

La professionnalisation du métier et des savoirs infirmiers : d'une activité soignante à une formation scientifique en haute école spécialisée

Autor(en): **Nadot, Michel**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Traverse : Zeitschrift für Geschichte = Revue d'histoire**

Band (Jahr): **9 (2002)**

Heft 3

PDF erstellt am: **20.04.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-22958>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

LA PROFESSIONNALISATION DU METIER ET DES SAVOIRS INFIRMIERS

D'UNE ACTIVITE SOIGNANTE PROFANE A UNE FORMATION SCIENTIFIQUE EN HAUTE ECOLE SPECIALISEE

MICHEL NADOT

Dès que la vie apparaît, les soins existent: il faut «prendre soin» de la vie pour qu'elle puisse demeurer. Donc, on ne peut pas vivre sans soins (*care*), mais on peut vivre sans traitement (*cure*). Le traitement est un autre type de pratique qui fait que l'on redouble de soins. Ces affirmations peuvent baliser l'histoire de la professionnalisation de l'activité soignante. Les soignantes laïques d'avant l'ère religieuse avaient une fonction légitime au sein de l'hôpital, à une époque où cette institution n'était pas encore médicalisée. Elles seront remplacées par des religieuses hospitalières qui, à leur tour, céderont leur place à des laïques fréquentant les premières écoles de soins et bénéficiant d'une formation plus formalisée. Cet article vise à montrer que les différentes conceptions et divisions du travail au sein de la profession soignante sont dépendantes des représentations qu'avaient les initiateurs de la formation. Il souligne que ceux et celles qui ont donné sens à la pratique n'étaient pas les praticiens eux-mêmes, mais les représentants de systèmes culturels dominants,¹ des acteurs ayant le pouvoir de répondre à certains besoins de société tout en préservant leurs intérêts propres. C'est seulement à partir du moment où les soignantes elles-mêmes accéderaient à la production de leur propre savoir scientifique que le métier d'infirmière pourrait être caractérisé comme ayant atteint le degré d'autonomie d'une profession. En effet, comme le mentionne Freidson,² la professionnalisation implique le contrôle d'un domaine d'activité qui peut être disjoint du champ global de la médecine. Dans cette quête d'autonomie, il s'agit pour la soignante de conférer un sens durable à son expérience afin d'obtenir, d'une part le pouvoir d'affirmer et de faire respecter sa différence et d'autre part, la satisfaction d'exercer l'autorité que lui confèrent le savoir, le jugement et les responsabilités de sa pratique. C'est avec le développement de la recherche au sein de la discipline soignante, la diffusion de connaissances nouvelles, le démarquage avec ce que Jobert nomme «les savoirs dominants»³ et l'ancrage de la formation au plus haut niveau du système éducatif, que le processus de professionnalisation concernant l'art de «prendre soin» s'opère et s'institutionnalise. Dans cette perspective, on peut interroger l'insertion récente en Suisse des formations soignantes dans les Hautes écoles spécialisées.

LA PRATIQUE DES SOINS: UNE ACTIVITE PROFANE D'AIDE A LA VIE

Soigner est une pratique laïque très ancienne qui est peu visible. L'histoire de la discipline des pratiques de soins avant et pendant l'ère «religieuse», nous fait cependant découvrir au 17^e siècle des soignants ordinaires que personne ne glorifiait, et qui soignaient – au sens de «prendre soin de...», «être au service de...», «veiller sur...» ou «aider à survivre» – des personnes dépendantes et pas uniquement malades rassemblées dans un même lieu, l'hôpital. A cette époque, la médecine n'occupait pas encore totalement l'espace hospitalier et les autorités civiles ne se préoccupaient pas de la formation et de l'éducation des femmes, notamment des femmes soignantes. Ainsi, à l'hôpital laïc de la ville de Fribourg, la soignante qui ne s'appelait pas encore «infirmière» mais *musshafera* se verra attribuer par la direction de l'hôpital un espace spécifique de travail. En échange de ses services, elle sera assermentée et touchera des prestations annuelles en espèces, complétées par des prestations journalières ou mensuelles en nature, car il était prévu qu'elle soit nourrie, logée, chauffée, éclairée, blanchie et médicamentée.⁴

Cette *musshafera*, qualificatif qui désigne en patois fribourgeois proche de l'allemand une fonction alimentaire à partir de céréales, était chargée de mener à bien l'activité domestique au sein d'une collectivité complexe. Elle va aménager et gérer l'espace de vie des habitants de l'hôpital selon des valeurs et des connaissances qu'elle avait intériorisées et des moyens qu'elle avait à disposition (bon sens, expérience et savoir accumulé par sa pratique des choses de la vie). Aidée de la «petite servante» qui lui était subordonnée, la *musshafera* pouvait se constituer une expérience des misères rassemblées dans l'hôpital. Contrainte de vivre avec ceux qu'elle consentait à soigner, elle était confrontée à l'incertitude de leurs réactions, de leurs comportements, de leurs motivations à vivre ou à mourir. Dans une position d'intermédiaire culturelle, le partage des conditions de vie, c'est aussi, le partage des bruits, des odeurs, des respirations, des ronflements, des plaintes, des pleurs, des monologues, des cris, des injures, des mouvements des corps et l'acquisition des compétences pour y faire face.

