
Care et profession infirmière

Care and the nursing profession

Éliane Rothier Bautzer



Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/rechercheformation/2252>

DOI : 10.4000/rechercheformation.2252

ISSN : 1968-3936

Éditeur

ENS Éditions

Édition imprimée

Date de publication : 19 novembre 2014

Pagination : 93-106

ISBN : 978-2-84788-758-7

ISSN : 0988-1824

Référence électronique

Éliane Rothier Bautzer, « Care et profession infirmière », *Recherche et formation* [En ligne], 76 | 2014, mis en ligne le 19 novembre 2014, consulté le 01 janvier 2018. URL : <http://journals.openedition.org/rechercheformation/2252> ; DOI : 10.4000/rechercheformation.2252

Autour des mots : *care* et profession infirmière

> Éliane ROTHIER BAUTZER

Université Paris-Descartes, Cermes3 (Centre de recherche, médecine, sciences, santé, santé mentale, société)

RÉSUMÉ : La relation entre le *care* et la profession d'infirmière est présentée comme un cas paradigmatique de mutations en cours depuis la seconde moitié du XX^e siècle. Nous analysons comment le concept de *care* et les théories qui lui sont associées se substituent au flou de la catégorie « relationnelle » qui structure la définition des professions consultantes au sens de Freidson (1984). Ainsi, le *care* devient le produit de revendications et d'injonctions croissantes à l'autonomie de la part des individus et des groupes professionnels. Le *care* constitue le point commun à l'ensemble des professions qui visent à « rendre autonome », à mettre en pratique l'injonction qui consiste à inciter un changement qui ne peut se produire que s'il y a adhésion au but recherché. En ce sens, le *care* comme concept est le produit de sociétés où l'autonomie – en devenant une valeur première – s'accompagne d'une mutation des formes d'hétéronomie (Ehrenberg, 2009, 2010).

MOTS-CLÉS : thérapie, soutien pédagogique, formation et enseignement professionnels, système de santé

“Nursing has always been a much conflicted metaphor in our culture, reflecting all the ambivalences we give to the meaning of womanhood. Perhaps in the future it can give this metaphor, and ultimately caring, new value in all our lives”. (Reverby, 1987 : 207)

Dissipant le flou de la catégorie « relationnelle » qui contribue à définir les professions consultantes au sens de Freidson¹ (1984), le concept de *care* et les théories qui lui sont associées, émergent au cours du XX^e siècle. Ils sont les produits de revendications et d'injonctions croissantes à l'autonomie de la part des individus et des groupes professionnels. Le *care* devient progressivement le point commun à l'ensemble des professions qui visent à « rendre autonome », à mettre en pratique l'injonction qui consiste à faire subir un changement à quelqu'un qui ne peut se produire que s'il ne se fait pas contre lui. En ce sens, le *care* comme concept

1 Freidson distingue les professions consultantes (tournées vers le service d'autrui) aux professions savantes (productrices de nouveaux savoirs par la recherche).

est le produit de sociétés où l'autonomie – en devenant une valeur première – s'accompagne d'une mutation des formes d'hétéronomies (Ehrenberg, 2009, 2010).

En pratique, ce processus paradoxal suscite les défenses territoriales des acteurs qui portaient jusqu'ici la dimension structurante des activités consultantes du secteur. Il en est ainsi des hiérarchies professionnelles dans le champ de la santé, qui sont remises en cause par le développement de soins qui articulent les aspects éducatifs et préventifs et le traitement dans la durée.

Le cas paradigmatique de la relation entre *care/caring* et la profession d'infirmière illustre ces mutations en cours depuis la seconde moitié du XX^e siècle. Il permet de mieux comprendre la crise et le malaise relevés aujourd'hui dans des secteurs d'activités où l'on peine désormais à recruter des candidat(e)s, du soin à l'éducation en passant par le travail social. L'ensemble de ces activités, lorsqu'elles s'exercent dans la durée (soins chroniques, remédiation scolaire, travail social), font éprouver la complexité des situations incertaines, celles-là mêmes que les professionnels les plus reconnus cherchent à éviter. Ce processus conduit à la relégation des personnes malades ou dépendantes et de celles qui les accompagnent dans la durée. Il préserve un temps les hiérarchies établies, mais fragilise aussi les professions dominantes (Ludmerer, 1999). En effet, dans le secteur de la santé, un déficit d'accompagnement des trajectoires des personnes malades chroniques engendre une progressive suspicion et une crise de confiance vis-à-vis de l'ensemble des professionnels.

