

Les infirmières : image d'une profession

Document de travail réalisé dans le cadre d'une formation d'initiation à la sociologie

Juin 2002

N'ayant pas suivi les procédures de relecture et de validation en vigueur dans l'institution, ce document ne reflète que l'opinion de son auteur et ne saurait engager le CREDES.

Fabienne Midy

CREDES

midy@credes.fr

1.	Introduction	2
2.	Approche historique	2
2.1	L'émergence de la profession : l'infirmière est vue comme une « sainte laïque »	3
2.2	La Grande Guerre : une réelle promotion de l'image infirmière	4
2.3	Le tournant des années soixante : le rôle de la femme dans la société et dans le couple	6
2.4	1970-1993 : la construction d'une identité professionnelle autonome	7
2.4.1	Les différentes étapes de la reconnaissance professionnelle des infirmières	8
2.4.2	La formation : élément moteur de la reconnaissance sociale d'un corps professionnel	11
3.	D'une image à l'autre	12
3.1	L'infirmière comme objet de fantasme	13
3.2	La pénurie est-elle la traduction d'une mauvaise image ?	15
3.3	La position sociale des infirmières vue par elles-mêmes	16
3.4	L'image d'une profession comme fait social	18
4.	Le résultat de six entretiens exploratoires pour tester l'image des infirmières dans l'opinion générale	20
4.1	Matériel et méthode	21
4.1.1	Etape 1 : la détermination d'une question de recherche	21
4.1.2	Etape 2 : la constitution de l'échantillon	21
4.1.3	Etape 3 : élaboration du plan d'entretien	22
4.2	L'analyse de contenu	24
4.2.1	Les éléments permettant d'identifier la profession	24
4.2.2	Analyse thématique	26
4.2.3	Les mots issus de la question flash	33
4.3	Discussion	35
5.	Conclusion	36
6.	Bibliographie	39

1. Introduction

La profession infirmière connaît depuis novembre 2001 un nouveau mouvement de contestation. Au travers des revendications liées aux rémunérations, c'est en fait la reconnaissance de la profession qui apparaît en filigrane dans la presse : « [les infirmières] veulent être reconnues à leur "juste valeur" » (Le Monde, 22 janvier 2002). Pour mieux comprendre le malaise de cette profession, il est important de revenir sur la place de l'infirmière dans notre société.

Lorsque l'on consulte des ouvrages sur l'histoire de la profession infirmière, une chose est frappante : tous retracent une même quête, celle de la reconnaissance sociale d'un corps professionnel. Par exemple, la tête de chapitre de l'ouvrage de R. Magnon (2001) pour la période 1980-2000 s'intitule « Les infirmières en quête de reconnaissance sociale » (p.87). Mais si on se réfère à l'ouvrage dirigé par Y. Knibiehler (1984), il semble bien que cette quête ait débuté dès la fin de la première guerre mondiale. L'objet principal de la première partie de ce travail est de retracer l'histoire de cette quête, puis d'en rechercher quelques déterminants et conséquences actuelles.

Cela nous amènera, dans une seconde partie à tester, au travers de six entretiens exploratoires, l'opinion selon laquelle, après avoir été idéalisée dans les épisodes de guerre et principalement lors de la première guerre mondiale, la profession infirmière souffrirait aujourd'hui d'une dégradation de son image.

2. Approche historique

L'apparition du mot "*enfermier*" date du 13^{ème} siècle mais c'est à la charnière des 19^{ème} et 20^{ème} siècles que l'appellation d'infirmière sera officiellement adoptée¹. Afin de mieux cerner la place qu'occupe actuellement l'infirmière dans notre société, nous avons consulté un certain nombre d'ouvrages qui décrivent l'évolution de la profession au cours du 20^{ème} siècle².

¹ Giesberger (P), *Evolution historique de la formation infirmière en psychiatrie, la fin d'une histoire, mémoire de maîtrise de sciences et techniques "Hygiène mentale"*, Faculté de médecine de Créteil, 1992

² Ce chapitre reprend largement les analyses de Knibiehler et al. « *Cornettes et blouses blanches. Les infirmières dans la société française (1880-1980)*. Hachette, 1984 ; et de Magnon « *Les infirmières : identité, spécificité et soins infirmiers. Le bilan d'un siècle* » Masson, 2001.

2.1 L'émergence de la profession : l'infirmière est vue comme une « sainte laïque »

Jusqu'à la fin du 19^{ème} siècle, les religieuses exercent une souveraineté sur toute espèce de soins, mais cette suprématie est remise en question dès le milieu du 19^{ème} siècle. Deux éléments sont avancés pour expliquer le tournant que connaît la profession soignante à cette époque.

Le premier, selon Y. Knibiehler et al (1984), est l'avènement de la République : d'une part, parce que « combattre les maladies, répandre la santé, c'est un objectif qui séduit d'emblée : il y a une tâche urgente et populaire entre toutes » (p.41) ; d'autre part, parce qu'un certain nombre de républicains n'acceptent pas l'obscurantisme des « cornettes »³.

Le second renvoie aux progrès de la médecine et des techniques médicales, avec en particulier les découvertes de Pasteur. Ces avancées impliquent de nouveaux gestes d'hygiène et de stérilisation réalisés par la soignante ; il fallait donc former les infirmières hospitalières dans le but d'aider le corps médical à développer et appliquer son propre art. Or, les religieuses se montrent parfois réfractaires aux découvertes pasteurien⁴ ; ce qui amène les médecins à rechercher des auxiliaires « plus dociles ». Dans un discours de distribution de prix en 1905, voici comment l'infirmière idéale était présentée par le corps médical : « Nous la choisirons autant que possible parmi ces vaillantes filles du peuple qui, à force d'intelligence et d'énergie, sont parvenues à s'instruire. (...) Nous la désirerions mariée et mère de famille, car il est des délicatesses de sentiment pour les faibles et les enfants qui ne s'épanouissent complètement que dans les coeurs des mères (...). Cette infirmière, plébéienne d'origine, serait dépourvue de morgue et de dédain, elle saurait se faire respecter sans se faire haïr ». On remarquera que l'image de l'infirmière est en fait marquée par les traits de la femme au foyer de l'époque (soumission, compétence ménagère et dévouement).

³ Ils leur reprochent par exemple de refuser leurs soins aux vénériens et aux filles mères.

⁴ Leur tenue en particulier est incompatible avec les règles de l'asepsie.

Si la laïcisation des soins scelle l'acte de naissance de la profession infirmière, elle n'est pas immédiate car l'emploi d'infirmières diplômées d'Etat (diplôme créé par décret en 1922) n'est que fortement recommandé et les religieuses resteront dans les lieux de soin encore de longues années⁵. Elles continueront à exercer une influence très forte en prenant en charge, en particulier, un certain nombre d'établissements de formation.

Voici donc initié le début d'une ère où l'infirmière est une auxiliaire de soins technicienne, de haute moralité, et soumise au corps médical : « une filiation médicale patrilinéaire se superpose à la filiation religieuse matrilineaire » (Collière, 1982, p.193). De fait, la divulgation du savoir technique était laissée entièrement entre les mains du corps médical ; les manuels écrits par les infirmières sont limités aux questions de morale. L'infirmière reste au service du médecin, et la démarcation entre la théorie, domaine du médecin, et la pratique, telle qu'elle transparaît dans les programmes de formation assoit ce clivage entre les deux professionnels du soin : « seul le mode d'administration doit être connu de l'infirmière. Elle ne doit en aucune façon chercher à connaître ce que le médecin prescrit⁶, chercher à faire des questions indiscrètes et ne solliciter à ce sujet aucune explication du pharmacien dont le devoir est de tenir caché ce que le médecin n'a pas voulu qu'on sût » (extrait d'un manuel de formation du milieu du 19^{ème} siècle).

2.2 La Grande Guerre : une réelle promotion de l'image infirmière

Les années de guerre empreignent profondément l'image des infirmières, comme le montre ce témoignage d'une infirmière née en 1914 : « Mes toutes premières années ont vraiment marqué mon orientation : les adultes parlaient beaucoup de la guerre, des blessés, des soins, des hôpitaux. Infirmières et majors étaient au centre de toutes les conversations » (texte tiré de Knibiehler et al, p.19).

⁵ L'effectivité de la laïcisation est différente selon les lieux, ainsi elle a été totale à Paris, mais partielle en province où les religieuses ont été maintenues dans des postes d'encadrement. De plus, l'effet de la création des assurances sociales (1928-1932), qui limite la signature des feuilles de soins aux seules infirmières diplômées, a été compensée en 1934 par la création d'un examen d'équivalence : sur les 5545 premières reçues, il y avait 4000 religieuses.

⁶ 1937 : la chambre des députés adopte une loi qui assujettit les infirmières à la prescription médicale : les infirmières seront sous le contrôle exclusif du corps médical jusqu'en 1978.



Les premiers mois de guerre sont caractérisés par une mobilisation des femmes très forte, le dévouement s'accompagne cependant de beaucoup d'improvisation et de flottement ; les infirmières sont cantonnées à l'arrière. Mais dès 1915, l'organisation de la chirurgie d'urgence au front s'impose, ce qui implique un changement de statut des infirmières qui « vont au devant de ces missions, dangereuses, où elles trouvent portée à son summum la justification de leur engagement » (Knibiehler, p.91). Elles deviennent des héroïnes ; image qui perdure aujourd'hui dans des films tels que « La chambre des officiers » ou « Le patient anglais » pour la seconde guerre. Dans ce dernier film, l'infirmière est représentée en uniforme militaire, mais le dévouement du personnage à l'égard de son patient, ainsi que sa compassion, rappellent que la religieuse n'est pas loin (L'infirmière magazine, n°162, p.38).

L'archétype de l'infirmière à cette époque, c'est l'infirmière de la Croix-Rouge qui dans l'esprit populaire évoque : la douceur et le dévouement, le bénévolat, l'obéissance et la discipline militaire et une compétence restreinte à un rôle d'auxiliaire. Le timbre ci-contre a été édité en 1939 pour le soixante quinzième anniversaire de la fondation de la Croix-rouge, il représente une infirmière lors de la première guerre mondiale. Cette guerre a permis à l'infirmière de se rapprocher de l'idéal décrit dans les textes depuis le début du 20^{ème} siècle (voir le discours de 1905 cité plus haut). « La guerre a fait ce qu'un siècle d'efforts dans le même sens n'eût pas fait, elle a promu en dignité le rôle de l'infirmière (...) » (témoignage extrait de Knibiehler et al).



La seconde guerre mondiale a eu un autre impact : elle marque le début de l'affranchissement de l'infirmière vis-à-vis des médecins. En effet, les nouvelles thérapeutiques développées (antibiotiques, examens biologiques), et leur banalisation progressive, multiplient les gestes techniques (piqûres⁷ intraveineuses, sondes, prises de sang) au point que les médecins ne peuvent plus les assumer seuls. Dans le milieu hospitalier, l'infirmière va peu à peu apprendre ces gestes qui finiront par être codifiés en tant que soins infirmiers, ce qui a pu avoir pour conséquence de donner « à l'infirmière plus d'estime pour elle-même et plus d'ambition » (Knibiehler, p. 131)



⁷ Les dessins ont été trouvés sur le site <http://nad.b.free.fr/infirmiere/fred.htm>

Bien que la première moitié du siècle marque une nette évolution, «Le métier d'infirmière reste une ascèse individuelle au lieu de devenir une fonction sociale » (Knibiehler et al, p. 131). Il faudra attendre les années soixante pour que cela change.

