



HAL
open science

La reconnaissance du rôle propre de l'infirmière.

Marcin Frybes, Laurent Visier

► **To cite this version:**

Marcin Frybes, Laurent Visier. La reconnaissance du rôle propre de l'infirmière.. Les Cahiers du GEDISST, 1993, La qualification, un enjeu des rapports sociaux de sexe ?, 7, pp.85-95. hal-02870382

HAL Id: hal-02870382

<https://hal.science/hal-02870382v1>

Submitted on 16 Jun 2020

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

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

La reconnaissance du rôle propre de l'infirmière. Conflit ou malentendu autour de la notion de qualification dans le domaine de la santé en France ?

Marcin Frybes, Laurent Visier

Citer ce document / Cite this document :

Frybes Marcin, Visier Laurent. La reconnaissance du rôle propre de l'infirmière. Conflit ou malentendu autour de la notion de qualification dans le domaine de la santé en France ?. In: Cahiers du GEDISST (Groupe d'étude sur la division sociale et sexuelle du travail), N°7, 1993. La qualification, un enjeu des rapports sociaux de sexe ? pp. 85-95;

https://www.persee.fr/doc/genre_1165-3558_1993_num_7_1_919

Fichier pdf généré le 08/04/2019

LA RECONNAISSANCE DU ROLE PROPRE DE L'INFIRMIERE.

Conflit ou malentendu autour de la notion de qualification dans le domaine de la santé en France ?¹

Marcin FRYBES et Laurent VISIER
Centre d'Analyse et d'Intervention Sociologiques.

A l'automne 1988, éclate un mouvement sans précédent dans les hôpitaux français, un mouvement qui réunit assez vite plus de 100 000 infirmières dans la rue. Tout cela se passe de façon totalement imprévue et à première vue spontanée, débordant l'ensemble des organisations syndicales et suscitant une large couverture médiatique. Il faut reconnaître que la grève et les manifestations de 1988 sont l'expression d'une mobilisation tout à fait nouvelle, celle d'une catégorie professionnelle fortement féminisée, indépendamment, voire en opposition avec les autres catégories professionnelles présentes à l'hôpital. Dans un premier temps le mouvement va se cristalliser autour d'un éventail relativement réduit de thèmes à caractère revendicatif : retrait du décret Barzach, augmentation des salaires de 2.000 Francs, accroissement des effectifs. Ce n'est qu'avec le développement de la mobilisation et à travers l'action de la Coordination infirmière que vont se préciser des thèmes plus complexes et plus conflictuels, notamment la question de la valorisation ou de la reconnaissance des qualifications professionnelles (la question du "rôle propre" de l'infirmière) et les questions relatives à la formation.

Un an plus tard, à l'automne 1989, les infirmières se retrouvent de nouveau dans la rue, à l'appel de la Coordination Nationale des Infirmières. Malgré des augmentations substantielles des salaires, elles clament haut et fort que "un an après, rien n'a changé, c'est encore pire". Une émission de la télévision, "La

¹ Premiers résultats d'une intervention sociologique dans le milieu hospitalier à la suite du mouvement des infirmières françaises de 1988.

Marche du Siècle”, consacrée à ces problèmes au printemps 1990, laissera la même impression qu’en fin de compte les infirmières n’ont pas été comprises ou que tout simplement, elles ne savaient pas très bien ce qu’elles souhaitaient obtenir et pourquoi et contre qui elles se sont battues.

