



Comité Régional
Rhône-Alpes
d'Histoire de la
Sécurité Sociale

Les Rencontres

7 Mars 2002

**La structuration de la profession d'infirmière,
le contraste de trois modèles en Europe :
Allemagne, France et Suisse**

« Rencontres » : Deuxième !!

Le thème de ces secondes « Rencontres » du Comité Régional Rhône-Alpes d'Histoire de la Sécurité Sociale a été consacré à la profession d'infirmière.

L'actualité nous démontre combien ce métier si nécessaire au bien-être de la population, mais aussi en mal de reconnaissance sous toutes ses formes, éprouve des difficultés à se positionner dans les sociétés modernes.

En effet, on évoque souvent les termes de sacerdoce, de dévouement parfois d'abnégation pour un corps professionnel qui souhaite avant tout être reconnu comme des soignants avec des spécificités mais une juste place dans l'acte thérapeutique.

Cette ambiguïté n'est ni récente, ni spécifique à notre pays. Ceci nous a conduits à rechercher dans les racines historiques de l'évolution de la profession quelles pouvaient être les constantes de cette profession, examiner comment elle avait à la fois évolué dans son cursus, modifié ses manières d'être et d'agir et enfin comment elle avait agrégé autour des actes pratiques les interventions d'autres professionnels pour un mieux-être des malades.

Quatre interventions ont apporté un éclairage au débat.

Celui tout d'abord, d'Isabelle von BUELTZINGSLÖEWEN qui a mis en relief les composantes confessionnelles de la distribution des soins dans l'Allemagne du XIXème en posant la question d'une profession qui a longtemps balancé entre la sœur de charité et la Diaconesse.

Dominique DESSERTINE a traité, ensuite, d'une première évolution de la profession, celle des infirmières visiteuses.

Elle a insisté sur leur rôle dans la lutte antituberculeuse en France, mais aussi mis en exergue la distorsion entre l'ampleur des attentes rappelées en 1923 par le Ministre STRAUSS et les ambiguïtés de fonctionnement de la profession par rapport au corps médical.

Joëlle DROUX nous a fait part de son analyse de la profession d'infirmière chez nos voisins de la Confédération helvétique. Dans ce berceau de la Croix-Rouge, la structuration de la profession s'est effectuée en laissant une large place à l'initiative des cantons, ce qui a quelque peu pénalisé l'homogénéité de ce corps professionnel.

Bernard ENNUYER, enfin, a traité de l'aide à domicile sous l'angle de l'émergence d'une lente identité originale de professionnels agissant, d'une part, comme auxiliaires des infirmières, d'autre part, comme aide au repositionnement des personnes en difficulté.

Un débat très ouvert s'est ensuite déroulé. Il était articulé autour des composantes d'une profession qui, au fil du temps, s'est structurée pour offrir à une société sans cesse plus exigeante un service toujours amélioré.

Le Président



Comité Régional
Rhône-Alpes
d'Histoire de la
Sécurité Sociale

Les Rencontres

Lucien JULLIAN

Isabelle von BUELTZINGSLÆWEN

Sœur de charité ou Diaconesse ? La confessionnalisation des soins aux malades dans l'Allemagne du XIXème siècle

En Allemagne comme en France, le monde infirmier a, depuis une dizaine d'années, attiré l'attention des historiens qui, pour répondre à la quête d'identité et de reconnaissance des représentants d'une activité professionnelle qui reste quasi exclusivement féminine, se sont attachés à reconstituer sa généalogie¹. Les enquêtes nées de cet intérêt nouveau isolent très clairement le tournant du XIXe-XXe siècle comme un moment charnière marqué par l'émergence d'un corps d'infirmières laïques qui rompt avec le monopole exercé jusque là par le personnel religieux sur les soins aux malades.

Ce type d'approche a pu, comme en France, conduire à exagérer la rupture de la laïcisation et à gommer les continuités et les filiations qui existent entre un personnel laïc et un personnel religieux qui, jusque très avant dans le XXe siècle, ont travaillé côte à côte, en particulier dans les hôpitaux. Elle a aussi eu pour effet d'occulter l'action des religieuses dans le domaine des soins aux malades puisque, dans une logique fondée sur l'équivalence établie entre laïcisation et professionnalisation, celles-là apparaissent tout naturellement comme des obstacles à la modernisation de l'activité infirmière.

Mon propos n'est pas de réhabiliter ces "religieuses qui soignent", pour reprendre l'expression de Jacques Léonard, sous prétexte qu'elles auraient été victimes d'une discrimination historiographique mais d'essayer de montrer, en ouvrant la chronologie à l'ensemble du XIXe siècle, que la cléricisation du champ infirmier, ou plus exactement sa confessionnalisation, n'a pas été un frein à la médicalisation des soins et de l'hôpital mais qu'elle l'a au contraire accompagnée et stimulée à une période où, en l'absence de véritables moyens thérapeutiques, les soins occupent une place centrale dans la prise en charge de la maladie.

Une cléricisation tardive

Un premier constat vient relativiser la rupture introduite par la laïcisation dans l'histoire des soins infirmiers : la cléricisation des soins aux malades s'est imposée beaucoup plus tardivement en Allemagne qu'en France. A la fin du XVIIIe siècle, c'est un personnel quasi exclusivement laïc et salarié (*Lohnwärtersystem*) qui dessert les hôpitaux dans ce qui constitue encore le Saint Empire Romain Germanique.

Certes, dans les régions catholiques, quelques ordres religieux, qui pour la plupart remontent au Moyen Age, ont pour vocation de soigner les malades et entretiennent quelques établissements : ainsi les sœurs franciscaines de Dillingen ou d'Augsbourg, les sœurs cellitines d'Aix-la-Chapelle et de Cologne, qui continuent la tradition des béguines ou encore les élisabethines, également franciscaines, qui sont implantées en Rhénanie, en Autriche, en Bavière et en Silésie. Ces ordres ne sont pas exclusivement féminins, quelques communautés masculines accueillent également des pauvres malades : les alexiens ou cellites, qui se sont spécialisés dans la prise en charge des maladies mentales², ou encore les frères de Saint-Jean-de-Dieu venus d'Espagne au XVIIe siècle.

Cette énumération ne doit cependant pas faire illusion : il semble qu'à la veille de l'occupation française, l'ensemble de ces communautés n'ait pas rassemblé plus de 250 frères et sœurs soignants, soit un chiffre dérisoire au regard des effectifs français³.

Cette faiblesse de l'emprise religieuse sur les soins aux malades peut s'expliquer assez aisément en pays protestant ; la Réforme a en effet été marquée par le rejet du salut par les œuvres et a entraîné la suppression des ordres religieux et la municipalisation de l'assistance, en particulier des hôpitaux, même si ce mouvement s'est en réalité amorcé dès la fin du Moyen Age. En terre de catholicité, le problème apparaît plus complexe ; on peut en particulier se demander pourquoi la Réforme catholique ne s'est pas traduite, dans le cadre de la revalorisation du salut par les œuvres, par l'apparition de communautés charitables nouvelles sur le modèle français. Force est en effet de constater que cette "révolution silencieuse" du champ caritatif que constitue, au XVIIe et XVIIIe siècles, le développement des congrégations féminines en France n'a pas

eu lieu dans les pays allemands⁴. Les ordres religieux créés ou réformés sous l'impulsion de la Réforme catholique sont tournés vers la contemplation ou vers l'enseignement beaucoup plus que vers l'action charitable qui reste enfermée dans le cadre traditionnel des paroisses et des fondations (*Stiftungen*).

Cette sclérose, qui s'inscrit dans un contexte de crise généralisée de l'assistance privée et publique, renvoie à des blocages d'ordre religieux, difficiles à élucider. On sait tout d'abord que, dans sa situation de frontière confessionnelle, le catholicisme allemand a été beaucoup plus mobilisé par la nécessité de combattre le protestantisme que son homologue français ; or ce combat est avant tout passé par le développement d'une abondante littérature de controverse et d'une activité pastorale, liturgique et missionnaire intense qui fait une large part aux Jésuites. Dans ce contexte, le catholicisme allemand a également accordé plus d'importance au secteur éducatif (en tout cas à l'éducation des élites) qu'au secteur caritatif. En outre, l'Eglise catholique allemande est beaucoup plus étroitement liée au pouvoir politique que son homologue française, ce qui a pu paralyser ses capacités d'innovation ; elle est également dominée par une aristocratie accusée, plus encore qu'en France, de monopoliser ses revenus sous forme de prébendes juteuses, privilégiant les voies les plus lucratives de la vocation, celles qui la conduisent vers les chapitres cathédraux, les innombrables collégiales et les ordres contemplatifs ; par leur grande attractivité, ceux-ci ont pu saturer le champ des vocations et mobiliser les ressources nécessaires au développement de formules nouvelles⁵.

Les arguments religieux ne suffisent pourtant pas à rendre compte du faible dynamisme des ordres soignants à la fin de l'époque moderne.

La structure particulière du réseau hospitalier allemand est un autre argument à prendre en compte ; il semble en effet qu'à la veille de la Révolution française, celui-ci soit beaucoup moins développé qu'en France, sans que l'on soit en mesure de chiffrer l'écart entre les deux pays. Le moindre développement des ordres soignants pourrait donc s'expliquer par une moindre densité du parc hospitalier⁶. Celle-ci renvoie à des causes multiples qui recourent en partie la question confessionnelle mais s'explique sans doute surtout par le degré d'urbanisation relativement faible du Saint Empire, ou en tout cas par la moindre représentation des grandes villes susceptibles d'accueillir de grands établissements hospitaliers particulièrement demandeurs en garde-malades⁷. En outre, les désordres et les destructions occasionnés par la guerre de Trente ans ont probablement, au moins dans certaines régions, perturbé voire empêché le développement du réseau hospitalier sans que l'on puisse chiffrer le manque à gagner⁸.

Le rattrapage s'opère dans le dernier tiers du XVIIIe siècle, dans un contexte marqué par l'attention nouvelle portée aux questions de santé publique et par l'affirmation du pouvoir médical. Ici beaucoup plus qu'en France, la *Gesundheitsaufklärung* (Lumières médicales) se traduit par la construction ou l'extension de vastes hôpitaux urbains en particulier dans les villes de résidence princière telles que Vienne, Berlin, Wurtzbourg, Bamberg ou Cassel. Dans ces grands établissements modernes à la vocation médicale plus affirmée, le problème des soins aux malades se pose de façon aiguë, tant sur un plan quantitatif que qualitatif. Les médecins éclairés sont en effet unanimes à dénoncer, de façon extrêmement virulente, le personnel laïc, tour à tour vilipendé pour son incompetence, son immoralité, sa grossièreté, sa vénalité, sa dureté, sa paresse et son

indocilité⁹. Sans doute très proche de la population domestique dans sa sociologie comme dans ses fonctions, ce personnel salarié ne convient plus aux ambitions de la médecine éclairée qui désormais valorise fortement le rôle des garde-malades dans la prise en charge de la maladie¹⁰. Les projets visant à créer un corps d'infirmiers formés, diplômés et mieux payés se multiplient sans trouver de traduction concrète : la tentative de Franz Mai, médecin personnel de l'électeur du Palatinat, qui crée deux écoles de garde-malades à Mannheim (1781) puis à Carlsruhe (1783) reste isolée. Il s'avère en effet impossible d'attirer dans une fonction fortement dévalorisée, qui impose des conditions de vie particulièrement difficiles et incompatibles, au moins pour les femmes, avec les exigences de la moralité, une population disposant d'un bagage culturel suffisant pour assimiler un quelconque enseignement. A l'orée du XIXe siècle, le problème de la pénurie et de la mauvaise qualité du personnel infirmier reste donc entier. A partir des années 1820-1830, une solution semble néanmoins se dessiner : celle de la cléricisation.

Ses étapes

Celle-ci s'opère en plusieurs étapes. La première coïncide avec l'occupation napoléonienne qui marque une rupture importante dans l'histoire de la médicalisation en Allemagne¹¹. L'annexion de la rive gauche du Rhin favorise en particulier le transfert du modèle congrégatif français dans l'espace germanique à un moment où les hôpitaux font pourtant l'objet d'un vaste mouvement de laïcisation. Ainsi, en 1811, des sœurs de charité françaises, appartenant à la congrégation Saint-Charles de Nancy (sœurs borroméennes), s'installent à Trèves afin de

desservir l'hôpital municipal¹². Le mouvement se poursuit dans les années 1820-1830 et s'étend à l'ensemble de l'Allemagne catholique : en Autriche et en Bavière ce sont des vincentines de Strasbourg qui sont appelées par les autorités. Bien que d'importation française, dans un contexte marqué par la force du sentiment anti-français, la greffe des congrégations prend avec une étonnante facilité.

Une seconde étape s'amorce dans les années 1840. D'abord parce que s'opère une germanisation du mouvement congrégatif. Les filiales allemandes des congrégations françaises s'émancipent progressivement en se transformant en maisons mères qui permettent de stimuler le recrutement local et de créer d'autres filiales. En outre, le relais est pris par des congrégations allemandes ; les deux plus importantes sont celles des clémentines, ainsi nommées parce qu'elles desservent l'hôpital Saint-Clément de Munster à partir de 1820 et celles des sœurs de Dernbach (ou pauvres sœurs du Christ) créée en 1851¹³. On assiste enfin à une réorganisation, souvent laborieuse, des anciens ordres soignants, pour la plupart épargnés par la sécularisation.

Mais la grande innovation des années 1840 est l'apparition d'équivalentes protestantes aux sœurs de charité catholiques : les diaconesses. Créée en 1836 à Kaiserswerth près de Dusseldorf, dans cet espace rhénan où les protestants, minoritaires mais bien représentés dans certaines villes, se trouvent au contact direct d'un mouvement congrégatif catholique particulièrement dynamique, l'institution des diaconesses s'organise sur un modèle très proche du modèle congrégatif, acclimatant en particulier le système de la maison mère (*Mutterhaus*system) ; comme chez les catholiques, celle-ci est à la fois

communauté de vie, de foi et de travail et, reproduisant la structure patriarcale de la famille, permet à la femme de concilier vie religieuse et vie active, à un moment où son statut ne l'autorise guère à d'autres formes d'engagement dans la sphère extra-familiale¹⁴.

A la fin des années 1840, le processus de cléricisation des soins aux malades se double donc d'un phénomène nouveau : celui de leur professionnalisation. Celle-ci s'affirme dans les décennies suivantes ; car autant chez les protestantes que chez les catholiques, les effectifs sont encore très modestes et de nombreux établissements restent entre les mains de laïcs. La croissance se poursuit à un rythme rapide dans les années 1850 et 1860 mais la véritable explosion intervient dans le dernier tiers du XIXe siècle et au début du XXe siècle. Entre 1876 et 1909, le nombre de sœurs catholiques et protestantes occupées dans les seuls soins aux malades, dans les hôpitaux mais aussi à domicile, passe de 7500 à près de 35 000, soit une multiplication par plus de 4,5¹⁵. La croissance annuelle moyenne est d'un peu plus de 3 % entre 1876 et 1887, d'un peu plus de 6 % entre 1887 et 1898 puis recule légèrement tout en se maintenant à un niveau élevé, autour de 5 %, entre 1898 et 1909. Si l'on prend en compte l'appartenance confessionnelle de ces sœurs soignantes, on constate en outre que les catholiques sont très fortement majoritaires : en 1876, elles représentent plus des trois quarts, en 1909 encore près de 63 % des effectifs d'infirmières confessionnelles dans un pays qui, lui, est catholique à moins de 40 %. Bien que plus rapide depuis 1876, la croissance des diaconesses, plus tard venues sur le marché des soins, s'essouffle dès le début du XXe siècle, si bien qu'elles ne seront jamais en mesure de rattraper les effectifs catholiques.

Des causes multiples

Pour élucider cette formidable percée des sœurs confessionnelles sur le marché des soins aux malades depuis les années 1820, en particulier dans les hôpitaux, il faut croiser plusieurs niveaux d'analyse qui ont pu s'articuler différemment selon les périodes. Le contexte religieux est un premier élément à prendre en compte. La période qui suit les guerres de libération est en effet marquée par un mouvement de renouveau spirituel qui touche les deux confessions ; celui-ci se traduit par une reformulation de la caritas et, sur le terrain, par le développement d'un christianisme social pratique qui dépasse très largement le cadre des soins aux malades.

