OMS¹⁶⁷, dont sont tirés ces extraits date pourtant de plus de 50 ans, et la période étudiée s'échelonne de 1948 à 1958. Nous y trouvons aussi une référence aux « *visiteuses d'hygiène* »¹⁶⁸ bien proches des actuelles infirmières ou cadres hygiénistes correspondantes du CLIN¹⁶⁹, ainsi qu'à la durée des études pendant trois ans et à la nécessité d'une alternance entre enseignement théorique et enseignement pratique en milieu professionnel¹⁷⁰.

Pour mettre en évidence la modernité de ce texte, nous reconnaissons avoir modifié le temps de deux verbes (écrits en gras dans les extraits cités) et les avons conjugués au présent. L'acuité des propos est là, ils sont toujours d'actualité. Cet historique essaiera donc de rendre ces images parfois imprécises qui font notre vision de ce métier aujourd'hui, plus proche de la Haute Définition des techniques vidéographiques du XXI^e siècle.

L'évolution de notre profession, souvent perçue comme majeure, l'a-t-elle été tant que cela ? Quels ont été les moteurs historiques, en particulier philosophiques, qui ont animé ces changements ?

¹⁶⁷ « The first ten years of the World Health Organization », Publication de l'OMS, Genève, Palais des Nations, 1958, chap. 28, *Nursing*, pp. 391, 392, 397. Le texte est consultable en version française en suivant le lien hypertexte : http://whqlibdoc.who.int/publications/a40539_ch28.pdf

¹⁶⁸ *Id.*, p. 401.

¹⁶⁹ Comité de Lutte Contre les Infections Nosocomiales.

¹⁷⁰ *Ibid.*, p. 393.

1) Florence Nightingale¹⁷¹ : *the lady with the lamp*

« C'est la nuit qu'il est
beau de croire à la lumière. »

E. Rostand¹⁷²



Nous vous parlions
précédemment d'image, mais
en ce qui concerne F.
Nightingale, ne faudrait-il pas
choisir le terme d'icône : celle

de la profession qu'elle représentait à la fin du XIX^e siècle et au tout début du XX^e ?
Son effigie illustre encore le mot infirmière sur plusieurs sites internet
internationaux, en 2011. Nous ne reprendrons pas en détail sa biographie facilement
accessible sur le Net ou en bibliothèque¹⁷³. Dans cet article de la revue
*Perspectives*¹⁷⁴, nous découvrons les paradoxes de son action.

Nous relevons ses revendications pour une libéralisation de la condition
féminine et son accès à un enseignement supérieur, d'une part :

« Dans un chapitre semi-autobiographique intitulé "Cassandra", qui demeure un
texte fondamental de l'histoire de la femme au XIX^e siècle, elle défend avec passion
un nouveau type d'éducation : "les femmes aspirent à l'éducation pour apprendre à
enseigner, pour apprendre les lois de la pensée humaine et la façon de les
appliquer..." (Nightingale, 1860b, p. 391). »¹⁷⁵

¹⁷¹ 1820 - 1910.

¹⁷² E. Rostand, *Chantecler*, 1908, acte II, scène 3.

¹⁷³ Nous notons ces trois ouvrages : E. T. Cook, *The life of Florence Nightingale*, Londres, Macmillan, 2 vol., 1913 ; I. B. O'Malley, *Florence Nightingale, 1820 - 1856*, Londres, Thornton Butterworth, 1930 ; C. Woodham-Smith, *Florence Nightingale*, Londres, Constable, 1992.

¹⁷⁴ A. Attewel, « Florence Nightingale », *Perspectives, revue trimestrielle d'éducation comparée*, Paris, UNESCO : Bureau international d'éducation, vol. XXVIII, n° 1, mars 1998, p. 173 - 189.

Texte accessible sur internet :

http://www.ibe.unesco.org/fileadmin/user_upload/archive/publications/ThinkersPdf/nightinf.PDF

¹⁷⁵ *Id.*, p. 3 du document pdf.

Et d'autre part nous notons son engagement comme infirmière expliqué en termes de vocation :

« À l'âge de 17 ans Florence eut, comme l'indique un de ses carnets intimes, une expérience mystique, une sorte d'appel profond qui allait la conforter dans la conviction qu'elle n'était pas destinée à mener une vie ordinaire. »¹⁷⁶

« Elle soulignait que les exigences de la fonction d'infirmière étaient différentes car ce rôle comportait une responsabilité particulière pour le bien-être des malades qu'elle estimait mieux garanti quand les soignantes considéraient plus leur travail comme une mission supérieure ou une vocation que comme une profession. »¹⁷⁷

Ces propos ne sont-ils pas le reflet des combats et des contradictions de la profession aujourd'hui ? Nous les identifions dans la lutte pour l'éducation qui de nos jours s'est convertie en demande de reconnaissance des trois années de formation d'infirmières dans le système universitaire actuel : LMD¹⁷⁸. En revanche, par sa laïcisation, la profession s'est désolidarisée de cet aspect vocation... ou tente de s'en désolidariser tant il est encore présent dans un grand nombre de pays, mais nous l'étudierons plus tard !

La modernité de ses propos n'explique-t-elle pas que son nom fasse toujours référence, que ce soit dans sa préconisation d'une formation continue :

« tous les cinq ou dix ans [...] une nouvelle formation est de nos jours vraiment indispensable »¹⁷⁹

Ou dans la pertinence des précisions qu'elle donne sur la formation au métier d'infirmière :

« L'observation nous indique comment est le patient ; la réflexion ce qu'il faut faire ; la formation comment il faut le faire. La formation et l'expérience sont, bien entendu, nécessaires pour nous enseigner aussi comment observer, ce qu'il faut observer, comment penser et ce qu'il faut penser (Nightingale, 1882). »¹⁸⁰

¹⁷⁶ *Ibid.*, p. 2.

¹⁷⁷ *Ibid.*, p. 9.

¹⁷⁸ Licence master doctorat.

¹⁷⁹ *Ibid.*, p. 9.

¹⁸⁰ *Ibid.*, p. 9.

Les jeunes étudiantes en soins infirmiers ne trouveraient-elles pas dans la description de ce processus les liens logiques qu'elles cherchent parfois désespérément dans la rédaction de leurs démarches de soins ?

Nous retrouvons aussi dans ses écrits son opposition aux représentations, sociales en particulier, qu'elle concrétisa par son choix de vie professionnelle :

« La première chose à laquelle je me souviens avoir songé - et la dernière - ce fut le travail d'infirmière ou, à défaut, l'éducation, mais plutôt celle des délinquants que celle des jeunes. Or, je n'étais pas moi-même formée à ces fins (Vicinus et Nergaard, 1989, p. 30). [...] »¹⁸¹

« L'autorisation fut refusée, non pour des raisons propres à cet hôpital, mais parce que, selon ses parents, ce travail ne convenait pas à une personne du rang social de leur fille. "C'était comme si j'avais voulu être fille de cuisine" [...] »¹⁸²

Loin de nous l'idée de dévaloriser le personnel hôtelier à quelque niveau que ce soit en reprenant cette dernière citation, mais nous comprenons mieux, au travers de telles remarques, le poids des représentations sociales pour une profession.

Nous constatons dans ses propos son désir d'indépendance vis-à-vis des médecins clairement exprimé :

« [...] on ne pouvait attendre des médecins qu'ils comprennent aussi bien les impératifs de la formation des infirmières que l'enseignement de la médecine, [...] »¹⁸³

Il en est de même dans ce commentaire :

« Il n'est guère surprenant que dans la dernière période de sa vie, elle se soit opposée à la certification des infirmières. Il lui semblait que ce statut officiel risquait de leur donner le sentiment que leur formation était achevée et de les rendre prétentieuses. Elle n'y voyait qu'une façon de reproduire le modèle de la profession médicale. »¹⁸⁴

¹⁸¹ *Ibid.*, p. 2.

¹⁸² *Ibid.*, p. 2.

¹⁸³ *Ibid.*, p. 8.

¹⁸⁴ *Ibid.*, p. 9.

Les relations médecins - infirmières ont parfois été conflictuelles mais ont évolué avec le temps. Le mandarinat médical a en partie disparu et le médecin ne règne plus en maître sur tout le personnel de « son » service, ou de moins en moins fréquemment. Actuellement, et dans le contexte de travail en équipes hospitalières, ces dissensions se sont amoindries. La séparation en deux hiérarchies bien distinctes : une médicale et l'autre paramédicale, peut-elle être une des explications ? En exercice libéral, nous avons depuis longtemps passé ce cap où les infirmières polyvalentes, à la fois garde malade, accoucheuses et accompagnatrices des mourants, alcooliques et dévoyées telles le personnage de « *Sairey*¹⁸⁵ » de Ch. Dickens étaient en même temps moquées et craintes. Les médecins et infirmières « de ville », ainsi que d'autres personnels paramédicaux, travaillent ensemble et pallient l'absence d'un éventuel futur DMP¹⁸⁶, par des initiatives locales de coopération et de coordination de soins.

Il est fait aussi allusion dans ce document à l'utilisation des « *stagiaires comme personnel supplémentaire* »¹⁸⁷. Sans doute faudrait-il poser la question aux élèves infirmières actuelles sur la perception de leurs stages dans les services hospitaliers. L'impression serait-elle tellement différente ?

Il nous paraissait important de retranscrire précisément les propos de ce document pour éviter tout risque d'altération de leur contenu en les paraphrasant. F. Nightingale fut un personnage clé de l'évolution de la profession en contribuant à la création d'écoles d'infirmières et d'aide soignants, en veillant à la formation de ces personnels aussi bien par temps de guerre qu'en temps de paix, en étant l'auteur de nombreux ouvrages cités en bibliographie dans l'article de la revue *Perspectives* dont nous avons parlé¹⁸⁸. Si son engagement pendant la guerre de Crimée¹⁸⁹ a favorisé sa célébrité, n'est-ce pas son talent de visionnaire qui lui a valu son surnom de « *the lady with the lamp* » ? Elle a permis au métier d'infirmière de devenir « *une profession respectable pour les femmes du monde entier, la lampe de Florence*

¹⁸⁵ Sarah Gamp, un des personnages secondaires de *The Life and Adventures of Martin Chuzzlewit*, de Ch. Dickens, écrit en 1844.

¹⁸⁶ Dossier Médical Personnel.

¹⁸⁷ A. Attewel, « Florence Nightingale », *Op. cit.*, p. 8.

¹⁸⁸ Son œuvre maîtresse reste encore une référence aujourd'hui : F. Nightingale, *Notes on nursing ; what it is, and what it is not*. London, Dodo Press, 2007.

¹⁸⁹ 1853 - 1856 : conflit armé qui opposa la France, la Grande-Bretagne, l'Empire Ottoman et le Piémont à la Russie.

Nightingale en devint l'emblème, symbole tout autant d'espoir (celui donné aux blessés de la guerre de Crimée) que d'alphabétisation et d'apprentissage. »¹⁹⁰

Nous voyons bien ici la métaphore de cette lampe, objet indispensable dont elle se servait pour arpenter les couloirs la nuit dans ses fonctions de surveillance et de soins aux malades. Les infirmiers de nuit, qui utilisent toujours une lampe de poche, expliqueraient très précisément les angoisses nocturnes d'une grande majorité de patients quand les couloirs de l'hôpital deviennent silencieux et peuvent faire appréhender, dans tous les sens du terme, la gravité réelle ou imaginaire, mais non moins anxiogène, de la pathologie.

Son action, en temps de guerre, fut porteuse d'espoir et de soulagements pour un grand nombre de blessés. La guerre était-elle plus barbare en ce début de XIX^e siècle qu'elle ne l'est aujourd'hui ? Des représentations picturales telles que « *les scènes des massacres de Chio* » d'E. Delacroix¹⁹¹ peuvent nous le laisser penser. La lampe représentait donc la présence humaine et humaniste tout autant que le soin qui, à cette époque et dans ce contexte martial guerrier, était réduit à sa plus simple expression : le réconfort apporté avait une importance identique à la réalisation du pansement. Les infirmières hospitalières contemporaines ont-elles encore cette lampe métaphorique, où l'ont-elle oubliée dans l'usage des pompes, pousse seringue électriques, Dynamap^{®192} et autres appareils de surveillance ?

L'engagement de F. Nightingale fut non pas dans un attentisme inefficace et stérile, mais dans une action adaptative et anticipatrice. Goethe le soulignait dans cette phrase que l'on pourrait traduire par « il n'est pas suffisant de savoir, il faut aussi l'appliquer ; il n'est pas suffisant de vouloir, il faut aussi faire. »¹⁹³ Sa lampe n'est pas sans nous rappeler celle de Diogène de Sinope¹⁹⁴, disciple de Socrate. La ressemblance ne s'arrête pas à ce seul élément, mais à un comportement approchant dans la renonciation aux biens et avantages matériels et dans cette insoumission aux convenances établies, issue, en ce qui concerne le philosophe, de l'Ecole Cynique¹⁹⁵. La lampe est ce symbole de recherche, que l'on soit en quête d'« un homme honnête » ou à la recherche de savoirs pour améliorer les actions et les pratiques dans

¹⁹⁰ *Ibid.*, p. 9.

¹⁹¹ 1824.

¹⁹² Appareil électromécanique de surveillance de la tension artérielle, des pulsations cardiaques, de la fréquence respiratoire et de la saturation.

¹⁹³ « *Es ist nicht genug, zu wissen, man muß auch anwenden ; es ist nicht genug, zu wollen, man muß auch tun.* », Goethe (1749 - 1832) in Wilhelm Meisters Wanderjahre, « *Aus Makariens Archiv* ».

¹⁹⁴ 413 - 327 av. J.-C.

¹⁹⁵ Ecole Cynique, fondée par Antisthène, approximativement 445 - 365 av. J.-C.

une situation qui, nous l'avons déjà souligné, manquait (et manque toujours) passablement d'humanité.

Nous garderons de F. Nightingale ces derniers propos issus de l'article écrit par A. Attewel, moins poétiques sans doute mais plus pragmatiques que ceux de Goethe :
« ... l'éducation ne sert pas à apprendre à savoir, mais à agir. »¹⁹⁶

2) Henri Dunant¹⁹⁷ : une iconographie emblématique

« Je souhaite être porté en terre comme un chien le serait, sans une seule de vos cérémonies que je ne reconnais pas. [...] Je suis un jeune disciple du Christ comme au premier siècle, c'est-à-dire rien. »

H. Dunant¹⁹⁸



La même ferveur religieuse, un dédain identique pour les conventions, mais le patronyme nous est peut-être un peu moins familier (?). Pourtant, nous l'apercevons sous forme de symbole dans tous les reportages télévisés sur les grands conflits internationaux. Nous croisons régulièrement des véhicules porteurs de ce signe. Certaines infirmières suivent encore actuellement ou ont suivi leur formation dans une école portant ce nom. Peut-être même avons-nous, dans notre armoire à pharmacie une mallette sur laquelle cette croix est dessinée ? Nous voulons parler évidemment de la Croix-Rouge dont H. Dunant fut l'un des fondateurs.

Quant aux symboles, ils sont au nombre de quatre dont le plus connu est évidemment une Croix-Rouge sur fond blanc, soit l'inverse du drapeau Suisse, créée par la Convention de 1864¹⁹⁹. Le Croissant-Rouge²⁰⁰ est aussi largement répandu,

¹⁹⁶ A. Attewel, « Florence Nightingale », *op. cit.*, p. 11.

¹⁹⁷ 1828 - 1910. Né sous le nom de Jean-Henri Dunant.

¹⁹⁸ H. Dunant, propos recueillis dans une lettre adressée à un ami, Wilhelm Sonderegger.

¹⁹⁹ Première des Conventions de Genève.

²⁰⁰ Accepté en 1929.

essentiellement dans les pays à confession musulmane. Le dernier symbole à avoir été adopté est le Cristal-Rouge²⁰¹. Le Lion-et-Soleil-Rouge Iranien²⁰² est tombé en désuétude. L'Etoile de David Rouge n'a, en ce qui la concerne, jamais été officiellement acceptée.

H. Dunant contribua à formaliser, sur le terrain au plus près des combats et de leur barbarie²⁰³, la mise en place de personnels humanitaires et les moyens d'assurer leur protection. En 1864, sous son impulsion, la Convention de Genève²⁰⁴ établira la Croix-Rouge internationale de façon permanente. Le premier article est clair : « *Les ambulances et les hôpitaux militaires seront reconnus neutres, et, comme tels, protégés et respectés par les belligérants, aussi longtemps qu'il s'y trouvera des malades ou des blessés. La neutralité cesserait si ces ambulances ou ces hôpitaux étaient gardés par une force militaire.* »²⁰⁵

Le texte de la convention a depuis été modifié. Le document en vigueur aujourd'hui a été signé le 12 août 1949²⁰⁶.

La reconnaissance et la signature de ce texte a été mondiale. Mais si « *le cœur a ses raisons que la raison ne connaît point* »²⁰⁷, il est à croire que la folie guerrière des hommes est encore plus puissante, et le calvaire des infirmières bulgares²⁰⁸ en Lybie est là pour en témoigner. Il nous faut cependant reconnaître que cette affaire ne s'est pas produite dans un contexte de conflit armé et pourrait ainsi justifier les réticences exprimées parfois aujourd'hui à l'encontre des Conventions. Ne seraient-elles pas obsolètes au vu de l'évolution des guerres et autres types de conflits ? Les protocoles additionnels ajoutés au document de 1949 ont néanmoins tenté

²⁰¹ Approuvé en 2005 dans le dernier protocole additionnel à la Convention de 1949 : il sert à identifier ceux qui ne souhaiteraient pas arborer un signe distinctif religieux. Il est représenté par un carré rouge posé sur une pointe et est très peu utilisé.

²⁰² Admission en 1979.

²⁰³ H. Dunant, *Un souvenir de Solferino*, Genève, Comité international de la Croix-Rouge, 2009. Le livre met en évidence les horreurs de la guerre dans la bataille de Solferino en juin 1859. Il a été publié en 1862.

²⁰⁴ 22 août 1864 : signature de la première Convention de Genève par douze états européens.

²⁰⁵ *Convention de Genève pour l'amélioration du sort des militaires blessés dans les armées en campagne*, Genève, 22 août 1864, article 1.

²⁰⁶ *Convention (IV) de Genève relative à la protection des personnes civiles en temps de guerre*, Genève, 12 août 1949. Trois protocoles additionnels lui ont été adjoints en 1977 et 2005. L'intégralité des textes est accessible sur le site du Comité International de la Croix-Rouge :

<http://www.icrc.org/fre/war-and-law/treaties-customary-law/geneva-conventions/index.jsp>

²⁰⁷ B. Pascal, *Pensées*, 1669.

²⁰⁸ 1997 - 2007 : Infirmières et médecins condamnés pour avoir provoqué volontairement une infection au VIH sur des enfants en Lybie, selon les autorités libyennes.

d'actualiser les protections de tous les personnels civils, notamment dans les conflits non internationaux²⁰⁹.

H. Dunant obtint le prix Nobel de la Paix en 1901. Nous retrouvons chez lui, dans la clarté d'une lampe imaginaire visionnaire identique à celle de F. Nightingale, une volonté de protéger l'héritage culturel de l'humanité et les prémices de l'Unesco²¹⁰, la fondation d'un Etat d'Israël²¹¹, un engagement en faveur de la libération des esclaves en Amérique du Nord²¹² et de l'égalité hommes - femmes²¹³.

Nous constatons une nouvelle fois, dans les désordres de la guerre, l'émergence d'une volonté organisatrice, productive et... ordonnée : une persévérance dans la détermination, du courage dans l'imagination, et une constance inébranlable malgré les aléas d'une histoire personnelle agitée entre célébrité, calomnie, oubli et renaissance.

Sans doute peut-on se poser la question de la motivation à cette ténacité ? La vocation quasi religieuse de F. Nightingale ou la simple ferveur d'H. Dunant leur ont-elles donné une force surhumaine ? Par les actions bénéfiques qu'elles ont générées, pouvons-nous les estimer supérieures à un libre arbitre de R. Descartes que nous pourrions juger hésitant ou en limitent-elles la portée ?

L'Humanité semble avancer ainsi, entre guerre et paix, barbarie et humanisme. L'infirmière, ou avant elle celles et ceux qui en faisaient fonction, est le témoin intemporel de ces errances historiques, de ces blessures de guerre, de ces misères humaines. L'évolution de ses compétences et de ses connaissances s'est faite en

²⁰⁹ A titre d'exemple, voici un extrait du *Protocole additionnel aux Conventions de Genève du 12 août 1949 relatif à la protection des victimes des conflits armés internationaux (Protocole I)*, 8 juin 1977. « Article 11 - Protection de la personne. 1. La santé et l'intégrité physiques ou mentales des personnes au pouvoir de la Partie adverse ou internées, détenues ou d'une autre manière privées de liberté en raison d'une situation visée à l'article premier ne doivent être compromises par aucun acte ni par aucune omission injustifiés. En conséquence, il est interdit de soumettre les personnes visées au présent article à un acte médical qui ne serait pas motivé par leur état de santé et qui ne serait pas conforme aux normes médicales généralement reconnues que la Partie responsable de l'acte appliquerait dans des circonstances médicales analogues à ses propres ressortissants jouissant de leur liberté. »

²¹⁰ P. Boissier, *Henri Dunant*, Genève, Institut Henri Dunant, 1991, p. 20.

Publication accessible sur le site internet de la Croix-Rouge :

<http://www.icrc.org/fre/assets/files/publications/icrc-001-2028-henry-dunant.pdf>

²¹¹ *Id.*, p. 20.

²¹² *Ibid.*, p. 22

²¹³ Biographie de H. Dunant accessible sur le site officiel de la Société Henri Dunant :

<http://www.shd.ch/>

partie grâce à ces points de repères, personnages historiques marquants. « *Le geste de Dunant se répète tous les jours, en d'innombrables lieux, là où des hommes et des femmes se penchent sur l'homme souffrant, sans lui demander d'où il vient, qui il sert, mais seulement: quel est ton mal ?* »²¹⁴

3) Des lieux et des Hommes, une histoire parallèle

« *On tient toujours du lieu dont on vient..* ». J. de La Fontaine²¹⁵

L'Histoire est sans doute faite et écrite par les hommes, mais certains lieux restent empreints de son passage. Ils la portent en nom tels certains IFSI²¹⁶ de la Croix-Rouge ou d'autres hôpitaux publics de L'AP - HP comme Lariboisière²¹⁷ ou Ambroise Paré²¹⁸ à Paris. Ils servent de témoin à ce questionnement sans doute existentiel : d'où venons-nous et vers quoi allons-nous ?

L'infirmierie : un terme ancien toujours en activité

Le terme latin *valetudinarium*²¹⁹ désignait tout autant l'infirmierie que l'hôpital. Celui-ci s'appellera aussi *nosoconium* et la racine de ce mot est à la base d'un grand nombre des préoccupations hospitalières actuelles et sans doute encore futures, malheureusement.

La définition est ancienne, datant de 1818, mais mise à part une terminologie désuète qui nous permet de la situer dans le temps, elle pourrait tout à fait être reprise aujourd'hui : « *le lieu où l'on admet quelques individus en état de maladie ou d'infirmité, pour leur donner les soins et les secours qu'exige leur situation.* »²²⁰

Notre problématique évoque une mutation professionnelle, mais une nouvelle fois et de façon encore plus frappante que dans le texte de l'OMS cité auparavant nous nous trouvons face à une définition pour ainsi dire contemporaine. Pourtant, le *Dictionnaire des Sciences Médicales* dont est tiré cette précision, est vieux de près de

²¹⁴ P. Boissier, *Henri Dunant, op. cit.*, p. 23.

²¹⁵ J. de La Fontaine, *La souris métamorphosée en fille*, Livre IX, fable 7.

²¹⁶ Institut de formation en soins infirmiers.

²¹⁷ Général français, 1759 - 1812.

²¹⁸ Chirurgien anatomiste français, 1510 - 1590.

²¹⁹ *Valetudinarium*, ii, n. : infirmerie, hôpital, F. Gaffiot, *Dictionnaire latin-français illustré*.

²²⁰ Une société de médecins et de chirurgiens, *Dictionnaire des sciences médicales, op. cit.*, p. 469.

deux siècles : « *de nos jours, les collèges, les pensionnats, les séminaires, les grands ateliers, les prisons, ont aussi leur infirmerie, qui est desservie par des médecins particuliers et par des sœurs de charité, ou par des femmes ordinaires et des infirmiers salariés.* »²²¹

Qu'y a-t-il donc de changé ? Les collèges ont évolué vers les lycées créés par Napoléon Bonaparte au début du XIX^e siècle, les pensionnats sont devenus des internats, l'industrie a absorbé les grands ateliers et la laïcisation de la profession d'infirmier a rendu minoritaires les sœurs de la charité au sein de l'infirmerie comme au sein de l'hôpital. Mais nous retrouvons ce local et son personnel dans les établissements scolaires et universitaires, dans les entreprises, dans le milieu carcéral et ce vocabulaire nous est tellement plus familier. Est-ce donc là la mutation que nous évoquions ? Toutefois, le cadre législatif est aujourd'hui très strict et seuls des personnels diplômés médecins et infirmiers peuvent travailler au sein d'une infirmerie²²².

Chez les romains, l'infirmerie était essentiellement militaire et chaque Légion en avait une²²³. Elle était préférée à l'hôpital pour éviter l'« *entassement de malades de toutes les classes et de toutes les nations dans un lieu sinistre et funèbre, et qu'elle aimait mieux celui qui lui rappelait les douceurs de famille et les soins affectueux de la fraternité.* »²²⁴

A sa création, l'hôpital semblait déjà souffrir de préjugés défavorables sur une promiscuité et une abondance de malades. Cette mauvaise réputation s'est installée durablement et était encore d'actualité jusqu'au début du siècle dernier. Au XXI^e siècle, cette situation a heureusement changé. L'hôpital est aujourd'hui le lieu de référence où l'on s'occupe des patients de tous niveaux socioculturels, quelles que soient leurs maladies. Mais c'est aussi l'endroit où sont traitées des pathologies complexes et où sont administrés des traitements innovants²²⁵. Nous notons aussi

²²¹ *Id.*, p. 473.

²²² Nous notons à ce sujet que la médecine du travail a été créée en France dans les lois de Sécurité Sociale le 11 octobre 1946. Les textes en vigueur aujourd'hui proviennent du code du Travail, dans sa quatrième partie « Santé et sécurité au travail », livre VI « Institutions et organismes de prévention », titre II « Services de santé au travail ». Les missions des services de santé au travail et des médecins du travail ainsi que le fonctionnement desdits services sont définis par les articles L 4621-1 et s., art. L 4745-1, art. R 4621-1 et s. Les dispositions spécifiques aux services de santé au travail en agriculture figurent dans le code rural, art. L 717-1 et s. et R 717-1 et s. En ce qui concerne les établissements publics de santé, nous les trouvons dans le code du travail, art. R 242-1 et s.

²²³ *Id.*, p. 471.

²²⁴ *Ibid.*, p. 471.

²²⁵ Thérapie génique, essais thérapeutiques de différentes phases et autres thérapies ciblées. L'IGR a ainsi un service pour les essais précoces : le SITEP.

qu'un grand nombre d'établissements privés²²⁶ est intégré au système public de santé ; leurs personnels soignants n'ont pas le statut de fonctionnaire, mais une même exigence de diplôme est requise pour leur embauche.

Lors des déplacements des troupes, et si les blessés ne pouvaient pas suivre, ils étaient confiés « *aux matrones des villes voisines, lesquels en répondaient sur leurs biens et sur leur vie, [...].* »²²⁷

Il est important de constater que le soin a été depuis fort longtemps laissé à l'attention des femmes. De nos jours encore, la population infirmière est majoritairement féminine. Nous avons déjà étudié cette particularité. La professionnalisation a été perçue comme une étape dans la libération de la condition féminine, mais ce « dû » du soin féminin n'est-il pas ancré dans notre esprit ? Nos patients ne cherchent-ils pas parfois dans notre présence professionnelle une écoute quasi maternelle ou une attitude de maternage ? La gravité de leur état, réelle ou supposée une fois encore, la durée de séjour, mais aussi le déracinement pour certaines personnes traitées loin de leur domicile peuvent leur faire entrevoir ainsi cette présence constante féminine.

Cependant, il y eut des exceptions à cette féminisation du soin. Les armées de l'Empire d'Orient « *eurent les premiers infirmiers et les premiers hôpitaux militaires.* »²²⁸ Nous y retrouvons aussi l'influence de la religion : « *ceux qui étaient à demeure dans les hôpitaux pour servir les malades portaient le nom de parabolains ; ceux-ci étaient des espèces de moines dont seuls les évêques pouvaient disposer.* »²²⁹ Leur rôle se limitait, comme souvent à cette époque, aux « *soins de propreté et d'alimentation* ».

Le Moyen-Age conserva la tradition de l'infirmerie et peu de châteaux n'en possédaient pas. Elle avait « *d'ordinaire vue sur la chapelle ; c'est là que les preux et les nobles aventuriers blessés malencontreusement, étaient reçus avec générosité, et pansé souvent par les mains des damoiselles, ou du châtelain lui-même [...].* »²³⁰ Les croisades furent une période sombre pour les blessés qui ne bénéficiaient d'aucuns soins dans les expéditions car il n'y avait pas d'infirmerie. Seuls existaient

²²⁶ Tels les CLCC.

²²⁷ *Ibid.*, p. 472.

²²⁸ *Ibid.*, p. 473.

²²⁹ *Ibid.*, p. 473.

²³⁰ *Ibid.*, p. 474.

certains ordres, à la fois religieux et militaires, tels l'Ordre de Saint-Jean de Jérusalem en Terre sainte²³¹.

Au XVII^e siècle, Vauban²³² contribua au développement des hôpitaux dont « *la création [...] nuisit aux infirmeries* »²³³. Les infirmeries militaires furent alors abandonnées et se perpétuèrent dans des conditions extrêmement difficiles. L'infirmerie, telle que nous la connaissons aujourd'hui est donc réapparue au début du XIX^e siècle dans la définition que nous avons citée en début de paragraphe.

Ce panorama historique met bien en évidence les deux influences majeures de la profession : l'une religieuse, l'autre militaire. Les ordres militaires et les Ordres religieux semblent avoir marqué de manière indélébile la profession d'infirmier, particulièrement dans cette notion qu'est le devoir. Nous nous rappellerons notamment comment, lors de la pandémie de grippe A H1N1 en 2009 - 2010, les personnels soignants étaient appelés fermement par leur hiérarchie au devoir de se faire vacciner par respect pour leurs patients, qu'ils soient immunodéprimés, âgés, etc.²³⁴ Les campagnes de vaccination elles-mêmes avaient cette tonalité avant de changer le contenu de leur message et d'évoquer ensuite la possibilité de se protéger soi-même ainsi que sa famille... le résultat ne fut cependant pas meilleur et la vaccination, nous le savons, fut boudée par un grand nombre de personnes²³⁵, soignants ou non²³⁶.

²³¹ Fondé à Jérusalem en 1050. Cet ordre prendra ensuite l'appellation d'Ordre Souverain Hospitalier de Saint Jean de Jérusalem de Rhodes et de Malte. L'Ordre de Malte est neutre et apolitique, c'est une association caritative internationale reconnue d'utilité publique dont les missions sont entre autres médicales et humanitaires. Site internet : <http://www.orderofmalta.int/?lang=fr>

²³² 1633 - 1707, Maréchal de France sous Louis XIV. L'hôpital général fut créé par un Edit de 1656.

²³³ Une société de médecins et de chirurgiens, *Dictionnaire des sciences médicales*, op. cit., p. 475.

²³⁴ Extrait de la lettre du 13 novembre 2009, de Mme Bachelot-Narquin alors ministre de la Santé, envoyée à toutes les directions des hôpitaux pour communication à leurs personnels : « *Nos concitoyens savent ce qu'ils doivent à votre engagement quotidien. Je fais donc appel à votre clairvoyance et à votre sens du devoir. Je sais que vous ne prendrez pas le risque de contaminer vos patients en risquant vous-même de tomber malade.* » Texte intégral accessible en annexe n° 3.

²³⁵ Au 28 mars 2010, 5,7 millions de personnes ont été vaccinées, selon le rapport de l'Afssaps (Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, remplacée au 1^{er} mai 2012 par l'Agence nationale de sécurité du médicament) dans son *Bilan actualisé de pharmacovigilance des vaccins anti grippaux A/H1N1*, Direction de l'évaluation des médicaments et des produits biologiques, Service de l'Évaluation et de la Surveillance du Risque et de l'Information du Médicament, Département de pharmacovigilance, mai 2010, p. 3.

²³⁶ Notons que certaines vaccinations sont cependant obligatoires pour l'exercice de la profession d'infirmier. Il faut aller les rechercher dans l'arrêté du 6 mars 2007 fixant *les conditions d'immunisation des personnes visées à l'article L 3111-4 du code de la Santé publique* : diphtérie, tétanos, poliomyélite, hépatite B, typhoïde, tuberculose.

La hiérarchie paramédicale hospitalière n'est-elle pas elle-même un reliquat de cette imprégnation militaire et religieuse ? En ce sens, ne pouvons-nous pas espérer que la reconnaissance universitaire du diplôme d'état infirmier en tant que licence (si cela était fait, et non en tant que grade), puisse apporter par son prolongement en master, une diversité d'enseignement et une ouverture nécessaires au métier de cadre de la santé dans la pluralité, une nouvelle fois, de ses fonctions : enseignement, encadrement, direction de structures de santé²³⁷ ?

Nous noterons enfin, dans cette description du *Dictionnaire des Sciences Médicales*, la différence sémantique relevée entre « *hospitaliers (ce qui est tout différent d'hospitalier)* »²³⁸. Le gain de l'accent circonflexe a-t-il fait perdre à l'hôpital son « s » d'hospitalité et sa composante d'accueil avec bienveillance ? Nous voici confrontés à une nouvelle contradiction où dans un même terme, hôpital, nous retrouvons à la fois l'accueil et la déshumanisation (pour ne pas écrire inhumanité). Le mot le plus éloquent pour illustrer cette opposition n'est-il pas « hospice », en même temps hôpital à triste réputation qui recevait les vieillards nécessiteux et les malades chroniques et maison où les religieux donnaient l'hospitalité aux pèlerins et aux voyageurs²³⁹. Nous notons que ce terme est encore utilisé dans toutes ses significations : entièrement hospitalière en ce qui concerne les hospices civils de Lyon par exemple, hospitalière et hôtelière pour les hospices de Beaune²⁴⁰. 2012 est pourtant bien éloigné de 1818. La loi HPST²⁴¹, les démembrements et autres restructurations de l'hôpital permettent-elles à son personnel, souvent perdu dans ces réaménagements, de recevoir avec toute la chaleur humaine dont il aurait besoin, le patient fragilisé par sa maladie ou son grand âge ?

Le terme « infirmerie » est donc encore fréquemment utilisé aujourd'hui, nous l'avons souligné, notamment dans toutes les entreprises ou collectivités qui ne

²³⁷ Certaines écoles des cadres anticipent déjà cette évolution en proposant des masters diversifiés après l'obtention du titre de cadre : « économie de la santé et des politiques sociales », « santé publique : spécialité ingénierie des formations », « santé publique : spécialité qualité des soins », « sciences de l'éducation, sciences de la production et des organisations » : voir la plaquette de l'école de formation des cadres de santé du groupe hospitalier Pitié Salpêtrière, http://formation.aphp.fr/doc/fiches_metiers/cadre-de-sante.pdf

²³⁸ *Id.*, p. 479.

²³⁹ Pour ne reprendre que la définition du petit Larousse.

²⁴⁰ Dont nous connaissons la valeur des vignobles.

²⁴¹ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de *l'hôpital* et relative aux *patients, à la santé et aux territoires*.

bénéficient pas de la présence d'un médecin sur place. Ce local est intégré au service de « médecine du travail », ou « service de santé au travail » depuis 2002²⁴², au service de la médecine scolaire, apparue en 1945²⁴³, et dans un certain nombre de structures publiques ou privées recevant des enfants telles les centres aérés, colonies de vacances ou autres, dans les prisons et les établissements ou bâtiments militaires, etc.

Nous soulignons la complexité apportée par la diversité de notre profession, elle est précisément illustrée par la disparité des actions du personnel infirmier dans ce lieu unique, l'infirmierie : au niveau des soins, de la prévention, de l'information, du suivi de la personne, enfant, adulte, en bonne santé ou souffrant.

Prenons l'exemple de la prévention. Ce simple lieu d'activité cristallise à lui seul l'hétérogénéité et la complexité qui nous ont fait aborder notre problématique sous cet angle de vue d'ordre et de désordre. Nous constatons l'ordre d'une seule préoccupation, la santé, en ce lieu unique, l'infirmierie. Mais nous reconnaissons aussi, dans l'immense variété des domaines de prévention, un désordre évident : entrecroisement de problématiques plurielles de vaccinations, sexualité et contraception, consommation de produits illicites en tous genres (drogues, tabac, alcool), etc. en milieu scolaire, stress et autre *burn-out*, prévention de risques professionnels et pénibilité du travail, etc. en milieu professionnel. Nous voyons bien une même réflexion sur des actions préventives dans le rôle infirmier, mais leur mise en place, ainsi que leur objet, sera totalement différent que nous soyons en milieu scolaire (variable aussi entre primaire, secondaire et universitaire), industriel ou agricole par exemple.

Infirmière : de prendre soin à faire des soins

Par respect pour cette partie historique du mémoire, nous noterons quelques dates importantes de notre profession²⁴⁴. Ces indications temporelles concrètes nous permettront de nous éloigner des descriptions hautes en couleur, critiques ou dithyrambiques, du Dictionnaire des sciences médicales que nous avons

²⁴² Loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de *modernisation sociale*, article 193.

²⁴³ M.-C Romano, « Histoire de la santé scolaire, de l'hygiène pédagogique à la promotion de la santé », *Revue du Soignant en santé publique*, Vol. 4, n° 30, 2009, pp. 8 à 12.

²⁴⁴ Issues du site infirmier.com :

<http://www.infirmiers.com/profession-infirmiere/presentation/historique-de-la-profession.html>, et d'un mémoire infirmier : M.-C. Moisy, *L'infirmier, formateur de ses pairs, réalités et perspectives*, mémoire de diplôme infirmier, IFSI Villefranche sur Saône, 1998 - 2001.

précédemment citées²⁴⁵. Elles nous feront aussi nous rapprocher de notre époque contemporaine où la profession d'infirmier a été encadrée par des lois et autres textes juridiques.

La création du diplôme d'Etat d'infirmier a été établie par un décret du 18 février 1938²⁴⁶. Il officialise une pratique du soin déjà existante mais en l'extrayant du seul contexte de l'hygiène et des soins de confort au malade. L'infirmière est encore sous les ordres du médecin²⁴⁷. Elle peut être libérale ou hospitalière. La durée des études est de deux ans.

Nous sommes vingt ans avant le texte de l'OMS (1958) que nous avons cité en début de partie, la durée des études est inférieure à celle préconisée, elle n'y correspondra qu'en 1981, soit plus de vingt ans après !

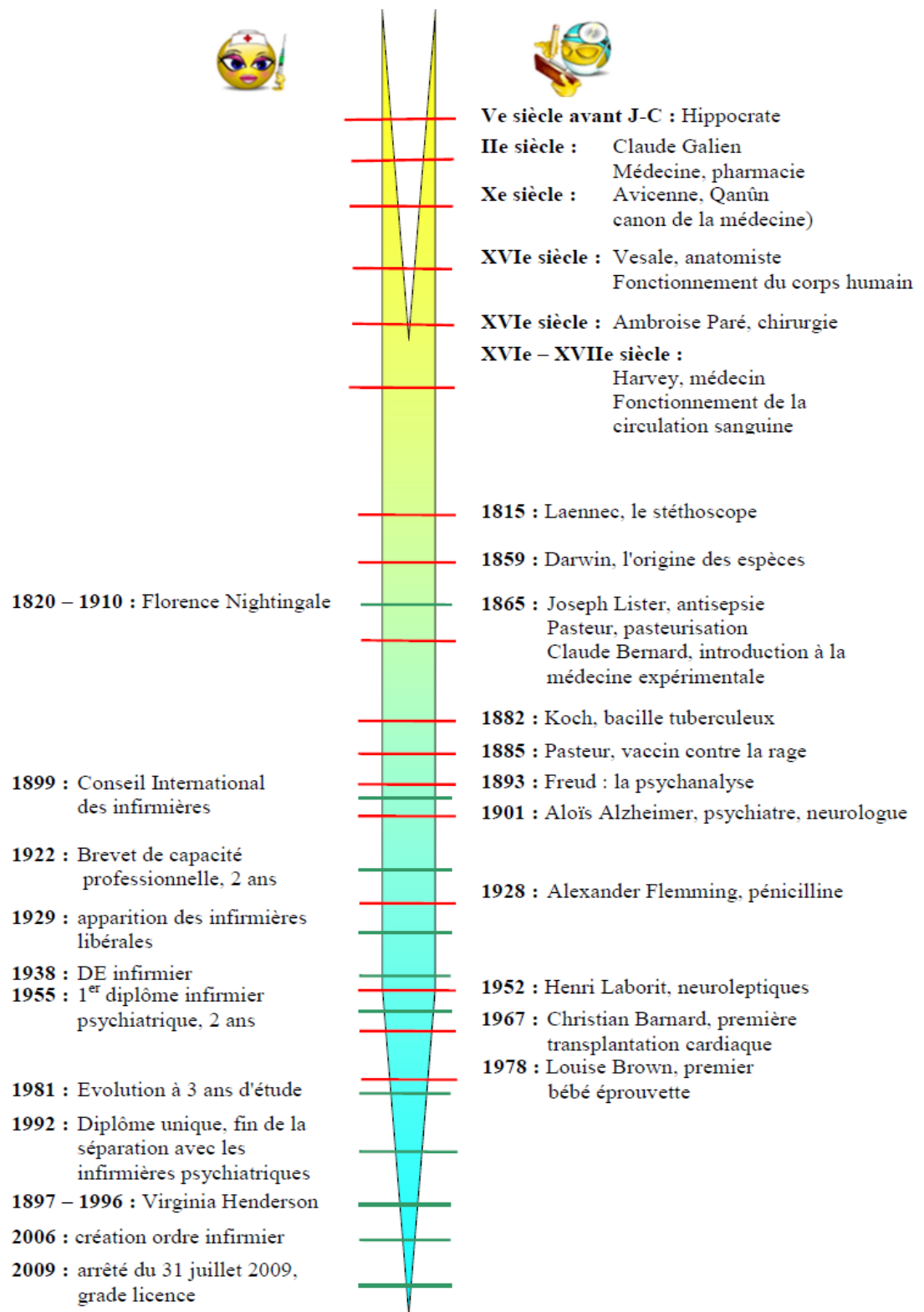
L'approche du patient et des maladies devient plus technique, au rythme des évolutions de la médecine²⁴⁸ qui se sont succédées rapidement en cette fin de XIX^e siècle, début du XX^e.

²⁴⁵ Infirmier est traité de la page 495 à la page 511 de l'ouvrage.

²⁴⁶ Un Brevet de capacité avait déjà été institué par décret du 27 juin 1922. Il reprenait le principe selon lequel « *Soigner les malades est donc une profession classée qui doit être, comme toute autre, garantie dans son exercice. Prévenir les maladies est également dans les attributions de l'infirmière moderne. Il y va de l'avenir de la vie française.* » : R. Magnon, *Léonie Chaptal, la cause des infirmières*, Paris, Editions Lamarre, 1991, p. 46. Léonie Chaptal fut la rédactrice du bulletin professionnel dans la revue *l'infirmière française* en 1923, premier journal d'information professionnelle créé par des médecins.

²⁴⁷ 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* : « *Est considérée comme exerçant la profession d'infirmière ou d'infirmier 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.* »

²⁴⁸ Cf. frise historique ci-dessous qui nous permet de resituer les évolutions de la profession par rapport à celles de la médecine. Il est sans doute amusant de constater que, pour rendre compréhensible immédiatement et visuellement cette échelle chronologique, nous avons dû nous servir des représentations dont nous avons dénoncé les effets pervers et les limites : le médecin est donc masculin et l'infirmière féminine même si nous avons recherché des icônes les moins sexuées possible.