Cette communication ne prétend en aucun cas épuiser l’ensemble des problèmes qu’ont pu poser l’apparition et le développement de ce mouvement. Notre objectif est en fait assez limité. A partir d’une recherche plus vaste menée conjointement dans le cadre du CADIS², nous avons cherché à savoir dans quelle mesure le mouvement des infirmières, en posant la question de la reconnaissance du rôle propre de l’infirmière au centre des revendications a réussi à définir un enjeu social d’une portée beaucoup plus large, échappant ainsi aux tentations corporatistes et défensives. En d’autres termes, et pour rester à l’intérieur du langage qui est celui de la sociologie de l’action, la question à laquelle nous allons essayer de répondre concerne la présence dans ce mouvement d’une signification culturelle centrale, qui serait de l’ordre de ce qu’Alain Touraine appelle le mouvement social³. C’est dans cette optique que s’inscrivent nos réflexions sur le type de conflit auquel peut se référer un tel mouvement et sur les éventuels groupes sociaux qui peuvent de façon prioritaire le porter. Disons-le dès le début, notre recherche a permis de mettre en évidence un certain affrontement entre deux cultures distinctes à l’hôpital, entre deux logiques différentes et souvent opposées. Il s’agit d’un côté de la logique médicale et de l’autre de ce qui peut être appelé la logique soignante. Toutefois l’opposition qui existe entre ces deux logiques ne concerne pas seulement le rapport à la qualification mais aussi (et peut-être avant tout) le rapport au malade et, de façon plus générale, la conception même de la santé et du rôle de l’hôpital dans la société moderne. Tenant compte du fait que la première logique est portée de façon prioritaire par des médecins (qui sont majoritairement des hommes) tandis que la seconde l’est par les infirmières (qui sont majoritairement des femmes), il nous faudra à la fin de cette communication, essayer de comprendre dans quelle mesure le conflit ainsi présenté correspond ou non à une distinction entre les hommes et les femmes.

² CADIS - Centre d’Analyse et d’Intervention sociologique. Une présentation du cadre et des premiers résultats de la recherche ont été publiés dans : Laurent VISIER, Marcin FRYBES : “Les Coordinations : de l’expérience des acteurs à la mobilisation”, IRES/CFDT, 1990.

³ TOURAINE Alain.- “La voix et le regard”, Paris, 1976.

UNE INTERVENTION SOCIOLOGIQUE EN MILIEU HOSPITALIER

Au lieu d'étudier le mouvement des infirmières en lui-même, nous avons décidé dès le début de privilégier une étude centrée principalement sur la réalité de l'hôpital, en partant de l'hypothèse que si ce mouvement a porté des significations intéressantes, il faut aller les rechercher dans la nature des rapports de travail qui se constituent à l'intérieur du monde hospitalier. En dehors, donc, d'une observation participante du mouvement, nous avons fait le choix d'analyser les rapports sociaux à l'intérieur de l'hôpital à travers la méthode de l'intervention sociologique. Ce choix n'est certes pas totalement neutre. Il traduit une façon de concevoir la réalité sociale et induit directement une approche particulière dans l'analyse des conduites sociales et des formes de mobilisation collective. Cette approche, qui est celle de l'intervention sociologique repose, sur une démarche théorique qui est celle de la sociologie de l'action⁴. Sans entrer dans les détails, soulignons cependant que cette démarche veut voir dans les différentes formes de mobilisation sociale autre chose qu'une simple réaction ou qu'une simple réponse d'un acteur social devant une situation sociale donnée. Une telle vision conduit le plus souvent à rechercher les significations de la mobilisation dans des raisons externes et "objectives" (situation de crise, changement etc.). La sociologie de l'action adopte une perspective tout à fait différente, pour ne pas dire opposée. Elle part du principe que le sens d'une mobilisation ne s'épuise pas dans ses déterminants extérieurs mais qu'au contraire, chaque mobilisation étant en fin de compte une remise en cause d'une situation donnée (et subie), c'est à travers une analyse des différentes orientations de l'action qu'il devient possible de mettre en évidence la nature de la situation elle-même. C'est ainsi que l'intervention sociologique s'efforce de comprendre pourquoi, comment et à travers quels mécanismes, quel type de conflit et quelles représentations collectives se construisent les formes d'organisation, les décisions, les valeurs et les situations qui constituent la vie sociale.