Nous traversons, de ce point de vue, depuis la fin des années quatre-vingt-dix, une phase de désaffection qui traduit l'essoufflement des ordres professionnels consultants établis. Ils cherchent à se maintenir sur des bases désormais contre-productives pour servir le public auquel ils s'adressent. Une réflexion autour des concepts de *care/caring* peut difficilement faire l'économie d'une analyse qui prenne en compte le contexte du travail soignant dans sa dimension écologique au sens d'Abbott².

J'analyserai donc ici les liens qui unissent les termes « profession infirmière » à ceux de « *care/caring* » en m'appuyant sur les étapes suivantes.

Dans un premier temps, je rappellerai les prémisses de la professionnalisation infirmière construite par Florence Nightingale en Angleterre autour de la notion de *caring*. Ensuite, je m'appuierai sur mon travail de recherche sur la formation infirmière³ pour montrer les mutations du travail infirmier en relation avec les

2 Selon Abbott (2003), une écologie est un système d'éléments aux interactions multiples et pour la plupart indépendants. « Le mot écologie désigne une structure sociale moins unifiée que ne l'est une machine ou un organisme, mais beaucoup plus solidaire, unifiée, que ne le sont les unités atomiques du libéralisme classique ou de l'interaction quasi probabiliste que l'économie politique a empruntée à la thermodynamique afin de comprendre les variations des marchés » (Abbott, 2003 : 43).

3 Recherche ethnographique réalisée au cours de la première décennie des années deux mille (Rothier Bautzer, 2012, 2013).

évolutions techniques et curatives et la montée en puissance des besoins de soins articulés dans la durée.

Enfin, je conclurai mon propos autour des mots *care* et profession infirmière en mettant en perspective les termes d'un débat qu'on aurait tendance à clore avant de l'avoir ouvert, en assimilant un peu trop rapidement et exclusivement, le *caring* à un territoire infirmier.

1. Le *caring*, premier territoire infirmier professionnel ?

Une première phase du mouvement de professionnalisation des infirmiers (1854) est symbolisée par une aristocrate anglaise, Florence Nightingale⁴ qui organise un service de soins infirmiers définis comme *caring* à côté des soins médicaux centrés sur le traitement et la guérison (*curing*). Marquée par le modèle allemand des diaconesses et par l'organisation militaire, Nightingale a fondé en Angleterre en 1860 la première école laïque d'infirmières : « l'hôpital-école » de Londres.

Cette émergence d'un territoire infirmier dédié au *caring* à l'origine de la professionnalisation infirmière repose sur l'investissement de trois arènes (Abbott, 2003) : l'arène du travail, l'arène du public et enfin celle qui concerne le législatif. Les résultats obtenus par l'organisation du service de santé militaire pendant la guerre de Crimée (1854-1856) ont permis à Nightingale de gagner la confiance du public (les familles des soldats et les médias). Comme le souligne Freidson (1984) pour la profession médicale, le premier élément clé de succès d'une profession repose sur la confiance accordée par le public à ses membres. Cette confiance s'appuie sur des résultats. En ce qui concerne Nightingale, ils sont attribués à l'organisation et aux soins qu'elle encadre et développe.

Les arènes du travail et du public ont favorisé alors la constitution d'un territoire professionnel infirmier. Le support obtenu au niveau du cadre législatif repose sur les origines sociales aristocratiques de Nightingale et sur ses réseaux personnels qui lui ont permis de faire valoir ses connaissances et idées contre l'avis du corps médical. Ce dernier craignait de voir les infirmières occuper des fonctions trop proches de celles des médecins. Rappelons que le modèle de « l'hôpital-école » cherchait à recruter des infirmières éduquées, issues des couches aisées de la population. Il n'a atteint que partiellement ses objectifs sur ce point par manque de candidates, mais aussi, comme le souligne Reverby (1987 : 79), car les premières écoles estimaient que leurs meilleures candidates étaient finalement les filles de fermiers modestes⁵. Les infirmières étaient formées théoriquement en école puis, en pratique, auprès des malades. La notion de territoire infirmier autour du *caring*

4 Attewell, 1998, Rothier Bautzer, 2012.

5 Notons que cette ambivalence perdure aujourd'hui encore. Voir aussi à cet égard les travaux de Daigle (1991). En Angleterre, la controverse autour d'une universitarisation généralisée de la formation infirmière dans le cadre du Projet 2000 a rencontré des détracteurs estimant qu'alors, ces infirmières seraient « trop prétentieuses pour laver » (Meerabeau, 1998).

repose ici sur une organisation des soins centrée sur l'hygiène, la discipline stricte et un système hiérarchique porté par les surveillantes. La relative émancipation et reconnaissance d'un territoire infirmier à côté du territoire médical repose sur la capacité des surveillantes à diriger, former, et contrôler de près le travail des infirmières. Ces dernières ont une formation à dominante pratique et demeurent donc issues des milieux modestes, ce qui ne correspond pas au modèle professionnel du *caring* défini par Nightingale.