La laïcisation de la profession est maintenant engagée, mais elle est toujours féminine. Les écoles de cadres apparaissent en 1951, les élèves infirmières seront

formées en anatomie, physiologie, technique de soins, hygiène. Mais ce n'est qu'en 1995 qu'un décret²⁴⁹ instaure le diplôme de cadre de Santé.

Cela fait juste un peu plus d'un siècle que F. Nightingale soulignait la nécessité d'un enseignement spécifique à notre profession par des professionnels qui en seraient issus !

Nous notons la seule exception à cette féminisation du métier avec l'exercice du rôle d'infirmier psychiatrique. Il est majoritairement masculin. Les infirmiers psychiatriques sont autant assimilés à des gardiens qu'à du personnel soignant. Le diplôme d'infirmier psychiatrique verra le jour en 1955, en deux années lui aussi.

En 1978, la notion de « rôle propre » est introduite par la loi n° 78-615²⁵⁰ dans son premier article : « *Est considérée comme exerçant la profession d'infirmière ou d'infirmier toute personne qui, en fonction des diplômes 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.* »

Cette expression est importante, elle libère officiellement l'infirmier de la seule autorité des médecins définie par la Loi n° 46-630 du 8 avril 1946²⁵¹ que nous avons citée précédemment.

Un arrêté du 30 mars 1992²⁵² réunira le diplôme d'infirmier et celui d'infirmier psychiatrique en un diplôme commun. Cette décision sera à l'origine de nombreuses manifestations quant aux moyens d'obtenir l'équivalence pour les infirmiers psychiatriques diplômés selon l'ancien système. Nous assistons là, et depuis un an environ maintenant, à un fait nouveau dans la profession : la rébellion.

Peut-être vous souvenez-vous de ce slogan, « *Tirez pas sur les infirmières* »²⁵³ ? Nous étions le 17 octobre 1991 et les forces de l'ordre avaient ouvert les canons à eau sur les infirmières qui manifestaient en se dirigeant vers

²⁴⁹ Décret du 18 août 1995.

²⁵⁰ 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 de ce code relatif à *l'exercice illégal de la profession de médecin*.

²⁵¹ Cf. supra, note 247.

²⁵² Arrêté du 30 mars 1992 relatif à *l'évaluation continue des connaissances et des aptitudes acquises au cours des études conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier*.

²⁵³ Documentation de la coordination infirmière, accessible sur le site : <http://www.coordination-nationale-infirmiere.org/index.php/20081223850/Actualites/1988-2008-la-Coordination-fete-ses-20-ans/La-Coordination-Infirmiere-un-lieu-critique.html>

l'Elysée. Cette révolte des professionnelles²⁵⁴ s'élevait contre un décret de décembre 1987, dit décret Barzach²⁵⁵, qui avait pour volonté de rendre possible l'admission en écoles d'infirmières à toute personne inscrite depuis cinq ans à la sécurité sociale.

Dans ce mouvement, les infirmières s'affranchissent alors officiellement de l'autorité, divine, médicale, syndicale et vont se confronter directement à la plus haute : l'autorité régalienn²⁵⁶. Et ce discours, « [...] *marque une rupture nette avec la prise de parole traditionnelle des femmes salariées* »²⁵⁷. Il est d'autant plus remarqué, que ce métier a un passé d'exercice religieux ou militaire. Est-ce cette raison qui a effrayé le gouvernement et généré la riposte disproportionnée de l'Etat qui fit scandale ?

Mais il est aussi paradoxal que cette indignation du public ait eu pour motif cette pseudo sainteté des personnels soignants issue de leur histoire et dont eux-mêmes essayaient de se détacher...

Dès lors, la profession d'infirmier se verra redéfinie très régulièrement par des textes de lois. Le dernier décret de compétences²⁵⁸ est paru en 2002. Mais nous retiendrons essentiellement l'intégration de la profession au code de la Santé publique en 2004²⁵⁹, quatrième partie : professions de santé, livre III : Auxiliaires médicaux, titre 1^{er} : Profession d'infirmier ou d'infirmière, art. L 4311-1 à art. L 4314-6.

En 2006, l'Ordre national des infirmiers est créé en application de l'article L 4312-1 du code de la Santé publique²⁶⁰. Un arrêté du 31 juillet 2009²⁶¹, permettra la reconnaissance du diplôme d'Etat d'infirmier au « grade de licence ».

²⁵⁴ Sujet traité par : O. Fillieule, F. Bourneau, *Sociologie de la protestation : les formes de l'action collective dans la France contemporaine*, L'Harmattan, 1993, pp. 94 à 107.

²⁵⁵ Ce décret sera aboli avant d'avoir été appliqué et l'entrée en école d'infirmières ne se fera que sur concours après obtention du baccalauréat ou par la formation continue.

²⁵⁶ F. Mitterrand est Président de la République ; E. Cresson, Premier Ministre ; P. Marchand, ministre de l'Intérieur. Vidéo accessible sur le site de l'Institut National de l'Audiovisuel :

<http://www.ina.fr/economie-et-societe/vie-sociale/video/CAB91053411/manifestation-d-infirmieres.fr.html>

²⁵⁷ Sur le site internet : <http://www.actusoins.com/2961/quand-les-infirmieres-sen-mlent.html>, propos extraits du livre de D. Kergoat, F. Imbert, H. Le Doaré, D. Sénotier (dir.), *Les infirmières et leur Coordination, 1988 - 1989*, Paris, Éditions Lamarre, 1992.

²⁵⁸ Décret de compétence n° 2002-194 du 11 février 2002 relatif aux *actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier*.

²⁵⁹ Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux *parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la Santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code*.

²⁶⁰ Modifié par la loi n° 2006-1668 du 21 décembre 2006 - art. 1, JORF 27 décembre 2006, version en vigueur au 15 novembre 2011.

²⁶¹ Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au *diplôme d'Etat d'infirmier*, JORF n° 0181 du 7 août 2009.

Les trois années d'études... nous y sommes, mais en 2012, elles ne sont pas encore tout à fait officiellement reconnues.

Nous allons faire ici une nouvelle exception à la première personne du pluriel utilisée par convenance dans les mémoires pour relater notre expérience, et rendre ainsi compte des changements de la profession pendant ces trente années passées. Ce compte rendu ne sera pas exhaustif, évidemment. Cette expérience n'a été qu'hospitalière, majoritairement en service de médecine ou médecine oncologique. Néanmoins, elle illustre de façon concrète des changements importants dans l'exercice de la profession.

Je suis infirmière diplômée d'état depuis 1981 et représente ainsi la dernière promotion à 28 mois d'études. Les élèves infirmières recrutées par la suite l'ont été pour trois ans et même ensuite pour 38 mois, avant de revenir, en 2009, mais pour certaines promotions seulement, aux trois années préconisées par l'OMS. A partir de 2011, tous les étudiants²⁶² auront un cursus en trois ans intégré dans le système LMD avec la précision de grade de licence notifiée ci-dessus. Je suis allée en cours en école d'infirmières et non pas en IFSI²⁶³, les enseignantes étaient encore des monitrices et non des formatrices, toutes féminines, mes stages n'étaient pas rémunérés. Je présentais, lors de mes évaluations une étude de cas sur la base des quatorze besoins de V. Henderson²⁶⁴ complétés par la pyramide de Maslow²⁶⁵ et non une démarche de soins. Je pense être dans celles et ceux²⁶⁶ qui ont porté, pour la dernière fois heureusement, la blouse et le tablier ainsi que le calot (vestige de la cornette ? Il ne tenait pas si l'on avait des cheveux courts et risquait à tout moment de tomber lors d'un soin)²⁶⁷.

Dans mon exercice professionnel, j'ai rencontré des infirmières religieuses qui déjà commençaient à se raréfier. J'ai vu l'évolution du matériel dans son passage des services de stérilisation et autres Poupinel^{®268} à son usage unique stérile (notamment pour les seringues en verre, maintenant en polypropylène et jetables),

²⁶² Elles et ils ont acquis l'appellation étudiant(e) par le 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'Etat d'infirmier et d'infirmière*, article 4.

²⁶³ Appellation induite par le décret n° 92-510 du 5 juin 1992 modifiant le décret n° 81-306 du 2 avril 1981. Le nom de centre de formation en soins infirmiers remplaçant le terme écoles d'infirmières n'a eu qu'une courte durée de vie : du 23 mars 1992 au 5 juin 1992.

²⁶⁴ 1897 - 1996. V. Henderson, *Principes fondamentaux des soins infirmiers*, Genève, Conseil International des Infirmières, 1977. Le livre fut écrit en 1960. Grille des 14 besoins en annexe n° 4.

²⁶⁵ Cf. annexe n° 5.

²⁶⁶ La profession se masculinisait déjà un peu : cinq élèves de sexe masculin pour une promotion de quatre-vingts étudiants.

²⁶⁷ Les élèves infirmiers n'avaient en ce qui les concerne que le port de la blouse obligatoire.

²⁶⁸ Stérilisateur.

dans l'utilisations des flacons de perfusion en verre aux conditionnements souples d'aujourd'hui, dans celui des compresses à découper sur un rouleau de gaze aux compresses stériles non tissées en paquets individuels, et dans l'apparition des kits à usage unique²⁶⁹. J'ai perfusé des patients aux bras, et, lorsque le capital veineux était épuisé, les cathlons ou les épicroâniennes²⁷⁰ étaient posés au niveau des membres inférieurs provoquant fréquemment des problèmes de phlébites entre autres. Maintenant, l'usage des voies veineuses centrales²⁷¹ s'est démocratisé, il était alors réservé aux seuls patients de réanimation, et les chambres implantables n'existaient pas encore (où je n'en avais pas vu alors que je travaillais pourtant au CHU²⁷² de Limoges).

Les traitements ont beaucoup évolué mais certaines molécules sont encore largement utilisées. Un retour se fait même dans un recours à d'anciens antibiotiques au vu de la résistance des germes aux nouveaux produits dont l'usage a sans doute été abusif. Les thérapeutiques sont maintenant devenues ciblées, les traitements et les soins protocolaires, par une tentative d'uniformisation des pratiques médicales et soignantes.

En 2012, je suis infirmière en hématologie, je manipule régulièrement du matériel dont j'ai bien conscience qu'il n'est pas forcément généralisé à tous les hôpitaux. Je travaille avec des molécules onéreuses, des produits hautement toxiques nécessitant de nombreuses précautions lors de leur administration et une surveillance étroite dans le suivi des patients. Par délégation médicale et en présence du médecin dans l'unité d'hématologie, je réalise des greffes de moelle osseuse, par transfusion de cellules souches hématopoïétiques²⁷³.

Nous avons mis en évidence l'évolution matérielle dans les pratiques et les soins infirmiers. Elle fut constante et nous pouvons très certainement parler de progrès dans la mesure où ces changements ont assuré à la fois une amélioration de la prise en charge et une meilleure protection des patients ainsi que celle des soignants.

²⁶⁹ Kits pour pose de sonde vésicale, pour perfuser sur PAC (Port à cath[®]. Voie veineuse centrale munie d'un boîtier), etc.

²⁷⁰ Le cathlon est un terme de jargon professionnel pour définir un petit cathéter veineux posé en périphérie par l'infirmière. Une épicroânienne est une aiguille à ailettes servant à perfuser ou à réaliser des prélèvements sanguins.

²⁷¹ Fréquemment utilisées dans les traitements des cancers au vu de la toxicité locale de certains produits de chimiothérapies et notamment du risque de nécrose (doxorubicine par exemple).

²⁷² Centre Hospitalier Universitaire.

²⁷³ Problématique explorée lors d'un précédent travail : M.-A Degoit Cloiseau, *Approche éthique de la décision médicale de poursuite ou de limitation des actes transfusionnels dans la prise en charge thérapeutique de patients porteurs d'une hémopathie maligne*, Mémoire réalisé dans le cadre du Diplôme Universitaire Ethique et pratiques de la santé et des soins, Assistance publique - Hôpitaux de Paris, Faculté de Médecine - Université de Paris-Sud 11, France, 2009.

Nous avons aussi souligné l'amélioration des conditions du travail des femmes en général, infirmières en particulier. Nous avons constaté l'apparition de la diversité des soins et leur nouvelle technicité, nécessitant ce cadrage protocolaire souvent instauré.

En milieu hospitalier, le patient, qui n'est peut-être pas malade, a bénéficié d'un texte lui assurant des droits : la charte de la personne hospitalisée²⁷⁴ qui contourne, dans cette appellation, la difficulté du choix de terminologie entre patient et malade qui avaient été adoptés dans les versions antérieures. Cette alternative a le mérite de reconnaître l'éventuelle nécessité d'un séjour en milieu hospitalier, en dehors d'un contexte de pathologie. Nous pensons par exemple aux services de gynéco-obstétrique et de maternité recevant des femmes enceintes qui vont accoucher dans un contexte très distant de celui de la maladie.

Que de subtilités dialectiques et de précautions terminologiques... L'usage des mots et leur choix habile nous permettrait-il de ne pas voir la réalité parfois crue de la souffrance humaine ? Mais alors ce serait aussi oublier que l'infirmière, dans la diversité de l'exercice de sa profession, ne travaille pas toujours dans ce contexte pathologique.

Les professionnels de santé sont-ils préparés à aborder cette diversité du soin, cette disparité dans les contacts humains ? Ils sont confrontés à ce paradoxe entre passé religieux et vécu militaire dans la construction de leur présent et l'approche de leur futur et dans de nouveaux mots pour oublier ceux d'hier. Les infirmiers ont bien peu de formation sur la communication et d'enseignement pédagogique. Leur mission s'effectue pourtant au milieu de personnes dont nous avons souligné la variété dans l'état de santé, l'âge, et le milieu dans lequel cette prise en charge du soin ou du traitement est effectuée. Leur fonction est aussi celle d'encadrant, maintenant « tuteur », où leur savoir théorique, technique, devra être transmis dans des conditions parfois difficiles qui ne favorisent pas ce transfert de connaissances. Leur savoir, leur savoir-être, tout autant que leur savoir-faire, sera la base de celui du nouvel étudiant. Le soin réalisé tous les jours, en toutes circonstances, préventif,

²⁷⁴ Cf. annexe n° 6. Affiche résumé de la charte. « *La charte de la personne hospitalisée constitue une actualisation de la charte du patient hospitalisé de 1995, rendue nécessaire par l'évolution des textes législatifs, notamment les lois du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, du 6 août 2004 relative à la bioéthique, du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique et du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie.* » <http://www.sante.gouv.fr/la-charte-de-la-personne-hospitalisee-des-droits-pour-tous.html>

curatif, palliatif, sur un client, un patient, un malade, un enfant ou un adolescent ne peut pas se limiter à un seul acte technique.

Bien sûr la profession a changé et les infirmières ont acquis des compétences, bien sûr elles n'entrent pas dans une infirmerie ou dans un hôpital comme on entre dans les Ordres ou comme l'on signe un engagement. Est-il aussi certain qu'elles aient toutes choisi cette profession pour ce contact humain inestimable ?

Ce « faire un soin » d'aujourd'hui n'est-il pas simplement défaire le « prendre soin » d'hier ?

IV LES SOINS INFIRMIERS : DES ACTES DIVERSIFIÉS, UNE PHILOSOPHIE DU SOIN

« Soigner. Donner des soins, c'est aussi une politique. Cela peut être fait avec une rigueur dont la douceur est l'enveloppe essentielle. Une attention exquise à la vie que l'on veille et surveille. Une précision confiante. Une sorte d'élégance dans les actes, une présence et une légèreté, une prévision et une sorte de perception très éveillée qui observe les moindres signes. C'est une sorte d'œuvre, de poème (et qui n'a jamais été écrit), que la sollicitude intelligente compose. » P. Valéry²⁷⁵

Nous avons souligné la diversité des secteurs d'activité dans lesquels s'exerce la profession, de même que la prédominance de l'exercice hospitalier. Nous avons aussi montré comment cette pluralité explique au moins en partie les différences et parfois mêmes les divergences de préoccupations et de désirs professionnels. Mais avant d'approfondir notre réflexion sur le soin infirmier, il convient d'étudier plus précisément l'offre de soins.

1) Le soin infirmier, immuable mutant

« Car l'évolution, c'est le résultat d'une lutte entre ce qui était et ce qui sera, entre le conservateur et le révolutionnaire, entre l'identité de la reproduction et la nouveauté de la variation. » F. Jacob²⁷⁶

Dans un but d'amélioration de la qualité de l'offre de soin, la Dress, en partenariat avec le répertoire Adeli, a réalisé une étude sur les professions de santé en 2011²⁷⁷. La population infirmière y est précisément étudiée (cf. tableau ci-dessous).

²⁷⁵ P. Valéry, *Œuvres - Mélange*, coll. « Bibliothèque de la pléiade », Éditions Gallimard, 1957, p. 322. Même si nos citations de tête de chapitre n'ont pas pour vocation d'être commentées, nous pouvons noter que la littérature exprime déjà la sollicitude du soin alors que nous ne retenons fréquemment que celle du philosophe P. Ricoeur.

²⁷⁶ F. Jacob, *La logique du vivant* (1970), Gallimard, 1971, p. 331.

²⁷⁷ D. Sicart, *Les professions de santé au 1er janvier 2011*, Drees, n° 158 - juillet 2011. Accessible par le lien hypertexte : <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/seriestat158-3.pdf>

Secteurs d'activité des infirmiers au 1^{er} janvier 2011

SECTEUR D'ACTIVITE	Libéral	Salariés hosp.	Autres salariés	Total	Age moyen
Etab. public de santé	279	282 116		282 395	41.9
Etab. privé (ESPIC, ex. PSPH)	588	30 843		31 431	43.6
Etab. privé à but lucratif	984	58 423		59 407	40.4
Centre de santé	95		6 452	6 547	44.1
Cabinet individuel	46 438		592	47 030	45.6
Cabinet de groupe	27 979		418	28 397	43.6
Exercice en société	4 886		92	4 978	45.3
Entreprise d'intérim	209		11 262	11 471	36.5
Prévention et soins en entreprise	34		3 211	3 245	50.2
Santé scolaire et universitaire	20		4 972	4 992	49.1
P. M. I. Planification familiale	3		1 305	1 308	48.4
Etab. pour handicapés	64		5 732	5 796	46.9
Etab. pour personnes âgées	243		23 025	23 268	44.4
Autres	421		23 692	24 113	47.0
TOTAL	82 243	371 382	80 753	534 378	42.7

Ce tableau confirme le vieillissement de la population d'infirmiers avec une moyenne d'âge à 42,7 ans, il nous procure aussi quelques motifs d'étonnement.

Le secteur public hospitalier, une très large majorité

Nous le savions prédominant, et nous prenons conscience dans ces chiffres qu'il représente à lui seul plus de 50 % de la population infirmière. Nous ne détaillerons pas ici l'étendue des domaines dans lesquels s'exerce la profession et la diversité des soins infirmiers qui en découle : l'hospitalisation publique est sans doute l'exemple même de l'hétérogénéité des compétences infirmières. Il nous suffit de comprendre que nous trouvons en milieu hospitalier public tous les âges (de la néonatalité au grand âge), une prise en charge des pathologies de tous les organes (entre toutes les spécialités médicales et chirurgicales), et tous les stades de traitement (exception faite peut-être de la prévention, mais en incluant la recherche et en passant par les soins palliatifs et la réanimation). Il offre le statut de fonctionnaire

et cette perception de sécurité pourrait expliquer son attractivité jusqu'à nos jours. L'offre de formations internes serait aussi un plus dans le recrutement.

L'exercice libéral : en constante augmentation

Nous constatons que les infirmiers libéraux peuvent travailler en établissement public ou privé, même si le nombre de personnels concernés est minime. Leurs missions peuvent les conduire dans les établissements pour handicapés, pour personnes âgées, mais aussi en entreprise et en santé scolaire. Ce secteur de la profession, minoritaire (environ 15 % de la totalité de la population infirmière), semble assez méconnu malgré une proximité de terrain. Sur le site web infirmier.com, les soins infirmiers en milieu libéral comportent :

- *« des actes qui contribuent au diagnostic infirmier, des actes médico-délégués de première intention qui ne nécessitent pas d'hospitalisation (prélèvements pour examens biologiques, surveillance d'évolution de patients, conseil, suivi de maternité, vaccins, etc., et tous les actes médico-infirmiers quotidiens de première intention, etc.) ;*
- *des actes qui permettent de traiter en ambulatoire les pathologies aiguës itératives (infectieuses, protocoles antibiothérapies simples ou complexes, pansements simples ou complexes, réhydratation, etc.) ;*
- *le suivi de pathologies chroniques et l'éducation des patients et de leur entourage en ambulatoire leur permettant une socialisation correcte et une qualité de vie (diabète, hypertension artérielle, pathologies relevant de la psychiatrie, pathologies vasculaires dégénératives, dermatologie, plaies chroniques, etc.) ;*
- *le maintien et/ou retour à domicile des patients dépendants. La prise en charge à domicile des patients dépendants en coordination avec les intervenants de ville et le médecin traitant (prévention d'escarres, surveillance et veille clinique) ;*
- *le retour à domicile de patients hospitalisés pour des pathologies aiguës ou des traitements chirurgicaux ainsi que des patients considérés en phase palliative ;*
- *le relais ambulatoire des cures de chimiothérapies anticancéreuses initiées en hospitalisation de jour (actes de haut niveau de technicité, surveillance de l'état clinique du patient, prévention des complications liées aux cytotoxiques, bilans nutritionnels, etc.) en lien avec les services d'oncologie et le médecin traitant. »²⁷⁸*

²⁷⁸ <http://www.infirmiers.com/votre-carriere/ide-liberale/la-prise-en-charge-des-soins-a-domicile.html>

Ils ont pris leur essor dans le milieu du XX^e siècle. Les nouveaux protocoles de traitement du cancer ont joué un rôle important dans leur développement. L'activité libérale des soins infirmiers à domicile est règlementée par l'arrêté du 31 décembre 1947²⁷⁹. Nous notons l'existence des structures telles l'HAD, les SAD et le MAD²⁸⁰, en supplément des infirmières libérales exerçant en cabinet et des réseaux de soins associatifs. Ces professionnels de santé travaillent fréquemment en association ou collaboration avec d'autres professions, kinésithérapeutes, médecins généralistes ou spécialistes, pharmaciens, psychologues, travailleurs sociaux, etc. : « *ils se coordonnent pour une prise en charge globale de leurs patients [...] dans des pathologies le plus souvent chroniques (asthme, diabète, HTA, dépression, ...) ou lourdes (VIH, VHC²⁸¹, cancers).* »²⁸²

Le lundi 23 janvier 2012, le magazine *Quartier général* sur Direct 8 consacrait son émission à la profession : « les infirmières héroïnes du quotidien ». L'exercice libéral y était longuement évoqué en proposant de suivre la journée d'une infirmière à domicile en milieu rural. La journaliste soulevait ainsi le problème de la désertification médicale des campagnes françaises et l'avantageuse présence des infirmières libérales pour permettre le maintien à domicile des personnes âgées notamment. Nous notons cette information selon laquelle leur nombre avait doublé en dix ans. Le président de la Fédération Nationale des Infirmiers, P. Tisserand, invité sur le plateau, expliquait cette augmentation par un besoin accru de libéraux au vu de la diminution de durée des hospitalisations, du vieillissement de la population, de l'accroissement des maladies chroniques dont le cancer. Il rappelait aussi que contrairement aux médecins, les infirmiers à domicile ont des limites à leurs choix d'installation²⁸³. Il attirait notre attention sur l'attrait de l'exercice libéral par refus de l'autorité hiérarchique du système hospitalier et ce malgré un nombre d'heures de travail souvent bien plus important²⁸⁴.

²⁷⁹ Arrêté du 31 décembre 1947 concernant les *actes médicaux pouvant être exécutés par un auxiliaire médical qualifié*, JORF du 9 janvier 1948, p. 274.

²⁸⁰ Respectivement Hospitalisation à domicile, Service d'aide à domicile, maintien à domicile.

²⁸¹ Respectivement Virus de l'immunodéficience humaine et virus de l'hépatite C.

²⁸² <http://www.infirmiers.com/votre-carriere/ide-liberale/la-prise-en-charge-des-soins-a-domicile.html>

²⁸³ Dans une zone largement dotée en libéraux notamment, ils ne peuvent s'installer qu'en remplacement du départ d'un confrère.

²⁸⁴ L'exemple donné dans le magazine faisait état de 90 heures de travail par semaine, contre 35 heures en milieu hospitalier. La différence de salaire était elle aussi importante : une estimation à 2800 euros par mois pour une libérale contre 1500 euros pour une infirmière nouvellement diplômée (salaires nets).

Nous découvrons ce changement récent de choix professionnel qui marquerait à lui seul une évolution de la profession s'il se vérifiait ultérieurement par des chiffres. Auparavant (et jusqu'à nos jours), les infirmières prenaient fréquemment leur premier emploi à l'hôpital pour acquérir de l'expérience, renforcer la formation initiale, diversifier leurs connaissances et leurs compétences pratiques et gagner en assurance avant de se « lancer » dans l'exercice du métier à domicile. Cette démarche apparaît encore dans le tableau présenté page 78 dans lequel nous constatons une moyenne d'âge pour les libérales entre 43 et 46 ans. Néanmoins, cet accroissement du nombre d'infirmiers libéraux peut certainement expliquer leurs interventions en établissement public ou privé, entreprise ou santé scolaire qui nous ont étonnées au début de ce paragraphe. Souvenons-nous, il manquerait entre 20 000 et 30 000 postes d'infirmiers (selon les sources) dans les hôpitaux français, leur nombre est encore communiqué dans ce magazine télévisé. Cette pénurie devrait encore s'accroître d'ici 2015.

L'intérim : les infirmiers les plus jeunes

Dans ces chiffres de 2011 la tranche d'âge la plus jeune est en activité dans l'intérim²⁸⁵. Ce choix peut s'expliquer par une envie ou un besoin de découvrir le métier de façon plus diversifiée que sur le terrain parfois restreint des stages. Il permet un accès aux spécialités médicales ou chirurgicales, aux services hospitaliers ou para hospitaliers, à des missions de remplacements en cabinets libéraux, etc. Il est plus formateur que le terrain d'école de l'étudiant. Cependant, il peut mettre en difficulté parfois les établissements d'accueil où l'intérimaire arrive sans avoir la formation nécessaire à son efficacité dans le service : efficacité qui lui est pourtant demandée dans la mesure où il remplace un membre du personnel. Un encadrement d'accueil lui est dû pour la réalisation de sa mission. Il ne peut pas s'agir en revanche d'une formation et d'un encadrement tels qu'ils sont procurés aux élèves infirmiers. Cet exercice en intérim est sans aucun doute le paradigme de la capacité d'adaptation nécessaire à la profession d'infirmier, évoquée en début de travail.

²⁸⁵ La moyenne d'âge y est cependant relativement élevée à 36,5 ans.

L'exercice infirmier en secteur privé : complément au service public

Nous notons encore le nombre non négligeable de personnels infirmiers employés dans des structures privées, qu'elles soient à but lucratif ou d'intérêt collectif²⁸⁶ : environ 16 % de la population infirmière. Il atteste de l'évolution des pathologies lourdes qui, comme pour le cancer par exemple, sont passées de majoritairement létales à chroniques et viables et vivables. Il annonce l'impérative nécessité de développer des moyens matériels et humains pour la prise en charge de ces nouveaux patients : création d'unités de soins palliatifs, de soins de suite, etc. Nous avons conscience du vieillissement de la population, mis en évidence dans cette étude de l'Insee²⁸⁷. Un habitant sur cinq était âgé de plus de 60 ans en 2005, ce chiffre augmenterait à un sur trois en 2050. Le besoin de structures adaptées à cette dépendance du grand âge, avec leurs personnels, est une fois de plus prégnant et pressant et explique sans aucun doute le nombre important d'infirmiers dans ces structures privées en supplément des établissements publics qui ne peuvent plus y suffire.

Les infirmiers en minorité et autres indéterminés

Dans l'étude des secteurs d'activité, notre interrogation porte aussi sur le petit nombre d'infirmiers en milieu scolaire et universitaire. Il représente 1 % de l'effectif global alors que la France est dotée d'un système éducatif conséquent entre écoles, collèges, lycées, universités et autres établissements de formations professionnelles.

Nous nous interrogeons enfin sur cette catégorie « *autre* » qui rassemble elle aussi 15 % de la population infirmière, soit un peu plus de 20 000 personnes. Sans doute participe-t-elle à l'imprécision et la méconnaissance de la profession dans l'indétermination des activités ou des secteurs dans lesquelles elle est représentée. Le milieu pénitentiaire en fait-il partie, de même que les centres de loisirs et autres structures de vacances qui n'apparaissent pas dans ces chiffres ?

²⁸⁶ Les CLCC notamment sont des ESPIC (Etablissement de santé privé d'intérêt collectif). Dans la loi HPST, ces structures remplacent les anciens établissements participant au service public hospitalier, et ont intégré d'autres institutions auparavant privées. Décret n° 2010-535 du 20 mai 2010 relatif aux *établissements de santé privés d'intérêt collectif*, JO du 22/05/10.

²⁸⁷ I. Robert-Bobée, « Projections de population pour la France métropolitaine à l'horizon 2050 », Insee (Institut national de la statistique et des études économiques), n° 1089, juillet 2006. Accessible sur le site internet : <http://www.insee.fr/fr/ffc/ipweb/ip1089/ip1089.pdf>

Dans cette diversité de secteurs d'activité, nous constatons que le soin infirmier s'articule essentiellement autour de la maladie, du handicap, de la vieillesse, de la dépendance. Il peut prendre la forme d'information, de prévention, de dépistage, de traitement ou d'accompagnement, il est très fréquemment l'expression de la préoccupation autour d'une pathologie. Pour cette raison et en fonction d'évidentes raisons socio-économiques très différentes selon les pays, il nécessite la limite territoriale que nous avons posée dans notre étude, précisément en France.

Dans son ouvrage, *Médecines du Monde*²⁸⁸, C. Brelet reprend l'histoire et les pratiques des médecines traditionnelles et nous décelons des différences essentielles qui ressurgissent dans la conception occidentale et orientale de la médecine actuelle. Les soins infirmiers ne peuvent pas s'exclure de cette influence. Néanmoins, et certains philosophes le soulignent, notre société, en perte de repères, cherche à s'écarter de ces bases traditionnelles : *« C'est pourquoi l'homme contemporain est réduit à sa biologie, à la sauvegarde de sa vie biologique, à laquelle il attache ses soins exclusifs. Car il ne sait rien qui vaudrait qu'on la lui sacrifie. Il reste, dès lors, enraciné dans son corps, la beauté de son corps, la santé de son corps, sans autre espoir que l'empêcher de sombrer trop vite (surtout ne pas vieillir). [...] Les hommes ont besoin à la fois d'enracinement, parce qu'ils participent à une condition commune qui leur prête des caractères irréductibles, liés à leur passé, et d'émancipation, parce qu'ils sont une espèce en devenir, vouée à transgresser les limites et à se déployer sans cesse. Si vous préférez, ils ont à la fois des racines et des ailes. Les deux leur sont essentielles. »*²⁸⁹

Nous comprenons toute la difficulté pour l'Homme d'être confronté à ce défi ontologique apparemment impossible à relever : devoir évoluer tout en étant figé dans son humanité. Ne pouvons-nous pas y trouver l'explication à un grand nombre de nos contradictions, manifestations multiples pour passer outre cette impossibilité ?

Le soin infirmier est une illustration de ce défi quasi surhumain. Nous concevons le soin, universel, pratiqué par toutes les civilisations à travers les âges, donnant en cela une unicité identitaire à la condition humaine et ses fondations

²⁸⁸ C. Brelet-Rueff, *Médecines du monde : histoire et pratiques des médecines traditionnelles*, Bouquins, Paris, Laffont, 2002.

²⁸⁹ Ch. Delsol, « La modernité contre l'homme intérieur », *La Nef*, n° 173, Juillet - Août 2006. Article en ligne, accessible en suivant le lien internet : http://www.lanef.net/t_article/la-modernite-contre-l-homme-interieur-chantal-delsol-14967.asp

indéracinables. Mais nous réalisons aussi cette fuite toujours plus en avant de la technologie envahissante qui crée des fossés infranchissables dans nos pratiques soignantes entre les différentes cultures mais aussi au sein d'une même société. Nous entrevoyons dans ce progrès technique médical dont l'infirmier est bien souvent l'exécutant, cet espoir immémorial de vie éternelle qui caractérise l'Homme.

C'est dans le désordre de ces pensées, de ces représentations que nous essaierons de définir l'étendue du soin infirmier. Peut-il correspondre à toutes les attentes, mais aussi le doit-il ?

Nous pouvons le constater, le soin infirmier a cette propriété particulière d'être à la fois permanent et changeant. Notre problématique de la mutation et des paradoxes de la profession trouve dans l'étude de ce soin, toute la justification de son expression.

2) Infirmier, soin infirmier, diagnostic infirmier : variabilité, diversité et imprécisions à l'international aussi

« En dépit des différences de couleur et de culture, quand nous faisons une enquête ethnographique, ce sont toujours nos semblables que nous observons et nous ne pouvons adopter à leur égard l'indifférence, [...] » M. Leiris²⁹⁰

Dans notre précédent mémoire sur les actes transfusionnels, Ph. Amiel²⁹¹ nous avait permis de montrer à quel point nos pratiques professionnelles sont liées à notre culture, notre langage. Ses travaux nous avaient même autorisés à conclure à l'absence d'objet d'une telle étude dans certains pays. Ces limites peuvent totalement s'appliquer à notre nouvelle analyse sur le soin infirmier et la profession d'infirmier même si nous retrouvons un certain nombre de points communs entre les différentes nations.

²⁹⁰ M. Leiris, *Cinq études d'ethnologie* (1969), « L'ethnologue devant le colonialisme » (1950), Gonthier Médiations, 1972, p. 85.

²⁹¹ Ph. Amiel, *Ethnométhodologie appliquée, Eléments de sociologie praxéologique*, Paris, Presses du LEMA (Laboratoire d'ethnométhodologie appliquée, Université Paris 8), nouvelle édition augmentée, 2010.

Méthodologie

Il nous fallait, dans notre langue, choisir des éléments de comparaison qui puissent être reconnus au niveau international. Trois termes représentatifs de la profession ont été choisis : infirmier, soin infirmier, diagnostic infirmier. Les deux premiers sont au cœur de la problématique identitaire de la profession, le troisième illustre l'évolution terminologique que nous avons déjà évoquée dans ce travail. Il est la base de la formation de tout élève infirmier.

Pour réaliser une photographie d'identité, nous avons le choix : chez un photographe qui nous remettra une planche de qualité mais après un délai variable de plusieurs jours, ou dans un Photomaton[®], la délivrance est immédiate mais avec des clichés de moins bonne qualité²⁹². Même si la définition de l'infirmière que nous pouvons trouver sur l'encyclopédie libre Wikipédia[®] n'est pas plus exacte que la photographie prise dans un Photomaton[®], il peut être intéressant d'y recourir ici. Nous lui avons associé le traducteur en ligne de Microsoft[®] et si la qualité de l'« image »²⁹³ est aléatoire, nous relevons néanmoins que cette approximation voire nébulosité, n'est pas uniquement due à l'origine de la source des données mais bien au flou que nous retrouvons en France par exemple lorsqu'il s'agit de communiquer sur la profession d'infirmier.

En fin d'année 2011²⁹⁴, M6, en collaboration avec le Pôle Emploi, diffusait un spot publicitaire sur divers métiers s'intitulant « j'ai testé un job qui recrute ». Le métier d'infirmière a été l'objet d'une de ces diffusions. Outre la présence caricaturale de la jeune et jolie infirmière associée à la tout aussi jeune et jolie présentatrice (subjectif, certes...), le soin envisagé était la pose d'une perfusion d'antalgique (après le questionnement d'usage sur la cotation de la douleur²⁹⁵). Nous remarquons, en fin de reportage et à l'inverse de plusieurs autres présentations professionnelles, l'absence de durée d'étude et de diplôme. Seule figurait une estimation du salaire. Depuis, ces images sont diffusées uniquement sur le site

²⁹² Remarquons cependant qu'il existe maintenant des services de photographie numérique, notamment dans les grands centres commerciaux, dont les délais de livraison sont à la fois rapide et les photos de qualité.

²⁹³ Notons aussi, comme pour ces clichés automatiques, le vieillissement rapide des données qui évoluent au gré des apports de chacun. Les informations qui nous ont permis d'établir ces tableaux et de rédiger ces commentaires ont été relevées au mois de décembre 2011.

²⁹⁴ Du 12 septembre au 6 novembre 2011.

²⁹⁵ Dans l'exemple pris dans le cadre de la réalisation de ce spot publicitaire, évaluation par Echelle Numérique Analogique : il s'agit de donner un chiffre de 0 (pour absence totale de douleur), à 10 (pour douleur maximale ressentie).

internet du Pôle Emploi²⁹⁶, en version longue (l'infirmière scope²⁹⁷ aussi le patient) et la mention de diplôme d'état est apparue, toujours sans précision de durée des études.

Ces deux éléments, durée et diplôme, furent nos premiers critères de recherche après la validation des trois termes que nous avons cités. Ils ont été suivis par une visualisation des soins infirmiers pour chacun des pays retenus²⁹⁸.

Wikipédia[®] recense quarante pays qui consacrent une page au mot infirmier. Une fois enlevées celles qui ne représentent pas le terme à l'intérieur d'un pays (ex. : page en latin, en espéranto), celles qui parlent dans leur langue de l'exercice du métier ailleurs que dans leur territoire, et celles que notre traducteur n'a pas pu traduire (environ une dizaine), il nous reste encore un peu plus d'une vingtaine de pages sur ce seul terme d'infirmier. Pour rendre visible dans un tableau comparatif la totalité de nos critères, nous avons ensuite éliminé les pages Wikipédia[®] comportant moins de dix lignes sur le sujet.

Il subsiste ainsi seize pays... et autant de cultures différentes.

L'étude

Nous notons d'emblée l'absence de page infirmière Wikipédia[®] aux Etats-Unis. La page en langue anglaise est consacrée à la Grande Bretagne. L'Amérique du Sud n'est pas non plus représentée, mais la page infirmière Wikipédia[®] en espagnol fait état de pratiques soignantes différentes de l'Espagne au Mexique et au Chili. Une page en arabe donne quelques généralités sans se rapporter précisément à un pays. Israël accorde rapidement son attention aux expressions infirmier et soin infirmier. Et, en consultant le site internet à quinze jours d'intervalle, une page de quelques lignes identifiées en Iran est apparue.

²⁹⁶ <http://www.pole-emploi.fr/actualites/infirmier-code-rome-j1506-@/suarticle.jspz?id=58792>

En janvier 2012, elles ne sont plus accessibles : la rubrique a disparu.

²⁹⁷ C'est-à-dire qu'elle pose sur la poitrine du patient les électrodes nécessaires à l'obtention de la courbe de surveillance de son rythme cardiaque.

²⁹⁸ Cf. tableaux annexes n° 10 et n° 11. Issus de l'extraction des données relevées dans ces pages, ces tableaux ont ensuite été réalisés sous Excel par C. Cloiseau.

Tableau général de présentation de la profession

	CN	DE	ES	FR	GB	IN	IT	JP	KR	NL	NO	PT	RU	SE	TH	VN
Page "infirmier"																
Page "soins infirmiers"																
P. "diagnostics infirmiers"																
Années de formation	3 (b)	3	NC	3	3-4	NC	3	3-4	NC	4	3	NC	NC	3	NC	NC
Diplôme universitaire			NC		NC	NC			NC		NC	NC	NC		NC	NC
Niveau compétence		1	2	1	2	NC	1	2	NC	2	NC	1	NC	1	NC	NC
Spécialisation professionnelle	NC		NC			NC			NC				NC		NC	NC
Spécialisation universitaire			NC			NC			NC		NC	NC	NC		NC	NC
Formation continue			NC	NC		NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC

- Page existante
 Page non existante
 Page avec réserve
 NC Non Communiqué
 Critère validé
 Critère non validé
 Critère rempli avec réserve

- a) Titre de la page Wikipédia® activée : « Santé et soins médicaux ». Le sujet reste les soins infirmiers.
 b) A Hong Kong, la durée des études est de 4 ans. Deux niveaux d'exercice de la profession.
 c) Formation Continue obligatoire tous les six ans
 d) Formation Continue obligatoire uniquement en Autriche.
 e) « Grade » de licence et non licence en soins infirmiers.
 f) 1^{ère} année de master en pratiques avancées à Paris, 2^{ème} année à Marseille, pas de doctorat dans l'immédiat.

Dans ce tableau, nous observons dans un premier temps l'utilisation presque généralisée du mot infirmier et de l'expression soin infirmier²⁹⁹, avec une légère prédominance du soin sur la personne qui le réalise. En revanche, le terme de diagnostic infirmier, d'apparition plus récente³⁰⁰, semble avoir plus de difficultés à

²⁹⁹ L'expression « soin infirmier » est apparue en 1973. Elle a été ensuite formulée dans les Résolutions de la « World Health Assembly » (WHA 42.27, 45.5, 47.9, 48.8, 49.1 et 54.12) de 1993.

³⁰⁰ Définition du diagnostic infirmier sur le site internet infirmier.com : « Brièvement nous pourrions dire que le diagnostic infirmier est le nom donné à un problème de santé, constaté par un infirmier, à partir de l'analyse de situation d'une personne soignée. » <http://www.infirmiers.com/ressources-infirmieres/documentation/le-diagnostic-infirmier-une-clef-dacces-a-linformation.html>
Majoritairement, les pays se réfèrent à la classification NANDA : North American Nursing Diagnosis Association (ANADI en français) qui existe aux Etats-Unis depuis 1982.
<http://www.nanda.org/AboutUs/History.aspx>

s'imposer dans les versions à l'étranger. Deux pays européens, les Pays Bas et la Suède, n'abordent pas ce sujet dans ces pages populaires alors qu'ils valident tous les deux la formation par un diplôme universitaire (limite du support d'information ou contradiction réelle ?). Nous relevons aussi cette dénomination de diagnostic comme probable manifestation de cette rivalité mimétique infirmière envers les médecins évoquée précédemment.

Nous constatons une absence importante de communication sur la durée des études. Ces imprécisions sont encore renforcées par l'existence dans plusieurs pays, Espagne, Grande Bretagne, Japon, Pays Bas, de plusieurs niveaux de compétence pour un même diplôme. Or seuls la Grande Bretagne et le Japon font état de plusieurs durées d'études possibles. Cependant, pour les pays qui indiquent une durée de formation, trois années d'études sont le minimum requis.

Mais l'abondante présence de données non communiquées (NC) est suffisante à montrer la méconnaissance ou l'imprécision de la profession d'infirmier à l'échelle internationale aussi. La page française est relativement complète mais nous y enregistrons l'ignorance de l'existence d'une formation continue pour les personnels soignants, pourtant obligatoire depuis 2009³⁰¹. Cette obligation est-elle toujours respectée sur le terrain ?

Le second tableau ci-dessous est plus intéressant dans la mesure où il s'attarde sur les soins infirmiers selon les pays³⁰².

Nous notons que ces diagnostics sont constitués sur la base des 14 besoins de V. Henderson, dont nous avons déjà parlés, publiés en 1960 !

³⁰¹ Article 59 de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009, dite *loi HPST*.

³⁰² Un regroupement arbitraire a dû être effectué pour mettre en évidence ces domaines de compétences. Certains pays citent des actes particuliers plutôt que des secteurs ou domaines d'activité, d'autres en revanche ciblent des champs de compétence sans véritablement en préciser le contenu. L'ordre des items est aléatoire.