2.3 Le tournant des années soixante : le rôle de la femme dans la société et dans le couple

Jusqu'à la fin des années soixante, la diversité du recrutement a retardé l'avènement d'une conscience collective professionnelle. En effet, les intervenants du soin infirmier reproduisaient la disparité de la société française de l'époque : les religieuses côtoyaient les infirmières issues des classes favorisées et formées par la Croix Rouge ou les écoles privées, et les infirmières formées en école publique. Le problème était que ces professionnelles ne s'acceptaient pas, ce qui transparaît dans certains des textes et témoignages consultés au travers de l'image qui leur est associée : pour résumer, les religieuses sont mues par leur dévotion mais ont des attitudes réactionnaires ; les « demoiselles » de la Croix Rouge sont mues par la charité mais sont hautaines ; et l'élève infirmière de l'Assistance publique «dont on faisait une caricature peu charitable » avait une réputation de « noceuse ».

Mais à partir des années soixante, les infirmières prennent conscience de ce qu'elles sont une profession comme les autres et «se libèrent de la sacro-sainte chape de plomb qui pesait sur elles depuis deux siècles, je veux parler de l'obéissance, de la soumission, de la charité et du dévouement » (Magnon, p.53). L'auteur poursuit : « Cette période, fortement dominée par de nombreux phénomènes de société, conforta les infirmières dans leur désir de retrouver le sens originel de leur fonction, les soins à la personne malade, et les fit se débarrasser du voile qui les assimilait, par trop encore, à la religieuse soumise et dévouée. ».

Les infirmières ont participé à mai 1968 comme les autres professions et cela a pu également contribuer à initier leur reconnaissance comme toute autre profession « Cette crise de 68 a permis aux soignants de s'intégrer au monde du travail, avec les mêmes moyens de pression : grèves, revendications, etc., (...). Surtout, elle nous a fait prendre conscience que, sans faillir à notre tâche, nous pouvions avoir les mêmes avantages que d'autres professions et que le temps des bénévoles ou assimilés était révolu » (Knibiehler, p.335). Bref, en même temps que s'efface l'image de la « sainte laïque », la position sociale de l'infirmière évolue, tant sur la plan privé que professionnel.

Sur le plan privé, on ne conçoit plus qu'elle doive rester célibataire, comme un prêtre, ce qui était recommandé par les grandes figures du monde infirmier au début du siècle. L'infirmière est une femme comme les autres. Sur le plan professionnel, les rapports entre médecins et infirmières se sont transformés avec une nouvelle position de l'infirmière qui ose s'imposer face à son patron, revendiquer seule ou en équipe.

Les infirmières ont probablement bénéficié des évolutions sociales de cette époque sur la place de la femme dans la société en général, et dans le monde du travail en particulier, même si les problèmes de discrimination ne sont pas résolus. Par exemple, on citera avec R. Magnon : le développement du féminisme, l'interruption volontaire de grossesse et les changements de rôle dans la condition féminine et masculine.

Ce dernier point a probablement marqué la place de l'infirmière dans le monde des professionnels du soin. Rappelons que les médecins avaient tendance à représenter une infirmière dotée des attributs traditionnellement rattachés à la femme dans le couple, il est donc normal de supposer que les rapports du couple «médecin-infirmière» aient évolué avec l'image de la femme dans le couple et l'éclatement de la famille nucléaire. L'image de l'infirmière qui se conduit comme une épouse dévouée envers son «médecin-mari» ne peut plus perdurer. On n'imagine plus l'infirmière comme un modèle de dévotion, mais comme une professionnelle responsable.

2.4 1970-1993 : la construction d'une identité professionnelle autonome

A partir des analyses de M. Foucault⁸ et de E. Freidson⁹, J. Saliba décrit les étapes de reconnaissance professionnelle des médecins : « conquête d'un territoire propre, production et monopolisation d'un savoir ésotérique, contrôle de l'autonomie professionnelle, indépendance et monopole garantis par l'Etat » (p.50). La construction de l'identité professionnelle infirmière suit les mêmes étapes ; 1972 s'imposant comme une année charnière.

⁸ Foucault M. (1963) « La naissance de la clinique ». Paris PUF

⁹ Freidson E. (1984) « La profession médicale », traduit de l'américain par Lyotard, May et Malamond, Paris.

2.4.1 Les différentes étapes de la reconnaissance professionnelle des infirmières

La conquête d'un territoire propre. Saliba (1994) constate à propos de la spécialisation de plus en plus importante de la médecine : « il n'y a pratiquement plus de prise en charge globale du malade, celle-ci est fractionnée en fonction d'une classification des organes et des pathologies ». Or, c'est précisément sur le terrain de la globalité de la prise en charge que se positionnent les infirmières. En 1972, la réforme du programme des études d'infirmières introduit le concept novateur de "plan de soins infirmiers" centré sur la santé, la personne humaine et non plus uniquement sur la maladie.

La production d'un savoir. La réforme de 1972 permet également l'émergence des soins infirmiers comme discipline à part entière, avec une pratique et un savoir spécifiques. La recherche en soins infirmiers s'est alors développée, avec ses concepts et ses théories : « la recherche infirmière a pour objet d'améliorer les techniques, l'efficacité et la qualité des soins infirmiers, mais aussi de permettre une meilleure utilisation des crédits destinés aux soins. »¹⁰ Elle est par ailleurs soutenue dans les textes européens : « La recherche infirmière, en tant que champ spécifique de recherche, devrait être intégrée et pleinement prise en compte dans les politiques et l'organisation de la recherche médicale dans chaque pays. »¹¹

L'indépendance garantie par l'Etat. On peut citer trois étapes importantes sur ce point : l'établissement du titre d'infirmière diplômée, la reconnaissance d'un rôle propre et la constitution de décrets de compétence.

- Le titre d'infirmière diplômée de l'Etat français est promulgué par décret le 27 juin 1922 ; il « donne à la profession infirmière une reconnaissance officielle » (Magnon, p.112).
- La réforme du 31 mai 1978 précise la définition de la profession d'infirmier : "Est considéré comme exerçant la profession d'infirmière ou d'infirmier toute personne qui, en fonction des diplômes qui l'habilitent, donne habituellement des soins infirmiers sur prescription ou conseil médical, ou bien en application du rôle propre qui lui est dévolu.

¹⁰ Guide du service de Soins Infirmiers n° 3, 1988, Le fonctionnement du service de soins infirmiers

¹¹ Recommandation n° R (96) 1, Recommandation du Comité des ministres aux états membres sur la recherche infirmière (adoptée par le Comité des Ministres le 15 février 1996).

En outre, l'infirmière ou l'infirmier participe à différentes actions, notamment en matière de prévention, d'éducation de la santé et de formation ou d'encadrement" (article L.473). Cette loi est fondamentale car elle instaure un rôle propre¹², autorisant l'administration autonome de certains soins infirmiers.

- L'exercice de la profession est réglementé par des décrets, dits de compétence, dressant la liste des soins que les infirmiers sont habilités à dispenser, dont le dernier date du 11 février 2002 (D2002-194).

Le contrôle de l'autonomie professionnelle. Les deux aspects qui fondent ce point pour l'ensemble de la profession sont la formation et la déontologie ; le monde hospitalier a la particularité d'avoir fait place à une cellule administrative infirmière.

- Depuis les années soixante-dix, l'enseignement n'est plus réservé aux médecins ; ils continuent à enseigner les pathologies, mais ce sont des infirmières enseignantes qui prennent en charge le reste de la formation (Amouroux, 1998). La réforme de 1972 ouvre « une nouvelle ère pour les infirmières et les infirmiers. Celle d'une rupture avec les formations préparées, guidées, orientées par les médecins depuis 1923 et basées essentiellement sur une discipline, la médecine » (Magnon, p.62).
- La profession s'est dotée d'une déontologie professionnelle. En juillet 1953, le Conseil international des infirmières adopte un code précisant les principes déontologiques appliqués aux soins infirmiers. Ce code a été revu et adopté par le Conseil des représentantes nationales en 1989. Depuis, le décret n° 93- 221 du 16 février 1993 relatif aux règles professionnelles des infirmiers et infirmières tient lieu de code de déontologie pour la protection du malade. On peut toutefois remarquer que la profession infirmière ne dispose pas de juridiction ordinaire¹³.

¹² Définition du rôle propre de l'infirmière dans le décret du 12 mai 1981 : « relèvent du rôle propre les soins de continuité et d'entretien de la vie et destinés à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie de la personne ».

¹³ La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a réuni les professions d'infirmier, de masseur-kinésithérapeute, de pédicure-podologue, d'orthophoniste et d'orthopédiste dans un même conseil. Une proposition de loi relative à la création d'un ordre national de la profession d'infirmier et d'infirmière a été rejeté par l'Assemblée nationale le 28 janvier 2003.

- Dans le domaine hospitalier, la loi hospitalière de 1991 assoit le contrôle de l'autonomie professionnelle en créant une nouvelle direction au sein des administrations hospitalières : la direction du service de soins infirmiers, qui vient compléter la direction administrative et la direction médicale.

En conclusion, ces différents points montrent que les infirmières ont su se constituer en profession, même si certains chantiers restent encore débattus après 1993, en particulier sur le terrain de l'autonomie.

Par exemple, la possibilité d'un droit de prescription continue d'être affirmée depuis qu'elle a émergé lors du mouvement de manifestation de 1988¹⁴. Un communiqué de presse du ministère, publié en 1999, mentionnait qu'une compétence de prescription pour certains produits figurant sur une liste serait dévolue aux professionnels paramédicaux ; à notre connaissance, cette déclaration d'intention est restée sans application. Pourtant, depuis janvier 2000, les infirmières scolaires ont le droit de délivrer la « pilule du lendemain » ; le paradoxe étant que, chronologiquement, ce droit leur est d'abord octroyé par le ministère de l'éducation nationale et non par celui de la santé.

Le dernier épisode en date sur le thème de l'indépendance de l'infirmière vis-à-vis du médecin est la dénonciation de la Démarche de Soins Infirmiers par le syndicat Onsil, dans la mesure où elle ne respecte pas l'autonomie et la compétence de l'infirmière puisqu'elle devra être validée par le médecin.

Enfin, dans les différents points répertoriés plus haut par Saliba à propos de la profession médicale, nous avons retiré le terme « monopole » pour les appliquer à la profession infirmière. En effet, si les décrets de compétence délimitent de manière extrêmement précise les fonctions infirmières, ils ne leur en attribuent pas le monopole. Cette question est aujourd'hui source de conflits, qui se cristallisent autour de l'hygiène et de la toilette. Il existe une polémique à l'intérieur même de la profession pour savoir si la toilette est un soin exclusivement infirmier ou s'il elle peut être prise en charge, dans certains cas, par d'autres professionnels moins qualifiés, tels que les auxiliaires de vie.

¹⁴ *Le Royaume-Uni a instauré une autorisation de prescription depuis plusieurs années, en limitant cependant cette autorisation à des infirmières ayant suivi une formation particulière et à certains médicaments. Le ministre britannique de la Santé a annoncé en novembre 2002 que les infirmières seront dotées de nouvelles possibilités de prescription. Les normes régissant ces nouvelles pratiques seront publiées au début 2003. Cela pourrait en particulier concerner les patients atteints de maladies chroniques telles que l'asthme et le diabète, ou de maladies coronariennes, ou d'hypertension artérielle. Des formations spécifiques sur ce thème seront proposées début 2003, l'objectif étant de former 10 000 infirmières d'ici la fin 2004.*

Nous concluons d'ailleurs une précédente étude sur la coordination entre l'infirmier libéral et les services d'aide au maintien à domicile en insistant sur l'urgence de trouver une réponse claire et consensuelle à cette question (Com-Ruelle, 2002).

2.4.2 La formation : élément moteur de la reconnaissance sociale d'un corps professionnel

Dans les différentes publications consultées, il semble admis que la reconnaissance de la profession à sa juste valeur doit passer par une transformation de son système de formation.