La professionnalisation infirmière s'est cependant poursuivie en Amérique du Nord. Ainsi, aux États-Unis, la guerre de Sécession fait figure de moment déclencheur de la professionnalisation infirmière (1865). Influencées par le modèle Nightingale, celles qui vont relayer ce mouvement sont également issues des couches privilégiées de la société. Les mouvements associatifs féminins de la fin du XIX^e siècle vont appuyer la mise en place de formations professionnelles pour les infirmières américaines. Une élite infirmière est responsable de formations universitaires dès la fin du XIX^e siècle sur la côte Est des États-Unis. Parallèlement, des formations de niveaux divers et des infirmières d'origines sociales hétérogènes coexistent et perdurent aux États-Unis, mais aussi en Angleterre et au Canada. Au Québec, Petitat (1994) et Cohen (2000) montrent que les soins infirmiers se sont construits sous la double influence des traditions française et anglo-saxonne.

En Europe, la fondation Rockefeller a joué un rôle de courroie de transmission des modèles de formation des soignants (Picard, 1999). Ainsi, le mouvement d'unification de la formation médicale américaine est inspiré par le rapport Flexner (1910), financé par la fondation Rockefeller, qui valorise la recherche médicale basée sur les sciences fondamentales selon le modèle allemand (Hudson, 1972, Banta, 1971). Il fonde l'organisation d'écoles de médecine qui articulent recherche, enseignement et soin (réforme Debré de 1958 en France). Le rapport Goldmark (1923), financé par la même fondation, aura une influence moindre sur l'unification des formations des infirmières professionnelles. Il permettra néanmoins la constitution d'une élite professionnelle universitaire qui produit des connaissances par ses recherches⁶ et organise des ressources bibliographiques utilisées pour la formation des infirmières dans le monde (Henderson Virginia, Nite Gladys, 1978). Un territoire de sciences infirmières se constitue dans des universités mais il ne constitue pas une juridiction⁷ autonome sur les lieux de travail et n'est pas défini autour du terme *caring*.

6 Dans les pays anglo-saxons et en Europe du Nord, ces recherches font l'objet de publications au sein de nombreuses revues spécialisées. Elles sont centrées sur l'analyse des situations de *nursing*, *caring*, se spécialisent sur des types de publics (personnes âgées, personnes avec troubles relevant de la santé mentale, enfants, adolescents, étudiants en formation infirmière) ou des formes de pathologies et techniques de traitement (chirurgie, soins intensifs, oncologie, soins intégrés, soins palliatifs, etc.) mais aussi sur des thèmes plus transversaux comme la sécurité des patients, les enjeux éthiques des soins, les modes d'organisation des soignants, l'éducation et la promotion de la santé.

7 Selon Abbott, le terme « juridiction » précise le lien qu'une profession entretient avec son travail, le territoire qu'elle occupe. Il s'inscrit dans le cadre d'analyse de l'écologie professionnelle (Abbott, 2003 : 43).

Cet héritage anglo-saxon ne conduit pas à une réforme sur le territoire français. Diébolt et Foucher (2011) rappellent la tentative de la Franco-Britannique Anna Hamilton⁸ qui essaya, avec un succès localisé et de court terme, de transférer le modèle de l'hôpital-école de Nightingale. Ce dernier entre en contradiction avec le mouvement de professionnalisation initié en France par le docteur Désiré Bourneville et soutenu par des personnalités du milieu catholique libéral (notamment Léonie Chaptal). Bourneville et Chaptal privilégient une formation d'infirmières issues de milieux modestes, formées sous l'égide des médecins et, pendant un temps, sous le contrôle moral des religieuses. En 1922 est créé le diplôme d'État d'infirmier français qui unifie les formations. Il constitue une première reconnaissance professionnelle. Les médecins enseignent les rudiments scientifiques qui permettront aux auxiliaires de s'insérer dans l'univers des savoirs médicaux hospitaliers. L'apprentissage par imitation, dominant, est systématisé et porté par des monitrices, recrutées parmi les meilleures infirmières (Aïch, Fassin, 1994). Progressivement, les cadres de santé leur succèdent et ils portent aussi la dimension théorique de la formation en soins infirmiers. Ils ne sont pas formés à l'université mais s'appuient en partie sur les théories de soins développées par les infirmières américaines (souvent revisitées par les Canadiennes francophones). La grille de Virginia Henderson (Virginia Henderson, Marie-Françoise Collière, 1994) est l'une des plus connues. Son modèle a eu et garde une grande influence sur les théories de soins enseignées. Selon elle, l'infirmière vise l'indépendance du malade en s'appuyant sur l'analyse des quatorze besoins du patient dont elle identifie le degré de satisfaction⁹. Cet outil n'est cependant pas lié à une « théorie du *care* ». La formation des infirmières françaises demeure en dehors de l'université jusqu'à la réforme de 2009 qui instaure un premier partenariat entre universités et instituts de formation en soins infirmiers¹⁰.