Tableau des soins infirmiers selon les pays

	CN	DE	ES	FR	GB	IN	IT	JP	KR	NL	NO	PT	RU	SE	TH	VN
Hygiène, confort, sécurité			(1)		NC		NC	NC	NC		NC	NC		NC		NC
Traitements : Surveillance, Administration	NC	S	A ⁽²⁾	S-A	NC	NC	NC	S-A ⁽²⁾	NC	A	NC	NC	NC	NC	NC	S
Surveillance patients pathologie	NC		NC		NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	
Médecine, Chirurgie et spécialités	NC	C	NC	M-C	M-C	M ⁽³⁾ -C	M ⁽³⁾ -C	NC	NC	C	C	M-C	NC	M ⁽³⁾ -C	M-C	NC
Psychiatrie, santé mentale								NC					NC			NC
Réa., soins intensifs, urgences, anesth.	NC		NC	NC	NC	NC		NC	NC				NC			NC
Maternité, obstétrique		NC			NC		NC			NC	NC	(4)	NC			NC
Pédiatrie		NC						NC	NC				NC			NC
Gériatrie	NC	NC				NC		NC	NC				NC		NC	NC
Réadaptation, soins palliatifs	Adp	NC	NC	Adp	NC	NC	Sp	NC	NC	Adp	Sp-Adp	NC	NC	NC	Sp	NC
Oncologie	NC		NC	NC	NC	NC		NC	NC	NC	NC		NC		NC	NC
Nutrition	NC			NC	NC		NC	NC	NC	NC	NC			NC	NC	NC
Soins à domicile	NC		NC	NC		NC	NC	NC			NC		NC	NC	NC	NC
Education patients, famille	NC		NC						NC		NC	NC		NC		
Recherche, Formation, Encadrement, Administratif	NC	R ⁽⁵⁾ -A-F-E	NC	NC	R	NC	A	NC	NC	A	A-F-E	A	A-F-E	NC	A	NC
Défense, sureté	NC		NC	NC		NC		NC	NC		NC	NC	NC	NC	NC	NC
Médecine communautaire, Santé publique, Santé au travail	Mc Sp	NC	Mc	Mc	Mc ⁽⁶⁾	Mc-Sp	Sp	Sp	St	NC	NC	Sp	NC	St	Mc	NC

Domaine d'activité de base

Domaine d'activité accessible après spécialisation

- Soins réalisés par des infirmiers « auxiliaires ». La durée de formation de ce personnel n'est pas précisée.
- En Espagne, les infirmiers « auxiliaires » ne peuvent administrer que les traitements PO ou par voie rectale.
Au Japon, l'administration IV des traitements ne serait autorisée que depuis 2002.
- Certains secteurs d'activité où certaines particularités dans les soins apparaissent :
 - Inde : maladies contagieuses
 - Italie : soins infirmiers juridiques ou judiciaires
 - Suède : « Infirmière d'ambulance » (≠ d'ambulancier) dans le cadre de soins pré hospitaliers.
- L'infirmière peut pratiquer une épisiotomie sous AG.
- Contradiction entre un diplôme qui ne serait pas universitaire et une possibilité de master et de doctorat en Sciences Infirmières.
- Les infirmières de district peuvent être amenées à prescrire des médicaments, des pansements, etc.

Malgré les aléas de la traduction automatique, chaque page reprend, dans sa langue, en partie ou en totalité, la définition consensuelle du Conseil International des Infirmières : « *On entend par soins infirmiers les soins prodigués, de manière autonome ou en collaboration, aux individus de tous âges, aux familles, aux groupes et aux communautés - malades ou bien-portants - quel que soit le cadre. Les soins infirmiers englobent la promotion de la santé, la prévention de la maladie, ainsi que les soins dispensés aux personnes malades, handicapées et mourantes. Parmi les rôles essentiels relevant du personnel infirmier citons encore la défense, la promotion d'un environnement sain, la recherche, la participation à l'élaboration de la politique de santé et à la gestion des systèmes de santé et des patients, ainsi que l'éducation.* »³⁰³

Un premier élément nous frappe dans l'étude de ces pages internet : la traduction du terme « holistique » dans une très large majorité de langues. Ce premier point est important, il affirme la prise en charge globale de la personne, malade ou non, comme préoccupation principale³⁰⁴.

Etonnamment nous semble-t-il, les soins d'hygiène, de confort et de sécurité ne sont pas ceux qui sont cités les plus fréquemment dans les attributions des infirmiers, alors que ce sont ceux qui sont pratiqués depuis le plus longtemps. Pouvons-nous en déduire pour autant qu'ils ont disparu de la vision attachée à la profession ? Certaines illustrations peuvent nous laisser des doutes³⁰⁵.



Les soins majoritaires dans notre échantillon de pays seraient les soins psychiatriques et en santé mentale³⁰⁶, suivis dans l'ordre par les soins en médecine

³⁰³ <http://www.icn.ch/fr/about-icn/icn-definition-of-nursing/>

³⁰⁴ Cette prise en charge globale du patient provient d'une évolution de la médecine dans les années 1950 avec par exemple les stratégies thérapeutiques holistiques de l'anesthésiste J. Bonica dans le traitement de la douleur (traitements à la fois physiques, médicamenteux, psychosociaux, etc.). En France, le chirurgien R. Leriche avait été le précurseur de cette vision holistique du patient dès 1930.

³⁰⁵ Les limites de l'encyclopédie libre sont mises en évidence notamment dans les légendes des images : mêmes photos pour des commentaires adaptés par chaque pays.

³⁰⁶ 13 des 16 pays référencés le précisent. Certains pays comme la Chine, l'Italie, la Norvège et la Suède demanderaient une spécialisation pour exercer dans ce domaine.

communautaire, santé publique et santé au travail, ceux en pédiatrie, en éducation des patients et des familles et les soins en médecine et chirurgie³⁰⁷ (dont nous concevons la diversité possible en l'absence de plus de détails). Les soins en maternité et obstétrique seraient aussi identifiés comme compétences infirmières³⁰⁸ dans une majorité de pays. Les capacités dans les domaines de la recherche, la formation et l'encadrement, ainsi que le rôle administratif du personnel sont aussi assez largement notifiés³⁰⁹. La gériatrie serait une préoccupation apparente³¹⁰. Les soins palliatifs émergent³¹¹, la Thaïlande notamment les nomme explicitement.

A l'inverse, en ce qui concerne l'administration et la surveillance des traitements, et plus encore la surveillance des patients et de leur pathologie, une imprécision évidente est soulignée par le nombre important de pays qui ne l'abordent pas. Certains secteurs comme les soins à domicile et l'oncologie sont peu représentés. Il ne faut cependant pas en déduire qu'ils ne sont pas pratiqués par les infirmières, mais simplement que les auteurs des articles ne les ont pas fait figurer. La page française ne communique pas sur ces critères par exemple et ces soins sont pourtant exécutés couramment par les infirmières. Une fois encore nous pouvons nous poser la question de savoir s'il s'agit d'un oubli, d'une personne qui n'a pas voulu prendre en compte cette approche des soins et en renvoyer l'image, d'une évidence pour le rédacteur ou d'une méconnaissance de la profession.

Nous constatons enfin que la nutrition n'est pas prise en compte par les seuls pays « en voie de développement » mais bien par des pays occidentaux (Allemagne, Espagne, Portugal). La préoccupation de chacun en ce domaine sera sans doute bien différente. Nous réalisons que l'infirmière, selon son pays d'exercice, pourra intervenir dans une éducation sur la malnutrition menant par exemple à l'obésité dans les pays occidentaux aussi bien que sur la malnutrition évoluant vers la dénutrition dans des pays dits « défavorisés ». Nous identifions cependant un dénominateur commun : la pauvreté qui fait trop peu ou trop et mal s'alimenter.

Nous mentionnerons enfin quelques particularités trop rares pour être introduites au tableau. La grande Bretagne se démarquerait ainsi par la possibilité pour les infirmières dites « de district » de prescrire des médicaments. Nous savons qu'en France la question a été plusieurs fois évoquée mais n'a pour l'instant pas

³⁰⁷ Respectivement 12, 11 et 10 (pour les deux dernières catégories) pays sur 16.

³⁰⁸ Dans 9 cas sur 16.

³⁰⁹ Dans 8 pays sur 16.

³¹⁰ *Idem.*

³¹¹ 3 pays les mentionnent.

obtenue de réponse concrète. C'est le seul pays qui affiche cette compétence dans ces pages Wikipédia®. La Suède reprend bien l'appellation mais les attributions des personnels ne sont pas explicites. Ces deux pays font aussi état de la présence d'infirmiers comme consultants dans l'industrie pharmaceutique notamment ou les assurances. Dans ces pages, nous découvrons l'appellation d'infirmiers spécialisés dans les catastrophes naturelles ou de temps de guerre pour l'Italie, en Inde le traducteur automatique spécifie soins de catastrophes. Le Portugal est le seul à communiquer sur des soins infirmiers dans les thérapies naturelles non conventionnelles. Au Chili, grâce à la page en espagnol, nous apprenons l'existence d'infirmier ambulanciers réanimateurs. Peu de soins techniques infirmiers sont rapportés en Russie. L'énumération comporte uniquement les injections, les perfusions et les lavements.

De nouveaux types de soins ou d'organisations de soins voient le jour et participent à la mutation de la profession d'infirmière : les soins primaires. L'OMS en avait donné la définition en 1978³¹². Nous en retrouvons la trace aujourd'hui dans ces pages internet en Grande Bretagne et en Suède. Ils sont évoqués dans le document de la Drees³¹³ pour d'autres pays dont l'Allemagne, l'Italie, la Finlande et le Canada.

Si, dans cette étude, les mots ont leurs limites, le choix des images quant à lui est éloquent. Plus d'une dizaine de pages étrangères³¹⁴ sont illustrées par une jeune femme occidentale blonde (les infirmières sont décidément jeunes et femmes !)³¹⁵ devant un plan de travail. Ceci peut être expliqué par la facilité d'accès à cette image

³¹² « *Les soins de santé primaires sont des soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et une technologie pratiques, scientifiquement viables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles aux individus et aux familles dans la communauté par leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer à chaque stade de leur développement dans un esprit d'autoresponsabilité et d'autodétermination.* » Rapport de la Conférence internationale sur les soins de santé primaire, Alma-Ata (URSS), Rapport conjoint de l'Organisation Mondiale de la Santé et du Fonds des Nations Unies pour l'Enfance, p. 5, ch. VI, 6 - 12 septembre 1978.

<http://whqlibdoc.who.int/publications/9242800001.pdf>

³¹³ « La participation des infirmières aux soins primaires dans six pays européens et au Canada », *Etudes et résultats*, n° 406, juin 2005. La Drees apporte d'ailleurs la précision suivante p. 2 : « *Le champ des services offerts par les soins primaires n'a pas de définition universelle. Outre les soins ambulatoires de proximité, on y inclut fréquemment des actions de prévention, d'éducation pour la santé, d'information et de conseil. Certains pays ont cherché à y intégrer également des services sociaux.* » <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er406.pdf>

³¹⁴ Dont la page chinoise par exemple.

³¹⁵ Mais nous constatons en annexe n° 7 que ce n'est pas un fait nouveau : déjà au début du siècle dernier, les représentations d'infirmières avaient cet aspect esthétique. Dans un même temps cependant, il était opposé à une vision beaucoup plus réaliste du milieu hospitalier.

dans la base de données internet. Mais nous constatons aussi que, dans aucune représentation ou photographie, l'infirmier est un homme.

Mise à part l'image ci-contre utilisée en grande majorité, nous observons la présence très fréquente de l'effigie de F. Nightingale. Nous la trouvons dans la totalité des pages traduites : lorsqu'elle n'est pas représentée en image, c'est son nom qui est évoqué. Elle est même intégrée dans le caducée des infirmières



VERPLEEGKUNDIGE

libérales aux Pays Bas par l'intermédiaire de son symbole de la lampe à huile. La journée internationale de l'infirmière est d'ailleurs le jour de son anniversaire, le 12 mai.

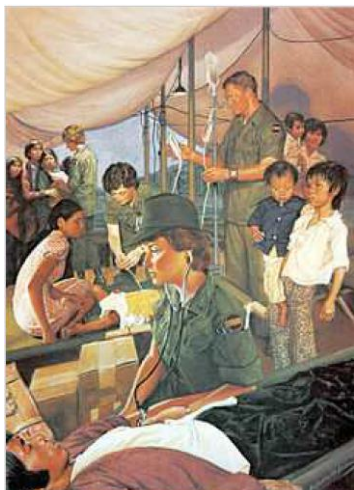
Les autres illustrations souvent utilisées dans ces pages Wikipédia® nous permettent de retrouver l'influence religieuse et militaire que nous avons soulignée précédemment.



A gauche, illustration en Russie.

A droite, photographie utilisée par la Corée (1920).





A gauche, dessin issu de la page Vietnam (1975).

A droite, nous relevons l'attitude militaire de ces infirmières qui n'en sont pourtant pas.



Volontaire Croix-Rouge infirmière lors d'un défilé en Italie, 2007

Ah ! L'infirmière « maternelle »... Nous ne pouvons pas l'ignorer ! Cinq pays illustrent leur page Wikipédia® de cette dernière photographie.



Nous remarquons ainsi une majorité de reproductions anciennes, fréquemment du début du siècle dernier. Le métier d'infirmier en 2012 est-il si difficile à illustrer que des photographies historiques lui soient préférées ? La diversité des soins, des compétences, des champs d'action paraît pourtant être propice à des images significatives or nous trouvons, quels que soient les pays, une iconographie vétuste. Est-ce le mouvement incessant de la profession qui explique à lui seul le flou de la description qui en est faite ? Nous avons bien compris précédemment le caractère subjectif des représentations. Il trouve son illustration dans ces articles Wikipédia®, dans ces évocations répétées d'ange au Japon³¹⁶, dans ce titre de paragraphe « *nursing, une profession honnête* » sur la page en langue arabe.

³¹⁶ La traduction automatique est relativement incompréhensible, mais le mot ange apparaît de nombreuses fois dans l'article.

Nous ne pouvons pas aborder cette étude internationale de l'exercice de la profession d'infirmier sans nous arrêter sur les conditions précaires dans lesquelles il est parfois réalisé. Elles n'apparaissent pas dans ces pages internet qui servent souvent de vitrine à ce que nous voulons bien montrer... et/ou ce que nous acceptons de voir ! L'infirmière est parfois le seul lien médicalisé pour toute la population d'une région. Nous notons ces compétences particulières requises dans une annonce de recrutement d'infirmière sur le site web de la République du Centre Afrique : « *capacité à vivre et travailler dans une zone isolée, et dans des conditions de confort limitées* », « *Capacité d'acceptation des risques sécuritaires sur la zone d'activités, et acceptation des consignes de sécurité* ». ³¹⁷ Nous retrouvons l'infirmière engagée dans les campagnes de vaccinations de masse contre la poliomyélite, le tétanos, la rougeole, dans la lutte contre la mortalité néo-natale et maternelle, etc. Toutes ces actions, réalisées dans des conditions d'hygiène et de sécurité bien éloignées de nos protocoles et consignes du CLIN, permettent de sauver un nombre incalculable de vies humaines. Le PNUD ³¹⁸ recense ainsi les activités où peuvent s'exprimer des interventions soignantes : « *un monde sans pauvreté, une gouvernance démocratique, un monde stable et sans chaos, un environnement sain, un monde sans VIH/Sida, des femmes autonomes, des sociétés transformées.* » ³¹⁹

L'influence de la langue, de la culture, de la religion impriment leurs reliefs dans un exercice professionnel en constante évolution au gré d'une technique prédominante et d'une société mouvante. Ceci n'est pas sans importance dans une période de pénurie internationale de personnels soignants. La France a accueilli les infirmières espagnoles au début des années 2000. Cela nous a permis de confirmer l'importance du langage et de la communication. Savoir donner des mots aux maux n'est sans doute pas si facile lorsque les filtres sont multipliés : maladie, douleur, confusion, pudeur, angoisse, etc. auxquels il faut ajouter la barrière du langage et des références culturelles non communes. Elle a autorisé en 2011 les infirmières québécoises à exercer en France ³²⁰. La difficulté devrait être moindre.

³¹⁷ Offre diffusée par le comité d'aide médicale de la République Centrafricaine en 2009. Elle n'est actuellement plus accessible en ligne.

³¹⁸ Programme des Nations Unies pour le développement.

³¹⁹ <http://www.beta.undp.org/content/undp/fr/home.html>

³²⁰ Arrêté du 23 décembre 2011 fixant la liste et les conditions de validité des certificats, titres ou attestations délivrés par la province de Québec permettant l'exercice de la profession d'infirmière ou d'infirmier en qualité d'auxiliaire polyvalent mentionnées à l'article L 4311-12 du code de la Santé publique, version consolidée au 04 janvier 2012.

Malgré son imprécision, cet apport documentaire par Wikipédia[®] nous permet de constater la présence de ce paradoxe au niveau international aussi : l'identité de la profession essaie de se construire en dehors d'un passé dont elle se sert pourtant parfois de référence. Nous pouvons opposer des compétences nouvelles, notamment des actes techniques synthétisés dans les tableaux ci-dessus, non reflétées par une iconographie désuète reproduisant par exemple les « sacro-saints » soins d'hygiène et autres soins maternels. Dans l'immédiat, l'infirmière reste encore très indéterminée dans la formalisation d'un savoir disparate d'un pays à un autre, la différence de niveaux d'études, la diversité des contenus de l'apprentissage du métier entre enseignement universitaire et formation en écoles de soins infirmiers.

Nous avons abordé auparavant le soin comme préoccupation universelle et en cela paradigme de l'éthique : éthique du respect selon E. Kant, de la responsabilité selon H. Jonas, de la sollicitude selon P. Ricoeur. La réalisation pratique de ce même soin peut-elle être pour autant universalisée ? Nous sommes face à cette interrogation : d'un pays à l'autre l'infirmière aura-t-elle toujours la même identité ? Pourtant, dès 1970, l'infirmière anthropologue américaine M. Leininger décrivait « le soin transculturel » et souhaitait le voir généralisé à toutes les infirmières d'ici 2015³²¹. La société évolue, nous ne faisons que nous répéter. Et avec ces changements interviennent des croisements de populations... et de cultures. Il nous faut être vigilant pour que les évolutions ne créent pas des gouffres là où apparaissent déjà d'énormes fissures. Nous l'avons souligné, notre précédente étude de 2009 sur les actes transfusionnels³²² n'aurait pas pu avoir d'existence dans un grand nombre de pays d'Afrique ou d'Amérique du Sud par exemple où la seule préoccupation est la transfusion sanguine dans un contexte d'urgence chirurgicale ou obstétricale d'une part, mais aussi où interviennent des croyances et autres préventions au sujet du sang.

Dans ce travail que nous rédigeons en 2012 et en fonction des multiples disparités tant au niveau économique, social, culturel et religieux, nous envisageons

³²¹ M. Abemyil, SF, M. Sc. Nursing, « Le soin transculturel, un impératif pour l'infirmière du XXI^e siècle. *Ou quand la science infirmière rencontre l'anthropologie.* », publication du Sidiief, 2011, p. 1. http://www.sidiief.org/Accueil/7_0_Publications/7_1_PublicationsSIDIIIEF/~media/E96F076298234D099DA4C3DCE55C61E1.ashx

³²² M.-A Degoit Cloiseau, *Approche éthique de la décision médicale de poursuite ou de limitation des actes transfusionnels dans la prise en charge thérapeutique de patients porteurs d'une hémopathie maligne, op. cit.*

la réponse à cette problématique identitaire de la profession et à ce questionnement sur le soin infirmier dans une étude faite sur un exercice occidental, dans notre pays.

Quelles sont nos attentes en matière de santé, nos visions de la mort et de la maladie ? Quelles sont les réponses des soignants ? Où commence le soin infirmier, quelles en sont les limites ?

3) Le rôle de l'infirmier : entre maladie, vieillesse, mort et autres aléas de la vie

« *Que signifie vivre. - Vivre - cela veut dire : rejeter sans cesse loin de soi quelque chose qui tend à mourir : vivre - cela veut dire : être cruel et inexorable pour tout ce qui en nous n'est que faible et vieilli, et pas seulement en nous. Vivre - serait-ce donc : être impitoyable pour les agonisants, les misérables et les vieillards ? être sans cesse un assassin ? - Et pourtant le vieux Moïse a dit : "Tu ne tueras point !" » F. Nietzsche³²³*

Notre vie humaine se définit ainsi, vulnérable, friable, périssable même si notre espérance de vie avance un peu plus chaque jour. Le progrès médical est en partie responsable de cette nouvelle longévité et D. Sicard souligne l'ambiguïté de ce terme de progrès : « *Le mot "progrès" est un mot aussi galvaudé que magique. [...] Quand ce mot nous vient aux lèvres, l'idée en paraît évidente, alors qu'il n'y a pas de termes plus subjectifs que celui-ci. Nous allons plus vite, nous avons moins froid, nous échangeons à chaque instant sans nous rencontrer, nous guérissons des maladies inguérissables autrefois... Bref, l'humanité est fascinée par son propre spectacle collectif.* »³²⁴ Il constate ce « *contraste entre une médecine curative efficace pour des situations autrefois désespérées, mais qui restent rares [...] et sa relative faiblesse pour le mal être quotidien, les symptômes du vieillissement, de l'adolescence, de la dépendance chimique aux drogues, de la "souffrance nerveuse" quelle qu'en soit son expression.* »³²⁵ Sa conclusion est sans appel : « *Plus la science*

³²³ F. Nietzsche, *Le gai savoir* (1882), § 26, 10/18, 1973, pp. 107 et 108.

³²⁴ D. Sicard, « Réflexions sur le progrès en médecine », *Médecine et hygiène*, Genève, octobre 2004, p. 1. Texte accessible en ligne :

<http://www.contrepointphilosophique.ch/Ethique/Sommaire/ProgresEnMedecine.html>

³²⁵ *Id.*, p. 5.

*médicale progresse en connaissances, plus elle s'éloigne de cette quête du sens présente au cœur de tout être humain. »*³²⁶

Mais d'autre part, ne constatons nous pas déjà cette perte de sens dans l'avènement d'une « génération Y »³²⁷ plus préoccupée de virtualité, d'apparences d'amis sur *Facebook* ou *Tweeter*, que de contacts réels, plus impliquée dans des jeux vidéo à vaincre nous ne savons quels démons ou quels ennemis grâce à de superpouvoirs³²⁸, que d'affronter un quotidien de vie sans aucune récompense ou glorieux trophée... ? Ce sens recherché par chacun d'entre nous se dirige-t-il dans la même direction ? Ces situations autrefois désespérées, maintenant soignées, mises bout à bout (nous entrevoyons le cancer, les maladies neuro-dégénératives, les maladies infectieuses, etc.), ne forment-elles pas leur propre flot qui viendra gonfler, une fois cette désespérance ôtée par des traitements innovants, celui du vieillissement, de l'adolescence, de la dépendance et de la souffrance ? Il est sans doute tentant de ne voir dans ses nouvelles thérapeutiques que la particularité en oubliant peut-être que demain, celle-ci sera généralisée. Les patients cardiaques, diabétiques, insuffisants rénaux, les tuberculeux... ont été un jour des malades pour lesquels il y avait bien peu d'espoir de survie et ils font partie aujourd'hui de cette masse vieillissante. Une nouvelle fois, nous sommes en présence d'un désordre d'idées visiblement contradictoires.

La médecine en 2012 n'est-elle pas le reflet de ces chemins parfois opposés et la profession d'infirmière ne se retrouve-t-elle pas prise en otage de ces contradictions sociétales et individuelles ? Le soin infirmier illustre ce débat.

Le soin infirmier : un accompagnement du début de la vie jusqu' après la mort

Les évolutions de la médecine ont repoussé les limites du début de la vie et celles de la mort en reconnaissant à l'embryon une potentialité de vie avant même la

³²⁶ *Ibid.*, p. 6.

³²⁷ La génération Y concerne les personnes nées entre 1980 et 2000. Elle remettrait en question les valeurs de la famille, du travail, renierait le père, se réfugierait derrière son ordinateur portable... Mais cette perception est aussi controversée. Une étude en a été faite entre autres auteurs par : C. Allain, *Génération Y : l'enfant-roi devenu adulte*, Outremont, Québec, éditions Logiques, 2005.

³²⁸ Une polémique est ainsi soulevée par le CICR avec les jeux de guerre qui ne respectent pas les conventions de Genève :

<http://www.icrc.org/fre/resources/documents/faq/ihl-video-games-faq-2011-12-08.htm>

viabilité légale à 22 semaines³²⁹ et en donnant au mort, sur des critères qui sont parfois remis en question, la possibilité de sauver lui aussi une vie³³⁰. Il n'existe pas de définition légale de la mort, ce qui a permis à L. Schwartzberg d'affirmer que « *la nouvelle définition de la mort est d'ordre métaphysique* »³³¹. Et M. Heidegger ne suggérait-il pas, dans *Sein und zeit* que la mort était la possibilité de l'impossible³³² ? Nous trouvons aussi, sur ce site internet parfois ésotérique, une tentative néanmoins louable de distinction entre plusieurs définitions de la mort³³³. La dichotomie épicurienne ne semble plus être totalement suffisante³³⁴.

Nous visualisons la difficulté pratique du soin infirmier, notamment dans l'exemple des états végétatifs chroniques ou états pauci-relationnels évoqués dans le mémoire de V. Saoût³³⁵. Elle souligne l'attitude des équipes soignantes qui ne considèrent pas ces personnes en fin de vie : « *Les patients en état végétatif et pauci-relationnel chroniques sont considérés comme vivants, ni morts, ni mourants, mais dans un état de vie différent.* »³³⁶. Le soin y est effectué comme soin de confort mais la précision est maintes fois répétée, de manière bien différente qu'en unité de soins palliatifs puisqu'il y a projet de soins et projet de vie pour le patient et sa famille. Et nous notons immédiatement la réserve émise à la lecture de ces quelques lignes qui précèdent par le cadre infirmier qui a accepté très amicalement de suivre ce mémoire

³²⁹ Notons aussi que, « le 6 février 2008, la première chambre civile de la Cour de cassation a rendu trois arrêts dans lesquels elle a précisé la notion d'enfant né sans vie. Elle a en particulier supprimé les seuils à partir desquels la reconnaissance du statut d'enfant sans vie est possible. Elle a en effet estimé que le code civil ne "subordonn[ait] pas l'établissement d'un acte d'enfant sans vie au poids du fœtus, ni à la durée de la grossesse". Par conséquent, "tout enfant né sans vie à la suite d'un accouchement peut être inscrit sur les registres de décès de l'état civil, quel que soit son niveau de développement." » <http://www.afif.asso.fr/francais/conseils/legislation/dcenfant.html>

³³⁰ Articles R 1232-1 et R 1232-2 du code de la Santé publique : *Constat de la mort préalable au prélèvement et conditions de réalisation des prélèvements.*

³³¹ L. Schwartzberg, *Requiem pour la vie*, Paris, Le Pré aux Clercs, 1985, pp. 226 à 229 (extraits).

Texte accessible en suivant le lien hypertexte :

http://web.archive.org/web/20080517183158/http://agora.qc.ca/thematiques/mort.nsf/Documents/La_mort_biologique--Definition_de_la_mort_par_Leon_Schwartzberg

³³² M. Heidegger et E. Martineau, *Etre et Temps*, Paris, Authentica, 1985, chapitre 53, p. 260. La mort y est définie « [...] comme possibilité de l'impossibilité de l'existence en général. »

³³³ Texte de M.-A. Descamps, accessible sur le net : <http://www.europsy.org/ceemi/defmort.html>

Définitions scientifiques, médicales et administratives et une définition du « mourir ». Mais aussi des définitions philosophiques opposant une vision « matérialiste » à une conception « spiritualiste ».

³³⁴ « *Ainsi le plus terrifiant des maux, la mort n'est rien par rapport à nous, puisque quand nous sommes, la mort n'est pas là, et, quand la mort est là, nous ne sommes plus.* » Epicure, *Lettres et maximes*, « lettre à Ménécée », 125, PUF, 1987, p. 219.

³³⁵ V. Saoût, *Conceptions du soin envers les patients en état végétatif chronique et en état pauci-relationnel chronique, au sein d'unités dédiées : Points de vue de soignants et analyse critique.* Mémoire de M 2R en éthique, Université Paris Descartes, 2007 - 2008.

³³⁶ *Id.*, p. 21. Nous trouvons d'ailleurs dans cette étude la recommandation suivante du Comité Consultatif National d'Éthique : « *Les sujets dans cet état [état végétatif chronique] sont encore des personnes humaines, ce sont des malades. Leur cerveau n'est pas mort.* », et une opposition à tout essai thérapeutique sur ces patients.

en relecture³³⁷. Elle soulignait le défi qu'ont à relever les équipes travaillant en soins palliatifs pour « *garder un sens dans une vie qui s'éteint* » alors que « *la mort est la seule certitude sur la vie du patient.* » A son tour elle insistait sur ce soin infirmier effectué lui aussi, dans ces services de soins palliatifs, toujours dans un contexte de projet de vie.

Dans ces cadres flous de nos représentations et de certains textes législatifs, nous pouvons alors nous poser la question de la réalisation du soin infirmier dans ce moment de passage, entre vie et mort. Quel est le soin nécessaire, quel est le soin utile, quel sera celui qui au contraire basculera dans la notion d'acharnement thérapeutique dont il n'existe, pour elle aussi, aucune définition légale autre que la dénomination « *d'obstination déraisonnable* » de l'article 37 du code de déontologie médicale³³⁸ ?

Nous ajoutons ainsi cette autre particularité professionnelle à celles que nous avons précédemment relevées : l'infirmière, essentiellement en milieu hospitalier il est vrai, est une des rares professions à être présente lorsque la vie s'arrête, dans ce dernier soupir littéraire, ou ce dernier « gasp » physiologique. Sans doute le médecin sera-t-il à proximité, à moins que la personne ne décède lors d'un acte réanimatoire qui nécessite sa présence. Sans doute les sapeurs-pompiers connaissent-ils ces moments dans certaines de leurs interventions, et les militaires sont-ils confrontés parfois à de telles situations lors de conflits armés. Sans aucun doute aussi le prêtre serait-il encore là dans ce moment de passage si l'extrême onction, sacrement accordé au mourant depuis le moyen âge, n'avait pas été remplacée lors de Vatican II par une onction des malades. Devant la difficulté aujourd'hui de la religion dans laquelle nous croyons de moins en moins à répondre à nos malaises existentiels, ce sacrement semble avoir perdu en signification en sortant de ce contexte de mort et n'est bien souvent même plus demandé. Mais une fois encore, nous trouvons l'infirmière comme témoin de ce moment unique qui transforme un présent d'être en ce passé d'avoir été. C'est bien elle que viendra chercher la famille souvent affolée et attristée dans ces derniers instants, et en l'absence de famille, c'est bien souvent aussi

³³⁷ C. Chaulet, cadre infirmier et cadre de santé (titulaire du certificat des cadres infirmiers avant que ce diplôme ne devienne celui de cadre de santé) de l'équipe mobile de soins palliatifs des hôpitaux H. Mondor, site de Joffre Dupuytren.

³³⁸ Précision apportée dans un rapport de J. Léonetti, fait au nom de *la mission d'information sur l'accompagnement de la fin de vie*, Tome 1, juin 2004, p. 152.

l'infirmière qui se trouvera dans la chambre pour réaliser ce dernier soin, sans qu'elle sache vraiment s'il sera le dernier.

La mort est triste... infiniment... pour celui ou celle qui part sans en avoir envie, et pour ceux qui restent en son absence. Comme de très nombreuses autres collègues, j'ai des souvenirs de patients aujourd'hui décédés, pour qui j'ai réalisé cet ultime soin, ou à qui j'ai parfois tenu la main, dans cette empathie profonde, souvent teintée de sympathie. Mais encore une fois, ne soyons pas si mélodramatique.

Monsieur D., âgé de 40 ans, suivi à l'IGR³³⁹ pour un lymphome non hodgkinien de type Burkitt atypique à localisation gastrique, réfractaire au traitement. Sa dernière hospitalisation fut d'une durée de 15 jours. Son motif en était une augmentation de la masse abdominale malgré la radiothérapie et des douleurs difficiles à calmer. La dernière phrase du dossier médical fait état du décès par progression de la maladie.

Il était militaire de profession, colonnel dans l'armée de terre et je le qualifierai volontiers de quelqu'un avec un fort tempérament qui pouvait même impressionner certaines consœurs par son apparence autoritaire. La pathologie d'évolution relativement rapide avait été difficile à accepter d'autant qu'en plus de la souffrance et de la réduction de mobilité inhérente à la progression de la maladie, il y avait la vision de cette tumeur qui « poussait » : l'alien³⁴⁰, ainsi que sa femme et lui-même l'appelaient.

Monsieur D. nécessitait de nombreux soins dans cette dernière hospitalisation : il était évidemment perfusé et notamment alimenté par perfusion, il avait une sonde vésicale à demeure, conséquences des compressions dues à l'augmentation de la tumeur ; il portait une PCA³⁴¹ de morphine pour ses douleurs, des traitements divers lui étaient administrés, anti vomitifs, antibiotiques, etc.

Il mit sans doute un point d'honneur à garder son entière autonomie (dans le sens qui est acquis en milieu médical³⁴²), jusqu'au dernier jour, malgré la douleur insuffisamment maîtrisée par les antalgiques et les mobilisations rendues difficiles par l'importance du lymphome.

Ce dernier jour fut marqué par une période matinale d'agitation où je fus appelée par sa femme et sa mère présentes dans la chambre. La douleur était toujours là, les propos n'avaient pas vraiment l'acuité habituelle sans que je puisse parler de réelle

³³⁹ Institut Gustave Roussy.

³⁴⁰ La ressemblance avec cette image du film de R. Scott de 1979, *Alien, le huitième passager*, au moment où le monstre pointe dans l'abdomen de sa victime, était assez frappante, en effet.

³⁴¹ Patient - Controlled Analgesia. Système par lequel le patient contrôle la délivrance d'analgésique lorsqu'il est douloureux.

³⁴² Autonomie personnelle, bien éloignée de l'autonomie morale de la volonté kantienne, principe à priori qui est à l'origine de la dignité intrinsèque à tout être de raison : « *L'autonomie de la volonté est cette propriété qu'a la volonté d'être à elle-même sa loi (indépendamment de toute propriété des objets du vouloir). Le principe de l'autonomie est donc : de toujours choisir de telle sorte que les maximes de notre choix soient comprises en même temps comme lois universelles dans ce même acte de vouloir.* » E. Kant, *Fondements de la métaphysique des mœurs*, Le livre de poche, Les classiques de la philosophie, Librairie Générale Française, 2011, p. 121.

confusion, ses déplacements devenaient difficiles et M. D. risquait la chute à tout moment, les tubulures des perfusions étaient emmêlées. La première des choses à faire était d'aider Monsieur D. à se recoucher. Et bien sûr, je commis la maladresse de formulation, à ne jamais dire : « *Monsieur D., on va aller au lit... !* » Forte personnalité, vous disais-je... Je pourrais rajouter grand sens de l'humour ! Sa réponse fut immédiate, avec lucidité vis-à-vis de l'incongruité de mon injonction, et un sourire plein de malice : « *Là, Marie-Anne, vraiment, tout de suite... vous voulez... ?* ». Dans ce moment précis, la maman comme l'épouse souriaient elles aussi. M. D. s'est recouché, avec mon aide et celui de son épouse. Son état de conscience s'est très rapidement dégradé, sans autre période d'agitation. La mort est survenue dans les six heures qui ont suivi avec des soins qui se sont allégés, des passages répétés pour s'assurer que la douleur ne revenait pas, parler à cette famille en pleurs...

Madame D. était une femme extrêmement attentionnée envers son mari, tout à fait courtoise avec tout le personnel, respectueuse des consignes du service. Je fus appelée au moment du décès, et j'étais présente dans cette bulle familiale ou amicale souvent décrite qui se forme auprès du mourant. Quand M. D. fut mort, avant de quitter la chambre, Mme D. baissa un peu le drap, au niveau de l'abdomen de son mari, et eut des propos d'une violence extrême que je n'aurais pas pensé entendre entre ses lèvres. Elle s'adressa ainsi à la tumeur : « Tu l'as eu, salope, mais tu vois, lui aussi il t'a eue. » De fait, la tumeur s'était comme affaissée sur elle-même et ne formait plus la proéminence qu'elle dessinait auparavant.

La mort est infiniment triste, quelques fois violente, parfois brutale et très fréquemment perçue comme injuste. L'infirmier y est soignant de la personne malade, accompagnateur de la famille endeuillée, quelques fois révoltée. Quand commence le deuil ? Une nouvelle fois, les limites sont floues. La difficulté de la réalisation des soins dans de telles conditions réside dans le doute sur la durée de cette fin de vie aux contours mal définis. Nous notons aussi, qu'après le décès d'un patient, le soin infirmier continuera dans l'ablation des divers matériaux, perfuseurs, cathéters, drains et autres sondes, éventuellement la toilette mortuaire.

Nous soulignons dans un chapitre précédent l'exigence de qualité professionnelle infirmière dans la communication. Ce « on » qui n'a heurté personne dans cette chambre est pourtant en théorie profondément choquant. Tout étudiant infirmier apprend qu'il doit éviter l'usage de ce pronom indéfini qui dépersonnalise,

qui ôte à l'Autre cette qualité de *fin en soi* chère à E. Kant³⁴³. Nous touchons ici à la question ontologique du sens de l'être. Dans son œuvre majeure, *Sein und zeit*³⁴⁴, M. Heidegger nous explique le pouvoir déconstructeur du « on », étant impropre, en l'opposant au *Dasein*, étant insigne. « *Le On est partout là, mais de telle manière aussi qu'il s'est toujours déjà dérobé là où le Dasein se presse vers une décision. Néanmoins, comme le On pré-donne tout jugement et toute décision, il ôte à chaque fois au Dasein la responsabilité.* »³⁴⁵ Il nous explique aussi comment ce « on » prend de l'ascendant sur le *Dasein* en le détournant de la vérité mortelle et angoissée de l'existence : « *Mais il y a plus encore : avec cette décharge d'être, le On complotait au Dasein pour autant qu'il y a en lui la tendance à la légèreté et à la facilité, et c'est précisément parce que le On complotait ainsi constamment au Dasein qu'il maintient et consolide sa domination têtue.* »³⁴⁶ Et nous comprenons mieux au final l'acceptation commune du « on » par le patient, la famille et l'infirmière qui l'a prononcé dans ce moment précis : très certainement et involontairement, l'usage de ce pronom a participé à la dédramatisation d'une situation pourtant critique.

Nous entrevoyons dans les circonstances évoquées dans notre exemple, mais ce n'est pas une excuse, toute la difficulté du soin infirmier. Il s'agit pour l'infirmière d'assurer en même temps une situation d'urgence où le patient ne doit pas tomber, la voie veineuse centrale ou la sonde vésicale ne doivent pas être arrachées, le malade dont les difficultés de mobilité se sont aggravées doit être recouché. Toutes ces actions sont à réaliser rapidement alors que dans le même temps elle doit assurer une prise en charge psychologique du patient dans sa perte de cohérence annoncée et dans le respect autant que faire se peut de son autonomie. Nous ajoutons à cela la prise de conscience professionnelle et humaine³⁴⁷ par l'infirmière de l'approche de l'échéance fatale. Nous comprenons alors la complexité de la situation et l'équilibre relationnel à trouver dans cet échange patient/soignant. Dans ces circonstances, l'humanité de la situation ne vient elle pas pourtant de l'« erreur » de communication ?

³⁴³ « Or je dis : l'homme, et en général tout être raisonnable, existe comme *fin en soi*, et non pas simplement comme moyen dont telle ou telle volonté puisse user à son gré ; [...]. » E. Kant, *Fondements de la métaphysique des mœurs*, Le livre de poche, Les classiques de la philosophie, Librairie Générale Française, 2011, p. 104.

³⁴⁴ M. Heidegger et E. Martineau, *Etre et Temps*, op. cit.

³⁴⁵ *Id.*, § 27, pp. 126 à 130 : *L'être-Soi-même quotidien et On*.

³⁴⁶ *Ibid.*

³⁴⁷ Dans toute sa dimension émotionnelle d'empathie enrichie parfois de sympathie soulignée précédemment.

Nous voici devant ce qui nous semble être une nouvelle contradiction dans le soin : il oblige à une exigence qui peut admettre la défaillance. L'exigence est dans ce que devrait être la communication, parfaite, rationnelle, juste et efficace, la défaillance est dans l'humanité émotionnelle de la réaction illustrée par l'usage de ce pronom « on » dont M. Heidegger nous a expliqué pourtant la médiocrité, le distancement et le nivellement. Nous prenons alors conscience de ce nouveau paradoxe où la perfection, dans la communication de soin en particulier, en viendrait presque à être inhumaine, et où l'humanité, dans son imperfection, porte en elle son potentiel d'efficacité.

Le soin infirmier : une présence dans toutes les trajectoires de la vie

Nous ne ferons pas ici une longue liste rébarbative d'actes infirmiers dont nous avons compris la couverture holistique, la diversité, la pluralité, la haute technicité (d'origine et d'évolution contemporaine) en alternance avec ce socle fondamental de soins de base, hygiène et alimentation (issus des débuts historiques de la profession³⁴⁸). Nous reviendrons ultérieurement sur cette complétude indispensable du soin qui rend la technique indissociable du relationnel et réciproquement et laisse apparaître une pratique infirmière bien plus vaste que l'unique compétence d'être « *les yeux du médecin en son absence* » évoquée dans ce document pourtant récent de 2002, mais américain³⁴⁹. Reconnaissons toutefois l'importance de cette fonction dans le suivi des patients, de leur pathologie, et de leur traitement, d'autant plus notable lorsque la parole de l'infirmière est ensuite écoutée avec attention par le praticien. Dans notre étude, nous nous attarderons plus particulièrement sur les différentes visions de la santé, de la maladie et de ce que nous attendons de ce soin dont l'infirmier est le dispensateur : encore une fois des représentations ! Ce désordre évoqué en début de travail semble in fine s'organiser de lui-même.

D. Sicard le souligne : « [...] *la médecine change l'homme. Elle amoindrit sa capacité d'échange avec l'autre en en faisant une machine réparable, modifiable ;*

³⁴⁸ Même si nous constatons, dans ce livre de 1916, que le panel thérapeutique s'étoffe un peu. Lahache et Navarre, *Manuel des dames infirmières*, Paris, Plon, 1916. Cf. annexe n° 8 (Prêt de la collection personnelle de A. Montaron).

³⁴⁹ « (The) nurse should be the doctor's eyes in his absence. » E.D. Baer, P. D'Antonio, S. Rinker, J.E. Lynaugh, *Enduring issues in American nursing*, Springer Publishing Company, New York, 2002, p. 201.

elle le rend exigeant dans une conception qui tire plus l'échange vers la consommation économique que vers la relation humaniste. »³⁵⁰ Notre société de consommation est aussi devenue consommatrice en soins et notre humanité égocentrée ne sait que faire pour satisfaire ses besoins³⁵¹. Nous trouvons ainsi dans la publicité des exhortations au « prends soin de toi », des mises en valeurs de notre individualité dans un « parce que je le vaux bien », en passant par un très viril « pour nous les hommes »³⁵²... autant d'invitations à une attention individuelle, quelques fois catégorielle, une sollicitude égoïste rarement collective et humaniste.

Mais ne retrouvons nous pas parfois cette préoccupation, nullement désintéressée nous semble-t-il, dans nos propositions de prendre en charge mieux et sans doute plus humainement cette population vieillissante... à l'orée de laquelle étonnamment nous nous présentons nous-mêmes³⁵³ ? A 20 ans, de quoi nous préoccupions nous ? Comment ne pas en vouloir à une médecine qui guérit ce qui était inguérissable mais qui ne peut pas éviter l'effritement de notre corps dans cet écoulement du temps que nous percevons comme de plus en plus rapide ?

Chaque demande de soin possède sa justification. Un rapport du sénateur Chossy sur le handicap intègre une proposition d'aidants sexuels³⁵⁴, avec la légitimation d'une « prise en compte » de préférence à une simple « prise en charge ». Nous notons qu'en Allemagne par exemple cette reconnaissance d'aidants sexuels existe et que ces personnels sont alors considérés comme des personnels soignants³⁵⁵.

Dans un document anglais³⁵⁶ commenté dans un article du *Journal International de la Médecine*³⁵⁷, la question est posée de savoir si les praticiens

³⁵⁰ D. Sicard, « Réflexions sur le progrès en médecine », *Médecine et hygiène*, op. cit., p. 7.

³⁵¹ Rappelons que ce mémoire se situe presque exclusivement dans un contexte de soin infirmier et d'exercice de la profession d'infirmier dans notre pays occidental nous permettant de poser cette affirmation.

³⁵² Slogans publicitaires de différentes marques de produits cosmétiques en tous genres.

³⁵³ Rappelons que, selon l'Insee, l'âge moyen en France est de plus de 40 ans et qu'une personne sur 5 a plus de 60 ans.

