



UNIVERSITÉ CATHOLIQUE DE LOUVAIN
ECOLE DE SANTE PUBLIQUE
DEPARTEMENT DES SCIENCES HOSPITALIERES
1200 BRUXELLES

« INFIRMIERE : UNE PROFESSION EN MOUVEMENT ! »

Essai sociologique sur le mouvement
des infirmières en référence au modèle
conceptuel d'Alain Touraine.

Par VANTOMME Patrick (HONU 22)

Promoteur : Prof. M. MOLITOR

ANNEE ACADEMIQUE : 1992-1993

A Monsieur Michel MOLITOR qui a accepté et dirigé ce travail malgré ses lourdes responsabilités. Sans son aide ni sa compréhension, cet ouvrage n'aurait pu être réalisé. Qu'il trouve ici l'expression de mes remerciements et de ma gratitude !

SOMMAIRE

PREAMBULE	page 1
INTRODUCTION	page 2

Première partie : **REFERENCES THEORIQUES.**

Chapitre I - LA SOCIOLOGIE.	page 5
1. Le paradigme déterministe.	
2. Le paradigme actionnaliste.	
Chapitre II - LA SOCIOLOGIE DES MOUVEMENTS SOCIAUX.	page 10
1. Les postulats sociologiques de Touraine.	
2. Le mouvement social.	
3. L'intervention sociologique.	

Deuxième partie : **CADRE HISTORIQUE.**

Chapitre I - HISTOIRE SOCIALE ET SOCIOLOGIE.	page 14
Chapitre II - LE MOUVEMENT OUVRIER.	page 15
Chapitre III - LE MOUVEMENT FEMINISTE.	page 17
Chapitre IV - LE MOUVEMENT INFIRMIER.	page 18

Troisième partie : **LE MALAISE PROFESSIONNEL DES INFIRMIERES.**

Chapitre I - LE TRAVAIL : DONNEE SOCIALE ET SOCIOLOGIQUE.	page 21
Chapitre II - LE MALAISE INFIRMIER	page 23
1. Les aspects quantitatifs.	
2. Les aspects qualitatifs.	
Chapitre III - PROBLEMATIQUES DU CHAMP PROFESSIONNEL.	page 29
1. Le milieu hospitalier.	
2. Le secteur de la santé.	
3. Les organes de représentation.	
4. Le secteur non-marchand.	
5. Les caractéristiques belges.	
6. Les caractéristiques européennes.	
7. Conclusion.	

Chapitre IV - LA CONDITION FEMININE, LE TRAVAIL ET L'INFIRMIERE.	page 43
1. La condition féminine.	
2. La condition féminine et le travail.	
3. La condition féminine, le travail et l'infirmière.	
Chapitre V - RAPIDES COMPARAISONS INTERNATIONALES.	page 47
1. La Grande-Bretagne et son N.H.S.	
2. Les Pays-Bas et son V.I.O.	
3. La France et sa coordination infirmière.	
Quatrième partie : DU MALAISE AU MOUVEMENT INFIRMIER.	
Chapitre I - PRELIMINAIRES.	page 51
1. Revendications du personnel infirmier.	
2. Formes d'actions collectives.	
3. Revalorisations et état actuel.	
Chapitre II - ANALYSE DU MOUVEMENT.	
1. PRINCIPE D'IDENTITE.	
a) notion(s) d'identité,	page 56
b) évolution historique et sociale,	page 59
c) qu'en est-il actuellement ?	page 63
d) application du modèle au mouvement infirmier,	page 66
e) en quête d'une nouvelle identification,	page 69
f) conclusion.	page 74
2. PRINCIPE D'OPPOSITION.	
a) transposition,	page 76
b) Etat et Etat-Providence,	page 78
c) conclusion.	page 83
3. PRINCIPE DE TOTALITE.	
a) qu'est-ce qu'une idéologie ?	page 84
b) le Mouvement ouvrier dans son principe de totalité,	page 85
c) transposition,	page 86
d) les enjeux du mouvement infirmier.	page 87
4. CONCLUSION SUR LES TROIS PRINCIPES.	page 88

Chapitre III - MOUVEMENT INFIRMIER : MOUVEMENT SOCIAL ?	
1. REPONSE	page 91
2. PERSPECTIVES	
a) perspectives corporatistes,	page 93
b) perspectives globales,	page 95
c) perspectives sociétales,	page 97
d) conclusion	page 100
Chapitre IV - CONCLUSIONS FINALES.	
1. Conclusion sur le travail.	page 101
2. Conclusion pédagogique et scientifique.	page 105
3. Conclusion professionnelle et personnelle.	page 106

BIBLIOGRAPHIE

PREAMBULE.

La culture humaine, pour prendre sa dimension pleinement culturelle c'est-à-dire considérée comme le constituant structurel et historique d'une forme particulière de sociabilité, doit pouvoir se transmettre. En retraçant l'histoire de la transmission culturelle ou médiologie¹, on peut distinguer trois âges : celui de la parole, celui de l'écrit et celui de l'image. L'invention du papier et surtout l'avènement de l'imprimerie a progressivement permis de passer de la « logosphère » à la « graphosphère » et même si à l'heure actuelle, les médias et les appareils de transmission - Eglises, partis, sciences, ... - ont de plus en plus recours à l'audiovisuel c'est-à-dire l'image (la vidéosphère selon Debray), cette dernière n'a pas encore supplanté l'écrit. La transmission de l'information et pour notre propos, d'un savoir reste donc l'un des fondements moteurs de la culture.

L'infirmière² est de plus en plus consciente que son identité et son autonomie passent par la constitution d'un « *savoir* », d'une « *science* » propre à sa profession mais elle doit également être apte à les transmettre. Cette transmission culturelle se situe sur deux plans indissociables : le premier est interne à la profession (l'identité professionnelle) et le second s'adresse à la société par une nouvelle image (celle-ci dans son assertion étymologique c'est-à-dire symbolique) de l'infirmière et de la santé.

Les revues professionnelles, mémoires et livres écrits par des infirmières restent denrées rares en Belgique. Cette problématique de l'écriture qui probablement explique, conjointement avec d'autres facteurs, la lenteur et les difficultés rencontrées par les infirmières à se connaître et à se faire reconnaître sur la scène socioculturelle, est double. Tout d'abord, l'infirmière n'a pas l'habitude d'écrire, on ne lui a pas appris à écrire et elle est elle-même résistante face à l'écriture. Et même en possédant les aptitudes, le goût et plus encore la propension à l'écriture, l'infirmière n'a guère le temps, le loisir de le faire ; non pas qu'elle preste plus d'heures qu'un autre travailleur mais la nature et les circonstances de son exercice professionnel ne concèdent que peu de disponibilités mentales à coucher sur le papier ses expériences, son vécu professionnel, bref, ce qui fait qu'elle est une infirmière.

En témoigne la peine que nous rencontrons au moment d'écrire ce travail.

¹ Debray R., « Nous avons remplacé l'idéologie par l'iconologie », in Le Monde, 19/01/1993, p. 2.

² Bien qu'infirmier et pour respecter la loi du plus grand nombre, faisant ainsi entorse à la règle grammaticale française qui veut que Le masculin l'emporte, dès lors qu'un seul élément puisse s'en prévaloir... nous n'emploierons en général que le terme « infirmière ».

INTRODUCTION

Le métier d'infirmière est en crise... dans une société dont les uns diront qu'elle est en crise et les autres en mutation. Ce constat de crise, faut-il encore définir le sens exact du mot « *crise* », présente de multiples facettes : crise du marché des soins infirmiers (pénurie généralisée à l'ensemble de nos pays industrialisés), crise générale du secteur de la santé, etc. mais aussi crise à l'intérieur même de la profession d'infirmière. Pourtant, poussée par divers facteurs, l'infirmière est à la recherche de son autonomie ou du moins d'une meilleure reconnaissance socio-professionnelle ; et pour y aboutir, elle tente entre autre de se constituer un « *savoir* » propre et spécifique sur lequel elle espère asseoir son identité professionnelle : « *Crise, sans doute, mais crise de croissance et non, crise de vieillesse !* » pour reprendre Xavier Leroy³.

Modeler l'identité d'un métier n'est point chose aisée à l'heure actuelle, et cette démarche se voit encore compliquée ou freinée par une série de caractéristiques que nous essaierons de mettre en évidence et ici rapidement esquissées. La profession d'infirmière s'exerce dans un milieu de plus en plus technique et évoluant rapidement ; alors qu'elle côtoie l'humain dans ses dimensions les plus fondamentales et les plus sensibles. Il s'agit aussi d'une profession qui évolue dans le secteur dit non-marchand et qui est de plus représentée sur la scène sociale de façon ambiguë (syndicats, organisations professionnelles), dans un pays hyper-institutionnalisé et dont les marges de manœuvres sont très étroites de par des contraintes budgétaires nationales et européennes. Il faut encore souligner les influences socio-historiques qui ont marqué de façon durable l'image sociale de l'infirmière ou encore des valeurs culturelles de notre société qui valorise l'économique et le performant.

Le décor est à peine planté que déjà on s'aperçoit de l'ampleur et de la complexité des problématiques influençant directement ou indirectement le processus d'identification du corps infirmier. Mais ces problématiques seront considérées comme autant de pistes d'analyse.

Pendant que certaines infirmières, élites intellectuelles, tentent par divers biais de construire et de développer un savoir infirmier digne de ce nom ; la base à la fois homogène et polymorphe, alors multitude inconnue ou méconnue mais toujours silencieuse, manifeste, depuis quelques années, son malaise grandissant ; ce dernier les conduira d'ailleurs à la mobilisation pour exprimer ce que les journalistes appelleront « *la colère des blouses blanches* ».

La non-reconnaissance de leur profession est sous-jacente à l'ensemble des revendications des infirmières. En effet, les textes légaux accordent à l'infirmière un statut (Loi sur

³ « Le marché des soins infirmiers : exercice de la profession et formation », in Reflets et Perspectives de la Vie Economique, n° 2/3, mai/juin 1992, p. 182.

l'Art de Soigner du 20/12/1974) c'est-à-dire une reconnaissance juridique, une définition professionnelle. Mais cette reconnaissance n'est et ne reste que partielle car elle ne concerne que l'exercice d'un certain nombre de pratiques et de gestes essentiellement techniques ainsi que la protection du titre. Le malaise persiste !

L'ensemble de la profession est de plus en plus offusqué et constate la distance de plus en plus évidente qui sépare son exercice professionnel quotidien, la compétence nécessaire, la nécessité d'une adaptation continue à des techniques de plus en plus pointues conjointement à l'exigence du relationnel, le sacrifice permanent lié aux conditions de travail et au manque croissant d'effectifs dans les différents milieux de travail où la demande ne fait qu'augmenter, de la reconnaissance quasi nulle de la société, reconnaissance marquée par le mépris de certains et des salaires (symbole d'utilité sociale) peu valorisants et démotivants. L'inadéquation la plus flagrante existe entre la réalité et la définition légale.

C'est ainsi que la mobilisation s'amplifie encore. On parle en Belgique et chez nos voisins, où le problème est le même⁴, du mouvement infirmier. Des groupes de recherche essentiellement sociologiques s'intéressent de près à ce phénomène pendant que les infirmières descendent dans la rue et font grève. Sans toutefois mettre en cause les nombreuses conquêtes socio-économiques accordées à la profession - comme à l'ensemble du secteur des soins de santé -, nous aimerions au cours de ce travail non seulement comprendre les tenants et les aboutissants de ces actions collectives, principalement la quête identitaire d'un corps professionnel en mal de reconnaissance, mais aussi et surtout en saisir la dimension plus globale à savoir : considérer le mouvement infirmier comme un réel mouvement social dont les enjeux dépassent ou transcendent les seules revendications salariales ou corporatistes.

Comme nous l'avons dit plus haut, l'infirmière se cherche et cherche à se constituer un savoir qui lui est spécifique et c'est pourquoi nombre de « chercheurs- infirmiers » se sont appliqués à fournir un corpus scientifique c'est-à-dire crédible - puisque éprouvé et contrôlé - à la profession infirmière ; certains allant jusqu'à parler de « sciences infirmières ». Sans paraître trop intransigent et tout en reconnaissant la valeur et le mérite de ces travaux, nous pensons qu'il est hâtif et prématuré de déterminer le caractère scientifique la pensée ou de l'art infirmier. C'est ainsi qu'il faut nous tourner vers des savoirs scientifiques confirmés et reconnus comme tels.

Le savoir médical, les sciences médicales ont beaucoup contribué à la constitution du métier d'infirmière mais celles-ci ont contraint l'infirmière à une position d'auxiliarat médical, entraînant inévitablement la profession dans le tourbillon de la spécialisation et de la parcellisation. Depuis quelques années déjà et sur ce constat mitigé et ambivalent, l'infirmière s'est tournée vers

d'autres sciences et en particulier les sciences humaines en espérant y retrouver la dimension humaine et globalisante quelque peu délaissée dans un univers techniciste. S'attachant à l'étude de l'Homme et des hommes, et non plus seulement à l'*homo organicus* comme corps biologique, les sciences humaines ou sociales vont peu à peu prendre place dans les programmes d'enseignement infirmier ou encore dans diverses recherches infirmières (et réciproquement).

C'est donc avec l'appui de l'une d'entre elles, la sociologie et en particulier celle développée par Touraine, que nous tenterons d'analyser la constitution du mouvement infirmier afin d'en dégager les enjeux mineurs et majeurs, les perspectives professionnelles mais aussi globales visant la société toute entière et les hommes qui la construisent jour après jour. Il nous faut donc débiter afin de bien situer l'analyse et ce dans un objectif de clarté pour le lecteur, par délimiter non seulement le cadre théorique mais également le contexte socio-historique.

⁴ Nous faisons allusion, par exemple, à une parole de Norbert Slüm, Ministre allemand des Affaires Sociales, à l'occasion de la campagne de valorisation de l'image de l'infirmière de 1991: « *Les soins infirmiers seront le problème majeur des années 90* ».

Première partie : REFERENCES THEORIQUES.

Comme précisé dans l'introduction, le cadre théorique qui servira de référence et de guide à l'élaboration de ce travail est la sociologie. Toutefois, il est nécessaire avant d'entamer le sujet de ce travail de définir ce cadre théorique, d'en montrer l'intérêt, la spécificité et la pertinence par rapport au thème choisi et de situer la sociologie d'Alain Touraine dans le contexte sociologique général.

Chapitre I - LA SOCIOLOGIE :

Science sociale et science du social, la sociologie se focalise sur l'action sociale c'est-à-dire l'étude de l'action de l'homme sur la société ou de la société sur l'homme selon les tendances internes à toutes sciences. Résumer en une seule phrase la sociologie ainsi que ses deux paradigmes principaux, tentant ainsi une définition relève d'une opération délicate, hasardeuse et simplificatrice. Dans ce chapitre, nous tenterons néanmoins de clarifier cette discipline encore mal connue du monde infirmier.

L'analyse sociologique se scinde d'abord en trois niveaux horizontaux, ces niveaux, conçus en fait comme des unités d'observations, ne sont pas absolus et se retrouvent interpénétrés dans la complexe réalité du social. Les trois « terrains » du sociologue sont donc les suivants :

- le niveau interpersonnel ou microsociologique,
- le niveau groupal ou mésosociologique,
- le niveau sociétal ou macrosociologique.

La sociologie s'intéresse de cette façon à l'étude des comportements humains du point de vue social c'est-à-dire l'interaction des individus au travers de multiples rapports - retrouvés à chaque niveau d'analyse - qui composent la vie quotidienne.

Au-delà de ces trois formes de sociabilités, la sociologie voit coexister deux paradigmes dominants et apparemment contradictoires. Les deux prises de position, comme deux pôles opposés du seul et même objet, révèlent le caractère construit des sciences (surtout lorsque ces dernières se veulent humaines) et donc porteur d'une certaine idéologie même si celle-ci est non-voulue ou camouflée. Cette « division » interne permet entre autre de classer les sociologues ou plutôt leurs travaux selon le paradigme dominant leur conception du social ainsi que les perspectives fournies. Les deux paradigmes qui dominent la sociologie sont :

- le paradigme déterministe,
- le paradigme actionnaliste.

1.1. LE PARADIGME DETERMINISTE :

Comme son adjectif la qualifie, la perspective *déterministe* accorde une importance majeure aux déterminants structurels de l'action sociale visant à souligner les forces intégratrices de la société sur l'homme. Emile Durkheim qui reste un auteur représentatif de cette tendance évoque la notion de socialisation. C'est ainsi que l'on retrouve des thèmes comme l'intégration (le fonctionnalisme), l'ordre et sa reproduction (chez Bourdieu) ou encore des notions de structure et de système dans les approches structuraliste et systémique.

Comme ce travail s'attache à décrire et à comprendre une forme particulière d'action sociale qu'est le mouvement social, il faut constater que dans le cadre déterministe, le conflit qui, comme nous le verrons plus loin, crée le mouvement, n'est pas ignoré (voir Smelser : *Theory of Collective Behavior*) mais ravalé en vue de l'évacuer ou de le rénover afin de préserver l'ordre et donc la pérennité de la société concernée. Ce point de vue ne sera pas celui de notre propos car il enferme l'homme dans un schéma quasi mécaniciste et donc dénué de toutes ses dimensions culturelles.

1.2. LE PARADIGME ACTIONNALISTE ET INTERACTIONNISTE :

Ici, on donne à l'homme et aux hommes la préséance dans la construction et le développement des sociétés, de leur société. Les sociétés ne sont plus conçues comme des structures ou des systèmes mais sont le produit de l'action sociale (les rapports sociaux) et culturelle (capacité symbolique) des hommes ; rendant ainsi à l'Homme sa nature proprement humaine, riche et créative mais aussi complexe et conflictuelle.

La figure de proue de cette sociologie est l'auteur de *L'Ethique protestante et l'esprit du capitalisme* : Max Weber à qui l'on doit entre autre la notion d'idéal-type. Cette forme particulière de classification que Weber appliqua à l'action humaine est essentiellement un outil méthodologique, c'est-à-dire heuristique, puisque la réalité d'une action est souvent mêlée de plusieurs genres. La typologie weberienne de l'action se présente comme suit :

- l'action traditionnelle,
- l'action émotionnelle ou affective,
- l'action rationnelle par rapport à une valeur,
- l'action rationnelle par rapport à un objectif.

Sous cette vraisemblable unité, l'interactionnisme se scinde encore en plusieurs paradigmes particuliers que nous nous contenterons de décrire brièvement afin de bien cerner l'option que nous choisirons pour mener notre analyse.

a) *L'individualisme méthodologique :*

de Raymond Boudon se définit comme une approche individuelle de la société en se basant sur le postulat utilitaire de l'économie. Cette seconde perspective actionnaliste semble être singulièrement pertinente à notre époque face à la montée de l'individualisme intimement liée à une société de consommation et de compétition tant économiques (capitalisme totalitariste) que socio-culturelles.

Toutefois, et la remarque qui suit s'applique à l'ensemble des sociologies, la sociologie se doit de dépasser le sens commun⁵ c'est-à-dire la connaissance spontanée du réel pour parvenir au scepticisme organisé ou autrement dit, passer de l'évidence à l'éventualité. Cette difficulté principale de la sociologie est admirablement résumée par Leclercq (cité par De Coster⁶): la sociologie « *permet de constater que les évidences en soi ne sont en réalité que des évidences pour nous* ».

b) *L'analyse stratégique :*

principalement développée par Crozier et Friedberg (*L'acteur et le système*), elle replace l'individu en société dans un rôle plus actif, le reconnaissant capable de stratégies ce qui signifie que la structure ne le contraint jamais totalement. Dès lors, la structure qui est le plus généralement dans ce type d'approches des organisations c'est-à-dire des espaces sociaux bien circonscrits, devient un univers de conflits et son fonctionnement le résultat des affrontements entre les rationalités divergentes des acteurs qui composent cette structure. Ce mode d'approche sociologique se montre très en vogue étant donné son caractère hautement opératoire et s'applique tout particulièrement dans le monde du travail.

c) *La sociologie de l'action :*

fonde sa perspective et sa méthodologie sur la notion de **mouvement social** et est principalement développée et défendue par **Alain Touraine** (voir bibliographie). Ces mouvements sociaux construisent l'histoire (sociale) et expliquent la structuration de la société dans ses modes d'organisation et ses institutions.

C'est ici que notre choix s'arrête puisque cette sociologie s'intéresse à l'action sociale

⁵ Voir Molitor, notes de cours, Sociologie générale.

⁶ De Coster, Introduction à la sociologie, p. 64.

collective, pour la faire intervenir de manière fondamentale dans la constitution et le développement d'une société donnée. Notre travail tente de décrire puis de comprendre une action collective bien particulière qu'est le mouvement d'un corps professionnel, considéré comme une entité sociale évoluant au sein - et sur - la société dans laquelle cette profession s'exerce.

Toutefois, et avant d'aller plus loin, il nous faut encore préciser deux dimensions essentielles pour l'ensemble de la sociologie. En mettant l'action sociale au centre de son analyse, la science sociologique place l'individu en situation d'acteur plus ou moins actif selon le paradigme développé. Cette constatation nous amène à déterminer deux types d'acteurs : l'acteur individuel et l'acteur collectif. Il est clair que nous ne nous attacherons pas à décrire l'un ou l'autre personnage notoire de la profession infirmière mais nous choisissons de considérer le corps infirmier comme un acteur collectif. Cette assertion concède à une certaine conception, non seulement de la sociologie, mais aussi de l'histoire donnant pleine mesure aux acteurs collectifs - et donc aux mouvements sociaux - dans une société dominée par une idéologie valorisant - pour ne pas dire sanctifiant - le rôle de l'individu et l'importance de la réussite personnelle. Enfin, l'analyse sociologique passe par trois grandes phases dans son cheminement scientifique en allant de la description des faits sociaux à leur compréhension et aboutir à leurs explications.

Avant de passer au paradigme sociologique particulier qui guidera l'élaboration du présent ouvrage, il reste à préciser certaines conditions propres à la recherche sociologique. Ces conditions sont en fait un certain nombre de facteurs pouvant agir - en influençant le fond et/ou la forme de la recherche - sur l'objectivité du chercheur surtout s'il est « apprenti-sociologue » comme nous le sommes. De Coster, dans son *Introduction à la sociologie* ⁷ en propose quatre types :

- la profession de sociologue mis à part, le promoteur de ce mémoire, nous ne sommes pas sociologues même si nous utilisons les principes et éléments de leur science.
- les intérêts du chercheur : ce facteur, intimement lié aux deux suivants, semblent indiquer les limites de ce travail.
- les valeurs et l'idéologie ainsi que les implications du chercheur dans l'action sont, en effet, des biais importants dont il faut absolument prendre conscience surtout en sociologie. Effectivement, les inclinaisons philosophiques, religieuses et politiques, propres à tout être humain ainsi que son engagement personnel dans une idéologie - qui s'exprime déjà dans le choix même du cadre de référence fourni par l'un ou l'autre paradigme sociologique - risquent, s'il n'y prend garde, de mener l'auteur à la subjectivité et à la partialité et de cette façon, outrepasser les critères de scientificité. Cette exigence se couple à une autre : le fait d'opter pour la recherche-action impliquant le chercheur, s'il ne l'était pas encore, dans le sujet-objet de son analyse,

le faisant participer et même intervenir (comme le suggère Alain Touraine) au cœur de l'action amène la sociologie à la croisée de la science et de la politique. Il est essentiel de préciser et de conserver en mémoire ces paramètres comme autant de « garde-fous ». Faisant partie du corps professionnel, luttant avec nos collègues pour la place de notre métier dans la société, et même si la tentation de l'ethnocentrisme de classe sera forte, nous nous efforcerons de conserver le maximum d'objectivité dans cette analyse en gardant à l'esprit la très clairvoyante boutade d'Edgar Morin à l'égard du caractère scientifique de la sociologie : « *J'arrive enfin à l'idée que nous - les sociologues - sommes condamnés à être des essayistes !* »⁸

⁷ op. cit., pp. 317-326.

⁸ op. cit., p. 335.

Chapitre II - LA SOCIOLOGIE DES MOUVEMENTS SOCIAUX :

Une fois bien située notre option dans le cadre scientifique et sociologique, il nous reste à brosser les traits principaux de celle-ci. Notre étude se porte sur la constitution d'une action collective d'un groupe professionnel à laquelle on donne le nom de MOUVEMENT INFIRMIER.

Le terme mouvement exprime le « *déplacement d'un corps, le changement de position dans l'espace* »⁹ et la liste des différents usages de ce mot prend plusieurs pages. C'est pourquoi il réclame un minimum d'éclaircissement et de définition. Le mouvement qui nous intéresse est le mouvement social et cette notion comporte aussi divers sens. Ainsi, dans sa conception classique, le terme désigne des mouvements de classe qui visent des changements socio-économiques (la redistribution de la propriété et du pouvoir) mais il est aussi utilisé pour se référer à des actions de groupes plus restreints (femmes, écologistes, régionalistes), à des mouvements politiques (mouvements d'indépendance dans les pays colonisés) ou à des mouvements religieux. Le problème de délimitation reste entier ; surtout que, pour donner de l'ampleur à l'un ou l'autre discours journalistique ou non, on utilise aujourd'hui le vocable *mouvement* alors qu'il ne s'agit parfois que d'une simple mouvance voire même d'un ou de plusieurs faits déçousus de continuité.

Un sociologue s'est particulièrement attaché à la notion de mouvements sociaux comme explication centrale des changements socio-culturels et donc de la constitution, du développement et du déclin d'une société. Il s'agit d'Alain TOURAINE et c'est aidé de son analyse que nous tenterons de décrire le mouvement infirmier afin de savoir s'il mérite l'appellation mouvement social tel que Touraine le définit et d'en expliciter alors les perspectives et les enjeux. Il importe donc de définir le mouvement social comme tel et de le différencier des autres formes d'actions ou de conduites collectives liées à une problématique de type socio-politique¹⁰ et ce dans une approche actionnaliste et non fonctionnaliste puisque cette dernière, rappelons-le, dilue le conflit en vue d'en limiter l'impact ou même de l'exclure.

II.1. LES POSTULATS SOCIOLOGIQUES DE TOURAINE :

La création culturelle et les conflits sociaux produisent la vie sociale ou autrement dit, les sociétés sont le résultat de l'action sociale et culturelle des hommes : ce qu'il résume par la phrase suivante : « *La société est un drame, ni situation, ni intention mais action*

⁹ Grand Larousse Universel, 1989.

¹⁰ voir Molitor, notes de cours, Sociologie des mouvements sociaux.

sociale et rapports sociaux »¹¹. Ainsi, la conception tourainienne donne à l'homme, et non plus à une quelconque transcendance divine ou humaine, le contrôle social de sa culture sur lequel se fonde la société et se crée l'histoire. Cette capacité d'emprise des hommes sur la société ou autrement dit de la société sur elle-même, Touraine la nomme *HISTORICITE*. L'historicité caractérise le mode de connaissance, le type d'investissement et le modèle culturel propre à une société et devient donc inséparable des notions de rapports sociaux et de classe. C'est ainsi que le contrôle de l'historicité assure à son propriétaire (une classe sociale) la supériorité sur la classe qui, elle, ne le possède pas.

A partir de ce constat d'inégalité de répartition, la notion de rapports conflictuels entre groupes sociaux peut émerger, mais dans un sens dépassant la conception marxiste. Le conflit portera donc sur le contrôle de l'historicité et aux trois niveaux de fonctionnement de la société :

1. le niveau des enjeux fondamentaux c'est-à-dire celui de l'historicité qui définira les orientations culturelles et les rapports sociaux ;
2. le système politique ou niveau institutionnel ;
3. le niveau organisationnel concernant les modalités de fonctionnement.

Le conflit délimite donc deux adversaires, deux classes opposées définissant par là un champ historique où coexistent une classe maîtresse et une classe dominée. La classe supérieure pourra adopter une attitude gestionnaire ou au contraire simplement dominante ; tandis que la classe dite populaire optera, face à ce contrôle et à cette domination, pour la lutte. Cette lutte peut être de deux natures :

- luttes affirmatives ou offensives,
- luttes contestataires ou défensives.

En classant les conduites collectives en fonction de leur nature et selon le critère de niveau d'action visé, on peut élaborer une typologie permettant de mettre en évidence des types purs ou idéaux au sens de Weber.

Niveau :	LUTTES AFFIRMATIVES ou OFFENSIVES	LUTTES CRITIQUES ou DEFENSIVES
ORGANISATIONNEL	Revendications	Conduites de crise
INSTITUTIONNEL	Pressions institutionnelles et politiques	Conduites de blocage
ORIENTATIONS	MOUVEMENT SOCIAL	Action révolutionnaire

¹¹ Touraine A., « La voix et le regard », p. 9.

II.2. LE MOUVEMENT SOCIAL :

Le rôle que Touraine attribue aux mouvements sociaux l'amène à refuser l'étiquette « *spécialité* » et ainsi aller à contre-courant de la pensée sociologique dominante. La notion de mouvement social invite, il est vrai, - impose selon l'auteur - au passage d'une sociologie de la société (vision classique) à une sociologie de l'action. Cette rupture place le mouvement social au centre de l'ensemble des champs sociologiques et la définition peut alors se concevoir :

*« Le mouvement social est l'action à la fois culturellement orientée et socialement conflictuelle d'une classe sociale définie par sa position de domination ou de dépendance dans le mode d'appropriation de l'historicité, des modèles culturels, de l'investissement, de connaissance et de moralité. »*¹²

D'elle, trois éléments émanent sur lesquels l'analyse se basera et qui en se combinant donnent naissance et l'essence aux mouvements sociaux. Ces principes s'établissent sur un double rapport : celui à l'adversaire et celui à l'enjeu du conflit. Ces trois éléments caractéristiques et constitutifs d'un mouvement social sont, pour Touraine, les suivants : le principe d'IDENTITE, le principe d'OPPOSITION et le principe de TOTALITE.

a) Principe d'identité :

C'est le premier terme du conflit puisqu'il faut d'abord pouvoir déterminer « qui sont-ils ? ». Il s'agit donc de la définition que l'acteur se fera de lui-même, l'identité qu'il déclinera. Deux choses essentielles sont à préciser vis-à-vis de cette notion d'identité. Tout d'abord, la formation du mouvement précède bien souvent la prise de conscience car c'est le conflit qui constitue et organise l'acteur. D'autre part, à peine constituée ou naissante, il faut dépasser ce concept d'identité car à elle seule, l'identité ne peut pas être mouvement social c'est-à-dire innovations et changement. Il ne faut donc pas se replier sur l'identité mais au contraire, la transcender ou pour reprendre Touraine, « *faire éclater la bulle de l'identité* »¹³.

b) Principe d'opposition :

Le second terme du conflit est bien sûr l'adversaire, « contre qui ils luttent ». Ce rival doit être de même nature que le mouvement c'est-à-dire un acteur social bien réel, lui aussi. C'est donc bien le conflit qui précise les deux acteurs.

c) Principe de totalité :

Un conflit prend son sens en présence des deux adversaires, mais se définit surtout par l'enjeu qui les sépare, il est donc question de déterminer ce « au nom de quoi ils se

¹² Touraine A., « Les mouvements sociaux : objet particulier ou problème central de l'analyse sociologique », in Revue Française de Sociologie, 1/84, p. 10.

battent ». Dans le contexte qui nous occupe, l'enjeu concerne un problème social, non spécifique aux belligérants, mais global et visant le devenir de la société. La caractéristique fondamentale d'un mouvement social reste l'enjeu sur l'historicité et donc sur les rapports de classe ; bien que d'autres actions collectives peuvent se placer à des niveaux inférieurs. Il s'agit de l'élément le plus difficile à isoler.

Ces trois principes, dont nous nous servons, permettent un processus heuristique purement descriptif puisqu'ils dépeignent bien plus la relation de deux acteurs que le mouvement social lui-même. Toutefois, ne faut-il pas préalablement décrire l'objet (-sujet) afin de pouvoir ensuite le comprendre ou plus encore l'expliquer.

II.3. L'INTERVENTION SOCIOLOGIQUE :

Sur base de ses postulats sociologiques et avec comme fil d'Ariane pour son analyse de la société, les mouvements sociaux, Alain Touraine développa une méthode de recherche, qu'il nomme *l'intervention sociologique*. Cette pratique sociologique se révèle être une méthodologie particulière, spécifique et toujours complexe car globale et historique. Par une intervention active du chercheur au sein même du mouvement, la démarche permet de découvrir le couple formé par l'acteur, son adversaire et l'expression partiellement autonome de l'enjeu de leur conflit. En effet, ces éléments sont le plus souvent dissimulés par le réseau des pratiques organisées, les rendant particulièrement difficiles à mettre en évidence.

Notons encore un trait de cette méthode participante (comme l'était l'observation anthropologique de Malinowski) : le chercheur, pour les nécessités de son analyse, s'introduit dans le groupe et aide celui-ci à son auto-analyse. Cette auto-analyse sera source de constitution, de développement et d'organisation du mouvement ; surtout en termes d'enjeux. Le sociologue sera à la fois « *agitateur* » et « *secrétaire* »¹⁴ du mouvement étudié ; cette dualité provoque de la sorte une tension entre les deux fonctions et de cette tension naît l'instrument de la recherche. Cette démarche qu'il a appliquée à divers groupes est laborieuse et longue ; notre but n'est pas ici de l'appliquer au cas de la profession infirmière.

¹³ Touraine A., " La voix et le regard ", p. 306.

¹⁴ op. cit., p. 187.

Deuxième partie : CADRE HISTORIQUE.

Après avoir décrit notre cadre théorique, certains de ne pas avoir été complets face à la richesse d'originalité et de diversité de la sociologie, il nous faut maintenant définir l'espace-temps dans lequel se situe le mouvement infirmier. Il s'agit d'une certaine manière de procéder à une démarche historique.

Chapitre I - HISTOIRE SOCIALE ET SOCIOLOGIE.

La démarche historique peut paraître passéiste voire surannée face à la perspective même de ce travail qui se veut prospective. Pourtant, l'histoire sociale - par son intérêt pour les acteurs collectifs - offrent deux moments historiques servant de références majeures à la sociologie : la révolution française et la révolution industrielle. En effet, les faits analysés par les deux sciences peuvent être les mêmes mais leur démarche comme leurs perspectives sont de nature différente. Toutefois, la sociologie s'appuie parfois sur la contingence historique pour la transcender en vue de mettre en évidence certains mécanismes de l'action sociale. Ainsi, les méthodes historiques et l'histoire sociale apportent diverses contributions à l'analyse sociologique.

Tout d'abord, elles permettent, dans le cas qui nous occupe, d'identifier les grands mouvements car l'histoire révèle que les temps opératoires du développement et des changements socio-culturels sont extrêmement longs. En second lieu, elle aide à comprendre que les conduites collectives sont très diversifiées et qu'en particulier, les mouvements sociaux obéissent à des logiques profondes et sont donc chargés de sens. Pour en témoigner et en revenant sur la sociologie d'Alain Touraine, la notion d'historicité comme explication et moteur de la structuration de la société, montre la place de l'histoire dans sa démarche. Sans en dire plus sur le rôle de l'histoire dans la construction de la pensée sociologique, passons brièvement sur quelques grands mouvements sociaux qui ont marqué notre histoire.

Chapitre II - LE MOUVEMENT OUVRIER.

S'il existe un mouvement social largement connu, il s'agit du Mouvement Ouvrier qui a marqué de façon profonde la fin du siècle précédent et le début de celui-ci. En effet, ce mouvement social qui s'étendit à l'ensemble des pays industrialisés, a laissé son empreinte dans les structures politiques et institutionnelles de nos pays, même si le mouvement ouvrier comme tel a aujourd'hui perdu de sa teneur. Toutefois, ce mouvement social par exemple est devenu LE mouvement social par définition ou du moins, l'archétype c'est-à-dire le modèle paradigmatique sur lequel se basent nombres d'analyses.

Passons en revue quelques repères chronologiques afin de mettre en évidence les temps opératoires et les facteurs ayant permis l'émergence du mouvement mais aussi les conséquences de celui-ci : les acquis sociaux pour lesquels nos aînés se sont battus.

La Révolution Industrielle suscita le développement de l'industrie et du capitalisme ; ces derniers vont entraîner l'exode massif de populations rurales vers les villes manufacturières - qui deviendront industrielles - où elles vont se concentrer dans des conditions de vie et de travail misérables et miséreuses. A l'ère du capitalisme triomphant et du libéralisme économique, des textes législatifs furent mis en place afin de supprimer les corporations et interdire toute coalition de gens de même métier et toute coalition entre patrons et ouvriers (Loi Le Chapelier, 1791). De surcroît, la grève y était considérée comme délit voire comme crime et poursuivie comme tel. Ainsi, la misère et « *l'atonie ouvrière* »¹⁵ et les freins d'ordre pénal empêchèrent longtemps le développement du mouvement ouvrier. Toutefois, malgré le régime de prohibition des coalitions, naîtront peu à peu des « coins communs » (1838-1860) : forme embryonnaire du syndicalisme et propre à de petites entités. Cette apparition progressive d'associations d'ouvriers va mener à la constitution d'une identité ouvrière (prise de conscience) et par là à celle du mouvement. Cette mobilisation s'élargit alors et s'amplifie essentiellement autour de revendications proprement économiques (réduction de la journée de travail et augmentation de salaire). Malgré l'abrogation du délit de coalition et la naissance des premiers syndicats industriels à la fin du XIX^{ème} siècle, les grèves se généralisent et le début de notre siècle verra de nombreuses grèves se transformer en émeutes (p.ex. à Liège, en janvier et février 1900) dont la répression sera violente et sanglante. Cette période de violences, de grèves, d'occupation des lieux de travail va durer plus de trente ans, gagnant peu à peu les droits - que nous appelons aujourd'hui des acquis - et débouchera en 1936

¹⁵ Ce terme est emprunté à Jean Neuville, auteur de « La condition ouvrière au XIX^{ème} siècle ». Outre l'ouvrage cité, Neuville est l'auteur d'un autre livre : « L'évolution des relations industrielles en Belgique ». Le CARHOP est également une mine d'informations sur la mémoire ouvrière et un film tout récent s'intéresse à la condition ouvrière et au Mouvement Ouvrier dont le titre est « Daens ».

aux accords Matignon (premiers accords du genre entre ouvriers, patrons et gouvernement). Comme on peut le constater, le mouvement s'étend non seulement à l'intérieur de la classe ouvrière - pourtant largement différenciée sous l'effet du taylorisme - mais aussi à toute la classe laborieuse : il tend à se globaliser. Il en est de même en terme d'enjeu puisque d'uniquement économique, l'enjeu deviendra aussi politique par la lutte pour l'obtention du droit de vote. C'est sans doute la caractéristique centrale du Mouvement Ouvrier en tant que mouvement social puisqu'il dépasse l'identité ouvrière et vise le fonctionnement global de la société (son historicité).