Les conditions de formation en stage signent le niveau de reconnaissance professionnelle du territoire infirmier. L'utilisation récurrente des élèves en stage comme soignants a fait partout l'objet de critiques par les responsables de formation infirmières, et ce, depuis le début du XX^e siècle (depuis la *Revue de l'Infirmière française*, créée en 1923 par Léonie Chaptal jusqu'aux termes du Projet 2000

8 Sa thèse de médecine porte sur le retard français en matière de formation infirmière. Elle fonde en 1901 la Maison protestante de Bordeaux.

9 Henderson a formalisé le cadre d'un raisonnement infirmier dont les 14 besoins du patient qu'elle identifie sont l'un des éléments clefs. Quels sont ces besoins ? Le modèle identifie successivement : B1 = besoin de respirer, B8 = besoin d'être propre et de protéger ses téguments, B2 = besoin de boire et de manger, B9 = besoin de sécurité, B3 = besoin d'éliminer, B10 = besoin de communiquer, B4 = besoin de se mouvoir et de maintenir une bonne position, B11 = besoin de pratiquer sa religion et d'agir selon ses croyances, B5 = besoin de dormir et de se reposer, B12 = besoin de s'occuper de façon à se sentir utile, B6 = besoin de se vêtir et de se dévêtir, B13 = besoin de se recréer, B7 = besoin de maintenir la température du corps, B14 = besoin d'apprendre. Pour chacun des besoins, le modèle de Virginia Henderson définit des « signes de satisfaction » et des « signes de dépendances » (ceux-ci désignent des difficultés du patient dans la satisfaction de ses besoins).

10 Les étudiants obtiennent à l'issue de leur parcours un diplôme d'État et un grade de licence.

en Angleterre dans la première décennie des années deux mille¹¹). La profession infirmière apparaît donc clivée par un déficit de reconnaissance d'une juridiction autonome.

Ce détour historique sur l'émergence du *caring* comme territoire infirmier met en évidence un clivage constitutionnel entre ceux qui forment et encadrent les soins, ceux qui sont amenés à les exercer auprès des patients et ceux qui mènent des recherches sur le soin infirmier (Henderson in Collière, 1994 : 14). Les modèles théoriques de formation tendent à s'inspirer de ces dernières alors que le travail sur le lieu des stages est organisé selon une finalité médicale curative¹².

L'articulation des deux dimensions des soins comme *caring* et *curing* a été posée et organisée par Florence Nightingale. Cependant, aucune juridiction autonome autour du *caring* avec monopole d'exercice ne peut être à ce jour identifiée, quels que soient les modèles hétérogènes de formation identifiés.

Désormais, la nature de l'articulation *caring/curing* s'est progressivement transformée avec les besoins des personnes soignées. Elle ne peut s'exercer aujourd'hui selon la finalité, les modèles hiérarchiques, les couples d'oppositions et les techniques qui ont fondé les soins et les relations professionnelles et interprofessionnelles au cours du XX^e siècle. Pour comprendre cette mutation progressive du travail soignant et mesurer ses implications sur le rapport entre *caring* et profession infirmière, je m'appuie sur le courant politique des théories du *care* et sur la sociologie des professions dans sa tradition interactionniste (Abbott, 1988, 2003).

2. L'émergence du *care* comme produit du travail collectif des soignants

En mêlant entretiens, observations et analyses des traces écrites, la recherche ethnographique que j'ai menée sur la formation infirmière pendant la première décennie 2000 m'a permis d'explorer les arènes (Abbott¹³) suivantes :

- l'arène législative où se négocient et se préparent les réformes des formations infirmières en France ;
- l'arène où sont formées les futures infirmières dans les instituts de formation en soins infirmiers et sur les terrains de stage ;
- l'arène où les infirmières sont formées à gérer les services et à former leurs pairs, dans les instituts de formation des cadres de santé.

11 Meerabeau (1998).

12 Knibiehler (2008), Rerverby (1987), Daigle (1991).

13 « We must stop studying single professions - medicine especially - and start studying work » (Abbott, 1988 : 325).

Les programmes de formation ont été mis en perspective et j'ai fait une analyse de contenu détaillée des rapports visant la réforme de ces formations commanditées par les pouvoirs publics depuis le début des années deux mille. La question de recherche que j'ai explorée peut être résumée ainsi : Comment, pratiquement, en situation, les professionnels de santé mettent-ils en œuvre leur mandat d'injonction à l'autonomie ? Dans quelle mesure leur formation les y prépare-t-elle ?