³⁵⁴ J.-F. Chossy, rapport sur l'*Evolution des mentalités et changement du regard de la société sur les personnes handicapées. Passer de la prise en charge à la prise en compte*, chapitre VII « vie affective et sexuelle », novembre 2011, p. 104.

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics//114000695/0000.pdf>

Un article du *Journal International de la médecine* du 9 janvier 2012 était consacré à cette proposition, et un sondage auprès de 682 professionnels de santé faisaient ressortir une réponse favorable à la création d'un statut d'aidant sexuel à 54 %, pour un refus à 37 %, 9 % des personnes interrogées ne se prononçant pas.

³⁵⁵ Ce « soin », sur la base du volontariat, est souvent assuré par d'anciennes prostituées. L'Autriche et la Belgique ont aussi admis cette nécessité dans le cadre du handicap.

³⁵⁶ R. Poole et CCH Cook, « Praying with a patient constitutes a breach of professional boundaries in psychiatric practice » (*debate*), *British Journal of Psychiatry*, 2011, 199: 94-98.

peuvent prier avec leur patient. Où commence le soin... où s'arrête-t-il ? Nous nous trouvons confrontés une nouvelle fois aux représentations de chacun sur les soins nécessaires à son état de santé, à son bien-être. L'infirmière est face à cette confrontation.

L'OMS l'affirme, « *La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.* »³⁵⁸ Nous avons précisé, à plusieurs reprises, que le soin infirmier s'effectue sur tout un parcours de vie, de la naissance au décès, se prolongeant même après, et sur toutes les étapes d'une trajectoire de santé. Cette notion de trajectoire est importante. Elle est la manifestation de nos tentatives pour rationaliser nos aléas de vie, pathologiques ou accidentels. En caractérisant, en définissant, en expliquant les hasards de la vie qui font surgir dans notre existence maladies ou autres « coups du sort », ne cherchons nous pas à maîtriser ce qui tend à nous échapper ? C'est ainsi que la pathologie, notamment chronique comme le cancer, est définie comme une des trajectoires possible³⁵⁹. La trajectoire « *renvoie au cours d'un phénomène et à l'action entreprise dans la durée pour en gérer le déroulement, le traiter et le mettre en forme.* »³⁶⁰ Les représentations longuement évoquées dans notre travail expliquent le fait que chaque participant détient sa propre projection dans sa vision du développement de la pathologie ou de l'invalidité³⁶¹.

Une autre trajectoire pourra se présenter aussi sous forme de handicap qui n'altère pas nécessairement la santé. Il se révélera à la naissance, mais pourra apparaître au cours de la vie de manière accidentelle, les malades polytraumatisés en sont un exemple (parfois accident de la route, accident de travail, etc., mais parfois aussi, la vie est ironique, accident de loisir). Ces explications tentent donc de dédramatiser toutes ces réductions à notre autonomie. Et les soignants, infirmiers en

³⁵⁷ A. Cohen, « Peut-on prier avec son patient », *Journal International de la Médecine*, 2 janvier 2012.

³⁵⁸ Définition du préambule à la Constitution de l'OMS de 1946. Elle n'a pas été modifiée depuis, et implique que tous les besoins fondamentaux de la personne soient satisfaits, qu'ils soient affectifs, sanitaires, nutritionnels, sociaux ou culturels et du stade de l'embryon, voire des gamètes à celui de la personne âgée.

³⁵⁹ Présentation *Powerpoint* réalisée lors du 1^{er} séminaire en soins infirmiers. Ch. Thinlot, *Prise en charge globale continue et maladie chronique*, EFEC, IGR, 14 juin 2011.

³⁶⁰ *Id.*, p. 3 du pps. Les phases de la trajectoire sont les suivantes : *pré diagnostique, diagnostique, crise, aiguë, stable, instable, rétablissement, déclin, terminale (mourir)*, p.4.

³⁶¹ *Ibid.*, p. 5. Chacun à sa manière gèrera sa maladie, sa biographie, sa vie au quotidien. Pour B. Paterson cité dans le *powerpoint*, il faut changer le vécu de la maladie chronique en faisant passer à nouveau au premier plan l'image de la santé dans laquelle s'intégrerait cette trajectoire pathologique installée sur la durée : B. Paterson, « Myth of empowerment in chronic illness », *Journal of advanced nursing*, vol. 34, Issue 5, 20 décembre 2001.

particulier, ont ainsi cette tâche qui paraît insurmontable, de rendre acceptable ce qui, dans notre société du grand, du beau, du fort semble ne pas pouvoir l'être.

Paradoxalement une fois encore, alors que nous regrettons ce manque d'humanité dans la prise en charge de notre faiblesse annoncée due au vieillissement, à nos éventuelles addictions, à nos angoisses existentielles, nous relevons ces propos de J. Elkaïm, répétés lors de différents interview sur plusieurs plateaux de télévision, au sujet de la dureté de certains médecins dans le film *La guerre est déclarée* : « *Lorsque la vie est en jeu... on se moque de l'humanité du chirurgien. Ce que l'on veut, c'est qu'il soit compétent.* »³⁶²

L'infirmière ne sera-t-elle pas confrontée à ces mêmes paradoxes ? Dans certaines pathologies, l'administration de diverses molécules doit se faire avec une rigueur exemplaire : protocoles stricts, calculs de doses, de débits dans lesquels une erreur peut s'avérer létale. Certains actes sont délicats, nécessitent une extrême précision, nous l'avons déjà noté : une maladresse peut s'avérer douloureuse, parfois dommageable. Une erreur transfusionnelle sanguine, nous en avons conscience, peut être fatale. Et au contraire, l'infirmière ne risque-t-elle pas de se faire reprocher un manque d'humanité dans l'impuissance de la médecine à apporter le résultat ou le soulagement espéré ? C'est ainsi par exemple qu'un médecin intitulait sans ménagement son article : « Chute à l'hôpital, que fait l'équipe infirmière ? »³⁶³ En Grande Bretagne, après une critique des infirmières et une accusation de négligence à propos de la dénutrition des personnes âgées, la présidente de la National Patient Safety Agency tenait ses propos lors d'un congrès sur la nutrition en janvier 2012 : « *Les infirmières ont été sous le feu de vives critiques à propos de la dénutrition des personnes âgées l'année dernière. Ce que le système de santé doit comprendre c'est que si les infirmières ont un rôle fondamental à jouer pour améliorer la situation, tous les professionnels ont une responsabilité.* »³⁶⁴

Notre attente envers cette professionnelle de santé et le soin infirmier n'est-elle pas dictée par notre espoir devant le guérissable et notre désespérance devant l'inéluctable ou des conditions de vie que ne peuvent améliorer aucun de ces progrès médicaux et que nous percevons comme injustice sociale ?

³⁶² V. Donzelli, *La guerre est déclarée*, août 2011, avec V. Donzelli et J. Elkaïm. L'histoire est celle d'un couple dont le jeune enfant est atteint d'une tumeur rare au cerveau.

³⁶³ Dr. E. Deniaud Boüet, « Chute à l'hôpital, que fait l'équipe infirmière ? », *Journal International de la Médecine*, article en ligne paru le 24/01/2012. (Les articles du JIM ne restent que quelques semaines en ligne et ne sont accessibles ensuite que sur abonnement).

³⁶⁴ Propos relevés dans un article du JIM du 24/01/2012.

La vie nous est précieuse de par sa finitude inéluctable. Lorsque l'échéance approche, nous avons souvent encore des motifs de vouloir prolonger notre existence et chacun d'entre nous peut déjà visualiser ses propres motivations si le terme devait arriver demain. Pourtant, les progrès de la médecine nous font miroiter une possibilité d'éternité dans le recul de limites que nous ne distinguons plus très nettement. Est-ce alors pour visualiser leurs propres frontières de vie que certains s'exposent dans des sports extrêmes par exemple. Immaturité ? Désir de puissance d'une victoire obtenue à la limite de l'inconscience ? Notre suite d'habitudes quotidiennes leur semble-t-elle à ce point intolérable qu'ils veuillent prendre le risque de la perdre pour lui redonner de l'intérêt³⁶⁵ ? Même notre empathie d'infirmière ne nous permet pas de nous mettre à la place de chacun. De même, nous éprouvons de grandes difficultés à interpréter les mêmes risques lorsqu'ils sont pris par des enfants. Quelles pulsions morbides, quel goût du défi, qu'il soit proposé ou qu'il soit relevé, pousse certains enfants à ce jeu du foulard qui fait chaque année de trop nombreuses victimes ?

L'infirmier est le professionnel présent, au domicile ou en institution médicalisée qui, dans toutes ces circonstances, n'aura pour seule préoccupation que de soigner ce mal ou ces maux quelles qu'en soient leurs origines.

« La lucidité réelle plus que jamais nécessaire devra se nourrir d'une réflexion incessante venant d'horizons divers, pour s'interroger non seulement sur les valeurs qui font une société, sur les dogmes mais aussi et surtout sur ce que nous voulons éviter pour le futur. Au fond, que demandons-nous à la médecine ?

- *Qu'elle nous conduise à la maîtrise et cette promesse est sans cesse annoncée.*
- *Et que craignons-nous ? avec notre vertige d'humain accroché aux branches d'un arbre au tronc vermoulu, de ne plus avoir confiance dans notre destin, oscillant entre la fascination aveugle et la régression primitive ou primaire à une nature toujours bien muette sur son sens vrai.*

³⁶⁵ Des auteurs philosophiques comme H. Jonas ont souligné ce besoin pour l'homme de savoir qu'il va mourir et nous trouvons dans certains domaines artistiques (peinture, architecture, cinéma...) les manifestations de ce *memento mori*.

*Le XXI^e siècle ne pourra faire l'impasse sur cet aller-retour obstiné qui nous fait homme et non produit de l'humanité. A cette condition seulement, le progrès médical sera celui de toute l'humanité. »*³⁶⁶

Nous le constatons, toutes les exigences de qualité que nous avons annoncées au début de ce mémoire se retrouvent illustrées dans ces visions du soin. L'infirmière a la nécessité de s'avoir s'adapter, d'être en capacité de réfléchir en même temps que d'agir, d'être responsable de ses actes, de savoir communiquer dans toute la densité verbale du langage, à la fois humaine et technique³⁶⁷. Elle fait preuve de compétences qui démontrent ces connaissances.

Elle est tributaire d'une évolution de la médecine simultanément mais aussi parfois en décalage avec une mutation sociétale ce qui est source de paradoxes et de désirs contradictoires. Par l'étendue des domaines dans lesquels sont réalisés les soins infirmiers, par la large couverture du soin sur toute la durée de la vie en état de bonne santé mais aussi sur ces trajectoires pathologiques, accidentelles, handicapantes, elle se retrouve responsable de nos espoirs et nos désillusions.

A l'inverse du médecin dont elle n'a pas le nombre d'années d'études et l'étendue des connaissances³⁶⁸ qui lui donne l'autorité, par son passé de religieuse et militaire disciplinée, elle cristallise les attentes nombreuses et variées de ces milliers de personnes qu'elle approchera, en de tout autant multiples et diverses circonstances.

Devant l'effacement progressif (et inexorable ?) d'une conscience collective³⁶⁹ et l'absence d'un sens commun à tous³⁷⁰, elle essaie, et tout le milieu de la santé avec elle, de conserver ce sens éthique dans son action professionnelle. « *L'éthique se meut entre le don pur, absolu, inconditionné, gracieux à autrui et l'échange avec autrui exigé par les contrats, les lois, les règles qui me lient à lui.* »³⁷¹ Nous ne sommes plus au temps de la *morale professionnelle de l'infirmière* de Mademoiselle

³⁶⁶ D. Sicard, « Réflexions sur le progrès en médecine », *Médecine et hygiène*, op. cit., p. 9.

³⁶⁷ Techniques de reformulation et autres relation d'aide apprises en IFSI et souvent ensuite en formation continue.

³⁶⁸ Rappelons-nous que le terme docteur vient du verbe latin : Doceo, cui, ctum, ere : savoir, s'instruire.

³⁶⁹ Pour reprendre l'expression créée et employée par E. Durkheim, notamment dans le livre précédemment cité : E. Durkheim, *Les formes élémentaires de la vie religieuse*, Paris, op. cit.

³⁷⁰ Dont Ph. Amiel souligne le caractère illusoire : Ph. Amiel, *Ethnométhodologie appliquée, Eléments de sociologie praxéologique*, op. cit.

³⁷¹ E. Fiat, « Humanité, citoyenneté et soins », *Espace éthique - APHP*, n° 7 - 8, hiver 1998 - printemps 1999.

Chaptal³⁷², nous ne sommes pas encore à celui du code de déontologie infirmier français³⁷³ qui n'est toujours pas validé, et l'infirmière pallie ce vide de transition dans l'application de guide de bonnes pratiques, participation aux comités d'éthique d'établissements, etc. pour respecter, à défaut de ce cens commun à tous, un sens acceptable par tous. Sans doute fait-elle de son mieux dans cette vaste étendue du soin infirmier aux contours parfois flous, et sans doute inévitablement commet-elle des erreurs. Mais Melle Chaptal le relevait : « *Il faut même savoir utiliser nos fautes, nos échecs, nos insuccès. Les utiliser d'abord pour connaître nos faibles, ce qui est un grand point, et aussi pour stimuler notre énergie vers une réparation. L'expérience est une force qu'on acquiert que soi-même, et je ferai bon marché d'une expérience qui n'aurait pas enregistré de défaites : il lui manquerait un élément essentiel de jugement. Sans compter qu'elle serait probablement pour son prochain d'une sévérité intolérable.* »³⁷⁴

4) La nouvelle terminologie du soin : une actualisation contemporaine

« *Les mots ne doivent être que le vêtement, sur mesure rigoureuse, de la pensée.* » J. Renard³⁷⁵

La première partie de la célèbre devise de ce magazine hebdomadaire à grand tirage « *le poids des mots, le choc des photos* »³⁷⁶, nous a permis de comprendre leur puissance. E. Castagne met en évidence l'importance du langage comme « *concept complexe* » en nous explicitant les enjeux omniprésents³⁷⁷. R. Daumal nous propose une définition accessible à tous : « *Un langage clair suppose trois conditions : un*

³⁷² L'appellation « mademoiselle » a disparu récemment des documents officiels mais son livre se présente ainsi. Mademoiselle L. Chaptal, *Morale professionnelle de l'infirmière*, Paris, éditions Poinat, 1935. (prêt de la collection d'A. Montaron).

³⁷³ Seul le code de déontologie du Conseil International des Infirmières existe, cf. annexe n° 9.

³⁷⁴ Mademoiselle L. Chaptal, *Morale professionnelle de l'infirmière*, op. cit., p. 69.

³⁷⁵ J. Renard, *Journal* (1925 - 1927), 27 septembre 1902, R. Laffont, coll. « Bouquins », 1990, p. 619.

³⁷⁶ Paris Match, magazine hebdomadaire français d'actualités et d'images, né en 1949.

³⁷⁷ « [...] le langage est lui-même un concept complexe : (1) définir l'objet d'étude des sciences du langage comme des langues en interaction dans un espace partagé, et non pas comme une langue séparée des autres ; (2) adopter une méthodologie de la recherche en sciences du langage interdisciplinaire, collaborative et empirique ; (3) fixer les objectifs en terme d'efficience avec laquelle les résultats répondent à des besoins opérationnels de multiples secteurs. » E. Castagne, « L'intercompréhension européenne, innovation conceptuelle de la Recherche et du Développement en sciences du langage : la communication et les échanges des entreprises sont facilement opérationnels. », *Points communs*, n° 41, CCIP, 2010.

parleur sachant ce qu'il veut dire, un auditeur à l'état de veille, et une langue qui leur soit commune. Mais il ne suffit pas qu'un langage soit clair, comme une proposition algébrique est claire. Il faut encore qu'il ait un contenu réel, et non seulement possible. Pour cela, il faut, comme quatrième élément, entre les interlocuteurs une expérience commune de la chose dont il est parlé. »³⁷⁸ Nous comprenons ainsi comment l'étude des mots et de leur usage permet de situer une époque et un contexte. Nous concevons mieux aussi cette qualité essentielle de communication dans la profession d'infirmier et sa difficulté.

Le soin subit l'influence du langage et nous avons mentionné, dans la charte de la personne hospitalisée, cette évolution diplomate de malade, à patient, à personne. Nous avons abordé les questionnements des infirmiers parfois face à certaines décisions médicales qui ne rencontraient pas leur adhésion. Nous pensions alors à des dilemmes éthiques infirmiers, découverte récente nous semblait-il, avant de nous apercevoir dans cet ouvrage de 1939, *L'infirmière et sa mission dans le monde moderne*, qu'un chapitre était consacré à « *l'infirmière en face de conflits de conscience* »³⁷⁹. En 1934, à une époque où les infirmières étaient encore en même temps travailleuses sociales, un autre ouvrage, d'origine médicale celui-ci, décrivait la conscience : « *ce qui semble parler ainsi en nous, cette partie de nous-même qui nous juge, qui scrute nos intentions, [...]* »³⁸⁰, et les conflits d'ordre moral, dans une partie intitulée « *L'infirmière et le médecin, le devoir d'obéissance* »³⁸¹.

Ce même opus aborde dans sa cinquième partie le *burn-out* que nos représentations nous font visualiser comme hautement contemporain : « *Le devoir d'employer sagement ses forces, le surmenage* »³⁸². Il est vrai qu'écrivait ainsi, le problème paraissait non seulement moins grave, mais nous rendait partiellement coupable de notre état !

³⁷⁸ R. Daumal, *La grande beuverie* (1938), Gallimard, 1998, p. 8. René Daumal, poète français 1921 - 1948.

³⁷⁹ R. Boigelot (docteur en philosophie ; pseudo Pierre Dufoyer), *L'infirmière et sa mission dans le monde moderne : Conférences Déontologiques*. Paris, Tournai, Casterman, 1937, chap. VI, p. 191. (Collection privée A. Montaron)

³⁸⁰ R. Biot (Docteur), *Au service de la personne humaine, Conférences de déontologie médicale données à Lyon aux Infirmières et aux Travailleuses sociales*, Joigny, Editions Vulliez, 1934, p. 22. (Collection privée A. Montaron)

³⁸¹ *Id.*, p. 90, Troisième partie « *L'infirmière et le médecin, le devoir d'obéissance* », Chapitre II « *Les cas difficiles* ».

³⁸² *Ibid.*, p. 233, chap. IV « *L'infirmière et la personne humaine, le devoir du respect des fins spirituelles* ».

Nous étudierons, dans le cadre de la profession d'infirmière, cette nouvelle terminologie, aux accents souvent anglo saxons³⁸³, qui est apparue dans la réalisation du soin. Il semble en effet qu'un micro climat règne au-dessus de l'atlantique. La traversée de cet océan par une idée, un concept, lui procure une vigueur toute nouvelle qui s'amplifie lors de son retour et lui fait quelques fois oublier même son origine³⁸⁴ ! Notre bien peu sexy « prendre soin » s'est donc paré d'une éthique du *care* et notre « bonne distance » d'une américaine proxémie. Dans une nouvelle manifestation du désir mimétique infirmier envers les médecins, une copie de l'*Evidence based medicine* est apparue en *Evidence based nursing*³⁸⁵.

N'est-ce pas là oublier le sens du soin et lui enlever sa caractéristique universelle d'accessibilité par tous ? Cette question est d'autant plus cruciale que dans un même temps nous trouvons ce soin desservi par des soignants qui le seraient devenus par... vocation, car il est erroné de croire que cette idée a disparu. Nous la retrouvons dans ces affiches de recrutement des hôpitaux de l'AP - HP : « *Votre vocation est vitale, rendez-la capitale* », dans ce reportage télévisé déjà cité³⁸⁶ où un problème de « *crise des vocations* » est plusieurs fois soulevé³⁸⁷ et enfin sur ce mur Facebook où ces propos ont été écrits par une jeune infirmière à Noël dernier : « *Encore un Noël loin des miens pour s'occuper des proches des autres... Être infirmière ou aide-soignante n'est pas juste un métier, c'est une vocation, un état d'esprit. C'est aussi savoir se sacrifier pour d'autres ! Alors au nom de toutes les infirmières et aides-soignantes, nous vous souhaitons à tous de passer un excellent*

³⁸³ Nous avons noté précédemment l'approche holistique en médecine dont R. Leriche fut un des précurseurs alors que nous ne gardons que le souvenir de J. Bonica.

³⁸⁴ En cette période d'hommage à Claude François que nous citons pour « coller » à l'actualité, nous nous rappelons avec émotion de ce « tube » américain et, nous l'osons... planétaire, *My way*, entonné par les plus grands crooners de l'époque. Méconnu à sa création par notre chanteur national (*Comme d'habitude* en 1967), il est considéré aujourd'hui comme un classique international de la variété, essentiellement dans sa version anglaise, même si en France il a, à son retour, bénéficié d'un énorme succès populaire le faisant reconnaître aujourd'hui comme classique de la chanson française.

³⁸⁵ Sur le site web *cadredesante.com*, nous trouvons la description de la méthode de l'EBN (traduite en français par Pratique Fondée sur les Preuves) : Formuler une question de départ en lien avec une pratique de soin qui semble poser problème ou insuffisante ; recenser la littérature sur le sujet : littérature portant sur des expériences similaires à la question étudiée (études randomisées, de cohorte... etc.) ; lire et critiquer ces études d'un point de vue méthodologique ; se demander si le contexte de réalisation de l'étude est pertinent dans la pratique et transposable aux patients. La prise de décision doit tenir compte des préférences du patient et de son entourage. M. Catanas, *La pratique fondée sur les preuves ou Evidence Based Nursing, un instrument de recherche indispensable au soignant*, Juin 2010. Texte intégral accessible en ligne : <http://www.cadredesante.com/spip/spip.php?article417>

³⁸⁶ *Quartier général*, magazine d'actualité sur Direct 8, diffusé le lundi 23 janvier 2012.

³⁸⁷ A opposer toutefois au spot publicitaire diffusé par le pôle emploi sur M6 et la dénégation vigoureuse de l'infirmière à la question de la journaliste « *est-ce une vocation ?* » : « *Non, c'est une passion* ».

réveillon de Noël !!! ». Ces derniers propos sont certainement un fait isolé, mais à l'évidence pas unique. B. Spinoza définissait la nécessité ainsi : « *Or j'appelle [...] nécessaire une chose dont la nature implique qu'il y a contradiction à n'en pas poser l'existence.* »³⁸⁸ La vocation est-elle un choix de libre nécessité ?

Nous trouvons pourtant, à l'opposé, des infirmiers se battant pour une reconnaissance professionnelle, cherchant même à obtenir celle de discipline en soins infirmiers.

Paradoxes, représentations opposées, autant d'idées différentes qui renforcent cette impression de désordre qui nous sert de fil conducteur. La mutation de la profession d'infirmier et du soin infirmier semble bien nécessiter l'usage de ces nouveaux termes du soin pour se dégager de l'emprise de leur passé.

La pratique soignante infirmière : une éthique du care et/ou du prendre soin

La notion de *care* vient des USA. Elle fut développée par la philosophe J. Tronto³⁸⁹ et reprise et approfondie ensuite dans le soin infirmier par J. Watson sous forme de *caring*³⁹⁰. Mais il ne faut pas oublier qu'en France, M.-F Collière³⁹¹ fut pionnière en ce domaine, même si son « prendre soin » diffère quelque peu du *care* de J. Tronto.

Ph. Svandra nous explique la difficulté de traduction de ce terme *care* puisqu'il couvre deux dimensions : « *L'une correspond à une disposition individuelle, perceptive (faire attention à, se soucier de, ...) et l'autre renvoie d'avantage à l'idée d'activité, voire de travail (dans le sens de s'occuper de..., procurer des soins).* »³⁹² Cette polysémie du mot une fois traduit a l'avantage d'éviter de ne faire du *care* qu'une manifestation de sensibilité exacerbée. Toutes les perspectives de ce mot sont

³⁸⁸ B. Spinoza, *Traité de la réforme de l'entendement* (1660), GF-Flammarion, 1964, § 34, p. 196.

³⁸⁹ J. Tronto, *Un monde vulnérable, pour une politique du care (Moral Boundaries: a Political Argument for an Ethic of care)*, 1993), traduit de l'anglais par H. Maury, La Découverte, 2009.

³⁹⁰ J. Watson (professeur émérite en sciences infirmières aux Etats Unis), *Le Caring. Philosophie et science des soins infirmiers*, traduction française sous la direction de J. Bonnet, Paris, Seli Arslan, 1998.

³⁹¹ Le « prendre soin » est développé tout au long des pages de ces deux œuvres majeures : M.-F Collière, *Soigner... le premier art de la vie, op. cit.* ; M.-F Collière, *Promouvoir la vie. De la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers*, InterEditions, 1982.

M.-F Collière, titulaire de la maîtrise de soins infirmiers de santé publique de la Wayne State University, Detroit (Etats-Unis) et du DEA d'histoire des civilisations, Université de Jussieu, Paris, fut infirmière enseignante dans le programme de maîtrise des sciences et techniques sanitaires et sociales de l'Université Lumière-Lyon II de 1965 à 1994.

³⁹² Ph. Svandra, « le *care*, entre disposition morale et pratique sociale. », juillet 2009. Texte accessible sur le net : <http://svandra.over-blog.com/article-33681864.html>

Ph. Svandra est maître de conférences associé à l'Université Paris Est - Marne-la-Vallée. Il est par ailleurs formateur consultant au pôle formation du Centre Hospitalier Sainte Anne (Paris).

mises en évidence dans la description de ces quatre phases : « “se soucier de” (*caring about*), c’est-à-dire reconnaître un besoin, et, en amont, y prêter attention, être disponible à son identification, c’est-à-dire y être sensible et vigilant ; “prendre en charge” (*taking care of*), c’est-à-dire prendre les dispositions nécessaires pour que le soin soit dispensé (se procurer les ressources nécessaires, coordonner les différents intervenants...) ; “prendre soin” (*care giving*), c’est-à-dire donner effectivement et directement le soin ou l’aide attendue ; et enfin “recevoir le soin” (*care receiving*), c’est-à-dire s’assurer de la manière dont le soin est reçu, des effets qu’il produit (on notera à cette occasion que jusque dans cette phase de “*care receiving*”, c’est le point de vue de celui qui dispense le care qui reste au centre. »³⁹³

Le *care* n’a pas pris son essor dans les soins infirmiers, mais est apparu au sein du monde universitaire anglo saxon dans les « *gender studies* », à la lumière des sciences sociales et humaines³⁹⁴. Nous ne nous attarderons pas sur son origine américaine influencée par un passé d’esclavagisme ni sur la différenciation des centres d’intérêt homme/femme dans une approche intégrée de genre³⁹⁵ : les femmes seraient « [...] plus investies qu’eux (nous parlons des hommes) dans les relations de soin, d’attachement ou de sollicitude. Les hommes porteraient quant à eux plus d’intérêt aux règles et aux lois qui permettent l’établissement d’une distance affective dans le rapport aux autres. »³⁹⁶. J. Tronto ne le retenait pas comme argumentation. Mais il est vrai que c’est un contexte particulier de tâches jugées dégradantes ou de sollicitude et de soins à l’autre laissées aux femmes ou aux minorités défavorisées qui a vu l’émergence de la philosophie du *care*.

J. Tronto concevait le *care* comme « une activité générique qui comprend tout ce que nous faisons pour maintenir, perpétuer et réparer notre « monde », de sorte que nous puissions y vivre aussi bien que possible. Ce monde comprend nos corps, nous-mêmes et notre environnement, tous éléments que nous cherchons à relier en un réseau complexe, en soutien à la vie »³⁹⁷. Pour Ph. Svandra nous rejoignons alors

³⁹³ D. Moreau, « De qui se soucie-t-on ? Le *care* comme perspective politique » (à propos de J. Tronto, *Un monde vulnérable. Pour une politique du care*), in *La Revue Internationale des Livres et des Idées*, 14/09/2009. D. Moreau est doctorante en sociologie à l'EHESS. url: <http://www.revuedeslivres.net/articles.php?idArt=404>

³⁹⁴ En sont issues aussi des études sur les femmes et les féministes.

³⁹⁵ *Gender mainstreaming*.

³⁹⁶ Vision de la psychologue féministe américaine C. Gilligan., Ph. Svandra, « le *care*, entre disposition morale et pratique sociale. », *op. cit.*

³⁹⁷ J. Tronto, *Un monde vulnérable, pour une politique du care*, *op. cit.*, p. 143.

H. Jonas et son *Principe responsabilité*³⁹⁸ dans sa préoccupation de préserver la vie, sous toutes ses formes, humaines, environnementales et de biodiversité, puisque l'humanité a pour obligation inconditionnelle d'exister : « *alors l'activité du care, comme art originel de préserver la vie, peut avoir une toute autre signification.* »³⁹⁹

Nous sommes vulnérables... et notre première vulnérabilité est bien celle de notre mort certaine, même si nous luttons pour la reculer. « *La vulnérabilité humaine c'est le fait de toute vie, l'incomplétude anthropologique par laquelle, au cours de nos vies, nous passons, à des degrés variables par des phases de dépendance et d'indépendance, d'autonomie et de vulnérabilité.* »⁴⁰⁰ Notre autonomie, tellement revendiquée, n'est possible que par l'existence du *care* identifiable dans toutes ces petites attentions invisibles dont nous bénéficions ou lorsque nous payons pour en bénéficier (ménage, repassage, jardinage, etc.). Nous comprenons alors son importance politique dans le développement d'une économie liée en partie à l'essor des activités d'aide à la personne. Car, et ceci est la conclusion de J. Tronto dans le résumé de son livre : à la « [...] *condition de déplacer les frontières entre morale et politique, raison et monde des sentiments et entre vie publique et sphère privée, le care peut apparaître comme un concept politique utile, susceptible de nous aider à repenser la coopération démocratique d'êtres qui sont tous fondamentalement vulnérables, comme l'est aussi leur monde commun.* »⁴⁰¹

Le *care* est donc essentiellement un lien social fait de relations interpersonnelles et d'attentions envers chacun. Nous comprenons dès lors sa place toute naturelle trouvée à l'intérieur du soin infirmier. Paradoxalement pourtant, et Ph. Svandra le souligne sur son blog, alors que la médecine s'attache à préserver l'autonomie de chacun, vision déontologique selon E. Kant, le *care* se préoccupe et porte attention à l'être humain tel qu'il est⁴⁰² dans une perception hétéronome. Ceci peut-il expliquer cette différenciation médecin/infirmier faite fréquemment : le médecin se projetant dans l'avenir d'un objectif d'autonomie retrouvée, l'infirmier surveillant, prenant en charge et vivant dans un présent hétéronome, c'est-à-dire altéré par une nature qui a imposé sa loi pathologique ?

³⁹⁸ H. Jonas, J. Greisch, *Le principe responsabilité : Une éthique pour la civilisation technologique*, *op. cit.*

³⁹⁹ Ph. Svandra, « le *care*, entre disposition morale et pratique sociale. », *op. cit.*

⁴⁰⁰ J. Tronto, *Un monde vulnérable, pour une politique du care*, *op. cit.*, pp. 181, 182.

⁴⁰¹ *Ibid.*,

⁴⁰² *Ibid.*,

Les soins infirmiers se sont appropriés le concept de *caring* dans sa composante de sollicitude laissant au médecin le *cure* thérapeutique. Ne pourrions-nous pas opposer deux réserves à cette séparation qui nous paraît bien arbitraire ?

La première est puisée dans l'article écrit par W. Hesbeen : « le *caring* est-il prendre soin ? »⁴⁰³. Il relève l'approche du *care* appartenant exclusivement au soin infirmier comme la manifestation d'une pensée disjonctive : « *Cette dernière sépare les éléments d'un ensemble complexe, les isole pour mieux les étudier. Une telle pensée est réductrice du réel, [...].* » Nous préférons à ce raisonnement, la pensée complexe d'E. Morin se définissant en ces termes : « *La pensée complexe est, essentiellement, la pensée qui intègre l'incertitude et qui est capable de concevoir l'organisation. Qui est capable de relier, de contextualiser, de globaliser, mais en même temps de reconnaître le singulier et le concret.* »⁴⁰⁴ Nous trouvons dans cette approche, nous semble-t-il, les moyens de répondre à notre questionnement sur la profession. Notre argumentation s'est construite sur les notions d'ordre et de désordre, et sur les représentations qui nous ont servi de fil conducteur. Elles nous ont permis de mettre en évidence l'indétermination actuelle du métier d'infirmier, ses paradoxes, ses évolutions, autant d'éléments de cette incertitude prise en compte dans la complexité d'E. Morin. Pour construire notre réflexion et avoir une vision globale de la profession d'infirmier, nous avons considéré des données historiques, sociologiques, juridiques et même en partie économiques, nous avons étudié les influences religieuses et militaires qui transparaissent encore de nos jours dans certaines pratiques et comportements professionnels. Mais en même temps, nous avons porté attention aux particularités des pratiques infirmières dans leur diversité, dans ces instants particuliers d'intimité ou dans ceux d'un passage redouté entre la vie et la mort, mais aussi aux différences entre exercice libéral et hospitalier. C'est avec cette démarche de pensée complexe reliant nos diverses observations, les remplaçant dans un contexte tout en soulignant leur particularité que peut émerger l'ordre d'une vision innovante pour cette profession d'infirmier au fort héritage historique, et thème de notre problématique.

⁴⁰³ W. Hesbeen, « Le *caring* est-il prendre soin ? », Revue *Perspective soignante*, Ed. Seli Arslan, n° 4, Paris, 1999. W. Hesbeen est infirmier et docteur en santé publique, Secrétaire général de l'Institut La Source, Paris. Texte accessible en ligne,

url : <http://www.fsi.usj.edu.lb/congres/pdftexteintegral/seancesplenieres/12walterhasbeen.pdf>

⁴⁰⁴ E. Morin, *Pour une réforme de la pensée*. E. Morin est philosophe et anthropo-sociologue, directeur de recherche émérite au CNRS.

Notre travail d'argumentation du mémoire s'est d'ailleurs appuyé sur cette méthodologie de réflexion. Url : <http://lucid-state.org/forum/archive/index.php/t-8812.html>

W. Hesbeen rend compte lui aussi des limites du premier mode de réflexion et met en évidence l'importance de l'interaction du *care* et du *cure*, des actions médicales et de celles effectuées par des infirmières : « *C'est ce dont témoignent les extraits cités lorsqu'ils séparent la pratique médicale de la pratique infirmière, rendant ainsi difficile voire impossible l'intention existentielle soutenue tout au long des textes. Cette intention, en effet, nécessite, pour sa mise en oeuvre, une approche soignante certes, mais qui ne peut se réaliser pleinement et efficacement que dans un contexte pluriprofessionnel et par l'intermédiaire d'une démarche soignante interdisciplinaire.* »⁴⁰⁵. Nous émettons cependant une réserve à ces quelques lignes, non sur le contenu, mais sur la forme qui utilise un terme auquel les infirmiers ne peuvent pas prétendre aujourd'hui : celui de l'interdisciplinarité⁴⁰⁶.

Notre deuxième argument est d'ordre étymologique. Certes les langues anglosaxonnes ne sont pas des langues romanes et les pays anglosaxons, pour être chrétiens ne sont pas catholiques. Néanmoins, nous sommes interpellés par ce rapprochement entre le mot latin *caritas*⁴⁰⁷ et le *care* ou *caring* anglais, ce soin rempli de sollicitude, œuvre soi-disant exclusive des infirmières. Nous avons souligné sa fréquente opposition au *cure* du médecin savant, « *ingénieur* » nous dit W. Hesbeen pour mieux illustrer cette dichotomie. Or nous découvrons, toujours dans le Gaffiot, le mot *cura*⁴⁰⁸ : soin sollicitude, souci... Quant au verbe anglais, *to cure*, il est habituellement traduit par « guérir », et considéré comme l'apanage des médecins. Pourtant, ce mot guérir, d'origine francique « *warjan* » avait pour signification protéger. Qu'est ce donc une protection si ce n'est pas le fait de prendre soin... ? L'opposition est alors beaucoup moins évidente. Les langues évoluent elles aussi, suivant les époques et au gré des déplacements des populations. Phénomènes phonétiques, d'homophonie ou de proxiphonie, ils donnent au *cure*, au *care*, et au prendre soin cette même préoccupation de l'Autre dans un seul et unique but, celui

⁴⁰⁵ *Ibid.*, p. 7 du document pdf.

⁴⁰⁶ P. Dielenseger, présidente de l'AFIC, le soulignait encore lors du 1^{er} séminaire en soins infirmiers organisé par l'IGR et l'EFEC le 14 juin 2011, en s'astreignant à parler, lors de son intervention, de pluriprofessionnalité. P. Dielenseger, « Perspectives de l'exercice professionnel en cancérologie », présentation *Powerpoint*, 1^{er} séminaire en soins infirmiers, EFEC - IGR, 14 juin 2011.

⁴⁰⁷ Caritas, atis, f. : 1. cherté ; 2. Amour, affection, tendresse. *Dictionnaire F. Gaffiot abrégé*, 1965. Nous retrouvons la sollicitude et l'attention à l'autre dans l'encyclique du Pape Benoît XVI « *L'amour dans la vérité* ». Texte accessible en ligne :

http://www.vatican.va/holy_father/benedict_xvi/encyclicals/documents/hf_ben-xvi_enc_20090629_caritas-in-veritate_fr.html

⁴⁰⁸ Cura, ae, f. : 1. Soins ; 2. Administration d'une chose publique ; 3. Travail, ouvrage ; 4. Souci, sollicitude, inquiétude.

d'améliorer, autant que faire se peut, sa situation. Ils émanent peut-être de visions paradoxales du patient, mais ils ne peuvent qu'être complémentaires.

En tant qu'infirmière, et par expérience professionnelle, au-delà des considérations théoriques et linguistiques énoncées ci-dessus, il me semble difficile et même certainement impossible de dissocier le *care* du *cure* ou de traiter sans prendre soin.

Parlons de soins techniques. Un sondage vésical peut-il s'effectuer avec un seul trivial « *écarter les jambes* » pour une femme, ou « *baissez les draps et le bas de pyjama* » pour un homme ; un sondage gastrique par un « *je vous donne un "haricot" si jamais vous avez des nausées* » ? Une chimiothérapie peut-elle être posée dans un laconique « *je mets en route le traitement* » ; un antalgique administré avec un lapidaire « *c'est pour vous soulager* » ? La pose d'un simple litre de G 5 % devra s'assurer de manière technique de l'existence de reflux sur la veine et de l'absence de début de lymphangite, et de façon humaine et relationnelle de l'absence de douleur due à la présence du cathon ou lors du passage du produit, de même que du confort du patient perfusé. Quel acte technique pourrait être fait sans autre considération que l'acte lui-même, dans l'oubli de la personne qui le subit ou le reçoit ? La réponse me semble sans appel : AUCUN. L'urgence même ne pourra pas la faire oublier. Certes ce temps d'attention y sera probablement abrégé, mais il ne peut pas être supprimé car il y a dans l'urgence l'anxiété qui doit être traitée elle aussi. Et une partie du traitement ne réside-t-elle pas, justement, dans l'attention qui sera portée à cette personne angoissée ?

Ces exemples hospitaliers⁴⁰⁹ personnels et concrets nous montrent l'indissociabilité du *care* et du *cure* par cette simple constatation : le *cure* ne peut pas être fait sans l'attention du *care*, et le *care* participe à l'efficacité du *cure* ou contient la sienne propre : une écoute attentive et pleine d'empathie sera très probablement curative d'un moment d'angoisse ou d'anxiété, participera au soulagement (au moins temporairement) d'une douleur, etc., et ce sans effets secondaires, toxicités ou autres limitations de posologie. Mais ne l'oublions pas, il ne s'agit pas de sentimentalité ou de sacrifice, mais d'une présence, d'une écoute, d'une attention répondant à un travail, bien souvent soutenu par une technique. W. Hesbeen aborde notamment dans son article la capacité d'inférence : « *Elle est celle qui va permettre au soignant, dans une situation donnée, d'établir des liens entre différents paramètres, entre de nombreux aspects ainsi que de combiner ses multiples ressources, de leur donner du*

⁴⁰⁹ Puisque c'est souvent à l'hôpital qu'il est reproché un manque d'humanité et que se fait cette scission de *cure* médical et de *care* infirmier.

relief et de la pertinence pour prendre soin d'une personne dans la situation de vie qui est la sienne. »⁴¹⁰ Nous nous retrouvons face à une manifestation de cette capacité complexe de réflexion que nous avons développée en début de travail.

Dans des situations curables, mais nous avons déjà souligné la perte de signification de ce terme, le *care* apportera l'humanité nécessaire pour supporter les effets parfois délétères des traitements. Dans des conditions palliatives⁴¹¹ ou de vulnérabilité due à la vieillesse ou tout autre altération non guérissable d'un parcours de vie, le *cure* apportera au *care* un support pour rendre acceptable cet état. Le *care* est infirmier évidemment, de même que le *cure* par l'évolution des pratiques, des traitements médicamenteux ou chirurgicaux et des techniques professionnelles. Le *cure* est médical assurément tout autant que le *care* dans cette attention que le praticien portera au patient dans l'établissement d'un diagnostic (au-delà des simples résultats biologiques, d'imagerie médicale et même d'auscultation) et dans l'approche thérapeutique qu'il lui proposera.

Arrêtons-nous un instant enfin sur les différences entre *caring* et « prendre soin », au-delà de la conception humaniste du soin qui leur est commune. W. Hesbeen en mentionne deux : « *Le caring est présenté comme une théorie, une science et une philosophie. Le « prendre soin » est présenté comme une philosophie, une valeur, une façon d'aller dans l'existence.* »⁴¹² Il y apporte cette précision d'importance : « *Le caring s'inscrit dans une approche essentiellement - voire exclusivement - infirmière alors que le "prendre soin" est résolument pluriprofessionnel.* »⁴¹³ Il relève aussi ce « prendre soin » comme étant une valeur participant à la santé publique, c'est-à-dire à la santé du public.⁴¹⁴ Il insiste sur l'aspect philosophique⁴¹⁵ de cette notion de « prendre soin » issu de l'expérience de la pratique soignante et du questionnement, dans le sens aristotélien du terme.

Si nos exemples précédents ont été hospitaliers par expérience, nous trouvons dans ces propos la confirmation du « prendre soin » comme exercice infirmier et pluriprofessionnel généralisable à tous les domaines de santé où le soin est exercé : il

⁴¹⁰ W. Hesbeen, « *Le caring est-il prendre soin ?* », Revue *Perspective soignante*, op. cit. p. 12 du pdf.

⁴¹¹ Nous posons pour ce mot les mêmes réserves que précédemment sur le terme curatif.

⁴¹² W. Hesbeen, « *Le caring est-il prendre soin ?* », Revue *Perspective soignante*, op. cit. p. 14 du pdf.

⁴¹³ *Id.*, p. 14.

⁴¹⁴ *Ibid.*, p. 14.

⁴¹⁵ *Ibid.*, p. 14.

est en effet aussi bien public, privé, hospitalier tout autant que libéral, exercé en entreprise, milieu scolaire ou dans les diverses institutions quelles qu'elles soient.

Les infirmières en quête de reconnaissance, nous l'avons préalablement souligné, pourraient très certainement la trouver dans l'affirmation de leur singularité au sein de ces professions de santé, sans chercher à s'en dissocier : « *La profession infirmière ne me semble pas pouvoir trouver une identité propre si celle-ci ne s'inclut pas d'emblée dans l'ensemble plus vaste des soignants au sens pluriprofessionnel du terme.* »⁴¹⁶ L'auteur relève dans l'éventualité de cette dissociation un risque d'éclatement à la fois de la médecine et de la profession.

Dans cette quête de reconnaissance, il évoque notamment la difficulté du flou du soin infirmier que nous avons aussi souligné en y ajoutant « *le peu systématique et non spectaculaire* »⁴¹⁷ de ces activités du *care* et du « prendre soin » de la profession. Que ce soit dans les soins dits « de base »⁴¹⁸, en passant par cette « *présence organisée pour être continue* », jusqu'à la multitude « *d'actes aux aspects plus ou moins techniques qui s'inscrivent, pour la plupart, dans la subdivision du travail médical* »⁴¹⁹ nous constatons avec W. Hesbeen ce croisement des petites choses invisibles du *care*, avec ce « prendre soin » infirmier et pluriprofessionnel participant à la prise en charge holistique de la personne selon la vision de l'OMS, liés indissociablement à un *cure* associant lui aussi plusieurs métiers de la santé selon des compétences bien distinctes.