L'intervention sociologique suppose que soit posé un ensemble d'hypothèses sur le caractère de la lutte ou des conduites sociales que l'on se propose d'analyser, l'une d'elles concernant plus directement la signification du type de mouvement social (toujours au sens que lui donne Touraine). Dans notre cas, nous avons fait une première hypothèse : il existe une certaine discontinuité entre d'un côté la lutte des infirmières et ses formes d'organisation et de l'autre côté, les problèmes vécus au niveau de l'hôpital. Notre seconde hypothèse concernait plus directement le

⁴ TOURAINE Alain, op. cit.

caractère des rapports sociaux à l'hôpital, qui devaient s'analyser à travers le croisement de trois logiques principales présentes à l'hôpital : la logique médicale, la logique administrative et la logique du malade, ces trois logiques correspondant aux trois principaux acteurs de la vie hospitalière. Enfin, notre dernière hypothèse consistait à dire qu'au-delà d'une série de revendications de type organisationnel (salaires etc.) et d'une pression de type institutionnel (dont l'enjeu principal était la question de la reconnaissance des qualifications professionnelles des infirmières), il était possible de retrouver dans l'expérience infirmière (et donc de façon plus ou moins directe dans le mouvement lui-même) certains aspects plus universels, touchant de près ce qui fait de cette expérience un des éléments d'un conflit plus global.

Une telle démarche nous a paru justifiée à plus d'un titre. Il existe en effet plusieurs lectures possibles du mouvement des infirmières à partir d'un constat sur le contexte socio-politique actuel. Sans nous attarder sur ce point, rappelons que la plupart des observateurs ont décrit le mouvement des infirmières principalement comme une réaction à la crise que traverse aujourd'hui l'hôpital et de façon plus générale comme une réponse défensive, catégorielle et limitée à une crise plus large, qui toucherait l'ensemble de la vie sociale. L'émergence des coordinations est en quelque sorte concomitante d'une fragmentation du social reflétant l'absence de paradigme politique dominant ; ceci entraîne une déglobalisation des problématiques liées au politique et donc par là des formes de rejet de cette sphère en tant que telle. Elle s'explique aussi par la substitution de valeurs aux idéologies et par une crise de participation démocratique qui, comme l'a souligné Alfred Hirschman, donne lieu à des mobilisations limitées. Ainsi les coordinations traduisent une double destructuration, dont elles sont à la fois effet mais aussi en partie cause, du champ social mais aussi du champ politique dans son ensemble⁵. Certes, les divers auteurs diffèrent sur les raisons profondes de cette situation de crise et sur le caractère de la décomposition du champ social. Mais, dans l'ensemble, ils partagent une même opinion sur la portée limitée du mouvement des infirmières lui-même.

Toutes ces analyses comportent une part de vérité et il n'est pas dans notre intention de ne pas en tenir compte. Pourtant, il nous a semblé utile d'essayer d'aller "un peu plus loin", en revenant vers l'analyse des rapports à l'hôpital et de l'expérience de travail des infirmières. Dans ce cadre, nous avons essayé de

⁵ HASSENTEUFEL Patrick, "Une tentative de lecture socio-politique de l'émergence des coordinations dans le monde du travail", communication présentée dans le cadre des "Journées annuelles de la société française de sociologie" en septembre 1989.

comprendre en quoi consiste la condition du travail infirmier et dans quelle mesure on peut parler de l'émergence d'une forme de conscience infirmière particulière. Expliquer le mouvement des infirmières par une destructuration du social nous a semblé insuffisant. Les mutations actuelles (et en particulier l'apparition des innovations technologiques à l'hôpital) bouleversent les situations de travail. Mais n'est-ce pas justement là une raison suffisante pour essayer de dégager, au-delà de la décomposition d'un ordre ancien, les premiers éléments d'une reconstitution d'une nouvelle conscience de travail, base pour de nouvelles formes d'identité collective et point de départ des conflits futurs ?

En même temps nous partageons à l'époque une autre hypothèse, avancée par Danièle Kergoat et Françoise Imbert, selon laquelle, d'un côté : "les coordinations sont l'expression d'une reconstitution de la contestation à des multiples niveaux : forme, organisation et contrôle des luttes, construction des plateformes revendicatives, structures nouvelles par et pour l'action collective" et de l'autre : "il existe un lien entre la naissance du mouvement social, la forme qu'il a pris et l'émergence d'un nouveau rapport à la qualification"⁶.