Le Mouvement Ouvrier a d'ailleurs donné à notre société contemporaine des notions tels la protection sociale, le suffrage universel, l'institutionnalisation des rapports sociaux, etc ... Il faut cependant constater, et pour clore momentanément le propos, que le terme « *ouvrier* » ne semble plus pertinent à une époque où l'industrie ne représente plus que 20 % de l'emploi global. D'ailleurs, cette observation, conjointement à d'autres facteurs, peut expliquer le déclin du syndicalisme, symbole du mouvement ouvrier. Cette problématique syndicaliste sera analysée dans un chapitre ultérieur mais malgré ce fait, il reste que le Mouvement Ouvrier a marqué durablement et profondément les rapports sociaux, les institutions et les organisations qui caractérisent notre société actuelle, ainsi que l'analyse de celle-ci.

Chapitre III - LE MOUVEMENT FÉMINISTE.

En faisant un bond de plusieurs décennies en avant, on retrouve un autre mouvement, il s'agit du mouvement féministe. Pourquoi en parler ? Certes, les infirmières sont d'une certaine façon des « ouvrières » et en tous cas des travailleuses mais elles sont aussi et surtout des femmes. Cette caractéristique se ressent très clairement tant au sein de la profession que dans leurs conditions de travail ou encore dans les revendications du mouvement infirmier.

Le féminisme se définit comme un mouvement militant pour l'amélioration et l'extension du rôle et des droits des femmes dans la société. Voilà que l'on retrouve en une seule phrase les trois principes proposés par Touraine (Identité - Opposition - Totalité). Evoquons quelques dates pour jalonner ce mouvement. Même si sous la Révolution Française, des femmes réclament l'émancipation féminine, il faudra attendre notre XX^{ème} siècle pour en observer les premiers effets. En effet, ce n'est qu'en 1920 que les femmes sont admises à l'inscription dans une université et c'est après la Seconde Guerre Mondiale qu'on leur accorde le droit de vote (1948). Mais le débat féministe sera surtout relancé par la création du Mouvement de Libération de la Femme (M.L.F.) en 1968 et portera sur des revendications très diverses : du droit à l'interruption volontaire de grossesse (I.V.G.) à l'égalité des salaires à travail égal ; ou encore la dénonciation sous toutes ses formes de la discrimination de sexe. Notons encore que les aménagements législatifs en la matière sont très récents tant dans le Droit Civil (régime matrimonial, adultère, etc.) que dans le Droit du Travail.

Bref, de ce mouvement émergent des enjeux d'ordre principalement culturel et non plus seulement socio-politiques ou économiques. D'ailleurs, Alain Touraine place le mouvement féministe - comme l'écologisme ou le régionalisme - au-delà des mouvements sociaux tels qu'il les définit et le considère comme des mouvements culturels annonciateurs, peut-être - car instables -, d'une nouvelle génération de mouvements sociaux. Mais entre ces deux types s'interposent inévitablement des périodes de crise, de transition et de décomposition. C'est d'une certaine manière dans ce contexte et également entre « l'ancien » et les nouveaux mouvements que s'inscrit le mouvement des infirmières, à la fois professionnelles et femmes.

Chapitre IV - LE MOUVEMENT INFIRMIER.

Le mouvement social est difficile à observer et à cerner car premièrement, il ne se retrouve jamais à l'état pur (voir typologie) et deuxièmement, il est « *pris dans une gangue d'événements, de crises et de conflits de tous ordres* »¹⁶. Il faut y ajouter la conception actuelle de la société où prédomine l'ordre, la rendant de la sorte unidimensionnelle et sans concession pour les mouvements sociaux. Au-delà de ce constat d'une société apparemment bloquée, nous pensons trouver sinon un mouvement social au moins un désir de mouvement et ses conditions de possibilités. Telle est, rappelons-le, la gageure de ce travail.

C'est dans ce climat où les deux antagonistes du mouvement ouvrier sont devenus des forces politiques voire des appareils d'Etat, sur fond de crise culturelle profonde suscitée ou réveillée par le mouvement des femmes et probablement avec d'autres que les infirmières inscrivent leur mouvement revendicatif. On peut donc dire que le mouvement du corps infirmier, sans savoir s'il est proprement un mouvement social au sens de Touraine, s'installe au milieu d'un paradoxe - les infirmières y sont habituées¹⁷ - créé par les deux mouvements précédemment étudiés. Les infirmières y retrouvent certaines correspondances, ici simplement énoncées : *les infirmières sont des femmes travaillant dans des conditions pénibles, non valorisées et sous-tendues par des problématiques sociales et culturelles*. C'est ainsi qu'Albert Carton, un syndicaliste, titre un article¹⁸ : « *Le mouvement hospitalier: l'irruption d'une population majoritairement jeune, féminine et ... surmenée sur la scène des revendications sociales* ». Comme nous l'avons fait pour les précédents mouvements, posons quelques repères chronologiques avant d'entamer, dans la suite de ce travail, l'analyse proprement dite du « mouvement des blouses blanches en colère » qui pour reprendre Tollet¹⁹, est « *une situation sociale brûlante, que celle des travailleurs de la santé* »²⁰.

Les infirmières, comme le secteur de la santé dans son ensemble, ont une tradition de conflits de travail plus que modeste ; cette réserve s'explique par une multitude de facteurs que nous ne manquerons pas d'aborder et entre autre par un mécontentement longtemps refoulé. Nous reprendrons pour débiter ce propos un tableau (en page suivante) proposé par trois chercheurs de la V.U.B.²¹ et montrant l'évolution du comportement de grève dans le secteur de la santé publique entre 1986 et 1991.

¹⁶ Touraine, « La voix et le regard », p. 38.

¹⁷ Cette remarque que les infirmières comprennent, fait entre autre référence à un article : « The paradox of nursing » in *Journal of Advanced Nursing*, 1983/8, pp. 269-272.

¹⁸ in *L'année sociale*, 1989, pp. 141-144.

¹⁹ Exposé introductif de la deuxième journée d'étude du Point d'Appui Travail-Emploi-Formation consacrée au mouvement infirmier (voir bibliographie).

²⁰ Notons d'or et déjà l'amalgame tant syndical que politique.

²¹ Boogaerts R., Van Leemput J. & Vilrocx J., in SteunPunt WAV - Verslaboek, p. 10.

Nombre annuel de grèves de 1986 à 1991 :	
ANNEES	NOMBRE
1986	4
1987	7
1988	1
1989	9
1990	3
1991	4
TOTAL	28

Le phénomène comme les dates d'ailleurs ne sont pas propres à la seule Belgique puisqu'on les retrouve aussi en Grande-Bretagne, en France ou encore aux Pays-Bas. Ces chiffres de grève ne sont pas à négliger compte tenu de la législation très contraignante en matière de grèves en vigueur dans ce secteur d'activités. Outre cela, la notion de grève de même que leur comptabilisation n'y sont pas clairement définies et que de plus, il est à noter que les infirmières utilisèrent d'autres formes de « grèves » et en particulier, la grève symbolique « à la japonaise » (port d'un badge et service normal à l'exception des tâches administratives).

* Les années 86-88 :

semblent être le point de départ des différentes mobilisations. En effet, on assiste çà et là à des actions isolées et sporadiques où les revendications sont particulières et propres à l'une ou l'autre institution. Mais la manifestation du mardi 4 octobre 1988, date où dans les hôpitaux le service de dimanche est de rigueur, amorce le véritable mouvement de colère de l'année 89.

* 1989 : La colère blanche :

le vendredi 27 janvier 1989, la plupart des établissements de soins sont en grève et malgré le froid, 30.000 blouses blanches manifestent dans les rues de la capitale avec le Front Commun Syndical mais les négociations tant au niveau paritaire que national s'enlisent. C'est ainsi que d'autres grèves (4) seront prévues pour ce premier trimestre 89 ; elles seront généralement bien suivies malgré les réticences voire l'opposition parfois des directions et/ou des médecins. Les propositions ministérielles n'apaisent en rien les remous sociaux du secteur.

Les actions revendicatrices se poursuivent à tous les niveaux, elles associent même les patients comme l'ensemble de la population et le syndicalisme gagne des points et un peu d'estime auprès d'une frange laborieuse peu encline pour celui-ci. Ces trois premiers mois se concluent sur la première convention collective de travail (CCT) pour

les hôpitaux publics mais rien n'est accordé au privé. Il faudra attendre le 10 mai de cette même année pour que l'accord (augmentation salariale, primes et embauche) soit élargi.

* 1990—1991: un peu d'apaisement :

en juin 1990, les infirmières libérales manifestent elles aussi pour leur revalorisation tout comme le secteur psychiatrique, oubliés tous les deux dans les derniers accords. D'ailleurs, en octobre, la menace d'une nouvelle flambée de colère des blouses blanches continue de planer car les CCT ne sont toujours pas signées en commissions paritaires malgré les accords de 1989.

Début 91, Busquin réserve un milliard à la programmation du secteur, encore en ébullition, mais les critiques dénoncent les "miettes" et les syndicats (avec les organisations professionnelles, cette fois) reprennent en bloc les revendications antérieures tant salariales que qualitatives. Mi-mai, ça passe pour le secteur public mais une nouvelle fois, le privé reste en rade. Un appel à la grève est lancé pour le mois de juin. Le gouvernement propose à la hâte certains aménagements qui ne concernent hélas que les seuls personnels subventionnés sur base des journées d'hospitalisation et le 20 juin 1991, la grève et la manifestation prévues ont bien lieu. En septembre, l'accord est signé, le préavis de grève annulé et un échéancier pour les signatures des CCT en exécution des accords est approuvé par l'ensemble des employeurs. Ce dernier sera maintenu malgré la chute du gouvernement.

Pourtant, les esprits des travailleurs de la santé en général et des infirmières en particulier sont loin d'être pacifiés. Pour cause, essentiellement, les aspects qualitatifs ont été largement oubliés tandis que les revendications directement monnayables ont été défendues avec beaucoup de succès par les syndicats.

Troisième partie :

LE MALAISE PROFESSIONNEL DES INFIRMIERES.

Une fois défini, le cadre théorique et historique, et ce dans un objectif de clarté et de compréhension, il nous reste à aborder le centre même de cette problématique en commençant par ses origines qui sont le malaise professionnel de l'infirmière aggravé ou rendu difficilement soluble par diverses contingences propres à son lieu d'exercice.

Chapitre I - LE TRAVAIL : DONNEE SOCIALE ET SOCIOLOGIQUE

« *Le labeur professionnel occupe une place essentielle dans l'existence humaine. Le métier, ayant pour fonction d'assurer la subsistance de l'homme, est la condition nécessaire de l'activité intellectuelle et morale de celui-ci. Primum vivere, d'abord vivre ... et l'homme vit de son métier, lui et sa famille* »²² (et la société). Cette phrase, vieille de plus de 60 ans, souligne la place prépondérante du travail dans la vie de l'homme mais il nous faut y ajouter le rôle central que le travail, et donc le métier, exerce sur la société, ses modes de fonctionnement et de développement.

Le travail, comme en témoignent le Mouvement Ouvrier ou la sociologie du travail, est un lieu de changement notoire mais il est aussi un marqueur social majeur et possède donc des qualités référentielle et identitaire. C'est ainsi que dans notre société post- industrielle, on note la prééminence du monde du travail et par là celle de la structure économique de l'organisation sociale et donc du rôle de l'exercice professionnel dans les mécanismes de régulation sociale ; ce qui se résume par l'assertion suivante : « *on est socialement ce que l'on est professionnellement* »²³ C'est ainsi que dans la société moderne, le rôle²⁴ professionnel satellise les autres rôles et place chacun sur le « *grand organigramme imaginaire de la vie sociale* »²⁵. Comme tout travail mérite salaire et puisque la mesure monétaire est centrale, le salaire devient donc « *l'étalon principal du prestige, de l'autorité, des devoirs et des responsabilités attachés à un poste* »²⁶. En d'autres mots, le salaire devient le reflet de la valeur sociale accordée à un métier dans une société.

Notre société est une société de production et de reproduction c'est-à-dire « *unidimensionnelle* » selon Touraine ou « *technologique* » pour Rocher. La société technologique se caractérise par l'interposition de la technique dans l'environnement de l'homme et cette

²² Brethe de la Gressaye, Le syndicalisme, l'organisation professionnelle et l'Etat ", p. 5.

²³ Motitor, notes de cours, Sociologie générale.

²⁴ Le rôle est, en définitive, ce concept sociologique qui transforme un comportement individuel en une action sociale.

²⁵ De Coster, Introduction à La socioLogie ", p. 154.

entremise influence les notions essentielles du fonctionnement d'une société (son historicité) : son économie, ses connaissances (ses sciences) et sa morale. L'économie de production, en ayant fragmenté le travail, se distingue alors par la spécialisation des fonctions et donc la professionnalisation. Ce phénomène va se prolonger au niveau social par une complexification considérable de l'organisation sociale. Par conséquent, le monde du travail influence voire détermine la société et la société ainsi produite (et re-produite) est donc une société « professionnalisée »²⁷.

L'influence de la technologie, la domination technocratique qui en découle²⁸ et le courant professionnaliste présentent leurs effets dans le monde de la santé et plus encore dans le microcosme hospitalier. D'ailleurs, l'essor de la science médicale comme des soins infirmiers s'est particulièrement articulé sur le mode technologique. La technicité des soins définit d'ailleurs le contenu de la profession infirmière (par exemple) et c'est alors par l'énumération de ses tâches, de ses techniques que se définit la profession et que se décline l'identité et l'image sociale de celle-ci²⁹.

Au-delà de l'économie, la mentalité de la société technologique se veut démystificatrice tant sur le plan moral (sécularisation) qu'au niveau des connaissances. Chaque corps professionnel, dans le but de se concéder une place sociale, se constitue autour d'un corpus scientifique et/ou autour d'un savoir et d'un art particuliers et spécifiques c'est-à-dire un ensemble de connaissances servant de référent aux pratiques professionnelles déterminant une culture, expression de l'identité professionnelle. Pourtant, l'extraordinaire fossé entre les avancées technologiques, aux lourdes conséquences économiques, et l'organisation sociale provoque des tensions importantes soulignant là le « *grand hiver de la pensée* »³⁰. Les auteurs de ces articles rassemblés autour d'une question thématique : *Vers une révolution du travail ?* signifient que seule une révolution pourrait sauver nos démocraties « *riches en biens mais pauvres en idées* »³¹.

Rappelons que le Mouvement Ouvrier fut au centre du développement de la société industrielle ; est-ce une nouvelle fois du monde du travail et des travailleurs que la société passera ? La révolution, citée plus haut, serait donc la mutation de notre société « en crise » c'est-à-dire le passage d'un type sociétal à un autre (voir les hypothèses émises par Bajoit³²) et nous sommes sans doute dans le passage à vide qui précède toujours le printemps. « ... *et l'homme vit de son métier* »¹ ... et d'espoir!

²⁶ Rocher, « L'organisation sociale », p. 118 (voir aussi A. de Tocqueville).

²⁷ op. cit., p. 114.

²⁸ voir les analyses de Crozier et de Friedberg.

²⁹ Du même ordre est le fait actuel de considérer l'hôpital et d'en appréhender l'organisation et le fonctionnement comme ceux d'une entreprise.

³⁰ *Le Monde diplomatique*, n° 468, mars 1993.

³¹ op.cit., p. 1.

³² Bajoit G., « Sociétés en mutation », dossiers 7 et 8.

Chapitre II - LE MALAISE INFIRMIER:

« *Un malaise visible comme un gyrophare dans la nuit* »³³. Le terme *malaise* est suffisamment clair pour caractériser cet état latent, pénible et mal localisé de mécontentement, de crise potentielle au sein d'un groupe socio-professionnel. La description qui suit ne sera qu'une approche non exhaustive des conditions de travail des infirmières étant données la diversité et la multiplicité des situations et des exercices professionnels.

L'infirmière reçoit et accueille la personne malade, diminuée, accidentée ou infirme ; partage avec cet homme, cette femme, cet enfant, ce vieillard, un instant difficile de sa vie ; subvient durant ce temps au moindre de ses gestes ; elle est ses yeux, ses oreilles, son toucher, sa pensée parfois ; l'aide à se nourrir, à se laver, se vêtir, respirer, uriner, déféquer ; discerne ses besoins et ressources pour l'aider à retrouver rapidement son autonomie et en ayant mis également en jeu une série de gestes thérapeutiques pour permettre à cet individu de recouvrer un état de santé le plus satisfaisant possible ; aussi l'infirmière côtoie en permanence la laideur des plaies, les souffrances physique et morale, les corps abîmés par l'accident, la douleur, la mort, la tristesse du deuil de ses semblables sans aucune autre considération que le sourire de l'un ou le « merci » de l'autre ou de se dire qu'elle participe à une œuvre humanitaire et charitable !

Ce lyrisme qui peut paraître hors propos dans une analyse qui se veut scientifique laisse toutefois transparaître les implications aux multiples dimensions existentielles et humaines de cette profession, tout autant que les contraintes d'ordre émotionnel, moral, spirituel, intellectuel et physique. Ces phénomènes, déjà difficilement appréhendables, sont encore accentués par une série de conséquences sociales et culturelles que nous tacherons ici de mettre en évidence avec le plus de clarté et de pragmatisme possibles.

II.1. LES ASPECTS QUANTITATIFS :

Le salaire est une dimension aisément mesurable et permet donc des comparaisons : une comparaison entre les différents lieux de travail de l'infirmière (hôpital, soins à domicile, maisons de repos, entreprise, etc.) et une comparaison avec d'autres emplois. Ces comparaisons que nous ne détaillerons pas ici, montrent d'abord la disparité des salaires et ensuite le degré de valorisation accordé aux infirmières car cette dimension salariale, pécuniaire n'est pas séparable, elle en est même la matérialisation, de la reconnaissance sociale d'une profession au sein d'une société. Ce revenu est au demeurant une source supplémentaire de disparités à l'intérieur même de la profession, phénomène non isolé à notre seul pays.

Mais le revenu ne peut être la seule pierre d'achoppement des infirmières. En effet, malgré les aménagements barémiques, le malaise professionnel persiste attendu qu'il subsiste tant d'aspects plus qualitatifs oubliés dans les négociations, sous-évalués ou même ignorés. Il s'agit des conditions dans lesquelles exercent les professionnelles et qui sous-tendent des problématiques sociales et culturelles, source des mouvements sociaux précédents et... à venir

II.2. LES ASPECTS QUALITATIFS :

La profession infirmière est la plus importante en quantité des professions de la santé tandis qu'en qualité, sa compétence est sans doute la plus générale puisqu'elle prend en charge l'homme dans sa globalité. Pour reprendre cette notion de qualification³⁴, l'infirmière allie dans sa pratique quotidienne des compétences tant intellectuelles que gestuelles, tant techniques qu'humaines. C'est donc dans l'univers techniciste où elle travaille, et dans une société utilitariste comme celle dans laquelle elle vit que l'infirmière évolue et tente même de s'affirmer au sein de cette apparente contradiction.

a) L'exercice professionnel:

Nous faisons remarquer plus haut que l'infirmière avait coutume de côtoyer le paradoxe ; et en tentant de clarifier les éléments disparates que l'on rassemble sous le label « conditions de travail », nous nous sommes aperçus que paradoxal, la profession infirmière l'est au moins à trois niveaux, interdépendants les uns des autres d'ailleurs. Tout d'abord, le dualisme constant, auquel est exposée l'infirmière, oblige cette dernière à mettre des techniques - principalement médicales - à la hauteur comme au goût de l'humain qu'elle soigne et à aborder

³³ Titre d'un article de Vaes B., in Le Soir, 03/07/92.

³⁴ Ce concept de qualification sera détaillé dans le principe d'identité.

celui-ci en technique. En sachant que notre époque valorise, l'idéalisant ainsi, la fonction instrumentale, l'infirmière se trouve confrontée à cette réalité frustrante où elle doit être à la fois « *la servante du malade* »³⁵, dont les exigences de qualité vont en s'accroissant, et « *l'instrument (efficace) du médecin* »³⁵.

Un second paradoxe, lui aussi difficilement vécu, est généré par l'antagonisme entre les aspirations de départ des jeunes infirmières³⁶, renforcées, il est vrai, par une formation adaptée et une expérience vécue³⁷ totalement en contradiction avec ce qu'elles attendaient. Ces paradoxes sont encore accentués par l'antinomie saisissante existant entre la définition légale de l'infirmière et des soins infirmiers (statut, listes d'actes) et l'exercice quotidien et effectif de ceux-ci.

Face à ce triple constat d'ambiguïtés, deux questions se posent et s'imposent : une infirmière obligée de jouer constamment ce rôle de suppléance médicale - en plus du reste - exerce-t-elle encore sa propre profession ou sert-elle plutôt d'appoint aux membres d'une autre profession ? Et même si tel est le cas, ce dualisme, aux effets contraignants et néfastes sur la personnalité, et individuelle et collective, de l'infirmière, ne peut-il pas être au moins reconnu et au mieux valorisé ? Il est donc clair, et au-delà des implications multiples que nous relevions en début de chapitre, que la conjonction de ces paradoxes frustrants avec des conditions de travail et de vie astreignantes et socialement marginalisantes, que nous détaillerons ci-dessous, rend non seulement difficile l'exercice professionnel et plus encore la constitution d'une réelle identité professionnelle mais aussi amène l'infirmière à adopter certains mécanismes de défense qui ne font qu'aggraver les difficultés ou du moins freiner le processus de professionnalisation³⁸. Ces mécanismes adaptatifs face aux affects liés au travail sont de divers genres et présentations. Sans entrer dans les détails, puisque ces propos relèvent plus de psychosociologie, il faut citer : le réductionnisme ou distanciation par rapport à l'homme-malade amenant à le considérer comme un objet ; l'activisme et ses conséquences tel l'acharnement thérapeutique ; la routine qui marque le désinvestissement ; ou encore la fuite en avant dans des spécialisations médicales ou non, reconnues ou non, dans l'escalade hiérarchique ou enfin la fuite (*exit*) en optant pour un travail à temps partiel ou pour l'abandon et la reconversion professionnels. Ces éléments, rapidement énoncés, sont à nuancer et à prendre avec beaucoup de circonspection afin d'éviter des conclusions hâtives et largement erronées sur les causes et/ou effets du malaise infirmier.

³⁵ Mordacq C., « Pourquoi des infirmières ? »

³⁶ c'est-à-dire celles qui ont déterminé le choix professionnel et qui n'est plus fondé sur une conception passéiste basée sur la vocation et tes valeurs maternalistes de dévouement et de charité mais bien sur la rencontre de l'autre dans l'altérité

³⁷ et décrite comme nous tentons de le faire ici.

³⁸ L'aboutissement de ce processus de professionnalisation tout comme celui des revendications sont de plus soumis à certaines contingences propres au champ professionnel de l'infirmière ; ces dernières seront abordées dans le prochain chapitre.

b) Les conditions de travail et de vie du personnel infirmier:

Tel était aussi le titre du rapport du Bureau International du Travail (BIT) paru en juin 1976 et faisant suite à la 61^{ème} Session de la Conférence Internationale du Travail qui se pencha sur *l'emploi et les conditions de travail et de vie du personnel infirmier*³⁹. De nombreux pays y assistèrent dont les Grands de ce monde (USA, URSS, Royaume-Uni, Japon,...) et la Belgique mais d'autres, comme la France, n'y étaient pas. Cette préoccupation s'articulait à l'époque autour d'une pénurie généralisée et croissante de personnel qualifié au sein des structures sanitaires et hospitalières. Qu'en est-il près de 20 ans plus tard ? Bien peu de changements malgré l'outil de travail considérable fourni par ce rapport mais qui, malheureusement, ne fut assorti d'aucunes conventions ou recommandations⁴⁰ et donc quasi sans effets⁴¹. Cette constatation vaut à elle seule un mémoire ; surtout que ces conditions de travail n'ont que très peu changées sur ce laps de temps.

Comme chaque année depuis sa création, le BIT publie donc son rapport sur « *Le travail dans le monde* » et cette année (1993), il se penche sur l'un des plus graves problèmes de notre temps : le stress⁴². Il faut noter, une nouvelle fois, que l'analyse se porte sur une problématique affectant des rouages principalement économiques de notre société ; puisque le stress coûte cher non seulement à l'individu mais aussi - et surtout - aux entreprises et à l'économie nationale (absentéisme, pertes de productivité, indemnités de l'assurance santé, frais médicaux directs,...). Ainsi, ce rapport nous intéresse à deux degrés : tout d'abord, le stress par ses conséquences peut entraver la santé de l'individu entraînant ce dernier à devoir recourir à des soins infirmiers (entre autres) mais aussi parce que les infirmières se retrouvent citées dans la liste des professions particulièrement stressantes. Cette étude peut donc être ajoutée à la bibliographie, déjà conséquente, du tristement célèbre *burn out syndrom*⁴³, aux conséquences multiples et fâcheuses pour tous, malades y compris.

Tentons maintenant de décrire les conditions de travail qui marquent l'exercice professionnel et la vie socio-culturelle des infirmières. Précisons d'emblée qu'elles peuvent, chacune à leur manière et à des degrés différents, influencer sur la pénurie de personnel infirmier ainsi que sur le peu d'attractivité que cette profession exerce sur des jeunes démographiquement moins nombreux⁴⁴.

³⁹ Les références exactes des quatre rapports traitant ce sujet se situent dans notre bibliographie.

⁴⁰ Au BIT, les conventions sont des textes contraignants pour les gouvernements signataires, les recommandations n'obligent pas les pays mais incitent à prendre des mesures.

⁴¹ Les seules matières enrichies par ce rapport sont la formation de base des infirmières et la protection du titre.

⁴² Deux ouvrages sont parus cette année sur cette thématique : consulter les références dans la bibliographie.

⁴³ Vocabulaire anglais, difficilement traduisible, résumant le syndrome d'épuisement émotionnel accompagné de dépersonnalisation et d'un déclin progressif de l'épanouissement personnel ; résultant d'un stress professionnel chronique et pouvant affecter la santé physique et mentale du travailleur ainsi que ses performances.

⁴⁴ Voir la recherche menée par Debaille.

Nonobstant la charge physique et psychique ainsi que les risques professionnels inhérents aux soins des malades, la stagnation des effectifs infirmier et soignant, liée non seulement à une relative pénurie⁴⁵ mais aussi à l'existence (ou l'absence dans certains cas) de normes d'encadrement, vient aggraver la charge de travail. Cette dernière s'est d'ailleurs largement accrue durant ces dernières années s'expliquant à la fois par une charge administrative supérieure ainsi que par un accroissement considérable des tâches.

Tout d'abord, la part administrative du travail de l'infirmière s'est étendue sous l'effet indirect de contraintes essentiellement budgétaires et de préoccupations de contrôle mais également par le développement de concepts comme le dossier infirmier, le plan de soins, le diagnostic infirmier,... Il faut déjà souligner que le milieu infirmier est encore fortement empreint d'oralité⁴⁶ et que les résistances à l'écrit sont d'envergure non seulement vis-à-vis de l'intellectualisation de la profession mais même au sein de l'exercice quotidien. Ainsi, face au R.I.M.⁴⁷, mis en place dans le but d'évaluer la charge de travail au sein des unités de soins et en vue d'une adéquation de la dotation en personnel tant en quantité qu'en qualification, les infirmières y furent longtemps - et y sont encore⁴⁸ - hostiles et réticentes à sa rédaction. D'autre part, le développement de nouvelles technologies médicales et d'alternatives à l'hospitalisation ont transformé certaines données : un nombre plus important de personnes âgées, une réduction de la durée d'hospitalisation (rotation plus élevée des malades), un accroissement en nombre et en complexité des actes techniques, etc... et ont de la sorte alourdi le travail de l'infirmière. Déjà conséquente, la charge de travail est tantôt accrue par l'absence d'un ou de plusieurs collègues pour raison de maladie, ou écartée pour une grossesse, ou encore partie en formation et qui ne seront pas remplacées ; du moins immédiatement.

Un autre aspect particulièrement contraignant du travail infirmier, qu'il soit hospitalier ou non, est celui des horaires de travail. Ces horaires incommodes pénalisent fortement l'infirmière dans sa vie privée tant au niveau familial que socio-culturel. Les infirmières sont des épouses et aussi des mères - même si la maternité pour une infirmière n'est pas chose simple - et les enfants ne trouvent pas toujours les équipements collectifs (crèches, gardes d'enfants,...) adaptés aux horaires de la « maman-infirmière ». Cet aspect explique sans doute bien mieux l'amplification du phénomène « temps partiel »⁴⁹ dans la profession. Sous un angle socio-culturel, l'infirmière se voit aussi marginalisée de par les exigences d'horaires propres au monde de la santé.

⁴⁵ L'O.M.S. a lancé une enquête sur ce sujet en 1991. Cette pénurie est d'ailleurs difficilement mesurable de façon rigoureuse, surtout que les normes sont jugées insuffisantes ou sont, dans certains milieux, inexistantes (pénurie cachée) mais cette pénurie peut se confirmer par une réelle difficulté à embaucher. Rappelons une nouvelle fois que ce phénomène ne doit pas être mis sur le compte unique d'un soi-disant désaveu de la profession.

⁴⁶ voir Principe d'identité.

⁴⁷ Résumé Infirmier Minimum.

⁴⁸ Cette recherche débutée en 1989 attend toujours une concrétisation.

⁴⁹ En effet, 27 % des infirmières hospitalières travaillent à temps partiel et la demande se multiplie par 5 si l'infirmière a 3 enfants. Voir Debaillie ou Leroy.

D un niveau scolaire élevé, responsable de son travail et de l'organisation de celui-ci, responsable du travail du personnel moins qualifié et des élèves-infirmières, l'infirmière espère une carrière non seulement en terme de durée d'exercice mais aussi en termes de perspectives d'épanouissement. Or, la ligne hiérarchique est très étroite et cette ascension est mal perçue - c'est perdre son âme - et d'autre part, la mobilité horizontale est quasi inexistante et encore moins valorisée. Quant à la hiérarchie infirmière, elle se révèle immobiliste ou coincée si bien que le service infirmier à peine structuré se voit contesté dans son autonomie embryonnaire⁵⁰.

Cette dernière constatation, plus ou moins vérifiée selon les lieux, nous amène à aborder la place de l'infirmière dans le processus de santé et ce à chaque niveau c'est-à-dire de l'unité de soins au système de santé. Au sein de l'équipe soignante, l'infirmière recherche ses marques et tente par une concertation plus ou moins organisée de définir un projet commun autour duquel pourrait se construire une véritable équipe pluridisciplinaire. Mais ces relations de concertation et de participation, gage de qualité et de bien-être tant pour les usagers que pour les différents acteurs, ne sont que rarement formalisées aussi bien au niveau interdisciplinaire qu'au niveau de l'entreprise et encore plus au niveau du système de santé. L'infirmière ne possède que peu d'outils politiques pourtant elle aspire à une reconnaissance qui dispense de l'établissement d'une nouvelle « caste » dans la hiérarchie des professions de santé, qui veut se placer au-delà de sa fonction économique en faisant reconnaître son action communautaire.

En conclusion, il faut rappeler que ces conditions ont des effets néfastes non seulement sur les personnes qui exercent déjà cette profession mais aussi sur l'attractivité que cette dernière exerce sur les jeunes. C'est sans doute en travaillant sur ces aspects contraignants que la pénurie (qui reste à évaluer de façon objective) pourrait être résolue en maintenant ou en ramenant des diplômées dans le système de santé et incitant les jeunes à s'y investir. Hormis cette pénurie, l'allègement et/ou la reconnaissance de ces conditions n'auront qu'un effet bénéfique sur la qualité des soins et in fine sur la qualité de vie de toute une société.

⁵⁰ Voir la suite donnée à la proposition de « Conseil infirmier » au sein des institutions hospitalières.

Chapitre III - LES PROBLEMATIQUES DU CHAMP PROFESSIONNEL :

Ce vaste ensemble de contingences plus ou moins fortes, plus ou moins intriquées, influence d'une manière ou d'une autre (et réciproquement) la résolution du malaise infirmier et rend difficile le processus identitaire. Il semble toutefois que le problème soit essentiellement politique, même si les symptômes sont économiques. Enfin, cette description doit se concevoir en cascade puisqu'elle se veut centrifuge.

III.1. LE MILIEU HOSPITALIER :

L'image dominante de l'infirmière, c'est *l'hospitalière* ! Et même si l'infirmière n'y passe pas toute sa carrière, l'hôpital constitue encore aujourd'hui une étape⁵¹ indispensable à la carrière professionnelle. En 1991, il y avait 88.000 infirmières en Belgique, dont 61.000 exerçant en milieu hospitalier⁵². Le milieu hospitalier est donc le lieu principal d'exercice professionnel.

L'hôpital est sans doute un milieu où les innovations techniques et technologiques ont eu le plus d'effets, celles-ci l'ont rendu complexe et l'hôpital est devenu aujourd'hui une vaste entreprise où chacun cherche ses marques. Ce phénomène de passage d'un « hôpital-hébergement » à un « hôpital-plateau technique », souligné par les textes législatifs⁵³, a amené à une spécialisation et à une parcellisation très poussées des tâches et des fonctions à l'intérieur de l'institution hospitalière. L'infirmière n'en sortit pas indemne, ce qui rendit difficile toute définition, tant de sa profession que des actes qu'elle exécute. Il y a bien peu de ressemblances entre une infirmière travaillant dans un service de réhabilitation et une autre employée dans un service de radiologie ou au sein d'une unité de soins intensifs ; sinon qu'elles s'appellent toutes les trois : *infirmière* !

En termes économiques, le secteur hospitalier constitue un débouché d'envergure des firmes pharmaceutiques et de matériel puisqu'il est le lieu privilégié de l'exercice d'une médecine moderne et technologique. De plus, par ses caractéristiques financières, il est au centre des préoccupations comme des pratiques ministérielles visant à limiter la croissance des dépenses de santé (programmation hospitalière, rationalisation financière, normes, etc) depuis les années 70. Ce secteur reste depuis lors en point de mire puisque les journées d'hospitalisation représentaient, en 1990, 31 % des dépenses de soins de santé. L'hôpital polarise donc beaucoup d'intérêts.

⁵¹ Moyenne de 8 ans (en hausse sensible).

⁵² Soit 69,7 %, dont un tiers travaille à temps partiel (source: Leroy X.).

⁵³ Voir l'évolution de la définition de l'hôpital dans les différentes lois hospitalières depuis la loi Custers (1963).

Il semble que le monde de la santé, et en particulier son centre de gravité, l'hôpital, conservèrent longtemps comme une aura qui en interdisait l'analyse du point de vue de l'économiste ou encore du point de vue du sociologue. Pourtant, « *haut lieu de dysfonctionnements, l'hôpital est perfectible à bien des points de vue, au nombre desquels il conviendrait de ne pas omettre celui du malade qui constitue sa raison d'être* »⁵⁴. Ainsi, ces contraintes d'efficacité économique, on contraint la structure hospitalière, devenue entreprise, à raisonner de plus en plus en termes de parts de marché et en gestion efficiente des ressources : voilà là un constat économique choquant mais bien réel et une dimension incontournable pour les gestionnaires. L'entreprise hospitalière est parmi les établissements dont l'administration ou mieux encore la gestion est des plus délicates, compte tenu de sa vocation essentiellement et doublement humaine.

Pour en revenir à *notre* infirmière, il semblerait qu'il existe certaines difficultés de recrutement, sources de perturbation dans la gestion quotidienne des unités de soins et de démobilisation d'un personnel surchargé. C'est d'ailleurs à l'hôpital que le malaise décrit plus haut est le plus marqué et le plus exprimé (le monde hospitalier fut le point de départ du mouvement infirmier). Le problème des ressources humaines, maillon essentiel et coûteux⁵⁵ du processus hospitalier, et de sa gestion a fait son irruption impérieuse sous le double effet des contraintes économiques et des attentes d'une société à l'égard de la médecine, des soins et de la santé. Depuis peu et sous l'influence de l'option économique, la sociologie fit son entrée dans le microcosme des organisations hospitalières pour y révéler les principaux aspects perfectibles en termes humains (qualité), cette fois, mais toujours dans un objectif de gestion efficiente (analyse organisationnelle, audit culturel, etc). Elle⁵⁶ révéla entre autre certaines caractéristiques, résumées ici : « *une forte hiérarchisation culturelle des activités et une conception monovalente du sujet* (prééminence de l'action médicale) *valorisant ainsi les prestations de nature technique par rapport aux prestations humaines* » sont relevées, ainsi que leurs conséquences multiples, et entre autre « *une domination culturelle d'une activité qui marginalise (culturellement) d'autres acteurs et les poussent à adopter des comportements de retrait nuisant à la qualité des services rendus aux patients* ». L'enquête décrit le fonctionnement de l'hôpital comme « *cloisonné entre les différentes composantes* » soutenu par une mentalité de producteur plutôt que de fournisseur. Ces cloisonnements expliquent le très faible degré d'intégration. Par contre, elle met en évidence « *un grand souci de qualité qui relève d'une attitude volontaire, qui est donc une réelle force mais qui demande à être alimentée* » ;

⁵⁴ Pruvost R., « Introduction à une étude sociologique de l'hôpital » (2/3), in Gestions hospitalières, n^o 153, février 1976, pp. 104-129.