On comprend donc qu'au 18^e siècle, de telles compétences soignantes se transmettaient principalement par héritage direct, sur les lieux de travail. Comme il n'existait pas encore d'écoles, la transmission se faisait horizontalement, de pairs à pairs, comme l'indique le procès-verbal des nouvelles nominations: «La *musshafera* ou gouvernante des malades a du rester quelques mois outre le terme pour lequel elle avait demandé son congé, pour instruire celle qui devait

56 ■ la remplacer.»⁵ Parallèlement à ces savoirs «peu formalisés», une pratique

élémentaire de la lecture, de l'écriture et de l'arithmétique était requise des soignantes afin qu'elles puissent rendre compte de tout ce qui permettait d'assurer la logistique (objets ménagers et sanitaires, linges, literie, habits, denrées diverses, etc.). Les difficultés de la fonction et l'expérience commune sur lesquels se fondent le recrutement et la formation du personnel soignant laïc vont cependant trouver leurs limites dans le manque de disponibilité et le tarissement des volontaires.

DE LA PRATIQUE LAÏQUE DE L'AIDE A LA VIE A LA CHARITE PRIVEE DE L'EGLISE

En 1778, la pénurie de personnel soignant laïc oblige la direction de l'hôpital de la ville de Fribourg à se tourner vers les services d'une congrégation religieuse soignante. «Comme les personnes douées de ces avantages d'esprit et de corps ne sont pas communes par conséquent difficiles à trouver, l'on a pensé à l'introduction des religieuses hospitalières nommées les sœurs grises, qui ne seraient pas moins propres pour les malades que pour d'autres emplois, pour l'économique de la maison, lesquelles avec le tems [sic] l'on pourrait introduire dans l'hôpital.»⁶

Avec l'arrivée des sœurs hospitalières en 1781, une culture et des prescriptions nouvelles seront imposées au personnel laïc de l'hôpital de Fribourg. Avec une identité propre à l'Eglise catholique, les religieuses hospitalières seront les seules à être légitimées à se nommer «infirmières».⁷ Pourquoi se font-elles appeler «infirmières»? Etymologiquement, le terme vient de l'ancien français *enfermerier*, *enfer-mier* qui veut dire «mauvais», «malsain», «faible». Dans l'usage religieux hospitalier, il prendra un sens spécial autour du radical *enfer* comme indication symbolique de la souffrance, du mauvais et du malsain. Cette connotation se retrouve dans le système de conventions qui dictent des pratiques religieuses spécifiques aux sœurs infirmières qui se constituent en communauté à l'hôpital laïc de la ville de Fribourg en 1781, en même temps que l'action soignante religieuse y supprime l'activité laïque. Le support des prescriptions qui guident dès lors l'action soignante est «La Règle».

La théorie religieuse vise à positiver, à élever cette pratique difficile qu'est le soin d'autrui. Plus *l'enfermière* était corvéable, plus elle se confrontait à la puanteur, aux excréments, à l'expression de la misère, de la honte et de la souffrance, plus elle pouvait espérer une place auprès de Dieu. Le bénéfice de l'action était spirituel et céleste au lieu d'être économique et terrestre. La pauvreté représentait pour la religieuse hospitalière «une vertu essentielle dans un lieu qui sert de retraite aux pauvres [...]». Pour être parfaites, les religieuses ■ 57

doivent souhaiter les choses les plus viles, tant en leurs habits, linges et nourriture, qu'en leurs offices et leurs emplois.»⁸

La transformation de la pratique soignante laïque et sa cohabitation avec les pratiques et les conceptions religieuses se marqueront aussi spatialement. Quelques mois avant l'arrivée des sœurs, un entrepreneur est mandaté pour apporter quelques modifications au bâtiment laïc qui sera partagé en deux maisons, la «bonne» et la «mauvaise».

Dans la *bonne maison* habitaient: l'hôpitalier et l'hôpitalière (direction laïque de l'hôpital); des soignantes laïques (la *musshafera* et son aide, la «petite servante»); des prébendaires (hommes ou femmes ayant à la fois le statut de pensionnaires et d'employés de l'hôpital); des enfants «à la mamelle», «en nourrice» ou «en apprentissage» (en 1694, il y avait 34 enfants dans l'hôpital); des passants (fuyards, déserteurs, voyageurs, pèlerins).

Dans la *mauvaise maison* habitaient: les sœurs infirmières dites sœurs grises ou religieuses hospitalières; les malades de l'infirmerie (enfermerie).

Ces deux maisons seront réunies en une seule entre 1798 et 1807 par les «officiers de santé» français des troupes d'invasion napoléoniennes.