Enfin, en ce qui concerne l'organisation pratique de la recherche, deux groupes d'intervention ont pu être constitués, l'un à Paris (printemps/été 1989), l'autre à Montpellier (automne 89/hiver 90). Ils comptaient entre 12 et 15 infirmières et nous avons essayé de sauvegarder une relative diversité sur le plan de l'âge et du type de service. Question sexe, il faut noter une légère surreprésentation masculine (trois infirmiers dans chaque groupe), mais ceci ne semble pas avoir posé de problèmes à aucun des membres du groupe ou interlocuteur invité. Nous avons décidé de ne pas inclure les cadres infirmiers et de les considérer comme des interlocuteurs, en postulant que leur expérience de travail était tout à fait différente. Chaque groupe s'est réuni pendant un peu plus de dix séances de l'ordre de 2 à 4 heures, à raison d'une ou deux fois par semaine (le second groupe a eu par ailleurs une séance de travail d'une journée entière). La première phase de la recherche a intégré des séances ouvertes avec la présence d'un interlocuteur (le but est de faire revivre par le groupe le rapport social les opposant). C'est ainsi qu'en accord et sur proposition des membres de nos groupes ont été invités : deux cadres infirmiers, un directeur d'hôpital, une directrice d'école d'infirmières, deux aides-soignantes, un ancien malade, un chef de clinique, un interne, un jeune agrégé, une inspectrice de la DDASS et un ex-doyen de la faculté de médecine de Montréal. Dans la seconde

⁶ IMBERT Françoise et KERGOAT Danièle, "A propos du mouvement des infirmières et des coordinations", communication présentée dans le cadre des "Journées annuelles de la Société Française de Sociologie", 1989.

phase de la recherche nous avons organisé des séances fermées lors desquelles les groupes, en s'appuyant sur les retranscriptions des séances précédentes (le document brut faisant plus de 600 pages de dialogues) et à partir des hypothèses introduites par les chercheurs, ont essayé de conduire une auto-analyse, d'abord au niveau de leur expérience de travail, ensuite du mouvement lui-même.

LA NOTION DE QUALIFICATION DANS LE CONTEXTE HOSPITALIER

Comme l'écrit Jean-Pierre Faugère, le concept de qualification revêt une double réalité et des sens différents selon que l'on se réfère à l'emploi ou à l'individu. "La qualification est en fait un rapport social qui relie les qualités de la force de travail et leur utilisation dans le cadre de l'entreprise. (...) Au total, la notion de qualification doit exprimer le rapport entre les qualités des individus formés, l'utilisation et la valorisation dans le cadre de l'entreprise". Cette conception nous est proche et c'est pourquoi il nous a semblé possible de considérer la question de la reconnaissance du rôle propre de l'infirmière comme enjeu d'un rapport social conflictuel. En effet : "compétence reconnue et place effective dans la division de travail peuvent ne pas correspondre : les personnels d'exécution qualifiés (infirmières) ou non qualifiés (aides-soignantes) ont souvent acquis, dans leur situation de travail, une qualification non reconnue"⁷.

Il convient d'ajouter qu'un tel conflit est loin d'être quelque chose de nouveau. Cependant nous pensons qu'il revêt aujourd'hui une signification nouvelle et c'est ce que nous allons essayer de montrer. Rappelons toutefois qu'il y a déjà plus de cent ans que le Conseil municipal de la Ville de Paris constatait sans la moindre ambiguïté : "considérant que si le personnel des infirmières (...) laisse à désirer, cela tient, d'une part, à l'insuffisance des salaires, et d'autre part au peu de considération accordée à des auxiliaires dont le rôle cependant est indispensable et qui, quels que soient d'ailleurs leurs défauts, sont appelés dans l'exercice de leurs fonctions, souvent répugnantes, à faire preuve d'intelligence, de bonté, de force, d'adresse et de courage"⁸.