Ces différents terrains m'ont permis d'identifier des éléments qui me paraissent structurants des transformations de la formation des professionnels de santé depuis la fin des années quatre-vingt-dix. Suivant de près les réformes des formations infirmières, j'ai dû, dans la ligne d'une étude de l'écologie professionnelle suggérée par Abbott, comprendre ces développements en relation avec la profession dont l'infirmière reste l'auxiliaire en France, la profession médicale¹⁴.

On peut distinguer les trois étapes suivantes dans le processus de professionnalisation infirmière (Rothier Bautzer, 2012, 2013).

2.1. Première étape : Le caring, territoire d'organisation du soin infirmier

La finalité curative y domine. Au début du XX^e siècle, la professionnalisation infirmière est initiée en France par les médecins. La professionnalisation des médecins au XX^e siècle s'appuie sur le *cure* (le soin consiste en recherche diagnostique et traitement, visant la guérison de la maladie. Son fondement est la recherche biomédicale). Le travail infirmier et hospitalier est constitué de soins liés à des techniques invasives. Il est supporté par une organisation où règne une discipline stricte et dans laquelle les professions sont fortement hiérarchisées.

2.2. Deuxième étape : À la recherche d'un territoire infirmier en tension entre soins relationnels et soins techniques.

La finalité curative, à partir des années soixante et soixante-dix, entre en tension avec le relationnel. L'infirmière cherche à définir sa place autonome entre patient

14 En France, la profession infirmière est une profession paramédicale. Selon le Code de la santé publique, ceux qu'on nomme paramédicaux, sont des « auxiliaires médicaux » qui appartiennent au domaine des professions réglementées. Ils exercent des activités qui touchent le corps humain par dérogation au monopole de l'exercice médical. L'exercice infirmier est réglementé par les articles R.4311-1 et suivant du code de la santé publique. Il précise qu'« un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixe la liste des dispositifs médicaux que les infirmiers, lorsqu'ils agissent sur prescription médicale, peuvent prescrire à leurs patients sauf en cas d'indication contraire du médecin et sous réserves, pour les dispositifs médicaux pour lesquels l'arrêté le précise, d'une information du médecin traitant désigné par leur patient ». Le décret du 29 juillet 2004 du code de la santé publique définit l'ensemble des soins infirmiers. Ce texte réunit à la fois le décret du 16 février 1993 relatif aux règles professionnelles et l'ancien décret du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels. Le monopole médical établi juridiquement et l'organisation d'un système de paiement et de rétributions à l'acte conduisent à élaborer, pour certaines professions paramédicales, des listes d'actes autorisés en dérogation à l'exercice illégal de la médecine (rapport Matillon, 2003). Ainsi « au centre du système d'organisation des professions de santé se trouve la profession médicale » (rapport HAS, 2007 : 15). Les paramédicaux sont définis comme des « aides » des médecins plutôt que leurs collaborateurs (rapport Matillon, 2003). Ce cadre législatif est une spécificité française. L'exercice libéral est ouvert aux infirmiers en ville. Ils représentent en France entre 12 et 15 % de la profession infirmière.

et médecin. C'est l'infirmière « relationnelle » qui se rapproche de la personne du patient contre la « technicienne » qui se rapprocherait du médecin. Les contenus de formations en écoles sont affectés (rôle propre, diagnostic infirmier) mais pas le travail de terrain hospitalier qui devient de plus en plus spécialisé et morcelé en lien avec le travail médical¹⁵. La grève de 1988 constitue un moment important de l'expression du malaise produit par ce clivage. Il repose sur le maintien d'une relation d'auxiliaire subalterne entre infirmières et médecins, et d'une réduction de la personne malade à sa pathologie.

2.3. Troisième étape : Des territoires médicaux et infirmiers revisités : l'émergence du *care* comme concept pivot des pratiques soignantes

La finalité curative contribue à produire l'émergence du *care* (Tronto, 2009), comme intégration de la sollicitude et des soins réalisés. Les techniques moins invasives autorisant un travail hospitalier sur des durées plus courtes transforment le rôle infirmier. Au rôle technique s'adjoint un rôle administratif plus important. L'étude des programmes de formation montre la montée en puissance d'un rôle éducatif et préventif depuis les années soixante. L'infirmière hospitalière française, sur le terrain des soins, a appris progressivement à s'en détacher. À cet égard, je soulignerai le rôle des modèles de formations clivés entre instituts et terrains des soins que je décris dans mon travail. Un territoire professionnel infirmier autonome n'a pas émergé dans un univers hospitalier basé sur une organisation centrée sur la spécialisation médicale et le traitement de pathologies ciblées. Pour le comprendre, je reprends ici la traduction du concept de *care* par Tronto (2009). Elle permet de définir la sollicitude hospitalière. Elle est basée sur une approche centrée sur le curatif et l'ensemble des personnels est amené à délivrer des soins en vue de cette finalité. Les surveillants infirmiers, puis les cadres, organisent les soins, mais ne participent pas à la définition de la sollicitude, à la détermination du besoin identifié chez le patient¹⁶. Plus le soin est hospitalier et spécialisé, centré sur le traitement des pathologies aiguës, plus l'infirmière voit son travail centré sur