L'engagement charitable prend deux formes principales : une forme congrégative (comme en France, ce sont les communautés féminines qui montrent le plus grand dynamisme, témoignant de la féminisation du champ religieux décrite par Claude Langlois) et une forme associative. De multiples comités de laïcs, formés de notables, suscitent et soutiennent activement de nombreuses initiatives caritatives, favorisant en particulier l'installation de communautés de sœurs de charité ou de diaconesses. Ainsi, l'installation des sœurs borroméennes à Coblenche en 1826, qui prépare l'expansion des vincentines dans l'ensemble de l'Allemagne, est l'œuvre d'un des premiers cercles caritatifs catholiques. A Augsbourg, c'est la volonté de voir s'implanter une communauté de sœurs de Saint-Vincent qui entraîne la création, en 1840, d'un comité catholique soutenu par le gouvernement de Souabe, qui compte parmi ses membres le médecin chef de l'hôpital¹⁶ ; l'installation de diaconesses dans la ville est également préparée par un cercle de laïcs créé en 1854. L'expansion des congrégations et des diaconesses est en outre favorisée par de

nombreux legs et dons, qui permettent en particulier la multiplication des maisons mères ; elle est aussi encouragée par la hiérarchie, en particulier du côté catholique : c'est à Wilhelm von Ketteler que l'on doit entre autre l'introduction des sœurs de charité dans l'évêché de Mayence.

Enfin, l'expansion des communautés de soignantes doit également se lire, dès les années 1830, comme un élément fondamental de la rivalité qui oppose les deux confessions, dans le cadre d'états nouveaux, confessionnellement beaucoup plus mêlés. Cette atmosphère d'émulation peut facilement s'observer dans la chronologie des fondations, au moins dans les villes d'une certaine importance, l'implantation d'une congrégation entraînant souvent, quelques temps après, l'installation d'une communauté de diaconesses ou inversement. Dès cette période, le choix de sœurs catholiques ou protestantes pour desservir un hôpital n'a rien d'aléatoire alors que l'appartenance confessionnelle des médecins semble moins décisive.

Cette logique de concurrence se renforce à partir des années 1860-1870, dans un contexte marqué par l'accroissement des tensions religieuses. Dans les hôpitaux, le processus de professionnalisation des soins s'accélère alors que le dernier tiers du XIXe siècle correspond également à un formidable développement des hôpitaux confessionnels : un phénomène qui montre qu'à cette date, l'hôpital est devenu un élément fondamental de l'identité confessionnelle.

Bien qu'extrême, le cas d'Augsbourg apparaît révélateur. Ville paritaire par excellence, Augsbourg avait toujours eu soin d'entretenir

un hôpital ouvert aux malades des deux confessions ; cette volonté ne se dément pas avec la construction du nouvel hôpital municipal qui ouvre ses portes en 1859. Mais bien que paritaire, l'établissement présente une particularité qui témoigne d'un durcissement des fronts et vient, pour inverser la formule d'Etienne François, tracer une "frontière visible" entre les deux communautés¹⁷. En effet, les malades sont désormais séparés selon leur confession ; les uns sont confiés à des diaconesses, les autres à des sœurs vincentines. Bien qu'exceptionnelle, cette situation n'est pas unique. On la retrouve à Carlsruhe où le "tri" confessionnel des malades est introduit en 1858 ; les catholiques sont pris en charge par des sœurs de Niederbronn et occupent la partie est de l'établissement alors que les protestants sont accueillis dans la partie ouest. Là encore le facteur religieux ne suffit pourtant pas à tout expliquer. L'évolution du contexte socio-économique, marqué par la transformation en profondeur d'une société qui doit faire face à une industrialisation et à une urbanisation tardives mais accélérées est un autre élément à prendre en compte car elle se traduit par une croissance sans précédent des demandes de santé ; celles-ci se manifestent en particulier par le développement rapide du réseau hospitalier qui, comme dans la période antérieure, détermine très largement celui des communautés de soignantes, même si celles-ci ne sont pas toutes ou exclusivement des hospitalières¹⁸.

Cette corrélation entre les deux phénomènes apparaît clairement dès l'époque napoléonienne qui marque une première phase de croissance, encouragée par Napoléon pour des raisons militaires mais aussi par les municipalités et par les élites soucieuses de santé publique et conscientes du sous-encadrement médical de la population; la

création de nouveaux établissements est par ailleurs facilitée par la suppression des ordres monastiques qui partout libère des bâtiments spacieux aisément reconvertibles en hôpitaux. A partir des années 1830, les épidémies de choléra stimulent également la création d'hôpitaux et l'installation de sœurs soignantes. Appelées par les municipalités à la faveur de situations dramatiques, celles-ci demeurent bien souvent sur place.

Ainsi à Osnabruck, les sœurs de charité sont introduites à l'occasion de l'épidémie de choléra de 1859 alors que des diaconesses et des diacres s'étaient installés dans la ville un an plus tôt pour aider à combattre une épidémie de variole. Enfin, dans le dernier tiers du XIXe siècle, l'explosion des effectifs de sœurs catholiques et protestantes est à mettre en relation avec l'accélération de la croissance hospitalière, elle-même liée au contexte de haute industrialisation, à une forte progression démographique ainsi qu'au développement des assurances maladie qui concernent des catégories de plus en plus larges de la population. Cette croissance se lit dans le nombre des établissements qui, dans les frontières du *Reich*, passe de 2 000 à près de 4 000 entre 1876 et 1913 mais davantage encore dans le nombre des lits qui passe de 75 000 à près de 290 000 et surtout dans le nombre des malades soignés qui passe, dans la même période, de près de 407 000 à près de 2.5 millions¹⁹.

Cet emballement de la conjoncture hospitalière place les communautés de soignantes dans une situation délicate ; malgré la démocratisation du recrutement, effective dès le départ chez les protestantes²⁰, plus progressive côté catholique avec sans doute des différences importantes entre les congrégations, celles-ci ont en effet de plus en plus de difficultés à répondre à la demande.

Ce problème d'ajustement entre offre et demande se manifeste dès la première moitié du XIXe siècle ; malgré la multiplication des maisons mères qui a permis de stimuler le recrutement, les administrateurs des hôpitaux ont toujours déploré la pénurie de sœurs qui les oblige souvent à patienter de longues années avant de voir leur demande aboutir : ainsi à Osnabruck, il faut attendre 1880 pour que les diaconesses, appelées une première fois au début des années 1850, desservent enfin l'hôpital ; même chose à l'hôpital de Bamberg où les Vincentines appelées en 1838 n'arrivent qu'en 1854. Dans de nombreux cas, les municipalités contactent plusieurs maisons mères, voire, côté catholique, en particulier dans la région rhénane où l'offre est la plus variée, plusieurs congrégations avant de trouver des sœurs disponibles.

Des sœurs compétentes

Nourri par la conjoncture religieuse et hospitalière, le "succès" des sœurs soignantes s'explique également par leurs qualités intrinsèques ; comme en France, elles se sont répandues dans la quasi totalité des hôpitaux parce qu'elles ont su donner satisfaction à toutes les parties impliquées dans l'hôpital : aux pouvoirs publics, centraux et locaux qui partout encouragent l'implantation des communautés, soumise à autorisation, aux administrateurs des hôpitaux, aux médecins et, semble-t-il, aux malades²¹.

L'introduction de sœurs dans un hôpital comporte en effet un certain nombre d'avantages soulignés dans de multiples rapports et témoignages y compris les plus critiques. Qu'elles soient catholiques ou protestantes, les sœurs sont louées pour leur dévouement sans borne en particulier en temps d'épidémie ; ce dévouement développe chez les contemporains l'idée que l'activité

infirmière est une vocation, qu'elle n'est possible que grâce à la force que donnent la foi et la vie communautaire. La signature d'un contrat avec une maison mère permet également de résoudre le problème insurmontable du recrutement puisque la communauté s'engage à fournir un nombre donné de sœurs, à les remplacer en cas de défaillance et qu'elle accompagne, lorsqu'elle le peut, la croissance de l'établissement en augmentant progressivement les effectifs.

Mais surtout il semble que les sœurs soient parvenues à convaincre de leur compétence y compris les médecins les plus réticents. On sait que les critères d'admission des novices varient selon les communautés, mais que les candidates doivent en principe témoigner de leurs capacités physiques et intellectuelles, en tout cas savoir lire, écrire et compter ; au cours de leur noviciat, elles suivent une formation essentiellement pratique, les sœurs les plus âgées transmettant aux plus jeunes le capital de leur expérience et les initiant aux gestes essentiels de leur nouvelle fonction : poser un bandage ou des sangsues, appliquer des ventouses, préparer les drogues et les remèdes.

Chez les protestantes, cette formation pratique est dès l'origine complétée par une formation théorique assurée par un médecin, innovation qui par la suite est reprise côté catholique²².

Mais si l'on en croit les témoignages, le mérite essentiel des sœurs est d'avoir su introduire à l'hôpital l'ordre, la propreté et l'économie, autant de valeurs qui vont dans le sens de l'entreprise de rationalisation voulue par les médecins. Leur arrivée coïncide d'ailleurs souvent avec une période de restructuration ou d'agrandissement de l'établissement. Les

sœurs ont en outre l'avantage de la polyvalence : dans de nombreux cas et comme en France, elles n'ont pas en charge le seul secteur des soins aux malades mais également l'économat voire une partie de la gestion.

Pourtant, s'il existe, jusque très tard dans le XIXe siècle et même au-delà, un remarquable consensus sur l'activité des sœurs, qui tranche avec la virulence des attaques dont elles font l'objet côté français dans un contexte marqué par la montée de l'anticléricalisme²³, celles-là ne sont pas sans présenter des inconvénients ; dans certains cas, ceux-ci ont pu s'avérer dissuasifs ou conduire à l'annulation d'un contrat passé avec telle ou telle communauté.

Le principal grief concerne la trop grande autonomie dont jouissent les sœurs au sein des établissements, autonomie qui en cas de conflit peut se transformer en véritable contre-pouvoir : placées sous la seule autorité de la supérieure de leur maison mère, parfois lointaine, les sœurs échappent à celle des administrateurs et des médecins. La possibilité qu'a la supérieure de rappeler à tout moment une sœur qu'elle destine à d'autres tâches, droit dont elle use apparemment souvent en période de "flux tendu", est particulièrement mal ressentie par les médecins qui sont nombreux à déplorer le turn over ainsi créé²⁴.

Pour autant il ne semble pas que les relations entre les médecins et les sœurs aient été particulièrement conflictuelles ; en l'absence d'enquêtes sur cette question, on serait tenté de penser que l'arrivée beaucoup plus tardive qu'en France des sœurs à l'hôpital, à un moment où le pouvoir médical y est déjà relativement établi, a peut-être permis de limiter les querelles de pouvoir et de préséance.

L'introduction de sœurs dans un hôpital a pu avoir des conséquences autrement plus

problématiques sur un plan religieux ; sans que les sœurs se soient forcément livrées à un prosélytisme intensif, le fondement religieux de leur activité a pu être mal ressenti par les malades des autres confessions en particulier en période de tensions. Ainsi l'introduction, en 1849, de sœurs de Saint-Charles à l'hôpital de Bonn, qui se fait contre l'avis des protestants et des juifs, conduit les protestants à fonder leur propre hôpital cinq ans plus tard. A Carlsruhe, l'expérience du partage confessionnel des malades, qui défie tous les principes de l'économie et de la médecine, est abandonnée en 1872 et en 1883 l'administration fait appel à l'Association des infirmières de Bade qui dépend de la Croix-Rouge. Le cas de l'hôpital universitaire de Göttingen est également significatif : jusqu'à la fin des années 1870 et malgré l'implantation dans la ville d'une communauté de vincentines et de diaconesses, les soins restent entre les mains d'un personnel laïc salarié qui ne donne guère satisfaction mais dont les carences sont probablement compensées par une forte présence médicale, en particulier grâce à la nomination d'assistants qui effectuent une partie des tâches qui ailleurs incombent au personnel infirmier ; en 1878, l'établissement fait finalement appel à des infirmières de la Croix-Rouge venues de Hanovre. En tant qu'association interconfessionnelle, la Croix-Rouge permet en effet, au moins en partie, de lever l'hypothèque de la confessionnalisation des soins à un moment où celle-ci pose un problème aigu²⁵; elle présente en outre les mêmes avantages que l'institution des sœurs, l'organisation des associations rattachées à la Croix-Rouge étant calquée sur celle des maisons mères. Pour autant on ne peut parler de laïcisation car les infirmières de la Croix-Rouge continuent de mettre en avant leur engagement chrétien comme fondement de leur activité. De même les infirmières de

**L'Evangelischer Diakonieverein fondé en 1894 insistent sur le caractère confessionnel de leur action : elles défendent en revanche, dans un contexte marqué par l'évolution de la condition féminine, la dissociation entre vie religieuse et vie professionnelle et affirment leur volonté d'autonomie sociale et économique en rejetant le modèle du *Mutterhaus* désormais ressenti comme insupportablement autoritaire²⁶.
Une laïcisation en douceur**

Au moment où s'opère, dans un climat passionnel, la laïcisation, d'ailleurs relative et progressive, des hôpitaux français, les sœurs catholiques et protestantes restent très majoritaires dans les hôpitaux allemands malgré une lente érosion de leurs positions au profit de catégories qui ne rejettent pas forcément le caractère religieux de leur engagement : en 1909, elles représentent encore près de 62% du personnel infirmier²⁷. Les congrégatives et les diaconesses, plus économiques et moins revendicatives que les laïques, conservent de solides positions sous Weimar, dans le cadre d'un système dual qui, à côté des institutions étatiques, laisse une grande place à l'assistance "libre" (*freie Wohlfahrtspflege*). Le véritable recul n'intervient que dans les années 1950, reflet de la crise des vocations et du vieillissement des effectifs. La longévité du marquage religieux de la fonction d'infirmière, qui persiste également en dehors du cadre congrégatif et renvoie à la sécularisation plus lente de la société allemande, peut se lire dans le vocabulaire : aujourd'hui encore, dans le langage courant, le terme de *Krankenschwester* (sœur des malades) pour désigner l'infirmière, qu'elle soit laïque ou religieuse, l'emporte toujours sur le terme laïcisé de *Krankenpflegerin* qui est employé au masculin pour désigner les infirmiers.

Cette laïcisation "en douceur" des soins aux malades conduit à reconsidérer la question du rapport entre cléricisation et médicalisation et par suite entre laïcisation et professionnalisation. Les sœurs, catholiques et protestantes, ont, pendant tout le XIXe siècle, accompagné et stimulé la médicalisation, aussi bien à l'hôpital que hors de l'hôpital. Leur vocation et la moralité que celle-ci garantissait ont contribué à améliorer considérablement l'image de marque de la fonction mais aussi celle de l'hôpital et des médecins dans des sociétés encore très marquées par les valeurs morales et religieuses. En œuvrant de façon décisive à l'amélioration des soins aux malades, à un moment où la thérapie n'a pas grand chose à offrir, elles ont en outre permis l'ouverture de l'hôpital à une clientèle qui, comme l'ont montré plusieurs enquêtes récentes, n'est plus celle des seuls miséreux et marginaux mais englobe des catégories plus larges de la population, le critère de l'isolement l'emportant sur celui de la pauvreté²⁸ ; ces nouveaux malades qui sont des "ayants droit" peuvent en effet, parce qu'ils participent au financement de leur séjour, se montrer plus exigeants sur la qualité des soins. Plus que de simples relais, les sœurs doivent donc être considérées comme des acteurs à part entière de la médicalisation.

La continuité de l'institution des sœurs soignantes bien au delà de la rupture introduite par la "révolution pasteurienne" tend en outre à montrer que le progrès médical et la médicalisation de la fonction d'infirmière, ce passage de la *Krankenwartung* à la *Krankenpflege* décrit par les historiens, n'ont pas été oblitérés par le maintien, aux côtés des médecins, d'un personnel confessionnel ; les religieuses ont fort bien su, comme dans la période précédente, s'adapter aux évolutions : si elles n'ont pas secondé les laïques dans leur combat pour l'amélioration

de leurs conditions de travail et de salaires, elles ont bel et bien participé à la course à la qualification et au diplôme et sauf peut-être pour les plus âgées d'entre elles - mais là le blocage est d'ordre générationnel - ont assimilé, sans pour autant abandonner la dimension spirituelle et caritative de leur action, les innovations liées à la technicisation de la profession. Une attitude qui témoigne que, au delà d'un discours souvent rétrograde, les Eglises ne sont pas restées à l'écart de la dynamique modernisatrice de la société.