« *On peut ainsi utiliser une métaphore pour caractériser le travail du soignant. Prenons une carte routière, jamais celle-ci ne nous dit où nous devons aller. En revanche, elle nous indique les différents endroits possibles et les chemins parfois nombreux, parfois uniques, parfois sinueux, pour nous rendre de tel endroit à tel autre. Tel est le métier de soignant, offrir une carte routière à la personne en tenant un discours sur les différentes possibilités et puis l'accompagner dans le choix opéré.* »⁴²⁰

⁴¹⁶ *Ibid.*, p. 15.

⁴¹⁷ *Ibid.*, p. 16.

⁴¹⁸ Relatifs à l'hygiène, l'alimentation et le confort des personnes. Expression parfois aussi américanisée en soins de *nursing*.

⁴¹⁹ *Ibid.*, p. 17.

⁴²⁰ *Ibid.*, p. 11.

De nouveaux mots pour établir une « bonne distance » dans le soin

Qu'il soit *cure* ou *care*, le soin en général, et infirmier en particulier est riche d'émotions dans le nombre, la durée et la variété des rencontres interpersonnelles en situation professionnelle. Mais cette richesse est aussi une contrainte à laquelle le soignant doit savoir faire face, en complément de la parfaite maîtrise des gestes techniques⁴²¹ qu'il doit pratiquer. Il nous faut réaliser que cette relation de soin s'effectue sous la pression de l'émotion, dans toutes les composantes développées dans cet article⁴²² : émotions proprement dites, sentiments, représentants psychiques pulsionnels, et les affects⁴²³.

Nous avons donc passé le cap de la bonté et de la charité aujourd'hui connotés assez péjorativement. Nous ne sommes plus non plus dans cette période de fin de XX^e siècle où il était demandé aux élèves infirmières de se protéger (physiquement et psychologiquement), d'apprendre à rester à distance et à ne pas trop s'impliquer personnellement par crainte de *burn out* (le mot commençait à apparaître).

L'autonomie de la volonté selon E. Kant est bien éloignée de l'autonomie d'usage médical, je l'ai déjà souligné. Dans cette période où les infirmières étaient invitées à se protéger et à ne pas trop s'impliquer, elles devaient en même temps favoriser l'autonomie des patients : leur faire réaliser les actes simples qu'ils étaient en état d'effectuer. Je me souviens de cette étudiante, toute investie de ces deux conseils, se présentant de bonne heure le matin dans la chambre d'un patient pour pratiquer (en ma présence) le prélèvement sanguin. Elle lui dit bonjour, se présenta, lui demanda si elle pouvait allumer la lumière, vérifia son identité et ensuite, consciencieusement, l'enjoignit à lever le lit. Les deux conseils étaient accomplis : elle protégeait son dos et préservait l'autonomie du patient. Préoccupée à remplir ce qui lui était demandé, elle ne s'était pas rendu compte que le malade avait eu toutes les peines du monde à lui répondre car il n'était pas pleinement réveillé. Elle en avait même oublié les transmissions qui avaient été faites par ma collègue dans lesquelles elle avait signalé que cette personne avait passé une nuit sans sommeil car il avait vomi à plusieurs reprises après l'administration de la chimiothérapie malgré les anti vomitifs, qu'il était extrêmement fatigué et n'était parvenu à s'endormir enfin que sur la toute

⁴²¹ Cela comporte aussi les administrations de différentes molécules avec calculs de doses, de débits, respect des protocoles d'administration qui ne sont pas toujours simples, etc.

⁴²² J. Cosnier, « Emotion et psychomotricité. Nouveaux regards sur les troubles du développement et leurs traitements. Emotions et systèmes de régulation. », *Evolutions psychomotrices*, vol. 19 - n° 77, 2007, pp. 154 à 159. J. Cosnier est professeur de psychologie des communications.

Url : http://icar.univ-lyon2.fr/membres/jcosnier/articles/VI-7_Emotion_Regulation.pdf

⁴²³ *Id.*, p. 155.

fin de nuit, à savoir une heure environ avant notre passage... Lever le lit elle-même aurait-il été dommageable à l'autonomie du patient ?

Nous voici confronté à l'épineux problème de trouver une solution entre une approche kantienne commandant le respect, indispensable certes mais insuffisante ; et une démarche selon P. Ricoeur nous invitant à la sollicitude. La première émane d'une morale déontologique, la seconde d'une visée éthique téléologique. Si nous avons à justifier une approche philosophique dans l'étude de notre problématique, nous pourrions la trouver dans l'enthousiasme de cette intervention du philosophe E. Fiat⁴²⁴ : « *Oui, il faut philosopher ! Renonçons aux sagesse trop orgueilleuses, mais pas à la philosophie ; laquelle n'est pas la sagesse mais manière de l'aimer. Distinguons par exemple entre la sollicitude de Ricoeur et le respect de Kant : on saura peut-être alors mieux aborder les différents malades. Voilà ce que donne la philosophie.* »⁴²⁵

Nous sommes à la recherche de mots, nouveau vocabulaire définissant les meilleures conditions de soins, comme si ce terme « soin » était insuffisant. Pourtant, si nous « prenons soin » et si nous réalisons les soins avec cette attention première, il nous semble que les conditions respect et sollicitude sont remplies aussi bien humainement que techniquement d'ailleurs. Pourtant, la Fondation d'entreprise B. Braun a lancé auprès des soignants, en 2010, un appel à participation au prix « *Du simple soin à la bienveillance* », supposant en cela que le soin puisse avoir une autre vocation que de bien traiter et qu'il existerait quelque chose de supérieur au soin : un soins plus soin que soin... un blanc plus blanc que blanc aurait dit le regretté Coluche.⁴²⁶ Elle a depuis modifié le titre de ce prix en le transformant pour la deuxième session en « *Soin et bienveillance* ». Ce terme est issu du monde de la petite enfance et porte dans cet usage un trait d'union entre bien et traiter auquel ces structures sont toujours très attachées. Ph. Svandra détaille toute l'importance de ce mot créé par les services qualités de nos institutions très certainement pour revaloriser l'expression de soin qui semblait tomber en désuétude par rapport au *care* et *cure* américains⁴²⁷. Mais nous retrouvons cependant le terme dans un rapport de

⁴²⁴ E. Fiat, « Apprendre à vivre, apprendre à mourir : la philosophie comme soin de l'âme ? », intervention lors du *colloque sur Le Care, Figures du soin, figures de soignants*, 3 juin 2010, pp. 6 à 20 des actes du colloque.

⁴²⁵ *Id.*, p. 19.

⁴²⁶ Coluche, humoriste français, 1944 - 1986. Dans un sketch sur la publicité à la télévision.

⁴²⁷ Ph. Svandra, « Le soin est-il soluble dans la bienveillance ? », intervention lors du *colloque sur Le Care, Figures du soin, figures de soignants*, 3 juin 2010, pp. 29 à 34 des actes du colloque.

mission ministérielle : « *Promouvoir la bientraitance dans les établissements de santé* »⁴²⁸. Il nous donne la définition de ce qu'est la bientraitance : « *Démarche globale d'accueil et de soin, attentive aux risques, contraintes et sources d'inconfort que la maladie et le contexte même de l'hospitalisation font peser sur le patient et ses proches, la bientraitance vise à promouvoir : - le respect de la liberté et des droits de la personne soignée, - la prise en compte de ses besoins et attentes spécifiques, tout en maintenant la vigilance sur les risques de maltraitance. La bientraitance est une posture professionnelle active et dynamique, individuelle et collective du soin, qui prend racine dans un système de valeurs humanistes. Elle procède du "savoir-être".* »

Ce concept n'est pas sans évoquer le principlisme⁴²⁹ de T. Beauchamps et J. Childress et ses quatre piliers bienfaisance, non malfaisance, autonomie et justice : la bientraitance tentant certainement de contrer la maltraitance par les personnels soignants, parfois dénoncée. Mais elle est surtout, et Ph. Svandra le souligne, ce que « *chaque soignant doit (la) définir chaque jour, soin après soin, personne soignée après personne soignée.* »⁴³⁰

Nous avons cité précédemment ce reportage télévisé s'intitulant « *Les infirmières héroïnes du quotidien* ». Il faut bien reconnaître à cette profession, dans sa vision déontologique, des qualités assez remarquables. L'empathie n'est pas une des moindres. Cette aptitude, voire même faculté est en effet un super pouvoir de héros dans certaines séries américaines : *Profiler, Criminal minds, Heroes, Charmed* et autres *Star Trek* plus anciens⁴³¹.

L'empathie a été très sérieusement étudiée en psychologie, dans les neurosciences, et en philosophie par les auteurs du courant de la phénoménologie

⁴²⁸ M. Bressand, M. Chriqui-Reinecke, M. Schmitt, Rapport de la mission ministérielle : « *Promouvoir la bientraitance dans les établissements de santé* », janvier 2011. Accessible sur le web :

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_bientraitance_dans_les_etablissements_de_sante.pdf

⁴²⁹ Appliqué à la bioéthique, le principlisme a été développé par T. Beauchamps et J. Childress dans leur ouvrage *Principles of biomedical ethics* publié en 1979.

⁴³⁰ Ph. Svandra, « Le soin est-il soluble dans la bientraitance ? », *op. cit.* p. 37 dans les actes du colloque, débat avec la salle.

⁴³¹ Empathie exprimée dans diverses capacités à deviner les objectifs d'un tueur en série en se mettant à sa place, récupérer les pouvoirs d'autres personnes par simple toucher, ressentir les émotions des autres, ou peuples ayant le pouvoir de deviner les pensées d'autrui (dans l'ordre des séries citées).

dont E. Husserl ou M. Merleau Ponty⁴³². Ce terme est issu de l'allemand *Einfühlung* : « le fait de sentir ses vécus propres en autrui (ou, plus généralement, en une autre chose). ». L'empathie « [...]résulte d'un redoublement réflexif de la théorie de l'esprit de l'ego donnant accès à la théorie de l'esprit de l'alter »⁴³³.

Au quotidien, dans la pratique professionnelle infirmière, nous la reconnaissons dans cette définition pragmatique et compréhensible par tous : « L'empathie est une façon de comprendre avec respect ce que les autres vivent. L'empathie véritable exige que "l'on écoute de tout son être". Dans la relation à l'autre, il n'y a de l'empathie qu'à partir du moment où nous parvenons à écarter tous préjugés et jugements à son égard. Au lieu de témoigner de l'empathie, nous avons tendance à nous laisser aller à donner des conseils ou à rassurer et à exposer notre propre opinion ou sentiment. Or, l'empathie veut que nous portions toute notre attention sur le message de l'autre, que nous accordions à l'autre le temps et l'espace dont il a besoin pour s'exprimer pleinement et se sentir compris. Ne te contente pas d'agir, "sois là". »⁴³⁴ Nous l'avons déjà dit et répété, la plupart du temps et dans de nombreux cas, c'est l'infirmière qui « est là ».

Un lieu, dans lequel l'empathie prend toute son importance dans la pratique infirmière, se situe vraisemblablement en milieu psychiatrique. Nous concevons immédiatement la difficulté à comprendre les sentiments de cet Autre et de communiquer avec lui ; de les dissocier des émotions qu'ils peuvent déclencher chez nous tout en percevant celles qu'inévitablement notre propre attitude générera chez lui. Car, et nous insistons sur ce point, l'empathie n'est pas une émotion. Elle est différente en cela de la sympathie par exemple. Cette confusion peut-être accrue avec la traduction de l'*empathie* par certains auteurs en terme de sympathie⁴³⁵. L'empathie, dont nous comprenons alors l'aspect technique s'exprime à travers différents phénomènes comme la projection, l'identification et l'altruisme. Elle s'inscrit totalement dans cette vision du soin à la fois *care* et *cure*, soin et prendre soin. « Le phénomène empathique est à l'origine de toute relation thérapeutique. L'écoute doit être empathique et bienveillante et l'attitude générale valorisante. Il

⁴³² Article complet et complexe qui détaille précisément l'empathie dans toutes ses composantes, notamment les neurones miroirs : J.-L. Petit, « empathie et intersubjectivité », art. in *Les bases neuronales de l'empathie*, Séminaire de A. Berthoz, G. Jorland éd., à par. O. Jacob, 2003.

⁴³³ *Ibid.*, p. 4.

⁴³⁴ Guide des pratiques en téléphonie sociale 115 - Aquitaine et Poitou-Charentes, Fnars, 2012, p. 14.

⁴³⁵ Dans ce document sur l'empathie, les auteurs soulignent cette ambiguïté en citant la théorie de la sympathie de M. Scheler (p. 498) : C. Boulanger, C. Lançon, « L'empathie, réflexions sur un concept », *Annales médico-psychologiques*, 164, Elsevier, 2006, pp. 497 à 505.

s'agit d'adopter une posture rassurante et douce et de privilégier l'accès au corps, par le toucher par exemple. Par conséquent, les professionnels de la santé mentale doivent comprendre les aspects relationnels et les enjeux de l'intersubjectivité, les notions de vulnérabilité et de souffrance. L'éthique relationnelle, qui a pour fondement nos relations et engagements réciproques, est notre capacité d'être attentif, réceptif et soucieux de l'autre. Elle constitue alors une condition nécessaire et une dimension essentielle pour que la rencontre ait lieu. »⁴³⁶ Les pathologies psychiatriques ne nous font-elles pas parfois représenter l'Autre comme absent de notre propre monde par incompréhension de ses pensées et de ses comportements ? Ne trouvons-nous pas alors, dans cette écoute empathique, une occasion unique de nous rendre là pour lui et de le voir là avec nous, pour reprendre cette expression citée précédemment, « sois là » ?

Cette présence, à la fois proche et distante (nous avons perçu toutes les nuances des termes employés) est objet d'étude. Au demeurant, il est amusant de constater que nous nous intéressons à la bonne distance dans le soin dans le même temps où nous réfléchissons au soin à distance⁴³⁷ sur lequel nous reviendrons ultérieurement. Paradoxe, une nouvelle fois ? L'anthropologue E. T. Hall s'est attaché à analyser la distance physique entre les individus dans une approche ethno-méthodologiste inévitable pour la définition de ce qu'il appelle la proxémie. Nous ne détaillerons pas cependant ici les caractéristiques techniques de son approche développée dans son livre *La dimension cachée*⁴³⁸. E. Courjou quant à elle, analyse le « toucher relationnel » comme vecteur de communication⁴³⁹. L'importance du toucher a été précédemment relevée.

La maladie ne choisit pas et apparaît, sous différentes formes, à tous niveaux : socioprofessionnels, socioculturels, etc. Le soin comme le prendre soin iront inévitablement au-delà des codes pré-établis de savoir-vivre, des expériences de vie de chacun, des coutumes peut-être, des barrières hiérarchiques et autres convenances.

En tant qu'infirmière, j'ai donc eu à prendre en charge des patients de niveaux socioculturels notamment très différents.

Cet homme de plus de trente ans, m'avait dit un jour en parlant de lui : « 35 ans de vie, 17 ans de taule... mais je n'ai jamais tué, Mme Marie-Anne ». Il était

⁴³⁶ *Id.*, p. 502.

⁴³⁷ Soit la e-santé qui s'invite de plus en plus fréquemment dans tous les colloques sur la santé.

⁴³⁸ E. T. Hall, A. Petita, F. Choay, *La dimension cachée*, Paris, Seuil, 1978.

⁴³⁹ E. Courjou, *Comprendre et pratiquer le toucher relationnel*, Paris, InterEditions, 2007.

dans un état d'extrême fatigue due aux traitements, à de la fièvre..., à tel point qu'il lui était impossible de garder la position debout sans se tenir à quelque chose. Il n'arrivait pas à uriner en position allongée. Je lui proposais mon aide pour se lever et s'appuyer contre le lit, mais sa faiblesse l'obligeait encore à se cramponner des deux mains sur le bord du lit. La seule alternative aurait été le sondage vésical⁴⁴⁰. J'optais alors pour la solution de tenir moi-même l'urinal et il put se soulager. En se recouchant, ce patient avait les larmes aux yeux et me raconta de douloureuses expériences carcérales où il s'était retrouvé à uriner sur lui.

Tel autre était avocat, certainement renommé dans le monde juridique. Il lui avait fallu néanmoins accepter toutes les contraintes du service, et elles sont nombreuses ; renoncer à toute marque extérieure distinctive⁴⁴¹... une sorte de dépouillement me confia-t-il un jour. Nos échanges étaient cordiaux, avec un goût commun pour l'humour, en dehors des informations purement professionnelles que j'avais à apporter. Comme le font souvent les patients vis-à-vis de leurs infirmières, il m'appelait par mon prénom⁴⁴². Il eut un jour une visite d'un ami proche (proximité visible à l'attitude du patient et du visiteur : fauteuil rapproché contre le lit, mains tenues, nombreux souvenirs communs évoqués en ma présence...). Cet ami me demandant des nouvelles de « mon » patient, je lui répondais sur des généralités qui aux yeux du malade cependant devaient encore être trop précises puisqu'il m'interrompit en me demandant de lui amener quelque chose mais en précédant sa demande d'un « *Madame* » inusité jusqu'alors et jamais renouvelé ensuite. Je diluais donc encore un peu plus les informations. Les traitements en hématologie sont difficiles à supporter, isolement, désocialisation, altération de l'image corporelle, fatigue, vomissements, diarrhées, fièvre, autant d'effritement de soi avec la peur de ne pas pouvoir redevenir ce que l'on était avant : représentations encore une fois, mais vécu évidemment difficile. Je pris sa main un jour de trop d'angoisse et de douleur, il serra la mienne et ce geste fut renouvelé autant de fois que nécessaire.

Quelle est la limite entre la sollicitude, la familiarité, l'humour et l'insolence ?
Qui peut savoir ce que nous voulons partager avec autrui ou, a contrario, garder pour

⁴⁴⁰ Mais il faut savoir qu'un sondage vésical n'est pas anodin à cause des risques infectieux, traumatiques, surtout chez des patients immunodéprimés. Chez un homme de surcroît, ils sont augmentés au vu de la longueur de l'urètre. Le premier sondage vésical masculin est d'ailleurs un acte médical strict. Seuls les sondages suivants pourront être délégués.

⁴⁴¹ Les pyjamas hospitaliers n'ont aucune fantaisie, les produits de toilette personnels sont interdits pour éviter les risques allergiques, etc. Les bijoux sont retirés même si les hommes sont peu concernés, il y a parfois la présence de piercings. Pour les patientes de confession musulmane, un foulard peut être admis à la condition expresse d'être changé très fréquemment et souvent il lui est préféré la même charlotte que celle portée par le personnel hospitalier.

⁴⁴² Notons à ce propos une différence entre médecins et infirmiers(ères) : aux premiers les malades s'adresseront toujours en termes de « docteur », les second(e)s sont très fréquemment appelé(e)s par leurs prénoms. Est-ce l'autorité naturelle du médecin, la proximité de l'infirmière qui génère cette différence ? N'est-ce pas aussi parce que le médecin sera probablement revu en consultation ultérieurement, alors que l'infirmier(ère) sera la plupart du temps oublié(e) comme pour oublier la dépendance ou la faiblesse d'un moment ?

nous ? Nous constatons, dans ces références, un moyen supplémentaire de mettre en évidence la difficulté de la position de l'infirmier, le piège de cet équilibre entre respect et sollicitude, et celui de cette proximité à bonne distance que nous avons pourtant abordé auparavant en lui donnant même le nom dans certains soins, et nous le constatons encore dans un de ces exemples, d'intimité...

Notre expérience personnelle ne nous permet pas de le faire, mais nous pourrions aussi mentionner certainement la difficile distance à trouver avec les enfants ou adolescents, que ce soit en milieu hospitalier ou non. Et nous pouvons admettre aisément une plus grande difficulté encore pour le soignant en milieu carcéral où le soin se conjugue à une peine coercitive : un nouvelle fois, quelle sera la place de l'empathie, de la sollicitude, et celle du soignant⁴⁴³ ?

5) La hiérarchie professionnelle : un exemple des enjeux du soin

« Je préciserai également que le mot « soignant » dépasse largement le statut d'un professionnel mais désigne une intention. Il ne suffit pas d'être médecin, infirmière, kinésithérapeute, sage-femme... pour être soignants ; encore faut-il que l'action quotidienne soit marquée par l'intention de prendre soin des personnes et pas seulement de leur faire des soins. » W. Hesbeen⁴⁴⁴

La hiérarchie infirmière est une particularité de l'exercice hospitalier qu'il soit public ou privé. Les infirmiers exerçant en libéral n'y sont pas soumis. Dans les autres structures (scolaires ou entreprises) ils sont intégrés au service de santé sans qu'il y ait de hiérarchie spécifique pour les encadrer : le plus souvent, l'encadrement est médical, ou quelques fois est effectué par le directeur de l'établissement.

Elle est un vestige du passé religieux de la profession et les cadres supérieurs une émanation des mères supérieures d'autrefois alors que, nous le rappelons, l'existence des cadres de santé a été officialisée en 1995, bien après la laïcisation de la profession.

⁴⁴³ S. Berrebi, « Prison : les soignants en danger ne supportent plus d'exercer. », article sur le site d'actualités médicales en ligne *Egora.fr*, 2 mai 2012. Url. : <http://www.egora.fr>
Les professionnels de santé (psychiatres, psychologues et infirmiers) de la prison de Sequedin (dans le Nord) ont exercé leur droit de retrait le 16 avril 2012 parce que leur sécurité n'était plus assurée. Les infirmiers notamment étaient régulièrement en danger lorsqu'ils délivraient les traitements (en particulier la méthadone, traitement de substitution de substances illicites) aux détenus : délivrance qui se fait sous la protection de gardes.

⁴⁴⁴ W. Hesbeen, « Le *caring* est-il prendre soin ? », op. cit., p. 8.

Nous l'avons préalablement souligné, d'après le président de la FNI⁴⁴⁵, elle serait un motif du choix d'exercice en libéral au détriment de celui en institutions de santé, car vécue comme contrainte. A l'opposé, les cadres de santé affirment que la demande d'un rôle d'expertise en soins infirmiers proviendrait des infirmiers eux-mêmes. Il est probable que nous trouvions ces deux représentations dans les fiches éditées par le répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière concernant notamment les « cadre soignant de pôle » et les « cadre responsable d'unité de soin »⁴⁴⁶ : nous y constatons en effet à la fois une référence au soin et une autre au management.

Deux exemples illustrent, me semble-t-il, cette contradiction exprimée dans les ressentis de chacun. Ces deux dernières années ont été marquées, dans les structures hospitalières, par la formation de tuteurs nécessaires à l'encadrement des étudiants en soins infirmiers selon les nouvelles modalités. Un cadre de service avait été nommé dans cet hôpital pour étudier les pratiques professionnelles infirmières et s'assurer de leur uniformisation lorsque cela était possible : nous retrouvons bien les deux composantes, à la fois managériale et d'expertise en soins. Ce jour-là, ce cadre se présentait dans un service de haute technicité pour évaluer auprès des infirmières la pose d'une perfusion, en l'occurrence, un antibiotique. L'infirmière alla dans la chambre avec le cadre, procéda à la pose du médicament prescrit en respectant aseptie et consignes de sécurité (vérification de la molécule, du nom du patient, calcul de dose, de débit, etc.). Elle fut étonnée ensuite de se faire reprocher par ce cadre (ancien infirmier du service) de ne pas avoir vérifié le reflux sanguin avant l'administration du produit.

Précisons le contexte : patient perfusé sur voie veineuse centrale (KT), avec un sérum glucosé à 5 % de 500 ml et une alimentation parentérale, les deux solutions passant sous contrôle d'une pompe volumétrique. En même temps que l'hydratation et l'alimentation parentérale, trois autres produits étaient administrés au moyen de pousse seringue électriques. Ce patient était, sous traitement antibiotique intra veineux, bithérapie trois fois par jour, antiviral dans les mêmes conditions, antifongique en administration unique. Dans ce service, les malades ont un prélèvement sanguin tous les jours sur le KT, et éventuellement des hémocultures⁴⁴⁷ (sur KT et en périphérique⁴⁴⁸) s'ils sont fébriles. Toutes ces conditions étaient connues par l'évaluateur.

⁴⁴⁵ Fédération nationale des infirmiers. Propos tenus dans l'émission *Quartier général* déjà citée p. 78.

⁴⁴⁶ Respectivement sur les liens internet suivants :

<http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/pdf/metier.php?idmet=26>

<http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/pdf/metier.php?idmet=27>

⁴⁴⁷ Prélèvements sanguins dans des flacons spécifiques à la recherche de germes aérobie ou anaérobie.

⁴⁴⁸ Dans une veine du bras.

Techniquement, et dans l'idéal de la réalisation pratique d'un soin unique, en cas d'école, il faut effectivement vérifier systématiquement le reflux sanguin avant l'administration intraveineuse de tout produit.

Dans la pratique de ce service en particulier, cette précaution n'est pas appliquée, sauf à faire courir au patient des risques infectieux et la mauvaise administration d'une partie de ses traitements.

Deux moyens peuvent permettre de vérifier un reflux sanguin sur une voie veineuse : à l'aide d'une seringue par une légère aspiration, ou en mettant la poche de perfusion en déclive par rapport au malade. La déclivité, dans notre cas, est peu facilement réalisable car il faudrait arrêter à chaque fois les deux perfusions principales et les trois pousser seringue (sans cet arrêt, le reflux sera impossible à obtenir) : cela veut dire au moins une dizaine d'arrêts par jour, sans compter l'administration d'autres traitements (antipyrétiques⁴⁴⁹ notamment) éventuellement nécessités par l'état du patient. Le deuxième moyen est d'aspirer à l'aide d'une seringue, c'est à dire ouvrir la voie d'accès au KT la plus proche de la personne et risquer ainsi d'apporter un germe dans les nombreuses manipulations exécutées. Mais surtout, nous parlons d'un patient perfusé avec un cathéter central⁴⁵⁰, prélevé tous les jours et parfois plusieurs fois par jour, dont le pansement est refait tous les quatre jours avec vérification de la longueur extériorisée. Il n'y a pas de risque nul, nous le savons bien, mais quel est le poids de ce risque par rapport à ceux infectieux et celui de retard dans les traitements ou de leur administration incomplète ? L'infirmière était désemparée par cette remarque qui remettait en cause ses compétences, émise devant la personne alitée⁴⁵¹.

Mais nous pourrions citer aussi l'exemple de cette surveillante générale⁴⁵² passant dans le service, qui écouta avec attention mon embarras et celui de ma collègue pour la réalisation d'une toilette chez un jeune patient qui avait une toxidermie si importante que la peau se détachait par endroit : le contact de l'eau stérile lui provoquait des brûlures intolérables. Elle nous fit la remarque immédiate de l'hypotonie de l'eau seule qui générerait cette sensation de brûlure et nous enjoignit d'utiliser une solution de bicarbonate (basique) par exemple sur ces parties du corps extrêmement fragiles et sensibles. Le soin pouvait alors devenir tolérable.

La narration de cet exemple est sans doute plus courte, elle est bien loin d'être moins importante.

⁴⁴⁹ Traitements pour faire baisser la fièvre.

⁴⁵⁰ Le KT a cet avantage sur le PAC qu'il ne peut pas y avoir de désadaptation invisible (rappelons que le PAC est un dispositif sous cutané).

⁴⁵¹ Autre précision nécessaire, pour l'administration des chimiothérapies, la recherche du reflux est systématique, de même que pour celle de certaines molécules néocrosantes, ou des produits d'origine humaine (transfusions, etc.). Cette procédure est à ce moment-là respectée, mais nous notons que ces traitements sont d'administration ponctuelle.

⁴⁵² Cette terminologie existait encore à l'époque.

Ces deux exemples choisis mettent en évidence la distinction entre un encadrement formatif, dans lequel des règles strictes doivent être apprises pour une pratique rigoureuse de la profession d'infirmier. Mais ils montrent aussi l'importance de cette réflexion que nous avons développée par ailleurs et ces qualités d'adaptation nécessaire à la réalisation des soins infirmiers.

La spécialisation de cadre de santé semble dénoter d'un certain flou même si nous pouvons détacher clairement des capacités d'organisation et de coordination des soins, de surveillance de leur qualité et de leur efficacité. Les domaines d'activité des cadres s'étendent au niveau institutionnel, matériel et dans la gestion du personnel. Mais nous notons que la formation qui prépare à la fonction de cadre de santé en milieu hospitalier est identique à celle d'enseignant en IFSI. Il nous semble cependant que les deux activités sont très sensiblement différentes et nous avons montré combien une théorie éducative est parfois bien éloignée d'une pratique de terrain. Pourtant, l'une comme l'autre sont indispensables à la maîtrise du métier.

Sur le site web [infirmier.com](http://www.infirmier.com)⁴⁵³ nous trouvons aussi bien des considérations sur la nécessité et l'apport des cadres de santé que sur le besoin d'autonomie des équipes pour renforcer leur cohésion. Plusieurs témoignages recueillis sur le terrain pourraient ainsi attester de l'indispensable utilité des cadres de santé dans l'épanouissement professionnel des infirmiers hospitaliers dans leurs services... que de son contraire ! Ces exemples n'apporteraient rien à notre étude, hormis la démonstration une nouvelle fois d'un désordre d'attentes et des ressentis contradictoires.

Néanmoins, à ceux qui pensent que les cadres de santé ignorent fréquemment les difficultés des équipes soignantes et ne sont pas conscients des problèmes de sécurité dans la réalisation des soins, nous pouvons opposer ces chiffres diffusés par l'ONI⁴⁵⁴ au mois d'avril 2012⁴⁵⁵ : 41 % des salariés du secteur privé, mais aussi 51 % des salariés du secteur public estiment ne pas pouvoir assurer une sécurité des soins optimale à leurs patients au regard des conditions d'exercice. Ces données sont bien confirmées par les cadres de santé et directeurs des soins qui, à 43 % pour les

⁴⁵³ <http://www.infirmiers.com/votre-carriere/cadre/la-place-et-le-role-du-cadre-de-sante-dans-lunite-de-soins.html>

⁴⁵⁴ Ordre National des Infirmiers.

⁴⁵⁵ « Les infirmières alertent les pouvoirs publics et les candidats à l'élection présidentielle sur la qualité et la sécurité des soins à l'hôpital », enquête réalisée par l'Ordre National des Infirmiers, 11 avril 2012. <http://www.ordre-infirmiers.fr/actualites/articles/les-infirmiers-alertent-les-pouvoirs-publics-et-les-candidats-a-lelection-presidentielle-sur-la-qualite-et-la-securite-des-soins-a-lhopital.html>

premiers, et 40 % pour les seconds, dénoncent eux aussi cette insécurité. Nous relevons une nouvelle différence avec l'exercice libéral qui n'exprime cette difficulté qu'à 18 %. Il est vrai que l'infirmier libéral gère seul son planning, en fonction d'une clientèle dont il choisit le volume. Il est seul décideur de sa propre rentabilité et maître de son emploi du temps. L'infirmière hospitalière se verra imposer planning, horaires et jours de travail et de repos. Ses dates de congés annuels seront parfois modifiées pour des contraintes de service. Cette pression supplémentaire, imputée inévitablement aux cadres, viendra s'ajouter aux astreintes d'un travail en équipe et au stress de la prise en charge des patients dans des conditions parfois très difficiles (dont le sous-effectif), mises en évidence dans cette enquête de l'ONI.

H. Arendt évoque ainsi le poids de la hiérarchie, de l'autorité et du pouvoir dans son œuvre la *Condition de l'homme moderne*⁴⁵⁶. Nous pourrions alors parler de ces formations managériales proposées fréquemment aux cadres de santé pour améliorer, si cela s'avère nécessaire, leurs relations avec leurs équipes : analyse transactionnelle selon E. Berne et autre programmation neuro linguistique⁴⁵⁷. Elles ne remplaceront pas une écoute empathique, telle que nous l'avons décrite par exemple dans la relation de soin. Cependant, nous ne nous attarderons pas plus sur cette spécialisation : le cadre de santé n'est pas obligatoirement infirmier d'origine⁴⁵⁸ mais peut provenir des filières médico-techniques ou de rééducation.

Dans notre problématique de l'évolution, voire mutation de la profession infirmière et du soin infirmier, notre attention a été retenue par la hiérarchie suprême dans le soin, identifiable dans le titre de Directeur des soins. Nous avons auparavant précisé combien avait été utile cette séparation en deux hiérarchies distinctes, une médicale et une seconde paramédicale pour permettre aux infirmiers notamment une plus grande autonomie dans la réalisation de leurs actes et la reconnaissance de leur rôle propre, détaché de la seule autorité médicale. Nous avons découvert avec étonnement que cette séparation ne s'est pas accomplie dans un climat de pleine sérénité, principalement à cause de ce titre de « directeur des soins ».

⁴⁵⁶ H. Arendt, *Condition De L'homme Moderne*, Paris, Calmann-Lévy, 1961.

⁴⁵⁷ PNL, élaborée par R. Bandler et J. Grinder dans les années 1970, aux États-Unis.

⁴⁵⁸ Même si cela est le cas la plupart du temps.

Ce statut a été établi en avril 2002 par décret⁴⁵⁹, en remplacement de celui d'infirmier général. Les fonctions de directeur des soins sont définies précisément dans les articles 3, 4 et 5 du présent décret. Pour les résumer, nous reprenons la définition de la fiche métier, « *Concevoir la politique de soins, en piloter la mise en œuvre et en évaluer les résultats.* ». Les articles du décret cités permettent cependant de mieux prendre conscience, plus précisément et plus concrètement, de l'étendue des compétences demandées par ce poste et les missions qui lui sont dévolues. Nous insistons notamment sur la couverture des trois filières précisées dans l'article 3 : prise en charge « *1° De la coordination générale des activités de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ou de la direction des activités de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ou de la direction de l'une ou plusieurs de ces activités ; [...]* ».

Ce texte est certainement une étape importante dans la valorisation du soin, en attendant celle de la profession d'infirmier. Il peut à lui seul justifier le terme de mutation utilisé dans notre titre et pourrait être le point de départ de cette reconnaissance professionnelle infirmière tellement désirée.

Ce soin, dont nous avons compris le caractère parfois imperceptible, ce soin fait de petites choses autant que d'actes hautement techniques, de relations spontanées ou stratégiquement réfléchies... ce soin, dont l'infirmier est un des acteurs, trouve sa valorisation par la création d'un poste au plus haut niveau de la hiérarchie professionnelle hospitalière⁴⁶⁰ pour veiller à sa coordination et à son organisation. Est-ce la raison pour laquelle ce décret a provoqué une levée de boucliers de la part des médecins et des pharmaciens à sa parution ? Il a en effet été attaqué en nullité devant le Conseil d'Etat par cinq syndicats de praticiens, le Conseil national de l'Ordre des médecins et le Conseil national de l'Ordre des pharmaciens. G. Devers, avocat au barreau de Lyon, consacre un article à l'arrêt du Conseil d'Etat du 5 avril 2004 qui conforte « *la place du directeur des soins dans la structure*

⁴⁵⁹ Décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant *statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière*. Il est appliqué dans une forme identique dans un grand nombre d'établissement privés. Texte accessible sur le web :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000413623&dateTexte=vig>

Nous trouvons aussi la fiche métier au répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière :

<http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/pdf/metier.php?idmet=29>

De même, nous pouvons nous référer au site de l'Association Française des Directeurs de soins. Url. :

<http://www.directeurdesoins-afds.com/>

⁴⁶⁰ Puisque le directeur des soins est un membre de la direction générale et entre dans le directoire créé par la loi HPST.

*hospitalière en lui reconnaissant autant de droits et devoirs ».*⁴⁶¹ Le soin donne enfin droit à un titre positionné au plus haut d'une hiérarchie et nous avons déjà longuement écrit sur la valeur des représentations sociales. L'auteur met ainsi en évidence, et c'est un fait nouveau, cette lutte âpre autour du mot « soin » et dans son sillage, du mot « paramédical » : *« Les mots "soins" et "paramédical" sont devenus, à eux seuls, des enjeux. A l'évidence, les médecins s'intéressent à la pratique des soins et peuvent se sentir heurtés par un décret, lu ou analysé trop rapidement, qui leur a donné le sentiment de soumettre leur intervention à une tutelle du directeur des soins. Sur un autre plan, est parfaitement légitime le point de vue des autres professions de santé, qui ne sont pas des médecins, et qui refusent de se retrouver, sous le vocable de paramédical, presque médecins, comme s'il s'agissait d'une profession par défaut, comme si la seule chose qui les réunissait était de ne pas être médecin. »*⁴⁶² Il relève l'obsolescence de cette séparation⁴⁶³ médical/paramédical mais l'impérative nécessité d'une identification professionnelle. Nous réalisons, grâce à son analyse, l'intérêt de reconnaître aux soignants, dont le personnel infirmier, cette expertise du soin, vision positive plutôt qu'une « qualification par défaut »⁴⁶⁴.

Une nouvelle fois, nous notons ce besoin d'identité, de reconnaissance - mais l'un peut-il aller sans l'autre (?) - que le nouveau diplôme d'infirmier, exprimé en formulation ambiguë et bâtarde de grade de licence, ne permet pas totalement d'obtenir. L'ordre émergera-t-il enfin du désordre ?

Nous pouvons le penser en relevant, sous la plume du juriste, cette description précise et juste, nous semble-t-il, de ce que devrait être le soin : *« D'une manière générale, au sein de l'activité soignante largement entendue, doit être organisée une collaboration intelligente entre l'activité médicale, caractérisée par la pose d'un diagnostic et une action thérapeutique, et l'activité soignante, qui concilie la mise en œuvre de la prescription médicale, la maîtrise des soins tels que définis par les textes, et l'attention relationnelle. »*⁴⁶⁵ En milieu hospitalier, l'attribution du titre de directeur des soins, imposée certainement par le développement et l'étendue des compétences infirmières notamment, pourrait être l'extrémité de ce fil ténu qui, tel

⁴⁶¹ G. Devers, « Directeur des soins, autant de droits que de devoirs », *Droit, déontologie et soin*, vol. 4, n° 2, juin 2004, p. 245. Cet arrêt de 2004 fait jurisprudence.

⁴⁶² *Id.*, p. 254.

⁴⁶³ Propos déjà tenus précédemment par W. Hesbeen.

⁴⁶⁴ G. Devers, « Directeur des soins, autant de droits que de devoirs », p. 255.

⁴⁶⁵ *Id.*, p. 249.

un fil d'Ariane, conduirait la profession infirmière vers cette reconnaissance légitimée par un diplôme universitaire ou hospitalo-universitaire qui permettrait des spécialisations en master devenues elles aussi indispensables, nous allons le développer. Nous obtiendrions alors un ordonnancement de ces connaissances et compétences qui, au vu de l'évolution de la médecine, ne peuvent plus se contenter d'être générales, mais ne peuvent pas non plus être un empilage de nouveaux savoirs ajoutés les uns aux autres.

Nous avons mis en évidence cette évolution relationnelle du soin et dans le soin, allant de la simple charité chrétienne des origines (pour ce qui n'était pas encore une profession) à une relation plus codifiée aujourd'hui, parfois même protocolisée. Nous nous inquiétons à juste titre de savoir si elle n'a pas perdu en humanité... mais l'Humanité elle aussi a changé. Ce cheminement a été celui notamment de la condition féminine et des rapports hommes femmes, plus récemment des relations médecins/infirmiers, il est aussi celui de toute une société. Les attentes d'hier sont devenues des exigences aujourd'hui et les incidents du mois d'avril 2012 à l'hôpital de Grenoble⁴⁶⁶ n'en sont qu'une triste illustration. Nous rappelons ainsi qu'un Observatoire National des Violences en milieu de Santé a été créé en 2005⁴⁶⁷ au vu de la recrudescence des actes de violence en milieu hospitalier. De telles agressions aurait-elles été envisageables au XIX^e siècle et même au début du XX^e ?

Notre argumentation a pris longuement en compte cette prise en charge relationnelle des personnes quel que soit leur état de santé, dans une grande majorité de ces composantes. Cette étude n'est évidemment pas exhaustive, il serait illusoire d'y prétendre tant les relations humaines sont complexes... et changeantes ! Il s'agissait là de l'approche la plus accessible à tous, car elle nous concerne tous à des degrés divers, avec une plus ou moins grande proximité. Nous en avons dégagé néanmoins la part technique relationnelle d'apparition plus récente.

⁴⁶⁶ Plusieurs membres de l'équipe soignante des urgences de l'hôpital de Grenoble (dont un médecin blessé grièvement) ont été agressés le 29 avril 2012 par un groupe de personnes vraisemblablement d'une même famille. Ils étaient mécontents des conditions d'hospitalisation d'un des membres de la famille dans une chambre sans fenêtre.

⁴⁶⁷ Circulaire n° DHOS/P1/2005/327 du 11 juillet 2005 relative au *recensement des actes de violence dans les établissements mentionnés à l'article 2 du titre IV du statut général de la fonction publique*. Texte accessible sur le web : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/circ327_110705.pdf
Le journal télévisé de 20h sur France 2 annonçait, le 11 mai 2012, une augmentation des violences envers les personnels dans les hôpitaux de 13 % en France et de 26 % en région parisienne.

Nous espérons que cette démarche humaniste ne fasse pas oublier l'importance de la nouvelle technicité médicale et infirmière, car c'est bien grâce à celle-ci, en grande partie, que se prolonge un peu plus chaque jour notre vie et que de nouvelles vies tous les jours sont préservées. Nous l'avons soulignée par l'évolution des matériels, l'apparition de nouvelles thérapeutiques et techniques, etc., mais nous nous y sommes moins attardé. Dans un développement écrit de ces soins techniques, nous nous serions enfermés dans un langage scientifique, parfois jargonnesque, privilégiant l'intérêt de quelques-uns alors que ce mémoire souhaiterait participer à l'édification de cette identité professionnelle indispensable à l'évolution du métier, nous l'avons illustré.

Cependant, afin de rendre ces propos plus concrets, posons-nous quelques questions qui mettent en évidence l'importance de la technique, de l'attention que doit y porter l'infirmière, des compétences qui lui sont nécessaires, et de sa responsabilité. Nous avons rapidement évoqué les conséquences possiblement létales d'une erreur transfusionnelle ou de celle dans l'administration d'une chimiothérapie. Si vous pensez que ces actes sont extrêmement ciblés et ne concernent qu'un nombre minimum de personnes, n'oubliez pas que selon le rapport de l'INCa⁴⁶⁸ en 2011, l'incidence du cancer en France augmente même si la mortalité diminue⁴⁶⁹. Les chimiothérapies ne sont plus seulement administrées par les infirmiers hospitaliers, mais bien aussi en exercice libéral où l'erreur peut être tout aussi fatale.

Quelles pourraient être encore les conséquences d'une erreur dans l'administration d'un traitement anticoagulant, d'un traitement antalgique à base de morphiniques, ou d'un autre à base d'insuline ? Ne pratiquons pas la langue de bois, et posons-nous la question en termes volontairement crus : une telle erreur pourrait-elle tuer ? Et la réponse est oui. Vous me rétorquerez que ce sont toujours des traitements spécifiques... En effet, mais leur usage est largement développé aussi bien en libéral qu'en milieu hospitalier. Mais essayons d'être un peu moins spécialisée : un oubli par l'infirmière, de purger la tubulure de n'importe quelle perfusion dans n'importe quel service de n'importe quel établissement de santé et

⁴⁶⁸ Institut National du Cancer.

⁴⁶⁹ ©*La situation du cancer en France en 2011*, Collection Rapports & synthèses, ouvrage collectif édité par l'INCa, Boulogne-Billancourt, octobre 2011, p. 19. Ce document est téléchargeable sur le site : www.e-cancer.fr. L'augmentation n'est constatée qu'en prenant tous les cancers confondus sachant qu'il y a de fortes disparités selon les localisations des tumeurs, pour certaines l'incidence augmentant alors qu'elle diminue pour d'autres.

même à domicile, pourrait-il provoquer la mort ? La réponse est encore oui. Que dire d'une erreur dans la préparation d'une perfusion avec du chlorure de potassium, ou dans la préparation d'une seringue pour l'administration en PSE⁴⁷⁰ de ce même électrolyte d'usage quotidien dans un grand nombre de service hospitaliers ? Son surdosage pourrait-il faire mourir ? Et nous répondrons toujours : oui.