15 Le décret du 15 mars 1993 précise que relèvent du rôle propre infirmier les soins infirmiers liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes. Ainsi, le rôle propre de l'infirmier est précisé aux articles R 4311-1 à R 4311-5 du code de la santé publique et ne se réfère pas au rôle délégué (par le médecin). Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier doit identifier les besoins de la personne, poser un diagnostic infirmier, formuler des objectifs de soins, mettre en œuvre les actions appropriées et les évaluer. Il peut élaborer, avec la participation des membres de l'équipe soignante, des protocoles de soins infirmiers relevant de son domaine de compétence. En France, il est apparu dans les années quatre-vingt et le programme de 1992 et le décret de 1993 relatif à l'exercice de la profession infirmière s'inspire largement de l'association nord-américaine pour les diagnostics infirmiers (Anadi ou Nanda) qui a défini le diagnostic infirmier aux États-Unis dans les années 1950. L'infirmier apprend en IFSI que le rôle propre consiste aussi à formuler des objectifs de soins infirmiers, à mettre en œuvre des actions et à les évaluer. Le dossier de soin est censé être géré par lui entièrement. Sur le terrain ces pratiques sont rares. Observons qu'en 2002, le rapport d'étude de l'Observatoire du dialogue social rappelle que certaines méthodes enseignées en IFSI sont toujours bien peu ou pas utilisées (exemple le diagnostic de soin). Il ajoute que la formation ne prépare pas les infirmiers à travailler sous forme de projet, ou plus généralement de façon collective.

16 Hormis dans le cadre de leur rôle propre.

le soin et non sur la sollicitude. Dès lors, on ne peut assimiler son territoire à celui du *care/caring*.

CARE	DEFINITION	TRADUCTION
Caring about	• Se soucier de • Constater l'existence d'un besoin et évaluer la possibilité d'y apporter une réponse. • Implique fréquemment d'assumer la position d'une autre personne ou d'un autre groupe pour identifier le besoin. • S'occuper de, prendre en charge	• Sollicitude (quand l'emploi se limite à cette dimension)
Taking Care of	• Constitue l'étape suivante du processus de <i>care</i>. • Implique d'assumer une certaine responsabilité par rapport à un besoin identifié et de déterminer la nature de la réponse à lui apporter.	• Sollicitude (quand l'emploi se limite à cette dimension)
Care giving	• Prodiguer des soins • Suppose la rencontre directe des besoins du <i>care</i>. • Implique un travail matériel • Contact direct avec des objets du <i>care</i>.	• Soin (quand l'emploi se limite à cette dimension)
Care receiving	• Recevoir le soin • Correspond à la reconnaissance de ce que l'objet de la sollicitude réagit au soin qu'il reçoit • Inclure la réception du soin parmi les éléments du processus	• Soin (quand l'emploi se limite à cette dimension)

Analyse du terme *Care* proposée par Tronto (2009:147) et synthétisée sous la forme de ce tableau récapitulatif

Or, les soins qui s'inscrivent dans la durée impliquent une mutation profonde de ces pratiques et un déploiement intégré du travail soignant au sein de l'hôpital et en dehors. En effet, la définition de la sollicitude et l'identification des besoins des personnes malades chroniques deviennent des questions nouvelles puisqu'elles impliquent d'intégrer non seulement les définitions des différents professionnels, mais aussi le point de vue du patient sur le soin qui lui est délivré et dans lequel il est appelé à s'engager.

Ce processus engendre une transformation radicale de l'articulation *care/cure* et des reconfigurations territoriales à l'intérieur du secteur sanitaire mais aussi du secteur médico-social. Il peine d'autant plus à se mettre en place que l'ensemble des acteurs définit son autonomie sur la base de la maîtrise de la définition de la sollicitude à déployer. Les soins dans la durée requièrent aujourd'hui un travail interprofessionnel qui vise à articuler *care et cure*, sollicitude, soin et traitements en intégrant et engageant le patient actif dans le soin (observance, éducation thérapeutique). L'exemple de la formation infirmière constitue donc un cas paradigmatique de l'impossibilité de construire un territoire professionnel orienté vers la mise en pratique du travail de *care*, à côté d'un territoire centré sur le *cure*. Les infirmières ont contribué à bien définir un problème, le déficit d'articulation *care/cure*. Mais la solution à ce problème ne repose pas en leur professionnalisation autour de l'un des termes. Un tel processus ne peut qu'accroître les tensions et cristalliser les couples d'oppositions au détriment de leur dépassement. A cet égard, les exemples anglais, nord-américains et canadiens sont limpides. C'est pourquoi,

le problème de la reconnaissance du *care* est une question politique (Garau, le Goff, 2010) et non un problème territorial et professionnel.