(Ce texte a fait l'objet d'une première publication dans le n°2-3 1995 du *Bulletin du Centre Pierre Léon d'histoire économique et sociale*)

Isabelle von BUELTZINGSLÆWEN
Université Lumière Lyon 2
Centre Pierre Léon

- 1- Voir HUMMEL (E.C.), *Krankenpflege im Umbruch 1876-1914. Ein Beitrag zum Problem der Berufsfindung "Krankenpflege"*, Fribourg-en-Brigau, 1986, HELMERICH (J.), *Krankenpflege im Wandel 1890-1933. Sozialwissenschaftliche Untersuchung zur Umgestaltung der Krankenpflege von einer christlichen Liebestätigkeit zum Beruf*, Göttingen, 1992 et SCHAPER (H.P.) *Krankenwartung und Krankenpflege. Tendenzen der Verberuflichung in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts*, Opladen, 1987.
- 2- Voir: KAUFFMAN (C.J.), *Dienst am Kranken. Geschichte der Alexianerbrüder von 1789 bis zur Gegenwart*, New York, 1978.
- 3- GATZ (E.), "Caritas und soziale Dienste", in RAUSCHER (A.) (sous la dir.de), *Der sozial- und politische Katholizismus*, t.2, Munich, 1982, p.312-351, p.317.
- 4- Sur l'apparition des congrégations en France voir JONES (C.), *The charitable imperativ. Hospitals and nursing in Ancien Régime and revolutionary France*, Londres, 1989, LANGLOIS (C.), *Le catholicisme au féminin. Les congrégations françaises à supérieure générale au XIXe siècle*, Paris, 1984 ainsi que les articles de DINET-LECOMTE (M.C.), en particulier: "Les sœurs hospitalières au service des pauvres malades aux XVIIe et XVIIIe siècles", *Annales de Démographie Historique*, 1994, p.277-292 et "Les religieuses hospitalières dans la France moderne : une même vocation dans une multitude d'instituts", *RHEF*, LXXX-205, VII-XII, 1994, p.195-215.
- 5- A ce sujet : DUHAMELLE (C.), "L'héritage collectif. Vocation, patrimoine et famille dans la noblesse rhénane aux XVIIe et XVIIIe siècles", *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, 105, 1994, p.37-45.
- 6- On sait en effet qu'en France, le dynamisme des congrégations a été stimulé par le développement hospitalier. Voir IMBERT (J.) (sous la dir. de), *Histoire des hôpitaux en France*, Toulouse, 1982, chapitre 7 rédigé par J.P.GUTTON.
- 7- A ce sujet, voir en français: FRANCOIS (E.), "Des Républiques marchandes aux capitales politiques: remarques sur la hiérarchie urbaine du Saint Empire à l'époque moderne", *RHMC*, oct-déc 1978, p.587-603.
- 8- Le XVIIe siècle voit néanmoins la construction de quelques grands hôpitaux, en particulier à Wurtzbourg (hôpital Julius), à Munich (hôpital ducal) ou à Augsbourg (hôpital du Saint-Esprit).
- La Charité de Berlin n'ouvre ses portes qu'en 1727. Voir : JETTER (D.), *Geschichte des Hospitals*, tome 1: *Westdeutschland von den Anfängen bis 1850*, Wiesbaden, 1966 et MURKEN (A.H.), *Vom Armenhospital zum Großklinikum. Die Geschichte des Krankenhauses vom 18. Jahrhundert bis zur Gegenwart*, Bonn, 1988.
- 9- Voir en particulier: HORN (E.), *Öffentliche Rechenschaft über meine zwölfjährige Dienstführung als zweiter Arzt des königlichen Charitékrankenhauses zu Berlin*, Berlin, 1818, p.81-92 et DIEFFENBACH (J.F.), *Anleitung zur Krankenwartung*, Berlin, 1832, p.5.
- 10- Voir à ce titre l'article "Krankenwärter" de la célèbre encyclopédie Krünitz publiée en 1789.
- 11- Pour plus de précisions: HUDEMANN-SIMON (C.), *L'état et la santé. La politique de santé publique ou "police médicale" dans les quatre départements rhénans 1794-1814*, Sigmaringen, 1995.
- 12- Voir la thèse de NEISSES (G.), *Die Trierer Borromäerinnen als Wegbereiter der missionarischen Krankenpflege 1811-1889*, Cologne, 1990. Sur l'implantation des congrégations en Rhénanie-Westphalie voir : GATZ (E.), *Kirche und Krankenpflege im 19. Jahrhundert. Katholische Bewegung und karitativer Aufbruch in den preussischen Provinzen Rheinland und Westphalen*, Munich, 1971.
- 13- On pourrait en citer de nombreuses autres telles que les Dames du Bon Berger, les Sœurs de Saint-Hedwig, les Sœurs de Saint-Mauritz ou encore les Sœurs de Saint-Joseph.
- 14- Voir PRELINGER (C.M.), "Die deutsche Frauendiakonie im 19. Jahrhundert: Die Anziehungskraft des Familienmodells", in JERES (R.H.B.) et KUHN (A.) (sous la dir.de), *Frauen in der Geschichte*, tome VI, p.268-285.
- 15- Ces chiffres ainsi que les suivants sont tirés de: *Kaiserliches Statistisches Amt* : "Die Aerzte und das medizinische Hilfspersonal (...) im Deutschen Reich nach dem Bestande vom 1. April 1876", *Monatshefte zur Statistik des deutschen Reiches für 1877*, Septemberheft, Berlin, 1877 ; *Kaiserliches Gesundheitsamt* : *Die Verbreitung des Heilpersonals, der pharmazeutischen Personals im Deutschen Reich nach den amtlichen Erhebungen vom 1. April 1887*, Berlin, 1889 ; *Kaiserliches Gesundheitsamt* : "Die Verbreitung des Heilpersonals im deutschen Reiche, nach den amtlichen Erhebungen vom 1. April 1898", *Medizinal-Statistische Mittheilungen aus dem Kaiserlichen Gesundheitsamte*, tome 6, Berlin, 1901 ; enfin *Kaiserliches Gesundheitsamt* : "Die Verbreitung des Heilpersonals, der pharmazeutischen Anstalten und des pharmazeutischen Personals im deutschen Reiche, nach der statistischen Aufnahme vom 1. Mai 1909", *Medizinal-Statistische Mittheilungen aus dem Kaiserlichen Gesundheitsamte*, tome 15, Berlin, 1912.

- 16- Voir RUGEL (L.), "Die Anfänge der Barmherzigen Schwestern in Augsburg", *Jahrbuch des Vereins für Augsburger Bistumsgeschichte*, 28, 1994, p. 133-159.
- 17- FRANCOIS (E.), *Die unsichtbare Grenze : Protestanten und Katholiken in Augsburg 1648-1806*, Sigmaringen, 1991.
- 18- Sur la conjoncture hospitalière allemande au XIXe siècle voir : SPREE (R.), "Krankenhausentwicklung und Sozialpolitik in Deutschland während des 19. Jahrhunderts", *Historische Zeitschrift*, 260, 1, 1995, p.75-105 et SPREE (R.), "Quantitative Aspekte der Entwicklung des Krankenhauswesens im 19. und 20. Jahrhundert", in LABISCH (A).et SPREE (R.)(sous la dir. de), *Sozialgeschichte des Allgemeinen Krankenhauses*, Francfort, 1995.
- 19- Quant au taux d'hospitalisation il passe de 93 pour 10 000 habitants en 1873 à 364 pour 10 000 habitants à la veille de la guerre. Chiffres tirés de SPREE (R.)(sous la dir. de), *Statistik des Gesundheitswesens vom frühen 19. Jahrhundert bis 1938*, Constance, 1990.
- 20- Voir PRELINGER (C.M.), "Die deutsche Frauendiakonie im 19. Jahrhundert", op. cit.
- 21- Si la question des rapports entre médecins et malades commence à être bien explorée, celle des rapports entre malades et personnel infirmier n'a pas fait l'objet d'enquêtes spécifiques.
- 22- Il convient peut-être de relativiser l'antériorité protestante à un moment où les savoirs médicaux sont encore mal assurés. De façon générale, il apparaît que les emprunts et les influences dans le domaine des soins infirmiers ont été réciproques.
- 23- Celui-ci concerne également certains états allemands tels que le Bade.
- 24- De nombreuses communautés catholiques refusent également de prendre en charge les malades vénériens et les femmes en couches.
- 25- Au début du XXe siècle, l'apaisement des tensions religieuses et le repli des sœurs sur les établissements confessionnels modifient les données du problème. Sous Weimar, protestantes et catholiques se rapprochent pour défendre leurs intérêts communs.
- 26- HELMERICHS (J.), *Krankenpflege im Wandel*, op. cit.
- 27- Ce chiffre tient compte des sœurs travaillant dans un cadre ambulatoire.
- 28- Voir SPREE (R.), "Krankenhausentwicklung und Sozialpolitik in Deutschland während des 19. Jahrhunderts", op. cit. et BUELTZINGSLÆWEN (I. von), "Pour une sociologie des populations hospitalisées: le recours à l'hôpital dans l'Allemagne du premier XIXe siècle", *Annales de Démographie Historique*, 1994, p.303-316.

Dominique DESSERTINE

La naissance des infirmières visiteuses de la lutte antituberculeuse en France : Ampleur des attentes, ambiguïtés des fonctions

Cette journée étant consacrée à la structuration de la profession d'infirmière, je vous présenterai ici un exemple de profession disparue, mais qui a eu son heure de gloire au cours de l'entre-deux guerres, en insistant sur ses origines, mais plus encore sur les tensions qui ont présidé à sa structuration. Il ne s'agira donc pas d'une approche érudite, encyclopédique mais d'une présentation axée sur ce qui a fait problème lors de l'émergence de ce nouveau corps. Qui l'a défini et pourquoi ? Était-il homogène ? Quels liens entretenait-il avec les autres corps ou groupes de soignants ? Quel rôle a-t-il joué dans les politiques de santé publique ? Questions ambitieuses, qui ne seront pas toutes résolues à la fin de cette intervention qui ne fournira que quelques pistes de réflexion. Ces questions traversent encore aujourd'hui le monde des infirmières.

Quelques jalons chronologiques.

Je vous rappelle que le diplôme d'infirmière date du décret de juin 1922, celui d'infirmière visiteuse de 1924, celui d'assistante sociale de 1932.

Hommes du peuple ou femmes du monde ?

La lutte contre la tuberculose déclarée dans tous les pays européens dans les dernières années du XIXe siècle est très largement inspirée, en France au moins, par le modèle allemand. Le puissant ennemi fascine autant qu'il inquiète. Le sanatorium est en Allemagne la pièce essentielle de la lutte contre la tuberculose. Mais cet équipement est coûteux et le pays ne dispose pas comme l'Allemagne d'un système d'assurances sociales qui en favoriserait la multiplication. Les malades résistent au départ loin de chez eux. Il faut donc, à défaut d'éloigner, repérer et diffuser les principes d'hygiène. Maladie sociale, la tuberculose doit faire l'objet d'un dépistage et d'une éducation des malades à l'hygiène. Cette tâche est dévolue aux dispensaires, qui seront les avant-postes de la lutte antituberculeuse.

Le théoricien du dispensaire antituberculeux est le docteur Calmette¹, le grand pastorien qui sera à l'origine en 1922, avec Guérin, du BCG. Au début du siècle, il n'est encore que le fondateur de l'œuvre antituberculeuse du Nord qui ouvre à Lille en 1901 le premier dispensaire antituberculeux de France. Calmette est le premier à donner une définition d'un poste nouveau, celui de moniteur d'hygiène, qui doit être chargé de

l'éducation antituberculeuse du malade et de son entourage. Il insiste : il faut des hommes pour ces nouvelles tâches, « des ouvriers enquêteurs qui savent parler à leurs camarades le langage des prolétaires » et leur expliquer avec leurs mots les dangers de la contagion. « Ce moniteur d'hygiène pour être compris et écouté partout sans défiance doit être un homme du peuple, intelligent et actif, dévoué, capable d'initiative et d'autorité, convaincu de l'importance de la fonction sociale qui lui est confiée ». Calmette choisit ainsi pour son dispensaire lillois un ancien ouvrier peigneur².

Le visiteur de Calmette est donc une nouveauté. Jusque-là ne pénétraient chez le pauvre malade que les religieuses ou les dames charitables, donc des femmes. A une époque d'affirmation du féminisme et de l'action catholique des femmes³, la proposition de Calmette s'inscrit donc à contre courant et de la tradition et de la modernité. Le choix que fait Calmette d'envoyer un homme au sein des foyers contaminés peut s'expliquer en partie par le fait qu'il exerce dans une région industrielle où les ravages de la tuberculose sont particulièrement visibles dans la population masculine au travail. Mais le textile du Nord emploie aussi beaucoup de femmes. Ce choix est plutôt un choix laïc et démocratique s'inscrivant dans une volonté de rupture avec la charité traditionnelle catholique et féminine, et plus ou moins hostile à la République. L'hygiène est à la portée de tous, à partir d'un effort de formation, et les ouvriers comme les membres des milieux aisés, peuvent s'en faire les propagandistes. Observateur des réalités sociales, Calmette écrit « qu'il ne faut pas se dissimuler que dans les milieux pauvres, le bourgeois en redingote ou la femme du monde, comme les prêtres ou les pasteurs sont souvent

accueillis avec défiance et suspectés de vouloir faire du prosélytisme politique ou religieux⁴ ».

En dépit du prestige scientifique dont jouit Calmette, l'ouvrier enquêteur, le visiteur d'hygiène, qu'il avait envisagé de recruter, restera à l'état de projet. Quand au moment des ravages de la première guerre mondiale, la lutte contre la tuberculose devient l'objet des premières mesures législatives, un personnel spécifique est prévu, pour assurer les tâches préconisées par Calmette, mais ce personnel change de sexe et devient féminin. La loi Bourgeois, en 1916, qui instaure « les dispensaires d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse » prévoit certes des « moniteurs ou monitrices d'hygiène », « infirmiers ou infirmières d'hygiène », qui, aux côtés de médecins « seront chargés des enquêtes » et de « donner l'éducation sanitaire soit sur place soit au domicile des malades⁵ ». En dépit de l'ouverture du texte de loi à la mixité, dans les faits l'infirmière visiteuse va s'imposer et devenir une figure essentielle de la lutte antituberculeuse.

Renoue-t-on ainsi avec la tradition ? Oui, certainement. Pour prendre l'exemple lyonnais, bien connu grâce aux travaux d'Olivier Faure⁶, les garde malades, envoyés par le dispensaire général de Lyon, dont la fondation remonte aux premières années du XIXe siècle, étaient des femmes du peuple contrôlées par des dames. Poids de la tradition d'un côté, bien qu'en accord avec les écoles d'infirmières nouvellement créées, et modernité dans la formation d'un autre. En ce tournant des XIX-XXe siècles, où s'amorce, à l'initiative de femmes, une formation professionnelle des soins aux malades dans des écoles d'infirmières, donc destinées exclusivement à des femmes, le

soin donné à domicile est partie intégrante du travail, de même que l'enseignement des principes d'hygiène. Léonie Chaptal faisait de la visite à domicile le fondement incontournable de la diffusion de l'hygiène. En 1908, elle écrivait : « L'esprit de la lutte contre la tuberculose c'est la prévention par l'éducation, à l'école bien sûr mais aussi tout au long de la vie. Si c'est chez l'ouvrier que cette éducation a fait le plus défaut, c'est donc chez lui qu'il faut la répandre ⁷ ».

L'intervention des femmes dans la lutte contre la tuberculose s'opère dès avant la guerre de 1914, par le biais des écoles d'infirmières mais aussi dans le cadre classique d'intervention des grandes dames. A Rome en 1912 se tient une conférence de l'association internationale de lutte contre la tuberculose. Une séance entière est consacrée à la femme et la tuberculose, non sur le plan épidémiologique, mais sur le plan de l'assistance. On y évoque le rôle des femmes de la Ligue nationale belge ou l'Association des femmes patriotiques de la province de Saxe. Le 18 février 1914 est déclarée à Paris l'association des infirmières visiteuses de France, présidée par la marquise de Ganay⁸. La section lyonnaise de la Société d'aide aux blessés militaires (Croix rouge) lance aussi ses dames dans la lutte antituberculeuse au foyer même des malades⁹. Ainsi avec la tuberculose se retrouvent confluer, en dépit des souhaits de Calmette, le bénévolat des grandes dames charitables traditionnel et l'intervention des premières infirmières formées et diplômées, qui dans un premier temps appartenaient au même monde social que les premières.