Le premier point est « la volonté de la profession d'élever le niveau des candidats afin d'accéder à une reconnaissance statutaire qui lui fait défaut » (Anne Perraut, 2001b). De fait, on constate une élévation du niveau de diplôme à l'entrée des instituts de formation infirmiers.

Mais le point d'orgue de l'équation formation/reconnaissance est l'adoption d'un modèle académique de formation, par opposition à un modèle d'apprentissage. L'idée que la profession gagnera en reconnaissance si elle acquiert un statut académique se manifeste par la volonté de « sortir » la formation de l'hôpital pour qu'elle soit pratiquée à l'université, rapprochant ainsi la formation infirmière de la formation médicale.

Ce mouvement, initié par la réforme de 1972 qui instaure des stages extra-hospitaliers obligatoires, pourrait aboutir à la prise en charge de la formation infirmière par le ministère de l'éducation nationale. On comprend l'enjeu de cette évolution à la lecture de cette réflexion de R. Magnon : « Aujourd'hui, cette question ne devrait pas être perdue de vue par la profession. Car dans tous les pays où la formation infirmière est sortie du cadre étroit dans lequel elle était cantonnée, c'est à partir de ce moment là qu'elle a pu prendre sa véritable dimension, obtenir une véritable reconnaissance sociale, et que la discipline des soins infirmiers qu'elle est sensée enseigner a pu véritablement s'enrichir d'apports nouveaux » (p.67).

Les changements de terminologie sont un indice de cette volonté de changement de statut à travers la formation. Le décret 92-264 du 23 mars 1992 instaure le terme d'étudiant à la place de celui d'élève infirmière, et celui d'institut de formation en soins infirmiers à la place de celui d'école infirmière : « A compter de la date de publication du présent décret le mot "élève" et les mots "école d'infirmiers" son respectivement remplacés par le mot "étudiant" et les mots "centre de formation en soins infirmiers" dans tout acte administratif en comportant la mention » (Art. 4).

L'année 2002 marque une accélération dans ce sens. L'arrêté du 8 janvier 2002 stipule que le diplôme d'Etat d'infirmier donne un accès de plein droit en licence de sciences sanitaires et sociales et en licences de sciences de l'éducation, ce qui établit automatiquement un lien entre la formation infirmière et l'université. En avril 2002, une commission pédagogique est chargée d'étudier les conditions de mise en place de la réforme de la formation des professions de santé : l'ensemble de ces professions suivront une première année universitaire commune.

Enfin, une autre revendication concerne le diplôme d'Etat infirmier qui est homologué depuis 1978 au niveau de Brevet de Technicien Supérieur (BTS) ou du diplôme des Instituts Universitaires de Technologie (IUT), pour une durée des études qui est aujourd'hui de 3 ans et demi. La reconnaissance du diplôme à un niveau bac + 4 fait partie des revendications qui ont pu être évoquées.

3. D'une image à l'autre

L'analyse historique de la profession fait donc apparaître plusieurs images de l'infirmière. Elle est vue, tour à tour, comme une « sainte laïque », puis comme une auxiliaire technicienne du médecin : « la piqueuse ». Cet extrait du témoignage d'une infirmière ayant exercé après guerre est éloquent : « J'ai souvent entendu dire : ça ne doit pas être drôle de faire des piqûres toute la journée ! Premièrement l'infirmière à domicile n'est pas seulement une "piqueuse" comme on nous appelle souvent, mais est appelée à faire tous les soins » (Knibiehler, p.196).

A partir des années soixante-dix, l'infirmière accède à une certaine autonomie professionnelle vis-à-vis des médecins : « Finie l'image de l'infirmière soumise et dévouée à ces messieurs les docteurs » (L'infirmière magazine, n°151, 2000), et à une conception de son rôle centrée sur la santé et sur la personne humaine dans son ensemble : finie également l'infirmière auxiliaire technique, associée à l'image de la piqûre.

Il reste une représentation populaire que nous n'avons pas évoquée jusqu'à présent : l'infirmière comme objet de fantasme, que nous évoquons par le cinéma. Le reste du texte pose ensuite la question de l'image infirmière au travers de la pénurie que connaît actuellement la profession, et au travers de discours tenus par des infirmières elles-mêmes. Enfin, nous proposons certains éléments qui peuvent être interprétés comme des déterminants sociaux de l'image de la profession.

3.1 *L'infirmière comme objet de fantasme*



La première explication des fantasmes associés à la profession infirmière est qu'elle est très féminisée même si la proportion d'hommes tend à s'élever parmi les cadres ou les spécialités (anesthésie et bloc opératoire). Les femmes constituent 87,2 % des effectifs. Cependant, d'autres professions très féminines, les couturières par exemple, n'ont pas motivé un tel imaginaire.

Une autre explication est développée dans l'ouvrage « Cornettes et blouses blanches » ; cette représentation serait le résultat de la transformation de la relation entre les médecins et les infirmières, en partie en raison de l'institution du temps plein pour les médecins entre 1954 et 1958.

On passe alors de rapports très cloisonnés et distanciés, à des relations de travail plus fréquentes et plus cordiales, comme l'illustre ce témoignage qui reconnaît le quotidien des flirts plus ou moins poussés dans le milieu hospitalier : « Dans cette profession difficile, où les études sont longues et onéreuses pour les étudiants, les tentations impérieuses dans le domaine sexuel se trouvaient excitées par le caractère propre des soins médicaux, par la promiscuité dans le travail, et, pourquoi pas ? par les sentiments intimes et les inclinations réciproques » (p.226). Ce même témoignage évoque également un autre point particulier de la profession « Lorsque ces flirts existaient entre médecins ou étudiants en médecine et infirmières et que ceux-ci ne voulaient ou ne pouvaient opter pour le mariage, ils avaient plus de facilité pour recourir aux avortements. La profession leur en donnait plus de possibilités que d'autres » (p.226).

Deux images sont parfois évoquées spécifiquement à propos de l'infirmière hospitalière. La première est chargée d'une connotation sexuelle — l'image sexy de l'infirmière étant renforcée par l'évolution de leur uniforme : la blouse blanche, portée à même la peau, n'a plus grand chose à voir avec l'uniforme de la Croix Rouge. La seconde est celle de jeunes filles qui embrassent la profession dans le but d'épouser un médecin.

Les relations de l'infirmière avec le patient sont également mises en avant, car dans le système de soins, c'est indéniablement l'infirmière qui est la plus proche des patients. « Le fantasme de la blouse blanche provient de ce corps à corps, inhérent au métier, entre le soignant et la soigné » (L'infirmière magazine, n°162, p.37).

Une analyse récente sur l'image de l'infirmière au cinéma met en avant le rôle de ce dernier dans la construction de cette image sexy, en revenant sur la représentation de la femme en général. « Au cinéma, rares sont les rôles représentant la femme à travers un statut professionnel. Vue dans son rapport à l'homme, elle incarne généralement une épouse, une prostituée ou encore une chanteuse. Or, si être une infirmière, c'est avoir un métier, autrement dit être indépendante, cette forme de liberté a souvent été considérée dans les films comme néfaste, repoussante. L'infirmière ne sera attirante qu'en vertu de son corps, de sa "féminité". (...) Insister sur la sexualité au détriment de l'affirmation professionnelle, c'est là encore une manière de nier la femme en insistant sur son pouvoir sexuel. » (L'infirmière magazine, n°162).



Selon l'auteur, le cinéma véhiculerait une seconde image antinomique de l'infirmière : l'infirmière castratrice. L'article cite en exemple les films « Vol au dessus d'un nid de coucou » (Milos Forman, 1975) et « Misery » (Rob Reiner, 1990). L'analyse développée par J. Oberlander s'appuie sur le caractère essentiellement masculin du monde du cinéma. « Quand la femme acquiert une autonomie grâce à son métier, le cinéma, instrument masculin, l'imagine castratrice. Il la prive de toute sexualité, la castré à son tour, créant ainsi un personnage déséquilibré, monstrueux. » (p.37).

Ces deux fantasmes antinomiques de l'infirmière castratrice et de l'infirmière sexy se retrouvent conjointement dans le film « Mash » (Robert Altman, 1969).

Cette analyse paraît cependant excessive dans son parti pris féministe.

En effet, aujourd'hui, le cinéma ne manque pas de personnages féminins qui ont une vie active et qui sont des personnages positifs : « Erin Brockovich » (Steven Soderbergh, 2000), « Working Girl »



(Mike Nichols, 1988), etc. De plus, on ne peut généraliser cette analyse aux films romantiques déjà cités qui s'appuient sur des personnages infirmiers positifs qui ne sont ni sexy ni dominateurs : les plus connus étant « La chambre des officiers » et « Le patient anglais ».

3.2 *La pénurie est-elle la traduction d'une mauvaise image ?*

Dans un tout autre registre, la pénurie que connaît actuellement la profession a pu être interprétée comme le reflet d'une mauvaise image de ce travail chez les jeunes.

La presse généraliste et professionnelle se fait en effet l'écho depuis quelques mois de la pénurie qui frappe de plein fouet la profession infirmière¹⁵. Les derniers chiffres font état de 15 000 postes vacants dans les hôpitaux publics et privés, ce qui peut entraîner la fermeture de lits. A cela, il faut ajouter les besoins non satisfaits dans le secteur libéral, mais qui n'ont pas été évalués. Par contre, on sait que les institutions locales de l'assurance maladie (CPAM) ou du ministère (DDASS) reçoivent régulièrement des plaintes de patients qui ne trouvent pas de professionnels pour les prendre en charge.

Peut-on interpréter cette pénurie comme un désengagement des jeunes vis-à-vis d'une profession qui n'aurait pas une image attractive ? En fait, il faut être prudent car la pénurie que l'on connaît à l'heure actuelle est probablement le cumul de plusieurs explications. En particulier, l'ensemble de la profession montre du doigt l'institution de quota limitant le nombre annuel d'entrées dans les instituts de formation ; une mauvaise estimation des besoins aurait conduit à cette situation de pénurie.

Dernièrement, les quotas d'entrée en première année d'études d'infirmier ont été révisés à la hausse : il a été fixé à 26 436 étudiants pour l'année 2000, en augmentation de 43,4 % par rapport à l'année 1999. Or, l'ouverture de ces places dans les instituts de formation n'a pas suscité de candidatures suffisantes cette première année. Par exemple, dans des régions telles que la Picardie ou l'Auvergne, alors que la totalité des places ont été mises au concours de la rentrée de septembre 2000, on constate un déficit d'étudiants reçus respectivement de 12% et de 11%. La région Ile-de-France qui avait ouvert 4 276 places en septembre enregistre un déficit de 25% d'étudiants reçus (L'infirmière magazine, n°155, 2000). Même si d'autres sessions ont été organisées pour combler ce déficit, cela peut être le signe d'une profession non attractive ; les quotas ne seraient pas seuls en cause. Il faudra attendre d'avoir l'évolution des inscriptions sur plusieurs années pour avoir un recul suffisant.

¹⁵ Selon le Ministère de l'Emploi et de la Solidarité (DREES, 2001), l'effectif infirmier en France métropolitaine se chiffre au 1er janvier 2001 à 397 500 professionnels. La profession se répartit en deux modes d'exercice : le secteur salarial (85.5 %) et le secteur libéral, le premier concernant principalement le secteur hospitalier et le second la médecine de ville.

Les enquêtes d'opinion auprès des jeunes en âge de choisir une profession apportent un éclairage probablement plus correct sur cette question. Ainsi, une enquête réalisée en Alsace auprès d'élèves de troisième sur l'image des métiers montre au contraire que la profession infirmière bénéficie d'une opinion positive dans 65% des cas¹⁶. Hélas, ces enquêtes sont rares.