Depuis, la condition infirmière s'est profondément améliorée. Pourtant, malgré la reconnaissance dans les textes officiels de la fonction propre de l'infirmière (relèvent du rôle propre de l'infirmière les soins liés aux fonctions d'entretien et de

⁷FAUGERE Jean-Pierre.- "La notion de qualification appliquée au travail hospitalier".- *Cahiers de Sociologie et de Démographie Médicales*, n°4/1981, pp. 165-166. Voir aussi FAUGERE J.-P. et VOISIN C.- "*Les emplois hospitaliers, une approche économique*", Ed. Economica, Paris, 1981.

⁸ CHAUVENET Antoinette.- "L'infirmière hospitalière, technicienne ou travailleur social".- *Projet*, n°90/1974.

continuité de la vie), un même sentiment d'amertume persiste tandis que le conflit entre les infirmières et le corps médical a toujours le même mal à apparaître au grand jour. L'infirmière reste considérée comme exécutante et auxiliaire du médecin et se retrouve de façon constante en situation de dépendance à l'égard du corps médical, ce qui l'empêche notamment de se constituer un espace d'autonomie professionnelle. "Cette situation est au coeur de la contradiction qui affecte actuellement la profession ; elle en freine le développement, parce qu'à une époque où toute fonction est définie par la qualification, le poste de travail et la formation, le contenu flou de la profession d'infirmière et l'absence de définition concrète laissent d'autres fonctions voisines s'installer, autonomes. (...) Ces différentes nouvelles professions qui s'exercent à l'hôpital, bien qu'elles soient souvent sous l'autorité hiérarchique du corps médical, ont acquis à l'égard de ce dernier une autonomie relative, en raison de la reconnaissance d'un domaine de compétence spécifique".⁹

La profession d'infirmière reste par contre toujours aussi mal définie et sa position est sans cesse grignotée par les autres catégories professionnelles présentes à l'hôpital. "Finalement, vous voulez tout", lancera une aide-soignante invitée dans un de nos groupes d'intervention. Pourtant l'infirmière est loin de "tout vouloir". Mais elle souffre de ne pas pouvoir être une infirmière à part entière. "Je crois qu'être reconnue en tant qu'infirmière, c'est pouvoir exercer son rôle à part entière, avec l'évolution de la profession où ont été introduites des notions de rôle propre, etc, un décret de 84 qui nous a ouvert beaucoup de portes, et avec la difficulté qu'on peut avoir à réaliser des soins autres que techniques et autres que sur prescription médicale. Parce que suivant le service, une fois les soins sur prescription médicale finis, les huit heures sont terminées et on est toujours un peu insatisfait de ce que l'on a fait par rapport à ce que l'on aurait pu faire compte tenu de toutes les portes ouvertes dans la prise en charge plus globale du malade, dans un travail un peu autre", lui répondra une infirmière.

Contrairement à ce que disent les médecins (nous l'avons remarqué tout au long de la recherche), l'infirmière d'aujourd'hui n'aspire pas à devenir l'égale du médecin : "notre connaissance n'est pas toute dans les soins techniques - comme le pensent les médecins. On ne peut pas avoir la même conception qu'eux. Ils ont l'impression que l'on va être contentes si on fait ces soins-là.", dira une infirmière. Ce qui constitue la vraie compétence de l'infirmière ne se réduit pas à des qualifications scientifico-médicales, administratives ou psychologiques et humaines.

⁹ CHAUVENET Antoinette, op.cit.