⁵⁵ Les charges de personnels, dont 56 % sont des infirmières, représentent 70 % des coûts.

⁵⁶ Hees, « Audit culturel au sein d'une institution hospitalière » ; voir aussi « Etude sociologique du rôle infirmier en hôpital général », Huart-Darras E., mémoire UCL-HOSP, 1987.

cette constatation s'explique par le fait qu'il y a coïncidence des objectifs institutionnels avec les objectifs professionnels des soignants qui y travaillent.

En résumé, l'hôpital reste le lieu privilégié d'exercice de l'infirmière mais sous cette apparente homogénéité se dissimule une diversité et une disparité importantes de rôles et de fonctions. D'autre part, les marges de manœuvres, en particulier financières, sont particulièrement étroites puisque les budgets sont fixés ; celles-ci conditionnant les possibilités d'aménagements et de gestion des ressources humaines à l'hôpital. Enfin, l'infirmière se retrouve dans une position de double dépendance face au pouvoir médical et à l'égard de l'autorité administrative, de plus en plus prégnante. De même, sa place auprès du malade est compliquée par les exigences d'un malade devenu client.

III.2. LE SECTEUR DE LA SANTE :

Les contraintes économiques, exposées dans le cadre hospitalier, se transposent au niveau du secteur de la santé car même s'il y a progrès, il y a rarement gain de productivité, car les technologies médicales s'additionnent plus qu'elles ne se substituent. De surcroît, nous sommes proches de la limite de financement collectif en matière de protection sociale étant donnée la quasi-incontrôlable croissance des dépenses de santé⁵⁷ grevant considérablement nos économies sociale et nationale. Il faudra donc trouver le point d'équilibre entre l'économiquement justifiable et le socialement utile au risque d'obtenir une médecine à plusieurs vitesses.

Ce constat risque encore de s'alourdir. Effectivement, les sociétés post-industrielles, dont la notre, se caractérisent par une série de changements démographiques et ceux-ci retentissent sur la définition de la politique de santé et sur le fonctionnement de notre système de Sécurité Sociale, déjà très sollicité. Sans entrer dans les détails, il faut néanmoins mentionner certaines indications : d'une part, une nette dénatalité et d'autre, un net vieillissement de population : 15 % de la population a plus de 65 ans et les prévisions estiment que pour la fin du siècle, les personnes de plus de 65 ans représenteront le tiers de la population et que 45 % du nombre auront plus de 80 ans. La conjonction des deux, conjointement au développement du concept de droit à la santé, a un effet potentiellement explosif sur le coût de la sécurité sociale en réduisant l'écart actifs-inactifs (il faut encore y ajouter l'impact de la récession économique et de son corollaire, le chômage) et en accroissant la part des dépenses de santé⁵⁸. Qui plus est, de nouvelles pathologies se sont développées amenant de nouveaux enjeux non seulement médicaux mais également en termes de phénomènes sociaux ; tel est le cas du S.I.D.A. . Il est donc clair que l'augmentation des besoins

⁵⁷ 11 % en 1991 et 12 % en 1992; ainsi les dépenses de santé progressent bien plus vite que Le P.N.B..

⁵⁸ Comme d'ailleurs celles des autres postes : allocations de chômage et de retraite.

devrait se poursuivre tant en quantité qu'en qualité vues les orientations actuelles comme les nouvelles tendances et alternatives à l'hospitalisation, les structures d'âges et l'évolution des conditions de vie (fait de société). Cette croissance entraînera sans doute celle des besoins en soins infirmiers et en infirmières⁵⁹.

Ainsi, et non seulement par ses aspects économiques, la santé charrie d'énormes enjeux et à l'instar de l'enseignement et du reste du secteur non-marchand, les soins de santé sont marqués par la segmentation de la société belge en piliers correspondant aux zones d'influences catholique et laïque subissant de la sorte l'emprise des intérêts matériels, philosophiques et confessionnels. Le désaveu idéologique du citoyen pour la politique a fait tourner les partis vers le secteur des services⁶⁰ pour assurer leur solidité et à, de cette façon, exacerber cette emprise.

Une autre contingence majeure propre au système sanitaire et aux professions qui s'y exercent est liée à la règle du service minimum et la législation⁶¹ en vigueur dans ce secteur concernant la grève. Cet aspect limite de manière considérable la portée des grèves, ces dernières restant une des armes les plus efficaces de la panoplie syndicaliste. La santé est donc un secteur où les marges de manœuvre sont des plus étroites et vont en s'amenuisant encore, alors qu'elle possède des enjeux majeurs pour la société.

III.3. LES ORGANES DE REPRESENTATION:

Dans notre pays et plus particulièrement en ce qui concerne la profession infirmière, deux logiques se disputent la représentativité : d'une part, une logique syndicale et d'autre part une logique professionnelle. Cette caractéristique n'est pas propre au corps infirmier et les deux modes de représentation et leur dialectique respective, bien qu'apparemment claires et distinctes, sont confondues et parfois plus contradictoires que complémentaires dans la pratique.

a) *Les syndicats:*

Le syndicalisme se définit comme « un *mouvement ayant pour objectif de grouper des personnes exerçant la même profession en vue de la défense de leurs intérêts communs* »⁶². Cette tradition corporatiste s'est émaillée au fil du développement du Mouvement Ouvrier et les syndicats ont opté pour une voie plus réformatrice c'est-à-dire que le syndicalisme cherche, sans mettre en cause l'organisation capitaliste de la société, à négocier dans les meilleures conditions avec les

⁵⁹ En Belgique, on dénombre 6,2 infirmières pour 1000 habitants.

⁶⁰ Voir *Courrier du CRISP*, n° 1338 sur la structure de propriété et les réseaux d'institutions de santé en Belgique.

⁶¹ La Loi du 19 août 1948, relative aux prestations d'intérêt public en temps de paix et complétée par l'Arrêté Royal du 25 mai 1951 rendant obligatoire la décision de la Commission Paritaire Nationale des Services de Santé.

⁶² Grand Larousse Universel, 1989 et étymologie du mot.

responsables économiques des différents niveaux. Il s'agit donc d'un syndicalisme de négociation et de contrôle, modèle qui prédomine en Belgique.

Le fait syndical a fait une apparition tardive (1972) dans le monde hospitalier et sanitaire. Mais d'un point de vue historique, il faut préciser que la profession infirmière possédait « son » syndicat : UNITAS. Fondé en 1939, il défendait les intérêts matériels des infirmières⁶³ mais la législation en matière de représentativité des organisations syndicales (loi sur l'organisation du travail du 20/09/48) contraignit UNITAS à la fusion au sein des grands centrales syndicales (CSC ou FGTB⁶⁴).

La liberté syndicale est un droit mais reste toutefois soumise à un minimum de règles, essentiellement des critères de représentativité (nécessité d'avoir au minimum 50.000 affiliés). Ce droit octroie à ces organisations certaines prérogatives : le droit de grève, comme moyen pour des actions revendicatrices et de contestation, ou encore la participation comme contre-pouvoir au sein de divers organes. Ces organes sont au niveau interprofessionnel des conseils consultatifs où les syndicats représentent les travailleurs (Conseil National du Travail, Conseil Central de l'Economie, les organes de gestion paritaire de l'O.N.S.S. et de l'I.N.A.M.I.) tandis qu'au niveau professionnel et dans l'entreprise, les syndicats participent à la négociation. Cette participation aux Commissions Paritaires nationale et sectorielles, comme au sein des Comités d'Entreprise, débouchent sur des Conventions Collectives de Travail où il s'agit essentiellement d'homogénéiser les salaires et les conditions de travail des travailleurs. Les syndicats sont donc « interdisciplinaires » et se caractérisent donc par un « œcuménisme » essentiellement confessionnel ou partisan ; en témoigne la similitude avec les partis politiques et les mutualités (secteur santé oblige !).

Cependant, dans le contexte actuel, les syndicats, instrument de contre-pouvoir et de démocratie, et à l'instar de la plupart de leurs collègues européens, sont confrontés au caractère paradoxal de leur existence. Le syndicalisme est en crise⁶⁵, lui aussi, et cette crise revêt deux aspects puisque s'appuie sur les deux facettes, presque contradictoires mais bien intégrées en Belgique, du syndicalisme, à la fois partenaire socio-économique du pouvoir et contre-pouvoir. Puisant ses origines dans la solidarité collective des ouvriers (le Mouvement Ouvrier), il se doit de véhiculer les attentes des travailleurs qui ne sont plus uniquement des ouvriers⁶⁶ ; tandis que d'autre part, il est devenu acteur politique et garant démocratique. Dans ce contexte critique et équivoque, ils sont parfois taxés de démagogie ou de dichotomie dans leurs dialectiques, de collusion avec les patrons,

⁶³ On y retrouvait les infirmières du seul secteur public puisque les infirmières du privé étaient pour la plupart des religieuses.

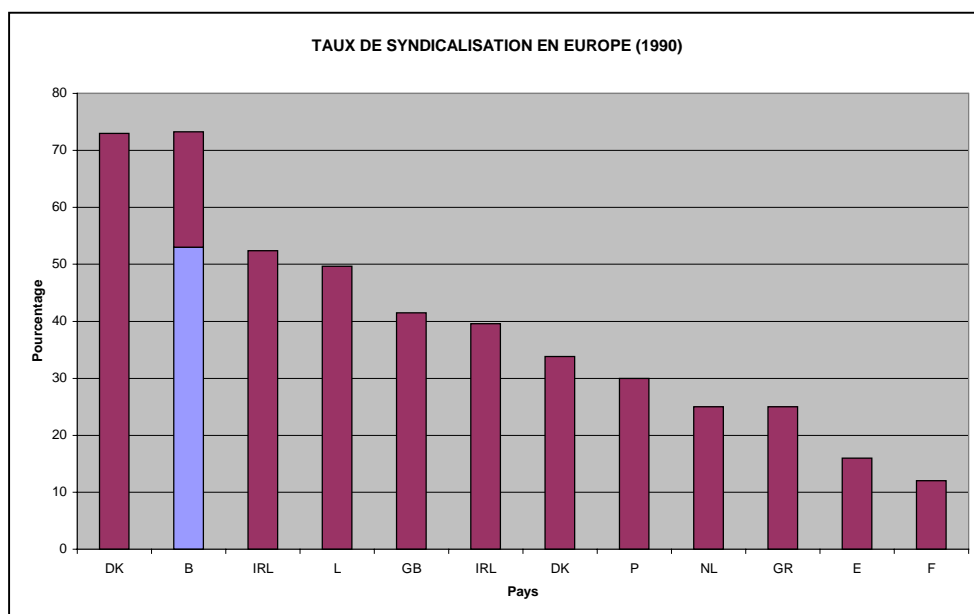
⁶⁴ La C.S.C comprend la C.N.E. (employés) ; elle-même possède un secteur Soins de Santé tout comme la F.G.T.B. .

⁶⁵ Un « Ecran témoin » y fut consacré : « Stratégies syndicales : nouvelles données, nouveaux défis » et diffusé à la R.T.B.F., le 22 février 1993.

⁶⁶ L'émergence, sous l'effet du déclin industriel, de nouvelles catégories de travailleurs, non ouvrières, ne possédant pas de patrimoine de luttes sociales et syndicales, a forcé les syndicats à remanier leurs stratégies.

d'arrangement avec les partis politiques « frères » et d'un manque de pugnacité ; mais ces critiques mettent surtout en cause les structures plus que l'essence et les perspectives du syndicalisme. Le manque de combativité attribuée aux syndicats s'explique par un climat de crise voire de récession économique, un contexte de chômage croissant qui portent plus à la concertation et à la négociation avant d'opter pour la lutte active. En effet, la grève reste l'arme maîtresse et ultime des syndicats même si son efficacité est mise en doute face aux conséquences économiques qu'elle peut générer. Le nombre de grèves est d'ailleurs en très nette régression et le droit de grève est parfois débouté par les magistrats⁶⁷. Cette perte de terrain est encore accentuée par la mondialisation de l'économie limitant fortement les marges de manœuvre des syndicats (et des Etats).

Cette nouvelle donne et ce nouveau défi sont intimement liés à l'apparente disparition, sous l'effet du capitalisme triomphant (même au pays du communisme), des classes au sens marxiste et à des remaniements profonds de l'économie, de l'industrie⁶⁸ et du monde du travail⁶⁹ concomitamment à la montée des individualismes⁷⁰ et du séparatisme. Ces nouvelles données ont été relativement bien assimilées par les syndicats belges puisqu'ils conservent au demeurant un haut taux d'adhésions comme en témoigne le graphique ci-dessous⁷¹.



⁶⁷ Nouvelle pratique patronale : recourir à la procédure des référés pour casser les mouvements de grève (les cas Sabena et GB).

⁶⁸ L'industrie, bastion et creuset du syndicalisme, a peu à peu déclinée pour laisser la place au secteur dit tertiaire. De plus, les unités de production se sont disséminées et la concentration ouvrière au sein de grandes structures a fortement régressé.

⁶⁹ Mutations tant au niveau de l'organisation du travail, de la gestion des personnels et du conflit, ainsi liées à la recherche de nouvelles alternatives comme le partage du travail ou du temps de travail.

⁷⁰ Favorisant entre autre la promotion individuelle plutôt que collective.

⁷¹ source: J. Visser, « Tendances de la syndicalisation », OCDE, 1991. Il est important de noter que les données OCDE proposées dans ce graphique diffèrent des données belges parce que la base de calcul est différente. En effet, les statistiques de l'OCDE n'incluent que les syndiqués sur les lieux de travail. Dès lors que l'on comptabilise les syndiqués inactifs - nombreux en Belgique -, ce taux s'élève à 76.6 % selon le CRISP qui y consacre un Courrier hebdomadaire : « Le taux de syndicalisation 1982-1991 », 08/02/1993.

Ce constat de bonne santé s'explique par le fait que les syndicats sont en Belgique fortement intégrés dans le système et dans son fonctionnement ; et sont en outre des organismes payeurs, en particulier des allocations de chômage (voir aussi la note 21), où les flux financiers sont importants. Enfin, la disparition des syndicats ou leur perte de puissance entraîne une régression certaine des acquis sociaux (voir chez nos voisins) ; ce recul fait le lit de toutes les inégalités et exclusions sociales sur lequel pourra se coucher l'extrême-droite. Le syndicalisme peut ou doit donc défendre, aussi, une image de la société basée sur la solidarité collective et la dignité de l'homme - pas seulement au travail - comme il le fit au temps du Mouvement Ouvrier. Mais cette image de société comme les notions de solidarité et de dignité réclament un processus d'actualisation permanente ; sinon il court au péril de perdre le peu de « mouvement social » qui l'anime et le porte encore.

Pour la profession infirmière, les rapports au syndicalisme sont confus et ténus puisqu'un petit nombre d'infirmières sont syndicalistes ou même syndicalisées (de 3 à 5 % selon les sources). Ce faible taux de syndicalisation s'explique peut-être par certaines contraintes et caractéristiques propres à la profession infirmières (horaires contraignants, tâches domestiques, courte carrière, forte tendance catégorielle,...). Outre cela, ces syndicats jouèrent parfois un rôle négatif comme en 1984 lorsqu'ils annoncèrent une pléthore d'infirmières qui firent hésiter certaines à s'engager dans cette filière. Par contre, l'évolution en matière sociale du secteur hospitalier et de soins de ces dernières années fit remonter la cote de popularité des syndicats, travaillant pour la cause en Front Commun.

b) *Les associations professionnelles :*

Les associations, une autre victoire du Mouvement Ouvrier, sont une forme de garantie de la démocratie et sont régies par la loi sur les A.S.B.L. (Association Sans But Lucratif) datant de 1921. Mais, lorsqu'elles sont professionnelles, elles semblent être aussi la résurgence des corporatismes antérieurs (les guildes). Leur œcuménisme est plutôt professionnel et leurs perspectives catégorielles. Seules quatre associations sont reconnues et sont rassemblées au sein de l'U.G.I.B.⁷². Elles représentent la profession auprès des instances officielles (nationales et supranationales) avec une parité linguistique et philosophique. Cette représentation est d'un ordre différent de celle des syndicats, les associations professionnelles d'infirmières ont un rôle consultatif au sein du Conseil National de l'Art Infirmier, de la Commission Technique de l'art Infirmier ou au Conseil National des Etablissements Hospitaliers⁷³. Mais quelque soit l'option philosophique qui oriente leur action, les associations d'infirmières ont pour objectif : la défense des intérêts spécifiques de la profession et la promotion de celle-ci et de l'exercice de l'art infirmier.

⁷² Union Générale des Infirmières Belges, créé en 1952 sous la contrainte exclusive du critère d'adhésion au Conseil International des Infirmières (CII).

Pourtant, malgré leurs perspectives, elles ne rassemblent guère plus d'infirmières que les syndicats ; à peine 10 % (selon Stinghlamber) des infirmières seraient affiliées à une des quatre associations. Les principaux reproches à l'encontre de ces associations sont : un certain élitisme, un manque de résultats concrets ainsi qu'une insuffisance de communication. Mais il faut noter qu'à côté des quatre grandes associations - les seules reconnues -, coexiste dans notre pays une kyrielle d'associations d'infirmières. Ces associations se cristallisent bien souvent autour d'une spécialisation (bien souvent médicale) ou d'un terrain particulier de l'exercice infirmier⁷⁴. La représentation existe bien mais est-elle suffisante et efficace ? La profession infirmière se voit ainsi éparpillée non seulement dans ses lieux d'exercice, mais également dans leur représentation. Ce manque de coordination et donc d'unité à l'intérieur même d'une profession n'est-il pas source de perte d'énergie (et d'adhérents) par dissémination. Cet élément qui marque de façon profonde la profession infirmière altère le processus de reconnaissance sociale qu'elle tente pourtant de construire et l'absence d'esprit de corps est mis à profit par nombre d'acteurs politiques et économiques.

c) Deux autres solutions :

Ne se retrouvant que peu dans les structures existantes (syndicats, associations professionnelles), l'infirmière est en quête de représentativité. Deux autres solutions semblent s'offrir à l'infirmière, solutions que nous ne ferons qu'évoquer ici puisque cette thématique justifie à elle seule une analyse en profondeur.

Premièrement, la solution ordinale. Cette solution fut proposée en 1945 en Belgique sous la forme du Collège National des Infirmières Belges et dans le but de posséder une organisation développant plusieurs compétences : une compétence professionnelle, une compétence disciplinaire et une compétence sociale. Mais, ce projet d'« Ordre Infirmier » se heurta à l'opposition du Ministre et aux réticences du corps médical. *La tentation ordinale*⁷⁵ n'est donc pas nouvelle dans la profession infirmière et sa concrétisation existe déjà au Québec sous la forme de l'O.I.I.Q.⁷⁶. L'ordre est une pratique de coalition et d'organisation professionnelles caractéristique des professions libérales (avocats, médecins, experts-comptables, architectes,...) dont le leitmotiv est : contrôle et autogestion, source d'identité et d'indépendance. L'ordre professionnel est un organisme de droit privé, disposant de la personnalité juridique, créé en vue d'assurer la réglementation, la discipline et la défense d'une profession. Ces caractéristiques offrent des

⁷³ La liste n'est pas complète.

⁷⁴ Urgences (AFIU), Soins Intensifs (SIZ), Rééducation (AIRRBe), etc...

⁷⁵ Titre d'un chapitre écrit par Delmas J. dans un Livre intitulé « Univers de la profession infirmière », Ed. Presses de Lutèce, Paris, 1991.

prérogatives importantes, véritables pouvoirs administratifs et juridictionnels qui leur sont délégués par l'Etat. Il s'agit donc d'une instance assurant sur TOUS les membres (l'inscription au Tableau de l'ordre est une des conditions sine qua non à l'exercice de cette profession) un contrôle administratif et disciplinaire, basé sur un code de déontologie et des règles professionnelles. L'ordre est donc un groupe de pression tout d'abord interne (coercition via adhésion obligatoire, inspection professionnelle) et ensuite externe de par son expertise. Au sein de la profession infirmière, le mot a plutôt mauvaise presse, car apparenté au modèle (discutable) de l'Ordre des médecins. D'ailleurs, cette option déchaîne les passions et fait apparaître nombre de polémiques ; en premier lieu, à l'intérieur de la profession infirmière où on s'insurge de transposer, une nouvelle fois, le modèle médical comme pour mieux enliser l'infirmière. Les infirmières craignent aussi certaines dérives constatées dans d'autres corps professionnels, en particulier : une structure gérontocratique, source de « *conservatisme et de l'émergence d'une nomenclature de la représentation professionnelle* »⁷⁷. Et à l'extérieur de celle-ci, on constate les réticences et les résistances de certaines parties face à l'émergence d'un ordre professionnel chez les infirmières.

Deuxième hypothèse : la coordination. Phénomène nouveau, corporatiste dans sa charge positive, la coordination témoigne d'une aspiration à se rassembler sous une bannière professionnelle au-delà des différences internes d'obédiences, d'exercice,... Ce phénomène a connu une expression particulièrement intense en France comme nous le verrons plus loin.

En conclusion, cette quête d'une représentativité est marquée par de nombreux freins tant internes qu'externes à la profession. Pourtant, la recherche d'un lobby fédérateur, générateur d'esprit de corps, d'identité et d'autonomie professionnelles, non pas ponctuel mais surtout démocratique, manque cruellement et ce vide exonère la profession infirmière d'un « *corporatisme de pression* »⁷⁸ et donc prive d'une voie efficace de valorisation socio-économique de leur identité professionnelle.

III.4. LE SECTEUR NON-MARCHAND⁷⁹ :

La notion de SERVICE INFIRMIER exprime bien cette aspiration vers la population qui en est l'usager. La profession infirmière s'exerce donc dans le cadre d'un service public, pour mieux comprendre les contraintes mais aussi les enjeux que recèlent cet élément, nous vous invitons à *faire un voyage au pays du non-marchand*.

Le secteur non-marchand dont l'identité se décline par la négative - ce qui est déjà

⁷⁶ Ordre des Infirmières et des Infirmiers du Québec.

⁷⁷ Delmas, cité par Magnon, p.9.

⁷⁸ Expression empruntée à Pierre Rosanvallon, cité par Moreau, p. 36.

⁷⁹ Voir le numéro consacré à ce sujet de la revue Reflets et perspectives de la vie économique.

révélateur - recouvre une multitude très diversifiée d'activités sous une appellation des plus controversées. Néanmoins, il occupe une place importante dans les économies de nos pays industrialisés, non seulement en termes économiques mais également en matière d'emploi. Le secteur dit non-marchand⁸⁰ recouvre l'ensemble des activités de biens et de services pour lesquelles le critère de décision n'est pas celui qui prévaut dans le secteur dit marchand, c'est-à-dire la maximisation du profit. Cette dernière ou autrement dit l'efficacité économique, « *aiguillon de premier choix pour le secteur marchand* »⁸¹ n'est pas absente dans le domaine non-marchand mais réclame certains aménagements. De plus, la frontière entre le marchand et le non-marchand n'est pas parfaitement nette. Cette caractéristique essentielle des biens et services quasi-collectifs que procure le secteur non-marchand, donne la référence centrale aux fondements de l'intervention publique (allocation, redistribution et régulation) c'est-à-dire une intervention économique et sociale à la fois. Pourtant, le secteur non-marchand reste malheureusement sans grandes perspectives et la politique du Gouvernement à son égard est taxée de « *politique schizophrénique* »⁸² et se révèle principalement économicratique plutôt que basée sur un réel débat politique. Enfin, faute de critères adaptés⁸³ et d'analyses, le secteur souffre de ses carences et dysfonctionnements. Il devient alors la proie de la logique compétitive, celle-ci gagne ou envahit peu à peu tous les secteurs jadis épargnés car régulés par l'Etat.

En matière d'emploi, ce secteur représente 20 % de l'emploi en Belgique et la création d'emploi a augmenté fortement ces quinze dernières années (à l'exception de l'enseignement qui lui perd de l'emploi). Il représentait entre 1982 et 1988 près de 50 % des créations d'emploi ; d'où l'importance de sa contribution à freiner la perte d'emploi. Toutefois, il ne peut pour autant se justifier dans la seule perspective de résorber le chômage. Un autre aspect tient à ce qu'une large part des métiers du non-marchand sont incidemment offerts par le secteur privé⁸⁴ essentiellement lié à l'historique de ce secteur très marqué par des valeurs comme le bénévolat, le dévouement ou la vocation (religieuse ou non).

Sur un ordre plus politique, le non-marchand correspond à des choix de société et peut donc s'étendre concomitamment à l'extension des besoins et à des facteurs démographiques (vieillesse de population) ou sociologiques (accroissement du travail féminin, prolongation des

⁸⁰ Une définition intéressante est fournie par la Kredietbank dans le numéro 12/1987 de son Bulletin hebdomadaire: « *en dehors du marché, des biens et des services sont mis à la disposition, sans toutefois que le client doive fournir une contrepartie monétaire directe (prix). Le financement se fait alors par des contributions forcées (impôts) ou volontaires et n'est pas directement lié à l'utilisation des biens et services fournis.* »

⁸¹ Deschamps R, Liénard G., « Secteur non-marchand: choix, spécificité et objectifs », p. 380.

⁸² Martou F., cité par Evens, in Le Soir.

⁸³ La monétarisation permettant des analyses coûts-bénéfices, est difficilement applicable à certaines prestations d'ordre plus qualitatif. L'humain se met mal en équation Le risque est donc de privilégier ce qui est mesurable à ce qui ne l'est pas. De plus, la notion de valeur ajoutée est impossible à utiliser dans ce secteur et donc à évaluer son poids en pourcentage du P.N.B. .

⁸⁴ En 1989, 40 % des 650.000 emplois du non-marchand sont offerts par le privé.

études). De surcroît, il contribue de manière considérable à l'économie, en terme d'emploi comme nous l'avons plus haut, mais aussi en terme de marché, puisqu'il est un client important du secteur marchand (investissements et équipements) et contribue à son fonctionnement par la qualification des travailleurs - l'enseignement -, leur disponibilité - les crèches - et leur rétablissement - les soins de santé -.

Ce secteur est bel et bien en crise, ce à de nombreux niveaux, comme en témoigne le mouvement des infirmières, et celle-ci dépasse la crise de moyens même si ceux-ci se voient rétrécir comme une peau de chagrin sous l'effet des contraintes essentiellement budgétaires tant internes qu'externes (voir plus loin) et la mise en place de normes de plus en plus exigeantes (les enveloppes). Au niveau social, les personnels qui y travaillent éprouvent très largement un immense déficit de reconnaissance sociale surtout à l'heure de l'économiquement performant où le secteur est considéré comme un coût, une charge pour la société. Installé résume admirablement cet état de fait : « *Les travailleurs du non-marchand se savent sur la mauvaise branche du dualisme social* »⁸⁵. En plus de ces éléments, les relations collectives sont au sein de ce secteur sont très hétéroclites et ce même auteur en relève trois formes :

- des relations collectives calquées sur celles du secteur public,
- des relations collectives propres au secteur non-marchand privé subsidié par la mise en place de commissions paritaires⁸⁶,
- l'absence de relations collectives de travail comme c'est notamment le cas des enseignants.

Des infirmières travaillent dans ces trois types de sous-secteurs, d'où la difficulté d'obtenir des acquis pour l'ensemble de la profession. De plus, pour les deux premières, il faut y adjoindre les difficultés inhérentes à l'existence de pouvoirs subsidants différents. Cette problématique est abordée dans le cadre des caractéristiques belges. Cette diversité de situation amène à revendiquer la mise sur pied d'un système propre et spécifique pour le secteur non-marchand.

D'ailleurs, les mouvements sociaux qui ont touché dernièrement ce secteur, dénotent une problématique similaire dans chaque cas particulier, que ce soit celui des enseignants ou dans le cas qui nous occupe, celui des infirmières, mais également une problématique plus globale liée au désaveu du politique pour le non-marchand soulignant ainsi la prééminence d'une logique utilitariste néo-libérale. L'infirmière subit bien sûr avec l'ensemble de sa profession le contrecoup de ce désaveu.

⁸⁵ Installé M., « Le secteur non-marchand: impact sur l'emploi et place des travailleurs », p. 405.

⁸⁶ Relativement récente dans le secteur des soins de santé.

III.5. LES CARACTERISTIQUES BELGES :

Le contexte institutionnel belge, à la fois bipolaire et pluraliste, rend la scène politique très complexe de par son caractère hyper-institutionnalisé et cette institutionnalisation hypertrophique possède dès lors des facultés intégratrices très puissantes. Quelles sont les conséquences de ce poids immense du jeu institutionnel ? Cette institutionnalisation explique sans doute une part de la perte de pertinence du syndicalisme conjointement à des modifications importantes du monde du travail et de l'économie mais d'autre part, cette institutionnalisation a permis aux syndicats de survivre et même d'accroître leurs pouvoirs (par la cogestion).

Déchirée par des décennies d'affrontements communautaires, empêtrée dans un déficit chronique de ses finances publiques, la Belgique reste en difficulté malgré son économie sociale de marché considérée par les économistes comme un exemple quasi pédagogique. Ces difficultés ont leurs répercussions sur l'économique et le social mais soulèvent également un problème de fond, propre à l'ensemble de nos démocraties occidentales : qu'en est-il de l'Etat-Providence et quels sont encore aujourd'hui les rôles de l'Etat ? Ces questions posent aussi le problème de la citoyenneté.

La négociation est dès lors rendue difficile, lente et laborieuse vue la pluralité d'acteurs et d'intérêts se renvoyant les responsabilités ; la prolifération et la redondance de ces institutions entraînent des effets pervers: « *faute d'objectifs, les bureaucraties obscurcissent les débats en transformant les conflits politiques ou économiques en transactions organisationnelles* »⁸⁷. En ce qui concerne le monde de la santé, ces interlocuteurs sont les pouvoirs subsidiaires qui s'ajoutent ainsi aux interlocuteurs habituels d'un conflit de travail à savoir les travailleurs via leurs représentants syndicaux (lorsqu'ils s'y reconnaissent) et le patronat dans les commissions paritaires. Ces autorités publiques subsidiaires sont les Régions et les Communautés, plus rarement l'Etat ou les Communes, dont les compétences et les décisions ne sont pas nécessairement identiques. Comme ces pouvoirs subsidiaires ne sont pas membres des commissions paritaires, les négociations sont ardues, voire stériles. C'est ainsi que les organisations syndicales sont contraintes de tenter de négocier d'abord avec ces autorités pour ensuite en traduire les résultats en commissions paritaires. Le nombre, déjà important, des interlocuteurs tant sociaux que politiques risque d'ailleurs de croître si le processus de fédéralisation se poursuit en Belgique. En effet, certaines parties émettent le désir de fédéraliser les relations collectives de travail⁸⁸ c'est-à-dire traiter les conventions de façon communautaire ; ceci, il faut le souligner, se fait en parallèle d'une volonté de plus en plus marquée d'une fédéralisation de la Sécurité Sociale et en particulier de l'assurance-maladie.

⁸⁷ Molitor, « La face cachée des problèmes institutionnels belges : leurs racines économiques », in notes de cours.

⁸⁸ Voir Le Soir du 13-14/02/93, p. 4 ou La Cité, n° 16, 1993, p. 16.

De cette multiplicité d'interlocuteurs, de cette disparité croissante des pouvoirs de tutelle, des difficultés économiques et sociales qui frappent notre pays, le processus de reconnaissance de l'infirmière s'en voit mis en danger par le fractionnement que ces contraintes opèrent sur une seule et même profession. Même profession ? En Belgique, il existe depuis longtemps deux diplômes d'infirmières et cette situation s'est encore aggravé par la notion d'I.R.S.G.⁸⁹ qui a contraint le système belge à posséder trois niveaux. Cette ambivalence confortée par une hiérarchie interne et une rémunération discriminatoire malgré un service identique, possède des répercussions sociologiques, sociales et psychologiques néfastes, non seulement pour les individus concernés comme pour l'organisation et l'utilisateur mais aussi pour l'ensemble de la profession (identité collective).

III.6. LES CARACTERISTIQUES EUROPEENNES:

L'infirmière a été une des premières professions à pouvoir bénéficier de la construction européenne puisque son titre a trouvé une équivalence dans chacun des pays membres permettant ainsi sa libre circulation au sein de la C.E.E. Toutefois, cette intégration européenne peut accentuer une pénurie déjà existante et la menace d'un alignement sur les autres pays de la Communauté n'est pas à négliger surtout s'il prend la forme d'un nivellement par le bas.

De par sa logique de libéralisation des marchés, l'Europe livre par pans entiers à la dérégulation et à la concurrence les domaines où l'Etat et les collectivités locales exerçaient une influence prépondérante au service des citoyens ; mettant de la sorte en péril les intérêts des usagers⁹⁰. Cette observation pose, une nouvelle fois, la question des rôles de l'Etat et de la place du citoyen ; mais aussi aux répercussions sociales de telles pratiques politiques et économiques. Surtout lorsqu'on sait que le chapitre social du Traité de Maastricht est contesté. En effet, sous un certain angle, l'évolution sociale se démarque voire s'oppose à la construction européenne basée sur une idéologie dominante : la concurrence économique. Le social suit de façon petite sous l'égide du Conseil Economique et Social, organe *consultatif* dont les avis sont littéralement laminés par les impératifs économiques, et accuse donc un retard certain alors que les enjeux sociaux existent et sont importants. De même, les contraintes budgétaires imposées aux Etats membres - les fameux critères de convergence - en vue de l'Union Economique Européenne risquent de soumettre les services publics, le secteur non-marchand et la santé à un dangereux régime amaigrissant.

Un revers déjà observé est celui du « dumping social » : technique utilisée par les entreprises supra- et multi-nationales, dans le but de réduire les coûts de production et visant à aller

⁸⁹ Infirmière Responsable en Soins Généraux est l'appellation européenne de l'infirmière et permettant l'équivalence et par-là, la libre circulation des infirmières au sein des pays membres de la C.E.E. .

s'installer là où les charges sociales du personnel sont moindres. Face à ce « chantage social », les syndicats, comme les Etats, sont sans armes (affaires Grundig, Hoover) ; et pour en revenir aux syndicats, il semble donc que l'Europe semble être également un défi⁹¹ que le syndicalisme devra relever ou il périra.

Enfin, il faut encore préciser que les infirmières trouvent certains représentants de leur profession au sein d'organes supranationaux tels l'Organisation Mondiale de la Santé et l'Organisation Internationale du Travail et qu'il existe deux associations d'infirmières à l'échelon mondial, le Conseil International des Infirmières et le CICIAMS⁹². Même si l'Europe semble être une opportunité pour la construction de la profession infirmière, le chemin à parcourir est encore long et rude.

III.7. CONCLUSION:

Ce long - et pourtant incomplet - relevé des problématiques inhérentes au champ professionnel des infirmières nous révèlent différents éléments. Toutefois, une remarque s'impose au péril de s'égarer : ces problématiques ne doivent pas être considérées comme des particularismes visant à justifier le malaise, le mouvement de protestation. Mais, sans nier leurs effets potentiels ou formels, il s'agit plutôt d'intégrer l'ensemble de ces éléments, ainsi que ceux propres au malaise professionnel décrit précédemment et la condition féminine, dans l'analyse du processus d'identification d'une profession trouvant dans le mouvement social l'une de ses expressions les plus globales.

Nonobstant cette considération qui sera reprise plus loin, il nous faut pour clore le chapitre, rappeler deux éléments essentiels mis en évidence ici. Tout d'abord, les marges de manœuvre financières tout autant que politiques sont ténues. De surcroît, les infirmières ne parviennent guère à les exploiter car ce qui leur manque cruellement, c'est un esprit de corps ! La profession est certes divisée et reste minée par ses divisions, ses dissensions intestines qui trouvent leurs origines dans la dispersion et la disparité des milieux sociaux de recrutement, des niveaux de formation (A1 versus A2), des spécialisations, des secteurs de travail, des salaires, des régions, des langues et de philosophie, etc. . Ces variables rendent laborieuse voire inintelligible la construction de cette identité collective dont les infirmières ont tant besoin - et réclament - pour se concéder la place qu'elles méritent dans les structures de soins, dans le système de santé et dans la société. La recherche d'invariants communs apparaît dès lors comme indispensable à l'élaboration identitaire.

⁹⁰ Le cas de l'industrie du médicament est suffisamment explicite en la matière.

⁹¹ Mise en place de la Confédération européenne des Syndicats (CES) et voir un dossier du CRISP « Les Syndicats en Europe », Pierre Biais, 1993.

⁹² Comité International Catholique des Infirmières et Assistantes Médico-Sociales.

Chapitre IV - LA CONDITION FEMININE. LE TRAVAIL ET L'INFIRMIERE

Nous évoquerons maintenant la condition féminine en la reliant au travail de l'infirmière et d'une certaine manière au malaise et aux difficultés que celle-ci éprouve dans l'exercice de sa profession comme dans sa reconnaissance sociale. Le mouvement féministe se place comme défenseur et défendeur de *la cause des femmes*⁹³. Sans toutefois faire perdre toute caution de scientificité au présent travail, et même si le combat et la dialectique féministes sont hors propos car dénaturant le discours professionnaliste des infirmières, le féminisme recèle certaines pistes d'analyse intéressantes.