3. Le *care*, élément perturbateur des logiques territoriales

Le problème qui émerge désormais est celui de l'articulation *care/cure*. Il suscite des revendications à disposer d'un surcroît d'autonomie professionnelle (chez les personnes qui délivrent les actions) et d'autonomie ou capacités d'action (pour ceux qui en sont les bénéficiaires). Il engendre une nécessaire transformation des modes relationnels asymétriques dominants. Il s'agit, en effet, de passer de modèles d'action où l'on fait *pour*, où l'on fait *avec*, à un modèle où l'on s'attache à rendre autrui capable de faire, *pour lui-même*, ce pour quoi on était mandaté (NPM – New Public Management –, observance, éducation thérapeutique, responsabilité morale des malades chroniques)

La convergence de ces revendications et injonctions autour de l'autonomie comme « mise en capacité de », avec la cohorte de termes qui lui sont associés (*empowerment*, *capabilities*¹⁷), produit, dans les situations où elle s'exprime, des tensions à l'intérieur des groupes professionnels et entre les groupes amenés à articuler leurs actions selon des modalités plus transversales. Mon hypothèse est que ces mutations induisent progressivement les pratiques de *care* qui se substituent au flou conceptuel des pratiques dites relationnelles, à la fois à l'intérieur des situations de soin, de remédiation, d'accompagnement social, mais aussi à l'intersection du travail jusqu'ici réalisé de manière cloisonnée par l'ensemble des groupes professionnels concernés. Le malaise actuel d'une bonne part de ces professionnels consultants est le produit de cette transformation et des résistances qu'elle engendre. C'est l'ensemble de leur système de valeurs qui est remis en question au sens de Dewey : « Ce à quoi nous attribuons de la valeur n'est rien d'autre que ce à quoi ou à qui nous tenons, c'est-à-dire à quoi ou à qui nous manifestons concrètement notre attachement, à travers nos attitudes actives, nos comportements, nos façons d'agir » (Bidet, Quéré, Truc, 2011 : 33-34). À quoi et par quoi ces acteurs tiennent-ils ? J'ai montré que le curatif demeurerait une valeur dominante pour les professionnels de santé.

Le *care* ne peut donc être réduit au territoire infirmier et réciproquement. Les infirmières, dans leurs relations aux médecins et aux personnes malades, symbolisent une mutation en cours. Celle-ci repose sur une transformation des pratiques et des modes d'organisation des soins qui intègrent l'autonomie comme

17 Je reprends ici le terme de Sen dans l'esprit relevé par De Munck et Zimmerman (2008 : 29) lorsqu'ils écrivent « Il faut plonger le concept de capacité en situation, dans un contexte particulier, pour lui donner son opérativité... On pourrait donc dire que la *Capability Approach* est très savamment inachevée. Elle est en attente d'explicitation et de réappropriation. C'est cette modestie qui fait sa fécondité dans le débat mondial et interdisciplinaire ».

dimension constituante des relations interprofessionnelles et des relations aux personnes malades.

Cette réflexion autour des mots *care* et profession infirmière, invite non seulement à revisiter un lien qui pourrait apparaître intuitif entre les deux termes mais aussi à poser la question des effets de l'émergence du *care* comme sollicitude et soin intégrés dans les secteurs connexes que sont la remédiation scolaire et le travail social.

L'opposition et les cloisonnements entre modèles de formation théoriques et pratiques apparaissent dès lors comme le symptôme de défenses territoriales dont le principal effet est la négligence des situations pratiques les plus incertaines et complexes dans la durée.