Oui, un grand nombre d'actes infirmiers peuvent malheureusement provoquer le décès d'un patients si une erreur est commise dans leur exécution. Oui, ils peuvent avoir des conséquences graves, compromettre le résultat d'un traitement, d'une intervention chirurgicale lorsqu'il s'agit de pansements. Oui des erreurs d'asepsie peuvent être la cause d'infections graves parfois mortelles, et ce terrible mot barbare a une résonance pourtant familière aux oreilles du grand public : nosocomiales. Cette énumération n'est malheureusement pas non plus exhaustive.

Remettons alors tous ces actes dans un contexte d'urgence, de pression d'effectifs, d'exigences de rendement et de celle concomitante d'attention à la personne soignée avec cette empathie indispensable, de dérangements liés à une activité de service hospitalier (téléphone, rendez-vous, demandes du médecin, prise en charge des familles, etc.), de soins d'hygiène, d'aide aux repas toujours présente, éventuellement d'aide à la mobilisation des patients... nous comprenons mieux la difficulté à l'exercice de cette profession.

Cette difficulté peut-elle expliquer d'ailleurs ces dérives professionnelles de gestes irréparables commis volontairement et non par erreur ? Elles fournissent aux journaux leurs grands titres souvent racoleurs⁴⁷¹ ? La transgression du respect de la vie, qu'elle soit médicale ou infirmière, est-elle exécutée en soulagement d'une souffrance de malade ou en manifestation de celle du soignant ? Nous ne répondrons pas à ces questions polémiques tant la complexité des cas dépasse largement le contenu de ces articles ravageurs.

OUI, l'infirmière doit être exigeante avec elle-même, être responsable, réfléchie, faire preuve de qualités d'adaptation, d'aptitudes de communication.

OUI, elle doit avoir l'exigence de compétences à la fois techniques, relationnelles et éthiques de laquelle nous avons ôtée la bonté connotée, remplacée par de la sollicitude ou de la gentillesse.

⁴⁷⁰ Pousse seringue électrique.

⁴⁷¹ Un des exemples les plus médiatisés a été celui de Christine Malèvre condamnée en 2003 pour avoir mis fin aux jours d'au moins six patients de 1997 à 1998.

Et c'est très certainement au nom de l'exigence qu'elle revendique une reconnaissance identitaire, en signalant cette impossibilité humaine de pouvoir assumer l'accumulation de soins liée aux évolutions de la société, du système de santé, de la médecine et de la pratique du métier.

Les infirmières ne sont pas des héroïnes au quotidien⁴⁷² : simplement hommes ou femmes qui exercent au mieux pour la plupart une profession parfois (souvent ?) pénible, mais riche, et dense et à responsabilité, ce que la société a peut-être souhaité ignorer. L'infirmier est un des acteurs du système de santé et doit veiller dans la mesure de ses compétences à sa pérennité. En réponse, celui-ci ne doit-il pas être attentif à ce malaise identitaire, cette multiplication de compétences en constante augmentation sans que les précédentes soient réévaluées, ces interrogations sur un avenir dans lequel toutefois la reconnaissance du soin (par le biais de la création du titre de directeur des soins) pouvait laisser espérer. A contrario, nous notons dans ce document de travail de l'Irdes⁴⁷³, l'absence de la profession d'infirmier, alors qu'il est consacré à « La qualité des soins en France »⁴⁷⁴.

Quelles sont donc les difficultés des organismes de tutelles, des ministères de la santé successifs, et de ceux de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche pour reconnaître à l'infirmier un statut propre au sein des professions de santé, en l'affranchissant enfin de toute ambiguïté ?

⁴⁷² Pour reprendre le titre de ce reportage télévisé déjà cité : « Les infirmières héroïnes du quotidien », *Quartier Général*, *op. cit.* Les infirmières avaient aussi arboré un slogan lors des premières manifestations de 1988 : « Ni nonnes, ni bonnes, ni connes », qui suivait, en quelque sorte l'évolution historique de la profession.

⁴⁷³ Institut de recherche et documentation en économie de la Santé.

⁴⁷⁴ Z. Or, L. Com-Ruelle, « La qualité des soins en France : comment la mesurer pour l'améliorer », DT n° 18, Irdes, décembre 2008. Url. : <http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/DocumentsDeTravail/DT19QualiteDesSoinsEnFrance.pdf>

V ET MAINTENANT... QUEL AVENIR

« Face à ces mutations, sans doute convient-il d'inventer d'inimaginables nouveautés, hors les cadres désuets qui formatent encore nos conduites et nos projets. Nos institutions luisent d'un éclat qui ressemble, aujourd'hui, à celui des constellations dont l'astrophysique nous apprend jadis qu'elles étaient mortes déjà depuis longtemps. » M. Serres⁴⁷⁵

Ce discours poétique dédié à l'éducation peut tout à fait s'appliquer à la profession d'infirmier. Nous avons en effet montré l'importance de la formation dans la pratique infirmière. Nous avons des pistes et des recommandations émises par des organismes internationaux⁴⁷⁶, OMS, OCDE, CII et même Unesco⁴⁷⁷. Elles sont visibles dans ce document du SIDIIEF⁴⁷⁸, et l'« universitarisation » de la formation à la profession est très certainement plus crédible en étant préconisée par ces prestigieuses institutions, que par une infirmière, à la fois juge et partie, dont nous pouvons mettre en cause l'impartialité.

Le mémoire du SIDIIEF souligne ainsi les enjeux de santé dans le monde, et si tous ne peuvent pas être retenus dans un pays dit développé comme la France, celle-ci ne peut pourtant pas se permettre de les ignorer tous : accès aux soins et coûts du système de santé, amélioration de la santé maternelle et infantile, lutte contre le paludisme, le VIH, la tuberculose et d'autres maladies transmissibles, la gestion des maladies chroniques, les questions éthiques, le vieillissement de la population.⁴⁷⁹ Ce dossier notamment souligne que « *L'expertise de l'infirmière sauve des vies et prévient bon nombre d'événements indésirables. Prenant appui sur des résultats probants selon lesquels les taux de mortalité diminuent significativement avec l'augmentation du nombre d'infirmières bachelières, l'accès à la formation universitaire devrait être soutenu, notamment pour des raisons de sécurité des*

⁴⁷⁵ M. Serres : « Petite Poucette », *op. cit.*

⁴⁷⁶ SIDIIEF, mémoire, *La formation universitaire des infirmières et infirmiers : une réponse aux défis des systèmes de santé*, 26 mai 2011. Document accessible sur internet : http://www.sidiief.org/Accueil/3_0_APropos/~media/Files/7_0_Publications/7_1_PublicationsSIDIEF/7_1_1_Profil_Formation/MemoireFormation2011_F.ashx

⁴⁷⁷ Respectivement Organisation mondiale de la Santé, Organisation de coopération et de développement économiques, Conseil international des infirmières, United Nations Educational Scientific and Cultural Organization.

⁴⁷⁸ Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone.

⁴⁷⁹ SIDIIEF, mémoire, *La formation universitaire des infirmières et infirmiers : une réponse aux défis des systèmes de santé*, *op. cit.*, p. VI du document au format pdf.

patients. »⁴⁸⁰ Nous pourrions presque opposer ces propos à ceux de la communication faite lors de la campagne nationale de valorisation des métiers de la santé⁴⁸¹, ou prétendue telle : « *l'infirmier surveille l'état de santé des patients et coordonne les soins pendant leur hospitalisation et lors de leur sortie. Il agit, soit à son initiative, soit selon les prescriptions du médecin : entretiens avec le patient et sa famille, éducation thérapeutique, préparation et distribution de médicaments, soins de nature technique (pansements, prélèvements, prise de tension, injections, etc.).* » Comment prendre conscience de l'importance prépondérante du rôle infirmier dans la santé, avec cette représentation simplifiée à l'extrême où l'acte infirmier le plus à responsabilité serait celui de « piqueuse » ! Ne serait-ce pas oublier que les infirmières sont parfois les garde-fous des prescriptions médicales, notamment en milieu hospitalier lors du changement tous les six mois des internes de service, et que leur expérience, à ce moment précis, est un apport précieux souvent reconnu par les médecins eux-mêmes ? Cette campagne omet de parler aussi du rôle de l'infirmier libéral, ce qui est regrettable alors que, « *Reflétant la situation de plusieurs pays, on estime qu'en 2020, 75 % des infirmières devraient œuvrer dans la communauté, alors que la situation était inverse en 2000, trois infirmières sur quatre travaillaient en milieu hospitalier.* »⁴⁸² Nous sommes bien loin de la seule désaffectation de l'exercice hospitalier explicable par un refus de la hiérarchie, mais au contraire devant un choix libre et nécessité par des impératifs de santé. « *Dans ce contexte, le redéploiement des compétences des infirmières et infirmiers pose un défi sans précédent* »⁴⁸³. Cette campagne semble totalement l'ignorer. Il nous reste à nous demander si la nouvelle gouvernance saura le relever. Ne sont pas prises en compte dans cette communication aussi, les activités soignantes dans les autres structures que nous avons détaillées dans le corps de ce mémoire.

⁴⁸⁰ *Ibid.*, p. 29. Le document auquel il est fait référence dans cet extrait est le suivant : L.H. Aiken, S.P. Clarke, R.B. Cheung, D.M. Sloane, « Educational levels of hospital nurses and surgical patient mortality », *JAMA*, 290, 1617 - 1623, 2003. Quant au terme de « bachelière » utilisé dans ce mémoire international, il est à comprendre comme licence, et non comme simple détentrice d'un baccalauréat français.

⁴⁸¹ Effectuée en mars 2012 sur différents médias : presse, télévision et internet. Propos relevé dans le dossier de presse édité à cette occasion.

⁴⁸² SIDIIEF, mémoire, *La formation universitaire des infirmières et infirmiers : une réponse aux défis des systèmes de santé*, op. cit., p. 22.

⁴⁸³ *Id.*, p. 22.

Nous sommes au mois de mai 2012, l'élection présidentielle vient d'avoir lieu⁴⁸⁴. Le souhait émis est le même que celui des prédécesseurs : rendre la santé accessible à tous, mais les méthodes utilisées seront probablement très différentes. L'infirmier, nous l'avons déjà signalé, est un des acteurs de santé. Ne doutons pas que des modifications interviennent dans son évolution déjà amorcée.

Nous allons donc étudier rapidement les bases actuelles sur lesquelles repose ce métier.

1) Un diplôme « grade » de licence, un Ordre national des infirmiers⁴⁸⁵. Peut mieux faire (?)

« Je voudrais avoir dix-huit ans, l'âge de Petite Poucette et de Petit Poucet, puisque tout est à refaire, non, puisque tout est à faire. » M. Serres⁴⁸⁶

La formation aujourd'hui... et quelques propositions

Quels ont été les changements apportés par le nouveau diplôme d'infirmier ? Même durée d'études (36 mois), des stages plus longs, des connaissances et compétences⁴⁸⁷ acquises selon des descriptions de processus⁴⁸⁸ alors que précédemment l'organisation se déclinait en modules, une formation de 4 200 heures, un « grade de licence » pour un diplôme qui auparavant n'était pas reconnu à « Bac + 3 », telles sont les évolutions qui ne nous permettent pas cependant de parler de mutation.

Le document du SIDIIEF nous explique très clairement l'ambiguïté de ce choix français : « *Sur le plan de l'appellation des diplômes, les pays d'Europe participant à l'étude ont adopté les modifications découlant de l'Accord de Bologne⁴⁸⁹ : les*

⁴⁸⁴ Nouveau président de la république, F. Hollande ; nouveau gouvernement, J.-M. Ayrault Premier ministre ; nouveau ministre des Affaires sociales et de la Santé, M. Touraine.

⁴⁸⁵ 2009 et 2006 respectivement.

⁴⁸⁶ M. Serres : « Petite Poucette », *op. cit.* Précisons que ces termes de petit poucet et petite poucette ont été donné par l'auteur en référence à la dextérité avec laquelle les jeunes aujourd'hui tapent leurs « textos » sur les portables à l'aide des deux pouces.

⁴⁸⁷ Cf. annexe n° 10.

⁴⁸⁸ Compétences professionnelles définies en relation avec les activités professionnelles du métier.

⁴⁸⁹ Conférence de Bologne, en juin 1999. Edition d'un accord d'harmonisation, au sein de l'Europe, de l'enseignement supérieur en deux cycles (fréquemment énoncé en trois) : 1^{er} cycle en 3 ans, la Licence (*bachelor* ou baccalauréat) ; 2^{ème} cycle en 1 à 2 ans, le Master ; et, faisant partie du 2^{ème} cycle mais souvent assimilé à un 3^{ème}, le Doctorat, en au moins 3 ans. Enseignement découpé en UE, Unités d'Enseignement, avec la délivrance de crédits européens, ECTS (*European Credits Transfer System*).

infirmières et infirmiers ont maintenant accès à la licence/bachelor (niveau CITE⁴⁹⁰ 5A). La France a choisi une stratégie différente en conférant au diplôme d'Etat un « grade de licence » signifiant que seule une partie de l'enseignement est universitaire (niveau CITE 5B reconnu 5A). »⁴⁹¹

Tout n'est pas négatif cependant. Nous voyons bien dans cette formation l'exigence de répondre à un savoir, un savoir-faire et un savoir être, tout comme à des compétences techniques, relationnelles et éthiques déjà énoncés précédemment. Nous comprenons le souci de faire le lien entre une formation, des compétences et des activités qui s'imbriquent les unes aux autres, pour faire rimer, au-delà de l'impossibilité dialectique, pratique et théorie. Nous percevons cette attention particulière aux relations interpersonnelles et interprofessionnelles, à l'éthique, à l'anthropologie et la sociologie et à l'inévitable anglais, notamment si les infirmières veulent prétendre à des travaux de recherche. Nous notons l'élargissement de l'enseignement à la problématique de la Santé publique et une toute nouvelle préoccupation sur la gestion des risques⁴⁹². Tout ceci entre parfaitement dans un cadrage d'enseignement théorique (à la condition toutefois de le réduire à des notions basiques), mais déborde largement d'un exercice pratique régi par des contraintes multiples largement décrites, notamment en milieu hospitalier. Cela ne ressemble-t-il pas seulement à de bonnes intentions ?

La société a changé et cette formation s'efforce de s'adapter à ces changements. Mais la pratique du métier s'est elle aussi modifiée ce que les différents organismes de tutelle feignent d'ignorer, un peu à l'image de la campagne de « valorisation » citée en exemple au début de ce chapitre. Rajouter des compétences et des connaissances, cela ne peut se faire qu'en réévaluant les précédentes, en redistribuant certains rôles, des rapports ministériels l'ont étudié⁴⁹³.

Alors que l'infirmière a toujours, dans son rôle propre, la prise en charge des soins d'hygiène des patients, elle se trouve parfois, par manque de temps, à devoir déléguer la prise de la tension artérielle et autres constantes (pulsations et saturation)

⁴⁹⁰ Classification internationale type de l'éducation.

⁴⁹¹ SIDIIEF, mémoire, *La formation universitaire des infirmières et infirmiers : une réponse aux défis des systèmes de santé*, op. cit., p. 13.

⁴⁹² Nous relevons dans ce programme de formation les unités d'enseignements suivants : UE 1.2.S2 et S3, Santé publique et économie de la santé ; UE 1.1.S1 et S2, psychologie, sociologie, anthropologie ; UE 4.2.S2 S3 et S5, soins relationnels ; UE 4.5.S2 et S4, soins infirmiers et gestion des risques ; UE 1.3.S1 et S4, législation, éthique, déontologie ; UE 6.1, méthodes de travail et TIC ; UE 6.2, anglais ; UE 3.3.S3 et S5, rôles infirmiers, organisation de travail et interprofessionnalité.

⁴⁹³ Cf. notes de bas de page n° 93 et n° 94.

à l'aide-soignant. Ceci peut être constaté comme pratique professionnelle dans un grand nombre d'hôpitaux et établissement de santé. Certes, ces mesures sont prises par un appareil électromécanique tel un Dynamap[®] et ne demandent pas d'autre manipulation que d'installer le brassard sur le bras du patient⁴⁹⁴.

C'est ainsi que l'infirmière constatera, à la fin du « tour » de l'aide-soignant, que tel patient a 88 % de saturation⁴⁹⁵, que tel autre a des pulsations à 100 alors qu'il s'agit d'une personne à tendance naturelle bradycarde⁴⁹⁶ car grand sportif, que celui-ci a une tension particulièrement « pincée »⁴⁹⁷ et je pourrai ainsi citer de multiples exemples.

L'infirmière me paraît alors, mais cette réflexion ne peut engager que moi-même, bien plus responsable de cette surveillance qui correspond à des enseignements théoriques appris, ensuite développés avec la connaissance des pathologies, de certaines toxicités médicamenteuses, et du malade dont elle a la charge, ainsi que de la mise en œuvre des actes thérapeutiques qui pourront être instaurés de son propre chef (comme l'apport d'oxygène) ou sur prescription. Rappelons-nous cette qualité de réflexion à la fois intelligence méditative et intelligence exécutive selon Aristote, raison et intuition chez Schopenhauer.

Ne conviendrait-il pas de réfléchir avec attention aux définitions des rôles de chacun, afin de valoriser les actes pour leur technicité (qui peut être relationnelle ne l'oublions pas), d'autres pour leur pénibilité par exemple, tout en assurant une sécurité optimale dans la prise en charge du patient ? *« Au cours des dernières décennies, la recherche de solution à la pénurie des infirmiers et infirmières a été trop souvent faite en fonction d'une vision à courte vue de la quantité - nombre - plutôt que de la qualité - qualification - : des infirmiers et infirmières professionnels ont été remplacés ou même substitués par un personnel moins qualifié qui s'est vu confier des activités plus techniques, supposées économiquement rentables. »*⁴⁹⁸

⁴⁹⁴ Le stéthoscope autour du cou de la jeune et jolie infirmière... autre représentation qui s'effondre devant la réalité technologique !

⁴⁹⁵ La saturation, mesurée dans ce cas par oxymètre numérique, témoigne de l'oxygénation du sang, donc de l'efficacité de la respiration du patient. Normalement, elle est de 100 %, mais ce chiffre peut légèrement s'abaisser en cas de tabagisme important, d'asthme, etc. Un chiffre à 88 % montre donc un problème respiratoire dont l'origine restera à déterminer et nécessite, en tout état de cause, l'installation d'une oxygénothérapie aux « lunettes » à minima, et si celle-ci est insuffisante, au masque à haute concentration. Elle implique surtout que le médecin soit prévenu, et souvent que des examens complémentaires tels des gaz du sang soient réalisés. Elle ne devrait en aucun cas attendre la fin d'un « tour » pour être signalée, mais au contraire doit être considérée comme une priorité, si ce n'est une urgence.

⁴⁹⁶ Pulsations inférieures à 60 pulsations par minute.

⁴⁹⁷ Diastolique et systolique (chiffre le plus bas et le plus haut de la TA) particulièrement rapprochés.

⁴⁹⁸ SIDIIEF, mémoire, *La formation universitaire des infirmières et infirmiers : une réponse aux défis des systèmes de santé*, op. cit., p. 26.

Nous trouvons là, nous semble-t-il, une grave erreur de stratégie qui peut avoir de dramatiques conséquences sur la sécurité des patients.

La revalorisation de la profession d'infirmier par la formation, nous y croyons, à l'instar de l'OMS, du CII, de l'OCDE, de l'Unesco : mais pas à une revalorisation au rabais telle qu'elle est instituée aujourd'hui. Nous parlons d'une licence en soins infirmiers, qui ne soit pas seulement « grade de », d'études en 2^{ème} et 3^{ème} cycles en sciences infirmières délivrant des diplômes de master et de doctorat s'intégrant dans le système LMD et ne faisant pas semblant d'y entrer. Il faut aux infirmières un diplôme universitaire ou hospitalo-universitaire (double tutelle universitaire et hospitalière) qui permette d'offrir aux patients des soins de qualité et à ces praticiennes la reconnaissance souhaitée doublée de perspectives d'évolutions, de spécialisations, dans un panel autrement plus riche que le pauvre échantillon actuel⁴⁹⁹. Leur démotivation n'a-t-elle pas aussi pour origine ce manque de perspective professionnelle ?

Dans cette optique, notre intérêt s'est alors porté sur la composition du CNU⁵⁰⁰ et de ses différentes sections. Nous avons remarqué notamment cette partition CNU et CNU Santé. Dans cette dernière, correspondant aux Sciences de la Santé, trois groupes apparaissent (Médecine, Pharmacie, Odontologie) avec pour chacun d'entre eux différentes sections. La mutation initiée dans le milieu hospitalier par la création d'un « Directeur des soins » ne peut-elle pas être reproduite au niveau universitaire ? Il y aurait alors un quatrième groupe « Soins » avec des sections « soins infirmiers » « soins de rééducation » et « soins médicotéchniques » et, pour chacun, des sous sections correspondant à leurs spécialités⁵⁰¹. Cette stratégie aurait pour avantage de dépasser un intérêt partisan purement infirmier. Elle intégrerait les professions de soin dont le document du SIDIIEF fait état qu'elles pourraient être incluses au système LMD avant 2015⁵⁰². Les infirmiers exerçant en libéral, en milieu scolaire,

⁴⁹⁹ Nous le rappelons, seulement quatre spécialisations sont offertes : IADE (infirmière anesthésiste), IBODE (infirmière de bloc opératoire), Cadre de santé, Puéricultrice. Quelques masters existent déjà, mais ils ne sont accessibles bien souvent qu'après la spécialisation de cadre de santé.

⁵⁰⁰ « Le Conseil national des universités (CNU) est l'instance nationale qui se prononce sur les mesures relatives à la qualification, au recrutement et à la carrière des enseignants-chercheurs (professeurs et maîtres de conférence) de l'Université française. Il est composé de groupes, eux-mêmes divisés en sections ; chaque section correspond à une discipline. », sur la page d'accueil du site web : <http://www.cpcnu.fr/cnu.htm>

⁵⁰¹ Nous pouvons déjà en concevoir la variété au niveau des soins infirmiers, entre spécialités chirurgicales et médicales, d'autres s'orientant vers la santé publique ou l'éthique, etc.

⁵⁰² Kinésithérapie, assistante sociale par exemple.

pénitentiaire, en hôpital ne seraient plus alors les sans domicile fixe de la santé. Ils auraient ce point de repère, commun aux professions de santé, avec leur spécificité, pour se forger leur propre identité. Le programme de formation serait revu, les compétences nécessaires à l'exercice évaluées, certaines certainement redistribuées. Le diplôme pourrait aussi proposer en dernière année, comme le font certains pays, une option dans le choix d'un parcours professionnel annoncé... Des passerelles pourraient être envisagées pour les infirmières qui, quelques fois, après une quinzaine d'années d'activité et au vu de la pénibilité de ce métier, souhaitent en changer. Le but serait à la fois de donner une identité et un avenir.

Ce passage en licence d'ailleurs n'est pas sans conséquence et sans exigence pour les infirmières. La première sera celle de la qualité des évaluations des étudiantes. Elle est encore quelque peu traditionnelle, issue vraisemblablement du passé religieux de la profession.

Que dire des feuilles de stage sur lesquelles les notes vont, pour la grande majorité, de 15 sur 20 pour un mauvais stage à 19,5 sur 20 pour un bon. Là encore les exemples sont légion, et je pourrai citer d'excellentes élèves qui faisaient preuve déjà, en tant qu'étudiante, de qualités d'adaptation, de réflexion, d'humanité dans la relation avec le malade. Ces cas ne posent pas de problème et certainement n'en montreraient-il pas plus dans un nouveau système. J'évoquerai celui de cette jeune femme en troisième année d'études en IFSI, et malheureusement il n'est pas isolé. Nous étions dans une chambre de patient pour faire des soins, le stage venait de débuter. Elle devait préparer une seringue avec de l'héparine⁵⁰³ pour l'installer ensuite sur le pousse seringue⁵⁰⁴. L'héparine s'exprime en unités, les flacons dans le service sont d'une contenance de 5 ml dosés à 25 000 unités. L'étudiante devait calculer la dose pour l'adapter à la posologie du malade. Son hésitation était grande. Lorsque je lui demandais de réaliser la règle de trois nécessaire, elle me répondit qu'elle savait la faire, mais avec des milligrammes, pas avec des unités ! Il ne s'agit pas ici de se moquer. Le stage fut difficile sur toute la durée, pour l'étudiante, ainsi que pour toutes les infirmières qui eurent à l'encadrer. Néanmoins, sur la feuille de stage, figura une note à 15 qui ne reflétait absolument pas ces difficultés. Certes les appréciations étaient restrictives, mais la note, comptabilisée dans la moyenne scolaire, était tout à fait honorable. Aux réserves que je pus émettre, il me fut répondu qu'elle avait progressé, ce qui était vrai, notamment dans la maîtrise des

⁵⁰³ L'héparine est un anticoagulant qui nécessite d'être dosé très précisément pour assurer une bonne fluidité du sang lors de certains troubles cardiaques, ou à cause de toxicités médicamenteuses, ou encore en cas d'alitement prolongé, etc. Son surdosage peut être la cause d'hémorragies importantes, parfois gravissimes.

⁵⁰⁴ Dilution de l'héparine ensuite dans une solution de chlorure de sodium à 0,9 %.

opérations de calcul. Et le cadre de santé surenchérit en rajoutant que, pour certaines personnes, « *il faut plus de temps* ». Cela est évident. Mais ce temps n'aurait-il pas pu être donné dans un éventuel redoublement qu'aurait peut-être provoqué une mauvaise notation, plutôt que pris sur la sécurité des patients lorsque cette étudiante sera diplômée grâce à des notes qui ne reflètent pas son niveau ?⁵⁰⁵

Evaluer, c'est parfois féliciter, c'est aussi possiblement pénaliser. Mais ce sera l'exigence indispensable et incontournable imposée aux infirmières quand elles seront légitimement détentrice d'une licence et non de son fac-simile et que les soins infirmiers seront considérés comme une discipline universitaire à part entière.

Nous notons aussi qu'une telle insertion du diplôme infirmier dans un cadre hospitalo-universitaire permettrait probablement l'uniformisation d'une formation continue aléatoire alors qu'elle est obligatoire, en réduirait les coûts, en faciliterait l'accès. Elle éviterait la frustration ressentie par de nombreuses infirmières qui travaillent souvent sur leur temps personnel pour l'obtention de DU⁵⁰⁶ qui n'ont aucune reconnaissance officielle et ne leur donnent que la satisfaction de la réussite en plus d'un complément de formation qu'elles jugent indispensable à l'exercice de leur profession.⁵⁰⁷

A l'éventuelle objection du coût de la mise en œuvre de telles mesures, nous pourrions répondre en termes médicaux de bénéfice/risques. Le premier est relevé dans le document du SIDIIEF : « *des chercheurs estiment que le salaire d'une infirmière détenant un grade universitaire est d'emblée compensé à hauteur de 75 % par une réduction des coûts médicaux et hospitaliers directs imputables aux erreurs, accidents, complications et mortalité.* »⁵⁰⁸ Un bénéfice secondaire pourrait être la

⁵⁰⁵ Notons cependant que, dans la nouvelle organisation pour l'acquisition du diplôme d'Etat d'infirmier, les stages ne sont plus notés. L'étudiant est porteur d'un portfolio dans lequel sont référencées les compétences à acquérir et certains actes ou activités et techniques de soins à maîtriser. A la fin du stage, ces compétences sont évaluées une par une en terme de « non pratiqué », « non acquis », « à améliorer », « acquis », les techniques selon les critères de « non pratiqué », « à améliorer », « acquis » ; les feuilles correspondantes sont remplies par le stagiaire lors d'un entretien avec le tuteur de stage, celui-ci dressant de son côté un « bilan de stage » inclus aussi au portfolio. Nous comprenons alors toute l'importance de la qualité de l'évaluation, de sa justesse et de sa rigueur.

⁵⁰⁶ Il en existe de nombreux : Diplôme Universitaire en soins palliatifs, douleur, plaie et cicatrisation, alimentation, etc.

⁵⁰⁷ Ces problèmes de la non reconnaissance en terme de licence, de l'accès difficile à la formation continue, etc. étaient abordés par P. Dielessenger dans son intervention lors du premier séminaire en soins infirmiers organisés par l'IGR en partenariat avec l'EFEC : P. Dielenseger, « Perspectives de l'exercice professionnel en cancérologie », *op. cit.*

⁵⁰⁸ SIDIIEF, mémoire, *La formation universitaire des infirmières et infirmiers : une réponse aux défis des systèmes de santé*, *op. cit.*, p. IX. Le document de référence permettant cette affirmation est le suivant : T.M. Dall, Y.J. Chen, R.F. Seifert, P.J. Maddox, P. F. Hogan, « The economic value of professional nursing », *Medical care*, 47 (1), 97 - 104, 2009.

fidélisation des personnels soignants alors que nous avons souligné au début de cette étude l'importance du nombre des abandons après seulement quelques années d'exercice.

Quant aux risques, ils nous paraissent faibles. Cette nouvelle structure pourrait certainement mettre à mal la hiérarchie hospitalière telle qu'elle est établie actuellement ainsi que les formateurs d'IFSI, établissements qui n'auraient plus de raison d'être. Les cadres de santé actuels se sentiraient probablement exclus dans un premier temps de la mise en place de telles mesures⁵⁰⁹. Pourtant, leur présence et leurs compétences seraient indispensables pour assurer la transition, d'autant qu'eux aussi seraient appelés vers cette double tutelle hospitalo-universitaire.

Mais ne l'oublions pas, la population infirmière est vieillissante et a du mal à se renouveler, celle des cadres de santé n'est pas plus juvénile. Il nous faut donc veiller à encourager des petites poucettes et des petits poucets vers cette profession, à les motiver à y travailler, à les inciter à y rester et à y évoluer.

L'Ordre national des infirmiers, une instance... en instance (?)

L'ONI est une institution créée en 2006⁵¹⁰ qui aurait pu être une des réponses à ce besoin identitaire de la profession⁵¹¹. Paradoxalement, il a cristallisé le clivage libéral/salarié, entériné par une cotisation différente selon le mode d'exercice⁵¹². L'inscription à l'Ordre est obligatoire pour toutes les infirmières, et si une très large majorité d'infirmières libérales s'est acquittée de sa cotisation, une grande partie des salariées a manifesté son refus de se soumettre à cette

⁵⁰⁹ L'école des cadres apparaîtrait en effet quelque peu obsolète dans une telle restructuration même si le rapport de l'Igas lui accorde des « *compétences élargies* » dans un partenariat avec l'Université et l'EHESS. Deux rapports abordent la question : C. Singly, *Rapport de la Mission Cadres Hospitaliers*, Ministère de la Santé et des Sports, 11 septembre 2009. Texte accessible en ligne :

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/094000432/0000.pdf>

M. Yahiel, C. Mounier, *Quelles formations pour les cadres hospitaliers?* Inspection générale des affaires sociales, janvier 2011. Url. : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/114000037/0000.pdf>

⁵¹⁰ Loi n° 2006-1668 du 21 décembre 2006 portant *création d'un ordre national des infirmiers*. Le président actuel de l'ONI est D. Borniche.

⁵¹¹ Les ordres professionnels ont pour mission de représenter les salariés d'une même profession. Leur rôle est différent de celui des syndicats puisqu'ils comprennent aussi la régulation et le contrôle de la profession. Certains existent depuis le XVII^e siècle, d'autres sont plus récents tel celui des médecins apparu sous le régime de Vichy mais remanié à la fin de la guerre, en 1945.

⁵¹² Cotisation annuelle à 30 € pour les infirmières salariées, à 75 € pour celles exerçant en libéral.

Montants donnés sur le site internet de l'Ordre : <http://www.ordre-infirmiers.fr/lordre-et-les-conseils-ordinaux/inscription-a-lordre.html#montants>

Une des différences essentielle entre exercice hospitalier et exercice libéral reste bien évidemment le mode de rémunération entre paiement à l'acte pour le libéral et salaire pour le personnel exerçant en établissement de santé.

contribution⁵¹³. Les missions de l'ONI sont identiques à celles de nombre d'ordres professionnels, certaines plus spécifiques dans le cadre de ce métier de la santé : contrôler l'accès à la profession, veiller au maintien des principes éthiques de la profession et appliquer des sanctions éventuelles en cas de manquements, participer à la formation continue des personnels, promouvoir la santé publique et la qualité des soins, assurer la défense de l'honneur et de l'indépendance de la profession, concilier litiges entre patients et infirmiers, promouvoir la profession, se charger des relations avec le ministère de la Santé, constituer des statistiques professionnelles et établir une évaluation prospective de la profession, organiser l'entraide et les retraites pour les inscrits et leurs ayant-droit, représenter la profession⁵¹⁴.

L'ONI est né d'une volonté issue majoritairement chez les infirmières libérales, relayée par des syndicats, notamment la FNI. Les infirmières salariées lui ont toujours manifesté une certaine réticence, le percevant comme une hiérarchie ajoutée à celle déjà existante. De nombreux échanges sur les forums des sites internet infirmiers.com ou actusoins.com font état de cette opposition, visible aussi dans le faible pourcentage de salariées (environ 12 %) qui se sont acquittées de la cotisation.

Mais l'Ordre s'est surtout rendu célèbre pour ses déboires financiers, une gestion jugée calamiteuse par la presse professionnelle, des changements de présidents et passations de pouvoir dignes de séries télévisées. Aucune des grandes missions qui lui étaient attribuées ne semble avoir été amorcée, même si une partie de notre argumentation a été étayée à l'aide d'une de ses enquêtes⁵¹⁵. Les infirmiers attendaient très certainement une réaction de sa part au « grade » de licence attribué en dépit de la nécessaire et véritable reconnaissance universitaire. Ils espéraient probablement une opposition au passage en catégorie A pour les salariés du secteur public monnayé par un départ plus tardif à la retraite⁵¹⁶ alors que la pénibilité du métier est largement reconnue. Ils escomptaient certainement sur un engagement pour la formation continue des libérales qui peinent à trouver des prises en charge et des organismes capables de la leur assurer alors que la loi les oblige à la suivre... Ce

⁵¹³ Étaient inscrites à l'Ordre, au mois de mars 2012, 54 898 libérales sur 77 190 ; 56 556 salariées sur 438 664 ; soit un total approximatif de 20 %. Chiffres issus du site internet de l'ONI.

⁵¹⁴ Résumé des missions recueilli sur le site web de l'Ordre.

⁵¹⁵ Cf. note de bas de page n° 455.

⁵¹⁶ L'âge de départ à la retraite pour les salariés ayant choisi le passage en catégorie A a été reculé à 60 ans (pour un âge initial de départ fixé à 55 ans puisqu'ils étaient considérés comme des fonctionnaires de catégorie active). Les nouveaux infirmiers diplômés à partir de 2012 n'auront pas quant à eux, la possibilité de ce choix et seront intégrés directement en catégorie A.

ne sont que quelques exemples de gros titres qu'ils ou elles auraient certainement préféré lire plutôt que la cessation de paiement de la Bred⁵¹⁷ !

Notre problématique s'appuie sur une réflexion éthique et philosophique et nous ne pouvons que regretter, dans l'exercice de cette profession qui procure des soins jusqu'aux confins de la vie et de la mort, l'absence d'un code de déontologie français. La seule référence en ce domaine est le code édité par le Conseil International des Infirmières que nous avons déjà cité. Sur le site internet de l'Ordre, nous trouvons pourtant un projet qui serait parti au ministère de la Santé en mars 2010 : un aller sans retour à ce jour⁵¹⁸. Nous ne pouvons pas commenter longuement un texte hypothétiquement officiel qui n'a pas d'existence réelle, et cette ambiguïté illustre une nouvelle fois la complexité de la profession d'infirmier ainsi que ce fil conducteur d'ordre et de désordre que nous avons choisi pour étayer notre argumentation.

Que pouvons-nous dire alors, sans trop nous engager, sur ce projet de code datant maintenant de deux ans ? La structure du texte est calquée sur le code de déontologie médical⁵¹⁹. Cette similitude peut cependant s'expliquer par la préoccupation commune autour de problèmes de santé. Nous retrouvons aussi un contenu fortement ressemblant pour ne pas dire identique, avec la restriction toutefois de la limite des compétences infirmières. Ce projet de code commande donc à une bonne moralité, au respect de la dignité humaine, au secret professionnel, à l'indépendance professionnelle, à une dispensation du soins à tous sans discrimination de quelque origine que ce soit, à porter attention à l'intérêt du patient, à la qualité de l'information, au consentement de la personne ou celui de la personne de confiance⁵²⁰, à l'obligation de dénoncer une maltraitance et autres sévices ou violences, notamment sexuelles si elles étaient constatées, à celle de soulager les douleurs. Il fixe les conditions à la participation à la recherche et aux prélèvements

⁵¹⁷ Cette banque, le plus important créancier de l'Ordre, avait mis un terme à son aide financière en juillet 2011 avant d'accepter de la prolonger avec le changement de président et de nouvelles modalités de gestion de l'institution : <http://www.actusoins.com/8473/coup-de-theatre-lordre-infirmier-provisoirement-hors-de-danger.html>

⁵¹⁸ http://www.ordre-infirmiers.fr/assets/files/000/pdf/projet_code_deontologie_fevrier_2010.pdf

⁵¹⁹ Code de déontologie médical : Introduction aux commentaires du code de déontologie (art. 1), Devoirs généraux des médecins (art. 2 à 31), Devoirs envers les patients (art. 32 à 55), Rapport des médecins entre eux et avec les membres des autres professions de santé (art. 56 à 68), De l'exercice de la profession (art. 69 à 108), Dispositions diverses (art. 109 à 112).

Projet de code de déontologie infirmier : Articles préliminaires, Section 1 : Principes généraux, Section 2 : Rapports avec les patients, Section 3 : Rapports des infirmiers entre eux et avec les autres professionnels de santé, Section 4 : Règles d'exercice professionnel, Section 5 : Règles relatives aux différents modes d'exercice.

⁵²⁰ Telle qu'elle est définie à l'article L 1111-6 du code de la Santé publique.

d'organe, aborde la limitation des soins en parallèle à l'acharnement thérapeutique médical, s'intéresse à la formation continue, et dénonce les conflits d'intérêt. Il définit la responsabilité de l'infirmier.

Mais nous avons noté, en section 1 article 3, cette précision : « *Le respect dû à la personne continue de s'imposer après la mort.* » Nous remarquons dans cette recommandation l'importance qui est donnée à ce rôle soignant dans ces « instants d'après », même si la mort, et nous l'avons maintes fois souligné dans notre travail, fait l'objet de représentations contradictoires allant du recueillement à la colère, et du déni jusqu'à l'évitement. Le soin au mourant est ensuite repris dans l'article 23 avec l'injonction telle qu'elle est ordonnée aux médecins de ne pas provoquer la mort délibérément, mais avec une prise en compte de la particularité du soin infirmier que nous avons aussi largement illustrée⁵²¹.

L'article 38⁵²² nous a paru quelque peu ambigu dans la mesure où il semble prendre en compte le rôle de cadre de santé, sans toutefois le nommer précisément. Il cite l'infirmier comme détenteur officiel de ce poste alors que celui-ci peut être aussi accordé à un représentant des filières de rééducation ou médicotechniques, même si nous savons que l'usage veut, le plus souvent, que le cadre de santé hospitalier soit infirmier.

Dans l'article 44⁵²³, nous trouvons aussi officialisée (ou elle le serait si le texte était validé) cette position de garde-fou dans les prescriptions médicales que nous avons relevée dans notre partie précédente. Elle est donc totalement reconnue. Encore faut-il permettre à l'infirmier de l'assurer avec un enseignement de qualité.

Mais nous ne nous attarderons pas plus sur ce texte qui ne verra peut-être jamais le jour. Sa rédaction a été faite en 2010. Son existence n'est toujours pas

⁵²¹ Article 23 : « *L'infirmier doit accompagner le mourant jusqu'à ses derniers moments, assurer par des soins et mesures appropriés la qualité d'une vie qui prend fin, sauvegarder la dignité de la personne soignée et réconforter son entourage. L'infirmier ne doit pas provoquer délibérément la mort.* »

⁵²² « *L'infirmier chargé de toute fonction de coordination ou d'encadrement veille à la bonne exécution des actes accomplis par les personnes dont il coordonne ou encadre l'activité, qu'il s'agisse d'infirmiers, d'aides-soignants, d'auxiliaires de puériculture, d'aides médico-psychologiques, d'étudiants en soins infirmiers ou de toute autre personne placée sous sa responsabilité. Il est responsable des actes qu'il assure avec la collaboration des professionnels qu'il encadre. Il doit veiller à la compétence des personnes qui lui apportent leur concours.* »

⁵²³ « *Si l'infirmier soupçonne que la prescription est erronée, il le vérifie auprès du professionnel à l'origine de la prescription ou, en cas d'impossibilité, auprès d'un autre membre de la profession concernée. En cas d'impossibilité de consultation et si l'infirmier soupçonne que la prescription peut mettre le patient en danger, il adopte, en vertu de ses compétences propres, l'attitude qui permet de préserver au mieux la santé du patient, et ne fait prendre à ce dernier aucun risque injustifié.* »

avérée. N'y a-t-il pas le risque qu'il devienne obsolète si sa diffusion légale venait à trop tarder ?

Les préoccupations de la santé changent, la médecine évolue, la profession d'infirmière est prise dans ces mouvements. Les infirmières exercent parfois en libéral, sont parfois salariées, mais aussi salariées coordinatrices des soins externes, ou libérales travaillant en institutions de santé... Le code de déontologie, s'il doit exister, l'ONI, s'il doit perdurer ne peuvent pas ignorer ces impulsions nouvelles, doivent impérativement les intégrer, et mieux encore, anticiper les prochaines.

2) Les nouvelles perspectives de l'exercice professionnel infirmier

« *L'évolution procède comme un bricoleur qui, pendant des millions d'années, remanierait lentement son œuvre, la retouchant sans cesse, coupant ici, allongeant là, saisissant toutes les occasions d'ajuster, de transformer, de créer.* » F. Jacob⁵²⁴

Une des évolutions majeures de la santé, ces dernières années, est certainement la e-santé. L'OMS quant à elle avait adopté l'expression de *télématique sanitaire*⁵²⁵ en 1998. La France préfère le terme de télémédecine, définie dans ce rapport de 2008 : « *La place de la télémédecine dans l'organisation des soins* » et dans la loi HPST⁵²⁶. Un rapport de l'Union Européenne, dans une projection à 2020 en précise l'impérative nécessité⁵²⁷. Nous relevons néanmoins, dans ce document, la vision anglo-saxonne autonomiste du soin différente de celle occidentale au fort passé paternaliste. La lecture de ce rapport n'est pas sans nous faire penser au *Meilleur des*

⁵²⁴ F. Jacob, *Le jeu des possibles*, Fayard, 1981, p. 72. Une fois encore, nous trouvons dans cette citation extraite de son contexte de la diversité du vivant, l'illustration à nos propos.

⁵²⁵ « *L'expression télématique sanitaire est un terme composite désignant des activités, services et systèmes en rapport avec la santé mis en œuvre à distance au moyen de technologies de l'information et de la communication afin de promouvoir la santé, de lutter contre la maladie et de développer les soins de santé ainsi que l'éducation, la gestion et la recherche en santé à l'échelle mondiale.* » http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/EB101/pdf/fran/fraid9.pdf

⁵²⁶ P. Simon et D. Acker, Rapport sur *La place de la télémédecine dans l'organisation des soins*, Ministère de la Santé et des Sports, Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins, novembre 2008. Texte accessible sur le net : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_final_Telemedecine.pdf

Le mot télémédecine apparaît à l'article 78 de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires dans sa version initiale.

⁵²⁷ http://ec.europa.eu/information_society/activities/health/docs/policy/taskforce/redesigning_health-eu-for2020-ehf-report2012.pdf

mondes d'A. Huxley dans les possibilités mentionnées de contrôles et autres suivis aux finalités pouvant être sujettes à caution.