La spécificité du travail infirmier réside dans la capacité de combiner un certain nombre de qualifications multiples, d'arriver à en faire une synthèse, à lier ce qui apparaît souvent comme désordonné ou même contradictoire. C'est en cela que sa position est tout à fait centrale et d'une certaine façon "extraordinaire" en même temps qu'imprécise et mouvante, difficile à cerner et à définir (et donc aussi à être reconnue). C'est cette position "de se trouver au carrefour entre les différentes logiques"¹⁰, cet état de tension permanente qu'elle est amenée à vivre tous les jours, qui définit la conscience infirmière. Dès qu'une infirmière commence à privilégier dans son travail l'une des trois logiques que nous avons isolées dans l'hôpital (c'est-à-dire la logique médicale, la logique administrative et la logique du malade), elle abandonne et sacrifie en quelque sorte son "identité d'infirmière" pour devenir quelqu'un d'autre : une surveillante, une puéricultrice ou une anesthésiologiste. Soit elle se spécialise et devient ainsi de plus en plus médicale ou gestionnaire, soit elle s'identifie de plus en plus au malade et se trouve ainsi dans une position de repli de plus en plus difficile à défendre : "en voulant sauvegarder un rôle "humain" perçu par la profession comme étant de plus en plus nécessaire dans un hôpital envahi par la technique, elle se heurte au fait qu'il n'y a plus de place en termes de qualification, de temps de travail et de valeur économique, pour la relation humaine entre l'infirmière et le malade quand l'activité est de plus en plus "rationalisée"¹¹.

Il y a donc deux types de conflit qui définissent l'identité infirmière, le conflit professionnel, autour de la reconnaissance de ses capacités techniques et le conflit culturel, autour de la défense d'une vision plus "humaine" de la santé. Notre recherche a montré une faible importance du conflit purement professionnel ou du moins sa subordination au conflit culturel. L'infirmière n'a aucune envie de devenir un "petit médecin". Au contraire, elle veut à tout prix préserver ce qui fait sa richesse, à savoir la capacité de faire le lien entre les aspects techniques et humains. C'est parce que les trois logiques de l'hôpital ont tendance à être séparées et dissociées de plus en plus (à cause de l'évolution de la médecine) que la condition de l'infirmière devient intenable et explosive. C'est en partie pour cela que le mouvement prend la forme d'une explosion et qu'il se structure en coordination.

¹⁰GONNET Françoise,- Les relations de travail à l'hôpital : entre la complexité et l'insécurité. In : L'hôpital à vif. L'état des lieux.- *Autrement*. Série Mutations (109), 1989, pp 128-147.

¹¹ CHAUVENET Antoinette, op.cit.

L'IDENTITE INFIRMIERE : AU DELA DE LA QUESTION DU ROLE PROPRE DE L'INFIRMIERE

Dans les deux groupes on observe ainsi un perpétuel balancement et même un déchirement entre les thèmes de la profession et les thèmes culturels. Malgré l'aide des chercheurs les infirmières n'ont pas réussi à proposer un projet d'action et de revendications capable de redonner une certaine unité au mouvement, ce qui nous a conduit à conclure à la faiblesse des éléments qui font la signification d'un mouvement social.

Curieusement, un des résultats de la recherche a été de montrer que, contrairement à ce qu'aurait pu laisser croire une observation rapide du mouvement, celui-ci avait pour principal adversaire non pas l'Etat mais le corps médical. Dès les premières réunions de nos groupes d'intervention, il est apparu que la relation infirmière-médecin est tout à fait centrale pour la constitution de l'identité infirmière. C'est en même temps une relation pleine d'ambiguïtés et c'est la raison pour laquelle elle a du mal à se transformer en un véritable rapport social.

C'est dans cette ambiguïté qu'il faut chercher les raisons qui ont fait que tout au long du mouvement, les infirmières ne se sont jamais affrontées directement aux médecins. On peut dire que, dans une certaine mesure, c'est même l'inverse qui s'est passé, car certains médecins ont semblé apporter un soutien à la lutte des infirmières comme en témoigne notamment la préface du docteur Léon Schwartzberg à un livre-document sur le mouvement. Car en fait il n'y a pas ici de véritable conflit mais une opposition entre deux types de culture, ce que les infirmières reconnaissent d'ailleurs volontiers. La mobilisation des infirmières semble donc conduire avant tout à une sorte de mouvement culturel (à côté, certes, d'autres types de revendications), un mouvement de réaction à une déshumanisation croissante du monde moderne et en particulier du monde hospitalier. Un tel mouvement s'appuie principalement non pas sur ce que nous avons appelé la conscience infirmière (qui, elle, repose sur la capacité de faire le lien entre le rationnel et l'irrationnel), mais plutôt sur ce que l'on a appelé une identité de repli, privilégiant le rapport avec le malade et la dimension humaine de la maladie.