La première s'articule autour de l'idée de mouvement social, notion centrale dans la sociologie de Touraine. Au reste, le mouvement féministe, se présentant comme une libération culturelle, a été analysé sous cet angle par un groupe dirigé par cet auteur afin de mettre en évidence ses potentialités en termes de conflits sociaux. Deuxièmement, le mouvement des femmes est une lutte proprement sociale basée sur l'exigence de leur identité et de sa reconnaissance c'est-à-dire une lutte pour la dignité. Enfin, le courant féministe s'énonce autour d'une particularité centrale : la relation homme-femme. Or, la sociologie⁹⁴ s'intéresse aux relations sociales ; et dans le cadre sociologique, une relation sociale se définit par des rapports de domination et de pouvoir au travers de rôles, déterminant par-là une forme de hiérarchisation de la société.

IV.1. LA CONDITION FEMININE:

Dès lors dans l'ordre social, le masculin et le féminin se définissent par l'attribution de statuts et de rôles différents. Le statut d'infériorité, assigné de la sorte au sexe féminin et germe de nombreux stéréotypes et a priori sexistes, va être expliqué ou plutôt légitimé dans l'ordre de la nature (différences irréductibles et incontestables aux niveaux biologique, génétique et endocrinien), alors que ce raisonnement binaire trouve ses fondements dans le modèle culturel autour duquel se construit une société. Les rapports sociaux de sexe ou de genre sont donc, eux aussi, des construits sociaux.

Le fondement principal de cette ségrégation sociale et de l'oppression de la femme réside dans la conviction que l'homme est supérieur physiquement et spirituellement. Cette misogynie qui frappe plus de la moitié de l'humanité s'exercera sur tous les terrains instituant des rapports de dépendance et d'inégalités tant vis-à-vis de l'homme que de la société. Pourtant, cette

⁹³ « La cause des femmes » est le titre d'un des livres de Gisèle Halimi, ardente défenderesse du féminisme.

⁹⁴ Dans sa perspective actionnaliste et interactionniste.

différentiation de genre est sujette à certaines variations dans le temps et dans l'espace⁹⁵ montrant de la sorte son assise culturelle. Sans entrer dans le détail, citons quelques faits à titre d'explication. Au point de vue religieux, nombre de morales religieuses sont faites de rejets, d'exclusions, de refus et particulièrement de mépris des femmes. Au niveau politique, la femme n'est pas reconnue comme sujet responsable et autonome. L'histoire du suffrage universel est intimement liée la notion de citoyenneté voire même d'humanité : *qui est réellement un homme digne de ce nom ?* Et que dire des femmes ; d'ailleurs, leur situation ne fût même pas aborder à l'Assemblée constituante en 1789. Cela allait de soi puisque, plus sensibles que raisonnables, absorbées tout entières dans le système familial, dépendantes de leur mari pour leur subsistance même, elles ne constituaient point proprement des individus. Cette assertion historique⁹⁶ témoigne de la puissance de certains archaïsmes ; si bien qu'il fallut encore plus d'un siècle pour compléter l'idée de suffrage masculin (1848) par celle du suffrage féminin (1945). Au jour d'aujourd'hui, l'apartheid sexuel est encore de rigueur dans le monde politique - pour exemple au Parlement, les femmes ne représentent que 6 % des sièges malgré la mise en place de quota lors des élections -, révélant la sous-citoyenneté de fait que subissent les femmes.

Tout est marqué par l'hégémonie masculine : les institutions, les sciences et le savoir, le pouvoir politique, la sexualité et les mots, bref toute la culture car l'Homme comme l'humanité sont culturellement masculins et non pas neutres. L'enfermement culturel, conjointement à sa dépendance économique, est le moyen de clivage le plus efficace puisque à la fois diffus et profond. La culture est devenue outil d'oppression.

Ce phénomène de socialisation (intrication du culturel et du sociologique) particulièrement puissant, réduisant la femme à ses rôles de séductrice, d'épouse, de mère et de maîtresse de maison et l'obligeant à vivre en fonction des autres et non d'elle-même, phénomène contre lequel s'insurge le mouvement féministe est résumé par Simone de Beauvoir : « *On ne naît pas femme, on le devient.* » Transposons maintenant notre propos sur une dimension centrale de notre société : l'univers du travail en rappelant ses effets sociaux et sociologiques⁹⁷.

IV.2. LA CONDITION FEMININE ET LE TRAVAIL :

La division du travail a traduit l'infériorité de statut de la femme et cette discrimination-subordination s'exprime en termes culturels puisque certains métiers restent « traditionnellement » féminins ou masculins comme autant de fiefs et de bastions, perpétuant cette ségrégation.

⁹⁵ Certaines langues, donnée culturelle indéniable, identifient le « je » au sexe du locuteur, tel est le cas du thaï, de l'arabe ou de l'hébreu.

⁹⁶ Référence à un ouvrage de Rosanvallon, « Le Sacre du citoyen. Histoire du suffrage universel en France » paru aux éditions Gallimard.

De plus, « *les femmes restent concentrées dans une gamme limitée de métiers, dans des secteurs caractérisés principalement par la faiblesse des salaires et la médiocrité des conditions de travail* »⁹⁸. Ces critères restent cependant variables dans l'histoire et s'expliquent par une multitude de facteurs⁹⁹ (cursus scolaire, formation professionnelle, mariage et famille). Il faut souligner dès lors l'importance de l'investissement pratique et symbolique de l'enseignement en terme de mobilité sociale, de mieux en mieux intégrée par les jeunes filles. Pourtant, elles rencontreront un autre obstacle : le phénomène de ségrégation verticale dite du « plafond de verre » entraînant une mobilité verticale limitée. Toujours en matière d'emploi, le chômage touche plus les femmes, les salaires restent de 30 à 33 % inférieurs à ceux des hommes et les acquis des luttes féministes restent fragiles et précaires (loi sur l'égalité des chances, loi réprimant le harcèlement sexuel sur les lieux de travail).

L'engagement professionnel des femmes est devenu un phénomène massif, comme un fait de société. Du reste qu'en même temps, elles continuent d'exercer d'importantes responsabilités familiales ; c'est ainsi que mettre en relation l'univers du travail et celui de la famille n'est pas évident et les solutions oscillent entre deux logiques contradictoires : le « familialisme » qui entend maintenir et promouvoir le rôle domestique des femmes s'opposant au « féminisme » lorsque celui-ci valorise avant tout le travail et l'insertion professionnelle. De la sorte, la naissance d'un enfant pour un couple qui travaillent produit inexorablement une régression de l'insertion socio-professionnelle de l'un des deux parents. Dans la plupart des cas, il s'agira de la mère qui devra par conséquent s'astreindre à une double journée de travail. Ces tâches domestiques sont considérées comme improductives, ne libérant aucune plus-value et donc non valorisées socialement. Les responsabilités familiales sont devenues le prétexte-alibi pour perpétuer la discrimination envers le personnel féminin. Ce double fardeau, aggravé par le manque numérique de structures (équipements collectifs) ou leur inadéquation, amènera la femme à aménager son temps de travail. Cet aménagement, déconsidéré, aura des répercussions sur sa carrière en limitant ses chances de mobilité tout comme son accès à des formations si bien qu'elle subira une rétrogradation.

Le syndicalisme, comme le salariat sont également des données « *unisexe-masculin* »¹⁰⁰. Ce syndicalisme, décrit plus haut, est d'une manière ou d'une autre en crise, si bien qu'il se devait

⁹⁷ Voir le chapitre : « Le travail : donnée sociale et sociologique ».

⁹⁸ O.I.T., « Egalité de chances et de traitement entre hommes et femmes dans les services médicaux et de santé », p. 9.

⁹⁹ La corrélation n'est pas aussi aisée et ressemble plutôt à l'histoire de la poule et de l'œuf.

¹⁰⁰ Terme emprunté à Danièle Kergoat.

de choisir un nouveau critère : le social et la réduction des inégalités¹⁰¹. La population féminine active ayant augmentée de 40 % en 20 ans¹⁰², les syndicats ont du prendre en compte cette dimension et les aspirations particulières des femmes. Le syndicalisme reste pourtant un outil de combat, majoritairement masculin tant dans ses structures que dans ses affiliés, reflétant cet univers viril de lutte, d'affirmation, de compétition.

IV.3. LA CONDITION FEMININE. LE TRAVAIL ET L'INFIRMIERE :

La profession infirmière est une profession féminine à 87 %¹⁰³. De plus, il s'agit d'une profession qui s'exerce dans un secteur où historiquement les femmes sont nombreuses. Dans la civilisation archaïque, les soins et la prise en charge du malade, en dehors de l'acte médical (réservé aux seuls hommes !), sont confiée à sa mère ou à tout autre femme du clan. Cet aspect sensible intuitif, féminin des soins est pour beaucoup dans le freinage de la reconnaissance sociale de cette profession car l'histoire de la profession et de la formation est en interaction intime avec l'évolution de l'image de la femme dans la société. A l'heure actuelle, leur proportion reste majoritaire mais cantonnée aux niveaux intermédiaire et inférieur sous la tutelle d'une hiérarchie essentiellement masculine (gent médicale et administrative).

Infirmière : un métier féminin par excellence, physiquement et symboliquement féminin puisque l'image sociale de celui-ci inclut la dimension féminine à l'image professionnelle. Il est bien l'expression de la féminité (le don de la vie et sa sauvegarde). D'ailleurs, le féminin prévaut que ce soit au niveau de l'écrit¹⁰⁴ ou de l'oral. Ainsi, il est fréquent qu'un élément masculin (infirmier) déclare « moi qui suis infirmière ! ». Cette image protectrice, sécurisante et archaïque s'oppose dès lors à la valorisation des compétences et des qualifications. A propos de cette présence masculine dans la profession, qui a considérablement crû, et à titre de contre-démonstration, les hommes-infirmiers se concentrent principalement dans les unités très techniques, cette dernière étant socialement valorisée (voir plus loin), à savoir les services de soins intensifs, d'aide médicale urgente, etc. . D'autre part, la concentration masculine au sein de la hiérarchie (chefs de service, cadres et postes de direction) est ici inversement proportionnelle à leur présence dans la profession.

Pour en revenir au féminisme, le combat des infirmières peut y trouver certains éléments propices, non pas dans ses luttes mais dans l'idéologie qui le sous-tend c'est-à-dire, comme le mouvement ouvrier, un mouvement pour la reconnaissance et la dignité.

¹⁰¹ Il en est de même pour les partis politiques, comme en témoignent les discours, les programmes des dernières élections.

¹⁰² Source: Beauchesne, « Femmes et travail ».

¹⁰³ Source: Leroy X.

De plus, « le mouvement féministe repose sur la conviction que l'union fait la force et que les femmes (les infirmières) doivent unir leurs talents et mettre en commun leurs énergies pour en arriver à une reconnaissance pleine et entière de leurs compétences dans un souci de justice et d'équité sociale. »¹⁰⁵

Chapitre V - RAPIDES COMPARAISONS INTERNATIONALES

Une confrontation des situations étrangères qui ne se veut que descriptive - une réelle comparaison serait fastidieuse - permet d'appréhender et de discerner les différences et les convergences entre nos pays respectifs. Du reste, nous avons souligné plus haut la quasi- concordance de chronologie des conflits de travail et mouvements sociaux qui marquèrent la profession infirmière puis plus globalement, le secteur sanitaire depuis 1986.

V.1. LA GRANDE-BRETAGNE ET SON N.H.S.¹⁰⁶:

La Grande-Bretagne a également connu, au cours de ces dernières années, des actions revendicatives du personnel infirmier ainsi qu'une grève des ambulanciers qui se sont prolongées pendant de longs mois. Il faut noter une caractéristique particulière du syndicalisme britannique : la négociation collective, traditionnellement faible en Grande-Bretagne, est de moins en moins pratiquée et la notion de partenaires sociaux à la belge n'existe pas. La seule négociation existe au niveau de l'entreprise où le syndicalisme joue le jeu de l'emploi ; les conséquences en sont : une régression de la protection sociale des travailleurs déjà moindre que la notre.

C'est l'altération brutale des relations de travail, conjointement à la détérioration des conditions de travail, au sein du système sanitaire et plus particulièrement au sein des hôpitaux britanniques qui semble à l'origine de ces mouvements de protestation. La remarque qui précède à l'égard du syndicalisme a pris dans ce cadre toute son ampleur. Tentons de décrire succinctement la situation qui semble être « la goutte qui a fait déborder le vase des infirmières ». Le système de santé britannique est nationalisé et ce à 90 %. Pourtant, face aux difficultés de financement de ce secteur, le Gouvernement décide une réforme profonde de son N.H.S.¹⁰⁶ laissant alors, au sein du parc hospitalier, la place à des trusts hospitaliers autonomes. Ces organismes purent dès lors fixer leurs propres conditions de travail indépendamment des accords conclus par le N.H.S. au niveau national. Il est aisé de deviner les conséquences de cette importante modification structurelle

¹⁰⁴ voir annotation (2) du préambule.

¹⁰⁵ Gendron C., Béland B., " Approche féministe et science infirmière ", p. 35.

compte tenu des caractéristiques syndicales décrites plus haut. La négociation avec les employeurs est devenue de ce fait ardue, les obstacles de taille et la protestation et le conflit fut dès lors la seule voie possible mais sans grands résultats pour les personnels travaillant dans ces organisations. En conclusion, les conditions de travail et les difficultés de négociation semblent être de nouveau à l'origine et du malaise et du mouvement des infirmières. Ce mouvement collationna dès le début l'ensemble du personnel sanitaire.

V.2. LES PAYS-BAS ET SON V.I.O.¹⁰⁷:

Les Pays-Bas, quant à eux, ont assisté, dans un contexte similaire de malaise - ici plus catégoriel - à la naissance du V.I.O. qui deviendra par la suite et sous l'effet de certaines contraintes bien « absorbées », le V.V.I.O.¹⁰⁸. Tout comme pour la Coordination française, ces organisations catégorielles naissent d'un mécontentement généralisé du personnel infirmier à propos des conditions et circonstances de travail mais se coalisent lorsque les syndicats officiels ne veulent pas ou ne sont pas en mesure de défendre leurs revendications.

Le succès de pareilles formations obligent les syndicats conventionnels à réajuster leurs exigences et plus encore à relever le défi d'un renouveau syndicaliste. Ce phénomène est très marqué en France, comme nous le verrons ci-dessous, mais reste, nous l'avons dit plus haut, faible en Belgique puisque mieux intégré par le syndicalisme.

V.3. LA FRANCE ET SA COORDINATION INFIRMIERE :

« *Un des petits métiers mi-artisanals, mi-fonctionnarisés* »¹⁰⁹, voilà une définition des plus ambiguës de l'infirmière française. En France, on compte 300.000 infirmières mais la densité est d'une unité moindre et il faudrait 50.000 postes supplémentaires pour arriver au niveau belge. La pénurie y est très marquée dans le secteur public (qui en occupent plus de la moitié) et plus encore dans le secteur privé. Le secteur privé français, à l'inverse de chez nous, n'est soumis qu'à des règles minimalistes et le fossé y est bien plus large entre les deux régimes de propriétés¹¹⁰.

La profession infirmière est là aussi une population très faiblement syndicalisée ($\pm 4\%$) mais de plus, le syndicalisme français n'a pas la place qu'il possède chez nous, et contraint à

¹⁰⁶ National Health Service = Service National de Santé.

¹⁰⁷ Verpleegkundigen In Opstand, ce qui peut se traduire par : Personnel infirmier en révolte.

¹⁰⁸ Vereniging van Verpleegkundigen In Opstand, ce qui peut se traduire par : Association du Personnel infirmier en révolte.

¹⁰⁹ Mordacq C., « Pourquoi des infirmières ? »

¹¹⁰ En réalité, le secteur privé est encore scindé selon qu'il soit non lucratif ou à visée commerciale. C'est ainsi qu'à l'intérieur même de ce groupe, les lois hospitalières qui régissent leurs activités (entre autre en matière de personnel) ne sont pas les mêmes ou sont restreintes, source de fortes disparités.

la défensive¹¹¹, ce dernier se retrouve donc en difficulté (perte importante d'affiliés et apparition dans les secteurs privés et hospitaliers entre autres de « déserts syndicaux »¹¹²). C'est principalement face à ce désaveu que le phénomène « coordinations » a pu naître et marqué fortement le paysage : car, outre les infirmières, les assistants sociaux, les agriculteurs, les conducteurs de train, les instituteurs... ont créé « leur » coordination. Cette pratique innovante interpelle de manière pressante et profonde le syndicalisme et sa pratique ; notamment parce que la nécessité syndicaliste s'impose au négatif face à la précarité des salaires et des acquis sociaux, face à l'arbitraire et l'intransigeance du patronat.

La définition de l'exercice infirmier est donnée par la loi du 30 mai 1978 et précisée par le décret du 12 mai 1981¹¹³ (les soins infirmiers) et celui du 17 juillet 1984 (le statut de l'infirmière). Satisfaites des textes - en particulier du dernier -, les infirmières seront rapidement déçues par l'absence de concrétisation de ceux-ci. Cette situation pris un degré supérieur fin 87 lors de la publication dudit arrêté Barzach¹¹⁴ qui pour compenser la pénurie, abaissa le niveau du recrutement des élèves des écoles d'infirmières préparant au diplôme d'Etat. Cette dernière disposition vient aggraver le contentieux déjà lourd et fit exploser les infirmières, déjà sous pression. Dès 1988, elles prennent la rue et font grève¹¹⁵ pour obtenir un statut, des conditions de travail plus humaines et une participation tant à l'intérieur de l'institution hospitalière qu'au niveau de la politique de santé.

C'est en octobre 1988, dans ce climat de malaise profond et de colère longtemps refoulée, dans un pays où le syndicalisme ne régule plus les conflits sociaux, qu'une **Coordination Nationale Infirmière (CNI)**¹¹⁶ est créée. Cette création coïncide avec le début du mouvement revendicatif des infirmières françaises ; mais à contre-pied des associations et des syndicats, la Coordination tentera de poursuivre le mouvement, mouvement qui jusqu'alors n'avait reçu que de piètres compensations. Or, les coordinations n'ont pas de légitimité constitutionnelle et la CNI n'a donc aucun support juridique et doit envisagé soit de devenir une association, soit de s'organiser en syndicat spécifique. C'est cette dernière option qui sera choisie et le syndicat « autonome » infirmier reprendra le sigle de la coordination.

Le mécontentement continue de croître au sein de la profession et des mouvements sporadiques se réactivent çà et là ou éclatent dans certaines catégories (infirmières-anesthésistes).

¹¹¹ Le syndicalisme et les syndicats français ont conservé une option plus révolutionnaire du syndicalisme avec, entre autre, le maintien des principes d'opposition et de luttes de classes, surtout à la C.G.T. (syndicat communiste).

¹¹² Normand J.M., « La lente mue syndicale », p. 21.

¹¹³ Celui-ci fut en partie annulé par le Conseil d'Etat « pour incompétence » suite à la requête du syndicats des médecins biologistes et mis de la sorte les infirmières en situation d'exercice illégal par vide juridique.

¹¹⁴ Cet arrêté sera annulé en novembre 1988.

¹¹⁵ Le droit de grève n'est pas reconnu en France comme il l'est dans notre pays ; il est ainsi soumis à diverses restrictions formelles ou non (pressions, sanctions).

Le mouvement redémarre réellement en septembre-octobre 1991 ; cette période apportera comme caractéristique nouvelle à la CNI, la recherche de convergences intercatégorielles. En effet, de catégorielle, elle s'élargira à l'œcuménisme professionnel des hôpitaux car « *la santé, c'est l'affaire de tous* »¹¹⁷.

Un mot encore pour bien cerner les caractéristiques de ces mouvements, d'un genre nouveau. La Coordination des Infirmières est au départ une structure informelle qui s'oppose au discours technocratique des syndicats. Elle propose comme principe fondateur et fédérateur (la CNI rassemble à l'heure actuelle plus de 60 % des infirmières du secteur public) une volonté unitaire¹¹⁸ elle-même organisée sur une volonté de démocratie directe et d'autonomie par rapport aux syndicats et aux associations. En bref, il s'agit de coordonner c'est-à-dire rassembler pour le mouvement.

¹¹⁶ Des membres du Groupe d'Etude sur la Division Sociale et Sexuelle du Travail (IRESCO-CNRS) ont étudié le phénomène et leur rapport a été publié : « Les infirmières et leur Coordination », Kergoat & al. .

¹¹⁷ Un des mots d'ordre des grèves de 1991.

¹¹⁸ Le sigle entier est : Coordination Nationale Infirmière - syndiquées, non syndiquées, associées, non associées.

Quatrième partie : DU MALAISE AU MOUVEMENT INFIRMIER

Chapitre I – PRELIMINAIRES :

En effet, avant d'entamer l'analyse proprement dite du mouvement infirmier sur base du modèle paradigmatique proposé par Alain Touraine, il nous faut résumer brièvement les revendications du personnel infirmier, ainsi qu'exposer brièvement les formes d'actions collectives dont les infirmières se serviront pour exprimer leurs revendications. Il nous faut aussi signaler les revalorisations et autres aménagements concédés au personnel sanitaire ; de cette manière, un état actuel sera déterminé afin de tenir au mieux compte de la réalité mouvante de ce secteur.

I.1. REVENDICATIONS DU PERSONNEL INFIRMIER:

« *Ce n'est jamais du maître que vient la décision d'adoucir les heures de celui qui le sert, c'est toujours de l'esclave* »¹¹⁹. Les principales revendications du personnel infirmier sont ici présentées sur base des documents tant syndicaux (C.N.E.¹²⁰) qu'émanant du mémorandum des organisations professionnelles (U.G.I.B.¹²¹) ; l'un insistant ou développant davantage certains aspects que l'autre. Elles visent la mise en place de :

- mesures d'attraction vers la profession,
- mesures de rétention au sein des services de santé,
- mesures de valorisation tant qualitative que quantitative.

Reprenons la classification utilisée pour décrire le malaise professionnel des infirmières:

a) Les aspects qualitatifs:

En matière d'emploi, les infirmières réclament un renforcement logistique, administratif et humain des unités de soins ainsi qu'un financement pour le remplacement immédiat du personnel absent. Autrement dit, une augmentation drastique des normes en personnel en quantité de même qu'en qualification serait souhaitée. Des mesures de promotion des relations de travail et du travail interdisciplinaire sont également attendues ; de même la création d'une prime de réinsertion dans le cadre de l'interruption de carrière.

En matière de formation est attendu une réforme de l'enseignement infirmier

¹¹⁹ Schwartzberg L., préfaçant « Ras ta seringue: histoire d'un mouvement », p. 7.

¹²⁰ La Centrale Nationale des Employés, syndicat affilié à la C.S.C, dispose d'un secteur Soins de Santé ayant un degré élevé de créativité et de rayonnement intellectuel mais dont les orientations attendent leurs concrétisations.

¹²¹ L'Union Générale des Infirmières Belges rassemble, rappelons-le, les 4 associations professionnelles reconnues.

conjointement à une amélioration de l'encadrement des stages et à la reconnaissance des spécialisations. D'autre part, les infirmières escomptent un financement réaliste de la formation permanente ainsi qu'un accès au congé-éducation payé serait souhaité pour les personnes travaillant à temps partiel. Elles attendent aussi qu'une planification de leur carrière vise à les maintenir (les fidéliser) dans l'exercice de leurs fonctions cliniques en valorisant ces dernières par un système de promotion dite horizontale.

Dans la rubrique « qualité de vie », les organes de représentation émettent des propositions en regard de la maternité (protection, maintien du revenu et suppression des prestations inconfortables dans certaines conditions), pour les gardes d'enfants (structures sociales correspondant aux horaires des infirmières) et afin d'obtenir des conditions de flexibilité de carrière. Ils proposent également des mesures visant à favoriser la vie culturelle, sociale et associative des infirmières.

Le volet « contrôle et transparence du financement des établissements de soins » ou encore l'utilisation concrète des résultats de l'enregistrement du R.I.M.¹²² témoignent de la volonté des infirmières à s'inscrire comme partenaire actif dans le système de prise de décision et ce à chaque niveau.

b) *Les aspects quantitatifs:*

Dans cette catégorie, les revendications sont plus aisément identifiables autant que négociables puisque pécuniaires. Toutefois, dans le cadre étroit de ce travail, les chiffres ne seront pas énoncés. Le personnel infirmier revendique des augmentations barémiques substantielles ainsi que des primes pour les prestations extraordinaires, irrégulières et inconfortables. Dans un second ordre, il réclame l'octroi de jours de congé supplémentaires et de certaines revalorisations spécifiques (années d'ancienneté, complément fonctionnel pour les cadres en vue de conserver une certaine tension barémique,...).

I.2. FORMES D' ACTIONS COLLECTIVES :

La discrétion et le secret font partie du métier d'infirmière et leur conscience professionnelle est chose sacrée. Ces caractéristiques, brièvement énoncées, expliquent d'une certaine façon, mais toujours partiellement, le long « refoulement » de ce malaise et de cette colère par le personnel infirmier. En outre, le secteur sanitaire ne possède que peu de traditions de luttes puisqu'il porte encore les stigmates de son passé fait de bénévolat, de dévouement et de vocation.

¹²² Le Résumé Infirmier Minimum fut mis en place dans le but d'évaluer la charge de travail au sein des unités de soins.

De surcroît, dans le cadre hospitalier et de la santé, la traditionnelle panoplie des formes d'actions collectives n'est pas aussi riche qu'elle ne l'est dans d'autres secteurs d'activités économiques. La manifestation reste, à l'heure actuelle, un moyen de pression simple et relativement efficace d'exprimer des revendications devant l'opinion publique et par delà influencer les décideurs. Pourtant, pour une infirmière, le simple fait de manifester constitue déjà un double sacrifice, à la fois à l'égard de sa famille (temps libre) et vis-à-vis de ses collègues (et des malades). Cette observation prend toute son ampleur si l'action collective opte pour la grève, moyen ultime et très efficace de pression. Il existe divers types de grèves. Nous évoquons plus haut la grève symbolique, il nous faut encore y ajouter la grève administrative, la grève des actes techniques ou du zèle... Toutefois, la portée et l'efficacité des grèves, quelque qu'elles soient, restent très limitées dans le contexte hospitalier.

La grève est la cessation concertée de travail pour la défense des intérêts communs d'un groupe de salariés ou d'un groupe professionnel. Celle-là même pour laquelle nos aînés étaient poursuivis ou qui fût violemment réprimée, est devenu non seulement un principe fondamental de notre temps mais aussi une liberté. Ces prérogatives : seuls les syndicats représentatifs peuvent en bénéficier. Toutefois, le législateur doit en tracer les limites afin de concilier la défense des intérêts professionnels et la sauvegarde de l'intérêt général. Ces limites prennent toute leur portée lorsqu'il s'agit des personnels d'établissements publics et privés chargés d'un service public ; la grève au sein de tels organismes est régie par diverses restrictions de droit et de fait prenant la forme de conditions (préavis circonstancié et détaillé, négociation, interdiction de certaines formes de grèves). Cette notion de service public devient essentielle dans le cadre des établissements et services sanitaires puisqu'il faut assurer de manière continue et permanente les soins et la sécurité des usagers. Il s'agit du « service minimum obligatoire » qui correspond, d'après la jurisprudence, à celui qui est assuré le dimanche et les jours fériés. Ces principes ont un caractère impératif et le contrevenant s'expose à des sanctions disciplinaires et à des poursuites judiciaires pour non-assistance à personne en danger.

Il est clair que les infirmières, comme le reste des personnels hospitaliers et sanitaires, subissent de plein fouet ces réserves et contraintes légales. De la sorte, leurs actions s'en ressentent et l'efficacité de celles-ci s'en trouvent inévitablement amoindries. De plus, envers l'opinion publique, les grèves des infirmières, à l'instar de celles des enseignants, ont parfois été taxées de « prise en otage des usagers ». Néanmoins, les infirmières restent profondément attachées aux valeurs humaines et ont montré dans leurs grèves qu'elles avaient une claire conscience de leur responsabilité et de leur devoir envers les malades. Il est à présumer que, lors des grèves à venir, quelles que soient leur colère et leur rancœur, elles sauront éviter, comme elles l'ont toujours fait, d'user de l'injustice pour obtenir justice. On connaît leur fragilité, non seulement de leur conscience

mais aussi de leur esprit de corps, et on en use parfois ou souvent : intimidation des employeurs, attitude tantôt hostile des médecins, désintéressement des Pouvoirs Publics, etc. . Cependant, elles en ont assez de ce chantage au dévouement et à la conscience professionnelle. C'est peut-être pour cela qu'elles ont choisi de rejoindre d'autres catégories et c'est de cette manière que les actions collectives se sont étendues, comme dans d'autres pays, à l'ensemble des travailleurs hospitaliers puis à ceux de la santé.

I.3. REVALORISATIONS ET ETAT ACTUEL :

Les revendications qui trouvèrent la meilleure issue sont les revendications à caractère salarial. De fait, les aspects quantitatifs d'un conflit de travail sont les plus facilement négociables car bien souvent pécuniaires. Ils permettent donc l'action syndicale - c'est-à-dire une intervention essentiellement instrumentale et dialectique - et aboutissent dans de nombreux cas sur des revalorisations financières. La culture syndicale est essentiellement salariale. Qu'en est-il de ses aménagements pour la profession infirmière à l'heure actuelle et par rapport à la situation antérieure aux mouvements de protestation ?

Des augmentations barémiques considérables ont été accordées aux infirmières sur ces cinq dernières années ; si bien que leur salaire de base a été rehaussé de manière substantielle, leur prime de fin d'année recalculée, « on » leur accorda également une prime de revalorisation et quatre jours de congés supplémentaires. Des revalorisations spécifiques au personnel soignant permirent le saut d'une biennale (ancienneté), ainsi que l'amélioration du traitement des chefs de service et des cadres infirmiers par la mise en place d'un complément fonctionnel (selon leur ancienneté). En ce qui concerne les sursalaires pour prestations extraordinaires, de 20 %, le service de nuit passa à 35 %, les dimanches et jours fériés à 56 % et les samedis à 16 %. D'autres aménagements sont encore programmés pour cette année 93 sur base des accords et conventions signés entre les parties. Si bien que les infirmières¹²³ ont obtenu plus et plus rapidement qu'aucune autre profession auparavant.

Mais, même si des moyens ont été dégagés pour répondre aux objectifs financiers de revalorisation et d'attractivité du secteur, les employeurs comme le Gouvernement ne se sont jamais réellement engagés sur le terrain qualitatif, bien plus délicat à traiter. Ce résultat ambigu a fait dire à certains soignants : « *On a fait de nos grèves et de notre mouvement, une question de gros sous.* »

¹²³ Cette revalorisation concerne l'ensemble du personnel des hôpitaux, des M.R.S., des M.R., des M.S.P. et H.P., des centres de Revalidation et de Soins à Domicile, tant du secteur privé que public (il subsiste malgré tout quelques nuances).

Aussi, les infirmières, et avec elles l'ensemble du personnel hospitalier et de santé, restent vigilants car considèrent que ces aspects qualitatifs sont les principales causes de la crise qui secouent leur secteur d'activités. Enfin, pour tenter de toucher à nouveau leur corde sensible, on a pu lire dernièrement que « *le trend de croissance des dépenses de santé est en partie imputable aux revalorisations salariales du secteur* »¹²⁴ Ne s'évertue-t-on pas à leur imputer déjà la responsabilité (partielle) de l'aggravation du déficit du budget de la santé (augmentations barémiques) allant accroître les difficultés économiques du pays et les dépenses des usagers ?

¹²⁴ in M Informations, 14/11/92.

Chapitre II - ANALYSE DU MOUVEMENT:

« Pour qu'une révolution éclate, il faut que les classes inférieures souffrent d'un terrible malaise » disait Jean Jaurès¹²⁵ à propos du Mouvement Ouvrier. C'est bien d'un malaise qu'il s'agit dans le cas des infirmières : malaise dans leur exercice professionnel¹²⁶, malaise à traduire concrètement leurs revendications et leurs aspirations professionnelles, malaise encore à écrire et transmettre leurs expériences et savoirs, malaise enfin à construire et exprimer une identité réellement professionnelle. Ce malaise, nous le ressentons pleinement au moment d'écrire ce chapitre. Mais ce malaise, tant décrit et parfois décrié mais toujours complexe, ne semble pas être le seul motif du mouvement des infirmières. Dès lors, les caractéristiques spécifiques au milieu professionnel, toutes ces contingences décrites plus haut, ne sont plus abordées comme autant de particularismes justifiant un traitement spécial mais sont à intégrer car au-delà des explications conjuguées du malaise et de la crise du système de santé, elles nous offrent des perspectives certaines. Il en est de la sorte pour le rapport à la condition féminine et aux rapports sociaux qu'elle détermine. Toutes ces particularités qui coexistent et interfèrent l'une sur l'autre, qu'il faut donc intégrer à l'analyse qui suit, font renvoi à une autre théorie des comportements collectifs, plus déterministe que celle qui guide ce travail. Il s'agit de la « *logique de la valeur ajoutée* », développée par Smelser, partisan du fonctionnalisme¹²⁷, qui veut que s'agencent et s'organisent les multiples déterminants des conduites collectives ; cette option recèle en elle l'idée de synergie. C'est cette idée que nous tenions à souligner ici.

Pour établir notre propos, nous utilisons la sociologie des mouvements sociaux d'Alain Touraine comme modèle paradigmatique. Il s'agit donc bien d'exploiter un modèle d'analyse (non transposable directement puisque la notion de mouvement social ne se retrouve jamais à l'état pur et le champ historique n'est pas le même) qui éclaire, en posant les questions pertinentes, les conditions de formation d'un tel mouvement, synthèse instable des trois principes d'identité, d'opposition et de totalité.

II.1. PRINCIPE D'IDENTITE:

La recherche identitaire est monnaie courante de nos jours, peut-être - nous tenterons d'éclaircir ce point plus loin - est-ce le propre d'une période de crise profonde, multidimensionnelle de nos démocraties ou les prémices d'une mutation vers un autre modèle socio-culturel et donc une

¹²⁵ Cité par Bajoit et Reman, p. 421.

¹²⁶ Voir le paragraphe consacré à la description de ce malaise.

autre société. L'identité fait ainsi l'objet de « combats » parallèles (les jeunes immigrés) ou convergents (les enseignants) à la démarche des infirmières, de combats parfois violents (races, nations, ethnies, classes) : chacun défendant et se défendant d'une identité. Ce constat évoque déjà l'embarras à définir le concept même de l'identité.

a) Notion(s) d'identité:

La difficulté peut s'expliquer par le fait que ce terme est quelque peu galvaudé à notre époque par son usage trop intensif et par conséquent, parfois fallacieux et dangereux ; d'où une certaine circonspection à l'utiliser. C'est pourquoi, la démarche identitaire, dans son usage actuel et courant, à l'inverse de celle du mouvement, tente d'enfermer des gens dans une condition, dans des limites définies de l'extérieur dans le but d'entraver le changement par l'usage de clichés entraînant de nouveaux clivages sociaux (racisme, sexisme, exclusions, intégrismes religieux ou non) : extrême prudence donc à l'égard de cette notion, surtout à notre époque où l'on assiste au réveil des identités¹²⁸ culturelles et donc singulières, cette crispation identitaire témoigne du repli du social.

Au niveau scientifique, « *la notion d'identité est transversale à toutes les sciences humaines et son usage est bien souvent problématique pour chacune d'entre elles car elle s'applique parfois aux individus, parfois aux groupes, aux régions, aux ethnies, etc.* »¹²⁹. En sociologie, traversée par ses paradigmes dominants, coexistent deux visions et approches de l'identité. L'une est plus rigide puisque l'identité sociale s'instaure sur le processus dit de socialisation, cher à Durckheim et à ses successeurs fonctionnalistes. Tandis que l'autre développement articule l'identité comme le résultat provisoire et contingent de dynamiques diversifiées et conflictuelles dans des espaces circonscrits par des règles en perpétuelle évolution. Dans cette optique actionnaliste, l'identité possède un caractère dynamique, mouvant et mobile, et prend toute son ampleur dans et par le mouvement. Dès lors et dans le sens défini, la démarche identitaire « *ne devient une préoccupation et un objet d'analyse que là où elle ne va plus de soi, lorsque le sens commun n'est plus donné d'avance et que des acteurs en place n'arrivent plus à s'accorder sur la signification des situations et des rôles qu'ils sont censés y tenir* »¹³⁰ Tel est sans doute le cas des infirmières.

¹²⁷ Voir le Cadre théorique

¹²⁸ Nous faisons ici référence à un livre d'Etienne Balibar et d'Eric Wallenstein: « Race, classe et nation: des identités ambiguës ».

¹²⁹ Dubar C, « Formes identitaires et socialisation professionnelle », p. 506.

¹³⁰ Pollak M., « L'expérience concentrationnaire. Essai sur le maintien de l'identité sociale », cité par Dubar, op.cit. p. 524.

Qui sont-ils ? ou plutôt **qui sont-elles ?** L'acteur du conflit porte une identité professionnelle (et donc sociale puisqu'interreliées) :

<i>Profession :</i>	INFIRMIERE.
---------------------	--------------------

Ainsi, le premier terme du conflit semble circonscrit mais cette apparente identité recèle nombre d'ambiguïtés et d'imprécisions tant dans la définition que l'infirmière donne de sa profession tant face à l'appartenance que cette identité génère. En effet, le concept d'identité comporte deux aspects indissociables : le premier est la détermination de la différence (traits socio-culturels) allant permettre l'occurrence du second, à savoir le processus d'identification c'est-à-dire la reconnaissance à la fois interne - les membres par l'appartenance - et externe - les autres par la différence-. Cette double démarche est ultérieure aux pratiques, n'exprime et n'incorpore jamais toutes les pratiques et réclame une prise de conscience à la fois individuelle et collective. Ce mécanisme est permis par le mouvement mais ce dernier devra dépasser rapidement cette notion étroite et statique de l'identité. Dans le cas qui nous occupe, c'est-à-dire celui des infirmières, il nous faut également comprendre pourquoi cette identité professionnelle a tant tardée à se constituer et pourquoi les luttes collectives ont-elles aussi tardivement émergé ? Cette étape demande donc un regard historique sur le développement de la profession infirmière.