Éliane ROTHIER BAUTZER

eliane.bautzer@parisdescartes.fr

BIBLIOGRAPHIE

- Abbott, A. (1988). *The system of professions: an essay of the division of expert labour*. Chicago : Chicago U. of Chicago Press.
- Abbott, A. (2003). Écologies liées. In Menger Pierre-Michel (dir.), *Les professions et leurs sociologies. Modèles théoriques, catégorisations, évolutions*. Paris : Éditions de la MSH.
- Attewell, A. (1998). Florence Nightingale (1820,1910). *Perspectives : revue trimestrielle d'éducation comparée*, vol. XXVIII, n° 1, p. 173-189.
- Aïch, P., Fassin, D. (dir.) (1994). *Les métiers de la santé. Enjeux de pouvoir et quête de légitimité*. Paris : Anthropos-Economica.
- Banta, HD (1971). Medical Education. Abraham Flexner – a Reappraisal. *Social Science and medicine*, vol. V, n° 6, p. 655-661.
- Bidet, A., Quéré, L., Truc, G. (2011). *Ce à quoi nous tenons in « Dewey et la formation des valeurs »*. Paris : La Découverte, p. 33-34
- Cohen, Y. (2000). *Profession infirmière. Une histoire des soins dans les hôpitaux du Québec*. Montréal : Presses de l'Université de Montréal.
- Daigle, J. (1991). Becoming a Nurse: Modalities of Expression of a Culture of Caring in the Twentieth Century. *Recherches féministes*, 4, 1, p. 67-86.
- Diebolt, E., Fouché, N. (2011). *Devenir infirmière en France, une histoire atlantique ? (1854-1938)*. Paris : Publibook.
- De Munck, J. Zimmermann, B. (dir.) (2008). *La liberté au prisme des capacités. Amartya Sen au-delà du libéralisme*. Paris : Éditions EHESS.

- Ehrenberg, A. (2009). L'autonomie n'est pas un problème d'environnement, ou pourquoi il ne faut pas confondre interlocution et institution. In Jouan Marlène, Laugier Sandra (dir.), *Comment penser l'autonomie ? Entre compétences et dépendances*. Paris : PUF, p. 203-219.
- Ehrenberg, A. (2010). *La société du malaise*. Paris : Odile Jacob.
- Freidson, E. (1984). *La profession médicale*. Paris : Payot.
- Henderson, V., Nite G. (1978). *Principles and practice of nursing*. New York : Macmillan US.
- Henderson, V., Colliere, Marie-Françoise (1994). *La nature des soins infirmiers*. Paris : Interéditions.
- Knibiehler, Y. (2008). *Histoire des infirmières en France au XX^e siècle*. Paris : Hachette Littérature.
- Petit, A. (1994). La profession infirmière : un siècle de mutations. In Aich P., Fassin D. (Dir.), *Les métiers de la santé. Enjeux de pouvoir et quête de légitimité*. Paris : Anthropos/Economica, p. 227-259.
- Garrau, M., Le Goff, A. (2010). *Care, justice et dépendance. Introduction aux théories du Care*. Paris : PUF, coll. Philosophies.
- Hudson, Robert P. (1972, Nov-Dec). Abraham Flexner in perspective: American Medical Education 1865-1910. *Bull Hist Med.*, 46(6):545-61.
- Ludmerer, Kenneth M. 1999. *Time to Heal, American Medical Education from the Turn of the Century to the Era of Managed Care*. Oxford : Oxford University Press.
- Meerabeau, L.(1998). « Project 2000 and the Nature of Nursing Knowledge » in *The Sociology of The Caring Professions*, Chapter 5, Routledge.
- Picard, J.-F. (1999). *La fondation Rockefeller et la recherche médicale*. Paris : PUF. Épuisé mais disponible depuis 2009 sur le site <<http://www.histrecmed.fr/pdf/rock-recmed.pdf>> avec l'aimable autorisation de l'éditeur.
- Reverby, S. (1987). *Ordered to Care: the dilemma of american nursing*. New York : Cambridge University Press.
- Rothier Bautzer, É. (2012). *Entre Cure et Care. Enjeux de la professionnalisation infirmière*. Rueil-Malmaison : Éditions Lamarre.
- Rothier Bautzer, É. (2012). Formation des soignants en France : la difficile émergence de nouveaux modèles. *Les tribunes de la Santé*, n° 36, p. 117-122.
- Rothier Bautzer, É. (2013). *Le Care négligé, Les professions de santé face au malade chronique*. Bruxelles : De Boeck.
- Tronto, J. (2009). *Un monde vulnérable, pour une politique du Care*. Paris : La Découverte.

Abstract • Keywords

Care and nursing profession

ABSTRACT: The relationship between care and nursing profession is analysed as a paradigmatic case of the transformations taking place since the second half of the 20th century. We analyse how the concept of care and the corresponding theories replace the ambiguity that characterise the category called “relational” which defines the consulting professions according to Freidson (1984). In so doing, care becomes the result of claims and increasing requests for independence on the part of individuals and professional groups. Care is gradually becoming common to all occupations which aim to “empower”, to put into practice a prescribed change that can only occur if there is endorsement to the suggested goal. In this sense, the care as a concept is the product of societies where autonomy – by becoming a first value – is accompanied by a mutation of forms of heteronomies (Ehrenberg, 2009, 2010).

KEYWORDS: therapy, curriculum support, vocational education and training, health service