En conclusion, associer les chiffres décrivant la pénurie que connaît actuellement la profession infirmière à un déni de la profession est donc vraisemblablement un raccourci trop rapide. D'autres facteurs entrent en ligne de compte, tels que le développement du temps partiel depuis plus de 15 ans ; il concerne désormais un infirmier en activité sur quatre, contre 11 % en 1983 (DREES, 1999). Il s'agit en général d'un libre choix¹⁷, concernant presque exclusivement les femmes et intéressant le plus fréquemment des professionnels de plus de 40 ans.

Ces chiffres amènent une autre interrogation : le malaise n'est-il finalement pas interne à la profession ?

3.3 *La position sociale des infirmières vue par elles-mêmes*

Les citations d'infirmières parues dans la presse montrent qu'elles considèrent que leur profession est mal connue et insuffisamment reconnue.

En premier lieu, la profession infirmière serait mal connue du grand public. Selon une infirmière, « l'image que l'on a des infirmiers(ières) est encore loin de la réalité, même s'il y a eu, à ce sujet, une évolution » (L'infirmière magazine, n°153, 2000) ». Anne Perraut Soliveres¹⁸ évoque un décalage entre la perception que le patient a du rôle de l'infirmière, qu'il imagine comme une succession d'actes techniques effectués sur l'ordre du médecin, et le rôle de l'infirmière qui prend en charge un patient de manière globale, axant ainsi sa fonction sur le malade et non sur la maladie (Le Monde Initiatives, octobre 2001). Ceci amène une infirmière à déclarer : « Investir les médias est le seul moyen de se faire connaître, apprécier, soutenir, de faire passer des messages... Cela contribuerait à l'évolution de la profession et à sa revalorisation » (L'infirmière magazine, n°155, p.8).

¹⁶ Enquête « image des métiers en Alsace » élaborée et réalisée par l'INSEE. Cette enquête porte sur un échantillon régional stratifié de 126 classes de troisième. La collecte a eu lieu entre novembre 1998 et janvier 1999.

¹⁷ A peine 15 % seulement des infirmiers à temps partiel souhaiteraient travailler plus, parmi lesquels 8% préféreraient travailler à temps plein (DREES, 1999).

¹⁸ Anne Perraut Soliveres est membre du comité de rédaction de la revue professionnelle « Pratiques ». Elle s'interroge dans cet article sur les raisons du mal-être infirmier et pose la question de la position de ces professionnels dans le système de soins.

En second lieu, certains témoignages dans la presse montrent que les infirmières ont toujours l'impression de ne pas être reconnues socialement à leur juste valeur. Ce sentiment s'exprime dans leurs revendications.

Ainsi, en 2001, Mme Dubois-Fresnet (présidente de l'association nationale des infirmières) écrit dans un article du Monde : « L'image de la profession doit évoluer. Les infirmières ne veulent plus de ce regard paternaliste, mais souhaitent être écoutées et valorisées » (Le Monde, 2001a). Alors que plusieurs analyses que nous avons reprises annonçaient la fin de l'infirmière associée à « une sainte laïque », une infirmière hospitalière écrivait en 2001, toujours dans les colonnes du journal Le Monde : « La profession a besoin d'être revalorisée dans tous les sens du terme. On a trop joué sur la corde de l'infirmière dévouée qui est là par vocation » (Le Monde, 2001a).

Finalement, les infirmières ont toujours l'impression que leur profession n'est pas prise au sérieux. Dans une interview accordée au journal « Soins » en avril 1999, T. Amouroux (président de l'Association pour la promotion de la profession infirmière) déclarait : « La crise identitaire des infirmières perdure. En effet, le système de santé et la société ne répondent toujours pas à leur légitime besoin de reconnaissance ».

Selon Magnon (2001) cela pourrait être un frein à la finalisation d'un statut professionnel à part entière, bien qu'il y ait une évolution certaine sur ce point¹⁹. Il constate que l'un des points importants de la professionnalisation, à savoir l'existence d'un ordre infirmier, n'a pas de réalité. Il cite un élément de reconnaissance sociale comme l'un des éléments pouvant expliquer cette lacune. « Plusieurs raisons peuvent être à la base d'un tel refus. L'importance numérique des personnels infirmiers, les stigmates portés de tous temps sur cette profession, considérée généralement comme "intellectuellement peu développée", le fait qu'elle soit à 90% féminine et très faiblement syndicalisée » (p.120).

Ce besoin de reconnaissance se manifeste également par des revendications amplement reprises par les médias, en particulier les revendications portant sur les rémunérations. Elles peuvent être interprétées

¹⁹ En effet, comme on l'a développé précédemment, la profession infirmière a hérité au cours du 20^{ème} siècle, de tous les attributs objectifs qui lui confèrent le droit d'être une profession à part entière, à savoir : une loi régissant son exercice et lui conférant une certaine autonomie et le droit d'initiative, des décrets d'application réglementant les actes professionnels autorisés, une législation qui permet d'instaurer une juridiction de type ordinal et enfin un code de déontologie.

comme un moyen de se positionner par rapport aux autres professions dans la société, et cela ressort dans certaines interview où des infirmières libérales comparent le tarif de certains actes techniques infirmiers au déplacement des artisans plombiers. Les revendications syndicales s'appuient souvent sur l'argument de la dévalorisation sociale : « [le syndicat] est fermement décidé à imposer les légitimes demandes de toute une profession trop longtemps méprisée » (communiqué syndical de juillet 2002).

Outre les discours, un indicateur quantitatif de la désaffection des infirmières pour leur profession est le taux de professionnels qui ont choisi de ne plus exercer. Parmi les professionnels diplômés, on estime à 50 000 le nombre de ceux qui n'exercent pas, soit un taux d'environ 12.5 %. Ceci est généralement expliqué par la forte féminisation de cette profession et par l'incompatibilité de ce travail avec une vie de famille. Cette explication est probablement caricaturale. La directrice du service infirmier de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris déclare : « Quand elles sont mal payées, mal considérées, mal entendues, elles quittent les services » (Le Monde daté du 04.10.2001). Ceci montre qu'au delà de l'image de l'infirmière qui quitte la profession dès qu'elle fonde un foyer, il existe bel et bien un sentiment de dévalorisation interne à la profession pouvant expliquer les démissions.

3.4 *L'image d'une profession comme fait social*

En admettant que le déni d'image ressenti par les infirmières ait une part de réalité dans l'opinion publique, nous proposons à titre d'hypothèses certains déterminants sociaux qui pourraient l'expliquer.

Le premier déterminant social possible a déjà été évoqué, il s'agit de la place de la femme dans la société en général, mais plus précisément dans le couple ou dans les relations professionnelles.

Un second déterminant est relatif à la place des sciences et des techniques dans notre société. La seconde moitié du 20^{ème} siècle est caractérisée par un scientisme très fort du volet médical du soin, stigmatisé par le développement de l'*evidence based medicine*. On peut se demander si cette promotion de la science médicale n'a pas fait ombre à une profession qui a toujours joué sur le côté humain du soin, installant la fonction de l'infirmière dans une position de subordination, acceptée comme naturelle. Or, aujourd'hui, un mouvement inverse s'est initié : notre société glisse de la notion de soins à celle de santé, privilégiant de plus en plus les aspects de confort et de qualité de vie. Il semble que la profession infirmière ait pris conscience de cette opportunité pour affirmer son rôle

spécifique et la plus-value qu'elle apporte par rapport aux médecins. « Il s'agit de reconsidérer son allégeance à une médecine devenue trop scientifique, de redécouvrir pour la défendre son humanité première, de construire ses assises éthiques en redéfinissant son champ de compétence » (Perraut Soliveres, 2001).

Un troisième déterminant mériterait d'être testé ; il fait référence à la façon dont notre société gère aujourd'hui la vieillesse, la souffrance et la mort. L'hypothèse que l'on peut avancer est la suivante : dans la mesure où notre société serait dans une phase de déni de ces aspects (caractérisée par exemple par l'institutionnalisation des personnes âgées que l'on ne prend plus en charge individuellement, dans la cellule familiale), elle aurait également tendance à rejeter les professionnels chargés de ces questions. « [Les infirmières] accomplissent en silence les tâches ingrates dont ne veut plus la société. Je veux parler des soins aux personnes âgées, de l'assistance à toute personne dépendante, l'accompagnement de plus de 70% des mourants » (Perraut Soliveres, 2001). Dans le récit de C. Petit (1997), infirmière parisienne s'occupant d'hospitalisation à domicile, on trouve également ce rapport perpétuel à la souffrance et à la mort. Elle raconte comment la famille peut parfois lui reprocher d'être celle qui les met devant la réalité de la mort future d'un proche : ainsi elle rapporte les excuses d'une famille « vos paroles non plus n'étaient pas faciles à entendre ! On vous en a voulu » (p.113). Idem à l'hôpital où un cadre infirmier déclare « c'est sur eux [les cadres infirmiers] que s'exerce le mécontentement des familles, des patients, des personnels » (le quotidien du médecin, 2001).

Enfin, il ne faut pas négliger des explications plus globales. En effet, d'autres professions font le même constat d'une dégradation de leur position dans la société, en particulier les enseignants et les médecins. Ainsi, outre les associations de consommateurs, d'autres associations « d'utilisateurs » prennent de plus en plus la parole : associations de parents d'élève, associations de patients.

La société remet donc aujourd'hui en cause l'autorité des professions médicales auparavant peu contestées, comme le montre ce témoignage d'un médecin « c'est vrai qu'avant on avait tendance à se prendre pour le Bon Dieu. Mais maintenant, c'est l'excès inverse »²⁰. En fait, ce n'est pas tant la remise en cause d'une autorité que d'une autonomie : « Après 1945, [les médecins] ont vécu sur une logique d'autonomie totale. Ils fonctionnaient sur le prestige. Ils savaient, et n'avaient de comptes à

²⁰ JM Rogez, chef de service de chirurgie pédiatrique du CHU de Nantes (*Nouvel observateur*, 2001)

rendre à personne. Aujourd'hui, c'est fini. La société demande son dû, ils doivent confronter leurs connaissances avec leurs collègues, et ils n'ont plus de prestige. Ils ne savent plus où ils sont » (M. Bungener, Nouvel Observateur, 2001).

Dans tous les domaines, cela se traduit par l'instauration d'un véritable colloque entre le professionnel et l'utilisateur. Ainsi, dans le domaine médical, ce mouvement, initié par les patients atteints du SIDA, accorde au patient un nouveau rôle en tant qu'acteur dans son processus de soin. Après les Etats Généraux de la Santé en 1999, ceci s'est concrétisé dans la loi de modernisation de la sécurité sociale de mars 2002 avec le droit d'accès direct pour le patient à son dossier médical. La réforme de la structure d'aide à la décision publique dans le domaine de la santé, prévue pour 2003, est dans la même veine. Le nouveau rôle de la conférence nationale de santé comprend l'élaboration d'un rapport annuel sur le respect des droits des usagers du système de santé et l'organisation de débats publics sur les questions de santé ou d'éthique médicale. Au delà de cet aspect positif, la remise en cause de la suprématie du médecin, et la perte de son statut de notable respecté par la communauté, a également des conséquences quotidiennes désastreuses : la presse s'est fait l'écho des diverses agressions dont ils sont victimes, soit lors de leurs visites, soit dans leur cabinet.