Toutefois, il reste une précision à apporter afin de ne pas confondre identité professionnelle et identité au travail ; surtout que l'amalgame serait facile, en particulier à l'égard des infirmières, puisque l'image qui prévaut de cette profession est liée à un terrain d'exercice privilégié : l'hôpital¹³¹. Cette notion d'identité au travail ressort à une autre approche sociologique - autre en terme de niveau de sociabilité -, celle des organisations. Un auteur s'est attaché à développer ce concept d'identité au travail : Renaud Sainsaulieu¹³². Cette dernière est fondamentalement différente de celle qui nous occupe ; effectivement, l'identité au travail est celle qui se constitue au sein de l'environnement mésosociologique d'une organisation¹³³, elle évoque de la même façon la notion de culture d'entreprise qui permet à la fois d'« éduquer » au travail et d'« attacher » à l'entreprise. Notre approche est tout autre et s'adresse à une identité de métier, mais ne nie nullement l'existence de cet abord. Bien au contraire, l'identité au travail de l'infirmière, telle qu'elle a pu être mise en évidence dans d'autres travaux¹³⁴, interfère très probablement sur le processus identitaire du corps professionnel. Ainsi cette option participe, en la

¹³¹ Voir la thèse de doctorat en Santé Publique présenté par E. HUART-DARRAS, « Etude sociologique du rôle infirmier en hôpital général » (1987).

¹³² Auteur de : « L'identité au travail : les effets culturels de l'organisation » (Presses de la Fondation nationale des sciences politiques, 1977), « Sociologie de l'organisation et de l'entreprise » (Presses de La Fondation nationale des sciences politiques, 1987), etc. .

¹³³ Voir aussi les théories de l'organisation (Crozier p.ex.).

complétant, à notre réflexion puisqu'elle permet de confirmer certains aspects de la réalité sociale de la profession infirmière et d'identifier en outre certaines perspectives ; surtout que le champ sociologique ici concerné est l'institution hospitalière et que cette dernière est le terrain de prédilection de l'infirmière moderne ; mais, nuance essentielle, champ et profession ne se recourent pas.

b) *Evolution historique et sociale:*

L'identité d'un groupe, et plus encore s'il s'agit d'un groupe professionnel, est toujours empreinte de traditions car porteuse d'une histoire et donc d'une hérédité sociale. « *Ces métiers que l'on dit riches d'une profondeur historique peuvent malgré cela souffrir d'une certaine pesanteur* »¹³⁵ ; pesanteur que l'on retrouve à tous les niveaux relationnels qu'instaure un groupe au sein d'une société : dans son organisation, dans sa représentation, dans sa culture et ses savoirs, dans ses pratiques et attitudes, mais aussi dans les stéréotypes et images¹³⁶ et la reconnaissance que la société lui adresse en retour. Ce passé et cet héritage pèsent sur la démarche identitaire inhérente au processus de professionnalisation. Notre propos ne sera pas de retracer l'historique exhaustif de la profession infirmière, l'un des plus vieux métiers du monde, surtout que d'autres l'ont fait¹³⁷, mais de dégager les éléments et les pistes qui permettent de comprendre le sens de concepts tels identité, profession, formation, etc. . Décrivons donc maintenant quelques étapes significatives du passé qui ont marqué et la genèse et l'évolution de la profession infirmière et qui concourent encore aujourd'hui à l'identifier.

« *L'usage de soigner les malades est si universellement répandu, qu'on peut le considérer comme une loi naturelle* » note Stinglhamber¹³⁸ ; dès lors, soigner est conçu comme un acte de vie et de lutte contre la mort. De la Préhistoire jusqu'au XIX^{ème} siècle en passant par l'Antiquité, les soins n'étaient encore pas le propre d'une profession et la pratique des soins courants se rattachait fondamentalement à la compétence des familles et des bénévoles.

¹³⁴ Voir (7) ou par exemple : « Introduction à une étude sociologique de l'hôpital », Pruvost R., in *Gestions hospitalières*, n° 153, février 1976, pp. 104-129.

¹³⁵ Zarcia B., « Identité de métier et identité artisanale », p. 262.

¹³⁶ Les médias (T.V., littérature,...) ont donné de l'infirmière une vision très réductrice voire bêtifiante ; l'image n'est pas un élément dérisoire et superficiel mais témoigne d'une identité plus ou moins forte.

¹³⁷ Les références sont nombreuses et de qualité. Un excellent ouvrage en la matière est celui de Marie-Françoise Collière, « Promouvoir la vie : de la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers », paru chez Interéditions (1982). D'autres encore, établis avec le désir de comprendre pour avancer : « Cornettes et blouses blanches. Histoire des infirmières en France », collectif sous la direction de Knibiehler Y. (Hachette, 1984) ; « Léonie Chaptal (1876-1937) : la cause des infirmières » de Magnon R. (Lamarre, 1991) ; « Des saintes laïques : les infirmières à l'aube de la III^{ème} République » de Véronique Leroux-Hugon (Sciences en situation, 1992) ; « L'infirmière en France d'hier et aujourd'hui » de G. Charles (Le Centurion, 1979) ; « Sorcières, sages-femmes et infirmières. Une histoire des femmes et de la médecine » de Ehrenreich B. et English D. (Ed. du Remue-Ménage, 1983) et le livre d'une infirmière belge, Bernadette Stinglhamber-Vander Borgh, « Infirmière : genèse et réalité d'une profession » paru chez De Boeck Université (col. Savoirs & Santé, 1991).

¹³⁸ op. cit. p. 9.

Plus encore qu'à la famille, c'est à la femme, celle qui donne naissance à la famille et qui y veille, que le rôle de « prendre soin de la vie » est intimement lié ; si bien qu'ils s'identifient mutuellement. Le soin est socialement et de fait reconnu aux femmes par la très ancienne division sexuelle du travail¹³⁹ et sa valeur économique est une valeur d'usage se référant aux tâches domestiques - et donc inestimées et inestimables. De cette division sexuelle du travail, sous-tendue par une explication naturaliste à visée légitimante, naît aussi la pratique de l'art de guérir. En effet, l'homme (-masculin) s'attacha très tôt à interpréter la santé en la reliant à la symbolique du bien et du mal ainsi qu'à des valeurs morales ; tels les premiers « médecins » qui étaient des prêtres (Egypte, Grèce,...). Cet autre versant rend intelligible le fait que les savoirs et pratiques des femmes-soignantes¹⁴⁰ furent imprégnés d'ambiguïtés (la Sorcière¹⁴¹) surtout que, n'ayant pas accès aux livres et à l'enseignement, ceux-ci se transmirent par la tradition orale.

En résumé, cette première période historique, qui s'étendra jusqu'au Moyen Âge, identifie la pratique des soins à la femme. Cette pratique à caractère domestique et les savoirs qui y sont liés sont véhiculés par des femmes et surtout sur le mode de l'oralité.

La deuxième période historique prend son assise sur l'émergence et le développement du concept de charité ; celui-ci, fort empreint de doctrine chrétienne, va institutionnaliser peu à peu la pratique soignante. L'Eglise, masculine, va définir le bien et le mal sur base d'une double conception théologique : celle de la femme impure et source de péché (l'adversaire désigné est la Sorcière) et celle de la bassesse du corps (le dualisme). Dès lors, la souffrance et la douleur deviennent moyens de rédemption. C'est sur cette argumentation divine, c'est-à-dire une légitimation méta-sociale, que vont aussi se constituer les sciences médicales sous un contrôle doctrinaire tout-puissant de l'Eglise. Si bien que la médecine deviendra une science enseignée et par-là, une profession socialement et économiquement reconnue. Cependant, à l'intérieur de la profession, une hiérarchisation existait entre le médecin-concepteur et le chirurgien-opérateur qui était du reste barbier ; dont seul le premier était reconnu comme tel. Une fois instituée de la sorte, cette vision religieuse et morale condamne toutes autres formes de savoirs et d'exercices ; c'est ainsi que naîtront sous l'égide du clergé des ordres religieux d'assistance. Essentiellement féminins, ces ordres procurent assistance aux pauvres, orphelins, veuves, affligés, infirmes et enfermés¹⁴² et

¹³⁹ Voir le chapitre à la condition féminine.

¹⁴⁰ Pour témoigner de la survivance de cet aspect : l'appellation de sage-femme qui reste de nos jours usitée ; ou encore certains noms de médicaments telle la belladone (la Belle Dame, fée guérisseuse) ou enfin l'expression populaire: « les remèdes de bonnes femmes ».

¹⁴¹ Cf. le titre d'un livre cité plus haut « Sorcières, sages-femmes et infirmières. Une histoire des femmes et de la médecine ».

¹⁴² Ces termes détiennent très probablement l'étymologie du mot « infirmière ».

de façon générique, ils se consacrent aux exclus de la société. Cette pratique soignante était faite de besoins domestiques et de subordination « à ceux qui savent et qui leur disent ce qu'elles doivent faire »¹⁴³.

En résumé, la pratique des soins s'identifie désormais à la femme consacrée (la religieuse¹⁴⁴) et le soin devient un service gratuit sans valeur d'échange puisque porté par la notion de vocation (don de soi sans parité humaine puisque allant de Dieu vers les hommes). Dans le même ordre, le personnage-soignant reste déterminé par un lien de subordination excluant tout savoir, jugement, esprit critique ou initiative.

La troisième époque historique ayant conditionné la lente professionnalisation des soins est l'ère des grandes révolutions ; déterminant à leur tour un contexte social particulier, ces bouleversements majeurs érigèrent une nouvelle identification du personnage-soignant. Cette assertion démontre bien le parallélisme existant entre l'évolution des structures sociales et celle des soins et du concept « santé ». Cette époque se caractérise par la lente désacralisation du pouvoir politique, cette laïcisation trouvera son apogée dans la Révolution Française et l'émergence de la démocratie. Cette sécularisation soutenue par de nombreuses découvertes, va permettre des progrès considérables dans l'ordre des sciences et des technologies (Révolution Industrielle) en général, de la médecine en particulier et cela concomitamment à la naissance du capitalisme libéral. Ce dernier marquera de façon notoire l'économie et la politique, et par delà les rapports sociaux, concédant de la sorte l'éclosion du Mouvement Ouvrier.

Toutes ces innovations vont modifier fortement la conception des soins et de la Santé et permettre ainsi l'apparition de l'infirmière « professionnelle » venant prendre la relève, extrêmement graduelle, des religieuses sans pour autant lui reconnaître un domaine de connaissances qui lui est propre. Cette mutation conceptuelle de la pratique soignante se fera essentiellement au niveau du contenu. De fait, cette explosion scientifique et technologique va contraindre les médecins à déléguer certaines tâches, devenant ainsi secondaires et donc inférieures, et de là à s'adjoindre un personnel « para-médical ». Dès lors, la vocation sera dorénavant celle de servir non plus Dieu (par l'entremise de l'homme miséreux et souffrant) mais le médecin. Derechef, la relation de domination-subordination est maintenue et même étendue ; les soins infirmiers n'existent en conséquence pas en tant que tel puisque la prestation s'identifie à la prescription et à la personne de l'infirmière via l'énumération de tâches qui lui sont conférées.

¹⁴³ Collière M.F., « Le service infirmier... à quel prix ? », p. 14.

¹⁴⁴ Cet aspect reste très prégnant à l'heure actuelle comme en témoigne l'allemand : infirmière = Krankenschwester (traduction littérale : Sœur des malades).

C'est ainsi que la pratique soignante est devenue ambivalente puisque assise sur un double modèle, conditionnant une double appartenance¹⁴⁵ - Collière parle ici de « *filiation conventuelle et de filiation médicale* » - l'un basé sur des valeurs morales et l'autre fondé sur l'auxiliarat médical. Dans le premier où l'idéologie oblatrice reste prégnante, c'est la personne-soignante qui est jugée plutôt que la pratique de soins ; cette évaluation est alors exprimée en termes de qualités essentiellement morales¹⁴⁶. Ce prisme crée forcément certaines incidences tant sur le groupe professionnel lui-même que sur la formation professionnelle, de même qu'en termes d'image sociale de l'infirmière auprès des malades et du public. Nous signifions ici les attentes tacites des malades qui sous l'effet conjugué de la mise en place de la Sécurité Sociale et de l'élévation du niveau de vie deviendront des droits (Droit à la Santé) et des exigences. Il en va de même pour l'autre, la « *filiation médicale* » qui justifiera la mise en place d'un enseignement visant à l'apprentissage des techniques de soins. De la sorte, cette scolarisation, et l'obtention d'un diplôme devenant le prérequis à la pratique infirmière, atteste d'un certain degré de professionnalisation. Mais de cette double appartenance, la profession infirmière, à peine naissante, sera témoin de la sécession du rôle technique (nouveau) et du rôle social (archaïque). Cette dissociation fera perdre la vue globale qu'avait l'infirmière de son malade et plus encore de la santé. Socialement appauvri et par contre coup, la recherche du développement professionnel s'orientera vers l'hypertechnicité presque exclusivement médicale.

En résumé, même si l'identification de la pratique des soins se fait désormais sur le personnage de l'infirmière, elle n'est guère sur le mode strictement professionnel. L'identité infirmière persiste donc dans un statut infra-professionnel où l'autonomie n'a que peu de place et où l'exercice se définit par rapport au lien d'assujettissement prescriptoire - pour ne pas dire instrumentale - d'un autre corps professionnel. Toutefois, cette époque a mis en branle le processus de professionnalisation par la création d'un diplôme sanctionnant une formation essentiellement technique et morale.

¹⁴⁵ Cette double appartenance trouvera son terme dans deux exercices différents selon la « vocation » du service infirmier rendu : l'infirmière hospitalière et l'infirmière visiteuse (extrahospitalière).

¹⁴⁶ On s'est évertué d'ailleurs à les inventorier (jusqu'à 250) si bien qu'elles prirent la forme de règles professionnelles comme de critères de recrutement. A ce propos, il est intéressant de consulter : Chaptal, « Morale professionnelle de l'infirmière » in L'infirmière Française, tome 1, 1923-1924.

En conclusion, le recul que nous venons de prendre, nous permet de placer la profession infirmière, et plus encore sa quête identitaire, au carrefour des influences ici relevées :

- le genre identifié est féminin;
- l'oralité domine dans la transmission;
- un caractère vocatif et caritatif d'envergure;
- une relation socio-professionnelle de dépendance et de subordination;
- une ambivalence dans le contenu professionnel;
- l'absence de savoirs spécifiquement infirmiers;
- une estimation économique en termes de coûts.

Cet ensemble d'influences historiques se retrouve admirablement résumé dans un slogan significatif des derniers mouvements de protestation des infirmières mais malheureusement exprimé, une nouvelle fois, dans la négation : « *ni bonnes, ni nonnes, ni connes !* ».

c) *Qu'en est-il actuellement ?*

En tentant d'établir une typologie des positions-réponses à la problématique professionnelle des infirmières, trois courants apparaissent comme prédominants dans la pratique comme dans la recherche infirmière. Ces trois types ne se retrouvent bien sûr jamais à l'état pur attendu qu'ils sont entremêlés dans la réalité courante des soins.

1°- Le courant lié à la technicité :

Valorisant à souhait la technologie, la pratique infirmière va se concentrer, se cristalliser en un terrain particulier : l'hôpital ; ce dernier passant de l'hôpital-hébergement à l'hôpital-plateau technique. Des nouvelles contraintes structurelles et organisationnelles, liées à cette mutation de l'institution hospitalière, naîtront la parcellisation des tâches sur le modèle taylorien et ses corollaires : la spécialisation des fonctions et leur hiérarchisation. L'infirmière se voit dès lors atomisée et le malade devient quant à lui un épiphénomène. A partir de là, les autres soins (courants ou de base) sont relégués au second plan ou délégués à du personnel subalterne, perpétuant ainsi le modèle médical de référence. Tandis que ce qui est enseigné, ce sont des techniques et non des technologies ; si bien que les connaissances se résument à des savoir-faire engendrant, même dans la complexité, des actes¹⁴⁷ stéréotypés, robotisés voire même dénués de tout discernement et de contenu professionnels. Le perfectionnement se situe dans la même orientation corroborant l'avènement des spécialisations.

¹⁴⁷ Cet appellation renvoie, elle aussi, directement au modèle médical et permet de la sorte une valorisation économique. Mais cet acte est par définition détaché de tout contexte, et ne peut donc englobé le soin.

Analysons à présent les conséquences d'une telle pratique - ici caricaturée - tout en n'oubliant pas que nous n'évoquons que quelques effets tant les tenants et les aboutissants sont complexes et intriqués. Ce courant amène donc à mettre en valeur son image de marque par la technique ; cette inflation techniciste a pour conséquence que l'hôpital soit plus que jamais estimé comme le seul lieu reconnu de l'exercice professionnel, qui plus est à l'intérieur de l'hôpital se crée une échelle de valeur des services, en référence au degré de complexité de la technologie employée, de même que s'établit une hiérarchie verticale (informelle) des soins « nobles » et du personnel soignant. La valorisation de la technique a un double retentissement puisque la technique possède à la fois une valeur scientifique et une valeur marchande. Ainsi, des femmes s'emploient à se libérer de leur condition d'assujettissement en utilisant par imitation (socialisation anticipative) ce qui a valorisé les hommes ; tout en restant malgré cela une exécutante, subalterne, aux larges responsabilités certes mais ces dernières ne sont que peu reconnues.

Cet aspect est encore conforté par l'attitude des malades valorisant fortement cette technicité (fait de société) et créant des attentes de soins basées sur une image de soin-réparation. La technique prend alors une valeur mythique de toute puissance en favorisant d'autre part la passivité des soignés. En termes économiques, les soins deviennent peu à peu des biens de consommation (surtout vu le mode de financement à l'acte). La technicité est devenue une fin en soi, plus qu'un moyen au service des soins.

2°- *Le courant de revalorisation de la relation :*

Le second courant est en réalité un contre-modèle du précédent puisqu'il vise à (re-)valoriser la relation soignant-soigné. Les courants de pensée proposés ici sont présentés non seulement en ordre chronologique d'émergence mais aussi dans un ordre décroissant d'importance et d'influences. Cette position, réactionnelle vis-à-vis du précédent, née des années soixante et du courant des sciences humaines (Maslow, Rogers,...), tente de redonner un sens humain à la pratique infirmière en replaçant le malade au centre de celle-ci. D'objet des soins, le malade devient sujet de soin et la relation se conçoit comme moyen de connaissance et support thérapeutique voire même thérapie en soi (cette option se fit d'abord dans les milieux de soins psychiatriques). Ce courant de pensée offrit à la profession infirmière un outil de travail inédit jusqu'alors : le plan de soins. La mise en place de ce dernier, et des autres outils qui viendront l'émailler, permet dans ces conditions la compréhension et l'organisation de l'information recueillie par la relation soignant-soigné ainsi qu'une organisation plus intégratrice et intégrée du nursing.

La méthodologie permet de retrouver des techniques, d'autres natures certes, mais tout autant sécurisantes ; de ce fait, une valorisation excessive de cette méthodologie, par rapport au contenu, sera observée si bien que le sens de ce contenu reste pauvre. Néanmoins, son plus grand

apport se fera en termes pédagogiques et par l'ébauche d'un patrimoine de connaissances plus spécifiquement infirmières (via les publications et la recherche qui s'autonomisent). D'autre part, le recul est encore étroit pour juger des effets tangibles de ce courant surtout en regard de l'application difficile du plan de soins dans les unités de soins car il se heurte à l'hypervalorisation technique, non seulement à l'idéologie qui s'y rattache mais au système (et donc aux rôles et statuts) qu'elle a déterminé et à l'organisation du travail qu'elle a permis, ainsi qu'aux résistances inhérentes au passage de l'oral à l'écrit. Pourtant, elle redonne un sens humain à la pratique infirmière et retrouve donc une faculté sociale. Mais du point de vue économique, elle reste difficile d'en évaluer le coût en temps et en personnel, le coût financier et surtout son incidence sur le processus santé.

3°- Santé individuelle et collective :

Le dernier courant encore embryonnaire, et donc difficile à cerner et plus encore à évaluer, révèle nonobstant le caractère social de la santé. Il s'agit du courant dit des soins de santé primaires ou des soins de santé communautaires qui vise à incorporer santé individuelle et santé collective. Ce courant n'affecte pas encore la pratique infirmière à l'hôpital et la technologie, quelle qu'elle soit, reprend dans ce cadre une valeur d'usage. Toutefois, cette conception assez novatrice, et pourtant intrinsèquement archaïque, des soins, où l'approche soignante s'est élargie à la communauté, n'est guère plus valorisante mais possède l'avantage de soulever deux problématiques.

Tout d'abord, elle souligne un problème de société sous-jacent à la pratique soignante où la mort est niée et de laquelle les malades sont exclus. L'autre problématique s'argumente autour du lieu d'exercice, privilégié certes, de la profession infirmière qu'est l'hôpital. En effet, l'hôpital est devenu l'épicentre de la santé qui ne se conçoit que sur le mode curatif, où la pratique doit concilier spécialisation et polyvalence, conditionnant de la sorte une identité professionnelle faite d'ambiguïtés et de contradictions. Ainsi, d'une part l'exercice de l'art infirmier s'y est amplement enrichi et a donc accru l'identité professionnelle de l'infirmière mais paradoxalement et pour reprendre Stiglitz¹⁴⁸ : « *il prend à l'hôpital une option professionnelle qui va le limiter, le rendre de plus en plus dépendant de l'art de guérir. Aujourd'hui encore, ce choix qui l'a éloigné du patient a des conséquences qui ralentissent considérablement la recherche de son identité propre.* » Ce mode d'identification de la pratique infirmière en l'amalgamant à la pratique médicale et hospitalière¹⁴⁹ offre dans ce cas-là une vision purement instrumentale de la maladie et une vision

¹⁴⁸ op. cit. p. 51.

¹⁴⁹ Marchal nous dit : « Dans le cas précis des infirmières, on en peut que constater combien le paradigme médical et hospitalier détermine ce qu'il en est de leur profession. »

purement marchande de la santé. Et nous concluons en reprenant un propos d'Alain Touraine résumant bien la situation et permettant d'introduire au mieux la suite de notre approche : « *Notre conception de la santé publique est largement définie par la domination d'un appareil hospitalier [...] il nous informe sur les questions de santé comme si celles-ci dépendaient exclusivement de notre consommation de soins médico-hospitaliers. Et ce faisant, il tend à marquer le fait que nos maladies résultent aussi de conditions sociales - pensez aux accidents et maladies du travail, au travail posté, aux polluants industriels, etc. - qu'il est urgent de changer. La santé ne sera jamais rétablie par la médecine si elle est sapée par les conditions sociales*¹⁵⁰ ».

d) Application du modèle au mouvement des infirmières :

Après avoir retracé l'historique de la profession infirmière et au travers de lui d'avoir décrit les résistances historico-culturelles qui marquent (encore) le processus d'identification de cette profession, il nous faut revenir sur le modèle conceptuel d'Alain Touraine qui sert de conducteur à ce travail : la sociologie des mouvements sociaux construite en référence au Mouvement Ouvrier qui a structuré la société dans laquelle nous nous inscrivons aujourd'hui. L'identité dans le mouvement social est proprement collective et se définit comme : « *un "Nous" (entre guillemets dans le texte) [...] (qui) constitue un tout irréductible à la pluralité de ses membres, une unité indécomposable où s'affirme une réciprocité de perspectives entre l'un et le multiple, l'individuel et le social* »¹⁵¹.

C'est en fait de l'organisation engendrée par le mouvement que peut affleurer cette identité collective, celle-là même qui constitue le premier terme du conflit. Mais pour que le mouvement soit fort et aboutisse, il faut que cette identification aux traits socio-culturels caractérisant le groupe soit positivée afin que passe l'intérêt collectif avant l'intérêt individuel. Ce processus d'identification et de prise de conscience collective peut, de ce fait, être influencé par la présence ou l'absence de certaines conditions. C'est ces mêmes conditions qui ont favorisé la formation d'une identité collective forte dans le Mouvement Ouvrier et qui sont énoncées ci-dessous¹⁵² :

- *l'homogénéisation (géographique, socioprofessionnelle et culturelle) de la classe ouvrière ;*
- *la valorisation, par les ouvriers et par la société, de leur contribution au progrès technique et social ;*
- *les ressources des fractions les moins instables et les mieux payés de la classe*

¹⁵⁰ Touraine A., cité dans le Nouvel Observateur, 7/13 janvier 1979, présentant son livre « La voix et le regard » et cité par Collière.

¹⁵¹ Maucorps P., « Psychologie des mouvements sociaux », p. 74.

¹⁵² Ces conditions nous sont rappelées par Bajoit et Reman.

ouvrière, qui ont permis de soutenir financièrement les syndicats.

- *un leadership « autochtone » (issu de la classe ouvrière) ;*
- *des traditions de lutte, importantes dans certains secteurs, qui ont entraîné les autres.*

Tentons à présent de transposer ces conditions sous la forme interrogative au corps infirmier afin de savoir si elles sont ou non présentes et d'en retenir certaines perspectives.

1°- Homogénéisation ?

« Encore faut-il qu'elles (les infirmières) le veuillent et qu'elles prennent conscience qu'il faut, pour cela, outre un Savoir et une compétence, une volonté d'agir et d'investir dans ce sens, une réflexion concertée et le support d'un groupe UNI (en majuscules dans le texte) », c'est ainsi que Bernadette Stinghlamber introduit son livre¹⁵³ qui se veut une quête professionnaliste. Ainsi dit, cette affirmation fait écho aux nombreuses disparités et à la dispersion qui marquent la profession infirmière ; celles-ci offrant de la sorte une certaine pertinence à des propos tels les deux suivants : « En fait, l'infirmière n'existe pas » dit un médecin¹⁵⁴ ou bien « une profession née divisée » rétorque une sociologue¹⁵⁵.

Divisée bien plus qu'hétérogène, la profession infirmière l'est à de nombreux niveaux comme nous l'avons déjà constaté et souligné. Cette partition est bien évidemment mise à profit par les autres acteurs et/ou interlocuteurs de la santé ; la profession se retrouve ainsi affaiblie par ses dissensions intestines, surtout que cet étiolement est encore accentué par l'individualisme qui marque nos relations sociales ainsi que par sa transposition organisationnelle (les relations de travail) qu'est la méritocratie. De surcroît, la pratique infirmière s'exerce dans la majorité des cas dans le secteur dit non-marchand qui lui est très hétérogène¹⁵⁶ tant par ses travailleurs que par ses usagers. Nous vous renvoyons à la problématique inhérente à ce secteur basé sur la solidarité collective et décrite plus haut.

Cette faible conscience de corps est inévitablement source de désorganisation puisque, faut-il le rappeler, cette perception du collectif est une des conditions fondamentales d'existence de l'action et du groupe lui-même. Il faudra donc trouver dans cette multiplicité, disparate et polymorphe mais néanmoins inséparable de la pratique soignante moderne, un élément porteur de cohésion dans lequel non seulement l'identité collective du corps infirmier mais aussi toutes les infirmières individuellement s'y retrouvent, de même que sur lequel elles pourront concevoir l'avenir de leur profession.

¹⁵³ op. cit. p. 7.

¹⁵⁴ Laugier Alain dans son article « Hors du roman » in Le Monde des Débats, mai 1993, p. 5.

¹⁵⁵ Sénotier I., dans « Les infirmières et leur coordination », op. cit. p. 31.

¹⁵⁶ Pour en témoigner : sa désignation par la négative, faute de corpus pour le décrire et l'analyser.

2°- *Contribution ?*

Il apparaît assez clairement que la profession infirmière contribue au processus santé qui lui-même reste une des facettes majeures du progrès social (la réduction des inégalités). Nonobstant, le problème reste de savoir dans quelle mesure la pratique infirmière y participe, d'en évaluer l'incidence sur la Santé et le bien-vivre individuel et sociétal qui en découle et enfin de valoriser cette contribution à tous les niveaux. L'activité du service infirmier en s'installant dans le secteur non-marchand à l'heure du performant et du compétitif est de ce fait considérée comme un coût et l'infirmière coûte très cher, du moins « on »¹⁵⁷ le laisse croire. Il devient par conséquent à la fois difficile et facile de valoriser positivement cette contribution dans un tel contexte. Difficile dans une telle conjoncture économique dont la vision par trop réductrice ne conçoit la santé qu'en termes de déficit public et met ainsi - et parfois - en péril certains acquis de la profession venant encore bouleverser la fragile identité de l'infirmière¹⁵⁸. Toutefois, de telles circonstances ont l'avantage de réveiller la conscience des infirmières et par-là, relancer et leur mouvement et leur prospection identitaire. Et puis si l'infirmière coûte cher, c'est peut-être parce que son service est essentiel.

3°- *Ressources ?*

Les ressources nécessaires à la mobilisation collective sont, dans le cadre institutionnel de notre pays, détenues par les seuls syndicats. Ceux-ci sont hostiles aux prises de positions d'un corps professionnel qu'ils qualifient de corporatisme¹⁵⁹ ; puisque leur optique est de considérer l'ensemble des travailleurs, non pas d'une même catégorie professionnelle, mais d'un même secteur d'activités (les sociologues diront un champ). Les résultats, relevés dans l'introduction de ce chapitre, démontrent bien la logique syndicale si bien que les acquis des luttes s'étendent à l'ensemble des travailleurs de cette branche d'activités. A dépendre des syndicats pour organiser leurs mobilisations, les infirmières se retrouvent vis-à-vis de ces derniers dans une position ambivalente à la fois satisfaites des acquis obtenus par « l'intersession/intromission » des syndicats et mécontentes d'une prise en compte plus que partielle de leur malaise et de leurs revendications. Cette conception équivoque n'est que le prolongement de la problématique du leadership nécessaire pour mener à bien la défense et la promotion des intérêts collectifs d'un groupe.

¹⁵⁷ Les politiques comme les gestionnaires, l'opinion public et même les infirmières elles-mêmes.

¹⁵⁸ Deux exemples : le décret Barzach (France) mis en place pour pallier à une pénurie de personnel infirmier, abaissa le niveau de scolarité requis pour l'entrée en écoles d'infirmières. Ce texte fut à l'origine du mouvement de colère des infirmières françaises. Un fait parallèle qui témoigne aussi que la raison économicratique peut se faire au détriment des compétences d'une profession, est la proposition de loi faite par des parlementaires belges l'an dernier et visant à faire reconnaître au titre de profession paramédicale « l'assistance aux grands malades ». Cette proposition fit réagir promptement les associations professionnelles des infirmières (voir à ce propos l'Info Nursing, n° 26, novembre 1992, pp. 2-5).

¹⁵⁹ Cette notion sera analysée dans la dernière partie de ce travail.

4°- *Leadership ?*

La division interne et cette dissemblance si caractéristiques du corps infirmier ne peut avoir comme corollaire qu'un leadership très complexe, lui-même très hétérogène et divisé. Les tensions entre les différents organes de représentations (syndicats/associations) et même à l'intérieur de ces organisations génèrent une lacune flagrante de coordination et le désaveu de la base. De la même manière, et en restant dans le strict cadre professionnel, de nouvelles formes d'hégémonisation se cherchent mais ne font que rarement voire temporairement l'unanimité et sont, elles aussi, marquées du sceau de l'ambiguïté. Tant les cadres infirmiers au sein des institutions de soins, les infirmières-professeurs et celles qui tentent d'intellectualiser la profession sont considérés avec beaucoup de réserve et ces sentiments, tous diffus et confus, participent au malaise et freinent considérablement l'émergence d'une identité forte capable de souder cette profession éclatée.

5°- *Traditions de lutte ?*

La profession infirmière, comme la plupart des professions s'exerçant dans le secteur non-marchand, ne peut se targuer de luttes collectives. Marqué par les stigmates du bénévolat, de la vocation et du dévouement, le corps infirmier ne possède aucun passe, aucune tradition¹⁶⁰ de luttes collectives ou de conflits de travail - la pratique soignante s'exerça longtemps en dehors du cadre du travail et de sa législation - et les mouvements qui le traversent actuellement sont une innovation voire une révolution.

La recherche des conditions, liées au principe d'identité et susceptible de conduire à la mobilisation et au mouvement, vient une nouvelle fois confirmer l'irréfragable complexité à fonder une identité infirmière commune, capable de susciter cohésion et coordination au travers d'une identité fédératrice. C'est à la recherche d'une telle congruence que nous nous essayerons maintenant, en choisissant de sortir des modes de pensée et logiques dominantes tels qu'ils ont pu être mis en évidence dans les paragraphes précédents.

e) *A la recherche d'une autre identification :*

Autre est en effet bien plus exact que nouvelle car cette quête se veut d'abord le refus d'user une fois encore des modèles préexistants qui ont montré leur revers tout en entérinant une identification de subalternité. Toutefois, notre prise de position politique pour la profession infirmière ne veut en aucun cas exhorter à l'autonomie¹⁶¹, celle-ci étant d'ailleurs impensable (et

¹⁶⁰ Le secteur de la santé publique fut pendant longtemps réputé comme « imperméable aux conflits ».

¹⁶¹ Entendez ici une autonomie, une indépendance au sens strict.

irréaliste) : mais tenter de façonner une identité réellement autonome et par delà instaurer une dialectique c'est-à-dire une tension entre deux pôles, entre aliénation et autonomie, constituante d'un espace de la vie sociale. Autre aussi puisqu'elle prend comme repère identitaire une référence qui figure en dehors du champ d'exercice professionnel de l'infirmière : le Mouvement Ouvrier simultanément instigateur du progrès social qui a marqué de façon durable et profonde notre société, et filigrane du modèle paradigmatique utilisé pour notre approche.

Au risque de choquer bonne partie de nos collègues en les comparant de la sorte, nous essayerons d'élaborer une voie d'identification allant permettre de structurer les aspirations, les revendications, le conflit qui nous occupe ainsi qu'une nouvelle image à offrir à la société. Cette piste de discernement s'inspire directement des motifs des conflits sociaux qui ont traversé ces dernières années la profession infirmière et se constitue parallèlement à la problématique identitaire des OUVRIERES.

Avant de poursuivre et compte tenu des objections éventuelles à l'encontre de cette perspective, nous croyons bon de suggérer certaines réflexions à propos de ce terme devenu quasiment désuet et endossant tantôt un attribut péjoratif. Un ouvrier est un travailleur manuel et est défini dans les thèses marxistes comme le personnage social, en opposition irréductible face au bourgeois capitaliste, qui vend sa force de travail en échange d'un salaire. Cette locution est également utilisée en entomologie¹⁶² et le plus souvent au féminin puisque les *ouvrières*, chez les hyménoptères sociaux¹⁶³, sont des femelles stériles dont les tâches sont essentiellement domestiques et élargies à toute la colonie. Cette comparaison quelque peu hasardeuse suscite néanmoins le propos suivant : l'analogie relevée nous amène à reformuler la problématique de la reconnaissance sociale d'un groupe au sein d'une société et de sa légitimité. La rationalité des sciences comme seule voie de légitimité¹⁶⁴, et l'expertise et le pouvoir qui en émanent, ont conquis progressivement tous les terrains et en particulier le social et l'humain. Cette scientificité a contraint à naturaliser le social, de cette façon, la politique naturaliste des techno-sciences explique (et légitime à la place du discours théologico-philosophique devenu, lui, suranné) par exemple - bien choisi - le statut de la femme dans la société et la division sexuelle du travail¹⁶⁵ ou la prédisposition « naturelle » de l'ouvrier : « *l'homme-bœuf* » décrit par Taylor dans ses *Principles of Scientific Management*¹⁶⁶.

La notion d'ouvrier est idéologiquement reliée à celle du Mouvement Ouvrier, toutefois ce dernier ne s'est pas constitué d'emblée sur une identité collective, fière et homogène puisque la classe ouvrière (telle que Marx ou Neuville l'ont décrite) n'était pas un tout monolithique. La classe

¹⁶² L'entomologie est la partie de la zoologie qui traite des insectes.

¹⁶³ Les abeilles et les fourmis sont des hyménoptères sociaux.

¹⁶⁴ Cette stratégie a été utilisé par les infirmières (voir plus haut) en calquant sur le modèle scientifique de la médecine moderne et techniciste en vue de légitimer leur pratique.

¹⁶⁵ Nous vous renvoyons au chapitre traitant de la condition féminine.

¹⁶⁶ Cité par Balibar, op. cit., p. 281.

ouvrière était une population très composite et fluctuante, aux « limites » imprécises puisque dépendantes des transformations incessantes du travail. Elle a mis du temps à prendre conscience d'elle-même, à se fédérer pour in fine déborder ses seules revendications pour un salaire décent, pour des conditions de travail et de vie dignes de leurs compétences et de leur contribution et ainsi mettre en cause l'ensemble de la société. L'infirmière saura-t-elle à l'instar des ouvriers, être « l'ouvrier(e) » de son destin !