L'intervention de la mission de la mission Rockefeller ou mission américaine de préservation contre la tuberculose, arrivée au cours de l'été 1917 renforce ce pôle féminin

dans les dispensaires et contribue encore à la définition d'un métier nouveau pour les femmes. Françoise Thébaud a bien insisté sur l'importance des années 1900-1910 aux Etats-Unis où se multiplient les emplois de femmes dans les professions libérales et dans les emplois de cols blancs¹⁰.

Bénévoles ou professionnelles ?

Au lendemain de la guerre, du fait de la législation et de la présence américaine l'infirmière visiteuse rentre dans le système officiel de lutte contre la tuberculose. Des dispensaires s'ouvrent dans les plus grandes villes de France, même si le législateur n'a pas rendu leur présence obligatoire. Signe éclatant de la place qui est alors attribuée aux infirmières visiteuses, la réflexion qui se mène alors à leur sujet et en leur présence, au sein des congrès de lutte contre la tuberculose à la demande même de leurs organisateurs, les Rist, Calmette ou Bernard. C'est au congrès de Strasbourg en 1923¹¹, le premier qui se tient en France depuis la guerre, dans l'Alsace retrouvée, qu'une section sociale fait son apparition aux côtés des sections biologique et clinique et que pour la première fois toute une séance est consacrée au rôle de l'infirmière visiteuse dans la lutte contre la tuberculose » et « aux principes de l'éducation professionnelle de la visiteuse d'hygiène ». Léon Bernard secrétaire général du congrès, délégué du comité d'hygiène de la Société des nations, déclare en présence de Paul Strauss, le tout nouveau ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et la Prévoyance sociale : « Pour la première fois, je crois, un congrès national de la tuberculose réunit en si grand nombre techniciens et hommes de bien, médecins et infirmières visiteuses. C'est un spectacle réconfortant qui donne la mesure du chemin

parcouru et permet la sûreté des perspectives futures ». Georges Risler, président du Musée social, vice-président du Comité national de défense contre la tuberculose et vice président du congrès, ajoute : « L'organe le plus indispensable dans la lutte en faveur de l'hygiène sociale et contre toutes les maladies sociales est l'infirmière visiteuse. Elle constitue à mon point de vue la cheville ouvrière de la lutte que nous poursuivons, aucun sacrifice ne sera trop considérable pour développer sa valeur et pour en augmenter le nombre¹² ».

Ces propos ne pouvaient que réjouir la centaine de femmes présentes ces jours-là. Le congrès de Strasbourg marque en effet l'entrée sur la scène médico-sociale d'un nouveau « corps ». Sur 799 personnes ayant fait le voyage de Strasbourg, 144 sont des femmes exerçant ces nouvelles fonctions, soit 18 % de l'ensemble des présents. Mais ce nouveau corps est loin d'être homogène. Si l'on se réfère à la liste des qualificatifs les concernant qu'elles ont fournis aux organisateurs, on constate l'extrême diversité de leurs statuts. Elles sont certes « infirmières visiteuses » dans la majorité des cas (simples, « chefs » ou diplômées), mais aussi « infirmières visiteuses d'hygiène », « visiteuses d'hygiène », « visiteuses de l'enfance », « visiteuse », « infirmières », « infirmières bactériologiques », « infirmières d'hygiène sociale », « infirmières assistantes sociales », « assistantes sociales¹³ » (toutes parisiennes). Quelques unes dirigent un établissement, mais on ne sait pas si elles exercent un métier particulier, d'autres s'annoncent simplement sous leur nom, comme « mademoiselle Chaptal », fondatrice de deux dispensaires antituberculeux à Paris, fondatrice et directrice d'une école d'infirmières, membre du Conseil supérieur de l'assistance publique. Notons que si la

fonction est aussi occupée par quelques religieuses, lorraines et bretonnes, ces dernières ne peuvent occulter la laïcisation générale de ce nouveau corps.

Ce corps qui s'affirme ainsi dans ce rassemblement prestigieux reste encore fort peu diplômé. On ne dénombre que huit infirmières diplômées à ce congrès de 1923. Et encore peut-on s'interroger sur le contenu de la formation ainsi sanctionnée. Le décret instituant le brevet de capacité d'infirmière diplômée n'a pas encore un an d'existence¹⁴. Il est vrai qu'il ne précise pas la durée des études exigées. Pour être officiellement infirmière, il faut seulement justifier « d'un stage reconnu suffisant » dans des écoles en lien avec des services hospitaliers.

Lors du congrès suivant, qui se tient à Lyon en 1927, 13 infirmières visiteuses se disent diplômées, 10 visiteuses d'hygiène et deux visiteuses de l'enfance. Il y a eu entre temps en 1924 consécration de deux filières possibles de formation et de diplômes, avec la reconnaissance par le ministère, de deux types d'écoles, les écoles d'infirmières et les écoles de visiteuses. En quatre ans la progression du nombre de diplômées n'est pas considérable. Certes, sans doute faudrait-il tenir compte de toutes celles qui se disent « chefs » et qui sont peut-être aussi diplômées.

Quoiqu'il en soit c'est la fonction surtout qui se trouve mise en valeur au cours de ces congrès et dans le petit monde de la lutte antituberculeuse. Le diplôme semble avoir été considéré comme secondaire, la tâche réellement accomplie primant sur la qualification initiale. Le phénomène semble avoir été général au cours de l'entre deux guerres. Dans les dispensaires de l'Institut bactériologique de Lyon en 1930 encore,

près de la moitié des infirmières visiteuses ne sont que diplômées de la Croix-Rouge.

Combien de ces infirmières exercent-elles bénévolement ? Beaucoup sans doute puisqu'un débat, âpre, s'engage à leur sujet dans les congrès. Un médecin directeur départemental des services d'hygiène¹⁵, qui doit en côtoyer beaucoup dans ses services, refuse de « voir dans les infirmières bénévoles des femmes du monde ne venant que par dilettantisme dans les dispensaires » et qui estime que « composées de femmes ou de jeunes filles du monde, elles possèdent non seulement l'instruction préparatoire indispensable mais aussi des sentiments d'éducation et de haute moralité qui leur donnent droit au respect de ceux qu'elles approchent ¹⁶ ». A ce partisan du maintien de l'autorité des élites traditionnelles charitables, s'oppose véhémentement un médecin parisien qui s'écrie : « Les ingénieurs des Ponts et chaussées ne sont pas des bénévoles ; les officiers ne sont pas des bénévoles ; de même il faut un corps d'infirmières dans lequel on ne puisse entrer qu'à condition d'avoir un diplôme et d'accepter les obligations du service ¹⁷ ». Plus que d'une formation, les médecins veulent de la discipline. Le médecin directeur des dispensaires du 19^e arrondissement de Paris, juge indispensable de recourir à la nombreuse clientèle des sociétés de Croix-Rouge qui ne posera aucun problème si le médecin ou l'infirmière visiteuse sait remettre dans le droit chemin une bénévole qui se permettrait une démonstration intempestive ».

Au delà du choix persistant de certains en faveur de la dame du monde, au moins comme personnel complémentaire, la tendance générale est bien à la professionnalisation dès les années 1920. Le congrès de Lyon de 1927 en prend acte. Mais

si la professionnalisation est acquise dans les esprits, elle s'opère difficilement dans les faits, car elle ne dispose pas de moyens en rapport avec les discours.

D'une part, les écoles susceptibles de former des professionnelles sont en nombre limité. Certains auteurs ont souligné que lors de son départ de France en 1922, la mission Rockefeller avait remis trente écoles entre les mains du Comité national, mais Calmette en 1923 n'en dénombre que huit¹⁸. L'année suivante il n'en reste que cinq, Lille, Lyon, Bordeaux, Nantes et Paris avec l'école du Comité national, boulevard Raspail. D'autre part, les conditions matérielles qui leur sont proposées ne sont guère attrayantes.

Dignes ou misérables ?

La professionnalisation souffre des difficultés du pays au lendemain de la guerre. Les salaires des infirmières visiteuses sont dérisoires. Dès 1923 Melle Delagrangé, surintendante des services d'hygiène au ministère, qui est la seule femme, avec une collègue médecin, à prendre la parole au cours des débats qui suivent le rapport général sur l'infirmière visiteuse, dit : « franchement et sans que cela diminue en rien la noblesse du rôle qui doit être considéré comme un apostolat, les infirmières visiteuses n'ont pas, à l'heure actuelle, la situation matérielle qu'elles sont en droit d'avoir parce que leur vie est une vie de fatigue, de prompt usure, de constant dévouement ». Elle définit le style de vie minimum que leur salaire devrait leur permettre d'atteindre : « une nourriture régulière et reconstituante, un logement sain avec le confort moderne (salle de bains). Elles devraient aussi pouvoir s'abonner à quelques revues, et mériteraient de pouvoir

s'offrir des distractions nobles, élevées, artistiques¹⁹ ». Elle est appuyée par un directeur de service d'hygiène départemental qui dénonce les meublés dans lesquels vivent la plupart d'entre elles, qui sont loin d'être « la demeure confortable, aérée et saine qu'elles sont en droit de réclamer ». N'est-il pas pénible », conclut-il, « de faire répandre par une visiteuse d'hygiène des conseils d'hygiène qu'elle ne peut suivre elle-même ? ».

Le salaire de l'infirmière visiteuse reste toujours entaché de l'idée qu'il pourrait n'être qu'un complément à des revenus familiaux. Or le monde a changé depuis la guerre. Les rentiers ont disparu. Melle Delagrangue souligne « que telle famille qui, avant guerre, pouvait assurer aux jeunes filles une vie exempte de travail et de soucis, (ce qui n'est plus désirable maintenant car tout être humain doit avoir un rendement social) se voit dans l'obligation de laisser à ces mêmes jeunes filles le soin de pourvoir complètement à leur existence ». Si l'infirmière visiteuse est seule, sa vie quotidienne est dure, mais celle-ci devient impossible « avec des vieux parents à aider, des enfants à élever ».

Les infirmières visiteuses se trouvent dans la situation des instituteurs et institutrices des débuts de la troisième république, investis d'un rôle social et politique considérable mais auxquels l'Etat n'octroyait que des salaires de survie²⁰. On trouve de ce fait des parents de futures éventuelles infirmières visiteuses qui s'exclament : « Après deux ans d'études il faudra que ma fille vive avec 500 F par mois ! » et en 1927, alors que l'inflation galope, beaucoup de salaires sont toujours inférieurs à cette somme. Certes, dans certains cas, des indemnités de déplacement peuvent leur être octroyées – ou à l'étude ! -

Il est donc évident que, dans un contexte malthusien, où la maternité est encouragée, et la femme engagée à rester au foyer, ces salaires n'ont rien d'incitatif. Leur faiblesse explique les difficultés du recrutement et les places laissées vacantes que pourvoient les bénévoles. Dix ans plus tard, le personnel féminin recruté pour la lutte antituberculeuse portera encore les marques de cette négligence des pouvoirs publics. On sait que dans tel sanatorium public le salaire de l'infirmière n'était guère supérieur à celui de la femme de chambre²¹.

La condition plus que modeste faite aux infirmières visiteuses explique que celles-ci continuent à être recrutées dans des milieux ayant encore quelque fortune. La grande fréquence des célibataires parmi celles qui assistent aux congrès démontre que la profession se vit encore très largement comme la vocation de jeunes filles aisées ou comme un passage provisoire dans la vie de femmes qui se marient ultérieurement, et qui abandonnent alors leur « métier » pour s'occuper de leur foyer. Il semble bien qu'à la fin des années vingt cette profession ne soit pas perçue comme un métier à part entière. D'autres professions féminines liées aux soins, comme les sages femmes, offrent à la même époque un investissement total de la part de celles qui les exercent.

Autonomes ou dépendantes ?

Les textes définissent toutes les activités de l'infirmière visiteuse comme étant sous la tutelle des médecins directeurs des dispensaires. Le docteur Granjux, par exemple, secrétaire général de la fédération des œuvres Grancher, déclare « qu'il est interdit à l'infirmière visiteuse de manifester la moindre opinion médicale » ; prenant ainsi

la suite de Calmette qui professait sur le métier d'infirmière les mêmes principes : « Dans tous les cas, les infirmières s'abstiennent rigoureusement de toute intervention médicale sauf en cas d'urgence et sous la responsabilité des médecins traitants. Certaines infirmières visiteuses s'accommodent de ce statut sous tutelle et insistent sur le fait qu'une meilleure formation n'oblitérera en rien le respect qu'elles doivent au médecin. « L'esprit d'indiscipline, de médecin manqué n'est pas dû à la longueur des études qui, sérieusement conduites, apprendront aux infirmières visiteuses à observer, à rendre compte, mais à ne jamais agir sans ordre ».

Néanmoins, elles essaient de s'affranchir du contrôle médical en définissant un terrain d'action qui leur soit propre. Si le dépistage du tuberculeux place l'infirmière visiteuse sous la tutelle du médecin, l'assistance aux malades et l'éducation prophylactique permettent de lui échapper tant au niveau de la spécificité de ces tâches, que parce qu'elles s'effectuent loin de son regard. Certaines directrices de services analysent longuement ces tâches. D'autres réfléchissent à la structuration de leur métier, à l'élargissement de leurs attributions dans le cadre de la polyvalence. D'autres insistent sur l'esprit d'initiative qui doit caractériser leur pratique, non sans se heurter à de violentes oppositions. Quand la directrice du bureau central des infirmières de Paris se hasarde à réclamer la multiplication des postes d'infirmières chefs départementales, déjà mis en place dans vingt-cinq départements, elle se heurte à l'hostilité d'un médecin chef départemental. Celui-ci veut maintenir aux médecins leur rôle de conciliateur et de médiateur car ils doivent aux infirmières « guide et appui et, la plupart du temps, leurs avis sont mieux

accueillis que ceux d'une infirmière chef, la femme admettant difficilement, ajoute-t-il, la hiérarchie.

Le fait de prévoir une profession féminine hiérarchisée passe comme une attitude féministe, bien vue de certains, mais violemment condamnée par d'autres. Pour le professeur Rist, le féminisme est incompatible « avec le sérieux pour ne pas dire la dignité du congrès » et il plaide pour la collaboration entre médecins et infirmières visiteuses. La dépendance qui assujettit au corps médical une profession féminisée en voie de constitution est relativement mal vécue par ce personnel parce que, au même moment, les infirmières pures s'organisent et le font savoir au cours de grandes manifestations publiques. Rappelons que le premier congrès international d'infirmières se tient à Paris en 1933. Mais de même que les infirmières ne tiennent qu'un rôle secondaire dans les congrès de la lutte antituberculeuse, dans les congrès d'infirmières où elles sont admises, elles ne sont également qu'un des groupes présents et toujours représentées par des membres issus d'un monde de notables. En 1933 l'association des infirmières est présidée par la marquise de Ganay.

Bien qu'encensées par les grands dirigeants de la lutte antituberculeuse, les infirmières visiteuses constituent un corps qui reste longtemps très fragile. Mal formées, mal payées, les infirmières visiteuses sont en nombre insuffisant pour accomplir le grand rêve de contrôle des tuberculeux et de diffusion de l'hygiène dans les foyers populaires. D'où la présence persistante de bénévoles de la bonne société parmi elles et l'image de successeurs des dames d'œuvres mises en tutelle par le corps médical qu'elles

ont laissées à certaines assistantes sociales des générations suivantes.

On peut donc lire la naissance de la profession d'assistante sociale, reconnue par un diplôme en 1932, comme la volonté d'en finir avec le médico-social et d'opter clairement pour le « social ». Pourtant comme le rappelle Yvonne Knibiehler²², l'infirmière complète, pour Léonie Chaptal, était celle qui savait à la fois soigner les malades, éduquer les enfants, conseiller les bien portants. Les infirmières visiteuses auraient pu être celles-là. Mais elles n'ont été qu'un corps de transition. En 1938 les deux professions d'infirmières visiteuses et d'assistantes sociales sont reconnues par un seul diplôme.