Pourtant, il nous faut signaler que le mouvement portait en lui les germes d'une autre signification et que celle-ci s'est sensiblement renforcée après la vague de mobilisation. "Le mouvement n'avait pas trouvé son adversaire parce qu'il n'avait pas trouvé dès le début son objectif. Il est né d'un ras-le-bol. Des gens l'ont récupéré, nous ont montré un objectif dans lequel il faut avouer qu'on s'est jeté

(c'est pas 300.000 personnes qui savaient ce qu'elles voulaient). Même maintenant, certaines infirmières ne le savent pas. On a fait une plaquette pour leur expliquer (...). Il faut changer la mentalité des infirmières. C'est pour ça que l'on y a mis que "nous faisons un métier extraordinaire". Mais on a mis un an pour y arriver", dira une infirmière de notre second groupe d'intervention, en insistant sur le fait que c'est à travers l'acceptation d'une identité éclatée (mais en même temps riche).que peut se construire une forme de conscience fière de l'infirmière, base pour un nouveau mouvement capable de définir (et donc de revendiquer) les modalités pratiques d'une reconnaissance sociale du rôle propre de l'infirmière. Nous verrions alors se dessiner un nouveau conflit symbolique dont l'enjeu principal consisterait à reconnaître la valeur de la pluralité et de la rationalisation. Pour l'instant "les infirmières sont des atomes éparpillés, morcelés (...), on n'a pas de force parce qu'on est tous disséminés dans nos coins. Quand on aura fait corps ici, avec toute l'idéologie qu'on a, ne serait-ce qu'au niveau de l'organisation, tout ce qu'on a dit par rapport aux projets, individu dans sa globalité ; quand tous ces gens-là seront d'accord entre eux, ils arriveront à mener ça plus haut. Dans l'immédiat, ils ont les mêmes idées mais ils sont loin et ne communiquent pas entre eux. (...) Le pire c'est que je crois qu'on porte le projet individuellement", conclura une infirmière de Montpellier.

Précisons qu'il ne s'agit pas d'opposer la connaissance de l'infirmière (qui prend en compte l'irrationnel) à la connaissance médicale (qui s'efforce par contre de l'évacuer), mais de reconnaître la pluralité et l'égalité des différents types de connaissances et de démarches (dans ce cas précis il s'agit des différentes démarches de soin que symbolise la distinction entre diagnostic infirmier et diagnostic médical) et donc de rapports différents à la vérité. C'est là que se trouve la véritable signification du conflit autour du rôle propre de l'infirmière. Car il y a réellement conflit, peut-être pas directement avec les médecins mais plutôt avec une logique qu'ils portent de façon prioritaire, une logique qui hiérarchise les types de connaissance et qui repose sur une conception particulière de la vérité, celle de la science.

Quelle est donc enfin dans tout cela l'importance de la division hommes-femmes ? Ce problème a été soulevé à plusieurs reprises par les sociologues dans les débats de groupe. Sans nous prononcer sur cette question de façon définitive, il convient de signaler que la présence dans nos groupes d'infirmiers hommes a démontré que la division de type hommes-femmes n'était pas particulièrement pertinente. "Je dirais que c'est une profession où il y a une énorme dose d'affectivité. On la retrouve à travers certaines valeurs humanitaires très fortes

autant chez les femmes que chez les hommes”, affirme un infirmier, tandis que sa collègue ajoute : “les hommes de notre profession ont peut-être une certaine sensibilité que n’a pas l’homme de la rue, une espèce d’affectivité de type féminin que n’ont pas les autres”. Infirmières et infirmiers n’ont pas d’identités sensiblement différentes et semblent partager le même type d’approche par rapport à la question de la reconnaissance du rôle propre et de la qualification. Pourtant, il faut reconnaître que les hommes avouent être tentés plus souvent d’adopter des stratégies de fuite de la profession.