Le terme « ouvrier » est-il encore pertinent à notre époque ou faut-il lui octroyer une autre dimension ? Pour répondre à cette question, il nous faut revenir sur le syndicalisme étudié plus haut puisqu'il est directement issu du Mouvement Ouvrier. Les syndicats utilisent un certain nombre de critères dans le but de catégoriser (de façon non professionnelle) les travailleurs ; le premier de ces critères permet de différencier les ouvriers des employés sur base du mode de rémunération. La proportion entre ces deux fractions de travailleurs tend depuis quelques années à s'inverser et les explications de ce phénomène sont similaires à celles motivant le déclin du syndicalisme et du Mouvement Ouvrier du moins dans leurs structures. Ces modifications dépassent le simple remaniement de la classe laborieuse. Effectivement, l'industrie est en déclin massif et on assiste non seulement à une déconcentration des communautés ouvrières, concomitamment à l'élévation du niveau de vie, mais aussi à un déplacement de l'emploi par la conjonction de plusieurs facteurs : une tertiarisation et une PMEisation de l'économie, une diversification considérable de l'emploi et des qualifications liée à la technologie et à l'éclatement des unités de production, et par-dessus tout une période d'austérité marquée par la précarité et un chômage endémiques. Tout cela nous amène à conclure sur une recomposition sociologique profonde du salariat, si bien que ce dernier terme s'avère désormais plus approprié et pertinent pour aborder la réalité du monde du travail, pour en considérer tous les aspects sociologiques et par delà ceux de la société toute entière.

La notion d'*OUVRIERES* n'est donc pas si mal choisie puisqu'elle incorpore deux dimensions sur lesquelles nous analyserons la situation politique de la profession infirmière : primo, la dimension salariale (*OUVRIERes*) qu'il faut raccorder directement aux assertions mentionnées ci-dessus et deuxièmement, la dimension féminine (*ouvrièrEs*) déjà abordée. La première articulation se doit au préalable de dépasser le sens premier du mot « salaire » c'est-à-dire sa seule dimension pécuniaire - bien que cet aspect économique fut et reste l'enjeu majeur des conflits de travail - et à transcender son origine étymologique¹⁶⁷. Ces deux dimensions établies et différentes des logiques habituelles qui régissent la profession infirmière et son exercice, nous pouvons formuler notre équation d'une part en regard de la division social du travail (notion de salariat) et

d'autre part, envers la division sexuelle du travail ; toutes deux définissant une séquence de rapports sociaux. Ce dernier terme de l'équation joue le rôle de coefficient multiplicateur du premier, multiplicateur de résistances et de difficultés.

Les infirmières si, comme nous l'avons vu à plusieurs reprises au cours de ce travail, n'ont guère de points communs mis à part leur titre, elles sont toutes des ouvrières modernes, soit des salariées. Même celles qui ont choisi l'exercice libéral sont en quelque sorte des salariées de l'I.N.A.M.I. . De ce fait, la perspective offerte par ce nouveau prisme révélera inmanquablement certains enjeux étant donné que les trois principes du mouvement social évoluent de concert. En effet, le rapport salarial permet de dissoudre des liens de travail basés sur des relations individuelles et sur des relations de soumission/protection (paternalisme ou logique féodale au sens d'Enriquez)¹⁶⁸.

Reprenons la première partie de cette proposition, le rapport salarial permet donc de passer, en termes de relations de travail, de l'individuel au collectif c'est-à-dire ici au professionnel. Ainsi face aux constats historique et actuel présentés antérieurement pour la profession infirmière, le rapport salarial offert par le modèle ouvrier invite à dissocier l'identité professionnelle de l'identité individuelle. Dans le même temps, il offre l'opportunité de se dessaisir d'un rapport social, et donc du statut qui y est connexe, fait de soumission ou de subordination ; et qui marque depuis toujours la pratique soignante : soumission de la femme à l'homme, sujétion de la religieuse à son clergé, subordination de l'infirmière (-paramédicale) au médecin. L'autre opération de dichotomie veut donc dissocier l'identité féminine de l'identité professionnelle tout en précisant que dissocier n'est ni réducteur, ni exclusif. D'ailleurs, ces deux dissociations ne sont nullement séparées mais sont les deux facettes, intimement liées, du même processus de professionnalisation.

Compte tenu des survivances historico-culturelles majeures qui imprègne, en termes de résistances, le cheminement de la pratique soignante moderne et l'avènement du corps infirmier, il nous est loisible d'affirmer que l'identité personnelle, féminine de surcroît, se confond dans la vocation avec l'identité professionnelle¹⁶⁹; que sur cette (con-)fusion s'édifie une reconnaissance sociale (rôles et statuts) définissant plus la personne de l'infirmière (individuellement) que la profession (le personnage de l'infirmière) ou le service rendu par celle-ci. Cette reconnaissance sociale une fois établie, elle détermine une certaine utilité sociale, ambiguë dans le cas des infirmières, tout autant que les rétributions symboliques et monétaires qui y sont associées ; si bien

¹⁶⁷ Le vocable « salaire » dérivé du latin *sal*, sel puisque les soldats romains recevaient leur solde sous cette forme. A cette époque, le sel était une richesse et d'une valeur certaine vu ses qualités à conserver les aliments si bien qu'il fut jusqu'au XVIII^{ème} l'élément central du commerce et parfois même de la fiscalité (la Gabelle).

¹⁶⁸ Voir également les théories marxistes et en particulier l'analyse que donne Karl Marx, théoricien du socialisme et philosophe matérialiste, du rapport salarial dans son œuvre-maîtresse, *Le Capital*, paru la 1^{ère} fois en 1867, où il s'attache à décrire la lutte des classes et la contradiction capital/travail.

¹⁶⁹ Danièle Kergoat décrit la vocation comme « un rapport immédiat, quasi viscéral, entre l'individu et la profession ».

que la profession infirmière se retrouve dans une situation infra-professionnelle ou comme l'affirme Kergoat: « *on est en tout cas en dehors de l'échange marchand, en dehors du salariat* »¹⁷⁰.

Analysons ce qui détermine l'individu par rapport à sa profession ; autrement dit son lien d'appartenance à un corps professionnel. Une profession se caractérise par une qualification acquise au cours d'une formation (professionnelle) et donnant accès et droit à une compétence en lien direct avec les connaissances et pratiques appartenant à cette profession. Tandis qu'un individu se décrit socialement par ses qualités. Cette différence de sens et de contenu entre une qualification et des qualités vont nous permettre d'appréhender unanimement les deux termes de notre équation.

Le fait de décrire, et donc de reconnaître, la profession infirmière comme liée intrinsèquement à la « nature » féminine autorise dès lors à la définir par une série de qualités plutôt que par une qualification, perpétuant de cette manière l'opposition classique nature/culture. Une qualification est acquise, disions-nous quelques lignes plus haut, c'est-à-dire socialement construite alors que des qualités sont innées¹⁷¹, liées au genre et à la nature de l'individu - et donc non socialisées - ; celles-ci seront peut-être et même très certainement prisées mais peu ou pas prises en compte et donc non reconnues¹⁷². Puisque s'apparentant aux tâches domestiques et/ou à la vocation et au dévouement, la pratique tout comme les connaissances et la culture infirmières s'en retrouvent banalisées tant par la société que par les infirmières elles-mêmes. En effet, ayant intériorisées socialement et culturellement cette position, les infirmières ne sont guère mobilisables collectivement par le biais d'une « conscience de classe » ou d'un esprit de corps et ce faisant, la « diaspora » infirmière trouve ici une explication supplémentaire et enracinée profondément dans les habitudes sociales.

Dans la réalité, c'est le télescopage entre ce rôle juridiquement¹⁷³ et socialement reconnu et les pratiques, telles qu'elles sont vécues dans les différents champs d'exercice de la profession infirmière, exigeant des qualifications de plus en plus élevées, et ce dans le double registre du technique et du relationnel. De cette contradiction (dialectique marxiste) dont se nourrit le malaise professionnel de l'infirmière, est né le mouvement des infirmières et l'essence de ce travail. Ainsi la double dissociation à opérer, et conçue de la sorte, transfigure les nombreuses revendications du corps infirmier en les ordonnant autour de deux axes principaux ; les deux axes principaux d'un professionnalisme certain qui procurent aux infirmières un cheminement identitaire.

¹⁷⁰ Kergoat, Actes du Congrès du Point d'appui TEF, p. 66.

¹⁷¹ Les rôles et positions qui en découlent, sont en sociologie classifiés de la même manière (assigné ou acquis).

¹⁷² Il est difficile de codifier des attitudes morales et encore plus de les rétribuer.

¹⁷³ Les Lois n'ont jamais fait que consacrer les faits sociaux.

1° - La pratique infirmière est un travail comme un autre

c'est-à-dire un investissement limité dans le temps et dans l'espace, concédant de la sorte une place à la vie privée. C'est le rapport salarial qui renvoie aux revendications en matière d'horaires, de normes d'encadrement, d'équipements collectifs, et de vie socioculturelle.

2° - La pratique infirmière est une profession à part entière

c'est-à-dire professionnelle dans sa charge symbolique et qui réclame, dans ces conditions, une émancipation ; mais cette émancipation ne signifie nullement une négation du passé ou de certaines contraintes (l'Autre) mais bien au contraire le dépassement de ces caractéristiques et de ces différences irréductibles conférant l'affranchissement par rapport à un état de dépendance¹⁷⁴ et la pleine mesure à une profession (voir une définition proposée en bas de page¹⁷⁵) capable de se déterminer. Les revendications transposant cette émancipation symbolique dans la réalité pratique du champ professionnel, sont celles liées aux relations de travail de l'échelon inférieur (l'entreprise-hôpital via la constitution d'une équipe réellement pluri-disciplinaire) à l'échelon supérieur (participation aux politiques de santé) du système de santé dans lequel les infirmières sont actives ; ou à la formation professionnelle.

In fine, homme ou femme, l'infirmière sera professionnelle et ainsi, dans cette perspective, profession et société s'en trouveront développées.

f) Conclusion :

Le principe d'identité n'est pas le premier terme - au sens chronologique - de la constitution d'un mouvement social mais il est néanmoins le point de départ de la réflexion et de l'analyse qui tente d'appréhender le mouvement social. Ainsi de la démarche identitaire, tant les enjeux que l'adversaire de la lutte deviennent plus intelligibles. Pourtant, la tâche fut ardue et est probablement incomplète non seulement par le fait que l'identité est un concept difficile à cerner mais aussi parce que la profession infirmière est à la fois un des plus vieux métiers du monde et un des plus jeunes métiers de ce même monde. Ce legs de l'histoire sociale, et toute l'imagerie sociale qui en découle, subsistent et perdurent malgré de profondes et multiples mutations ; si bien que l'ambiguïté voire la contradiction, et un pluralisme notoirement répandu empêchent toute réflexion et surtout tout discours fédérateur, alors que la cohésion et l'esprit de corps font cruellement défaut à la profession infirmière grevant de la sorte ses capacités de développement.

¹⁷⁴ Marx utilisa le terme « émancipation » dans son « Adresse inaugurale à l'A.I.T. » (Association Internationale des Travailleurs, 1864, 1^{ère} Internationale) où il proclama que « *L'émancipation des travailleurs doit être l'œuvre des travailleurs eux-mêmes* ».

¹⁷⁵ Le terme de profession exprime une activité, au service de la collectivité à qui est reconnu le droit de déterminer et de contrôler elle-même son fonctionnement. Une profession s'appuie sur un ensemble de connaissances de haut niveau qu'elle développe elle-même de manière indépendante c'est-à-dire qu'elle est instituée seul juge de la validité du savoir professionnel. Elle doit être soumise à des règles professionnelles à la fois limite et protection, posséder des normes de conduite et enfin doit être réglée par une éthique regroupant ceux qui l'exercent.

La mise en perspective proposé par le Mouvement Ouvrier, au-delà de l'outil d'analyse qu'il offrait au travers de sa conceptualisation *tourainienne*, offre aux infirmières une légitimation sociologiquement fondée de leurs aspirations devenues revendications, un discours unificateur et moult enjeux et perspectives. Toutes les dissociations qui vous sont soumises dans le présent travail, ne doivent pas être extrapolées au contenu professionnel c'est-à-dire aux tâches qui caractérisent la pratique infirmière. Là, c'est plutôt une coordination à visée intégratrice du rôle autonome et du rôle délégué qu'il faut mettre en œuvre ; les deux aspects n'étant nullement contradictoires mais bien au contraire, mutuellement enrichissants pour la profession.

Enfin, cette recherche de l'identité ne doit pas devenir une recherche d'une identité à tout prix, prétention qui prendrait un caractère obsessionnel rendant ainsi cette identité, et plus encore le mouvement, proprement antisocial. Une fois cet écueil évité, le « simple » fait de se constituer une identité fédératrice d'appartenance et de solidarité est générateur d'enjeux jusque là latents ou difficilement exprimables clairement. De la même manière, ces enjeux, et conjointement cette identité, seront dès lors légitimés tant au niveau interne du groupe qu'au niveau sociétal et ce faisant deviendront signe de reconnaissance. Le conflit demande de dépasser cette identité en constitution, de la rendre dynamique socialement et sociologiquement c'est-à-dire dans le mouvement qui tend et tente de réaliser des enjeux qui eux aussi débordent et surpassent l'identité du groupe professionnel et des membres qui la portent.

II.2. PRINCIPE D'OPPOSITION :

Le deuxième principe d'un conflit est lié à la définition, à la présence d'un adversaire à l'opposé duquel se place le premier acteur identifié et coalisé par le principe d'identité. Ce second acteur doit être externe au premier, social et réel et son implication dans la controverse permettra de renforcer encore l'identité du premier en s'en différenciant. Reprenons notre modèle, le Mouvement Ouvrier et plus particulièrement les conditions¹⁷⁶ qui facilitèrent et consolidèrent ce mouvement social :

- *la personnalisation : le bourgeois,*
- *l'accessibilité de l'adversaire,*
- *l'intransigeance et la répression [...] moyennes ou erratiques, elles stimulent fortement le conflit,*
- *des formes légitimes et efficaces de luttes : les ouvriers ont fini par imposer la grève comme un droit de légitime défense,*
- *l'absence de mobilité individuelle : la conflictualité est d'autant plus forte que les individus n'ont pas d'autres solutions plus faciles.*

a) Transposition :

Efforçons nous maintenant de rechercher pareilles conditions dans le mouvement des infirmières.

1°- *Personnalisation ?*

Identifier l'adversaire et lui attribuer la causalité de leurs difficultés et de leur malaise n'est point chose aisée dans le cas des infirmières. Est-ce la gent médicale qui domine l'appareil de santé ? Ou est-ce plutôt les Pouvoirs Organisateurs, les directions administratives des institutions de soins ? Sont-ce peut-être les mutuelles tentant de maximiser leur profit ? Ce rival n'est-il pas l'Etat dont les subventions alimentent les différents secteurs d'activités de la profession infirmière, les soumettant à des restrictions budgétaires drastiques ainsi qu'aux exigences d'efficience et de qualité ? Ou bien, derrière cet Etat, « *sont-ce des groupes privés appartenant au secteur marchand qui cherchent à payer le moins d'impôts possibles et à soumettre toute la société à la loi d'airain de la performance et de la compétition ?* »¹⁷⁷. Enfin de compte, il semble que cet adversaire soit ou multiple ou imperceptible mais en tout cas introuvable. Néanmoins, l'Etat même s'il ne peut être l'adversaire de ce conflit puisque non social et abstrait, suscite en regard de la problématique

¹⁷⁶ Nous citons une nouvelle fois Bajoit et Reman, op. cit., p. 408-409.

¹⁷⁷ Ibidem p. 411.

fondatrice du mouvement des infirmières certaines réflexions que nous approfondirons plus loin dans ce chapitre. Ces remarques s'édifient autour de l'idée que la santé, elle-même au centre de l'approche professionnelle des infirmières, est dans nos sociétés modernes garantie par cet Etat que l'on nomme *Providence* et cette piste d'analyse offrirait certaines explications mais aussi certains enjeux à la profession infirmière. Nonobstant cette caractéristique, il existe au niveau mésosociologique un pouvoir détenu par un acteur certes plus concret et social que ne l'est l'Etat, susceptible donc d'être l'antagoniste dans le conflit des infirmières. En réalité, ce pouvoir prend l'aspect d'un dièdre technocratique stratégiquement fort à l'échelon de l'organisation dont les deux faces sont le pouvoir administratif et le pouvoir médical. Le premier définit de manière indirecte certes le coût des soins et se fait l'autorité exécutive des décisions émanant de l'Etat (l'exécution de normes contraignant à de nombreuses exigences et paperasseries, p. ex.) et le second prescripteur détient à la fois un pouvoir de maître sur la main d'œuvre « exécutante » et de plus caractérise les « bons soins » (la technologie médicale est valorisée tant par le public que par les infirmières). Toutefois, ces deux acteurs proprement personnifiables ne détiennent pas les clés de résolution et les moyens d'agir puisque eux-mêmes sont tributaires de cet Etat. Ils le seront probablement de plus en plus. De surcroît, même super-technicienne et professionnelle, l'infirmière ne pourra s'émanciper complètement du champ médical et le rapport de subordination qu'il conditionne par sa prescription¹⁷⁸ subsisteront. Cependant, la pratique infirmière ne peut pas être réduite à sa seule dimension de rôle délégué. L'infirmière en choisissant comme adversaire le niveau supérieur, à savoir l'Etat, se libère de cette vision parcellaire et sans issue et s'efforce de se placer à égalité avec les autres professionnels de la santé, médecins y compris, non pas en terme de fonction (liée à une organisation) mais bien par rapport à la santé.

2° - *Accessibilité ?*

Comme cet antagoniste est non identifiable, non personnalisable, il devient dès lors et de surcroît inaccessible. Quant bien même serait-ce l'Etat, celui-ci se dissimule dans un inextricable labyrinthe de pouvoirs de tutelle, d'institutions, d'instances et de procédures¹⁷⁹, ce dédale, où tout échange est institutionnalisé, est sous-tendu et entretenu par une logique et une idéologie politiciennes faites de démagogie et d'électoralsrme. Et dans le cas où ces doléances aboutiraient, elles ne trouveraient qu'une attention toute relative compte à tenir des contraintes institutionnelles et budgétaires d'ordre national et supranational limitant les marges de décision et d'action.

¹⁷⁸ Même pour des soins strictement infirmiers voire courants, telle, par exemple, la toilette de malade à domicile qui nécessite une prescription médicale pour son remboursement.

¹⁷⁹ Nous vous renvoyons aux caractéristiques institutionnelles et politiques de notre pays relevées dans un précédent chapitre.

3° - *Intransigeance et répression ?*

Le caractère inaccessible de l'adversaire lui donne un visage extrêmement rigoriste et intransigeant mais pourtant peu répressif. En effet, pour reprendre Bajoit et Reman, « *l'adversaire invite à négocier, à encommissionner, à "ensabler" (entre guillemets dans le texte), en attendant la fin de la législature en cours ! La tactique est évidemment décourageante* »¹⁸⁰.

4° - *Des forces légitimes et efficaces de lutte ?*

La grève est l'arme de choix en matière de conflits de travail, mais non seulement dans la conjoncture actuelle de l'économie et de l'emploi et plus encore dans le secteur de la santé comme de l'ensemble du secteur non-marchand, elle est difficilement praticable et délicate à tenir, surtout en longévité, son efficacité est mise en doute et la cessation de travail est de plus, dans ces secteurs de services, malaisément légitimable tant par les acteurs-prestataires que par les usagers ou l'opinion publique comme nous avons pu le mettre en évidence dans les préliminaires de ce chapitre.

5° - *Absence de mobilité individuelle ?*

Face à un conflit, l'individu se verra contraint d'adopter une attitude de type « voice of exit ». La deuxième hypothèse c'est-à-dire la recherche d'une échappatoire¹⁸¹ se fait très marquante dans la profession infirmière. En effet, l'infirmière¹⁸² préférera la solution individuelle qu'est la mobilité - facilitée par une certaine pénurie - pour éviter le conflit; surtout qu'elle n'est guère soutenue par une identité collective puissante.

b) *Etat et Etat-Providence :*

Malgré qu'il semble être l'adversaire de choix puisqu'il est (apparemment) la cause du problème et qu'il détient les moyens de le solutionner, l'Etat ne peut l'être parce qu'il n'est pas un groupe social, une classe, il ne fait pas partie de la société et que de plus tous les échanges sont institutionnalisés. Pourtant, nous l'avons souligné à de nombreuses reprises, l'Etat est le partenaire-interlocuteur dans le conflit qui nous occupe puisque dans le cadre de la santé et du secteur non-marchand, la plupart des travailleurs, y compris les infirmières, peuvent être considérés comme des « salariés » de l'Etat - mais pas forcément des fonctionnaires - étant donné que ce dernier est le pourvoyeur, le producteur de ce genre de biens et de services que l'on qualifie de fait de publics. D'autre part, la santé est un de ses enjeux majeurs et relève donc de choix indéniables, certes économiques mais aussi de choix de société et de préoccupations éthiques. Ces rôles de l'Etat sont

¹⁸⁰ Ibidem point (2).

¹⁸¹ La routinisation du travail nous semble être une attitude de retrait similaire attestant du refus de conflictualité.

le propre d'un mode particulier d'organisation étatique, et donc de l'idéologie qui la constitue et qui est ici liée à celle du Mouvement Ouvrier, que l'on nomme Etat-Providence ou social-démocratie.

L'Etat et plus encore l'Etat-Providence est en crise, en témoignent les difficultés qui le secouent ou les mouvements de protestation des travailleurs qui en dépendent. Au-delà de la crise de moyens, essentiellement financiers puisque les charges fiscales et sociales, nécessaires au fonctionnement de cet Etat et de la Providence qu'il procure, font défaut, ce problème structurel est encore aggravé par une série de conjonctures comme la montée du chômage, l'allongement de l'espérance de vie, la croissance des demandes de santé, etc. si bien que l'Etat se retrouve coincé. Parallèlement, on assiste à l'avènement d'un néo-libéralisme principalement économique comme principe central d'organisation de la société venant accroître les inégalités et les exclusions et détruisant ainsi le tissu social. De ce fait, poser la question de l'Etat et davantage encore celle de son « côté » providentiel ne semble pas inutile et futile puisqu'elles interrogent concomitamment la société que l'Etat représente, cette société qu'étudie la sociologie, et les citoyens et les hommes qui la composent.

1° - *L'Etat* :

Conscients d'ouvrir un débat qui dépasse singulièrement le propos de départ, il nous semble néanmoins pertinent de s'y intéresser dans un but de compréhension et également d'en inférer certaines perspectives en termes de mouvement social.

L'Etat est une réalité socio-mythologique, une réalité propre des idées et est en fait en dehors des relations sociales car il ne représente pas les forces sociales mais la société. La notion d'Etat s'imbrique bien avec celle de Nation si bien que l'on parle généralement d'Etat-nation réalisant ainsi l'adéquation entre un territoire, un espace public, une société, une économie et une culture. Dès lors, il devient générateur d'une (relative) homogénéité et donc d'une appartenance, source d'une unité politique face aux autres (guerres économiques et singulières). De ce modèle, l'Etat est donc la plus haute forme d'organisation politique et cette organisation autorise un pouvoir, les Pouvoirs Publics, pouvoir qui s'établit, selon Touraine¹⁸³ : « *en exaltant la nation et l'ordre* ». Cette idée d'ordre étatique se conçoit différemment de la domination sociale ; c'est l'Etat de droit, le législateur. Dans ce cadre étroit, l'Etat-nation n'est producteur que de sécurité (protection de la propriété et des libertés individuelles) ; il s'agit de l'Etat minimaliste : modèle prôné par l'idéologie libéraliste.

Pourtant, à l'heure actuelle, l'Etat éprouve la critique virulente des libéraux émanant des classes dominantes qui le jugent trop intervenant. Ce courant et cette critique, pourtant

¹⁸² Le terme n'est pas ici générique mais s'adresse à une personne.

¹⁸³ Touraine, « La voix et le regard », p. 12.

diamétralement opposés dans l'alternative qu'ils proposent, rejoignent dans leurs fondements la question de Touraine à propos de cet Etat ordonnateur et intégrateur : « *l'Etat a-t-il remplacé la classe dirigeante car il s'impose partout comme modèle de développement et s'oppose ainsi à l'action* (par l'ordre et l'intégration qu'il garantit) *et à l'idéologie des mouvements sociaux* (libéraux ou solidaristes) ? » En effet, l'acteur concret, social, collectif ou individuel se retrouve face-à-face au système abstrait de l'ordre étatique (les institutions sont des systèmes de rapports sociaux incorporés à l'Etat) ; le système ne peut que triompher. Et c'est là que le bât blesse, là où l'ordre étatique est devenu le plus prégnant et le plus pernicieux car il vise plus qu'à maintenir l'ordre public mais bien à (re-)produire l'ordre social, là où l'Etat s'est pris pour la Providence !

2° - *L'Etat-Providence* :

Se qualifier de Providence, c'est s'instituer en tant qu'ordonnateur de toutes choses (origine théologique) c'est-à-dire à la fois prévoir et pourvoir aux « destins »¹⁸⁴ des individus devenus des citoyens et de cette manière, l'Etat a remplacé les garants métaphysiques antérieurs (sécularisation).

L'Etat-Providence est celui qui intervient activement dans les domaines économiques et sociaux dans le but d'assurer des prestations aux citoyens ; cette conception de l'Etat est conjointe au développement du Mouvement Ouvrier. Cette mutation profonde des rôles et de l'influence de l'Etat qui de géographiques et historiques allaient devenir politiques et sociaux, va de pair avec le passage sous l'effet du capitalisme d'une société-corps à une société-marché. Cet Etat « moderne et progressiste » s'est élaboré par bonds bien souvent consécutifs à de grandes crises ou conflits comme le sont les guerres. Ces dernières imposent à une reformulation de l'ordre après le désordre ; c'est ainsi que subséquentement à la Seconde Guerre Mondiale, le plan Beveridge a pu voir le jour et a imprimé à titre d'instigateur et de modèle les *Sécurités Sociales* de nos pays occidentaux, point d'orgue du Mouvement Ouvrier - le monument le plus important du patrimoine de la classe ouvrière - et pièce-maîtresse de l'Etat-Providence.

Pour se constituer et surtout fonctionner de la sorte, l'Etat s'entoure d'une bureaucratie qui deviendra rapidement une technocratie où la raison est devenue pouvoir et donc purement instrumentale : l'autorité devient les institutions et le patronat est devenu l'entreprise, simple acteur économique. De garant, l'Etat modernisateur est devenu gérant en lieu et place de la classe dirigeante et agent unique et exclusif du changement en lieu et place des mouvements sociaux.

Cet Etat intervient donc et dans la reproduction de l'économie (allocation, redistribution, régulation) et surtout dans la formation des individus, de la famille, de la santé

¹⁸⁴ Ce terme est repris par Bourdieu dans son analyse de la socialisation par l'enseignement: « Les Héritiers, les étudiants et la culture » (1964) et « La reproduction. Eléments pour une théorie du système d'enseignement » (1970).

publique, de l'enseignement - qui est le soubassement à toute socialisation des individus - et plus généralement dans tout l'espace de la vie privée. C'est tout le secteur non-marchand qui se retrouve ainsi déterminé. C'est sur ces deux aspects que se fonde l'Etat-Providence mais aussi la crise et la critique qu'il essuie aujourd'hui.

La politique de l'Etat, même si elle se dit sociale, se fait économicratique c'est-à-dire se contentant d'une logique budgétaire élaborée au coup par coup et dénuée de tout débat et de perspectives. Parallèlement, cette politique a des effets de massification, cette massification elle-même effet social de la marchandisation (économique) puise ses racines dans l'économisme étatique devenu sens de son action (finalité utilitariste dominante). Intrinsèquement lié à l'individualisme, le fait que l'Etat considère la société en termes de masses entraîne la disparition (apparente) des classes et des individus-citoyens, et conjointement l'éludation des luttes de classes ainsi que l'émergence des minorités qu'il faut intégrer. Cette vision de l'Etat-intégrateur occulte la réalité sociale complexe et conflictuelle et cette vision monoéconomiste vient se heurter au multiculturalisme ; si bien que l'économique est désormais déconnecté du social.

En effet, par son analyse trop étroitement économique voire budgétaire, l'Etat s'est égaré du progrès social dont il était devenu le garant dans le *contrat social*, en omettant de considérer ce progrès comme une donnée essentiellement culturelle et sociologique. Quoique l'Etat-Providence se retrouve de nos jours dans une impasse financière, c'est bien plus une crise de légitimation qui le traverse et l'ébranle. Sa légitimité procédait des garanties d'égalité, de démocratie¹⁸⁵ et de justice sociale qu'il était censé garder. Mais à considérer, en regard de cette dernière, la solidarité comme mécanique, et à simplifier le social, cette solidarité deviendra qui plus est progressivement inefficace économiquement, inapte à relancer la croissance - l'Etat-Providence et l'ensemble de ses mécanismes possèdent (du moins le croyait-on) une fonction anticyclique - puisque inadaptée sociologiquement. C'est donc bien en termes de dissociation entre le critère économique et le critère social que la rupture s'est opérée. Notre société est devenue une société duale où l'on privilégie sans nuances la réussite personnelle au détriment des valeurs collectives. Nous faisons ici référence à la logique utilitariste, transposition du prisme économique sur les relations sociales, dont le but est l'efficacité, définie comme la maximisation des intérêts des individus et des groupes par la compétition entre eux. Cette logique se répand et devient peu à peu le principe de légitimité qui donne du sens aux relations sociales (l'individualisme).

D'autre part, cet Etat-Providence s'est construit sur le monde du travail (M.O.) et ce travail, devenu au jour d'aujourd'hui un privilège, devient facteur de ségrégation sociale par le statut d'assisté que l'Etat-Providence confère à ceux qui en sont exclus à savoir les chômeurs, les malades, les vieux, etc. et dont le non-marchand *s'occupe* ! Les travailleurs du secteur de la santé et

avec lui - mais jamais communément - ceux du secteur non-marchand, se sentant gagnés par cette « lèpre »¹⁸⁶, sont montés au-devant de la scène sociale. En effet, à l'heure où les biens matériels ont laissé une large place aux biens culturels comme la santé ou l'éducation, les producteurs-fournisseurs de ce type de biens - ces biens sont en réalité le plus souvent des services -, travaillant pour la réduction des inégalités sociales et optimisant de la sorte le fonctionnement du marchand, manifestent l'abandon dont ils sont victimes.

Ces professionnels du social et de l'humain font l'office de révélateur de cette crise de l'Etat-Providence, car ce secteur vital pour une société repose en permanence sur la question du sens, de la finalité de l'économie, parce qu'en fine, une économie s'apprécie certes par des indicateurs théoriques mais aussi et surtout à la lumière des résultats sociaux qu'elle produit. Et qu'en fin de compte toute politique, fût-elle économique, a pour but l'amélioration de la vie des hommes.

Pourtant et malgré l'élévation des niveaux de vie, il y a abaissement des qualités de vie et pour témoigner de ce fait : l'émergence d'une nouvelle paupérisation, d'une nouvelle misère sociale¹⁸⁷ qui se marque en termes de santé publique par la résurgence de la tuberculose. A contre-courant, dénonçant les incidences nombreuses de la monétarisation et la marchandisation outrancières telles que la régression sociale et les piétinements démocratiques, les infirmières veulent se placer comme professionnelles afin de défendre de façon opportune non pas cet Etat, mais une conception pleinement humaine et sociale de la société sans laquelle elle ne peut être.

3° - Crise du couple Etat-Société :

La société est un ensemble d'êtres vivant en groupe organisé. Dès lors, elle se caractérise par ses institutions, ses lois, ses règles ; Jean-Jacques Rousseau définissait la société comme l'ensemble de personnes unies par un rapport non écrit, mais réel, appelé *contrat social*. De ces deux définitions complémentaires émanent deux niveaux de compréhension : étant un *groupe organisé*, la société nécessite une infrastructure c'est l'économie et puisque basée sur un *contrat social*, elle dispose d'une superstructure faite d'idéologies et de cultures.

L'Etat censé au départ combler le vide existant entre les deux, s'est approprié les deux en sus. Dès lors, l'Etat est devenu peu à peu la seule forme de domination en évinçant la classe dominante, en diluant les classes sociales et par la même occasion toute source de conflit ; il s'arroge le droit, et s'en donne les moyens, d'être le seul modèle de développement et de ce fait considère la société comme un bloc c'est-à-dire *unidimensionnelle* où publique et étatique se

¹⁸⁵ Voir la Révolution Française et plus encore sa devise, reprise par l'Etat-Nation : « Liberté, Egalité, Fraternité ».

¹⁸⁶ Nous vous renvoyons à un numéro spécial de la revue *Contradictions* dont la thématique est « L'extension de la sphère marchande » et « La mutation du modèle culturel » (1991).

¹⁸⁷ Cf. le dernier ouvrage de Bourdieu traitant de cette misère sociale, bien souvent auto-générée.

confondent. Ainsi conçue la société, et les membres qui la composent, s'en remettent à l'Etat - ou au marché selon le cas - plutôt qu'à l'action. La position des syndicats contemporains s'argumente de cette manière, surtout qu'ils sont devenus cogestionnaires, de là l'attitude ambivalente des travailleurs à l'égard de ces mêmes syndicats. Ainsi, « *l'Etat et les relations de domination, d'alliance et de protection qu'il tisse autour de lui-même se substituent à l'espace civil qui est celui des mouvements sociaux* »¹⁸⁸. En fait, cette crise de légitimation de l'Etat et de ses structures témoigne de la rupture entre l'Etat et le citoyen. L'abandon idéologique dont le citoyen témoigne à l'égard de la démocratie représentative et d'une politique qu'il juge politicienne, l'anomie et l'atonie qui en découlent l'amènent au repli ou à la crispation identitaire (appel à la subjectivité).

c) Conclusion sur le principe d'opposition:

Après ce long détour qui nous a quelque temps éloigné de la profession infirmière, il nous faut conclure par une réelle difficulté à désigner un adversaire proprement social sur lequel il est possible de structurer les enjeux et de les légitimer. Faute de combattants, il est difficile de mobiliser puisque, comme nous l'avons vu, l'Etat moderne régule les conflits par la négociation et par des instruments comme la Sécurité Sociale ; si bien qu'il n'existe plus d'interlocuteur à proprement parler et donc on ne sait plus comment déterminer l'action et prouver sa crédibilité.

Pourtant, l'interface qu'est le secteur de la santé, et avec lui celui de l'éducation ou du social, malgré sa situation difficile, joue néanmoins un rôle non négligeable de révélateur d'un malaise plus large et plus profond puisque la santé (par exemple) possède des racines culturelles et sociales fondamentales. Dans ce contexte, l'Etat n'apparaît plus comme mode de développement mais comme mode de reproduction de la société et l'histoire de la société régresse et s'immobilise faute de mouvement(s) tandis que l'Etat « s'embourbe » dans sa logique et dans sa politique qui n'a de social que le nom.

¹⁸⁸ Touraine A., « Au-delà d'une société du travail et des mouvements sociaux ? », in Sociologie et société, p. 33.

II.3. PRINCIPE DE TOTALITE :

Le dernier principe constitutif d'un mouvement social se construit autour du ou des enjeux porteurs du conflit et plus encore de leur légitimité, c'est-à-dire leur bien-fondé et leur crédibilité. L'enjeu est bien le moteur du conflit puisqu'il représente ce que l'on risque et que l'on peut ou perdre ou gagner. De ce fait, il devient principe de totalité parce qu'il définit, mieux qu'ils ne peuvent respectivement le faire, les deux belligérants, acteurs du jeu ou du conflit, et plus précisément leurs rapports.

Dans le cas de conflits sociaux, ces enjeux se placent aux différents niveaux de fonctionnement de la société : le niveau des enjeux fondamentaux c'est-à-dire celui de *l'historicité*, le niveau institutionnel et le niveau organisationnel¹⁸⁹. Ces niveaux établissent le degré d'action et par-là spécifient le type de luttes collectives ; nous renvoyons à leur typologie. Il ne faut toutefois pas ignorer que ces types de luttes ne se retrouvent *JAMAIS* à l'état pur, se combinent dans la réalité et les trois principes sont des principes de lecture de cette réalité. L'enjeu majeur est ici le contrôle de l'historicité puisque c'est elle qui détermine les orientations culturelles et les rapports sociaux qui structurent une société historique. Cet enjeu à l'historicité est la caractéristique centrale d'un mouvement social tel que le définit Touraine. Dès lors, l'enjeu concerne un problème social, non spécifique mais global à savoir sociétal et propose donc un contre-projet, une alternative.

Dans ce principe de totalité, il faut cependant pouvoir distinguer les parties du conflit et pour ce faire, il faut analyser la manière dont l'une (ou l'autre) partie argumente ce ou ces enjeux. Reposant à la fois sur des rapports sociaux mais aussi sur des orientations culturelles, c'est une idéologie qui sera vecteur d'affirmation et de transmission des enjeux et c'est à partir de l'identité que va se fonder cette idéologie allant permettre et l'identification et l'opposition.

a) Qu'est-ce qu'une idéologie ?

L'idéologie est une formulation particulière, à une classe ou à un groupe social déterminé, des orientations culturelles et en conséquence une représentation particulière des rapports sociaux. Ce système d'idées, intrinsèquement lié à l'identité du groupe, n'est donc plus tout à fait l'enjeu mais bien son expression partisane et inévitablement réductrice. Cette idéologie est de fait facteur de cohésion à l'intérieur du groupe identifié (l'idéologie devient la « bannière », symbole d'appartenance) et facteur de différenciation à l'extérieur de celui-ci. Deux remarques restent encore à formuler avant de poursuivre. Tout d'abord, la notion d'idéologie a souvent été reliée au concept d'utopie. La contradiction, noyau des théories marxistes, oppose ces deux termes :

*Idéologie et Utopie*¹⁹⁰. Dans cette conception, la première émane de la classe dominante et vise principalement à légitimer le conservatisme et à préserver de la sorte les intérêts du groupe dominant ; tandis que la seconde, l'utopie, s'inscrit comme la réponse des groupes dominés à l'idéologie dominante devenue idéocratie¹⁹¹. Ainsi, l'utopie est un contre-idéal mais se révèle in fine de même nature que l'idéologie (elles sont toutes deux comme autant de conceptions du monde).