4. Le résultat de six entretiens exploratoires pour tester l'image des infirmières dans l'opinion générale

Le malaise des professionnels infirmiers est indéniable : ils ont le sentiment de ne pas être reconnus à leur juste valeur. Ce mal-être se traduit par un mouvement social de forte ampleur qui touche toutes les catégories d'infirmières, qu'elles soient hospitalières ou libérales, polyvalentes ou spécialisées, bien que les revendications ne portent pas sur les mêmes points. Pourtant, lorsque l'on analyse de manière objective l'évolution de la profession depuis son origine, il est également indéniable qu'elle a su s'affirmer comme une véritable profession ayant une fonction précise dans la société.

La première question qui vient à l'esprit est donc la suivante : la profession infirmière a-t-elle effectivement une mauvaise image dans l'opinion publique ? En effet, les différents éléments que nous avons pu reproduire ici renvoient plus à la sphère professionnelle et aux rapports qu'entretiennent les infirmières avec les médecins d'une part, et les institutions d'autre part. Une approche plus fine de la

question devrait permettre d'identifier ce qui détermine l'image associée aux infirmières, en particulier en testant les différentes hypothèses proposées dans le texte précédant.

4.1 Matériel et méthode

La méthode de recherche utilisée est celle de l'entretien. Les ouvrages consultés s'accordent en effet sur le fait que « l'interview est (...) l'instrument le plus adéquat pour cerner les systèmes de représentations, de valeurs, de normes véhiculés par un individu » (Albarello et al, 1995, p.62). L'élaboration de la méthodologie d'enquête suit trois étapes classiques : la détermination de la question de recherche, la constitution de l'échantillon et la réalisation d'une grille d'entretien.

4.1.1 Etape 1 : la détermination d'une question de recherche

Compte tenu des objectifs exposés ci-dessus, la question de recherche peut être formulée ainsi :

Quelle est l'image de l'infirmière dans notre société contemporaine ?

4.1.2 Etape 2 : la constitution de l'échantillon

Il s'agit d'une enquête en population générale, à l'exclusion de personnes travaillant avec des infirmières (professions médicales, paramédicales, sociales), afin d'éviter une orientation sur le concept de représentations dans les relations professionnelles, ce qui relève d'une problématique différente.

Six personnes ont accepté de participer aux entretiens. L'échantillon est composé de :

- ✓ une assistante de recherche (52 ans), spécialiste en gestion de base de données ;
- ✓ un médecin (51 ans), témoin privilégié car chercheur en santé publique, marié et père d'une infirmière²¹
- ✓ une comptable (28 ans) ;
- ✓ une éducatrice en école maternelle (29 ans) ;
- ✓ une secrétaire (39 ans) ;
- ✓ un conseiller en organisation en entreprise (50 ans).

²¹ Le fait qu'il soit médecin n'est pas incompatible avec l'objet de l'étude dans la mesure où il n'a jamais exercé la médecine et donc qu'il n'a jamais travaillé avec des infirmières.

4.1.3 Etape 3 : élaboration du plan d'entretien

Les entretiens peuvent être plus ou moins directifs, selon un arbitrage qui n'apparaît pas évident de prime abord. Selon Guibert et Jumel (1997), « l'entretien non directif n'est pas vraiment adapté à nos domaines mais plutôt à des situations psychothérapeutiques ou psychanalytiques (...) » (p.102). De plus, l'entretien sociologique ne peut être totalement non directif dans la mesure où, contrairement à l'entretien psychologique, c'est le chercheur qui initie la relation et qui en fixe le but. *A contrario*, la non directivité facilite chez l'enquêté l'auto-exploration de ses opinions, elle est donc appropriée aux recherches de type socio-symbolique. L'entretien sociologique se situe donc quelque part entre le questionnaire ouvert (orientation directive) et l'entretien psychologique (orientation non directive). On parle d'**entretiens semi-directifs**. Cette forme d'entretien répond à deux exigences : « d'une part, il s'agit de permettre à l'interviewé de structurer lui-même sa pensée autour de l'objet envisagé (...); d'autre part, la définition de l'objet d'étude élimine du champ d'intérêt diverses considérations auxquelles l'interviewé se laisse tout naturellement entraîner au gré de sa pensée et requiert l'approfondissement de points qu'il n'aurait pas explicités lui-même » (Albarello et al, 1995, p.61).

Dans ce document de travail ne sont présentés que des **entretiens « exploratoires »**. Selon R. Quivy, « les entretiens exploratoires ont (...) pour fonction de mettre en lumière des aspects du phénomène étudié auxquels le chercheur n'aurait pas pensé spontanément lui-même et à compléter ainsi les pistes de travail que ses lectures auront mises en évidence ». C'est pourquoi, les entretiens exploratoires doivent être le moins directif possible car ils « servent à trouver des pistes de réflexion, des idées et des hypothèses de travail, non à vérifier des hypothèses pré-établies. »

De manière à respecter le caractère exploratoire de ce travail, tout en permettant d'obtenir quelques réponses précises sur des points particuliers, la grille d'entretien cumule finalement une partie qui laisse l'interviewé libre de s'exprimer sur la profession infirmière et une partie plus directive sous la forme d'un entretien semi-directif.

La partie libre de l'entretien repose sur l'hypothèse que l'image de l'infirmière est fortement liée à son uniforme : celui de la Croix-rouge pour la « sainte laïque », celui de la blouse blanche pour la « sexy ». Les entretiens commencent donc en explorant ce terrain de **l'apparence**, en montrant des images d'infirmières/infirmiers au travail dans des situations différentes, en posant la question

suivante : « voici plusieurs photos de *professionnels* de soins. Qu'est-ce que vous inspirent ces images ? ».

Cinq photos ont été retenues de manière à avoir un échantillon des possibilités professionnelles d'une infirmière/infirmier. Les photos représentent : un infirmier au chevet d'un patient, une infirmière faisant un pansement, deux infirmières faisant une piqûre (l'une des photos est plus axée sur l'acte technique, l'autre sur l'infirmière), et une infirmière dans un contexte hospitalier.

L'interview est constituée de quatre parties :

- un travail d'évocation libre à partir des photographies proposées ;
- un entretien semi-directif ;
- une question « flash » pour un travail sur les mots associés aux infirmières ;
- quelques questions subsidiaires pour clore l'entretien et vérifier que rien d'important n'a été omis.

PLAN D'ENTRETIEN

Evocation libre

1. Voici des images de professionnels du soin au travail. Que vous inspirent ces images ?

Entretien semi-directif

2. Une jeune infirmière qui vient d'avoir un diplôme, où pensez-vous qu'elle puisse postuler ?
3. D'après vous, quelle est la proportion d'hommes et de femmes ? Est-ce que cela fait pour vous une différence que se soit une infirmière ou un infirmier qui vous soigne ? L'infirmier et l'infirmière effectuent-ils les mêmes tâches, travaillent-ils au même endroit ?
4. Pouvez-vous porter un jugement sur le niveau de rémunération des infirmières ?
5. Quel est le rôle de l'infirmière ? Quelles différences faites-vous entre les différentes professions du soin, par exemple entre l'infirmière et le médecin ; ou entre l'infirmière et l'aide soignante.
6. Est-ce que vous avez entendu parler de leurs revendications ? Est-ce que vous auriez tendance à leur donner raison, à dire qu'elles exagèrent, ou alors vous n'avez pas d'opinion ?
7. Est-ce que vous seriez pour une extension de leur compétence (prescription ? petits actes de chirurgie ?)
8. Est-ce que c'est une profession que vous auriez aimé faire ?

Technique flash

9. Si je vous dis le mot infirmière, quels mots vous viennent à l'esprit ?

Clôture de l'entretien

10. Avez-vous une personne de votre entourage qui exerce cette profession ?
11. Est-ce qu'il y a de choses qui sont liées à l'image des infirmières et que l'on n'a pas évoquées ? (Si non réponse : l'image sexy par exemple)
12. Quelle impression retenez-vous de l'entretien ? Vous-êtes-vous senti à l'aise ? Est-ce qu'il y a des moments où vous avez eu l'impression de ne pas pouvoir vous exprimer ou que votre réponse a été orientée ?

4.2 L'analyse de contenu

Dans un premier temps, l'analyse des discours autour des photos met en évidence les éléments qui permettent à l'interviewé d'identifier la profession des individus photographiés, ce qui permet de dégager un modèle de représentation de l'infirmière et du médecin. Dans un second temps, la partie semi-directive de l'entretien est analysée selon une approche thématique²² centrée sur la masculinisation ou non de la profession, sur les conditions de travail et sur le rôle infirmier.

4.2.1 Les éléments permettant d'identifier la profession

Les différents éléments qui se dégagent de la description des photos sont : la fonction exercée, l'environnement, l'attitude, l'uniforme. Ils sont présentés ici de manière distincte, mais ils sont très souvent associés dans la réalité des discours : un premier élément sert à proposer une profession, puis un second élément vient parfois contredire la première impression.

La fonction exercée sur la photo est l'un des éléments de reconnaissance de l'infirmière, par exemple : « parce qu'elle est en train de poser un bandage », « parce qu'elles font des analyses de sang ». Pour le médecin, la fonction est celle du diagnostic : « à cause de l'auscultation ». Cette différence est résumée ainsi par une répondante : « L'infirmier, il donne des soins. Il a un contact physique, il soigne. Par l'intermédiaire des piqûres... de toilettes, de prises de médicaments. Il suit le malade. Le médecin, il diagnostique ».

L'environnement a également son importance et révèle une méconnaissance des conditions de travail de l'infirmière. Les répondants postulent plus une profession médicale dès que l'on se situe dans un cabinet, ce qui montre que l'infirmière est avant tout hospitalière dans l'esprit des personnes interrogées. Le médecin se déplacerait plus à domicile.

²² L'analyse de l'entretien de recherche peut se faire selon trois méthodes principales : l'analyse thématique, l'analyse structurale et l'analyse dialectique. La présentation de leurs principes est issue de l'ouvrage de Freyssinet-Dominjon (1997).

« La méthode d'analyse thématique s'applique au contenu explicite des entretiens considérés comme une suite d'énoncés stables susceptibles d'être découpés, mesurés et comparés. Elle s'applique à retrouver ce qui est dit à propos d'une question donnée, à passer de l'ensemble des signes constituant un discours à l'ensemble des significations qui le sous-tendent » (p.173).

« Les analyses structurales privilégient la recherche des relations entre les éléments de l'entretien pour en dégager les aspects sous-jacents et l'ordre caché » (p.176). Elles prennent la forme d'une double lecture : une lecture verticale très fouillée de chaque entretien, où tous les éléments doivent être lus comme susceptibles de faire sens, et au cours de laquelle le sociologue tente de dégager des significations sociales ; une lecture horizontale qui « permet une confrontation transversale des faits et des points de vue » (p.179). In fine, cette approche vise à élaborer un modèle non prédéfini, d'où la différence avec l'approche thématique qui postule les thèmes structurants en amont de l'analyse.

« L'analyse [dialectique] est centrée sur les pratiques langagières attestées en situations sociales concrètes, ici les entretiens de recherche » (p.180).

L'attitude est un élément qui est apparu déterminant pour définir la profession : « vu la tête qu'elle fait, je la vois en réa ou un truc comme cela » ; « il a la tronche d'un médecin de campagne ». L'un des répondants fait une hiérarchie très forte entre les paramédicaux et les médecins, cette hiérarchie s'exprime par la description de l'attitude des personnes photographiées : « je vois une personne l'air jovial, (...) elle a l'air de travailler de façon décontractée, (...) c'est dans le paramédical : je vois une infirmière à domicile », ou encore pour décrire ce qu'il imagine être un médecin hospitalier : « Il y a aussi l'air de la personne. On dirait une personne habituée à la réflexion²³ ».