(Cet article est une reprise, remaniée, d'un article paru dans le n° 3-4 de 1995 du *Bulletin du Centre Pierre Léon*)

Dominique DESSERTINE
Historienne
Ingénieur CNRS

¹ MALHERBE (Jean), *Les dispensaires antituberculeux type Calmette. Le dispensaire de Lyon*, Lyon, imp. Schneider, 1905, 71 p. (thèse de médecine, Lyon).

² GUERRAND (R.-H.), RUPP (M.-A.), *Brève histoire du travail social en France (1896-1976)*, Toulouse, Privat, 1978, p.42.

³ COVA (Anne), « *Au service de l'Eglise, de la patrie et de la famille* ». *Femmes catholiques et maternité sous la IIIe République*, Paris, L'Harmattan, 2000, 280 p.

⁴ Calmette, « Les dispensaires antituberculeux et leur rôle dans la lutte sociale contre la tuberculose », *La lutte antituberculeuse*, IV, n° 1, cité dans Malherbe (Jean), *op. cit.*

⁵ Loi du 15 avril 1916 instituant les dispensaires (JO du 18 avril 1916, p. 3 279) dans *Recueil des textes officiels concernant la protection de la santé publique*, présenté par le Dr BOURGUIN et Mme LEBRAS, tome V, 1911-1920, Paris, Imprimerie nationale, 1920.

⁶ FAURE (Olivier), « La médicalisation de la société dans la région lyonnaise », thèse pour le doctorat d'Etat, université Lumière Lyon 2, volume II, 2^e partie, p. 247.

⁷ MAGNON (René), *Léonie Chaptal (1873-1937). La cause des infirmières*, Paris, éditions Lamarre, 1991, p. 62.

⁸ GUERRAND (R.-H.), RUPP (M.-A.), *op. cit.*, p. 43.

⁹ PERRET (Emmanuel), *Les visiteuses de l'enfance. Le « District nursing »*, Trévoux, imp. J. Jeanin, 1919, p. 20 (thèse de médecine).

¹⁰ DUBY (Georges), PERROT (Michèle) dir., *Histoire des femmes en Occident*, tome V : THEBAUD (Françoise), dir., *le XXe siècle*, p.76.

¹¹ *Cinquième congrès national de la tuberculose, Strasbourg, 1923*, Paris, Masson, 1923.

¹² *Id.*, p. 279.

¹³ Le diplôme ne date que du décret de 1932.

¹⁴ Il date du 27 juin 1922.

¹⁵ de l'Aisne.

¹⁶ *Cinquième congrès...*, *op. cit.*, p.291.

¹⁷ *Id.*, p. 289.

¹⁸ Paris, Lille, Nancy, Strasbourg, Lyon, Marseille, Bordeaux et Nantes.

¹⁹ Cinquième congrès, p. 293.

²⁰ OZOUF (Jacques), *Nous les maîtres d'école. Autobiographies d'instituteurs de la Belle Epoque*, Paris, Julliard, 1967 (Archives), p. 67.

²¹ DESSERTINE (Dominique), FAURE (Olivier), *Combattre la tuberculose*, Lyon, PUL, 1988, p. 150

²² KNIEBIEHLER (Yvonne), *Cornettes et blouses blanches. Les infirmières dans la société française (1880-1980)*, Paris, Hachette, 1984, 366 p.

Joëlle DROUX

La structuration de la profession d'infirmière en Suisse

L'histoire sociale des professions de santé en France, du fait même de sa jeunesse, souffre d'un double déséquilibre, dans les objets qu'elle se donne comme dans la façon dont elle les traite ¹. En premier lieu, alors que la profession médicale est relativement bien connue grâce aux travaux réalisés dans le sillage des pionniers en la matière², certaines autres activités professionnelles sont moins connues; c'est le cas notamment des dentistes, des diverses spécialisations médicales (pédiatrie, dermatologie, etc), mais surtout des professions dites paramédicales. A l'exception des sages femmes dont l'histoire nous est relativement familière depuis les recherches de J. Gelis³, les autres professionnels de la santé représentent un champ de recherches encore bien souvent en friches : infirmières, pédicures, masseurs,

infirmières assistantes, etc, tous attendent encore les chercheurs susceptibles de leur appliquer les questionnements qui ont su inspirer les grands travaux de Jacques Léonard et de ses successeurs. L'autre lacune dont souffre encore cette histoire des professions de santé, et qu'elle partage d'ailleurs avec de nombreux travaux d'histoire sociale de la médecine⁴, c'est sa difficulté à prendre en compte les périodes plus récentes de son histoire (XIXe et surtout XXe siècles), au profit d'époques plus anciennes (essentiellement Ancien Régime).

Non pas que les ouvrages historiques fassent totalement défaut sur le sujet : pour le cas de la profession d'infirmière qui nous intéresse ici, nombre d'écrits ont été diffusés qui s'attellent à la lourde tâche de réfléchir à l'évolution qui fut celle d'une profession aujourd'hui en pleine reconstruction et redéfinition d'elle-même. Le plus souvent issus des rangs de la professions, les auteurs qui se sont lancés dans cette tâche quasi exégétique de leur passé collectif ont amassé des données fort précieuses pour comprendre

¹ Le présent article est une présentation condensée de quelques unes des conclusions de ma thèse de doctorat : J. DROUX, L'attraction céleste : la construction de la profession d'infirmière en Suisse romande (XIXe-XXe siècles), Genève, juin 2000 (dactyl.).

² J. LEONARD, La médecine entre les savoirs et les pouvoirs ; histoire intellectuelle et politique de la médecine française au XIXe siècle, Paris, 1981. Plus récemment O. FAURE, Histoire sociale de la médecine XVIIIe-XXe siècles), Paris, 1994.

³ J. GELIS, La sage femme ou le médecin ; une nouvelle conception de la vie, Paris, 1988.

⁴ R. PORTER et A. WEAR, Problems and methods in the history of medicine, Londres, 1987.

l'évolution contemporaine de la profession⁵. Reste que, très souvent, leurs recherches sont orientées en fonction d'un présentisme aux visées politiques qui, pour transparentes qu'elles soient, n'en constituent pas moins une faiblesse aux yeux des historiens. La question de l'histoire de la formation des infirmières représente à cet égard un bon exemple de la façon biaisée dont certaines questions ont été posées par des chercheurs plus soucieux de défendre le statut actuel d'une profession que de comprendre comment et pourquoi les savoirs et les pouvoirs se sont distribués dans le domaine médical et paramédical au cours du temps⁶.

L'histoire des écoles d'infirmières, ou la célébration des très riches heures d'une profession d'élite

Pour ce qui est de l'exemple helvétique auquel on se limitera ici, on peut dire que l'historiographie sur cette question fondamentale de l'histoire des formations infirmières se révèle unanime et univoque. La plupart des travaux existants, rédigés dans une optique commémorative, célèbrent à l'envi les grandes heures d'une profession qui dut sa création à quelques hommes et femmes méconnus du grand public, mais dont l'action en faveur des infirmières s'est révélée fondatrice. Il s'agit avant tout de médecins ou philanthropes qui, à la fin du XIXe siècle, ont décidé de créer, dans des lieux divers, des écoles dans lesquelles des femmes pouvaient venir se former à la profession d'infirmière. Celles-ci jouissaient alors, sinon d'un certain renom, en tout cas d'un grand avantage aux

yeux des candidats-ates potentiels : on n'y connaissait guère de chômage, puisque bon an mal an, crise économique ou pas, il ne manquait jamais de malades à soigner ou à hospitalier. De plus, les progrès réels que la médecine post pasteurienne avaient permis de réaliser sur le front du diagnostic et parfois même de la thérapeutique, avaient permis de dégager les établissements hospitaliers de leur sinistre réputation de mouvoir. Autrefois largement réservés à l'accueil de misères humaines pas toujours justiciables du recours médical, les hôpitaux devenaient de plus en plus ces machines à guérir que les anatomo-pathologistes du début du siècle avaient déjà ambitionné de fonder. Au total, les offres d'emploi dans le domaine des soins infirmiers ne manquaient pas, d'autant plus que le parc hospitalier non seulement s'agrandissait, mais se diversifiait à vue d'œil: hôpitaux pour aliénés, pour enfants, pour femmes enceintes, dispensaires pour tuberculeux, consultations de nourrissons, mais aussi hôpitaux militaires, tous alimentaient une forte demande de main d'œuvre spécialisée, féminine comme masculine. Parallèlement, la société helvétique, à l'instar des autres sociétés en voie d'industrialisation, se faisait plus tolérante à l'égard du travail des femmes, notamment des femmes de la classe bourgeoise. Autrefois entièrement proscrit car signe d'appartenance aux classes les plus basses de la société (celles dont les familles avaient besoin du travail des deux conjoints pour survivre⁷, le travail féminin avait tendance à se répandre dans les rangs des classes moyennes et bourgeoises⁸. Mais à

⁵ Cf notamment pour le cas français M. F. COLLIERE et E. DIEBOLT (Eds), Pour une histoire des soins et des professions soignantes, Lyon, 1988.

⁶ Cf pour le cas helvétique l'ouvrage commandité et édité par la Croix Rouge Suisse : E. VALSANGIACOMO (Ed), La croix et la carrière : la Croix Rouge Suisse et l'histoire des infirmières, Bale, 1991.

⁷ Cf P. BARTLEY, The changing rôle of women, 1815-1914, Londres, 1996 ; J. SCOTT et L. TILLY, Les femmes, le travail et la famille, Paris, 1987 ; D. VALENZE, The first industrial woman, Oxford, 1995.

⁸ M. VICINUS, Independent women : work and community for single women, 1850-1920, Chicago-Londres, 1985.

l'aube du XXe siècle, bien peu de secteurs étaient encore considérés comme adaptés à cette main d'œuvre si particulière et réputée si fragile; il fallait en effet que la tâche proposée corresponde à cette nature féminine dont on glosait d'autant plus volontiers qu'on ne savait vraiment la définir. Du fait de ces interdits et de ces restrictions, les emplois féminins ouverts aux filles de la bourgeoisie au tournant du siècle n'étaient encore pas légion: parmi celles-ci, les fonctions d'institutrice et d'infirmière apparaissaient à bien des égards comme les mieux adaptées à la nature réputée compatissante, dévouée et modeste de la sensibilité féminine. Médecins et philanthropes arrivèrent nombreux à cette même conclusion, eux qui fondèrent parallèlement dès les années 1890, souvent d'ailleurs en s'ignorant mutuellement, plusieurs écoles d'infirmières destinées aux « jeunes filles de la classe cultivée »⁹. Etablissements entièrement privés, ces écoles-internats visaient autant, sinon plus, à offrir à ces jeunes femmes une formation à leur future tâche de mère de famille bienséante qu'à leur inculquer un savoir médical, et encore moins un savoir faire professionnel. Il ne s'agit donc pas là de centres d'apprentissage comme il s'en fonde alors pour les jeunes issus des classes moins favorisées, qu'on ne s'y trompe pas. Ici, on se préoccupe certes de donner quelques leçons médicales proprement dites (anatomie, physiologie) mais la formation morale compte plus encore que la formation scientifique, qu'elle soit théorique ou pratique. On y apprend donc aux jeunes femmes qui ne le sauraient pas déjà à tenir ou à diriger un ménage (leçons de couture, de cuisine, de comptabilité); à s'occuper des enfants (la puériculture étant encore dans l'enfance, les leçons de soins aux enfants ne

sont guère qu'une répétition peu originale des "manuels de mères" et autres "conseils pour soigner les enfants" qu'on rédigeait déjà au début du XIXe siècle¹⁰); et, enfin, pièce maîtresse de ces quelques mois de pensionnat spécialisé, on inculque à ces jeunes femmes les valeurs morales qu'elles seront censées incarner dans l'avenir, que ce soit au chevet des malades ou au coeur de leur foyer. Sans cesse leur sont ressassées les impératifs de sacrifice, de dévouement, de discipline, d'ordre, et surtout d'obéissance (aux consignes médicales comme aux décrets divins). Rien de très original ici: l'éthique professionnelle qui se dégage des enseignements dispensés dans ces écoles est issue en droite ligne de l'identité des religieuses infirmières, dont elles s'inspirent jusqu'aux plus petits détails de leurs costumes.

Aux origines du modèle élitiste : la vie religieuse et rien d'autre

Car en Suisse comme partout ailleurs en Europe, le domaine hospitalier a d'abord été l'apanage des religieuses, catholiques dès le XVIIe siècle, protestantes dès les années 1830. Ce sont elles qui se sont arrogées le secteur des soins infirmiers, avec l'aval des autorités religieuses, politiques, mais surtout médicales. Jusqu'à la fin du XIXe siècle, et même encore bien après, les soeurs représentent la plus grande partie du

⁹ Expression employée dans les prospectus de la première école d'infirmières créée à Genève en 1905.

¹⁰ La première école d'infirmières de Genève est fondée par une doctoresse qui avait été la première à exporter le modèle des Gouttes de Lait françaises en Suisse; elle était l'auteur d'un manuel pour les mères qui servait également de manuel aux élèves infirmières de son école (M. CHAMPENDAL, Petit manuel des mères; goutte de lait de Genève, Genève, 1916); sur l'œuvre des Gouttes de Lait en France: C. ROLLET, La politique à l'égard de la petite enfance sous la IIIe République, Paris, 1990.

personnel soignant, à la fois hors et dans l'hôpital. Elles ont su faire valoir leurs compétences (discipline, obéissance, moralité, autorité, polyvalence) et surmonter par là-même les reproches que d'aucuns leur adressaient à tort ou à raison (priorité accordée à la cure d'âme aux dépens des soins aux corps)¹¹.

Au total, le domaine des soins infirmiers en Suisse, au début du XXe siècle, apparaît comme largement dominé par des filières féminines et bourgeoises, à la fois dans leur recrutement et dans leur éthique professionnelle. Religieuses et infirmières d'écoles privées partagent bien le même idéal de la profession d'infirmière : vécu comme une vocation à nulle autre pareille à laquelle on n'accède pas sans une discipline individuelle et collective tissée de renoncement et d'ascétisme, l'idéal professionnel diffusé par les écoles et les congrégations contribue à faire de cette occupation une véritable mission confiée à des femmes d'élite. Elles seules sont censées incarner la permanence et l'efficace de la vocation religieuse dans un monde moderne de plus en plus dominé par les impératifs techniques et scientifiques, notamment dans l'univers médical auxquelles ces femmes se retrouvent quotidiennement confrontées. Chacune de ces écoles cultive volontiers à son propre profit cet idéal d'exceptionnalité, cherchant à rivaliser avec ses contreparties laïques ou confessionnelles au terme d'une

concurrence qui ne dit pas son nom mais qui s'exprime par une surenchère au dévouement peu propice à l'élaboration d'un statut social favorable aux professionnels. Tout se passe comme si la valeur d'une école et de ses diplômées se mesurait à l'aune des sacrifices que celles-ci acceptent de faire sur l'autel du dévouement à autrui : ainsi, bien des écoles conseillent à leurs élèves et futures diplômées de s'engager en priorité dans une activité bénévole, sous prétexte que le dévouement chrétien, pour déployer toute sa valeur, ne doit pas avoir de prix. Il est vrai que bien des élèves sont issues de milieux favorisés qui leur permettent de donner leur temps sans se préoccuper des récompenses terrestres. Que ce soit en termes de salaires ou d'avancement hiérarchique, les écoles encouragent leurs élèves à ne pas considérer leur occupation comme une occasion d'accumuler richesse ou reconnaissance sociale, mais comme une édification de soi-même et des autres par la seule vertu du sacrifice individuel au bien du malade. Il en est de même à l'égard de la prévoyance professionnelle, très souvent négligée par les écoles comme par les professionnelles : ces jeunes femmes qui ont derrière elles un milieu social et familial prêt à les protéger ne sentent guère le besoin de s'assurer pour leur santé ou leurs vieux jours, d'autant plus que bon nombre d'entre elles ne travaillent qu'en attendant les jours bénis où un mariage heureux occupera tout leur temps et leurs énergies. Les écoles privées ne forment donc que des professionnelles à temps partiel, ou plus exactement des amatrices averties (car formées) qui pour la plupart ne vont connaître le milieu professionnel des hôpitaux ou des gardes privées que comme une étape transitoire d'un cycle de vie dominé par les exigences de la respectabilité bourgeoise (mariage, enfants, éventuellement engagement philanthropique dans le réseau local des bonnes œuvres).