La deuxième considération découle de la précédente. En effet, il importe d'éviter l'écueil de l'idéocratie c'est-à-dire où les idées prennent le pouvoir. Cette assertion se fait l'écho d'une phrase énoncée dans le principe précédent : « [...] *l'Etat s'entoure d'une bureaucratie qui deviendra rapidement une technocratie où la raison* (une des idées maîtresses, avec le progrès, de la société industrielle) *est devenu pouvoir* » et il n'y a dorénavant plus guère de place pour l'action et les mouvements sociaux. Enfin, pour que le mouvement social reste mouvement et social, il faut que l'enjeu dépasse l'idéologie et que l'identité se dépasse ; c'est ce qu'il advint au Mouvement Ouvrier.

b) *Le Mouvement Ouvrier dans son principe de totalité :*

Toutefois, pour qu'une idéologie soit forte et convaincante, il faut qu'elle soit crédible car de cette crédibilité dépend la légitimité de l'enjeu et du mouvement et sa capacité d'emprise sur la société. Ce processus de légitimation des enjeux doit donc s'opérer tant à l'intérieur du mouvement que vis-à-vis de l'ensemble de la société dans laquelle il s'inscrit. Dans le cas du Mouvement Ouvrier, certains facteurs ont favorisé ce mécanisme¹⁹² :

- l'utopie : celle d'une société sans classe et sans Etat et mis en exergue par les théories marxistes ;
- le manichéisme : la division du monde en deux pôles irréductibles,
- la simplicité des revendications,
- le modèle de référence : le dessein socialiste ;
- les variations des conditions de vie : c'est la privation relative, et non absolue, qui est mobilisatrice.

Rajoutons encore que l'identité ouvrière au fil de sa constitution s'est rapidement transcendée puisqu'elle s'attacha à combattre un mode de société dans sa globalité ; son enjeu était donc proprement sociétal.

¹⁸⁹ Voir cadre théorique : La sociologie des mouvements sociaux.

¹⁹⁰ C'est d'ailleurs le titre d'un ouvrage du sociologue d'inspiration marxiste, Karl Mannheim : « *Ideologie und Utopie* » (1929).

¹⁹¹ Un autre marxiste, Engels, écrit : « L'Etat s'offre à nous comme la première puissance idéologique s'exerçant sur l'homme » ; ceci nous renvoie à l'analyse de l'Etat que nous faisons plus haut.

¹⁹² Nous reprenons pour cela Bajoit et Reman, op.cit., p. 409.

c) Transposition:

Efforçons-nous une nouvelle fois de rechercher des conditions analogues dans le mouvement des infirmières.

1°- *Utopie et manichéisme ?*

La société n'est plus marquée par ces grandes classes, cette division permettait non seulement une polarisation du monde mais aussi l'existence et la perpétuation de l'utopie « communiste ». Ce grand idéal, et toute l'idéologie sous-jacente, se retrouvaient dès lors légitimés. A l'heure actuelle, la politique de masse qui gagne tous les secteurs sociaux atomise la société. L'individualisme et plus encore la crise culturelle, accentuées par les crises économique et politique, génèrent un contexte tel qu'il est à la fois facile et difficile d'élaborer et de proposer autre chose. Facile puisqu'il suffit de critiquer et de contester mais difficile car pour critiquer judicieusement, il faut pouvoir analyser cette société afin d'ensuite pouvoir construire un contre-modèle, une alternative concrète et crédible de société. Outre cela, l'absence d'un adversaire concret, dans une société secouée par une crise profonde de légitimité, un grand dessein sociétal devient de ce fait *malaisé* à énoncer clairement et sur lequel une frange de société puisse se constituer et se mobiliser.

Dans le cas des infirmières, les enjeux sont déjà difficilement légitimables de par leur position au sein d'un secteur coûteux et considéré comme improductif de la société absorbée par la productivité et la performance. D'ailleurs, au premier regard, les enjeux et objectifs portés par les revendications des infirmières (comme ceux des autres travailleurs sociaux ou des enseignants) semblent attestés d'une certaine crispation, d'un repli sur soi à visée protectionniste et, par conséquent, permettent d'être taxés de corporatisme. Néanmoins, certains enjeux du conflit des infirmières peuvent être porteurs de perspectives pour une société mais réclament au préalable de pouvoir dépasser de simples positionnements stratégiques au sein du secteur d'activités qui est le leur.

2°- *Simplicité des revendications ?*

Soutenus par cette utopie puissante, l'imaginaire social et sociétal qu'elle générait et l'antagonisme irréductible qu'elle fournissait, les enjeux du Mouvement Ouvrier devenaient à la fois aisément traduisibles en revendications simples et compréhensibles par tous et de surcroît une partie d'entre eux restaient inconciliables puisqu'utopiques. Dans le cas de figure des infirmières, leurs revendications sont mal traduisibles en quelques objectifs de luttes clairs, simples et compris de tous, infirmière ou non. Ce fait est à rapprocher du nombre élevé de revendications qui, pour une partie d'entre elles, sont de surcroît assises sur un malaise. Ce malaise qui n'est nullement la seule

explication au mouvement de colère des infirmières, faut-il le rappeler, empêche la clarification et l'expression d'objectifs puisque lui-même ardu à circonscrire. Cette contingence conjointement au contexte dépeint ci-dessus, expliquent en bonne partie l'aspect catégoriel qui marque le discours revendicatif de la profession infirmière.

3°- Les variations des conditions de vie ?

La précarité ne marque pas la carrière infirmière comme elle peut se rencontrer dans d'autres secteurs du social. Son salaire lui permet de vivre honorablement. Toutefois, en élargissant la notion de conditions de vie, en l'actualisant, il faut toutefois reconnaître que la pratique soignante de par ses contraintes internes ne permet qu'une vie socio-culturelle et associative des plus relatives à notre époque où la culture et les loisirs sont devenus des biens de consommation particulièrement prisés. Cet aspect prend des allures individualistes étant données la mobilité¹⁹³ principalement individuelle de l'infirmière et l'extrême diversité, caractéristique manifeste de la profession : ces deux facteurs n'incitent point ou que faiblement à la mobilisation collective. Pourtant, c'est sur leurs conditions de travail et de vie que les soignants fondèrent bonne partie de leur mouvement de protestation.

d) Les enjeux du mouvement infirmier:

En guise de conclusion et de préliminaire pour le dernier chapitre, passons en revue les grands enjeux qui balisaient et balisent encore le mouvement infirmier.

Primo, les infirmières veulent s'affirmer comme professionnelles et comme professionnelles de la santé ; en d'autres mots, il s'agit de dépasser, sans le rejeter, l'aspect simplement exécutant de leur métier en se donnant les moyens du professionnalisme et d'en faire profession. C'est l'abord salarial tel que nous l'avons décrit dans le principe d'identité à savoir bien plus que l'aspect matériel, financier, seule donnée prise en compte à en croire les résultats. Sous cet angle restrictif, âprement et doublement ressenti par le corps infirmier, cette revendication permettait l'intervention syndicale, purement instrumentale voire dialectique. La canalisation, sur le mode syndical, des revendications vers la négociation et mieux encore la résolution (apparente) évince de ce fait et de fait le conflit¹⁹⁴.

Cette dernière remarque nous en amène deux autres : en premier lieu, l'intervention syndicale dont l'optique est essentiellement intercatégorielle, a élargi le conflit de départ et ainsi fait prendre conscience aux travailleurs (et aux infirmières en particulier) la nécessité d'un discours de cohésion. Deuxièmement, le problème financier nous conduit à la problématique bien plus vaste et

¹⁹³ Cette mobilité doit être considérée dans son sens le plus large (de poste, d'horaires, de lieu d'exercice, de temps de travail, etc...).

complexe du financement du secteur de la santé et par de là celui du secteur social tout entier (le non-marchand). La politique de l'Etat n'est que budgétaire et budgétairement acculée et malgré les dimensions humaines et sociales de ces secteurs d'activités, le secteur est délaissé et son financement - et peut-être bien plus que ça - se retrouve sur la sellette : c'est là aussi que s'installe un des enjeux majeurs du mouvement. De cette façon, les enjeux semblent indiquer le dépassement de simples positionnements stratégiques ou corporatistes et de cette façon, le conflit infirmier se conçoit dès lors comme l'expression singulière - et peut-être la plus achevée - des problèmes plus généraux qui touchent le secteur du social. Cette position se retrouvera plus loin en termes de perspectives.

En s'affirmant comme professionnelles de la santé et en posant la question de sens et de finalité du système de santé publique, les infirmières tentent de s'impliquer totalement dans le processus santé et plus encore dans le système sanitaire et social. Cette implication revendique d'abord les moyens d'appréhender ce système (transparence) et ensuite invite la profession infirmière à se positionner comme interlocuteur dans la politique de santé et à y participer comme acteur.

II.4. CONCLUSION SUR LES TROIS PRINCIPES:

Le mouvement social, c'est la conjonction de trois principes : un principe d'identité, un principe d'opposition et un principe de totalité mais le mouvement social est dans sa réalité bien plus complexe et dès lors difficile à circonscrire et à décrire. Les trois principes permettent de mieux comprendre ce qui constitue pareille conduite collective. Avant de poursuivre, nous résumerons de façon succincte les éléments mis en évidence par l'analyse.

L'identité est une notion équivoque, nous avons pu nous en apercevoir, pourtant d'elle dépend l'appartenance et la conscience de cette appartenance, symbole de cohésion interne et de différenciation externe. En ce qui concerne la profession infirmière, la recherche d'un principe identitaire atteste d'un grand nombre d'ambiguïtés, source de dissemblance comme en témoignent les différents courants idéologiques qui traversent la profession et imprègnent sa pratique. Ces courants technologique, relationnelle et globaliste puisent partie de leurs origines dans les caractéristiques historiques et culturelles qui ont marqué l'évolution de la profession infirmière. Ces traits hérités du passé jouent encore aujourd'hui le rôle de frein au développement tant d'une identité professionnelle que du mouvement. Ainsi, la féminité, l'oralité, la vocation, le dévouement et la subordination restent très prégnants dans la profession et principalement au sein de son terrain d'exercice privilégié qu'est la structure hospitalière où le courant technologique est (pré-)dominant

¹⁹⁴ Comme le dit Balibar : « l'argent est le solvant universel ».

puisque socialement valorisé. Par cette double caractéristique, la profession infirmière ne peut réellement s'autonomiser, se professionnaliser et de plus, la pratique soignante, déterminée de la sorte, s'éloigne, en le réduisant, de son objectif majeur : la santé¹⁹⁵.

La transposition des conditions qui permirent la constitution de l'identité ouvrière dans le M.O. nous confirme que cette hétérogénéité est le maillon faible car bien plus qu'hétéroclite, la profession infirmière est divisée. La démarche identitaire se devait donc de trouver un facteur de cohésion interne (un invariant fédérateur) et pour cela, il fallait sortir des logiques qui prévalent afin de constituer non pas une nouvelle identité mais plutôt une autre voie d'identification. Offert, tout comme le modèle conceptuel d'analyse, par le Mouvement Ouvrier, le rapport salarial invite à opérer une double dissociation ; dissociation ne signifiant nullement refus ou réduction. La première se place en regard de la division sociale du travail, vise à séparer l'identité individuelle (marquée par l'aspect vocatif) de l'identité professionnelle et permet par conséquent de s'inscrire comme une profession à part entière. La division sexuelle et les rapports sociaux de genre qu'elle détermine nous proposent la seconde distinction, celle-ci ambitionne à faire reconnaître la pratique infirmière tel un travail comme les autres.

La recherche d'un principe d'opposition s'avère aussi ardue dans le mouvement infirmier, le second acteur du conflit qui nous occupe semble bien difficile à isoler. Cet antagoniste serait-il pluriel et/ou abstrait et de cette manière difficilement accessible. Dans cette confusion, dans notre société où la plupart des rapports sociaux sont institutionnalisés et au sein du secteur sanitaire conçu et fonctionnant comme un service public, l'Etat nous semble cet adversaire alors qu'il n'est pas proprement social. Cet Etat, représentant politique de la société, est en crise et essentiellement dans sa composante « Etat-Providence ». En effet, et sans critiquer les acquis sociaux qui en dérivent, l'Etat est devenu le principal agent de changement ET de pouvoir ; ayant de la sorte outrepassé les fonctions qui lui étaient attribuées et acculé dans ses diverses logiques. Cet Etat modernisateur se retrouve vivement contesté et ce à tous les niveaux. En définitive, les problématiques financière et économique se révèlent les symptômes d'un malaise plus vaste à la fois social et sociétal, malaise d'une société où les mouvements sociaux, de tout bord soient-ils, n'ont plus ni place, ni fonction. Dans de telles circonstances, il devient difficile de structurer un réel mouvement mais cette analyse a l'avantage toutefois de discerner certaines perspectives.

Entre les deux acteurs d'une controverse se trouvent les enjeux c'est-à-dire ce qui à la fois les unit (principe de totalité) et les sépare ; cette distinction étant concédée par l'interposition de l'idéologie. Dans le cas des infirmières, compte tenu des difficultés d'identification internes à la profession, d'un milieu et d'un climat peu propices, les enjeux de la lutte sont rendus difficilement transposables en objectifs clairs et simples. Toutefois, si l'identité parvient à dépasser sa phase de

¹⁹⁵ Telle que l'O.M.S. la définit (par exemple).

crispation, si « *le métier que l'on ne fait pas que pour soi* » ne se replie par sur lui, des enjeux légitimes découlent de cette identité en constitution décrite plus haut ; des enjeux qui surpassent l'attitude corporatiste ou défensive.

En tentant de résumer au mieux cette longue réflexion, basée sur les trois principes mis en évidence par Touraine, il faut rappeler que la finalité d'une telle démarche est de se poser une question. La question à laquelle nous tenter de répondre dans le prochain chapitre est la suivante :

**Le mouvement infirmier est-il un mouvement social au sens
que Touraine le définit ?**

Chapitre III - MOUVEMENT INFIRMIER : MOUVEMENT SOCIAL ?

A la vue des trois principes analysés dans le précédent chapitre, le mouvement infirmier que nous avons décrit dans la première partie de ce travail, est-il un mouvement social tel que Touraine le définit dans sa sociologie ? Cette question réclame néanmoins une nuance : le mouvement social ne se résume pas en trois principes mais son analyse en ces termes permet de décrire la relation existant entre les deux acteurs du conflit et ainsi d'éclairer les conditions de formation d'un pareil mouvement : il s'agit bien d'un processus heuristique.

I – REPOSE :

NON, le mouvement qui traversa la profession infirmière, puis le monde hospitalier, n'est pas véritablement un mouvement social. En effet, la profession infirmière n'est pas une classe sociale au sens classique du terme et elle est de plus marquée par un grand nombre d'ambiguïtés voire de contradictions et en tout cas par une disparité interne, importante, qui l'affecte dans sa démarche d'affirmation. De surcroît, les enjeux du mouvement infirmier ne sont pas sociaux et globaux mais bien professionnels et catégoriels.

NON MAIS... Même si le mouvement infirmier n'est pas un mouvement social, l'analyse nous indique toutefois un désir de mouvement mais également pose la question des conditions de possibilités. Mouvement certainement puisque les infirmières ont bougé, ont dérangé par leurs revendications et ont fait bouger certaines choses ; mais conjointement le mouvement a été ressenti à l'intérieur même de la profession. Passons en revue ces trois aspects : l'action « sociale » du mouvement, les effets internes de celui-ci et enfin les perspectives qui en émanent.

Le mouvement social au sens strictement sociologique du terme nécessite une intégration importante des trois principes d'identité, d'opposition et de totalité et celle-ci permet une action historique réelle (sur l'historicité). Cependant, cette synthèse reste toujours instable puisque par définition et par nécessité le mouvement évolue (notion de dynamique) et avec lui ses acteurs. Cette caractéristique est mise en exergue par la typologie des luttes collectives proposée par Touraine ; cette dernière présente des types radicaux qui ne se retrouvent jamais de la sorte dans la complexe réalité sociale mais s'y mêlent et s'y entremêlent. Au demeurant, les différents types peuvent coexister dans un seul et même mouvement comme autant de facettes d'un même « combat ». Reprenons donc cette typologie en tentant de déterminer, à travers elle, le ou les caractères du mouvement infirmier.

Les divers genres des luttes collectives se différencient par leur niveau d'action sur les structures sociétales et par leur nature. Dans le cas qui nous occupe, il s'agit nullement d'une lutte critique ou défensive mais plutôt affirmative (ne fut-ce que sur le plan interne à la profession). Le principal niveau d'action du mouvement infirmier se situe au niveau organisationnel c'est-à-dire un mouvement essentiellement revendicatif. Il s'agit ici de luttes pour l'amélioration de la position relative de l'acteur (entièrement) à l'intérieur d'une organisation hiérarchisée. Les infirmières luttent pour un meilleur salaire et des conditions de travail moins pénibles et nous renvoyons au premier enjeu ou à la liste non exhaustive des différentes revendications du personnel infirmier.

L'analyse du mouvement infirmier révèle aussi un second niveau d'action, niveau supérieur puisque la lutte s'installe dans la sphère institutionnelle. Ce gradient supérieur de l'action sociale est atteint vu le genre particulier d'une partie des revendications mais est aussi permis par l'intervention syndicaliste. En effet, les syndicats de par leur fonction vont faire monter les revendications jusqu'à devenir des pressions institutionnelles et politiques. Le versant défensif de ce type de pressions à savoir les conduites dites de blocage fait directement appel à la grève si bien que cette dernière est fréquemment mêlée aux premières et est in extenso l'instrument le plus puissant du syndicalisme. Nonobstant, ce recours à la force se fait dans le cadre de règles admises et reste dès lors institutionnalisé. Toujours en regard des pressions institutionnelles et politiques, le conflit des infirmières cherche aussi à augmenter l'influence du corps infirmier sur la prise de décision à l'intérieur des limites du champ social concret qu'est le monde de la santé. La lutte se situe donc à l'intérieur d'institutions, de groupes d'intérêts ou de procédures considérées comme légitimes. Les actions sont menées dans le but de modifier des règles du jeu, d'élargir des limites du négociable, etc. . C'est la compétition politique sans toutefois tenter de renverser les rapports sociaux existants : second enjeu majeur du mouvement des infirmières !

Cette fois à l'intérieur de la profession, le mouvement dévoile encore certaines faiblesses ou *défects* principalement vis-à-vis de l'identité infirmière et en tout premier lieu, l'enjeu de l'unité et la prise de conscience de cette cohésion/cohérence. Ces apports indéniables et appréciables pour la profession seront examinés ci-dessous. En effet, les prochains paragraphes traiteront de perspectives et donc de nouveaux enjeux ou de la reformulation d'enjeux restés sans réponse comme le volet qualitatif des revendications. En fin d'analyse, le mouvement infirmier s'avère être plutôt d'ordre stratégique puisqu'il ne se constitue pas en référence directe - et à contre-pied - au système dans lequel il s'insère et il est de ce fait conçu et perçu plus comme une réponse à des modifications de l'environnement et plus encore à des tensions entre acteurs qu'à un réel mouvement social.

MAIS, même s'il ne peut se targuer de l'appellation « mouvement social », le mouvement infirmier, et plus encore (peut-être) son analyse, font office de révélateur : révélateur de

problématiques inhérentes aux différents niveaux de la vie sociale et par surcroît révélateur de certaines perspectives.

II – PERSPECTIVES :

Mouvement social : NON MAIS désir de mouvement sans aucun doute. Du mouvement lui-même et de son analyse, selon le modèle conceptuel de Touraine, émerge un certain nombre de perspectives. Ces perspectives peuvent non seulement concourir à la constitution d'une identité professionnelle et sociale légitime de l'infirmière mais également, si elles se précisent, ces perspectives sont à même de devenir des enjeux pour une nouvelle lutte et par-là, un réel mouvement social pourrait affleurer. Ces perspectives classées selon leur niveau d'action sont ou en voie de constitution ou des pistes qui nous semblent pertinentes et qui prennent de ce fait l'allure de défis pour la profession infirmière.

De fait, de telles perspectives pour la profession, pour le secteur dans lequel elle s'exerce et pour la société dans laquelle elle évolue demeurent dans la continuité du mouvement. Cet ensemble de perspectives, mélange de points de vue et de projets, s'ambitionnent de leur virtualité mais ce potentiel d'action réclame perspicacité et sagacité autant que conviction et persuasion.

II.1. PERSPECTIVES CORPORATISTES :

a) notion de corporatisme :

Il nous semble d'actualité convenable de s'intéresser à pareil concept dans notre époque où tous ces mots sont devenus difficiles à utiliser et où effectivement ils ont parfois mauvaise presse. Le propre du corporatisme est la défense exclusive des intérêts étroitement professionnels d'une catégorie déterminée de travailleurs et cet aspect fait référence à l'idée des corporations de métiers telles qu'elles existaient sous l'Ancien Régime. Se faisant parfois résurgente, cette forme de corporatisme et l'idéologie qui s'y rattache, contre laquelle vitupère et s'oppose le syndicalisme, fut en ce sens supprimé par la Révolution Française. Cette résistance se fait encore plus vive depuis la fin de la Seconde Guerre Mondiale où l'on observe une réaction contre le corporatisme, le mot et les théories qu'il recouvre. Pourtant même si le conflit des infirmières avait des allures catégorielles, en ce sens corporatistes et dénigré comme tel par les syndicats, nous relevons néanmoins trois éléments positifs.

b) *le corporatisme « revu et corrigé » :*

Tout d'abord, la corporation délimitait, à l'origine, tout corps social organisé s'instituant ainsi comme corps intermédiaire entre l'Etat et le citoyen-individu. La survivance de semblable conception se fait par le corporatisme d'association qui donna naissance à nombre d'organisations professionnelles et autres dont les associations d'infirmières. Secundo, dans son assertion et dans ses aspirations positives, on retrouve une certaine forme de compagnonnage (tel qu'il existait chez les ouvriers) dans la profession infirmière où les stagiaires viennent se former au contact des professionnels. De ces deux dimensions présentes dans le cas de la profession infirmière découle la troisième proposition : la notion de corps de métier et d'esprit de corps qui s'y rattache.

« Etre du métier »¹⁹⁶ et en avoir conscience : ces deux données sont inséparables puisque conditions d'existence de l'action et du mouvement (principe d'identité) et en déterminent la force ou la faiblesse. Cette conscience ne réclame pas l'abolition des différences et des clivages inhérents à la profession (de par la division du travail, par le lieu d'exercice, par la philosophie sous-jacente, etc.) parce qu'elle ne nie aucunement la diversité irréductible des pratiques et des discours, ne pouvant d'ailleurs les incorporer toutes et tous et cette différenciation interne se conçoit alors comme des niveaux d'appartenance. En fin de compte, le corporatisme repensé offre un défi aux infirmières, celui de constituer une volonté collective capable, comme le dit Touraine à propos des sociétés, « *de générer leurs objectifs et leur propre normativité* »¹⁹⁷.

c) *un corporatisme en perspectives :*

L'analyse du mouvement et en particulier celle de son principe d'identité nous ont révélé le problème de la constitution et de l'organisation d'une réelle identité professionnelle et même si au sein du mouvement social, l'unité n'est que rarement retrouvée, cette identité doit témoigner d'une certaine homogénéité symbolique c'est-à-dire dans la conscience de groupe¹⁹⁸. Toutefois c'est par et dans le mouvement que cette conscience émerge et évolue de concert avec l'identité. Là est sans doute le premier enjeu majeur pour la profession infirmière sans quoi les autres perspectives resteraient alors vaines, stériles et pure démagogie.

Les perspectives strictement professionnelles s'inscrivent en continuité directe avec les enjeux décrits plus haut à savoir : la pratique infirmière est un travail comme un autre et est une profession à part entière. Même si les infirmières ont obtenu beaucoup, mais principalement sur le

¹⁹⁶ *Etre du métier* : un métier est « un groupe de culture au sens fort du terme soulignant ainsi la notion de transmission d'un capital de savoirs par l'apprentissage qui n'est autre qu'une mise en forme du corps et de l'esprit qui s'opère par une identification au geste [...] qui ne s'imité pas mais se reproduit ». L'auteur de l'article, Bernard Zarca, souligne l'identification croisée du maître et de son élève ainsi que la place du geste et du vêtement comme forme singulière de langage puis, et enfin, une identification éthique.

¹⁹⁷ Touraine, « La voix et le regard », p. 82.

¹⁹⁸ Une identité professionnelle, malgré la valeur centrale que lui accordent nos sociétés, n'est qu'une identité partielle venant se conjuguer de manière plus ou moins conflictuelle avec les autres identités.

mode étroitement salarial c'est-à-dire des revalorisations financières, les aspects qualitatifs, les plus nettement ressenties¹⁹⁹, ont été en grande partie délaissés et oubliés. Ensuite, mais ces notions restent et doivent se coordonner, la profession infirmière tente de se constituer socialement comme réellement professionnelle où l'autonomie réclamée ne signifie pas indépendance totale, où sa compétence attend d'être reconnue. Pour y parvenir, elle devra vraisemblablement, et tout en poursuivant son travail de cohésion interne, dépasser les limites à peine circonscrites de son identité de métier.

En premier lieu, sur le lieu de son exercice professionnel où la profession infirmière doit prendre la place qui lui revient de par ses compétences c'est-à-dire celle de coordinatrice de l'équipe multi-disciplinaire ; intégrant les multiples et complémentaires interventions des différents professionnels de la santé vers un seul et même objectif : la santé de l'individu-malade. C'est à ce moment là que l'équipe de soins sera effectivement pluridisciplinaire ! Ainsi par cette place de choix, la gageure de participer à la politique de santé sera plus aisément accessible puisqu'elle n'aura qu'à transposer ses modes de pensée et de fonctionnement aux échelons supérieurs et valoriser de la sorte sa fonction au niveau social. Les perspectives corporatistes invitent dès lors à des attentes plus globales.

II.2. PERSPECTIVES GLOBALES :

L'échelon supérieur est lié au fait que la pratique infirmière est en réalité un service infirmier offert dans le cadre des services publics et donc appartient au secteur non-marchand. Le mouvement infirmier s'inscrit bien dans cette logique non-marchande et c'est probablement pour cela que le principe d'opposition se focalise sur l'Etat. Ce secteur proprement social, Pierre Bourdieu l'appelle « *la main gauche de l'Etat* » et la contradiction (thème marxiste) ou préférentiellement, l'opposition s'inscrit dans ce cadre-là. Le surinvestissement, conséquence imprévu du Mouvement Ouvrier, de l'Etat a peu à peu dénaturé le conflit social, moteur de la société, si bien que l'Etat est devenu agent central de pouvoir. Mais entraînée par sa logique de libéralisme économique échevelé, « la main droite » ne savait plus ce que faisait « la main gauche » et cette dernière fut progressivement délaissée. Les professions de ce secteur non-marchand, affectées par la conception économicratique et utilitariste de l'autonomie, se sont *tour à tour* mobilisées pour revendiquer les moyens de cette autonomie : ressources financières mais aussi, et peut-être par-dessus tout, de la considération et de la reconnaissance sociale pour leurs prestations, leur contribution, leurs initiatives voire tout simplement pour leurs personnes car ces services sont inestimables selon les normes (dominantes) d'efficacité et de compétition. Tour à tour,

¹⁹⁹ c'est-à-dire les conditions de travail.

disions-nous plus haut, nous pourrions pour la circonstance reprendre Bajoit²⁰⁰ : « *On a vu successivement - donc jamais ensemble (souligné par nous) - dans les rues de nos villes : des infirmières, des gardiens de prison, des animateurs socioculturels, des puéricultrices, des enseignants, des étudiants, des lycéens, des agents de police, des fonctionnaires, [...] etc* ».

Nous voilà à nouveau au cœur de l'idée de mouvement social puisqu'il s'agit de conduites socialement conflictuelles. Malheureusement, les mouvements et les manifestations demeurent isolés ou épars, essentiellement sectoriels²⁰¹ ou propres à des lieux MAIS la perspective de la conjonction de ces différents mouvements, aussi hétéroclites que le secteur dont ils proviennent, et la perspective de la globalisation des enjeux peuvent s'avérer porteuses d'un réel mouvement social.

La santé, l'éducation, la culture, etc. : le social est en crise, nous dirions plutôt maintenant, en mouvement. Ces conflits ont secoué des milieux, des sphères de la société que l'on croyait « imperméables » aux conflits parce qu'empreintes de désintéressement (l'aspect vocationnel prévaut encore sur l'ensemble des professions concernées), et de plus au sein d'une société où l'ordre prédomine (comme dans son étude), un ordre assuré par l'Etat. Mais l'analyse pour laquelle nous avons opté, atteste que la subordination n'est jamais complète et que le mouvement est toujours possible.

En termes de perspectives plus concrètes et désormais plus globales, le secteur non-marchand, à l'instar des infirmières, non plus successivement, ni même parallèlement mais conjointement, doit pour et par le mouvement se constituer et exprimer une nouvelle identité ; une identité capable de lui fournir une volonté collective, une reconnaissance sociale qui s'énoncera assurément, mais pas uniquement, par une autre dénomination, cette fois plus positive. Ces mouvements peuvent tenir pour des conflits d'un nouveau type. Nouveaux dans leur forme comme en témoigne le phénomène « coordination » ; phénomène qui frappe des secteurs-clés de la société (principalement en France²⁰²) atteste d'un certain regain ou d'une apparition de conflictualité et en tout cas d'une recomposition de la contestation sociale. Nouveaux, ils le sont également dans leur contenu et leurs fondements. L'enjeu fondamental, « habituel », de rigueur à notre époque, c'est le développement économique et sa maîtrise. Ici, l'enjeu se déplace car la domination sociale qui résulte de cette maîtrise n'est plus l'apanage d'une classe sociale mais d'un système mené et emmené par une logique a-sociale. Le fait que l'adversaire soit l'Etat signe le glissement des revendications sur le travail à des revendications et des enjeux centrés sur la profession. Ces caractéristiques posent en définitive la question de savoir si ce genre nouveau de luttes collectives

²⁰⁰ Bajoit, « Hypothèse sur un nouveau modèle culturel », p. 61.

²⁰¹ Ceci témoigne à nouveau d'une forme de repli identitaire, réflexe défensif face à une crise.

est et restera isolé ou se présente comme la préfiguration d'un mouvement social naissant.

Le mouvement social, et là réside peut-être la pertinence de pareille étude, doit donc garder sa fonction et ainsi transformer des rapports de force et des mécanismes de décisions. L'un des enjeux de la profession infirmière ambitionne la participation à la politique de santé ; une telle perspective se transpose sur l'ensemble du secteur non-marchand « *encore profondément marqué par l'idéologie du consensus, du dévouement et de l'abnégation, et qui doit affronter l'idéologie de la compétition et de la performance*²⁰³ ». La réunion de tous ces professionnalismes travaillant avec sensiblement les mêmes objectifs, et en tout cas la même finalité à savoir l'homme offre de la sorte la construction de nouveaux rapports sociaux : cette gageure apparaît alors comme perspective ultime. C'est parce que les rapports sociaux sont également déterminés par les orientations culturelles d'une société ; c'est en termes culturels que nous abordons maintenant les perspectives sociétales.

II.3. PERSPECTIVES SOCIETALES :

Ici se rejoignent les perspectives corporatistes et globales comme la vision perspectiviste s'élargit à l'ensemble de la société et après les rapports sociaux conflictuels évoqués dans les perspectives globales, intéressons-nous à l'autre versant inséparable de l'historicité sur laquelle agit le mouvement social à savoir les orientations culturelles. C'est ainsi qu'au-delà, ou en-deça, des changements économiques, politiques qui peuvent expliquer la crise, il est temps d'affronter ses causes culturelles. En effet, les difficultés de la « Santé Publique », de l'« Education Nationale » et plus largement du « Social » offrent un bon indicateur/révéléateur de ces fractures profondes qui affectent le lien social. Le mobile culturel est d'ordinaire commode à invoquer pour justifier l'incapacité à comprendre les racines des problèmes et plus encore à les résoudre. Pourtant, la culture que nous évoquions déjà dans le préambule de ce travail, reste le fondement d'une société puisque les orientations culturelles affectent via l'historicité toutes les structures et modes de fonctionnement de cette société et ce faisant la culture, c'est ce qui fait l'humanité et l'homme, tous deux libres et responsables.

Des changements sociologiques importants ont modifié et bouleversé cette culture, source de reconnaissance mutuelle et donc d'identité. Subsidiairement, mais ces deux éléments sont intimement liés, la résurgence des identités, du racisme et de l'intégrisme religieux ou non témoigne de cette perte de repères identitaires et du désespoir face aux recours temporels. Ainsi, de nouvelles

²⁰² Voir chapitre V point 3 dans notre troisième partie.

²⁰³ Bajoit et Reman, op. cit., p. 422.

demandes, non pas supplémentaires mais foncièrement différentes, du citoyen (identité première de la démocratie), sont apparues et l'Etat qui les gère en ressent la lourdeur et l'urgence mais pris au piège de son énorme machine, il est handicapé par son volume et ses pesanteurs et affaibli tant en haut (l'Europe communautaire) qu'en bas (la régionalisation).

D'autre part, et nous avons déjà abordé ce fait, la fin de la classe ouvrière comme sujet de l'histoire et des avancées sociales a entraîné la diminution du jeu social devenu institutionnalisé, ordonnancé et ordonné à défaut d'être coordonné. Cette diminution massive de la conflictualité par l'intervention régulatrice de l'Etat s'accompagne d'une crise économique et financière liée au chômage, à la globalisation de l'économie et la mondialisation des marchés réduisant fortement les cotisations sociales et fiscales, ressources vitales de l'Etat-Providence. Se faisant, par sa conception et sa logique, l'Etat ne conçoit celle-ci que sur le plan budgétaire sans en évoquer les explications sociologiques. Parallèlement, le secteur social en plus d'une crise de moyens, effet *rebound* de l'autre, souffre d'un problème majeur de coordination accompagné d'un changement de finalité : de réduire les inégalités sociales, ces secteurs en viennent à les reproduire ou même à les aggraver et ainsi à produire de l'exclusion sociale. Ainsi, le secteur de la santé, et avec lui l'ensemble des secteurs sociaux, est témoin/victime des défaillances de l'Etat, de la mise en place d'une société à plusieurs vitesses et d'une destruction sociale.

Revenons de façon plus précise sur la profession infirmière, profession de santé. Depuis l'aube de l'humanité et plus encore de la civilisation, la santé est porteuse d'une symbolique très puissante (phénomène culturel : le normal et le pathologique) et marqueur social considérable. Dans la société industrielle, la maladie exclut l'individu qui la porte du monde du travail et plus généralement du monde social. Ainsi et avec le progrès (social et technologique), la santé est devenue réparatrice et publique. Son accès comme sa quasi-gratuité permettent à l'individu-malade de la recouvrer au plus vite, de continuer à produire et ainsi subvenir à ses besoins ainsi qu'à ceux de sa famille (consommer) ou alors de bénéficier d'une assistance²⁰⁴. De façon corollaire, avec la société de marché, la santé est devenue un bien de consommation mais elle n'est pas un bien comme un autre tel qu'on n'a pu le croire. Même si la société moderne se révèle être une société de consommation, cette société de consommation pour fonctionner fait appel à des demandes qui sont aussi des besoins (notion bien connue des infirmières) et se centre de ce fait sur des individus et sur des masses. Pourtant, la notion de consommation est trop étroite et surtout réductrice car « *pour prendre l'exemple le plus dramatiquement visible, le malade est placé dans le système hospitalier de soins auquel il apporte à la fois et oppose à la fois sa volonté d'autonomie, de liberté et d'identité, en même temps qu'il accepte et qu'il valorise positivement la logique technique des*

²⁰⁴ L'ensemble des droits garantis par la Sécurité Sociale, point d'orgue du Mouvement Social.

soins »²⁰⁵. Il en va sensiblement de même pour la culture et l'éducation.

Dans ce contexte, ce genre de biens qui sont généralement des services, fournis par l'Etat social, principal « acteur » dans ces domaines, vise à reproduire les inégalités qu'ils étaient censés combattre. C'est d'une part la transposition intégrale de l'économie de marché à ce type particulier de biens et d'autre part le passage du « droit de » au « droit à » la santé (par exemple) qui a conduit cet Etat à la crise et à l'échec ! L'Etat devait initialement garantir l'égalité des chances c'est-à-dire créer les conditions à la satisfaction de ces droits ; il en est venu à assurer lui-même la satisfaction de ceux-ci devenus des droits-créances et assurer ainsi la pseudo-égalité des situations et l'ordre dont il est le garant. Cet assujettissement par la perte d'autonomie qu'il génère, par les initiatives qu'il paralyse, a amené l'Etat, déjà surinvesti, a renforcé encore son action en le contraignant à augmenter ses prélèvements ; le mettant ainsi dans les difficultés et la crise que l'on connaît aujourd'hui.

Le fait que cette crise touche cet endroit précis du corps social témoigne que le défi de demain sera social où l'Etat, ou plutôt la société dont il émane, devra réinventer son ou ses modes d'intervention afin de recomposer le social. Ces secteurs touchés par la crise économique et sociologique qui affecte l'Etat, puisent leurs sources dans le bénévolat, symbole de la citoyenneté active, et même si ce schéma d'entraide informelle et volontaire affecte l'émergence d'un réel professionnalisme, cette piste doit être explorée. La prégnance de la raison devenue purement instrumentale et par-là, pouvoir par l'objectivité qu'elle confère à l'Etat, à l'économie, aux marchés... s'oppose à la pluralité des identités résurgentes, essentiellement culturelles et réactionnelles, à la subjectivité individuelle et collective, attribut des périodes de crise profonde et prolongée. De cette position antithétique ne peut résulter qu'une sévère dissociation du social et du culturel, des signes et du sens car d'un côté comme de l'autre, d'un excès à l'autre, le sujet-citoyen est toujours noyé ou absent. Tout en restant dans la même lignée, focalisons une dernière fois notre propos sur la profession infirmière et sur ses aspirations « sociétales ».