L'uniforme est en premier lieu vestimentaire : « j'associe l'infirmier à son vêtement de travail. Le médecin, il y a des cas où il n'a pas son vêtement de travail, c'est quand il vient à domicile ». Mais l'uniforme n'est pas que vestimentaire : « l'uniforme ne correspond pas à celui d'un médecin, elle a son stéthoscope autour du cou, cela correspond bien à l'uniforme de l'infirmière ». Cette réponse est apportée par deux personnes, dont le témoin privilégié, médecin de profession et avec un entourage proche dans la profession infirmière. Pour les autres, le stéthoscope apparaît comme un des éléments de l'uniforme du médecin : « stéthoscope : c'est un médecin ! », « elle a un stéthoscope, elle pourrait être un médecin », mais également de la fonction du médecin : « normalement, seuls les médecins savent se servir de ça ».

L'autre élément, dont on faisait *a priori* l'hypothèse d'une influence, est bien sûr le sexe du professionnel photographié. La photo présentant un homme est associée au médecin quatre fois sur six. Le fait que ce soit un homme oriente vraisemblablement la réponse, mais finalement on observe que c'est davantage une question d'uniforme. A la question, « mais pourquoi un médecin ? », une répondante rit : « tout de même pas parce que c'est un homme ? J'espère pas. Je ne sais pas ». Ce qui est mis en avant est plutôt l'habillement : la cravate en particulier. « le médecin avec sa cravate ; enfin, l'homme avec sa cravate. ...son style, il fait plutôt médecin » ou encore : « plus un médecin à cause de l'habillement, déjà qu'il se déplace chez les gens, plus un médecin : la cravate, le costume ». L'infirmier est perçu comme quelqu'un de plus décontracté. On peut faire à ce propos le parallèle avec l'émission de France 2 « savoir plus santé » diffusée au printemps 2002, où ils ont choisi pour illustrer l'infirmier libéral une personne en blouson de cuir et en moto.

²³ Par là, il exprime que les médecins sont ceux qui prennent les décisions, les infirmières obéissent aux médecins ; il ne perçoit les infirmières que dans leur rôle d'exécutantes.

En conclusion, le modèle de l'infirmière qui se dessine est celui-ci : c'est une femme ; la première image qui vient est plutôt celle de l'infirmière hospitalière, alors que le médecin se déplace plus à domicile ou exerce en cabinet ; elle est décontractée alors que le médecin à un style plus formel. Elle réalise des actes techniques (injections et prélèvements, pansements), alors que le médecin est plutôt associé à la fonction du diagnostic. Cela se traduit pour l'infirmière par des contacts réguliers et plus de proximité, alors que le médecin est un contact ponctuel et distant.

En marge de cette recherche sur l'image des infirmières, il est intéressant de voir la progression de la pensée autour de ces éléments et comment ils rentrent de manière lexicographique dans le raisonnement. En voici deux exemples.

Un répondant reconnaît d'abord un médecin sur le critère environnement « à cause du lit de consultation » mais cela lui apparaît ensuite en contradiction avec le critère fonction, plutôt infirmière, car elle « est en train de faire une prise de sang ». Finalement c'est l'élément fonction qui prime dans sa décision finale. Cet autre exemple part également du critère environnement, qui est ensuite mis en contradiction avec le critère attitude : elle annonce d'abord un médecin : « parce que le lit, on voit que c'est quelqu'un qui vient à domicile et a priori on voit qu'ils ont l'air complice. Je vois mal un médecin venir tous les jours et être aussi complice ».

4.2.2 Analyse thématique

Outre l'image des infirmières, les principaux thèmes qui ont été traités lors des entretiens sont :

- la masculinisation de la profession ;
- les conditions de travail (lieu, salaire et revendications) ;
- le rôle des infirmières : d'une part, en essayant de mettre en lumière leur spécificité par rapport aux autres professionnels de la santé, et d'autre part, en testant la position du public vis-à-vis d'une possible extension de leur domaine de compétence.

■ *Le rapport homme/femme dans la profession*

Les idées sont très floues sur ce thème, en particulier quant à la proportion qui peut être sous-estimée : « ça devrait se situer entre 5 et 10 % » ou très sur-évaluée (50%)²⁴. L'image de la profession est définitivement féminine : « je n'ai pas l'impression que cela évolue et surtout pas du

²⁴ La proportion d'homme dans la profession est de 15%.

côté masculin ». Les répondants imaginent cependant des spécificités sur le lieu d'activité (les femmes travaillent plutôt en ambulatoire et les hommes à l'hôpital), et sur les tâches : selon le témoin privilégié, les hommes sont plus destinés à être cadres infirmiers, « ce n'est pas une raison de capacité, probablement à cause d'une plus grande disponibilité pour suivre les études de cadre infirmier ».

Le fait d'être soigné par un homme ou par une femme ne semble pas poser de problème à nos témoins : « que ce soit homme ou femme, pour moi c'est pareil », sauf peut-être pour les questions intimes : « pour des petits soins, une prise de sang, ça m'est égal. Maintenant pour des soins plus intimes, l'infirmière, je préférerais »²⁵.

Les résultats d'un sondage Ipsos²⁶, réalisé en mars 2002 auprès d'un échantillon de 1020 personnes âgées de 15 ans et plus, relativise cette impression d'une équivalence homme/femme pour les soins infirmiers. En effet, seules 53 % des personnes interrogées déclarent être indifférentes, et 40 % déclarent préférer être soignées par une femme.

■ *Les conditions de travail*

L'hypothèse testée au cours des entretiens est celle de pénibilité qui est associée à la profession. Rappelons que les quotas d'entrées aux écoles d'infirmière ont été relevés pour palier à la pénurie forte que connaît la profession, mais que la première année, le nombre d'élèves postulant n'a pas permis de remplir les promotions dans de nombreux instituts de soins infirmiers.

Si on examine l'ordre des réponses sur le lieu de travail des infirmières, cela confirme une image plutôt hospitalière (tableau ci-dessous), vient ensuite la profession libérale, puis dans la même proportion les écoles et des établissements médicalisés divers (retraite, moyen et long séjour, dispensaires, etc.). Par deux fois, le rôle de l'hôpital en début de carrière dans la formation de l'infirmière est souligné : « possibilité d'acquérir une maîtrise de soi, (...) je crois que c'est un bon démarrage » ; « une fois qu'elles auraient acquis une formation, elles pourraient aller toutes seules ».

²⁵ Assez bizarrement, elle n'a pas la même attitude vis-à-vis des médecins « j'ai plus confiance quand j'ai un médecin homme. Pour moi, l'image du médecin, c'est un homme ».

²⁶ www.espaceinfirmier.com

Lieu d'exercice	Ordre d'apparition dans le discours					
Domicile	1	2	2	2		1
Hôpital	2	1	1	1	1	2
Etablissements divers	3	4			3	3
Ecoles	4	3	3	3	2	
Collectivités	5					
Entreprises	6					

Le point de vue sur la rémunération est unanime. Leur sous-rémunération est un leitmotiv : « elles ne sont pas assez payées pour les responsabilités de ce qu'elles font » ; « en général, c'est un métier qui n'est pas bien payé ». Le sondage, évoqué plus haut, rapporte que 76 % de l'échantillon jugent cette profession mal rémunérée (24 % très mal et 52 % plutôt mal).

Outre l'aspect rémunération, c'est bien l'image de dévouement de l'infirmière « sainte laïque » que l'on retrouve ici, car la rémunération est jugée insuffisante au regard de l'investissement de l'infirmière : « pour le travail qu'elles font, pour ce qu'elles donnent », ou encore : « par rapport à ce qu'elles supportent avec les malades, elles sont mal payées, qui le ferait à ce prix là ? ».

Ce jugement sur la sous-rémunération est donc catégorique alors même que les répondants ne connaissent pas exactement le niveau de rémunération, sans parler des différences public/privé, libéral/salarié. On peut probablement voir ici l'impact de la communication faite par les organisations infirmières sur ce thème : « elles se plaignent toutes, alors elles doivent être mal payées ».

Lorsqu'on leur demande s'ils ont plutôt une position de sympathie vis-à-vis des manifestations, la réponse est plutôt positive : « je ne me souviens pas de la revendication exacte, mais je me rappelle qu'à l'époque d'adhérais totalement » ; « oui, j'ai un mouvement de sympathie parce qu'il n'y en a plus et qu'elles sont bien utiles ».

Les conditions de travail sont reconnues difficiles. Les principaux problèmes mentionnés sont la pénurie et la mise en place des 35 heures (thèmes régulièrement discutés dans les médias ces derniers temps). Si l'aspect plus décontracté de l'infirmière par rapport au médecin est ressorti au niveau de l'attitude vis-à-vis du patient, elles sont perçues comme ayant un métier stressant : « en

général, les infirmières, elles n'ont pas le temps de se prélasser » ; « je les vois toujours en train de courir ».

Mais le poids psychologique de la profession est également évoqué au travers de la responsabilité qu'elle doit porter, également au travers du côtoiement de la mort : « c'est un métier difficile, c'est un métier d'accompagnement des mourants » ou du fait qu'elles donnent beaucoup de leur personne : « J'ai l'impression que c'est un métier dur, il faut être là, il faut prendre sur soi, il faut être avec les patients ». Le caractère ingrat de leur tâche est également évoqué une fois : « Si c'est une personne grabataire, c'est pas elle qui change le couchage, mais c'est pas toujours très propre et très appétissant ».

En conclusion, les personnes interrogées ont totalement intériorisé les sujets de revendication des infirmières : des conditions de travail difficiles et un niveau de rémunération insuffisant.

■ *Le rôle des infirmières*

Le thème du rôle des infirmières est abordé en relation avec les autres professions de soin afin de faire émerger d'éventuelles spécificités. Par ailleurs, nous avons décrit dans un précédent travail les différentes évolutions qui marquent la profession, tant en France qu'à l'étranger, où il est en particulier question de l'extension du domaine de compétence des infirmières (Com-Ruelle, 2000). Nous voulions ici tester le degré d'acceptabilité d'une telle évolution.

Les actes techniques cités comme étant ceux qui sont réalisés par les infirmières sont : les piqûres, la pose de drain, les pansements. La profession n'aurait donc pas atteint une reconnaissance de haute technicité. Selon le sondage Ipsos, seuls 7% de l'échantillon intégreraient tout à fait dans le rôle d'un infirmier la réalisation autonome des soins médicaux de haute technicité. Dans notre échantillon, seul le témoin privilégié mentionne le fait que l'aspect technique de la profession a changé. Les infirmières ont acquis un haut niveau technique avec un haut niveau de responsabilité : « beaucoup d'infirmières, pour des actes techniques, ont beaucoup plus de capacité que les médecins ». D'un autre côté, elles effectuent également « des actes de très faible technicité, je trouve que c'est mal employer une formation qui était courte avant, mais qui aujourd'hui dure 3 ans et demi ». Outre l'aspect technique de leur rôle, l'une des répondantes souligne que « c'est un métier où tu peux faire plus que cela et elles font plus que cela. (...) elles font beaucoup plus que des piqûres ». Et c'est bien là que se situe la spécificité des infirmières par rapport aux médecins.

La spécificité du rôle infirmier par rapport aux médecins est évidente dans les discours, il y est question de proximité et de soutien moral : « ceux qui sont les plus proches, ce sont les infirmiers, ça c'est sûr. Ceux qui s'en occupent sur le plan physique et sur le plan moral ».

La proximité est très importante ; elle est évoquée de manière quasi systématique : « souvent le médecin, il est pas là ; c'est l'infirmière qui s'en occupe [accompagnement des mourants] » ; « le médecin, il va venir, il va donner son diagnostic, voilà il faut faire ça, ça, ça et ça, et après tu le vois plus. Par contre, l'infirmière sera là tous les jours et c'est elle qui va t'aider dans ton traitement, dans ton séjour à l'hôpital ». L'explication avancée par les répondants qui soulignent cette proximité tient à la régularité des soins infirmiers : « lorsque l'infirmier vient pour des soins quotidiens, au bout d'une semaine tu te rapproches plus qu'un médecin qui vient pour une visite. Ils maintiennent plus une distance alors que les infirmières te mettent plus à l'aise ».