¹¹ Pour la description du modèle religieux français, largement valable pour le cas suisse : C. LANGLOIS, Le catholicisme au féminin : les congrégations françaises à supérieure générale au XIXe siècle, Paris, 1984 ; cf également la présentation synthétique du cas allemand dans I. von BUELTZINGSLOEWEN, « Sœur de charité ou diaconesse ? La confessionnalisation des soins aux malades dans l'Allemagne du XIXe siècle », Bulletin du Centre Pierre Léon d'histoire économique et sociale, 1995 (2/3), pp. 7-19.

En dépit de ces restrictions qui pèseront lourd pour l'avenir de la profession lorsque ses diplômées ne se recruteront plus exclusivement dans les milieux favorisés par le sort ou la fortune, l'action de ces écoles n'a pas ou peu contribué à établir le renom scientifique de ces nouvelles professionnelles de la santé : c'est notamment leur engagement en faveur d'une formation paramédicale appropriée pour les infirmières qui peut être mis au crédit de leurs fondateurs et bailleurs de fonds. Les donateurs et dirigeants de ces écoles privées se sont en effet battus pour faire admettre au public (et plus spécifiquement aux médecins, toujours réticents à voir fleurir des concurrents sur leurs marges) que le personnel soignant pouvait et devait être convenablement formé à ses fonctions. Ces milieux se sont faits les avocats d'une double formation pour les infirmières, à la fois morale (on a vu sur quelles bases) et scientifiques.

Infirmières et infirmiers laïcs : brebis galeuses et moutons noirs ?

C'est précisément cet aspect là que les historiens de ces filières de formation ont contribué à mettre en exergue dans leurs différents travaux : ils y célèbrent volontiers, non sans raison, le caractère innovateur de ces formations d'infirmière en écoles privées, axées sur une modernité scientifique indiscutable pour l'époque. De ce fait, les éléments les plus conservateurs, pour ne pas dire rétrogrades, de ces programmes d'enseignement sont régulièrement passés sous silence, ou relégués au rang d'anecdotes sans grande signification. Ainsi, le fait que ces écoles s'enorgueillissaient d'avoir été les premières à vouloir offrir une formation digne de ce nom aux infirmières est repris par les

historiens sans une once de critique¹². De même, l'idée selon laquelle avant que ces écoles soient établies, il n'existait aucune infirmière digne de ce nom, et que ceux et celles qui œuvraient dans les hôpitaux n'étaient, au mieux, que des « mercenaires », au pire, que des miséreux qui trouvaient là un abri providentiel contre la déchéance physique et la misère sociale : autant de traits qui, au gré des travaux historiques, sont présentés comme les faits établis d'une vérité intangible. Ce tableau type de l'infirmier et de l'infirmière dits laïcs (par les écoles, et par leurs historiens dans la foulée, qui entendent par là tous les individus qui pratiquaient des soins sans avoir été formés dans des écoles ou des congrégations religieuses) reproduit en décalque la caricature la plus célèbre du « contre-mythe » de l'histoire des soins : la sinistre Sarah Gamp de Dickens, incompétente, alcoolique invétérée, négligente, vulgaire, femme du peuple par excellence dans tout ce que ce terme peut comporter de mépris aux yeux des âmes bien nées. Autrement dit, le faire-valoir idéal de l'éminente Florence Nightingale, modèle inusable de LA bonne infirmière formée par les écoles privées¹³.

Il n'est pas douteux que ces portraits mythiques, ces figures de légende aient existé, que ce soit dans leur version positive (des femmes de la bourgeoisie qui ont sacrifié leur temps ou leur vie pour se dévouer au chevet des malades indigents¹⁴ ou dans leur

¹² Cf par exemple S. CRAPUCHET, Protestantisme et écoles de soins infirmiers : la traversée du siècle, de la IIIe à la Ve République, Montpellier, 1996.

¹³ Pour plus de détails sur le mythe Nightingale : M. BALY, Florence Nightingale and the nursing legacy, Londres, 1986.

¹⁴ C'est tout particulièrement le cas des premières infirmières militaires décrites par A. SUMMERS, Angels and citizens: british women as military nurses, 1854-1914, Londres-New York, 1988.

contrepartie négative (des hommes et femmes du peuple qui ont échoué comme infirmiers dans les hôpitaux parce qu'incapables de trouver un autre emploi). Cependant, l'examen attentif des archives d'autres institutions que ces écoles privées amène l'historien à relativiser largement cette « vulgate » de l'histoire infirmière, largement diffusée par les écoles et acceptée comme argent comptant par leurs thuriféraires historiens. Que nous révèlent les archives des hôpitaux sur leurs personnels soignants, leurs parcours individuels et professionnels, leurs motivations, leurs objectifs, leurs espoirs, leurs attentes déçues, leur réalité quotidienne ? Si l'on cesse de considérer comme seule source d'information les témoignages subjectifs des philanthropes (milieux dans lequel se recrutaient non seulement les infirmières bourgeoises mais aussi les administrateurs d'hôpitaux) pour se pencher sur l'histoire des anonymes et des sans grades, on s'aperçoit que l'image qui se dégage des sources est bien plus nuancée. Ainsi, l'examen des dossiers administratifs des hôpitaux (notamment de la correspondance entretenue entre les directions et leurs employés) prouve bien que le personnel soignant laïc n'a pas été uniquement un ramassis de traîne-misère et de gagne-petits. Depuis le début du XIXe siècle au moins jusqu'au milieu du XXe siècle (période sur laquelle je me suis concentrée¹⁵, on peut affirmer que la carrière d'infirmier et d'infirmière n'a jamais cessé d'attirer des candidats motivés et volontaires issus des rangs les moins favorisés de la population. Certes, ces éléments-là n'étaient sans doute pas légion, et il est vrai que les hôpitaux avaient fort à faire pour assurer un recrutement de qualité et de quantité satisfaisantes. Les problèmes de gestion du

personnel évoqués par les rapports administratifs sont à cet égard révélateurs : on s'y plaint constamment de l'instabilité des infirmiers, de leur manque de vocation et de discipline, de leurs tendances revendicatives, de leurs comportements vulgaires souvent, agressifs parfois, de leur connivence avec les malades dans les incessantes entorses faites aux règlements. Mais la conclusion fataliste qu'en tirent les administrateurs (les bons infirmiers laïcs sont introuvables et il faut leur préférer les religieuses, puis plus avant dans le siècle les infirmières diplômées d'école) n'est pas forcément pertinente. Si l'on se place en effet du point de vue des soignants eux-mêmes, tels qu'ils les articulent dans les correspondances adressées à la direction par exemple, celui-ci témoigne souvent d'un état d'esprit bien différent. Ainsi, on s'y plaint fréquemment des risques du métier (contagion, efforts physiques démesurés, notamment transport des malades dans les étages, des cadavres dans les caves de la morgue) ; des horaires à rallonge (il n'est pas rare, en plein XXe siècle, que 14 heures de travail soient exigées des infirmiers) ; des salaires de misère justifiés par un internat obligatoire (et dans quelles conditions : des dortoirs de 10 situés dans les combles surchauffés l'été et glacés en hiver) ; de l'absence de formation, enfin, et c'est sur ce point là qu'il convient d'insister. Car l'instabilité du personnel, si souvent dénoncée par les administrateurs hospitaliers depuis le début du XIXe siècle, reflète sans doute plus, dans de nombreux cas, une attitude de fuite et d'insatisfaction qu'un mauvais vouloir ou une absence de vocation. Fuite devant des conditions de travail de plus en plus perçues comme inhumaines, dès lors que le reste du monde du travail bénéficie, surtout après la première guerre mondiale, d'aménagements progressifs (semaine de 48 heures, législation sociale, patronale ou étatique) ; mais fuite

¹⁵ Les archives consultées sont celles de l'hôpital cantonal de Genève, conservées aux Archives d'Etat de Genève.

également devant un milieu qui ne satisfait pas une des demandes fondamentales de bien des infirmiers en herbe : la soif de formation.

Crise de la vocation ou vocations de crise ?

En effet, les dossiers du personnel des hôpitaux, dès le début du XIXe siècle, montrent à l'évidence qu'il existait un courant non négligeable de candidats à la profession d'infirmier (avant même que celle-ci n'existe formellement, notamment aux yeux des statistiques socio-professionnelles) : souvent issus de milieux peu favorisés, ils et elles ne sont pas pour autant ces déclassés et déchets sociaux que tant d'administrateurs stigmatisent. Ce sont très souvent des jeunes gens issus de la campagne (d'où une démographie surabondante les chassent vers de nouveaux horizons) ou des petits métiers de bourgades rurales. Vagabonds, ils ne le sont que le temps de leur arrivée en ville, où les occasions de travail ne sont pas légion pour ceux qui ne sont formés à rien d'autre, bien souvent, qu'au travail domestique¹⁶. Un certain nombre de ces jeunes migrants viennent demander aux gestionnaires hospitaliers un emploi temporaire au cours de leur cycle de vie, une place qui leur offre le gîte et le couvert en attendant qu'une meilleure connaissance de l'environnement urbain et de ses potentialités ne leur permette de trouver mieux. Bon nombre d'entre eux, les sources administratives le montrent bien, se déplacent au long d'itinéraires déjà balisés par d'autres membres de leurs familles : s'il est rare de voir à l'hôpital de Genève des générations d'infirmiers se succéder dans

l'établissement, on enregistre par contre fréquemment l'arrivée de frères et sœurs, souvent issus d'autres régions linguistiques du pays, qui chacun à leur tour viennent dès la fin de l'adolescence passer quelques mois, voire plus, dans les services hospitaliers genevois.

La motivation de ces trajectoires n'est pas toujours décelable, mais dans certains cas des témoignages directs nous apprennent que certains de ces jeunes migrants se déplacent en fonction d'un « plan de carrière » tout à fait étonnant : on voit ainsi certains de ces candidats et candidates demander une place bien spécifique dans l'hôpital, par exemple en chirurgie, afin de parfaire leurs connaissances dans ce domaine d'activité perçu à juste titre comme le plus « professionnalisé », c'est-à-dire requérant des compétences précises et une formation adaptée (depuis les années 1870 les pratiques chirurgicales ont été révolutionnées par les nouvelles méthodes d'asepsie et d'antisepsie). Certains de ces candidats évoquent un parcours individuel révélateur d'une volonté de formation qui s'exprime à travers un cursus péripatéticien à la carte : rappelons à ce propos qu'il n'existe encore, jusqu'à la fin du XIXe siècle, aucune école de formation pour les infirmiers et infirmières, et que dans ce contexte force leur est de se former sur le tas, au terme d'un itinéraire d'autodidacte qui fait feu de tout bois. Il n'est pas rare de voir certains de ces individus se former dans différents hôpitaux du pays, ou tenter d'acquérir une expérience pratique ou théorique partout où elle est disponible. Les cours ou conférences de soins aux malades ou de premiers secours, régulièrement organisés par des œuvres d'utilité publique ou des hygiénistes de bonne volonté sont ainsi particulièrement prisés ; il en est de même des formations données dans le cadre du service militaire aux recrues sanitaires. Autant d'occasions mises à profit

¹⁶ Pour une description des rapports villes-campagnes dans le cadre helvétique et des problèmes d'insertion dans le tissu urbain : F. WALTER, La Suisse urbaine, 1750-1950, Genève, 1994.

par ces hommes et ces femmes pour glaner des connaissances théoriques et pratiques, et qui sont par la suite mises en avant lors des contacts pris avec les directeurs d'hôpitaux : de telles candidatures sont en effet précieuses pour l'administration hospitalière, dans la mesure où ces infirmiers-là ne sont pas des novices, et peuvent être, de par leurs compétences, rentabilisés beaucoup plus rapidement dans les services que les véritables débutants. En outre, il s'agit souvent de personnalités disciplinées et attentives, qui se soumettent d'autant mieux à l'ordre hospitalier qu'ils en tirent des bénéfices en termes d'accumulation d'expériences et de connaissances. Ceux-là restent rarement très longtemps dans les établissements qui les embauchent : sans cesse à la recherche de nouvelles expériences et de nouvelles sources de connaissances, ils passent d'un hôpital à un autre, d'une spécialité à une autre (psychiatrie, pédiatrie, médecine générale, etc), recherchant sans doute aussi des horizons matériels plus conformes à leurs ambitions.

Alors, certes, la formation acquise au cours de tels itinéraires ne pouvait qu'être fragmentée, voire fragmentaire, plus axée sur les pratiques que sur les théories, et surtout centrée sur les gestes techniques au détriment des normes morales de comportement, telles que les formaliseront les écoles privées d'infirmières. La principale accusation que leur porteront ces écoles dès le début du XXe siècle, c'est l'absence de systématisation des connaissances acquises : du fait des déplacements fréquents et de l'enseignement sur le tas, réalisé tant par les autres soignants plus expérimentés que par des médecins bénévoles, les infirmiers autodidactes ne possèdent en effet que peu de bases qui leur permettent d'intégrer leurs bribes de savoirs et de savoirs-faire dans une logique

d'ensemble formalisée par des procédures d'apprentissage codifiées (manuels, cours, exercices, examens, diplômes). Pour autant, cela n'autorise pas l'historien à juger leur expérience inutile et sans valeur aucune, comme l'on fait avant eux les partisans des écoles dont ils reprennent les préjugés corporatistes. Il est hors de doute que de telles formations autodidactes, pour isolées et individuelles qu'elles aient été, ont permis à un recrutement démocratique et méritocratique de se mettre en place dans un secteur sanitaire déjà saturé par les idéaux d'exceptionnalité, du fait de la sur-représentation des religieuses hospitalières. Au contraire, ces parcours autodidactes se manifestent par une souplesse et une capacité d'intégration et d'ouverture sociale bien supérieures aux filières religieuses et bourgeoises : ce sont d'abord des avantages matériels qu'il faut souligner. Alors que les religieuses doivent apporter une dot pour être admises dans leur corporation, et que les élèves d'écoles d'infirmières doivent payer un prix de pension parfois très élevé durant leurs études (de quelques mois à trois ans selon les écoles au cours des années 1920), les candidats autodidactes se forment gratuitement. Mieux même : à la différence des élèves infirmières et des novices religieuses, ces apprentis infirmiers sont salariés, même de façon minime, et reçoivent durant toute la durée de leur engagement quelques avantages en nature (logement, indemnités, soins en cas de maladie). L'autre avantage de ces formations informelles, c'est qu'elles sont ouvertes à des individus qui n'ont souvent que des bases éducatives primaires, alors que les cursus des écoles d'infirmières exigent de leurs élèves un niveau d'études déjà élevé pour l'époque (et surtout pour des filles : niveau secondaire). En outre, ces passages successifs d'un établissement et d'un service à un autre, s'ils pèchent certes par

leur manque de systématisme, offrent cependant à ceux et celles qui en font l'effort les possibilités d'une véritable formation continue. De fait, grâce à ces filières et parcours autodidactes, bien des personnels infirmiers parviendront à se forger des carrières auxquelles leur naissance et leur instruction élémentaire ne les prédisposaient nullement. Ascenseur social, l'univers hospitalier l'est sans conteste à cet égard, lui qui a besoin sans cesse de main d'œuvre plus ou moins qualifiée : il n'est ainsi pas rare de voir de véritables carrières se dérouler à l'intérieur des murs d'un grand hôpital comme celui de Genève, où telle femme de chambre embauchée à peine sortie de son village deviendra au terme de son parcours « professionnel », infirmière ou gouvernante (chef de salle). Autre avantage de cette formation en autodidacte : elle est accessible presque à n'importe quelle étape du cycle de vie : équivalant de ce qu'on appelle aujourd'hui formation passerelle ou formation continue (qui permet de passer d'une sous-spécialité professionnelle à une autre en cours de carrière : une aide soignante en psychiatrie peut espérer devenir infirmière en soins généraux grâce à des structures pédagogiques de réadaptation professionnelle) ; mais également formation pour adultes, qui permet une réorientation au cours du cycle de vie professionnelle. Ces deux aspects sont déjà présents dans certaines carrières d'infirmiers que l'on peut repérer au gré des archives hospitalières de Genève au XIXe siècle, elles le seront plus encore dans la première moitié du XXe siècle.