Notre système de santé, dans sa solidarité affichée, est structurellement menacé. Un contexte de crise économique avec d'inévitables contraintes financières, un vieillissement de la population qui s'accroît par une longévité prolongée tous les jours, des pathologies de mieux en mieux soignées qui s'installent sur la durée dans la chronicité, autant d'exemples d'une santé coûteuse auxquels les seuls séjours, parfois non justifiés, dans des structures hospitalières trop dispendieuses, ne peuvent plus répondre. L'e-santé apparaît alors comme une des solutions à la limite des dépenses de santé en diminuant les coûts de prise en charge, en mutualisant les informations, en permettant une collaboration plus efficace entre tous les acteurs de la prise en charge d'un patient, en ouvrant sans doute l'hôpital sur le monde extérieur et en permettant l'accès des intervenants du libéral en milieu hospitalier. L'intérêt de l'e-santé est surtout perçu dans le développement à venir de l'HAD. Elle pourrait être ainsi mieux sécurisée par l'uniformisation des approches thérapeutiques et celle des pratiques de soins et notamment de soins infirmiers⁵²⁸.

De nombreuses questions éthiques sont alors soulevées sur la confidentialité des informations, la responsabilité de leur détention, leurs limites entre le respect de la vie privée ou l'intrusion, etc.⁵²⁹ Ces questions notamment avaient été abordées dans un colloque au titre évocateur « *Peut-on rendre la "e-santé" acceptable et fiable pour le citoyen ?* »⁵³⁰. La difficulté de préciser les contours de la télémédecine, en la différenciant par exemple du téléconseil avait été soulevée⁵³¹.

Nous remarquons, pour ce colloque, la pauvre présence infirmière : deux seulement sur les trois cent neuf inscrits. Or les infirmières sont déjà⁵³² et seront encore plus concernées par cette évolution du soin. Nous notons que le président de la FNI avait été invité comme participant aux débats, même s'il n'avait pu assurer sa

⁵²⁸ Nous notons aussi, fin 2009, la création du CNR-santé (Centre National Référence Santé à Domicile et Autonomie), à l'initiative du Ministère de l'Économie, des Finances et de l'Emploi pour faciliter le développement et l'usage des technologies de l'information et de la communication (TIC) dans la prise en charge de la santé et de la dépendance au domicile. Ses missions sont développées sur son site web : <http://www.cnr-sante.fr/>

⁵²⁹ Nous constatons en France notamment, les difficultés d'installation du DMP : son usage est toujours très loin d'être généralisé.

⁵³⁰ « *Hôpital connecté, médecine en réseau : Peut-on rendre la "e-santé" acceptable et fiable pour le citoyen ?* », Rencontres parlementaires sur les systèmes d'information de santé, Maison de la Chimie, 12 octobre 2011.

⁵³¹ De nombreux sites internet affichent déjà des données médicales. Certains s'imposent une charte de bonne conduite en respectant un *HONcode* au sigle facilement identifiable : *Health On the Net, code of conduct*, certifiant la fiabilité des informations transmises.

⁵³² Nous l'avons mis en évidence dans le développement de l'exercice professionnel en secteur libéral.

présence ce jour-là. Lors des différentes interventions, le besoin de repreciser certains termes avait été souligné, notamment celui d' « *équipe de soins* » tel qu'il est défini par l'article L 1110-4 du code de la Santé publique où cette expression n'est employée que dans le cadre d'établissements hospitaliers⁵³³. Mais cet impératif d'évolution de la profession d'infirmier n'est pas inhérent aux seules contraintes énoncées ci-dessus et au développement annoncé de l'e-santé.

Dans un article de la revue *Soins*, L. Hénart, co-auteur d'un rapport sur l'évolution des métiers de santé⁵³⁴, citait le problème de la démographie médicale comme une autre cause de la nécessaire évolution de la profession d'infirmier : « *Pour les médecins par exemple, il va falloir attendre 2030 pour avoir le même nombre de médecins qu'en 2000.* »⁵³⁵ Il est encore une fois regrettable que de nouvelles fonctions soient données aux infirmiers, non pas en reconnaissance de leurs qualités, compétences et connaissances propres, ou de leur capacité à en acquérir de nouvelles, mais plus par défaut d'une profession médicale à la démographie vacillante. Un raisonnement conséquentialiste utilitariste nous fera oublier le moyen pour nous réjouir de la fin et voir, dans ces nouvelles attributions, la reconnaissance des qualités infirmières : « *Nous avons des professionnels qui sont engagés au quotidien dans des métiers très complexes, très difficiles et qui sont restés longtemps invisibles.* »⁵³⁶

Ce rapport sur l'évolution des métiers en santé recommande aussi l'intégration des formations dans le système LMD⁵³⁷ et précise six domaines dans lesquels ces

⁵³³ Article L 1110-4 du code de la Santé publique, version en vigueur au 12 août 2011 : « *Deux ou plusieurs professionnels de santé peuvent toutefois, sauf opposition de la personne dûment avertie, échanger des informations relatives à une même personne prise en charge, afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible. Lorsque la personne est prise en charge par une **équipe de soins** dans un établissement de santé, les informations la concernant sont réputées confiées par le malade à l'ensemble de l'équipe.* »

⁵³⁴ L. Hénart, Y. Berland, D. Cadet, Rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire. *Professionnels d'aujourd'hui et nouveaux métiers : des pistes pour avancer*, 2 février 2011. Url. : [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_relatif_aux_metiers_en_sante_de_niveau_intermediaire - Professionnels_d_aujourd_hui_et_nouveaux_metiers_-_des_pistes_pour_avancer.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_relatif_aux_metiers_en_sante_de_niveau_intermediaire_-_Professionnels_d_aujourd_hui_et_nouveaux_metiers_-_des_pistes_pour_avancer.pdf)

⁵³⁵ Y. Ouharzoune, « Vers des paramédicaux praticiens aux rôles et aux responsabilités clarifiés », *Soins*, n° 753, mars 2011, p. 8.

⁵³⁶ Y. Ouharzoune, « Les infirmières diversifient leurs compétences et c'est une chance pour tous », *Soins*, n° 753, mars 2011, p. 6. Interview de la Secrétaire d'Etat chargée de la Santé du précédent gouvernement, N. Berra : le compliment cependant s'adressait plus aux cadres de santé.

⁵³⁷ L. Hénart, Y. Berland, D. Cadet, Rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire. *Professionnels d'aujourd'hui et nouveaux métiers : des pistes pour avancer*, op. cit., p. 56. Nous trouvons dans la troisième partie de ce document « *Les propositions de la mission Les nouveaux métiers en santé : une stratégie et un plan d'action.* » le chapitre 4 : « *une nécessité : intégrer les formations à l'enseignement supérieur* ».

formations « avancées », sous forme de masters, seraient délivrées : les maladies chroniques, les maladies du vieillissement, le traitement du cancer, l'accueil et le suivi des transplantés, la médecine de ville dans les territoires faiblement dotés en professionnels, la chirurgie⁵³⁸.

Nous avons signalé l'importance de localiser notre étude en France pour répondre aux demandes particulières dans le soin et principalement le soin infirmier. Elles sont en effet influencées par notre niveau socioculturel et économique différent de celui d'autres pays. Nous notons cependant que ce rapport fait lui aussi référence, en le prenant en exemple, à l'exercice du métier d'infirmier dans les pays étrangers⁵³⁹. Effectivement, de nombreux pays ont déjà développé une formation en « pratiques avancées »⁵⁴⁰.

La cancérologie offre un aperçu de ce que pourrait être ces spécialisations ou « pratiques avancées » dans ce domaine. Certaines existent dans les faits sans avoir réellement d'existence reconnue : infirmière d'annonce, infirmière en cancérologie, infirmière de recherche clinique, infirmière de recherche, infirmière spécialiste clinique, infirmière libérale (qui souvent obtiennent des qualifications pour prendre en charge des patients porteurs de cancers : certifications sur les voies veineuses centrales, sur les chimiothérapies, etc.)⁵⁴¹. Nous savons aussi que des projets de délégation de prescription, dont certaines reviendraient aux infirmiers, sont à l'étude⁵⁴². Mais une fois encore, cet ajout de compétences ne peut être vivable et viable qu'en prenant en compte les fonctions existantes de ces personnels soignants, en les réévaluant, dans une étude réaliste de ce qui peut être réalisable dans chaque contexte, hospitalier ou exercice libéral, tout en réfléchissant à ces futurs croisements et rapprochements à venir de ces deux modes d'exercice.

Le document du SIDIIEF en fait état : « *Pour transformer un système de santé, il faut donc agir avec les médecins et les infirmières : les premiers influencent l'offre*

⁵³⁸ *Id.*, pp. 3 à 11, notamment résumés dans la proposition 3, p. 9.

⁵³⁹ *Ibid.*, p. 39.

⁵⁴⁰ Evolution reprise aussi dans le document du SIDIIEF précédemment cité. Une étude comparative sur 12 pays de l'OCDE a été réalisée : « Nurses in advanced roles: a description and evaluation of experiences in 12 developed countries. », OCDE, 3 août 2010.

⁵⁴¹ Exemples donnés dans la présentation *Powerpoint* faite à l'occasion du premier SIC : P. Dielenseger, « Perspectives de l'exercice professionnel en cancérologie », *op. cit.* Chacune des « spécialisations » citée est détaillée de la diapositive 8 à 13.

⁵⁴² La HAS a publié, en avril 2011, un rapport sur le *Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées*. Ce rapport d'orientation est téléchargeable sur www.has-sante.fr

thérapeutique et les infirmières ont cette capacité d'influencer l'efficacité et l'efficience des soins et services, ainsi que des politiques de santé publique. Si les médecins et infirmières représentent les deux professions sur lesquelles repose le système de santé, ils sont d'avantage sollicités en temps de pénurie pour redéfinir leur façon de travailler et créer des modèles innovants. »⁵⁴³

Nous sommes bien loin de l'historique soumission militaire et religieuse⁵⁴⁴. Nous nous présentons à un tournant où l'innovation technique, celle des pratiques de soins issues de l'évolution sociétale, des nouvelles maladies et des pandémies émergentes⁵⁴⁵, donnent à ce métier l'occasion de montrer l'étendue de ses aptitudes et de sortir de l'invisibilité. L'infirmière est maintenant en partie maîtresse de son destin en s'inscrivant dans une démarche volontaire de reconnaissance de ses capacités théoriques et pratiques, de son adaptabilité évolutive. Mais elle ne doit pas ignorer non plus les exigences que cette reconnaissance lui imposera inévitablement. De ces compétences acquises de manière désordonnée, du désordre de nos attentes envers le soin, et plus particulièrement envers le soin infirmier, de celui de nos représentations du bien-être et de la santé doit émerger l'ordre d'une profession aux attributions certes diversifiées mais à chaque fois clairement déterminées.

La mutation de la profession en une discipline en soins infirmiers devrait permettre de mettre en évidence ce que ce mémoire n'aura eu de cesse de montrer : une responsabilité, une adaptabilité, une réflexion entre sagesse et sagacité, le tout lié par d'incalculables qualités relationnelles, autant d'aptitudes propres à la profession d'infirmier... et des exigences auxquelles ces professionnels de la santé n'ont pas le droit de déroger.

⁵⁴³ SIDIIEF, mémoire, *La formation universitaire des infirmières et infirmiers : une réponse aux défis des systèmes de santé*, op. cit., p. 23.

⁵⁴⁴ Nous rappelons toutefois que les infirmières peuvent toujours être réquisitionnées par les autorités en cas de « plan blanc », par exemple, dans le cadre de catastrophes naturelles, d'accident de grande envergure. Elles l'avaient été notamment lors de la canicule de 2003.

⁵⁴⁵ Sida (HIV 1 et maintenant HIV 2), grippe aviaire, SRAS, etc.

CONCLUSION

« *Que dis ta conscience ? - Tu dois devenir qui tu es.* »⁵⁴⁶. Mais qui sont les infirmières ? Comment pourrait se définir cette profession aux multiples visages, accrochée au passé mais aussi tournée vers l'avenir, dans des désirs parfois contradictoires ? Nous espérons que notre travail aura aidé à l'élaboration de la réponse dont nous concevons mieux maintenant la complexité.

Nous appréhendons ce « je » infirmier issu d'un passé paradoxal, religieux et militaire notamment mais aussi visionnaire sous les traits d'un H. Dunant ou d'une F. Nigthingale qui préconisait des mesures pour l'édification de la profession⁵⁴⁷, mises en place seulement aujourd'hui. Nous le visualisons dans un présent dont il est difficile pourtant de cerner la réalité tant l'ambiguïté des situations⁵⁴⁸ et des termes utilisés pour sa définition⁵⁴⁹ est grande et ancrée dans son histoire professionnelle. Nous l'entrevoions dans cette actualité contemporaine qui se veut le fruit d'une évolution majeure, alors qu'elle n'est que l'émanation de recommandations internationales du milieu du siècle dernier.

Nous voyons ces professionnelles de santé tout autant engagées à promouvoir la santé et la vie qu'amenées à accompagner la mort. Nous comprenons bien la présence constante du soin infirmier et de la personne qui le réalise sur toute une trajectoire de vie, du plus jeune âge jusqu'à la vieillesse, que nous soyons en bonne santé ou malade, ou accidenté, ou handicapé, etc. Mais nous savons aussi que notre conception de la santé s'est grandement élargie pour dépasser l'unique absence de pathologie. Cette étendue du soin dans le temps, l'espace et les aléas de la vie, nous empêche d'en distinguer les limites et nous rend invisible ces personnels qui sont à nos côtés, notamment dans nos moments de grande vulnérabilité. A moins que ce ne soit l'idée intolérable de notre fragilité, terme derrière lequel nous voyons se profiler la dépendance, qui nous fasse ignorer ce personnel infirmier quitte à nous le faire fantasmer ensuite de manière sanctifiée ou à contrario érotisée (?).

Nous ne voulons plus nous contenter de la simple humanité dans le soin et nos exigences de résultats pour le maintien d'une autonomie glorifiée nous poussent vers

⁵⁴⁶ F. Nietzsche, *Le gai savoir* (1882), 10/18, 1973, p. 262.

⁵⁴⁷ Telle la formation continue obligatoire.

⁵⁴⁸ Entre la réalisation d'actes hautement techniques ajoutés à celle de soins de base d'hygiène et d'alimentation par exemple.

⁵⁴⁹ Nous pensons notamment à celui de « grade » de licence.

une technicité médicale et paramédicale que nous sommes prêts à dénoncer ensuite et à reprocher à la médecine et au soin infirmier si elle n'a pas l'efficacité espérée.

Le soin infirmier est « ici », dans ce contexte de demandes désordonnées obligeant en quelque sorte les infirmiers, eux-mêmes professionnels issus d'une histoire agitée, à se déterminer. Peu de métiers nous semble-t-il rassemblent autant de diversité dans leurs conditions d'exercice, nous l'avons souligné, et moins encore sont confrontés à ses extrémités de vie et de mort. Notre travail nous a permis ainsi de relever des qualités indéniables à ces professionnelles de la santé, dans une vision déontologique de la profession. Nous en avons même expliqué précisément les fondements, en particulier philosophiques : une réflexion composite, une adaptabilité continuelle, une responsabilité dans l'immédiateté du soin et dans la protection de sa pérennité, une qualité relationnelle transcendant considérablement la seule charité chrétienne dans une évolution des relations humaines et des pratiques soignantes la rendant en partie obsolète.

Dans notre époque contemporaine de valorisations personnelles plutôt que collective, les infirmières cherchent donc à faire prendre en compte ce « je » identitaire professionnel. Elles veulent que leur soient reconnues leurs compétences et leurs connaissances pour une mise en valeur de leur pratique quotidienne : celle du soin infirmier - à la fois pratique et technique du soin, philosophie du soin et éthique du soin. Elles ne peuvent pas, ni ne doivent pas s'extraire de ce collectif médical et paramédical qui compose le monde de la Santé.

Ce travail ne peut pas être exhaustif, nous l'avons bien compris, tant l'étendue du sujet est vaste. N'est-ce pas cependant cette amplitude gigantesque du soin qui est à l'origine de la problématique infirmière et en justifie son étude ? Nous pouvons alors reprendre l'aphorisme d'A. Korzybski⁵⁵⁰ « *Une carte n'est pas le territoire* », en relevant qu'elle est toutefois l'outil pour permettre de ne pas s'y égarer. De nombreux sujets, domaines des soins infirmiers auraient pu être plus largement développés, alors qu'ils n'ont été qu'abordés dans le cadre d'une réflexion holistique. Mais dans ces exposés détaillés, n'aurions-nous pas seulement regardé l'arbre qui masque la forêt. Or la forêt se meut, un peu à la façon de la Forêt de Fangorn dans *Le*

⁵⁵⁰ A. Korzybski, D. Kohn, M. de Moura, and J.-C. Dornis, *Une carte n'est pas le territoire : prolégomènes aux systèmes non-aristotéliens et à la sémantique générale*, Paris, Editions de l'Eclat, 1998.

Seigneur des Anneaux.⁵⁵¹ Nous percevons l'émergence et la mutation du soin infirmier dans une reconnaissance nouvelle de son importance en milieu hospitalier, et de sa future prépondérance dans une pratique libérale allant s'amplifiant. Cet atout pour la reconnaissance infirmière est aussi une contrainte que nous avons démontrée dans l'exigence que les infirmières doivent avoir vis-à-vis d'elles-mêmes et des jeunes étudiantes qu'elles auront à former.

L'éthique enseignée depuis quelques années et nouvellement renforcée dans le programme de formation en soins infirmiers trouve sa place logiquement nous semble-t-il dans l'ordonnement d'attentes sociétales fluctuantes et celles de ces personnels investis de nouvelles compétences qui leur ont été accordées sans avoir réévalué les précédentes. Elle pourrait être un des éléments clé qui permette de ciseler cette profession dont le matériau brut est le soin qui, dans sa masse actuelle, ne permet pas de dégager toute sa richesse et peut même donner, si nous n'y prêtons pas attention, avec respect à la manière d'E. Kant et sollicitude à la façon de P. Ricoeur, beaucoup de déchets. D. Sicard nous met en garde cependant : « *La réflexion éthique n'est ni une sorte "d'airbag humaniste", une ligne Maginot destiné à se protéger de toute critique, d'une référence à des tables de la loi éternelles, ni une recherche désincarnée dans l'utopie d'un bien illusoire ; elle reste un questionnement incessant sur les rapports entre les principes constituant d'une société et une pratique scientifico-médicale sans cesse renouvelée, un principe de rapport à ce qui se passe !* »⁵⁵² Et ce qui se passe n'est pas sans nous inquiéter dans une société en perte de repères existentiels et spirituels où l'homme semble parfois jouer à l'apprenti sorcier dans des manipulations et autres recherches de mutations dont nous pouvons nous demander la finalité⁵⁵³.

L'émergence du soin, sortant de son invisibilité est l'occasion unique de préciser, caractériser, identifier une profession dans l'étendue de ses capacités, mais aussi dans les limites pratiques de son humanité. N'est-il pas temps de reconnaître

⁵⁵¹ J. R. R. Tolkien, F. Ledoux, *Le Seigneur des anneaux - Les deux tours*, Paris, Le livre de poche, 1972. Les « Emts », arbres séculaires, prennent leur destin en main après d'interminables délibérations (en décidant, dans ce roman, de participer à la lutte contre les forces du mal identifiables en Sauron et ses alliés dont le mage Saroumane).

⁵⁵² D. Sicard, « Réflexions sur le progrès en médecine », *Médecine et hygiène*, *op. cit.*, p. 9.

⁵⁵³ Nous prendrons en dernier exemple d'actualité la modification génétique par R. Fouchier, directeur de recherche à Rotterdam (Erasmus MC), d'un virus H5N1, lui conférant la capacité de se transmettre facilement d'homme à homme, et la publication, facilement accessible, de cette études sur quelques-unes des plus grandes revues médicales dont *Nature* et *Science*, article paru le 22 juin 2012, cf. le lien suivant : <http://www.sciencemag.org/content/336/6088/1534.full.pdf>

aux infirmières une existence pour elles-mêmes et non pas par défaut d'une profession médicale en cours de régénération ; une réalité actuelle à l'abri des errements du passé de la profession mais sans en oublier la richesse humaine qu'il lui a conféré ? N'avons-nous pas, dans les circonstances nouvelles de notre société mouvante, l'opportunité de donner aux infirmiers une diversité d'exercice néanmoins encadrée et des perspectives d'évolution rendant attractive, à différents niveaux cette profession ? Ces questionnements ont été les motifs de notre réflexion dans cette période qui se veut être une phase de mutation.

BIBLIOGRAPHIE

Livres

- J.-C. Abric**, *Pratiques sociales et représentations*, PUF, 1994, 2^e édition 1997.
- C. Allain**, *Génération Y : l'enfant-roi devenu adulte*, Outremont, Québec, éditions Logiques, 2005.
- Ph. Amiel**, *Ethnométhodologie appliquée, Eléments de sociologie praxéologique*, Paris, Presses du LEMA (Laboratoire d'ethnométhodologie appliquée, Université Paris 8), nouvelle édition augmentée, 2010.
- H. Arendt**, *Condition De L'homme Moderne*, Paris, Calmann-Lévy, 1961.
- Aristote**, R. Bodéüs, *Éthique à Nicomaque*, Paris, Flammarion, 2004.
- E.D. Baer, P. D'Antonio, S. Rinker, J.E. Lynaugh**, *Enduring issues in American nursing*, Springer Publishing Company, New York, 2002.
- Ch. Baudelaire**, *Les fleurs du mal*, France Loisirs, 1983.
- T. Beauchamps et J. Childress**, *Principles of biomedical ethics*, Oxford University Press, New York, 1994 (publié pour la première fois en 1979).
- F. Beigbeder**, *L'Amour dure trois ans*, Paris, Gallimard, 2001.
- H. Bergson**, *L'Évolution créatrice*, Paris, PUF, collection « Quadrige », 2001.
- R. Biot**, *Au service de la personne humaine, Conférences de déontologie médicale données à Lyon aux Infirmières et aux Travailleuses sociales*, Joigny, Editions Vulliez, 1934.
- R. Boigelot** (pseudo Pierre Dufoyer), *L'infirmière et sa mission dans le monde moderne : Conférences Déontologiques*. Paris, Tournai, Casterman, 1937.
- P. Boissier**, *Henri Dunant*, Genève, Institut Henri Dunant, 1991.
- C. Brelet-Rueff**, *Médecines du monde : histoire et pratiques des médecines traditionnelles*, Bouquins, Paris, Laffont, 2002.
- O. Bourguignon**, « L'intime, le corps et la relation de soin », dans *Éthique, médecine et société : Comprendre, réfléchir, décider*, E. Hirsch, et al., Espace éthique, Paris, Vuibert, 2007.
- L. Chaptal**, *Morale professionnelle de l'infirmière*, Paris, éditions Poinat, 1935.
- M.-F Collière**, *Soigner... le premier art de la vie*, 2^e édition, Paris, Masson, 2001.
- M.-F Collière**, *Promouvoir la vie. De la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers*, InterEditions, 1982.
- Commission médicale de la Section française d'Amnesty International et Valérie Marange** ; préface de Paul Ricoeur, *Médecins tortionnaires, médecins résistants : les professions de santé face aux violations des droits de l'homme*, Paris, La Découverte, 1989.
- E. T. Cook**, *The life of Florence Nightingale*, Londres, Macmillan, 2 vol., 1913.
- E. Courjou**, *Comprendre et pratiquer le toucher relationnel*, Paris, InterEditions, 2007.
- R. Daumal**, *La grande beuverie* (1938), Gallimard, 1998.
- Ch. Dickens**, *The Life and Adventures of Martin Chuzzlewit*, 1844.
- DSM-IV**, *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (2002), Paris, Elsevier Masson, 2002.

- DSM-IV-TR**, *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, texte révisé, Paris, Elsevier Masson, 2003.
- H. Dunant**, *Un souvenir de Solférino*, Genève, Comité international de la Croix-Rouge, 2009.
- E. Durkheim**, *Les formes élémentaires de la vie religieuse*, Paris, Le livre de poche, 1991.
- Epicure**, *Lettres et maximes*, « lettre à Ménécée », 125, PUF, 1987.
- O. Fillieule, F. Bourneau**, *Sociologie de la protestation : les formes de l'action collective dans la France contemporaine*, L'Harmattan, 1993.
- E. T. Hall, A. Petita, F. Choay**, *La dimension cachée*, Paris, Seuil, 1978.
- F. Hegel**, *Propédeutique philosophique (1808 - 1811)*, Gonthier Médiations, 1964.
- M. Heidegger et E. Martineau**, *Etre et Temps*, Paris, Authentica, 1985.
- V. Henderson**, *Principes fondamentaux des soins infirmiers*, Genève, Conseil International des Infirmières, 1977.
- H. Jonas, J. Greisch**, *Le principe responsabilité : Une éthique pour la civilisation technologique*, Paris, Flammarion, 2009.
- C.-G. Jung**, *L'analyse des rêves*, T 1 et 2, Albin Michel, Bibliothèque Jung, 2006.
- C.-G. Jung**, *L'Âme et la vie*, LGF - Livre de Poche, 1995.
- E. Kant**, *Fondements de la métaphysique des mœurs*, Le livre de poche, Les classiques de la philosophie, Librairie Générale Française, 2011.
- D. Kergoat, F. Imbert, H. Le Doaré, D. Sénotier (dir.)**, *Les infirmières et leur Coordination, 1988-1989*, Paris, Éditions Lamarre.
- A. Korzybski, D. Kohn, M. de Moura, and J.-C. Dernis**, *Une carte n'est pas le territoire : prolégomènes aux systèmes non-aristotéliens et à la sémantique générale*, Paris, Editions de l'Éclat, 1998.
- Lahache et Navarre**, *Manuel des dames infirmières*, Paris, Plon, 1916.
- P. Lasjaunias**, « le corps transparent », dans *Traité de bioéthique*, vol I, *Fondements, principes, repères*, sous la direction d'E. Hirsch, Toulouse, Editions Erès, 2010.
- R. Magnon**, *Léonie Chaptal, la cause des infirmières*, Paris, Editions Lamarre, 1991.
- M. Merleau-Ponty**, *Phénoménologie de la perception*, Gallimard.
- S. Moscovici**, *La psychanalyse, son image et son public*, Paris, PUF 1961 (2è éd. 1976).
- F. Nietzsche**, *Le gai savoir* (1882), 10/18, 1973.
- F. Nightingale**, *Notes on nursing; what it is, and what it is not*. London, Dodo Press, 2007.
- B. O'Malley**, *Florence Nightingale, 1820 - 1856*, Londres, Thornton Butterworth, 1930.
- A. Poznanska Parizeau**, *Une femme*, Les classiques des sciences sociales, 1991.
- J. Prévert**, *Paroles*, Paris, Gallimard, 1949.
- R.B. Reich**, *The Work of nations: Preparing Ourselves for 21st-Century Capitalism*, New York, A.A. Knopf, 1991.
- A. Schopenhauer**, *Le monde comme volonté et comme représentation*, Tome premier, Paris, Librairie Alcan, 1912.
- L. Schwartzberg**, *Requiem pour la vie*, Paris, Le Pré aux Clercs, 1985.
- Une société de médecins et de chirurgiens**, *Dictionnaire des sciences médicales*, vol. 24 (ILI - INF), Paris, Panckoucke, 1818.

- B. Spinoza**, *Traité de la réforme de l'entendement* (1660), GF-Flammarion, 1964.
- J. R. R. Tolkien, F. Ledoux**, *Le Seigneur des anneaux - Les deux tours*, Paris, Le livre de poche, 1972.
- J. Tronto**, *Un monde vulnérable, pour une politique du care (Moral Boundaries: a Political Argument for an Ethic of care, 1993)*, traduit de l'anglais par Hervé Maury, La Découverte, 2009.
- J. Watson**, *Le Caring. Philosophie et science des soins infirmiers*, traduction française sous la direction de Josiane Bonnet, Paris, Seli Arslan, 1998.
- M. Weber**, *Le savant et le politique*, Plon, 1979.
- B. Werber**, *L'Encyclopédie du savoir relatif et absolu*, Albin Michel, 2000.
- N. Wiener**, *Cybernétique et société*, 10/18, 1962.
- C. Woodham-Smith**, *Florence Nightingale*, Londres, Constable, 1992.

Reuves et publications

- Rapport de l'Afssaps**, *Bilan actualisé de pharmacovigilance des vaccins anti grippaux A/H1N1*, Direction de l'évaluation des médicaments et des produits biologiques, Service de l'évaluation et de la surveillance du risque et de l'information du médicament, Département de pharmacovigilance, mai 2010.
- Rapport de la Conférence internationale** sur *les soins de santé primaire*, Alma-Ata (URSS), Rapport conjoint de l'Organisation Mondiale de la Santé et du Fonds des Nations Unies pour l'Enfance, 6 - 12 septembre 1978.
- Guide des pratiques en téléphonie sociale 115** - Aquitaine et Poitou-Charentes, Fnars, 2012.
- M. Abemyil**, SF, M. Sc. Nursing, « Le soin transculturel, un impératif pour l'infirmière du XXI^e siècle. *Ou quand la science infirmière rencontre l'anthropologie.* », publication du Sidiief, 2011.
- L.H. Aiken, S.P. Clarke, R.B. Cheung, D.M. Sloane**, « Educational levels of hospital nurses and surgical patient mortality », *JAMA*, 290, 1617 - 1623, 2003.
- A. Attewel**, « Florence Nightingale », *Perspectives, revue trimestrielle d'éducation comparée*, Paris, UNESCO : Bureau international d'éducation, vol. XXVIII, n° 1, mars 1998.
- M. Barlet et M. Cavillon**, *La profession infirmière : Situation démographique et trajectoires professionnelles*, Document de travail, Drees, n° 101 - novembre 2010.
- Benoît XVI**, « Lettre encyclique *caritas in veritate* aux évêques, aux prêtres et aux diacres, aux personnes consacrées, aux fidèles laïcs et à tous les hommes de bonne volonté sur le développement humain intégral dans la charité et dans la vérité », *Libreria Editrice Vaticana*, 2009.
- H. Bergson**, « Comme le volant entre les deux raquettes », *La Recherche*, hors-série n° 9, Ordre et désordre, novembre-décembre 2002.
- Y. Berland**, *Mission Démographie des professions de santé*, Tome I, rapport n° 2002135, Ministère de la Santé, novembre 2002.
- Y. Berland**, *Coopération des professions de Santé : le transfert de tâches et de compétences*, rapport d'étape, Ministère de la Santé, octobre 2003.

- S. Berrebi**, « Prison : les soignants en danger ne supportent plus d'exercer. », article sur le site d'actualités médicales en ligne *Egora.fr*, 2 mai 2012.
- C. Boulanger, C. Lançon**, « L'empathie, réflexions sur un concept », *Annales médico-psychologiques*, 164, Elsevier, 2006.
- Y. Bourgueil, A. Marek, J. Mousques**, « La participation des infirmières aux soins primaires dans six pays européens et au Canada », *Etudes et résultats*, n° 406, Drees, juin 2005.
- M. Bressand, M. Chriqui-Reinecke, M. Schmitt**, Rapport de la mission ministérielle : « *Promouvoir la bientraitance dans les établissements de santé* », janvier 2011.
- E. Castagne**, « L'intercompréhension européenne, innovation conceptuelle de la Recherche et du Développement en sciences du langage : la communication et les échanges des entreprises sont facilement opérationnels. », *Points communs*, n° 41, CCIP, 2010.
- M. Catanas**, « La question du "sale boulot" à l'hôpital : petite sociologie de la délégation des actes dans les professions du soin », article du site *cadredesante.com*, décembre 2008.
- M. Catanas**, « La pratique fondée sur les preuves ou Evidence Based Nursing, un instrument de recherche indispensable au soignant », article du site *cadredesante.com*, Juin 2010.
- G. Chevalier**, « Chronique de l'entropie », *La Recherche*, hors-série n° 9, Ordre et désordre, novembre - décembre 2002.
- J.-F. Chossy**, rapport sur l'*Evolution des mentalités et changement du regard de la société sur les personnes handicapées. Passer de la prise en charge à la prise en compte*, chapitre VII « vie affective et sexuelle », novembre 2011.
- CNRS**, « Les singes raisonnent aussi par analogie » communiqué de presse, 23 septembre 2011.
- A. Cohen**, « Peut-on prier avec son patient », *Journal International de la Médecine*, 2 janvier 2012.
- J. Cosnier**, « Emotion et psychomotricité. Nouveaux regards sur les troubles du développement et leurs traitements. Emotions et systèmes de régulation. », *Evolutions psychomotrices*, vol. 19 - n° 77, 2007.
- T.M. Dall, Y.J. Chen, R.F. Seifert, P.J. Maddox, P. F. Hogan**, « The economic value of professional nursing », *Medical care*, 47 (1), 97 - 104, 2009.
- Ch. Delsol**, « La modernité contre l'homme intérieur », *La Nef*, n°173, Juillet-Août 2006.
- E. Deniaud Bouët**, « Chute à l'hôpital, que fait l'équipe infirmière ? », *Journal International de la Médecine*, 24 janvier 2012.
- C. de Batz de Trenquelléon, P. Lesteven**, *Le cumul des activités dans la fonction publique hospitalière*, rapport de l'Inspection générale des affaires sociales, juin 2011.
- M.-A Degoit Cloiseau**, *Approche éthique de la décision médicale de poursuite ou de limitation des actes transfusionnels dans la prise en charge thérapeutique de patients porteurs d'une hémopathie maligne*, Mémoire réalisé dans le cadre du Diplôme Universitaire Ethique et pratiques de la santé et des soins, Assistance publique - Hôpitaux de Paris, Faculté de Médecine - Université de Paris-Sud 11, France, 2009.
- G. Devers**, « Directeur des soins, autant de droits que de devoirs », *Droit, déontologie et soin*, vol. 4, n° 2, juin 2004.
- P. Dielenseger**, « Perspectives de l'exercice professionnel en cancérologie », présentation *Powerpoint*, 1^{er} séminaire en soins infirmiers, EFEC - IGR, 14 juin 2011.

- G. Donnadieu, D. Durand, D. Neel, E. Nunez, L. Saint Paul**, « L'Approche systémique : de quoi s'agit-il ? », Synthèse des travaux du Groupe AFSCET *Diffusion de la pensée systémique*, septembre 2003.
- A. Dozières, P. Perdiguier, D. Ruel**, *Faut-il avoir peur de l'hôpital ? La gestion des risques liés aux soins dans les établissements de santé*, Ecole des Mines, Paris, septembre 2010.
- E. Fiat**, « Humanité, citoyenneté et soins », *Espace éthique - APHP*, n° 7 - 8, hiver 1998 - printemps 1999.
- E. Fiat**, « Pudeur et intimité », *Gérontologie et société*, 2007/3, n° 122.
- E. Fiat**, « Apprendre à vivre, apprendre à mourir : la philosophie comme soin de l'âme ? », intervention lors du colloque sur *Le Care, Figures du soin, figures de soignants*, 3 juin 2010.
- R. Girard**, *Mimesis and Theory: Essays on Literature and Criticism*, 1953 - 2005, sous la direction de R. Doran, Stanford University Press, 2008.
- HAS**, rapport sur le *Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées*, avril 2011.
- L. Hénart, Y. Berland, D. Cadet**, Rapport relatif aux *métiers en santé de niveau intermédiaire. Professionnels d'aujourd'hui et nouveaux métiers : des pistes pour avancer*, 2 février 2011.
- W. Hesbeen**, « Le caring est-il prendre soin ? », Revue *Perspective soignante*, Ed. Seli Arslan, n°4, Paris, 1999.
- INCa**, ©La situation du cancer en France en 2011, Collection *Rapports & synthèses*, ouvrage collectif, Boulogne-Billancourt, octobre 2011.
- A. Jacquet-Andrieu**, *Aphasique. Quand la langue maternelle devient langue étrangère ! Soigner aux confins de l'éthique médicale et de l'éthique de l'éducation*, Master Philosophie Pratique, sous la direction d'E. Fiat, 2009 - 2010.
- A. Joiris**, *De la vocation à la reconnaissance, Les infirmières hospitalières en Belgique 1789 - 1970, Genèse, émergence et construction d'une identité professionnelle*, août 2009.
- J. Lacan**, « Fonction et champ de la parole et du langage en psychanalyse », *La psychanalyse*, n° 1, 1956.
- J. Lacan**, *Le stade du miroir comme formateur de la fonction du Je telle qu'elle nous est révélée dans l'expérience psychanalytique*, Congrès international de psychanalyse, Zurich, 17 juillet 1949.
- J. Léonetti**, rapport fait au nom de la *mission d'information sur l'accompagnement de la fin de vie*, Tome 1, juin 2004.
- F. Midy**, *Les infirmières, image d'une profession*, Document de travail réalisé dans le cadre d'une formation d'initiation à la sociologie au sein du CreDES, 2002.
- M.-C. Moisy**, *L'infirmier, formateur de ses pairs, réalités et perspectives*, mémoire de diplôme infirmier, IFSI Villefranche sur Saône, 1998 - 2001.
- D. Moreau**, « De qui se soucie-t-on ? Le care comme perspective politique » (à propos de J. Tronto, *Un monde vulnérable. Pour une politique du care*), in *La Revue Internationale des Livres et des Idées*, 14 septembre 2009.
- National Academy of Sciences, National Academy of Engineering and Institute of Medicine of the National Academies**, *Beyond bias and barriers: Fulfilling the potential of women in academic science and engineering*, National Academies Press, Washington D. C., 2006.

- OCDE**, « Nurses in advanced roles: a description and evaluation of experiences in 12 developed countries. », 3 août 2010.
- OMS**, « The first ten years of the World Health Organization », Genève, Palais des Nations, 1958.
- ONI**, « Les infirmières alertent les pouvoirs publics et les candidats à l'élection présidentielle sur la qualité et la sécurité des soins à l'hôpital », enquête réalisée le 11 avril 2012.
- Y. Ouharzoune**, « Vers des paramédicaux praticiens aux rôles et aux responsabilités clarifiés », *Soins*, n° 753, mars 2011.
- Z. Or, L. Com-Ruelle**, « La qualité des soins en France : comment la mesurer pour l'améliorer », DT n° 18, Irdes, décembre 2008.
- O. Parent, J. Eustache**, *Les Réseaux Bayésiens, A la recherche de la vérité*, Master 2 Recherche Connaissance et Raisonnement, 2006 - 2007, Cours Cognition et connaissance, A. Mille, Université Claude Bernard Lyon 1.
- B. Paterson**, « Myth of empowerment in chronic illness », *Journal of advanced nursing*, vol. 34, Issue 5, 20 décembre 2001.
- J.-L. Petit**, « empathie et intersubjectivité », art. in *Les bases neuronales de l'empathie*, Séminaire de A. Berthoz, G. Jorland éd., à par. O. Jacob, 2003.
- B. Piettre**, *Ordre et désordre, le point de vue philosophique*, revue en ligne sur le site de l'université de Picardie.
- R. Poole et C.C.H. Cook**, « Praying with a patient constitutes a breach of professional boundaries in psychiatric practice » (debate), *British Journal of Psychiatry*, 2011.
- I. Robert-Bobée**, « Projections de population pour la France métropolitaine à l'horizon 2050 », Insee, n° 1089, juillet 2006.
- M.-C Romano**, « Histoire de la santé scolaire, de l'hygiène pédagogique à la promotion de la santé », *Revue du Soignant en santé publique*, Vol 4, N° 30, 2009.
- V. Saoût**, *Conceptions du soin envers les patients en état végétatif chronique et en état pauci relationnel chronique, au sein d'unités dédiées : Points de vue de soignants et analyse critique*. Mémoire de M 2R en éthique, Université Paris Descartes, 2007 - 2008.
- M. Serres** : « Petite Poucette », discours prononcé par M. Serres délégué de l'Académie française, séance du mardi 1^{er} mars 2011, *Les nouveaux défis de l'éducation*, Paris, Palais de l'Institut.
- D. Sicart**, *Les professions de santé au 1er janvier 2011*, Document de travail, Drees, n° 158 - juillet 2011.
- D. Sicard**, « Réflexions sur le progrès en médecine », *Médecine et hygiène*, Genève, octobre 2004.
- SIDIIEF**, mémoire *La formation universitaire des infirmières et infirmiers : une réponse aux défis des systèmes de santé*, 26 mai 2011.
- P. Simon et D. Acker**, *Rapport sur la place de la télémédecine dans l'organisation des soins*, Ministère de la Santé et des Sports, Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins, novembre 2008.
- C. Singly**, *Rapport de la Mission Cadres Hospitaliers*, Ministère de la Santé et des Sports, 11 septembre 2009.
- Ph. Svandra**, « Le soin est-il soluble dans la bienveillance ? », intervention lors du colloque sur *Le Care, Figures du soin, figures de soignants*, 3 juin 2010.

Ph. Svandra, « le *care*, entre disposition morale et pratique sociale. », juillet 2009.

Ch. Thinlot, *Prise en charge globale continue et maladie chronique*, EFEC, IGR, 14 juin 2011.

R.K.R. Thompson et J. Fagot, « Generalized Relational Matching by Guinea Baboons (*Papio papio*) in two by two-item analogy problems », *Psychological Science*, 20 septembre 2011.

N. Witkowski, « L'effet papillon bat-il de l'aile ? », *La Recherche*, hors-série n° 9, Ordre et désordre, novembre - décembre 2002.

M. Yahiel, C. Mounier, *Quelles formations pour les cadres hospitaliers ?* Inspection générale des affaires sociales, janvier 2011.

Autres textes

Arrêté du 31 décembre 1947 concernant les *actes médicaux pouvant être exécutés par un auxiliaire médical qualifié*, JORF du 9 janvier 1948.

Arrêté du 30 mars 1992 relatif à *l'évaluation continue des connaissances et des aptitudes acquises au cours des études conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier*.

Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au *diplôme d'Etat d'infirmier*, JORF n° 0181 du 7 août 2009.

Arrêté du 6 mars 2007 fixant *les conditions d'immunisation des personnes visées à l'article L 3111-4 du code de la Santé publique*.

Arrêté du 23 décembre 2011 fixant *la liste et les conditions de validité des certificats, titres ou attestations délivrés par la province de Québec permettant l'exercice de la profession d'infirmière ou d'infirmier en qualité d'auxiliaire polyvalent mentionnées à l'article L 4311-12 du code de la Santé publique*.

Circulaire n° DHOS/P1/2005/327 du 11 juillet 2005 relative au *recensement des actes de violence dans les établissements mentionnés à l'article 2 du titre IV du statut général de la fonction publique*.

Code de la Santé publique.

Code du Travail.

Convention de Genève pour *l'amélioration du sort des militaires blessés dans les armées en campagne*, Genève, 22 août 1864.

Convention (IV) de Genève relative à *la protection des personnes civiles en temps de guerre*, Genève, 12 août 1949.

Protocole additionnel aux Conventions de Genève du 12 août 1949 relatif à *la protection des victimes des conflits armés internationaux (Protocole I)*, 8 juin 1977.

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'Etat d'infirmier et d'infirmière*.

Décret no 92-510 du 5 juin 1992 modifiant le décret n° 81-306 du 2 avril 1981 modifié relatif aux *études conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier et d'infirmière*.

Décret de compétence n° 2002-194 du 11 février 2002 relatif aux *actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier*.

Décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant *statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière.*

Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux *parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la Santé publique* et modifiant certaines dispositions de ce code.

Décret n° 2007-1301 du 31 août 2007 relatif aux *diplômes d'aide-soignant, d'auxiliaire de puériculture et d'ambulancier.*

Décret n° 2010-535 du 20 mai 2010 relatif aux *établissements de santé privés d'intérêt collectif*, JO du 22.05.10.