Le rôle de l'infirmière, donc, « c'est un lien humain avant tout » ; « les infirmières sont beaucoup plus relationnelles que les médecins. Et si tu as le cafard, elle va être beaucoup plus proche que le médecin ».

La possibilité d'étendre le domaine de compétence²⁷ des infirmières reçoit un écho positif parmi les répondants avec cependant des réserves :

- sur la formation, « je connais pas bien leur formation, mais *a priori*, je trouverais cela normal qu'on leur fasse plus confiance et qu'elles ne passent pas toujours derrière un médecin » ;
- sur le lieu où se ferait l'acte « ça ne me choque pas. Si elles connaissent leur boulot, si elles sont capables de le faire. Mais pour les points de suture, pas à domicile quand même, à l'hôpital. L'aspirine, je veux bien à domicile, mais pas la suture » ;
- sur la liste de médicaments : cela paraît possible pour les « médicaments de consommation courante : antihémorragique, aspirine parce que je pense que dès qu'il est question d'un diagnostic, c'est tout à fait autre chose »²⁸ ;

²⁷ Les deux exemples qui sont donnés dans le plan d'entretien pour illustrer cette possible extension sont : la prescription de médicaments et la réalisation de petits actes de chirurgie, tels que un ou deux points de suture.

²⁸ Rappelons que les médicaments tels que l'aspirine sont délivrés sans prescription en automédication, l'extension des compétences infirmières à ces médicaments jouerait donc principalement sur les dépenses de santé et sur la responsabilité légale des infirmières.

- et sur le niveau de gravité : « je trouve que ce serait bien. Je ne dis pas pour les choses très graves comme un enfant qui se fait renverser, mais pour les petites choses, ok ».

Cependant, chez cette même personne, la suite du discours est plus confus²⁹, contradictoire, ce qui montre finalement que les choses ne sont pas si claires : elle voit bien l'intérêt pratique de cette extension, mais il reste toutefois une certaine méfiance non exprimée.

Une seule personne s'oppose de manière virulente à cette extension des compétences, mais il manifeste en fait un sentiment de méfiance assez généralisé envers les professionnels du soin : « Je suis totalement contre, les points de sutures doivent être faits par des médecins, les médicaments doivent être donnés par des médecins ou des pharmaciens. Surtout que déjà au point de vue médical, il y a beaucoup de bavures, de manque de compétence. Cela me fait penser à la pharmacie qu'on voulait mettre dans les grandes surfaces. Demain ce sera n'importe quoi. Je voudrais plutôt durcir les choses. Il faudrait former davantage les médecins à faire les points de suture. Un point de suture doit être fait par un spécialiste. Il y aurait plutôt lieu de remonter tout le niveau. Maintenant, les infirmières devraient faire davantage d'accompagnement. Je suis contre le fait qu'elles distribuent des médicaments sur ordonnance. Pour l'aspirine, il faut une solide formation, pour certains ça va très bien ; pour d'autres on ne sait pas ce que ça pourrait faire. Où est la responsabilité après ? Le problème dans les hôpitaux, c'est qu'il faut un responsable. On commence par les infirmières et demain ce sera n'importe qui. Tant qu'on y est, on pourrait aussi trouver que les aides médicales peuvent faire certains soins ! ».

Le témoin privilégié fait le **lien entre l'extension des compétences infirmières et l'agencement des différentes professions de soins** : « il n'y a pas de raison de conflit, si chacun garde son aire, si c'est bien défini, mais quelque part, je ne trouve pas très normal que les médecins fassent des injections ». A l'autre bout de l'échelle, « il me semble utile que l'infirmière passe régulièrement, [mais il faudrait qu'elle] puisse déléguer à des aides soignantes des travaux du type toilette, ou faire

²⁹ *Quelle différence tu ferais avec le médecin ? Qu'est-ce qu'y différencie le rôle ou la façon de travailler d'un médecin et d'un infirmier ?*

Réponse : la façon de travailler est la même, la grosse différence c'est que l'infirmière à l'école n'a pas le droit de prescrire n'importe quoi à un enfant, alors que si c'est le médecin traitant, il te connaît, il sait ce que tu dois donner... Ce n'est pas qu'elles soient incompétentes à donner un médicament, mais je pense, je sais pas comment te dire, comment expliquer. Par exemple un gamin qui est malade à l'école, je pense pas qu'elle soit apte, enfin si, elle est apte si elle a fait des études d'infirmières, je pense qu'elle connaît beaucoup de choses, mais prendre l'initiative de donner un médicament, par exemple un truc bénin, une diarrhée...

un pansement *a minima* s'il n'y a pas de problème infectieux, etc. Qu'elle puisse être soulagée par des aides-soignantes me paraît logique ». On voit se dessiner ici les enjeux de pouvoir et de reconnaissance qui existent autour du soin : « on voit bien qu'il y a un processus de soin qui va du plus élaboré, le diagnostic, en passant par du très élaboré techniquement, rôle de l'infirmière (...), à un rôle de maintien à domicile, d'accompagnement du soin ».

Or, si certaines infirmières se plaignent de la position parfois mandarinale et généralement hiérarchique des médecins, il est remarquable qu'elles ont souvent le même type de discours et d'arguments pour contrer le développement du métier d'aide-soignante, surtout à domicile.

Les relations par rapport aux médecins restent perçues comme très hiérarchiques ; l'infirmière reste la technicienne exécutante : « ils font ce qu'on leur demande de faire » ; « c'est l'assistante du médecin ». Ce rapport hiérarchique entre les médecins et les infirmières a été avancé par l'un des répondants comme pouvant expliquer le manque de reconnaissance dont souffriraient les infirmières : « elles sont vues comme des sous-fifres par rapport à ce qu'elles connaissent et par rapport à ce qu'elles peuvent faire. Elles ne sont pas assez reconnues, pas assez mises en valeur par rapport aux médecins. Elles font un travail énorme à côté [d'eux] mais on n'en parle jamais. Faudrait qu'on en parle plus souvent ».

Le sondage Ipsos aboutit à la dominance de cette même image de l'infirmière « exécutant la décision du médecin » puisque 48 % des personnes interrogées déclarent avoir le sentiment que les infirmières ne participent pas de manière active aux décisions importantes prises par le médecin.

■ *Une image positive*

Ces conditions de travail difficiles peuvent expliquer en partie que l'image des infirmières est franchement positive pour cinq des personnes interrogées. Cette profession est perçue comme ayant une place toute particulière dans la société, car elle y apparaît indispensable : « je crois que dans l'ensemble, si ma mère supporte son séjour, c'est bien à cause de personnel comme cela » ; « on a besoin d'eux » ; « C'est une personne clé dans la société, on n'est jamais à la merci d'un accident. C'est une personne utile dans la société comme les pompiers, pas sur le plan décisionnaire mais sur l'assistance aux personnes ».

De fait, les éléments qui auraient pu amener les répondants à choisir cette profession sont liés : d'une part, au caractère hors norme de cette profession : « j'admire cette profession » ; « Je crois que c'est un métier assez passionnant » ; et d'autre part, à l'aspect humain : « t'es là pour soigner les gens, même si tu n'es pas comme un médecin, tu es là pour leur faire du bien, pour les aider dans une épreuve. J'aurais aimé faire cela pour donner mon soutien ».

Selon le sondage Ipsos, 69 % des personnes interrogées déclarent qu'elles pourraient conseiller cette profession à un jeune.

Au contraire, les freins qui font que ce n'est pas forcément un métier que nos répondants auraient aimé faire sont peu nombreux, ils citent l'image du sang et le poids psychologique trop lourd à assumer : « je trouve que les problèmes humains sont les plus durs à l'heure actuelle. (...) Je ne veux pas voir la détresse humaine, la déchéance humaine ou la mort ».

Sans transition, une image, parmi celles que nous avons relevées dans la littérature, n'a pas été traitée jusqu'à présent : celle de l'infirmière « sexy ». L'image sexy a cependant parfois été évoquée en fin d'entretien : « je ne voudrais pas descendre en dessous de la ceinture. Dans le grand public, c'est un peu la dragueuse, ou la femme qui a une bonne connaissance du corps humain. Qui manipule. C'est son matériau... il y a un côté très sexy ». C'est une image encore vivace dans la population masculine : « c'est les mecs qui ont cette image là, avec les petites blouses, mais maintenant, elles ont des pantalons. L'image est là, mais dans la réalité je crois qu'elles n'ont plus la petite blouse » ; « c'est une image qui leur colle encore à la peau. J'en ai entendu parler dans les émissions ».

4.2.3 Les mots issus de la question flash

A la fin de l'entretien semi-directif, l'interviewé devait réagir au mot « infirmière » en lui associant d'autres mots. On voit ressortir finalement les caractéristiques déjà repérées dans la partie semi-directive des entretiens : une image d'efficacité et de compétence pour une profession difficile, dont la spécificité tient à l'aspect relationnel de la prise en charge du patient.

<p>Répondant 1</p> <p>Volontaire Esprit de rapidité Humanitaire A l'écoute Efficace</p>	<p>Répondant 2 (témoin privilégié)</p> <p>Astreinte Disponibilité Respect Professionalisme Compétence Métier difficile Accompagnement des mourants</p>	<p>Répondant 3</p> <p>Relationnel avec les patients Proches Compétence</p>
<p>Répondant 4</p> <p>Hôpital Piqûre Pansement Soigner Aider</p>	<p>Répondant 5</p> <p>Soulagement</p>	<p>Répondant 6</p> <p>Blanc Hôpital Croix-rouge Odeur d'éther Produit à mettre à la poubelle Odeur de médicament</p>

En conclusion, les personnes interrogées connaissent finalement assez mal la profession, mais ont un capital de sympathie très élevé pour elle. Les deux seuls points négatifs qui ont été mentionnés sont le manque de patience et le stress qu'elles supportent et qu'elles reportent alors parfois sur leurs patients : «je pense qu'elles ont pas le temps de faire leur travail. Beaucoup sont réputées comme étant mauvaises, mais c'est parce qu'elles sont stressées. Elles ne font pas leur travail dans de bonnes conditions. Ca les empêche d'être à l'écoute ».

On apprécie chez elles leur proximité avec le patient, alors que visiblement les médecins sont décrits très souvent comme absents.

4.3 Discussion

Selon Quivy et Van Campenhout (1988), les trois catégories de personnes à solliciter sont : premièrement des enseignants, des chercheurs spécialisés et experts, deuxièmement des témoins privilégiés et troisièmement le public directement concerné par l'étude. Une des personnes interrogées peut être considérée comme un témoin privilégié du fait de ses études médicales, de son travail dans le domaine de la santé publique, mais surtout, du fait qu'il est marié à une infirmière cadre et que sa fille entame des études d'infirmière. Il est clair que ses réponses se distinguent de celles des cinq autres personnes qui appartiennent au grand public, il est donc probable que dans la phase d'enquête il devrait être exclu ; dans cette phase exploratoire au contraire, il apporte indéniablement des éléments de réflexion pertinents.

Toujours selon ces auteurs, l'exploitation d'entretiens exploratoires se distingue dans la méthode de celle d'entretiens de recherche telle que décrite plus haut (partie 2). Ici, « l'exploitation des entretiens exploratoires peut être menée de manière très ouverte, sans utilisation de grille d'analyse précise. La meilleure manière de s'y prendre consiste sans doute à écouter et réécouter les enregistrements les uns après les autres, à noter les pistes et les idées, à mettre en évidence les contradictions internes et les divergences de point de vue et à réfléchir à ce qu'ils pourraient bien révéler» (p.71).