De grandes espérances : l'entre deux guerres et la démocratisation de la formation d'infirmière

En effet, cette période voit se mettre en place une instance de contrôle des formations infirmières sous la forme d'une institution para-étatique chargée par les instances fédérales de surveiller la profession : la Croix Rouge Suisse est l'organisme semi-public qui a reçu depuis 1903 le mandat de surveiller le niveau de formation des professions paramédicales. Le système politique suisse ne permettant pas à la confédération de légiférer en la matière, chaque canton est libre d'édicter ses propres règlements de santé publique. Cependant, afin de compenser l'excessive disparité des formations infirmières selon les cantons, la confédération a confié à la Croix Rouge Suisse le mandat de surveiller et d'harmoniser les structures et le niveau de ces formations, notamment par le biais de la planche à billets. Ainsi, la confédération confie à la Croix Rouge Suisse une somme globale avec la tâche d'établir des programmes types de formation auxquels les écoles doivent se plier ; celles qui le font reçoivent une partie de la subvention fédérale, les autres ne sont pas jugées dignes de cette manne fédérale (sans pour autant être entravées dans leur fonctionnement). Il est évident cependant que l'agrément de la Croix Rouge Suisse apporte à ces écoles un surcroît de légitimité et donc de notoriété qui renforce leur pouvoir d'attraction (plus d'élèves, donc plus de diplômées, plus de visibilité sociale). Quant aux élèves de ces écoles, elles obtiennent au terme de leur formation un diplôme contresigné par la Croix Rouge Suisse, équivalent en fait, sinon en droit, du diplôme national français ou britannique.

Pour autant, le nombre encore peu élevé de ces écoles, leur caractère élitiste ne permettent pas de faire face aux besoins croissants du marché des soins. Que faire notamment des infirmiers et infirmières laïcs qui travaillent dans les hôpitaux du pays sans

pour autant disposer d'un diplôme ? Faut-il leur interdire de pratiquer, sachant que la poignée d'écoles existant sur le marché ne seraient pas capables à elles seules de faire face au déficit ainsi créé ? La Croix Rouge Suisse décide d'adopter un moyen terme : elle continuera à agréer (ou non) les écoles en fonction de la qualité des formations et des programmes proposés, mais elle décide dans le même temps de valider les formations autodidactes présentes sur le marché. La procédure de validation mise en place progressivement durant les années 1910 à 1920, avec la collaboration de la principale association d'infirmières du pays (« Alliance Suisse des Gardes-malades ») module quelque peu la logique autodidacte : elle l'encadre notamment dans tout un corset de règlements et de procédures d'évaluation qui lui donnent une unité intrinsèque et une valeur scientifique apparentées à celles dispensées dans les écoles. Pour s'inscrire au diplôme, il faut désormais avoir fait trois années de stages dont au moins une année consécutive dans le même établissement ; il faut également avoir travaillé dans plusieurs spécialités (pédiatrie, psychiatrie, chirurgie, médecine) ; il faut, enfin, passer et réussir un examen final devant un jury de professionnels (médecins et infirmières chefs) au cours des deux sessions organisées annuellement par la Croix Rouge Suisse à Berne. La formation s'acquiert donc dorénavant en conjuguant les savoirs théoriques et les savoir-faire pratiques : l'autodidaxie y perd certes en liberté de mouvement, mais elle y gagne en scientificité, en systématisation, en professionnalisme. Du reste, les candidats à l'examen fédéral ne s'y trompent pas, eux qui se ruent dans cette nouvelle possibilité de formation qui conjugue démocratisation et professionnalisation.

On peut ainsi rencontrer des candidatures motivées non pas par une vocation (à l'image des infirmières religieuses ou celles formées dans les écoles privées), mais par l'espoir d'une réorientation professionnelle qui permet d'échapper à un secteur en crise ou une profession bouchée. C'est notamment lors des années 1920-1930 qu'à l'hôpital cantonal de Genève de tels candidats se présentent en masse au directeur du personnel. Touchés par la crise persistante qui alimente un fort taux de chômage dans l'ensemble des secteurs industriels et commerciaux du pays, de nombreux candidats, jeunes et moins jeunes, postulent aux postes de soignants qui se libèrent à l'hôpital (temporaires ou permanents) afin de se former à une profession qui, elle, ne connaît pas de temps morts. Le plus souvent, ils arrivent déjà dotés d'une expérience dans le domaine des soins, si minime soit-elle : certains ont déjà travaillé dans des établissements hospitaliers à des titres divers et peuvent se prévaloir d'une bonne connaissance des organigrammes administratifs, ce qui représente un avantage incontestable pour s'insérer rapidement dans un milieu professionnel, en l'absence de compétences paramédicales. D'autres ont suivi des cours de premiers secours (donnés gratuitement par les sociétés de samaritains) ; d'autres encore ont soigné des parents malades, d'autres enfin ont suivi tout ou partie d'un cursus de formation proche de celui-ci d'infirmier (masseur, brancardier, soldat sanitaire). Autant d'arguments qui leur permettent d'accéder à une situation doublement favorable : non seulement ils échappent au chômage (l'Etat providence suisse étant encore dans l'enfance, il n'existe encore quasiment aucun système de prestation sociale digne de ce nom pour les chômeurs) ; mais en outre ils bénéficient d'une structure de formation gratuite comprenant des cycles de cours théoriques, l'accès aux

stages pratiques des différents services, et enfin la possibilité, en fin de stage, de passer un diplôme valable sur tout le territoire de la confédération (voire même à l'étranger). Pour un certain nombre de ces apprentis infirmiers et infirmières, cette structure représente alors la seule porte d'entrée possible dans la profession : c'est le cas par exemple des femmes qui n'ont pas à leur disposition le capital matériel, moral et social qui leur permette d'entrer dans une école d'infirmière privée (frais de formation et d'internat trop élevés, sélection par le niveau d'éducation ou les valeurs morales et religieuses –« le maintien »); mais c'est aussi le cas pour les jeunes hommes qui désirent, par volonté ou par nécessité, se former comme infirmiers : il n'existe pas encore (et pour longtemps) d'écoles ouvertes aux hommes, tant le diktat de la vocation féminine pèse encore sur la profession et ses représentations dominantes.

La rupture des années quarante : des écoles d'infirmières pour « la Suisse d'en haut »

Et le système fait florès : les candidats se pressent aux portes des hôpitaux, choisissant leurs stages en fonction de l'évolution des normes exigées par la Croix Rouge Suisse, effectuant leur temps de formation dans les trois ans requis afin de couronner ce cheminement volontariste par l'examen et, dans le meilleur des cas, par l'obtention du diplôme de la Croix Rouge Suisse, sans lequel aucune progression dans les carrières hospitalières n'est envisageable. Mis en place et bien rôdé dès les années vingt, le système va pourtant se gripper pour finalement disparaître entre 1944 et 1946.

Il va échouer sur deux écueils : le premier, les difficultés de recrutement des hôpitaux, qui profitent du système pour engager des

stagiaires à bon compte, mais se font tirer les oreilles pour les embaucher après l'obtention de leur diplôme. Les raisons de cette mauvaise volonté sont diverses : il faut savoir que la hiérarchie hospitalière fonctionne selon une logique d'entonnoir préjudiciable en fin de compte à la masse grandissante des stagiaires et diplômés laïcs.

En effet, si les places de stagiaires sont légion, celles de titulaires le sont nettement moins, et pour cause : elles sont encore le plus souvent réservées aux religieuses infirmières, dont le nombre ne décroîtra pas avant les années 50, voire bien après dans certains cantons. Quand les sœurs font défaut, les directions hospitalières marquent une nette préférence pour les infirmières diplômées d'école, dressées à l'obéissance mais surtout à l'ascétisme salarial. Ce n'est certes pas dans leurs rangs que se recruteront les syndiqués, de plus en plus actifs dans le secteur hospitalier.

C'est certainement dans cet argumentaire là qu'il faut puiser si l'on veut expliquer les réticences des administrations hospitalières à embaucher des infirmiers et infirmières laïques : issus des rangs du peuple, rompus par traditions familiales ou sociales à l'art des négociations musclées, ces infirmiers laïcs ne sont pas facilement manipulables par des gestionnaires qui dirigent leur hôpital en gardant bien souvent les yeux rivés sur la ligne bleue du budget. Rarement célibataires, à la différence des infirmières diplômées et des religieuses, les personnels laïcs ne peuvent en effet se contenter des maigres subsides accordés à leurs collègues caparaçonnées dans leur vocation. Ils n'acceptent pas non plus, une fois passée le temps d'initiation des stages, de vivre comme des reclus dans des dortoirs-cellules ni de consumer l'intégralité de leurs journées au chevet des malades.

Dans le domaine hospitalier, les syndicats chrétiens ou socialistes se feront de ce fait les avocats d'une normalisation des conditions de travail et de vie des infirmiers, considérée par eux comme le complément logique de la démocratisation de la formation entreprise depuis le début du siècle avec la collaboration de la Croix Rouge Suisse. Les directions hospitalières ne l'entendront pas de cette oreille, elles pour qui normalisation rime avant tout avec négociations et dilapidations. C'est la raison pour laquelle les écoles privées d'infirmières seront entendues lorsqu'elles réclameront la fermeture de la filière « autodidacte » : arguant de leur parfaite conformité à la représentation dominante de l'infirmière dévouée, disciplinée, compatissante et obéissante, elles sauront jouer, le plus souvent indirectement, sur l'angoisse des dépassements de budgets qui animent tout bon administrateur qui se respecte pour obtenir le monopole de la formation des infirmières. Alors certes, elles le firent avec des arguments convaincants : elles surent mettre en avant le caractère de vocation laïque de leurs diplômées qui ne désirent rien tant que se rendre utiles et se sacrifier aux malades ; leur capacité à s'adapter à l'évolution contemporaine des techniques médicales en vertu de leur niveau d'instruction secondaire ; leur éducation qui en faisaient les aides attirées et parfaitement appariées des médecins ; leur soumission respectueuse aux logiques administratives et hiérarchiques¹⁷. C'est ce qui explique le « tournant élitiste » qui se fait jour de façon frappante dans le discours propagandiste des

écoles privées d'infirmières dès la fin des années 1930 : elles radicalisent de manière drastique leur sélection et hissent leur éthique professionnelle au faite de cette logique résolument malthusienne. L'identité dominante de la profession défendue et illustrée par leurs diplômées sera celle de la vocation, ou ne sera pas : femme parfaite, infirmière parfaite, chrétienne parfaite, citoyenne parfaite, la représentation dominante de l'infirmière qui se fossilise durant cette période est celle d'une élite sociale prédestinée à la supériorité morale et à l'excellence professionnelle. La Croix Rouge Suisse, qui elle-même formait des infirmières dans cette logique au sein de sa propre école depuis 1899, ne résista pas à cette palette d'arguments ; elle le fit non sans scrupule, en réclamant tout de même des écoles privées d'infirmières qu'elles se démocratisent et attribuent des bourses aux élèves issues de milieux populaires qui sauraient se faire admettre dans ce digne aréopage grâce à leurs qualités personnelles (dévouement, esprit de sacrifice, soumission, propension à la vocation).

Entre 1944 et 1946, les derniers candidats et stagiaires « autodidactes » passent leurs examens professionnels et obtiennent leur diplôme. Ils seront les derniers d'une longue série d'infirmiers et d'infirmières qui, au moins depuis le XIXe siècle, sont entrés dans cette carrière par la petite porte de pratiques et de formations bricolées, à la carte, improvisées, puis plus tard pris en charge et agréés par une instance officielle qui les jugeait avant tout sur leurs capacités et leurs connaissances, et non sur leur conformité à un idéal charitable et vocationnel hérité des temps héroïques de la philanthropie bourgeoise.

Le résultat de cette politique malthusienne fut catastrophique : en quelques mois, la

¹⁷ Il est formellement interdit aux élèves et aux diplômées infirmières de s'inscrire dans un syndicat : elle risque de se voir privée de son diplôme par son école pour raison de conduite ; depuis le début des années 1930, toute adhésion au syndicat des services publics (VPOD) entraînait l'exclusion de « l'Association Suisse des infirmières diplômées d'écoles ».

fermeture de ce robinet populaire de recrutement allait plonger le monde hospitalier et les écoles d'infirmières dans une période noire de pénurie de personnel soignant comme jamais on n'en avait connu jusque là. Les écoles et les responsables politiques seront longs à réagir et à réaliser que la démocratisation de la formation et son alignement sur des critères de qualité scientifiques et professionnels, et non des impératifs moraux, seraient seuls capables de remédier à cette pénurie. Il faudra attendre les années 1960 (et encore) pour que les écoles les plus élitistes acceptent d'accorder des bourses aux élèves méritants mais peu fortunés. Parallèlement, l'ensemble des écoles allait s'ouvrir aux éléments masculins qui n'avaient jamais cessé d'alimenter le personnel hospitalier jusqu'aux années 1940¹⁸. Enfin, les administrations hospitalières du pays acceptèrent, bon gré mal gré, de desserrer un peu les cordons de leurs bourses pour rétribuer les compétences à hauteur des efforts consentis pour les acquérir. La normalisation de la profession d'infirmière s'opéra donc avec retard par rapport à d'autres secteurs professionnels, et il n'est pas besoin d'insister sur le fait que ce processus est, aujourd'hui encore, loin d'avoir déployé tous ses effets. On le doit en grande partie à une série de choix qui se sont présentés à l'époque comme des nécessités et des évidences liées essentiellement à la concurrence féroce opposant deux logiques de fonctionnement et d'agrégation à la profession : la première, et probablement la

plus ancienne, se présentait sans aucun doute comme la plus flatteuse et la plus valorisante, assimilant la profession à une vocation accordée à des êtres d'élite rejetant en bloc le monde du matérialisme, du mouvement social et de l'émancipation féminine. La seconde, plus tard venue sur le marché, misait sur les vertus émancipatrices d'une formation à bon marché, adaptée au profil et aux possibilités de ceux et celles qui pensaient que soigner autrui pouvait aussi être un moyen de gagner de sa vie, et pas seulement de préserver celle des autres.

Joëlle DROUX

Institut Romand d'Histoire de la Médecine

¹⁸ Du reste, bon nombre des candidats à la profession d'infirmier et d'infirmières qui se retrouvèrent dénués de toute structure de formation après cette décision de 1944 surent trouver d'autres alternatives pour satisfaire leur soif de formation : des professions paramédicales ou des secteurs moins élitistes que les milieux des écoles leur ouvrirent leurs portes, comme par exemple les écoles d'infirmiers en psychiatrie ou de nurses en hygiène maternelle et infantile.

Bernard ENNUYER

Cinquante ans d'histoire de l'aide à domicile : la lente construction d'une identité professionnelle.

Les premiers services d'aide ménagère sont nés en France dans la période 1950-1960 : *« on signale toujours comme étant la toute première association d'aide ménagère, celle implantée dans le quartier de la Guillotière à Lyon, en 1953, à moins qu'il ne s'agisse de la Fondation Notre Village, dans le quinzième arrondissement de Paris, créée il y a une cinquantaine d'années »*¹

La naissance de l'aide ménagère : 1950-1960.

Si on revient au point de départ des services d'aide ménagère, on s'aperçoit que leur création a été motivée par l'idée que ces services pouvaient éviter des hospitalisations qui n'étaient pas nécessaires, pour des gens âgés, isolés et malades.

Le décret du 2 septembre 1954 autorise les commissions d'admission à l'aide sociale à donner en nature tout ou partie de l'allocation d'aide sociale. Ce texte concerne les personnes âgées malades, dont l'hospitalisation n'est pas immédiatement nécessaire².

C'est ainsi qu'est créée, en 1955 à Grenoble, l'association pour l'aide aux vieillards malades et isolés.

Il est intéressant de noter que cette association est créée à partir de cinq centres privés congréganistes.

En 1958, le premier protocole d'accord signé par cette association, avec la caisse primaire d'assurance maladie, stipule que cette dernière *« participe aux frais de l'association dans la mesure où l'aide à domicile est apportée à des vieillards malades auxquels on évite ainsi une hospitalisation coûteuse »*³

Une des toutes premières associations qui se met en place à Paris en 1957, dans le dix-neuvième arrondissement, le GMSAV (Groupe d'Aide Médico-Sociale Aux Vieillards), est créée, elle aussi à partir des centres médico-sociaux, le plus influent étant le centre de soins congréganiste des Petites Sœurs de l'Assomption. L'objet de cette association est *« l'organisation des soins à domicile et de l'aide ménagère aux vieillards et éventuellement aux personnes isolées, lorsqu'ils sont malades et dépourvus de ressources, afin d'éviter leur hospitalisation »*.