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.*

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 de ce code relatif à *l'exercice illégal de la profession de médecin.*

Loi n° 2000-1209 du 13 décembre 2000 relative à *la contraception d'urgence.*

Loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de *modernisation sociale.*

Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux *droits des malades et à la qualité du système de santé.*

Loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 relative au *financement de la sécurité sociale pour 2004.*

Loi n° 2004-800 du 6 août 2004 relative à *la bioéthique.*

Loi du 9 août 2004 relative à *la politique de Santé publique.*

Loi du 22 avril 2005 relative aux *droits des malades et à la fin de vie.*

Loi n° 2006-1668 du 21 décembre 2006 portant *création d'un ordre national des infirmiers.*

Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant *réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.*

Sites internet : liens accessibles au 26/07/12

http://web.archive.org/web/20080517183158/http://agora.qc.ca/thematiques/mort.nsf/Documents/La_mort_biologique--Definition_de_la_mort_par_Leon_Schwartzenberg

http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/EB101/pdf/fran/fraid9.pdf

http://ec.europa.eu/information_society/activities/health/docs/policy/taskforce/redesigning_health-eu-for2020-ehf-report2012.pdf

<http://eduscol.education.fr/cid47784/le-cerveau-a-t-il-un-sexe%A0.html>

http://formation.aphp.fr/doc/fiches_metiers/cadre-de-sante.pdf

http://icar.univ-lyon2.fr/membres/jcosnier/articles/VI-7_Emotion_Regulation.pdf

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/024000643/0000.pdf>

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/114000573/0000.pdf>

http://liris.cnrs.fr/amille/enseignements/master_ia/rapports_2006/Reseau%20Bayesien%20SYNTHESE%20ECRITE.pdf

<http://press.web.cern.ch/press/pressreleases/releases2011/PR19.11F.html>

<http://questions.assemblee-nationale.fr/q13/13-18284QE.htm>
<http://questions.assemblee-nationale.fr/q13/13-17273QE.htm>
<http://recherche.assemblee-nationale.fr/questions/out/S48/Y8CJSHQWRXQW2B09FMB.pdf>
<http://svandra.over-blog.com/article-33681864.html>
<http://lucid-state.org/forum/archive/index.php/t-8812.html>
[http://whqlibdoc.who.int/publications/a40539_\(ch28\).pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/a40539_(ch28).pdf)
<http://whqlibdoc.who.int/publications/9242800001.pdf>
http://www.academie-francaise.fr/immortels/discours_divers/serres_2011.html
<http://www.actusoins.com/2961/quand-les-infirmieres-sen-mlent.html>
<http://www.actusoins.com/8304/premiere-accord-de-cooperation-medecin-infirmiers-a-marseille.html>
<http://www.actusoins.com/8473/coup-de-theatre-lordre-infirmier-provisoirement-hors-de-danger.html>
<http://www.afif.asso.fr/francais/conseils/legislation/dcenfant.html>
<http://www.afscet.asso.fr/SystemicApproach.pdf>
http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/NGAP_V28_juin_2012_def.pdf
<http://www.beta.undp.org/content/undp/fr/home.html>
<http://www.cadredesante.com/spip/spip.php?article385>
<http://www.cadredesante.com/spip/spip.php?article417>
http://www.cepidc.inserm.fr/inserm/html/pdf/rapport_canicule_03.pdf
<http://www.cnr-sante.fr/>
<http://www.contrepointphilosophique.ch/Ethique/Sommaire/ProgresEnMedecine.html>
<http://www.coordination-nationale-infirmiere.org/index.php/20081223850/Actualites/1988-2008-la-Coordination-fete-ses-20-ans/La-Coordination-Infirmiere-un-lieu-critique.html>
<http://www.directeurdesoins-afds.com/>
<http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/seriestat158-3.pdf>
<http://www.e-cancer.fr/>
<http://www.egora.fr/>
http://www.espace-socrate.com/SocProAccueil/Document%5CRehabilitation%5Ca_soinsinfirmiers.pdf
<http://www.europsy.org/ceemi/defmort.html>
<http://www.fsi.usj.edu.lb/congres/pdftexteintegral/seancesplenieres/12walterhasbeen.pdf>
<http://www.has-sante.fr>
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-06/fiche_descriptive_trd_030608.pdf
http://www.ibe.unesco.org/fileadmin/user_upload/archive/publications/ThinkersPdf/nightinf.PDF
<http://www.icrc.org/fre/resources/documents/faq/ihl-video-games-faq-2011-12-08.htm>
<http://www.icrc.org/fre/war-and-law/treaties-customary-law/geneva-conventions/index.jsp>
<http://www.icrc.org/fre/assets/files/publications/icrc-001-2028-henry-dunant.pdf>
<http://www.icn.ch/fr/about-icn/icn-definition-of-nursing/>
<http://www.ina.fr/economie-et-societe/vie-sociale/video/CAB91053411/manifestation-d-infirmieres.fr.html>

<http://www.infirmiers.com/profession-infirmiere/legislation/la-collaboration-aides-soignants-infirmiers-definition-domaine-de-competence-et-responsabilite-juridique-1ere-partie.html>

<http://www.infirmiers.com/profession-infirmiere/presentation/historique-de-la-profession.html>

<http://www.infirmiers.com/ressources-infirmieres/documentation/le-diagnostic-infirmier-une-clef-dacces-a-linformation.html>

<http://www.infirmiers.com/votre-carriere/ide-liberale/la-prise-en-charge-des-soins-a-domicile.html>

<http://www.infirmiers.com/votre-carriere/cadre/la-place-et-le-role-du-cadre-de-sante-dans-lunite-de-soins.html>

<http://www.insee.fr/fr/ffc/ipweb/ip1089/ip1089.pdf>

http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATFPS06302

<http://www.irdes.fr/EspaceEnseignement/ThesesMemoires/FormationFMidyInfirmieres.pdf>

<http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/DocumentsDeTravail/DT19QualiteDesSoinsEnFrance.pdf>

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/114000695/0000.pdf>

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/094000432/0000.pdf>

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/114000037/0000.pdf>

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000413623&dateTexte=vig>

<http://www.liberation.fr/evenement/0101297207-les-infirmieres-scolaires-pourront-la-delivrer-la-pilule-du-lendemain-entre-au-college-la-decision-du-gouvernement-bien-accueillie-par-les-educateurs-confrontes-au-probleme-des-grossesses-precoces>

<http://www.liberation.fr/societe/0101452155-a-paris-les-corps-en-rade-de-la-canicule>

<http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/pdf/metier.php?idmet=26>

<http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/pdf/metier.php?idmet=27>

<http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/pdf/metier.php?idmet=29>

<http://www.nanda.org/AboutUs/History.aspx>

<http://www.orderofmalta.int/?lang=fr>

<http://www.ordre-infirmiers.fr/actualites/articles/les-infirmiers-alertent-les-pouvoirs-publics-et-les-candidats-a-lelection-presidentielle-sur-la-qualite-et-la-securite-des-soins-a-lhopital.html>

<http://www.ordre-infirmiers.fr/lordre-et-les-conseils-ordinaux/inscription-a-lordre.html#montants>

http://www.ordre-infirmiers.fr/assets/files/000/pdf/projet_code_deontologie_fevrier_2010.pdf

<http://www.psych.org/>

<http://www.revuedeslivres.onoma6.com/articles.php?idArt=404&PHPSESSID=c300c7ea41669e3d6e6cc85b43093172>

<http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2006/06-01/bo0601.pdf>

<http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er406.pdf>

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/circ327_110705.pdf

<http://www.sante.gouv.fr/la-charte-de-la-personne-hospitalisee-des-droits-pour-tous.html>

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_bientraitance_dans_les_etablissements_de_sante.pdf

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_final_Telemedecine.pdf

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_relatif_aux_metiers_en_sante_de_niveau_intermediaire_-_Professionnels_d_aujourd_hui_et_nouveaux_metiers_-_des_pistes_pour_avancer.pdf

<http://www.sciencemag.org/content/336/6088/1534.full.pdf>

http://www.serpsy.org/formation_debat/mariodile_5.html
http://www.sidiief.org/Accueil/7_0_Publications/7_1_PublicationsSIDIIEF/~media/E96F076298234D099DA4C3DCE55C61E1.ashx
http://www.timone.univ-mrs.fr/medecine/divers/MISSION2YB/rapport_complet.pdf
<http://www.travail-emploi-sante.gouv.fr/informations-pratiques,89/fiches-pratiques,91/sante-conditions-de-travail,115/le-comite-d-hygiene-de-securite-et,1048.html>
http://www.u-picardie.fr/labo/curapp/revues/root/40/bernard_piettre.pdf_4a0931d81d9c1/bernard_piettre.pdf
http://www.vatican.va/holy_father/benedict_xvi/encyclicals/documents/hf_ben-xvi_enc_20090629_caritas-in-veritate_fr.html
<http://www2.cnrs.fr/presse/communiqu/2290.htm>

Ce lien était encore accessible à cette date:

<http://www.pole-emploi.fr/actualites/infirmier-code-rome-j1506-@/suarticle.jspz?id=5879226/11/11>).

Filmographie, documentaires télévisés, autres

E. Bress et J. Mackye Gruber, *L'Effet papillon* (The Butterfly Effect), film drame-fantastique américain, 2004.

Bénabar, « l'effet papillon », album *Infréquentable*, Sony, 2008.

Charmed, série télévisée américaine, 1998.

Coluche, *La publicité*, 1979.

Criminal minds, suspect behavior, série télévisée américaine, 2009.

Direct 8, « Les infirmières héroïnes du quotidien », *Quartier Général*, 23 janvier 2012.

Dr House, série télévisée, 2004.

V. Donzelli, *La guerre est déclarée*, film français, août 2011.

C. François, J. Revaux, G. Thibaut, *Comme d'habitude*, 1967.

France 2, journal de 20h, *Hôpital, la tension permanente, le 23 novembre 2011*. Les journalistes sont les suivants : Y. Junqua, T. Daligault, G. Garcia, M. Cario, G. Prouff (sur les RTT) ; M.-P. Cassignard, R. Massini, L. Patris-Debreuil (pour l'hôpital, la tension permanente).

Grey's Anatomy, série télévisée américaine, 2005.

Hawthorne, série télévisée américaine, 2009.

Heroes, série télévisée américaine, 2006.

« **Hôpital connecté, médecine en réseau : Peut-on rendre la "e-santé" acceptable et fiable pour le citoyen ?** », Rencontres parlementaires sur les systèmes d'information de santé, Maison de la Chimie, 12 octobre 2011.

G. Lucas, Star Wars, Episode 1 : *La menace fantôme*, film américain (1^{er} de la saga dans la chronologie de l'histoire, 4^e dans celle des tournages), 1999.

Nurse Jackie, série télévisée américaine, 2009.

Profiler, série télévisée américaine, 1996.

Star Trek, série américaine datant des années 1960.

Auteurs des différentes citations de titres de chapitres

Nous le rappelons, chacun des chapitres et sous chapitres de ce mémoire est introduit par une citation d'auteurs divers, philosophes parfois. Elle n'a d'autre vocation que d'indiquer la couleur de la partie et en porter le sens.

H. Bergson, *La pensée et le mouvant. Essais et conférences*, Paris, PUF, collection « bibliothèque de philosophie contemporaine », 1969.

H. Dunant, propos recueillis dans une lettre adressée à un ami.

F. des Dunes, *--et Les Feuilles Tombent*, Montréal, Levesque, 1931.

W. Hesbeen, « Le caring est-il prendre soin ? », Revue *Perspective soignante*, Ed. Seli Arslan, n°4, Paris, 1999.

F. Jacob, *La logique du vivant* (1970), Gallimard, 1971.

F. Jacob, *Le jeu des possibles*, Fayard, 1981.

H. Jonas, J. Greisch, *Le principe responsabilité : Une éthique pour la civilisation technologique*, Paris, Flammarion, 2009.

J. de La Fontaine, *La souris métamorphosée en fille*, Livre IX, fable 7.

M. Leiris, *Cinq études d'ethnologie* (1969), « L'ethnologue devant le colonialisme » (1950), Gonthier Médiations, 1972.

K. Marx, *Le 18 brumaire de Louis Bonaparte*, Paris, GF - Flammarion, 2007.

F. Nietzsche, *Le gai savoir* (1882), § 26, 10/18, 1973.

F. Pessoa, *un singulier regard*, « Un portrait éclaté » (après 1913 ?), C. Bourgois, 2005.

H. Poincaré, *La Science et l'Hypothèse*, Flammarion, 1935.

J. Renard, *Journal* (1925 - 1927), 27 septembre 1902, R. Laffont, coll. « Bouquins », 1990.

E. Rostand, *Chantecler*, 1908, acte II, scène 3.

Une société de médecins et de chirurgiens, *Dictionnaire des sciences médicales*, vol. 24 (ILI - INF), Paris, Panckoucke, 1818.

A. Schopenhauer, *Le monde comme volonté et comme représentation*, Tome premier, Paris, Librairie Alcan, 1912.

M. Serres, « Petite Poucette », discours prononcé à l'Académie française, séance du mardi 1er mars 2011, *Les nouveaux défis de l'éducation*, Paris, Palais de l'Institut.

P. Valéry, *Œuvres*, vol. 2, *Mauvaises Pensées et autres* (1941 - 1942), Gallimard, coll. « Bibliothèque de la Pléiade », 1988.

P. Valéry, *Œuvres - Mélange*, Gallimard, coll. « Bibliothèque de la pléiade », 1957.

Table des illustrations

- Première de couverture : Janus, mythologie romaine. Dieu des portes et des passages. Il est, selon l'encyclopédie Universalis, le « *dieu qui préside à toute espèce de transition d'un état à un autre* », dans l'espace, dans le temps et dans l'être (passage du néant à la vie).
- Page 12 : Betty Boop infirmière : <http://www.bettyboop4u.co.uk>
Betty Boop est l'héroïne d'une série de dessins animés américains créée par les Fleischer Studios entre 1930 et 1931.
- Sœur Rosalie Rendu (1787 - 1856), tout à la fois infirmière, juge de paix et catéchiste. Image issue du site internet : http://www.filles-de-la-charite.org/fr/st_rosalie_rendu.aspx
- Page 54 : F. Nightingale. Image en provenance du site internet : <http://www.spartacus.schoolnet.co.uk/REnightingale.htm>
- Page 59 : Une infirmière lors de la 1^{ère} guerre mondiale. Image de l'Etablissement de Communication et de Production Audiovisuelle de la Défense : http://www.ecpad.fr/wp-content/gallery/feminisation/02_spa-50-x-1875d.jpg
- Pages 90, 93 et 94 : Images provenant du site Wikipédia sur les différentes pages concernant les mots infirmiers, soin infirmier et diagnostics infirmiers ainsi que les versions étrangères leur correspondant.
- Annexe n° 7 : Les cartes postales reproduites proviennent de la collection privée de Mme A. Montaron, Directeur des soins à l'IGR.

ANNEXES

Annexe n° 1

Paroles est un recueil de poèmes de J. Prévert (1900-1977) publié pour la première fois en 1946.

Inventaire

Une pierre
deux maisons
trois ruines
quatre fossoyeurs
un jardin
des fleurs

un raton laveur

une douzaine d'huîtres un citron un pain
un rayon de soleil
une lame de fond
six musiciens
une porte avec son paillason
un monsieur décoré de la légion d'honneur

un autre raton laveur

un sculpteur qui sculpte des Napoléon
la fleur qu'on appelle souci
deux amoureux sur un grand lit
un receveur des contributions une chaise trois dindons
un ecclésiastique un furoncle
une guêpe
un rein flottant
une écurie de courses
un fils indigne deux frères dominicains trois sauterelles un strapontin
deux filles de joie un oncle Cyprien
une Mater dolorosa trois papas gâteau deux chèvres de Monsieur Seguin
un talon Louis XV
un fauteuil Louis XVI
un buffet Henri II deux buffets Henri III trois buffets Henri IV
un tiroir dépareillé
une pelote de ficelle deux épingles de sûreté un monsieur âgé
une Victoire de Samothrace un comptable deux aides-comptables
un homme du monde deux chirurgiens trois végétariens
un cannibale
une expédition coloniale un cheval entier une demi-pinte de bon sang une mouche tsé-tsé
un homard à l'américaine un jardin à la française
deux pommes à l'anglaise
un face-à-main un valet de pied un orphelin un poumon d'acier
un jour de gloire
une semaine de bonté
un mois de Marie
une année terrible
une minute de silence
une seconde d'inattention
et ...

cinq ou six ratons laveurs

un petit garçon qui entre à l'école en pleurant
un petit garçon qui sort de l'école en riant
une fourmi
deux pierres à briquet
dix-sept éléphants un juge d'instruction en vacances assis sur un pliant
un paysage avec beaucoup d'herbe verte dedans
une vache
un taureau
deux belles amours trois grandes orgues un veau marengo
un soleil d'Austerlitz
un siphon d'eau de Seltz
un vin blanc citron
un Petit Poucet un grand pardon un calvaire de pierre une échelle de corde
deux sœurs latines trois dimensions douze apôtres mille et une nuits
trente-deux positions six parties du monde cinq points cardinaux
dix ans de bons et loyaux services sept péchés capitaux deux doigts
de la main dix gouttes avant chaque repas trente jours de prison
dont quinze de cellule cinq minutes d'entr'acte

et ...

plusieurs ratons laveurs.

Annexe n° 2

Consommation de soins et de biens médicaux en 2010

en milliards d'euros courants

	1995	2000	2005	2005*	2008	2009	2010
Soins hospitaliers	47,6	52,7	67,6	68,5	76,2	79,1	81,2
Soins ambulatoires ou de ville (1)	26,8	31,2	40,9	37,4	42,1	43,2	44,0
Médecins (2)	13,0	15,2	19,1	16,5	18,2	18,5	18,4
Auxiliaires médicaux	5,2	6,3	8,9	8,1	9,9	10,4	11,0
Dentistes	6,0	6,7	8,7	8,7	9,6	9,7	9,9
Analyses	2,4	2,8	4,0	3,8	4,1	4,2	4,3
Cures thermales	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3
Transports de malades	1,5	1,9	2,8	2,8	3,4	3,6	3,8
Médicaments	18,5	23,6	31,5	30,7	33,4	34,1	34,4
Autres biens médicaux (3)	3,7	5,7	8,4	8,8	10,7	11,0	11,6
Consommation de soins et de biens médicaux	98,0	115,1	151,2	148,1	165,7	171,0	175,0

(1) : soins ambulatoires en base 2000, soins de ville en base 2005.

(2) : à l'occasion de la publication de la nouvelle base dite "base 2005", les comptes de la santé, comptes satellite des comptes nationaux, ont fait l'objet de plusieurs modifications.

Ainsi, en base 2005, les soins de médecins isolés dans la CSBM correspondent aux seuls soins des médecins de ville (cabinets libéraux et centres de santé) :

ils diminuent de près de 3 Mds d'euros par rapport au niveau de la base 2000 où ils intégraient aussi les consultations externes effectuées dans les hôpitaux publics et une partie des honoraires de médecins perçus en établissement privé.

(3) : optique, prothèses, orthèses, véhicules pour handicapés physiques, petits matériels et pansements.

Champ : France.

Source : Drees, comptes de la santé (base 2000 jusqu'en 2005 ; base 2005 depuis).

Annexe n° 3

Objet : Lettre de la ministre aux soignants sur la vaccination Grippe

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Ministère de la Santé et des Sports

La Ministre

Paris, le 13 novembre 2009

Madame, mademoiselle, monsieur,

Certains d'entre vous hésitent encore à se faire vacciner contre la grippe A H1N1. Je veux être sûre que vous disposez des informations nécessaires pour prendre la meilleure décision.

Cette maladie n'est pas anodine même si, dans la plupart des cas, elle se présente comme une grippe banale, qui guérit spontanément. Vous êtes bien placés pour savoir cependant qu'elle est extrêmement contagieuse, et peut être particulièrement grave lorsqu'elle touche les enfants, les femmes enceintes, les personnes fragiles. De surcroît, comme vous le savez, de jeunes adultes en bonne santé peuvent être sévèrement atteints par la maladie et nécessiter un séjour en réanimation.

Aux Etats-Unis, où l'épidémie a débuté avant la France, entre avril et octobre 2009, le nombre estimé de cas est de 22 millions, dont 8 millions chez les moins de 18 ans. Le nombre estimé de décès est de 3900, dont 540 enfants.

Aussi, je compte sur votre discernement pour faire la part, parmi tout ce que vous avez pu entendre, entre l'information juste et les rumeurs infondées voire dangereuses qui peuvent se propager. Je me suis toujours engagée à faire preuve d'une totale transparence envers les professionnels de santé qui ont la responsabilité des patients, et envers le grand public.

Les vaccins mis sur le marché ont satisfait à toutes les exigences réglementaires, françaises et européennes, en termes de qualité. Des essais cliniques ont permis de vérifier leur efficacité et leur innocuité, comme c'est toujours le cas pour les médicaments que vous utilisez dans votre pratique quotidienne.

Nos concitoyens savent ce qu'ils doivent à votre engagement quotidien. Je fais donc appel à votre clairvoyance et à votre sens du devoir. Je sais que vous ne prendrez pas le risque de contaminer vos patients en risquant vous-mêmes de tomber malade. Nous avons aujourd'hui, en métropole, un coup d'avance sur cette épidémie et je sais que vous saisissez cette chance, en vous faisant vacciner, vous qui êtes prioritaires.

Pour manifester ma confiance dans la vaccination qui constitue la meilleure mesure de prévention contre cette grippe inhabituelle qui peut être dangereuse, je me suis moi-même faite vacciner le 12 novembre dernier.

Je compte aujourd'hui sur vous pour faire le choix de la prévention et de la solidarité, pour donner une fois encore l'exemple de votre implication responsable.

Roselyne BACHELOT-NARQUIN

Annexe n° 4

Les 14 besoins fondamentaux de V. Henderson :

- Le besoin de respirer : nécessité pour chaque individu, de disposer d'une oxygénation cellulaire satisfaisante.
- Le besoin de boire et de manger : nécessité pour chaque individu, d'entretenir son métabolisme afin de produire de l'énergie, de construire, maintenir et réparer les tissus.
- Le besoin d'éliminer : nécessité pour chaque individu, d'éliminer les déchets qui résultent du fonctionnement de l'organisme.
- Le besoin de se mouvoir et de maintenir une bonne position : nécessité pour chaque individu, d'entretenir l'intégrité et l'efficacité des systèmes biophysiques, de permettre la réalisation des activités sociales et de construire et maintenir l'équilibre mental.
- Le besoin de dormir et de se reposer : nécessité pour chaque individu, de prévenir et réparer la fatigue, diminuer les tensions, conserver et promouvoir l'énergie.
- Le besoin de se vêtir et de se dévêtir : nécessité pour chaque individu, de se protéger et d'exprimer son identité physique, mentale et sociale.
- Le besoin de maintenir la température du corps dans les limites de la normale : nécessité pour chaque individu, d'assurer le rendement optimal des fonctions métaboliques, de maintenir les systèmes biophysiques et de maintenir une sensation de chaleur corporelle satisfaisante.
- Le besoin d'être propre et de protéger ses téguments : nécessité pour chaque individu, de maintenir l'intégrité de la peau, des muqueuses et des phanères, d'éliminer les germes et les souillures, et d'avoir une sensation de propreté corporelle, élément de bien-être.
- Le besoin d'éviter les dangers : nécessité pour chaque individu, de se protéger contre toute agression externe, réelle ou imaginaire et de promouvoir l'intégrité physique, l'équilibre mental et l'identité sociale.
- Le besoin de communiquer : nécessité pour chaque individu, de transmettre et de percevoir des messages cognitifs ou affectifs, conscients ou inconscients et d'établir des relations avec autrui par la transmission et la perception d'attitudes, de croyances et d'intentions.
- Le besoin de pratiquer sa religion et d'agir selon ses croyances : nécessité pour chaque individu, d'être reconnu comme sujet humain, de faire des liens entre événements passés, présents, à venir et se réapproprier sa vie, de croire en la continuité de l'homme, de chercher un sens à sa vie et s'ouvrir à la transcendance.
- Le besoin de s'occuper et de se réaliser : nécessité pour chaque individu, d'exercer ses rôles, d'assumer ses responsabilités, et de s'actualiser par le développement de son potentiel.
- Le besoin de se récréer : nécessité pour chaque individu, de se détendre, de se divertir et de promouvoir l'animation du corps et de l'esprit.
- Le besoin d'apprendre : nécessité pour chaque individu, d'évoluer, de s'adapter, d'interagir en vue de la restauration, du maintien et de la promotion de sa santé.

Grille des 14 besoins de V. Henderson

I - Besoin de respirer

- 1 - Sans gêne.
- 2 - Dyspnée.
- 3 - A besoin d'aide technique (aérosol).
- 4 - Ventilation assistée.

II - Besoin de boire et manger

- 1 - Mange seul.
- 2 - Installation/stimulation.
- 3 - À besoin d'aide partielle et/ou surveillance.
- 4 - A besoin d'aide totale (faire manger, nutripompe, etc.).

III - Éliminer (urines)

- 1 - Continence.
- 2 - A besoin d'aide (WC avec aide, urinal, bassin).
- 3 - Incontinence jour ou nuit.
- 4 - Incontinence jour et nuit.

Éliminer (selles)

- 1 - Transit normal.
- 2 - A besoin d'aide (WC avec aide, bassin, laxatif).
- 3 - Incontinence, diarrhée, constipation épisodique.
- 4 - Incontinence en permanence.

IV - Se mouvoir et maintenir une bonne posture

- 1 - Se déplace seul.
- 2 - Se déplace avec aide (canne) ou avec une personne.
- 3 - Se déplace avec l'aide de deux personnes.
- 4 - Alité en permanence, lever interdit.

V - Dormir et se reposer

- 1 - Dort naturellement.
- 2 - Dort avec aide (médicament).
- 3 - Réveils fréquents.
- 4 - Insomnies fréquentes.

VI - Se vêtir et se dévêtir

- 1 - S'habille, se déshabille seul.
- 2 - A besoin du conseil d'un tiers, de surveillance.
- 3 - A besoin de l'aide partielle d'un tiers.
- 4 - A besoin d'une aide totale.

VII - Maintenir sa température

- 1 - Adapte ses vêtements à la température ambiante.
- 2 - Demande à être protégé.
- 3 - Incapable d'adapter ses vêtements à la température ambiante.
- 4 - Garde les vêtements qu'on lui enfle.

VIII - Être propre, protéger ses téguments

- 1 - Se lave seul.
- 2 - A besoin d'être stimulé mais se lave seul.
- 3 - A besoin d'une aide partielle (une partie du corps).
- 4 - A besoin d'une aide totale pour se laver.

IX - Éviter les dangers

- 1 - Lucide.
- 2 - Confus et/ou désorienté épisodiquement.
- 3 - Confus et/ou désorienté en permanence.
- 4 - Coma, dangereux pour lui-même et pour les autres.

X - Communiquer

- 1 - S'exprime sans difficulté.
- 2 - S'exprime avec difficulté (bégaiement).
- 3 - A besoin d'une aide pour s'exprimer (ardoise, interprète).
- 4 - Ne peut pas s'exprimer (aphasie), ne veut pas s'exprimer.

XI - Agir selon ses croyances et ses valeurs

- 1 - Autonome.
- 2 - Est découragé, exprime sa colère, son angoisse.
- 3 - Éprouve un sentiment de vide spirituel.
- 4 - Demande une assistance spirituelle.

XII - S'occuper en vue de se réaliser

- 1 - Autonome.
- 2 - Triste, anxieux.
- 3 - Angoissé, opposant, se laisse aller.
- 4 - Négation de soi, désespoir.

XIII - Besoin de se récréer, se divertir

- 1 - Autonome.
- 2 - Désintéressement à accomplir des activités récréatives.
- 3 - Difficulté/incapacité à accomplir des activités récréatives.
- 4 - Refuse d'accomplir des activités récréatives.

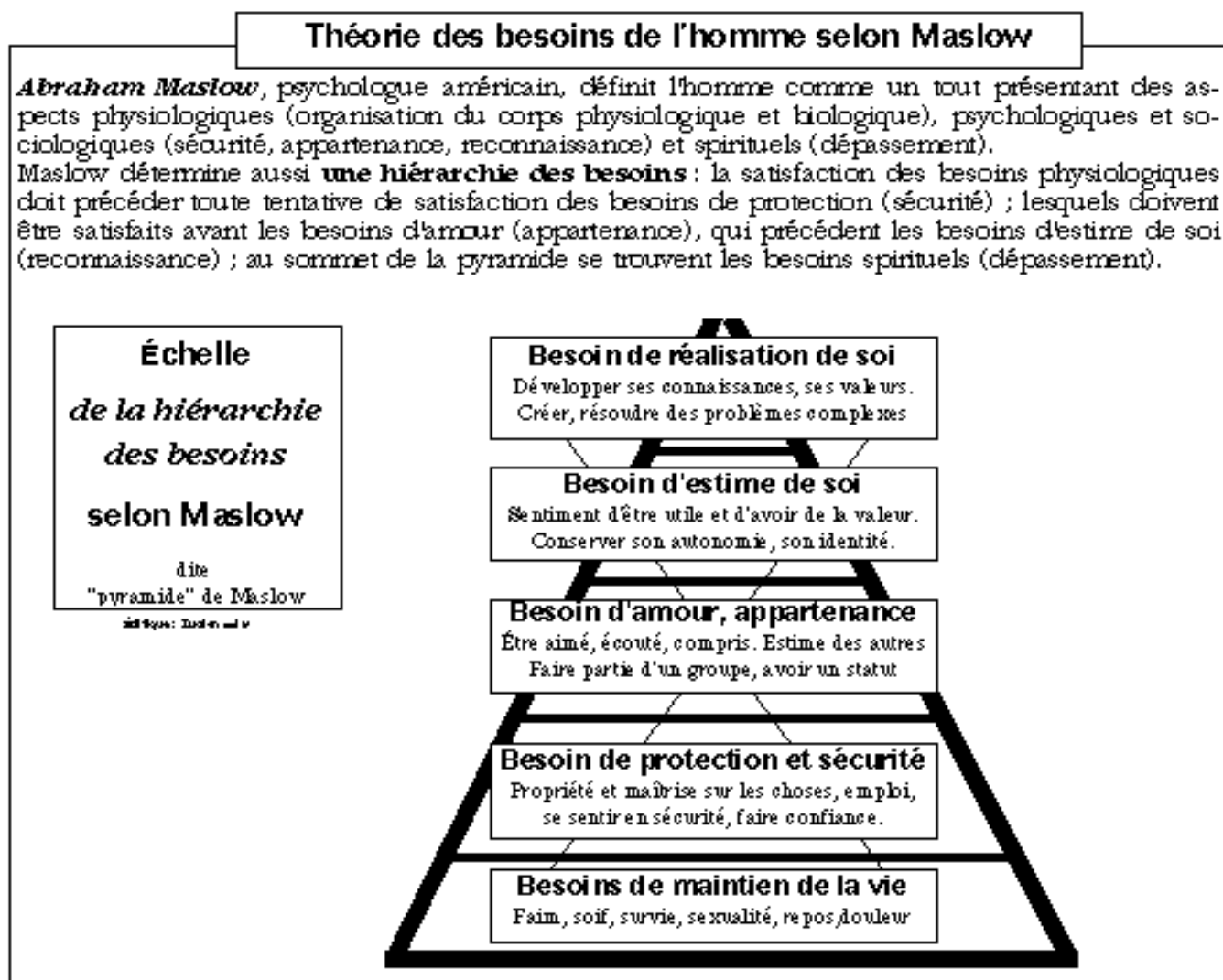
XIV - Besoin d'apprendre

- 1 - Se prend en charge.
- 2 - À besoin de stimulation.
- 3 - Apathique.
- 4 - Refus, résignation.

<http://www.infirmiers.com/etudiants-en-ifs/cours/cours-soins-infirmiers-virginia-henderson.html>

Annexe n° 5

Pyramide de Maslow :



<http://papidoc.chic-cm.fr/573MaslowBesoins.html>

Annexe n° 6



Ministère de la Santé
et des Solidarités

Usagers, vos droits

Charte de la personne hospitalisée

Principes généraux*

circulaire n° DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A/2006/90 du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée


- 

Toute personne est libre de choisir l'établissement de santé qui la prendra en charge, dans la limite des possibilités de chaque établissement. Le service public hospitalier est **accessible à tous**, en particulier aux personnes démunies et, en cas d'urgence, aux personnes sans couverture sociale. Il est adapté aux personnes handicapées.
- 

Les établissements de santé garantissent **la qualité de l'accueil, des traitements et des soins**. Ils sont attentifs au soulagement de la douleur et mettent tout en œuvre pour assurer à chacun une vie digne, avec une attention particulière à la fin de vie.
- 

L'information donnée au patient doit être **accessible et loyale**. La personne hospitalisée participe aux choix thérapeutiques qui la concernent. Elle peut se faire assister par une personne de confiance qu'elle choisit librement.
- 

Un acte médical ne peut être pratiqué qu'avec **le consentement libre et éclairé du patient**. Celui-ci a le droit de refuser tout traitement. Toute personne majeure peut exprimer ses souhaits quant à sa fin de vie dans des directives anticipées.
- 


Un consentement spécifique est prévu, notamment, pour les personnes participant à une recherche biomédicale, pour le don et l'utilisation des éléments et produits du corps humain et pour les actes de dépistage.
- 

Une personne à qui il est proposé de participer à **une recherche biomédicale** est informée, notamment, sur les bénéfices attendus et les risques prévisibles. **Son accord est donné par écrit**. Son refus n'aura pas de conséquence sur la qualité des soins qu'elle recevra.
- 

La personne hospitalisée peut, sauf exceptions prévues par la loi, **quitter à tout moment l'établissement** après avoir été informée des risques éventuels auxquels elle s'expose.
- 

La personne hospitalisée est traitée avec égards. Ses croyances sont respectées. Son intimité est préservée ainsi que sa tranquillité.
- 

Le respect de la vie privée est garanti à toute personne ainsi que **la confidentialité des informations** personnelles, administratives, médicales et sociales qui la concernent.
- 

La personne hospitalisée (ou ses représentants légaux) bénéficie d'un **accès direct aux informations de santé la concernant**. Sous certaines conditions, ses ayants droit en cas de décès bénéficient de ce même droit.
- 

La personne hospitalisée peut exprimer des observations sur les soins et sur l'accueil qu'elle a reçus. Dans chaque établissement, une commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge veille, notamment, au respect des droits des usagers. Toute personne dispose du **droit d'être entendue** par un responsable de l'établissement pour exprimer ses griefs et de demander réparation des préjudices qu'elle estimerait avoir subis, dans le cadre d'une procédure de règlement amiable des litiges et/ou devant les tribunaux.

* Le document intégral de la charte de la personne hospitalisée est accessible sur le site Internet :

www.sante.gouv.fr

Il peut être également obtenu gratuitement, sans délai, sur simple demande, auprès du service chargé de l'accueil de l'établissement.



Annexe n° 7

Cartes postales du début du XX^e siècle.

Les infirmières sont femmes, et déjà jolies, selon les canons de l'époque, dans les représentations picturales.

Propagande ?





Cartes postales du début et milieu siècle dernier.

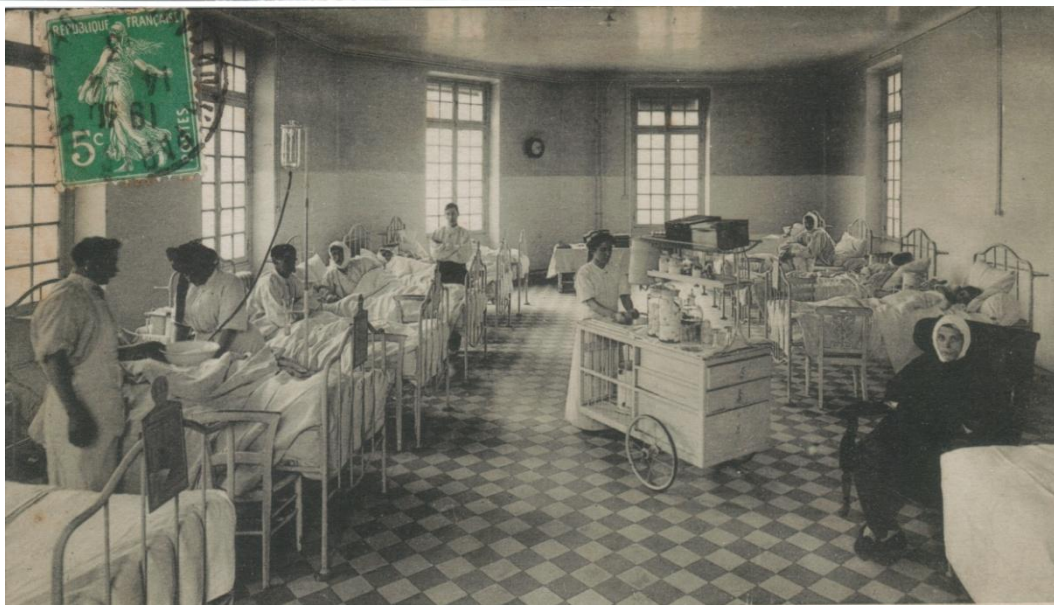
Nous nous sommes étonnés de cette représentation réaliste et très probablement réelle du monde hospitalier et du soin infirmier sous forme de cartes postales...





Du début du siècle (à gauche et sur la page précédente) à 1966 (ci-dessous)... déjà une évolution.

Et, pour les observateurs, des visages moins jeunes et plus marqués. La présence d'hommes dont il est difficile de définir le rôle : médecin, infirmier, aide-soignant ?



A. P.

13. HOPITAL LARIBOISIÈRE — Service d'Oto-Rhino-Laryngo'logie
Une Salle de Malades

(E[D]



Annexe n° 8

BIBLIOTHÈQUE DU "FOYER"

MANUEL
DES
DAMES INFIRMIÈRES

CHARGÉES DANS LES HÔPITAUX
À ADMINISTRER LES MÉDICAMENTS

PAR

MM. LAHACHE et NAVARRE

Pharmaciens - Majors



PARIS

LIBRAIRIE PLON
PLON-NOURRIT ET C^{ie}, IMPRIMEURS-ÉDITEURS
8, RUE GARANCIÈRE — 6^e

—
1916

Tous droits réservés

TABLE DES MATIÈRES

PREMIÈRE LEÇON

	Pages.
Médicaments. — Divisions. — Inscriptions. — Approvisionnements.....	3
Cahier de visite.....	11
Prescriptions pour l'usage interne. — Poudres. — Paquets. — Cachets. — Comprimés. — Pilules.....	15

DEUXIÈME LEÇON

Balances et pesées.....	29
Prescriptions pour l'usage interne (<i>suite</i>). — Solutions. — Sirops. — Potions. — Huiles.....	33
Filtration.....	45

TROISIÈME LEÇON

Prescriptions pour l'usage interne (<i>suite</i>). — Tisanes. — Jus de viande. — Vins médicamenteux.....	51
Gouttes. — Compte-gouttes.....	65

QUATRIÈME LEÇON

Prescriptions pour l'usage externe. — Poudres. — Solutions pour pansements et pour désinfections. — Collutoires. — Collyres. — Gargarismes. — Lavements. — Solutions injectables. — Ampoules.....	71
---	----

— 122 —

CINQUIÈME LEÇON

	Pages.
Prescriptions pour l'usage externe (<i>suite</i>). — Lotions. — Liniments. — Baumes. — Huiles. — Pommades et onguents. — Emplâtres. — Sparadraps. — Suppositoires. — Cataplasmes. — Caustiques.....	95

SIXIÈME LEÇON

Médicaments dans la salle de pansements et dans la salle d'opération.....	111
Examen sommaire des urines.....	115

Annexe n° 9



CODE DÉONTOLOGIQUE DU CII POUR LA PROFESSION INFIRMIÈRE

Un code international de déontologie pour les infirmières a été adopté pour la première fois par le Conseil international des infirmières en 1953. Il a depuis été révisé et réaffirmé à différentes reprises, dont la plus récente, qui a débouché sur la présente version, en 2005.

■ PREAMBULE

Les infirmières ont quatre responsabilités essentielles: promouvoir la santé, prévenir la maladie, restaurer la santé et soulager la souffrance. Les besoins en soins infirmiers sont universels.

Le respect des droits de l'homme - en particulier le droit à la vie, à la dignité et à un traitement humain, ainsi que les droits culturels - fait partie intégrante des soins infirmiers. Ces derniers ne sont influencés par aucune considération d'âge, de couleur, de croyance, de culture, d'invalidité ou de maladie, de sexe et d'orientation sexuelle, de nationalité, de politique, de race ni de statut social, autant de particularités qu'ils respectent au contraire.

Les infirmières fournissent des services de santé à l'individu, à la famille et à la collectivité et coordonnent cette activité avec celles d'autres groupes qui travaillent dans des domaines connexes.

LE CODE DU CII

Le *Code déontologique du CII pour la profession infirmière* comprend quatre grands volets dans lesquels sont présentées les normes de conduite déontologique à respecter.

ELEMENTS DU Code

1. L'INFIRMIÈRE ET L'INDIVIDU

La responsabilité primordiale de l'infirmière consiste à donner des soins infirmiers aux personnes qui en ont besoin.

Dans l'exercice de sa profession, l'infirmière crée une ambiance dans laquelle les droits de l'homme, les valeurs, les coutumes et les croyances spirituelles de l'individu, de la famille et de la collectivité sont respectés.

L'infirmière s'assure que l'individu reçoit suffisamment d'informations pour donner ou non son consentement, en pleine connaissance de cause, en ce qui concerne les soins et le traitement qu'il devrait recevoir.

L'infirmière respecte le caractère confidentiel des informations qu'elle possède et ne communique celles-ci qu'à bon escient.

L'infirmière partage avec la société la responsabilité du lancement et du soutien d'initiatives permettant de satisfaire les besoins sociaux et de santé de la population, en particulier des groupes les plus vulnérables.

Elle partage également la responsabilité de l'entretien et de la protection de l'environnement naturel contre l'épuisement des ressources, la pollution, la dégradation et la destruction.

2. L'INFIRMIÈRE ET LA PRATIQUE

L'infirmière assume une responsabilité personnelle dans l'exercice des soins infirmiers; à cet égard, elle a des comptes à rendre à la société; et elle doit maintenir à jour ses connaissances professionnelles par une formation continue.

L'infirmière se maintient elle-même en bonne santé de manière à ne pas compromettre sa capacité à dispenser des soins.

Lorsqu'elle accepte ou délègue des responsabilités, elle évalue avec un esprit critique sa propre compétence et celle de ses collègues.

L'infirmière fait preuve en tout temps d'une conduite personnelle qui honore sa profession et renforce la confiance du public dans le personnel infirmier.

Lorsqu'elle dispense des soins, l'infirmière s'assure que le recours aux technologies et aux pratiques scientifiques les plus récentes est compatible avec la sécurité, la dignité et les droits des personnes.

3. L'INFIRMIÈRE ET LA PROFESSION

L'infirmière assume le rôle principal dans la définition et l'application des normes acceptables à l'exercice clinique, à la gestion, à la recherche et à l'enseignement des soins infirmiers.

L'infirmière contribue activement à développer un ensemble de connaissances professionnelles fondé sur la recherche.

Par l'intermédiaire de son organisation professionnelle, l'infirmière participe, dans le domaine des soins infirmiers, à la création et au maintien de conditions d'emploi et de travail équitables et sûres.

4. L'INFIRMIÈRE ET SES COLLÈGUES

L'infirmière coopère étroitement avec tous ceux avec lesquels elle travaille, tant dans le domaine des soins infirmiers que dans d'autres domaines.

L'infirmière prend toute mesure nécessaire pour protéger les personnes, familles et communautés lorsque leur santé peut être mise en danger par un collègue ou une autre personne.

Annexe n° 10

Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au *diplôme d'Etat d'infirmier*. (Selon les annexes jointes à l'arrêté)

Annexe 1 : référentiel d'activités

- Observation et recueil de données cliniques,
- Soins de confort et de bien-être,
- Information et éducation de la personne, de son entourage et d'un groupe de personnes,
- Surveillance de l'évolution de l'état de santé des personnes,
- Soins et activités à visée diagnostique ou thérapeutique,
- Coordination et organisation des activités et des soins,
- Contrôle et gestion de matériels, dispositifs médicaux et produits,
- Formation et information de nouveaux personnels et de stagiaires,
- Veille professionnelle et recherche

Annexe 2 : référentiel de compétences :

- Evaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le domaine infirmier,
- Concevoir et conduire un projet de soins infirmiers,
- Accompagner une personne dans la réalisation de ses soins quotidiens,
- Mise en œuvre des actions à visée diagnostique et thérapeutique,
- Initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs,
- Communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins,
- Analyser la qualité et améliorer sa pratique professionnelle,
- Rechercher et traiter des données professionnelles et scientifiques,
- Organiser et coordonner les interventions soignantes,
- Informer, former des professionnels et des personnes en formation.

Annexe 3 : référentiel de formation :

- UE 1 : Sciences humaines sociales et droit,
- UE 2 : Sciences biologiques et médicales,
- UE 3 : Sciences et techniques infirmières, fondements et méthodes,

- UE 4 : Sciences et techniques infirmières, interventions,
- UE 5 : Intégration des savoirs et posture professionnelle infirmière,
- UE 6 : Méthode de travail.

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/arrete_du_31_juillet_2009.pdf