Ce faisant, on peut être amené à revoir l'organisation du plan d'entretien, la formulation des questions, voire, la problématique de l'enquête au travers de la question initiale.

La question initiale est fondamentale. Elle doit être claire et neutre. Ici, elle présentait les photos et demandait à l'interviewé de les décrire, elle est donc la même pour tous.

Le détour par des photos avait pour objectif d'éviter le biais pressenti avec une question initiale directe du type «quelle image évoque pour vous une infirmière ? » : en définissant d'emblée l'objet au travers d'un mot, on risque d'enfermer le répondant dans une problématique précise qui n'aurait pas été spontanément la sienne.

Les photos ont probablement joué le même rôle. Le choix de photos uniquement basées sur les infirmières/infirmiers qui sont au travail ne permettait pas de faire émerger des images attachées au *personnage* de l'infirmière. Pour cela, il aurait peut-être fallu choisir des infirmières plus caricaturales : vieilles photos de la Croix-rouge, infirmières hospitalières en blouse blanche, personnages de film ou de dessin animé, etc. Avec les photos choisies, la consigne de départ invite implicitement les personnes à parler de la représentation qu'elles ont de la profession infirmière, dans la mesure où les photos présentent des professionnels en train de réaliser des actes de soin.

Finalement, bien que la méthode ne permette pas de répondre directement à la question de recherche initiale, les entretiens exploratoires confirment l'intérêt de recentrer cette question sur la profession et non plus sur le personnage « infirmière ». De fait, si les photos choisies ne convenaient pas à la problématique initiale (l'image de l'infirmière), elles sont parfaitement cohérentes avec cette nouvelle orientation (l'image de la profession infirmière).

5. Conclusion

L'analyse de la littérature a montré que la représentation de la profession infirmière est multifacette, et que les différentes images identifiées se succèdent de manière chronologique. Dans un premier temps, la laïcisation des soins ne peut effacer un passé religieux et l'infirmière est d'abord vue comme une « sainte laïque ». Les progrès de la médecine et de la technique médicale la transforment peu à peu en une auxiliaire technicienne du médecin, elle devient alors « la piqueuse ». Les années soixante marquent un tournant pour la profession qui commence à gagner son indépendance vis-à-vis de la profession médicale.

On retrouve peu ou prou ces images dans les entretiens. Ils ont permis de mettre en lumière les aspects liés à la *profession* infirmière : plutôt *féminine*, c'est en premier lieu l'infirmière *hospitalière* qui vient à l'esprit. En ce qui concerne le rôle de l'infirmière, les entretiens permettent de mesurer la distance existant entre une profession qui gagne objectivement son indépendance vis-à-vis de la profession médicale et l'image qu'elle renvoie dans le public : celle d'une *technicienne, exécutant* des actes de faible technicité sous les ordres des médecins. Cependant, l'écho positif reçu par l'évocation d'une extension des compétences montre une évolution certaine des mentalités.

Au-delà de cette image de l'infirmière technicienne, « *la piqueuse* », la plupart des entretiens mettent l'accent sur la dimension humaine de cette profession. Cela se manifeste dans une moindre mesure par la conscience du dévouement dont elles font preuve compte tenu de leurs conditions de travail ; on retrouve ici l'image de « *la sainte laïque* ». On voit surtout apparaître une image qui n'était pas ressortie avec autant de force dans l'analyse de la littérature : l'infirmière « *maternelle* » reconnue pour sa proximité avec le patient. Enfin, l'image de l'infirmière « *sexy* » a été évoquée à trois reprises en fin d'entretien, mais pas de manière spontanée.

L'analyse de la littérature montre par ailleurs que le sentiment de la profession de ne pas être reconnue n'est pas un problème spécifique à la période contemporaine : l'histoire de la profession infirmière est marquée par une même quête, celle de la reconnaissance sociale d'un corps professionnel. Or, s'il existe un problème de reconnaissance, ce n'est certainement pas dans le grand public ! En effet, l'image associée à la profession infirmière est très positive, ce qui se traduit par un soutien fort à leurs revendications (salaires, conditions de travail, rôle).

Cependant, de manière assez paradoxale, les répondants semblent persuadés que la profession souffre d'un manque de reconnaissance dans l'opinion générale, alors qu'ils manifestent individuellement le plus souvent du respect pour cette profession. On peut interpréter cela : d'une part, comme un phénomène d'intériorisation des revendications infirmières, largement reprises dans les médias ces derniers temps, lesquelles stigmatisent une mauvaise reconnaissance ; d'autre part comme la conséquence d'un contre-sens. Alors que les infirmières se plaignent de ce manque de reconnaissance dans leur cadre professionnel (relation avec les médecins, avec les institutions, sur le plan des rémunérations), les personnes interviewées ici l'interprètent au niveau du grand public.

L'un des phénomènes qui semble émerger de ces quelques entretiens est donc celui d'une très forte empathie du public vis-à-vis de cette profession. En conséquence, leurs revendications en termes de salaire et de reconnaissance ne sont pas remises en cause alors même qu'au niveau individuel, on ne connaît pas vraiment leur niveau de salaire réel et qu'on les admire.

On ne peut que constater que l'infirmière existe objectivement en tant que profession, et ce depuis les années soixante-dix. De plus, elle bénéficie d'une opinion publique très positive. Alors, où est le problème ?

Peut-être de ce que cette profession souffre d'un positionnement flou dans le système de santé. Il est finalement difficile de définir son degré d'autonomie réel et de définir les bornes de son rôle entre le médical et le social.

Pour illustrer le flou concernant le degré d'autonomie, voici un extrait issu du site professionnel infirmier.com : « Reste le problème du statut ambigu des infirmières, avec d'une part un rôle propre spécifique proclamé dans les textes et dans les discours infirmiers, et d'autre part une autonomie professionnelle très peu marquée dans la pratique, d'où un écart important déstabilisant pour des personnes découvrant la profession, écart douloureux pour les professionnelles en place. » Quant au deuxième point sur la frontière entre le soin et le social, bien que les deux extraits de témoignages publiés récemment dans Libération semblent sans ambiguïté : « soignante avant tout », « l'infirmière n'a pas à faire les trucs à côté » (Libération, 2000) ; il reste qu'une autre infirmière explique comment elle s'occupe parfois d'acheter le pain, de préparer un bol de céréales ou de coiffer la patiente.

En guise de conclusion, nous souhaitons poser deux questions.

Premièrement, on peut se demander dans quelle mesure le contexte actuel de tensions ne serait pas déterminé par ce problème de positionnement. En particulier, les péripéties du projet de soins infirmiers, devenu la démarche de soins infirmiers, pourraient être le signe concret que la profession se situe à un croisement important dans son développement. Outre les questions de rémunération, cette question de la prise en charge de la dépendance à domicile mobilise la notion d'autonomie professionnelle (notion de diagnostic infirmier, validation ou non par un médecin) et pose la question du domaine de compétence de l'infirmière et de son rôle dans la prise en charge sanitaire et sociale de la personne dépendante. C'est bien la place de l'infirmière dans l'évolution âgéiste que connaît notre société qui est alors interrogée.

Deuxièmement, les débats qui ont animé les infirmières de ville sur leurs compétences légitimes (équilibre entre actes médicaux infirmiers et actes infirmiers de soin ; question épineuse de la toilette), amène une autre interrogation. La profession ne va-t-elle pas vers une scission entre les infirmières hospitalières, pour lesquelles plusieurs témoignages issus de « Les infirmières » décrivent une technicité de plus en plus impérieuse, et les infirmières de ville dont la compétence irait de plus en plus vers une prise en charge globale, sanitaire et sociale ?

6. Bibliographie

Aiach P., Fassin D. (dir) «Les métiers de la santé. Enjeux de pouvoir et quête de légitimité »
Anthropos-Economica, 1994

Albarello L et al. «Pratiques et méthodes de recherche en sciences sociales », collection Cursus,
Armand Colin ed, 1995.

Amouroux T. « L'identité infirmière » Mémoire pour l'obtention du DU de philosophie, Université de
Marne la Vallée, septembre 1998

Arnaud, D. « 15 heures dans la vie d'une infirmière » Libération, lundi 11 décembre 2000

Benevise N. « Journal d'une infirmière », collection pocket, presse de la cité ed, 1994.

Boudon, R. « Les méthodes de la sociologie », Que sais-je n°1334, 1969, PUF.

Charon V. et al «Les sciences humaines au service des soins infirmiers » collection IFSI réussir le
diplôme d'Etat, Ellipse Marketing ed, 1999.

Collière M.F. « Promouvoir la vie » Inter-éditions, 1982.

Collière M.F. « Soigner... le premier art de la vie », interéditions, 1996.

Com-Ruelle, L. ; Dourgnon, P. ; Midy, F. «L'infirmier libéral et la coordination avec les services
d'aide au maintien à domicile » Rapport CREDES n°1390, août 2002.

DREES « Les infirmiers en activité » Etudes et résultats, n°12, mars 1999.

DREES « Les professions de santé au 1^{er} janvier 2001 » Série statistique, n°21 - juin 2001

Freyssinet-Dominjon J. « Méthodes de recherche en sciences sociales », collection AES,
Montchrétien ed, 1997.

Gilson, M. ; Des Deserts, S. « Médecins, infirmières, pourquoi ils craquent ». Le nouvel observateur,
n°1923, 13 septembre 2001.

Guibert J et al « Méthodologie des pratiques de terrain en sciences humaines et sociales », collection
Cursus, Armand Colin ed, 1997.

Knibiehler Y., Leroux-Hugon V., Dupont-Hess O., Tastayre Y. «Cornettes et blouses blanches.
Les infirmières dans la société française (1880-1980). Hachette, 1984.

Le Monde (2001 a) «Le gouvernement cherche des remèdes à une grave pénurie d'infirmières »
jeudi 4 octobre 2001.

Magnon R. «Les infirmières : identité, spécificité et soins infirmiers. Le bilan d'un siècle » Masson,
2001.

Marianick. «L'infirmière ne doit plus avoir peur du médecin ». L'infirmière magazine, n°151, juillet-
août 2000.

Mateille, F. « On ne parle pas assez de notre métier ». L'infirmière magazine, n°153, octobre 2000.

Narquet «La française de demain d'après sa psychologie de guerre » Revue bleue, 21 septembre et
19 octobre 1918.

Nightingale F « Notes on nursing. What it is and what it is not » London. Harisson and sons, 1859..

Oberlander, J. «L'infirmière à l'écran, entre bimbo et Méphisto » L'infirmière magazine, n°162,
juillet/août 2001.

Perraut Soliveres, A. Le Monde Initiatives, octobre 2001.

Petit C. « Le secteur rouge ». Editions Seli Arslan, 1997.

Petit A. «La profession infirmière » dans Aiach P., Fassin D. (sous dir) « Les métiers de la santé.
Enjeux de pouvoir et quête de légitimité » Anthropos-Economica, 1994 ; pp. 227-259.

Piganeau, K. «Cadres soignants infirmiers spécialisés : le malaise persiste » p.5. Le quotidien du
médecin, n°6866, 28 février 2001.

Saliba, J. «Les paradigmes des professions de santé » dans Aiach P., Fassin D. (sous dir) « Les
métiers de la santé. Enjeux de pouvoir et quête de légitimité » Anthropos-Economica, 1994 ; pp.43-
85.

Soins - avril 1999 - Entretien avec Thierry Amouroux

Thamin R. Revue des deux mondes, oct-nov 1919.

Wenner M. « Comment et pourquoi devient-on infirmière ? » 1988