En termes de contribution économique, directement lié à leurs aptitudes professionnelles, qu'elles doivent encore mettre en exergue, « *les infirmières sont les meilleures garantes du rapport qualité/coûts des soins*²⁰⁶ ». Cette assertion qui prend à partie le discours dominant le dépasse néanmoins et se rapproche de la même manière du concept de santé tel que défini par l'organisation Mondiale de la Santé ou dans certaines théories en Soins Infirmiers. Cette conception de la santé, plus globale, invite à une démarche, elle aussi plus globale et donc réellement soignante tant dans son contenu (le malade) tant dans sa forme (l'équipe).

En effet, les infirmières ont le plus grand potentiel pour évaluer les effets des soins

²⁰⁵ Touraine, « Au-delà d'une société du travail et des mouvements sociaux ? », p. 37.

²⁰⁶ Un des leitmotivs du congrès quadriennal du C.I.I. qui se déroulait à Madrid du 20 au 25/06/1993.

dispensés et c'est ainsi que les savoirs infirmiers deviendront un savoir complémentaire et non pas un sous-produit du savoir médical. C'est ici que cette approche se rallie au propos antérieur puisqu'il se réfère à cette notion de sujet. En ramenant au centre de son approche professionnelle le malade non plus objet mais sujet de soins, l'infirmière lui procurera alors des soins appropriés et ce retour sur le sujet-acteur sera bénéfique tant pour le malade (et donc toute la société) que pour l'infirmière. L'infirmière et le malade seront alors acteurs de leur destin c'est-à-dire libres et autonomes, capable d'agir et de créer. Le sujet ainsi reprecisé pourra redevenir principe conflictuel certes mais ô combien affirmatif (et non plus défensif) c'est-à-dire acteur puisqu'à la fois agent et enjeu du mouvement social : c'est « *le retour de l'acteur* »²⁰⁷ et la véritable subjectivité. Cette subjectivité nous invite à s'interroger : quelle santé pouvons-nous proposer à des individus ainsi reconnus ? Ou autrement dit, le but de la santé est-il de guérir ou de soigner; à moins qu'elle ne permettent qu'aux individus de se conformer, de s'intégrer le mieux possible en répondant aux attentes supposés d'« *une société réticulée par le marché* »²⁰⁸ et obnubilée par son Etat. La question se pose sur le même mode alternatif pour les autres secteurs dits sociaux comme l'enseignement qui peut ou instruire ou éduquer. C'est in fine poser la question de sens et donc la question culturelle

II.4. CONCLUSION :

En resituant la notion de conflit et de mouvement au cœur de la société et à chacun de ses niveaux, l'analyse propose de nombreuses perspectives, à peine ébauchées pour certaines, de réflexion et d'action pour la profession infirmière sur elle-même, sur le monde de la santé pour laquelle elle oeuvre et pour la société dans laquelle elle veut s'inscrire, mais aussi et tout autant pour le secteur non-marchand et pour la société dans sa totalité. En attendant les concrétisations, des analyses comparables ont l'avantage mais aussi la délicate tâche de soulever les questions pertinentes.

²⁰⁷ Titre d'un livre d'Alain Touraine (1984).

²⁰⁸ Titre d'un article de la revue Contradictions consacré à « L'extension de la sphère marchande et la mutation du modèle culturel » (Numéro spécial, 1991).

Chapitre IV - CONCLUSIONS FINALES.

IV.1. CONCLUSION SUR LE TRAVAIL :

Ayant choisi de mener de la sorte ce travail, nous placions notre discours à contre-courant et ce pour deux raisons au moins. Tout d'abord, les postulats de notre option sociologique s'avèrent et restent (encore) opposés aux logiques et modes de pensée dominant tant la sociologie elle-même que les autres formes de savoirs imprimant les modes d'organisation et de fonctionnement de notre société. En second lieu, et maintenant plus explicitement à propos de la profession infirmière, objet-sujet de cette analyse, cette démarche s'est voulue d'un genre nouveau. En effet, la recherche identitaire n'était pas le point de départ et/ou la finalité de cette réflexion puisque celle-ci s'interroge sur le mouvement (quelque chose de concret) c'est-à-dire sur plus que l'identité professionnelle de l'infirmière. Outre cela, cette prospection analyse et interpelle la profession infirmière, et plus largement la santé voire même la société, à travers le mouvement, l'action, le conflit que ce groupe professionnel et social a mené alors que tant la profession que le secteur dans lequel elle s'exerce restent très empreints de discrétion et d'abnégation.

Résumer en quelques paragraphes le contenu de ce travail, jugé par nous non fini et imparfait, semble délicat et nous proposons, à titre de synthèse, une forme de rétrospective de la démarche qui fut la notre tout au long de cet ouvrage.

Après avoir délimité au mieux nos références théoriques et tout particulièrement la sociologie des mouvements sociaux développée par Alain Touraine, nous nous sommes appliqués à décrire le mouvement infirmier tel qu'il avait été vécu au cours des années 1986 à 1991 en établissant cette première approche, essentiellement chronologique, à la croisée des influences de deux grands mouvements historiques à savoir le Mouvement Ouvrier et le Mouvement Féministe. Pareille description ne devait nullement rester futile puisque la démarche historique permet d'élucider les appartenances sociales et la mémoire culturelle. Concrètement, le Mouvement Ouvrier a structuré de façon profonde et durable notre société mais il est aussi le modèle de référence sur lequel Touraine conceptualise l'analyse des luttes collectives et la sociologie qui en découle. De plus, ce mouvement social d'envergure s'est construit et développé à partir du monde du travail. De même le mouvement des infirmières provient de ce monde où le travail, et plus encore la profession qui s'y rattache, conditionne en grande partie les rapports sociaux modernes. Mais c'est aussi un mouvement de femmes ! Placé de cette manière, le mouvement infirmier et surtout l'analyse que nous en donnons pouvaient puiser sources et perspectives dans ces deux « prédécesseurs » ; c'est ainsi que la conjonction de ces deux prismes historiques se retrouve dans

notre analyse du principe d'identité.

Une fois ce décor planté, nous pouvions entamer notre analyse en abordant le malaise professionnel des infirmières. A coup sûr, celui-ci était à l'origine du mouvement de protestation des infirmières et trouve qui plus est dans le mouvement un moyen d'expression et de pression valide. Toutefois, un malaise est par définition délicat à décrire car difficile à circonscrire, difficile à circonscrire parce que multiforme, subissant d'innombrables influences et produisant ses propres effets. Les multiples et diverses situations d'exercice infirmier ont un effet multiplicateur et disséminateur. De la sorte, le nombre considérable de revendications, parfois imprécises, trouve explication dans ces difficultés. Ensuite comme pour compliquer davantage la tâche d'élucidation, il nous fallait aucunement éluder les différentes problématiques entourant cet exercice professionnel ou le conflit socioprofessionnel. La description de cet environnement, des contraintes et des effets qu'il génère influençant par là directement ou indirectement la résolution ou même l'expression de pareil malaise, fut établie de façon centrifuge afin de ne rien omettre.

L'hôpital, lieu d'exercice privilégié des infirmières, là où elles sont les plus nombreuses car lieu de prédilection d'une médecine moderne et technologique, fut le point de départ de cet aperçu attendu qu'il fut aussi celui du mouvement lui-même. Ensuite, et tour à tour, le secteur de la santé, les organes de représentation (syndicats, organisations professionnelles, etc.), le secteur non-marchand ainsi que quelques caractéristiques belges et européennes furent abordés dans le but de parvenir à une vision la plus globale possible et ce afin de dégager les contingences influant de près ou de loin la profession infirmière et son mouvement. La plupart de ces aspects, paraissant pour certains éloignés de la problématique strictement professionnelle des infirmières, se retrouveront néanmoins au cours de l'analyse du mouvement. Egalement, une autre contingence ne pouvait être négligée dans cette description déjà délicate, car complexe autant que vaste. Le caractère féminin de cette profession soignante ne pouvait être « innocemment » évincé d'une analyse qui se veut sociologique c'est-à-dire basée sur celle des rapports sociaux alors que ce déterminant assigne déjà des rôles et position au sein de la société. Cette particularité ne devra cependant pas être considérée comme un particularisme supplémentaire permettant d'argumenter et d'arguer à titre de justification - en formant une sorte de cocon d'exceptionnalisme - le malaise et le mouvement des infirmières. L'ensemble de ces éléments doit être conçu certes comme des contraintes mais aussi dans un dessein intégrateur visant à incorporer ces éléments contraignants au lieu de s'y plier et surtout prospectif dans le but d'en déduire autant de pistes de réflexion pour l'analyse du mouvement. Cette troisième partie se conclue par un rapide tour d'horizon chez nos voisins où des mouvements et contexte similaires ont été observés et ce à la même époque, pour de mêmes revendications mais parfois s'exprimant de façon différente. Cette brève confrontation, en plus de nous offrir de nouvelles perspectives d'analyse, témoigne une nouvelle fois que le conflit

dépasse bel et bien les limites étroites auxquelles nous étions supposés tenir forçant ainsi l'analyse à faire de même : là est bien le propre du mouvement !

La quatrième, dernière et plus importante, partie de ce travail s'ouvre sur des préliminaires qui rappellent aux lecteurs l'essentiel des revendications du personnel infirmier, les formes d'actions collectives utilisées par celui-ci ainsi que l'état actuel afin d'être le plus pertinent possible face à une réalité extrêmement *mouvante*. La partie centrale et majeure du présent ouvrage se centre alors sur l'analyse dudit mouvement infirmier sur base du modèle conceptuel de Touraine à savoir les trois principes d'identité, d'opposition et de totalité. Ces trois principes ne constituent en aucun cas le mouvement social, réalité éminemment sociale et donc complexe, mais permettent telles des clés de lecture la clarification de cette réalité. Il en va tout autant pour la typologie des luttes collectives.

Tout d'abord, nous évoquons le principe d'identité, étape importante, primitive dans la démarche d'élucidation et non dans le mouvement lui-même, puisqu'elle permet de déterminer le premier acteur du conflit. Toutefois, avant de préciser ce principe, il semblait indispensable d'apporter certaines nuances et précisions et en tout premier lieu vis-à-vis de la notion même d'identité. Des précisions s'imposaient également compte tenu de l'évolution qui marque cette profession, concurremment juvénile et archaïque, d'où le passage par une certaine forme de démarche historique afin d'en inférer les influences socio-culturelles qui imprègnent de nos jours la profession au travers des courants et pratiques qui la traversent. En effet, dire que l'acteur du conflit était « les infirmières » en tant qu'entité paraissait commode et laconique. Ces influences et les courants qui en découlent affectent de façon ambivalente cette identité infirmière ne fut-ce que par la division et les dissensions qu'elles génèrent. C'est ainsi qu'après avoir vérifié l'existence des conditions ayant concouru à la constitution d'une identité fière et solidaire chez les ouvriers, il nous fallait rechercher une identification nouvelle ou autre permettant et de comprendre le conflit - et plus encore ses enjeux - et pareillement de présenter un élément fédérateur ni exclusif, ni réducteur de pluralité mais réellement capable au sein même de ce pluralisme de générer une identité collective susceptible de légitimer l'action tant à l'intérieur de la profession qu'au regard de la société. Cette conjonction identitaire pourrait de la sorte enrichir ce pluralisme en opérant des synergies. Ce principe, nous avons pensé le trouver dans l'optique professionnaliste dont se défendent les infirmières. En effet, l'option professionnelle engage à procéder à une double dissociation séparant identité personnelle et identité féminine de l'identité professionnelle. Ce processus d'identification novateur et prometteur, ainsi qu'une bonne partie des revendications, se trouvent comme résumé dans le diptyque : **la pratique infirmière est un travail comme un autre et est une profession à part entière.**

La deuxième phase consiste évidemment à préciser l'autre, l'adversaire auquel notre acteur identifié par le principe d'identité s'oppose. En transposant une nouvelle fois les caractéristiques marquantes du M.O. concernant son antagoniste, nous retrouvons devant une complexe identification de celui-ci dans le cas des infirmières. Au niveau mésosociologique²⁰⁹, cet adversaire semble être le personnage-médecin, prescripteur des soins exécutés par les infirmières. Pourtant, et toujours à cet échelon, cette opposition/domination se duplique car les infirmières « coincées » entre le médical et l'administratif sont de ce fait stratégiquement affaiblies. Mais cette vision bien que praticable et pratique se révèle quelque peu réductrice ; et pour cause, ces deux personnages du monde de la santé sont, tout comme les infirmières, soumis à d'énormes contraintes et tous trois tributaires de l'Etat.

Dans le cadre d'un service public tel celui de la santé, cet Etat semble plus approprié en terme de conflictualité surtout compte tenu de notre option sociologique qui se place au niveau macrosociologique c'est-à-dire sociétal. L'analyse se poursuit alors par une analyse sommaire de cet Etat - malgré qu'il ne soit pas exactement un acteur social - et plus particulièrement de la Providence qu'il procure puisqu'il est pourvoyeur et gérant de santé publique. Cet Etat-Providence, modèle dominant dans nos pays occidentaux, est en crise mais tout l'Etat l'est avec lui. Cette crise que nous nous complaisons à concevoir qu'en termes budgétaire et financier, dépasse de loin des critères purement économiques. D'ailleurs, le mouvement infirmier, et avec lui les autres mouvements de protestation et conflits sociaux qui traversent et ont traversé les divers services publics, témoignent de cette crise qui semble désormais bien plus d'ordre socio-culturel. Cet Etat à la fois écartelé par les différentes logiques qui le parcourt et tenu par son attachement à l'ordre, est pourtant dépassé par ces bouleversements et mutations sociologiques qui affectent la société moderne. La société a profondément changé mais l'Etat n'a pas suivi et du reste, cette crise Etat-Société se révèle être un problème universellement répandu. Ainsi, le mouvement infirmier et les autres révèlent cette inadéquation de l'Etat et de ce fait, ce dernier endosse la conflictualité qu'il était censé réduire.

Le troisième et dernier principe d'analyse, le principe de totalité, est celui qui s'intéresse aux enjeux du conflit c'est-à-dire ce qui caractérise le rapport entre les deux opposants. Ces enjeux, l'acteur collectif va les formuler, les légitimer et les exprimer socialement et culturellement au travers d'une idéologie qui l'identifie distinctement de l'autre et sous laquelle se rassemblent ses membres. Ensuite, la transposition des éléments caractéristiques du Mouvement ouvrier signe un affaiblissement considérable de semblables conditions de possibilités. Néanmoins et compte tenu du principe d'identité, les enjeux sont professionnels et visent à une meilleure considération sociale par le biais de conditions de travail plus favorables et par une participation de l'infirmière

²⁰⁹ Voir les analyses faites par le biais de la théorie des organisations ou de l'analyse stratégique.

professionnelle aux mécanismes de décision qui l'affectent dans la pratique.

Une fois cette démarche de clarification réalisée, la question initiale pouvait se poser à savoir si le mouvement infirmier est ou n'est pas un mouvement social et ce au regard des trois principes. Malgré une réponse négative, notre analyse permet de noter le niveau d'action - essentiellement organisationnel et, en moindre mesure, institutionnel - du mouvement. Mais l'idée de mouvement et d'action, notions centrales de ce travail et de la sociologie qui l'oriente, invite à ne pas conclure là cette recherche car par les divers éléments qu'elle a pu mettre en évidence et par l'étude pertinente qu'elle propose, elle propose de nombreuses perspectives.

En réalité et finalement, s'interroger sur le mouvement est enrichissant à de nombreux points et même si la réponse finale est négative, cette interpellation actionnaliste appelle à se placer comme acteur de son présent et de son avenir c'est-à-dire libre et autonome. En optant pour ce type de vision du monde, pareille réflexion offre nombre de perspectives, d'enjeux et de défis comme autant de pistes de réflexion ET d'action pour la profession toute entière, et peut-être même en dehors d'elle c'est-à-dire pour le secteur dans lequel elle s'exerce et pour la société qu'elle soigne, mais avant tout pour nous, initiateurs de ce travail. Offrons-nous le luxe d'élargir le propos et notre réflexion sur le contexte même qui concourra à l'élaboration du présent ouvrage.

IV.2. CONCLUSION PEDAGOGIQUE ET SCIENTIFIQUE :

Ce travail, réalisé dans le cadre de la licence en Sciences Hospitalières et Médico-sociales, se réfère directement à des objectifs et une finalité pédagogiques. Apprendre et enseigner sont des actes pleinement socioculturels puisque par la socialisation qu'ils procurent, ils visent à intégrer au mieux l'individu dans la société : éduquer est en conséquence une fonction sociale essentielle comme celle de soigner. Toutefois, et pour rester dans l'optique directrice de ce travail, nous proposons de nous enquêter un bref instant de la relation qui s'instaure entre le « maître » et son élève. Il est clair qu'entre les deux acteurs du rapport pédagogique existe une authentique dynamique relationnelle tantôt inconsciente, tantôt sous-estimée. Cette dynamique est en réalité conflictuelle et l'identification comme la subordination n'y sont que partielles. Ainsi, et peut-être à l'encontre des objectifs circonstanciés, c'est in fine la levée, toujours progressive et jamais complète, des emprises relationnelles et institutionnelles sur la liberté d'apprendre qui sera poursuivie ou autrement dit, la pédagogie et l'enseignement doivent être source et ressource d'affranchissement et d'ouverture.

Ici, cette formation où se retrouve un bon nombre d'infirmières (aux aspirations diverses) leur procure une approche de matières et de pratiques nouvelles²¹⁰ susceptibles d'élargir leur vision et leur champ d'action mais leur prête aussi un accès à des méthodes scientifiques. Cette apprentissage à utiliser la science, seul savoir légitimé et légitimant les pratiques, permet de dépasser la simple acquisition de savoirs que nous ne maîtrisons pas pleinement et ainsi rejoindre cette notion, évoquée plus haut, d'affranchissement ; affranchissement sur soi-même dans l'exercice d'un travail (se réaliser) et affranchissement de l'identité collective, ici professionnelle, c'est-à-dire autonomisation.

Tentant d'établir son action socioprofessionnelle sur une identité spécifique, la profession infirmière se targue - peut-être trop rapidement - de la notion de sciences infirmières dans le but de se constituer un savoir et des pratiques légitimes, et ce à visée protectionniste. En effet, la science se définit comme un ensemble cohérent de connaissances vérifiées et s'institue alors comme une discipline avec comme critères principaux : la rigueur et l'objectivité. Instrument du progrès et mode de production théorique, ce « *rationalisme appliqué* »²¹¹ reste malgré tout et toujours ambivalent ne fut-ce qu'au regard des questions éthiques et philosophiques qu'il impose en retour. En effet, à l'instar de l'ensemble des activités humaines, la science est un construit et pour reprendre Edgar Morin que nous citons déjà au début de ce travail, « *les théories sont scientifiques dans la mesure où elles sont réfutables c'est-à-dire non certaines* »²¹². Cette assertion révèle le caractère dynamique de la science que l'on a que trop tendance à oublier ; l'ordre est préféré à l'incertitude et pour cause puisque l'enjeu des sciences est la prétention à l'universalité. Cette ambition universelle se retrouve lorsque les sciences se sont intéressés à l'homme lorsque ces dernières rejoignent le discours universaliste en usant des mathématiques pour approcher et comprendre, sans jamais expliquer, le social ou le culturel : l'humain ... cette femme, cet homme, que nous soignons et que nous sommes !

IV.3. CONCLUSION PROFESSIONNELLE ET PERSONNELLE :

Apprenti de la science, apprenant à en user et à l'utiliser au mieux, nous percevons et ressentons ce péril spéculatif et démagogique de croire et de prétendre urbi et orbi au caractère global et donc unitaire et unique de la scientificité, de son caractère probatoire et fini, bref de sa suprématie et de sa tyrannie. Néanmoins, après de telles mesures de précaution à l'égard de son artificialité, les sciences comme la pédagogie nous proposent par les moyens qu'elles offrent de

²¹⁰ Notons au passage que ces matières (gestion financière, législation, gestion des ressources humaines, etc.) s'argumentent dans une vision étroitement fonctionnelle.

²¹¹ Titre d'un ouvrage de Bachelard, historien et philosophe des sciences.

²¹² Morin E., "La pensée socialiste en ruine", in *Le Monde*, n° 15002, 21/04/1993, p. 2.

dépasser certains schémas de pensée et surtout une vision étroite du monde et de l'humanité.

D'un point de vue plus professionnel et personnel, ce travail se révèle bénéfique à de nombreux degrés. Ainsi, le travail qu'il soit théorique ou pratique, professionnel ou non, reste le meilleur moyen de se réaliser, de s'accomplir en tant qu'homme. Mais l'optique qui fut celle de ce travail émaille encore ce propos en y ajoutant, en le précisant, l'aspect véritablement dynamique de la démarche humaine et pour qu'elle soit réellement humaine, il faut qu'elle soit sociale et culturelle c'est-à-dire collective ; car seul, on est rien pour avancer !

Pour la profession infirmière, en plus de lui offrir une analyse du conflit et du mouvement qui l'ont traversée, ce travail propose un certain nombre de perspectives qui n'ont nullement la prétention d'être des solutions mais sont au moins des pistes de réflexion ET d'action. Une action professionnelle certes, nous l'avons vu car elle a permis de mettre à jour certaines déficiences et lacunes, l'intérêt des synergies et du pluralisme, etc. ; en un mot, le mouvement ! Mais également, par sa vision élargie, dépassant les limites communément admises et par un détour qui semblait parfois bien éloigné du sujet, cette analyse offre un regard neuf et original sur la profession infirmière, cette dernière s'en retrouve comme transfigurée. De plus, pareil mouvement pour la dignité, la reconnaissance de travailleurs - et peut-être en filigrane celles des bénéficiaires de leur pratique -, c'est lourd de sens surtout lorsque ce mouvement est porté par des femmes !

BIBLIOGRAPHIE:

I - OUVRAGES

Etre infirmière ;

Adam E., Ed. HRW, Montréal (diffusion Ed. Doin), 1979, 166 p.

Méthodes en sociologie.

Boudon R., P.U.F. col. Que sais-je ?, Paris, 1969, 126p.

Le syndicalisme, l'organisation professionnelle et l'Etat.

Brethe de la Gressaye J., Ed. Librairie du Recueil Sirey, Paris, 1930, 362p.

Promouvoir la vie : de la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers.

Collière M.F., Interéditions, 1982, 391p.

L'acteur et le système.

Crozier M. & Friedberg E., Editions du Seuil, col. Sociologie politique, Paris, 1977, 437p.

Introduction à la sociologie.

De Coster M., Ed. DeBoeck Université, col. Ouvertures sociologiques, Bruxelles, 1992 (3ème édition), 389p.

L'identité professionnelle de l'infirmière.

G.R.I.P.I., Le Centurion, col. L'infirmière d'aujourd'hui, Paris, 1986, 150p.

La cause des femmes.

Halimi G., Gallimard, col. Folio, Paris, 1992, 30Sp.

Les infirmières et leur Coordination : 1988-1989.

Kergoat D., Imbert F., Le Doaré H. et Sénotier D., Editions Lamarre, Paris, 1992, 192p.

L'enseignement des soins infirmiers et l'exercice de la profession.

Leroy X. & al., Ed. AIMS, Bruxelles, 1991.

Léonie Chaptal : la cause des infirmières.

Magnon R., Editions Lamarre, Paris, 1991, 180p.

Psychologie des mouvements sociaux.

Maucorps P., P.U.F. col. Que sais-je ?, Paris, 1950, 126p.

Pourquoi des infirmières ?

Mordacq C., Le Centurion, col. L'infirmière d'aujourd'hui, Paris, 1975, 112p.

Logique de l'action collective.

Oison M., P.U.F. col. Sociologies, Paris, 1978, 199p.

L'image de l'infirmière dans la société.

Parrot A., Le Centurion, col. L'infirmière d'aujourd'hui, Paris, 1973, 112p.

Ras la seringue : histoire d'un mouvement.

Rebours A. & Schachtel M., Ed. Lamarre-Poinat, Paris, 1989, 142p.

Changement social en France et en Europe ?

Revue CFDT Aujourd'hui, Ed. Syros, Paris, 1982, 213p.

Introduction à la sociologie.

Tome I : *L'action sociale*, 187p.

Tome II : *L'organisation sociale*, 252p.

Tome III : *Le changement social*, 318p.

Rocher G., Editions HMH col. Points Sciences Humaines, Paris, 1968.

La crise de l'Etat-providence.

Rosanvallon P., Editions du Seuil, col. Points - Essais, Paris, Paris, 1984, 190p.

Infirmière : genèse et réalité d'une profession.

Stinglhamber-Vander Borgh B., Ed. De Boeck Université, col. Savoirs & Santé, Bruxelles, 1991, 288p.

La voix et le regard.

Touraine A., Ed. Seuil, col. Sociologie permanente, Paris, 1978, 310p.

Syndicalisme et nouveaux mouvements sociaux : régionalisme, féminisme, écologie.

Tozzi M., Editions Ouvrières, col. Social en mouvement, Paris, 1982, 191p.

Le savoir infirmier : construction, évolution et révolution de la pensée infirmière.

Walter B., Ed. Lamarre, col. Recherche infirmière, Paris, 1992, 275p.

II - REVUES & ARTICLES

Le secteur associatif : crise et destin.

Ansary P., in La Revue Nouvelle, octobre 1992, n° 10, pp. 30-44.

Voyage en terres d'utopie.

Azzoug M., in Le Monde diplomatique, mars 1993, p. 17.

Des mouvements sociaux dans le secteur "non-marchand".

Bajoit G. et Reman P., in Reflets et perspectives de la vie économique, Tome XXX, n° 6, décembre 1991, pp. 407-422.

Les infirmières en ordre ? Les ordres professionnels. Pourquoi un ordre ?

Barrois G et Loufrany J., in L'infirmière Magazine, n° 40, juin 1990, pp. 33-39.

Femmes et travail.

Beauchesne M.N., in L'année sociale, 1991, pp. 154-161.

Approche féministe et science infirmière.

Béland B. & Gendron C., in Nursing Québec, novembre-décembre 1992, vol. XII, n° 6, pp. 34-38.

Mouvements infirmiers : dans la cour des grands.

Belfer R., in L'infirmière Magazine, juin 1991, n° 51, p. 26.

Préventing stress at work.

B.I.T., in Conditions of work digest, volume 11, n° 2/1992, 274p.

L'emploi dans les pays industriels à économie de marché (pp. 23-25) ;

Les syndicats (pp. 39-45) ;

Le stress dans le monde du travail (pp. 73-86).

B.I.T., in Le travail dans le monde, n° 6, 1993.

Le temps des mutations.

Brulard M. et Laurent P., in Liberté Dimanche, n° 97, janvier 1992, pp. 7-9.

L'économie du non-marchand dans une économie de marché.

de Callataÿ E., in Reflets et perspectives de la vie économique, Tome XXX, n° 6, décembre 1991, pp. 385-396.

Le mouvement hospitalier : l'irruption d'une population majoritairement jeune, féminine et surmenée sur la scène des revendications sociales.

Carton A., in L'année sociale, 1989, pp. 141-144.

Vers une révolution du travail ?

Cassen B., in Le Monde diplomatique, mars 1993, p. 1 et 11.

L'exercice du droit de grève par les infirmières.

Cayla J.S., in Soins, n° 529, octobre 1989, pp. 61-62.

The paradox of nursing.

Chapman, in Journal of advanced nursing, 1983/8, pp. 269-272.

Un double échec : capitalisme et développement.

Clerc D., in Le Monde diplomatique, mars 1993, p. 29.

Mai 68 peut recommencer !

de Closets F. et Galitzine C., in Sélection du Reader's Digest, n° 549, novembre 1992, pp. 139-144.

Le service infirmier... à quel prix ?

Collière M.F., in Symbiose, n° 5, avril 1979, pp. 5-26, n° 6, mai 1979, pp. 13-35, n° 7, juin 1979, pp. 43-51.

Citoyen en quel Etat ? (thématique)

Collectif, in Projet, n° 233, printemps 1993, 112p.

Demain, le syndicalisme.

Collectif, in Liberté Dimanche, n° 97, janvier 1992, pp. 32-40.

Les infirmières malades de leur métier.

Collectif, in Le Monde des Débats, n° 8, mai 1993, pp. 1-6.

Het aanbod van verpleegkundigen in Vlanderen : trends en prospectie.

Debaillie R., in Verpleegkundigen en Gemeenschapszorg, februari 1992, n° 1, pp. 3-13.

Nous avons remplacé l'idéologie par l'iconologie.

Debray R., in Le Monde, 19/01/1993, p. 3.

Une société sans associations.

Degryse C., in La Revue Nouvelle, octobre 1992, n° 10, pp. 52-54.

Casser la solidarité nationale ?

Delvaux J., in La Cité, n° 16, 1993, p. 16.

Société civile, société si vile.

Deschamps I., in La Revue Nouvelle, octobre 1992, n° 10, pp. 45-51.

Secteur non-marchand : choix, spécificité et objectifs.

Deschamps R. et Liénard G., in Reflets et perspectives de la vie économique, Tome XXX, n° 6, décembre 1991, pp. 379-383.

L'A.C.N. réagit à propos du congrès européen de l'art infirmier.

Dessambre B., in Info Nursing, n° 26, novembre 1992, pp. 10-11

Logiques professionnelles et logiques syndicales.

Dryon P., in L'année sociale, 1989, pp. 144-147.

Formes identitaires et socialisation professionnelle.

Dubar C., in Revue Française de Sociologie, octobre-décembre 1992, tome XXXIII, n° 4, pp. 505-538.

Soins infirmiers : rétrospectives, perspectives.

A. Dubrulle, in Soins, T. 25, n° 13/14, juillet 1980, pp. 67-72.

Allemagne : revalorisation en surmultiplié.

Durand D., in L'infirmière Magazine, juin 1991, n° 51, p. 20.

La gestion de la profession à l'aube de l'an 2000. Valeurs du passé. Perspectives d'avenir.

Durigneux-Neujean L., in Info Nursing, n° 23, septembre 1992, pp. 4-6.

François Martou : un gouvernement si maladroit.

Evens T., in Le Soir, 18/08/1992, p. 3.

La santé publique et les infirmières.

Favel A., in Soins, n° 557, février 1992, pp. 29-32.

La condition humaine des professions de la santé.

Fox R.C., in Louvain Médical, n° 106, 1987, pp. 315-323.

Bâtir la civilisation du temps libéré.

Gorz A., in Le Monde diplomatique, mars 1993, p. 13.

Une nouvelle profession paramédicale ???

Hans S., in Info Nursing, n° 26, novembre 1992, pp. 2-5.

Audit culturel au sein d'une institution hospitalière.

Hees M., in Libres BabiAGes, décembre 1992, n° 3, p. 8.

Le secteur non-marchand : impact sur l'emploi et place des travailleurs.

Installé M., in Reflets et perspectives de la Vle économique, Tome XXX, n° 6, décembre 1991, pp. 397-406.

The nurse's image of note about sick people.

Lee A., in Registered Nurse, juin 1979, vol. 42, n° 6, pp. 24-39.

Le marché des soins infirmiers : exercice de la profession et formation.

Leroy X., in Reflets et perspectives de la Vle économique, Tome XXXI, n° 2/3, mai/juin 1992, pp. 169-182.

Code de déontologie : une longue et difficile gestation.

Magnon R., in Objectif Soins, n° 12, avril 93, pp. 8-9.

La culture de métier des soignants.

Matheron G., in Objectif Soins, n° 3, mai 1992, p. 74.

Les infirmiers D.E. des hôpitaux publics : une population qui vieillit.

Ministère de la Santé et de l'Action Humanitaire (Paris), in Informations rapides, n° 30, octobre 1992.

Les infirmières en quête de représentativité.

Moreau C. et al., Dossier in Objectif Soins, n° 6, octobre 1992, pp. 25-37

La lente mue syndicale.

Normand J.M., in Le Monde, 12/05/1992, p. 1 & 21.

Sur les voies du partage.

Passet R., in Le Monde diplomatique, mars 1993, p. 14.

Ath-Lessines-Enghien : histoire du M.O.C.

Peemans-Poullet H., in En Marche, 19/11/1992, n° 1045, p. 10.

Equipements collectifs : un pas vers l'égalité.

Peemans-Poullet H., in En Marche, 19/11/1992, n° 1045, p. 4.

L'économie sociale et le développement.

Peemans-Poullet H., in En Marche, 03/12/1992, n° 1046, p. 3.

Mutation technologique, stagnation de la pensée.

Robin J., in Le Monde diplomatique, mars 1993, p. 12.

Vivre ou subir ses valeurs professionnelles.

Rogez E., in Soins, n° 428, avril 1984, pp. 45-48.

Sur la grève des médecins.

de Toeuf J. , in Le Soir, 03/07/1992, p. 2.

Les mouvements sociaux : objet particulier ou problème central de l'analyse sociologique.

Touraine A., in Revue Française de Sociologie, janvier-mars 1984, tome XXV, n° 1, pp. 3-19.

Au-delà d'une société du travail et des mouvements sociaux ?

Touraine A., in Sociologie et société, automne 1991, vol. XXIII, n° 2, pp. 27-41.

Les cicatrices des infirmières.

Vaes B., in Le Soir, 01/07/1992, p. 2.

Les métiers de la santé sous perfusion salariale.

Vaes B., in Le Soir, 01/07/1992, p. 3.

Les syndicats belges face aux défis du présent et de l'avenir.

Vandewattyne J., in L'année sociale, 1990, pp. 40-51.

Le malaise infirmier : Soeur Anne, ne vois-tu rien venir ?

Van Rompaey C., in En Marche, 03/11/1988, n° 956, p. 1 & 3.

Identité de métier et identité artisanale.

Zarca B., in Revue Française de Sociologie, tome XXIX, 1988, pp. 247-273.

Le nouveau réalisme des syndicats britanniques.

Zecchini L., in Le Monde, 23/02/1993, p. 27.

III - COURS - MEMOIRES - DIVERS

Sociétés en mutation.

Bajoit G., in Sous la loupe, Dossiers VII & VIII, Editions des Equipes Populaires, Namur, 1992, 84 p. & 80 p.

L'emploi et les conditions de travail et de vie du personnel infirmier.

Conférence Internationale du Travail, 61^{ème} et 63^{ème} Sessions, 1976-1977, rapports (4 vol.).

Livre blanc de la profession infirmière.

Conseil National de l'Art Infirmier, Administration des Etablissements de Soins, Ministère de la Santé Publique et de l'Environnement, 1992, 38p.

Verpleegkundigen in Vlaanderen : vraag en aanbod.

R. Debaillie, N.V.K.V.V., Bruxelles, 1992, 68p.

L'exercice infirmier en France.

Dubois-Frenay C., doc. ronéotypé, Colloque ACN, 15/10/92.

Etude sociologique du rôle infirmier en hôpital général.

Huart-Darras E., mémoire UCL-HOSP, 1987.

L'infirmière, actrice de son image. L'image de l'infirmière.

Lemoine I., doc. ronéotypé, Colloque ACN, 15/10/92.

Histoire politique et mouvements sociaux.

Mabille X., conférence du 03/12/1992 (M.O.C.- Ath) complétée d'un entretien personnel le 08/01/1993 (CRISP - Bruxelles).

Qui est l'infirmière ? Quelques éléments d'analyse politique.

Marchal P., doc. ronéotypé, Colloque ACN, 15/10/92.

Sociologie générale.

Molitor M., cours SESP 1105, U.C.L., 1990.

Sociologie des mouvements sociaux.

Molitor M., cours TRAV 2222, U.C.L., 1992.

Egalité de chances et de traitement entre hommes et femmes dans les services médicaux et de santé.

Organisation Internationale du Travail, Programme des activités sectorielles, BIT (Genève), 1992, 81p.

Rapport général de la Commission technique permanente pour les services médicaux et de santé.

Organisation Internationale du Travail, Programme des activités sectorielles, BIT (Genève), 1992, 68p.

Blouses blanches en colère : hier ou demain ? Radiographie du personnel soignant.

Point d'appui Travail-Emploi-Formation, Actes de la journée d'études du 10/12/1991, Gand, 139p.

Grand Larousse Universel.

1989.

ALAIN TOURAINE : SA BIBLIOGRAPHIE (partielle).

- Critique de la modernité (1992) ;
- La parole et le sang (1988) ;
- Le retour de l'acteur (1984) ;
- Le mouvement ouvrier (1984) ;
- Solidarité (1982) ;
- Le pays contre l'Etat (1981) ;
- L'après-socialisme (1980) ;
- La prophétie anti-nucléaire (1980) ;
- Mort d'une gauche (1979) ;
- Lutte étudiante (1978) ;
- La voix et le regard (1978) ;
- Un désir d'histoire (1977) ;
- Les sociétés dépendantes (1976) ;
- Au-delà de la crise (1976) ;
- La société invisible (1976) ;
- Lettres à une étudiante (1974) ;
- Pour la sociologie (1974) ;
- Vie et mort du Chili populaire (1973) ;
- Production de la société (1973) ;
- Université et société aux Etats-Unis (1972) ;
- La société post-industrielle (1969) ;
- Le mouvement de Mai ou le communisme utopique (1968) ;
- La conscience ouvrière (1966) ;
- Sociologie de l'action (1965) ;
- Ouvriers d'origine agricole (1961) ;
- L'évaluation de travail ouvrier aux usines Renault (1955).