Lorsque cette association passe convention en 1960 avec la Caisse Primaire d'Assurance Maladie, cette convention s'intitule « Soins à domicile aux personnes âgées », et stipule dans son article premier :

« L'association s'engage dans les limites et conditions fixées dans ses propres statuts, à assurer aux personnes âgées et malades qui font appel à ses services, les soins à domicile nécessaires à leur rétablissement, dans le but de leur éviter une hospitalisation. Les soins à domicile comprennent : les soins médicaux et paramédicaux donnés par les médecins et auxiliaires médicaux, et l'aide matérielle complémentaire apportée par les aides ménagères, indispensables pour assurer la pleine efficacité des soins médicaux, cette aide ayant trait au ménage, repas, courses, soins sommaires, etc... En aucune circonstance, les soins, dont la pratique exige la possession d'un diplôme, ne peuvent être assurés par les aides ménagères. Celles-ci exercent leurs activités sous la responsabilité des infirmières »

La naissance de l'aide ménagère, dans les années 1955-1960, se fait donc essentiellement à partir de la pratique des centres de soins congréganistes, avec pour objectif principal : éviter l'hospitalisation de personnes âgées, malades et isolées.

L'aide ménagère est donc considérée, à ses débuts, comme l'auxiliaire de l'infirmière, comme l'est à l'époque l'aide soignante dans le cadre hospitalier, puisque la création du corps des aides soignantes à l'hôpital date de 1956⁴.

L'aide ménagère est donc identifiée, à l'origine de la profession comme « l'aide complémentaire et indispensable pour assurer la pleine efficacité des soins médicaux ».

L'infirmière et l'aide ménagère sont les deux professionnelles de base indispensables pour permettre de maintenir à leur domicile des personnes âgées, isolées et malades, afin de leur éviter une hospitalisation.

Cette optique d'alternative à l'hospitalisation est tellement bien inscrite, par exemple, dans l'esprit de l'association du dix-neuvième arrondissement, le GAMSAV, que de 1957 à 1967, tous les procès verbaux du rapport moral de l'assemblée générale annuelle mentionneront et chiffreront, de façon explicite, les économies réalisées grâce au GAMSAV, en journées d'hospitalisations évitées aux personnes bénéficiaires du service.

Le tournant des années 1960 : l'aide ménagère, pivot de la politique de maintien à domicile prônée par le rapport Laroque.

Alors que le recensement des services d'aide ménagère établi par le rapport Laroque en 1960, fait état de 135 services, dont 40% sont gérés par des œuvres confessionnelles⁵, ce même rapport Laroque va faire de l'aide ménagère le pivot de la politique de maintien à domicile, qu'il entend promouvoir : « l'accent doit être mis par priorité sur la nécessité d'intégrer les personnes âgées dans la société, tout en leur fournissant les moyens de continuer le plus longtemps possible à mener une vie indépendante »⁶, et le rapport Laroque de préciser : « le maintien, à tous égards souhaitables, des personnes âgées dans un logement individuel doit nécessairement s'accompagner d'un important effort d'action sociale, pour assurer à ces personnes des conditions matérielles et morales d'existence satisfaisantes. L'effort le plus important à cet égard doit porter sur l'aide ménagère à domicile »⁷.

On peut regretter que ce rapport n'ait pas été plus précis sur les conditions d'intervention et de financement de l'aide ménagère, se contentant de dire « *rappelons que cette forme d'aide consiste à envoyer chez le bénéficiaire, selon un rythme et une durée déterminés, une aide ménagère, pour pourvoir aux tâches matérielles auxquelles les intéressés ne peuvent pas faire face* »⁸, réduisant le maintien à domicile à « *une solution incontestablement moins onéreuse que l'hébergement* »⁹.

De fait, le rapport Laroque va donc provoquer un tournant dans le rôle de l'aide ménagère, comme en témoigne le décret de l'aide sociale du 14 avril 1962, qui précise que « *l'aide sociale à domicile en nature n'est plus dorénavant octroyée sous condition d'un état de santé défini, mais accordée chaque fois qu'elle est nécessaire pour éviter un placement* »¹⁰.

Ceci est confirmé par la nouvelle convention signée en 1966 entre le GMSAV et la CPAM, intitulée : « Soins à domicile et aides ménagères aux personnes âgées » : cette convention « *vise à permettre la prise en charge de l'auxiliaire ménagère qui se rend chez le retraité et, contribuant à son maintien à domicile, évite son admission dans un foyer d'hébergement collectif* ».

Le développement des services d'aide ménagère à partir des années 1970.

Si le rapport Laroque va bien permettre le développement des services d'aide ménagère, notamment à partir de l'année 1971, dans le cadre du VIème plan¹¹, puisqu'on passera de 40.000 personnes aidées en 1971 à 500.000 en 1985, ce développement quantitatif ne doit pas masquer une contradiction fondamentale.

Si, en effet, on réaffirme régulièrement le rôle fondamental de l'aide ménagère « *pivot de la politique du maintien à domicile* »¹², celle-ci devra attendre 1983, pour voir sa profession définie dans la convention collective du 11 mai 1983 « *l'aide ménagère à domicile a pour mission d'accomplir chez les personnes âgées un travail matériel, moral et social, contribuant à leur maintien à domicile (...) Les activités de l'aide ménagère à domicile ne sauraient se limiter à des travaux ménagers. Elles permettent notamment aux bénéficiaires d'assurer leur indépendance et de maintenir des relations avec l'extérieur* »¹³.

Mais, si d'une part, on peut se féliciter de voir enfin reconnue la fonction de « lien social » de l'aide ménagère, on ne peut que regretter, d'autre part, que son action soit définie négativement : « *son action se définit jusqu'à la limite des actes nécessitant l'intervention d'une personne exerçant une profession autre que la sienne* »¹⁴.

De plus, malgré la loi de mensualisation de juillet 1978, applicable en France à tous les salariés, la convention collective de mai 1983 maintient les aides ménagères dans un statut de salariées horaires.

Les salaires restent très faibles, à peine plus que le SMIC. Les cursus de formation restent exceptionnels, puisqu'il faudra attendre la fin de l'année 1988 pour avoir enfin l'arrêté instituant un certificat d'aptitude aux fonctions d'aide à domicile (CAFAD)¹⁵. Mais, là aussi, nouvelle contradiction. Si cette formation CAFAD conduit effectivement à donner un niveau de qualification aux aides à domicile, qui interviennent auprès de familles, de personnes âgées ou de personnes handicapées, leur permettant ainsi de se maintenir dans leur milieu de vie habituel, le contexte global du chômage des femmes

amène les gouvernements successifs à déverser massivement dans le secteur de l'aide à domicile des femmes en difficulté d'emploi, et ceci, sans leur assurer une véritable qualification, telle que l'avait définie le CAFAD.

Les politiques de l'emploi contre la professionnalisation de l'aide à domicile.

A partir des années 1985, la professionnalisation de l'aide à domicile est télescopée de plein fouet par les politiques de l'emploi, qui ont pour but de donner des emplois à des femmes non qualifiées, puisque ce sont elles qui sont « prioritairement » visées par le chômage.

En 1987, c'est l'amendement Seguin qui crée les services mandataires, et exonère de charges patronales tous les employeurs directs de 70 ans et plus, quels que soient leur état de santé et leurs ressources, pourvu qu'ils embauchent une aide à domicile ¹⁶. Aucune exigence n'est formulée, quant au statut et à la professionnalisation de ces femmes.

On entend dire, comme dans les années 1960, que n'importe quelle personne faisant preuve de « bonne volonté » peut s'occuper de personnes âgées en incapacité.

Développées aussi bien par la « gauche » - les emplois familiaux de Martine Aubry en 1991 - , que par la « droite » - loi quinquennale sur l'emploi du 20 décembre 1993 créant les chèques-services -, ces politiques de l'emploi à visée sociale vont largement casser le processus de professionnalisation naissant des aides à domicile datant du début des années 1980, comme en témoigne un travail mené en 1996 par le Centre d'Etudes et de Recherches sur les Qualifications (CEREQ).

« Cette politique en faveur des emplois familiaux n'est accompagnée, jusqu'en 1996, d'aucune exigence en matière de qualité du service rendu ou de qualification des salariées, remettant ainsi en cause les efforts antérieurs consentis par le secteur sanitaire et social, et par celui de l'aide ménagère.

Cette absence de professionnalisation, combinée à la précarité des conditions d'emploi de ces nouveaux salariés, et à l'image dépréciée des activités à domicile, va contribuer à assimiler les emplois familiaux à des petits boulots que l'on fait faute de mieux »¹⁷.

La marchandisation de l'aide à domicile devenue prestation de service.

Quand, dans les années 1996, le CNPF porte l'offensive sur le secteur de l'aide à domicile, estimant que « plusieurs centaines de milliers de postes de travail » pourraient être créés, offensive relayée par la loi du 29 janvier 1996 ouvrant l'aide à domicile aux services marchands, le maître mot pour les salariés de ce secteur n'est plus la relation d'aide, mais la « prestation de service ».

C'est d'ailleurs cette logique marchande de la prestation de service que l'on voit aboutir dans la norme française de septembre 2000, traitant des services aux personnes à domicile¹⁸. Le maître mot de cette norme devient la relation client-fournisseur (sic !) : il y est question de prestations de services à domicile. Pour autant, cette norme ne traite pas de la professionnalisation des intervenants, dont elle réduit la fonction à des gestes et techniques professionnels.

C'est cette vision marchande et réductrice de la profession d'aide à domicile qui amènera, pour créer des emplois, à promulguer la loi de

1997 sur la Prestation Spécifique Dépendance, mécanisme de solvabilisation individuelle des personnes les plus fragiles, les renvoyant dans 80% des cas à un rôle d'employeur individuel, à travers les services mandataires ou de gré à gré¹⁹.

On a, du point de vue des identités professionnelles, augmenté la confusion entre « aides à domicile », « assistantes de vie », « employées de maison », « auxiliaires de gériatrie », « garde malades », etc..., accentuant ainsi la confusion entre la convention collective des salariés du particulier employeur et celles du maintien à domicile.

D'ailleurs, en 1997, l'IGAS, dans un rapport sur l'aide ménagère aux personnes âgées, dressait un bilan très pessimiste de l'état actuel de l'aide ménagère. Alors que l'IGAS formulait pour les aides ménagères des exigences accrues de recrutement, de qualification, de formation et d'encadrement²⁰, il constatait avec inquiétude que se posait aujourd'hui la question de la survie des structures prestataires et d'un personnel qualifié, encadré, motivé, concluant que « *aussi bien le statut de l'aide ménagère que la pérennité des structures prestataires sont de fait menacés* »²¹.

Les perspectives d'avenir de l'aide à domicile devenue auxiliaire de vie sociale.

Quel est aujourd'hui, en 2002, l'avenir de la profession d'aide à domicile ?

Celle-ci est devenue, fin 2001, l'auxiliaire de vie sociale, celle dont le projet de convention collective unique définit la finalité ainsi : « *effectue un accompagnement social et un soutien auprès des publics fragiles, dans leur*

*vie quotidienne. Aide à faire (stimule, accompagne, soulage, apprend à faire) et/ou fait à la place d'une personne qui est dans l'incapacité de faire seule les actes ordinaires de la vie courante*²².

Dans le même temps, un nouveau diplôme d'état d'auxiliaire de vie sociale (DEAVS) va sanctionner une formation quasiment double du CAFAD en terme d'heures de formation.

Constatant d'autre part que, dans la loi sur l'allocation personnalisée d'autonomie²³ mise en place début janvier 2002, il est prévu un Fonds de modernisation de l'aide à domicile « *afin notamment de promouvoir des actions innovantes, de renforcer la professionnalisation et de développer la qualité de ces services* »²⁴, on pourrait être tenté de dire que la professionnalisation de la nouvelle auxiliaire de vie sociale est enfin sur la bonne voie.

Hélas !, tout n'est pas si simple. En effet, malgré ce déluge de bonnes intentions, la plupart des aides à domicile ne sont toujours pas, au jour d'aujourd'hui, passées aux trente cinq heures.

Dans la convention collective de 1983, une aide à domicile ayant le CAFAD ne gagne, après 21 ans d'ancienneté, que 0,57 euros de l'heure au-dessus du SMIC !

De plus, toute augmentation du tarif horaire de l'aide à domicile, qui doit logiquement accompagner sa professionnalisation et la reconnaissance de son statut, va se traduire inévitablement par une augmentation du prix facturé aux caisses de retraite, aux Conseils Généraux et aux usagers.

Ce phénomène risque de conduire, dans l'élaboration du plan d'aide de l'APA, comme

cela s'est passé pour la PSD, à un recours massif des Conseils Généraux, des usagers et de leur famille...aux services mandataires et de gré à gré, moins chers de 30% à 40%.

On voit bien là que le statut de l'aide à domicile vient pointer la contradiction des politiques publiques de maintien à domicile en direction des gens vieillissants, en incapacité.

On ne peut professionnaliser les aides à domicile, pivot indispensable du maintien à domicile, sans envisager un véritable engagement de dépenses publiques conséquentes.

C'est ce que démontre la récente législation APA qui pointe une fois de plus la non volonté politique de créer un véritable risque de protection sociale, seul capable de garantir à la fois un véritable choix de leur mode de vie aux gens âgés handicapés, mais aussi un véritable statut professionnel aux aides à domicile permettant à ces gens de rester chez eux.

Combien de temps encore faudra-t-il attendre pour que cesse cette scandaleuse non-reconnaissance sociale et financière de leur travail, qui est le lot des aides à domicile depuis cinquante ans ?

Bernard Ennuyer
Directeur de l'association
« Les Amis Service à Domicile »
Docteur en sociologie

1. ESCALERE, B. (2001). L'aide à domicile : des publics, une histoire, *Guide de l'aide à domicile*, sous la direction de Florence Leduc, Paris, Dunod, p.88.
2. MEY, P. (1978). Cadre historique et politique du développement de l'aide ménagère à domicile, *Gérontologie et société*, n°5, p.9.
3. ADPA, Trente ans d'aide à domicile aux personnes âgées, ADPA, Grenoble.
4. COLLIERE, M.F (1986). L'avenir du soutien à domicile et son financement, *Soins*, n°474, p.38.
5. HAUT COMITE CONSULTATIF DE LA POPULATION ET DE LA FAMILLE. (1962). Politique de la vieillesse-rapport de la Commission d'études des problèmes de la vieillesse, présidée par Monsieur Pierre Laroque, Paris, La Documentation Française, p.103-104.
6. op.cit., p.9.
7. op.cit., p.271.
8. op.cit., p.210.
9. op.cit., p.208.
10. MEY, P., (1978), op.cit., p.10.
11. Ministère de la Santé Publique et de la Sécurité Sociale (1971). Circulaire n°1575 sur la politique relative aux équipements sanitaires et sociaux en faveur des personnes âgées
12. HœFFEL, D. Secrétaire d'Etat auprès du Ministère de la Santé et de la Sécurité Sociale (1979). Discours d'AUTRANS du 27 septembre.
13. Convention collective des organismes d'aide à domicile ou de maintien à domicile du 11 mai 1983, édition de juin 1997, p.2.
14. op.cit., p.2.
15. Ministère de la Solidarité, de la Santé et de la Protection Sociale. Arrêté du 30 novembre 1988 instituant un certificat d'aptitude aux fonctions d'aide à domicile.
16. Loi n°87-39 du 27 janvier 1987, portant diverses mesures d'ordre social, *Journal Officiel de la République Française* du 28 janvier 1987.
17. CAUSSE, L., FOURNIER, C., LABRUYERE, C. (1998) . Les aides à domicile, des emplois en plein remue ménage, Paris, Editions La Découverte et Syros, p.9.
18. AFNOR (2000). Services aux personnes à domicile, norme française NFX50-056, septembre.
19. KERJOSSE, R. (2001). La prestation spécifique dépendance à domicile : l'évaluation des besoins par le plan d'aide, *Etudes et Résultats*, DREES, n°136, septembre, p.4.
20. BAS-THERON, F., ROQUEL, T., SALZBERG, L., (1997). *L'aide ménagère à domicile aux personnes âgées*, Inspection Générale des Affaires Sociales, rapport n° 96071, Tome 1, p.114.
21. op.cit., p.107
22. UNASSAD (2002). *Classification et définition des emplois*. Projet document groupe de travail du 12 février 2002. Note d'information n°18-2002.
23. Loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie, *Journal Officiel de la République française* du 21 juillet 2001, 11737-11743
24. op.cit., p.11740.