Durant le 19^e siècle, les congrégations religieuses soignantes vont continuer à se renforcer aussi longtemps que l'opinion publique a été unanime pour leur reconnaître des qualités spécifiques telles l'absence d'ambition politique, la compétence professionnelle, l'intégrité morale et aussi le coût peu élevé des prestations fournies.⁹ Le principe de développement des congrégations soignantes appliqué par l'Eglise catholique sera imité par l'Eglise protestante dès 1836.

Le pasteur Fliedner fondera une institution de diaconesses à Kaiserswerth sur le Rhin, près de Düsseldorf. Le 19 décembre 1842, une communauté s'inspirant de son œuvre verra le jour à Echallens (VD), puis dès 1852 à Pompaples (VD) (Sœurs de Saint-Loup). Au total environ 140 communautés de diaconesses s'implanteront par reproduction de «Maisons Mères» dans les régions protestantes de Suisse romande. Mais cette progression n'allait pas durer, car un modèle de formation concurrençant les noviciats religieux allait se mettre en place.

LA PREMIERE ECOLE LAÏQUE DE SOINS

C'est entre autre pour contrecarrer l'extension des œuvres religieuses que le couple De Gasparin,¹⁰ se proposa d'ouvrir dès le 20 juillet 1859, la première école au monde de soignantes laïques, «La Source» à Lausanne. Cette intention

58 ■ sera explicitée ainsi par la fondatrice: «J'écris contre l'introduction dans notre

Eglise d'une organisation qui modifie les grandes lois sociales, dont je ne trouve pas trace dans la Bible, et dont je vois l'effrayant modèle dans le catholicisme romain.»¹¹ Suivant cette conception, les élèves gardes-malades devaient se distinguer des sœurs catholiques et des diaconesses sur cinq points: «elles ne seront soumises à une règle commune que durant leur apprentissage; elles ne recevront pas le titre de «sœurs»; on ne leur imposera aucun costume spécial; elles ne seront pas tenues au célibat; leur apprentissage terminé, elles recevront directement des personnes qui les emploieront le salaire dû à leurs soins.»

Militant pour l'éducation des femmes et leur indépendance, Valérie de Gasparin reproche aux congrégations de maintenir les religieuses dans l'enfance. En opposition, elle veut créer une «école normale», qui «prépare l'individu pour le gouvernement de soi-même; invariablement elle le rend à la liberté; elle l'émancipe jusqu'à l'âge où il doit se mesurer avec la vie».¹²

Constatant aussi que «la Sœur» affichait une charité qui se voulait supérieure, elle admire et réhabilite les soignantes laïques qui travaillent dans les institutions de l'époque. «Il y a dans l'institution des converses, ou mieux des servantes qu'on appelle pas servantes de Jésus parce qu'elles reçoivent un salaire, parce qu'elles ne portent pas l'habit, parce qu'elles vivent dans les conditions très honorables de la domesticité, mais qui n'en remplissent pas moins auprès des malades et dans toutes les parties de l'institution le véritable office de sœurs, d'autant plus sain qu'étant plus humble et tout à fait ignoré, il exige un plus intime renoncement.»¹³

Instaurer des écoles laïques visait donc à proposer une formation aux soignantes qui assistaient impuissantes au changement induit par l'Eglise dans leurs activités. Cette initiative devait aussi permettre de suppléer aux autorités civiles qui se déchargeaient de la responsabilité d'organiser un système de formation professionnelle spécifiques destinées aux chrétiennes ordinaires, aux gardes-malades sans titres ou aux modestes servantes, dans la mesure où elles avaient trouvé un moyen assez simple et économique de s'assurer du personnel un tant soit peu instruit en faisant appel aux congrégations existantes.

Dans cette entreprise, les époux de Gasparin ne se percevront pas en tant que spécialistes d'éducation professionnelle et vont se trouver quelque peu désemparés lorsqu'ils devront définir les contenus de la formation. Profanes en matière de pratiques soignantes, ils demanderont conseil à des médecins de leur connaissance qui imposeront leur vision de la division du travail médical. Ainsi, le médecin Frédéric Recordon s'efforcera de distinguer le champ d'activité et la fonction soignante de l'infirmière de la pratique médicale proprement dite: «Oui, des gardes-malades! Mais qu'elles ne se mêlent pas ■ 59

de médecine!» C'est alors un pasteur et son épouse qui dirigeront *l'école normale de gardes-malades*: le directeur rédige les manuels d'enseignement en suivant lui-même les cours médicaux confiés aux docteurs Pellis et Burnier, la directrice quant à elle «s'adressera au cœur des élèves, leur fera comprendre la beauté de leur vocation et les aidera dans les moments de lutte intérieure».¹⁴

A partir de ce modèle historique de division des tâches médicales et soignantes qui au niveau de la formation infirmière correspondait à une partition entre enseignants et enseignés, le médecin en vint progressivement à déléguer une partie de son savoir aux gardes-malades, les considérant comme des «agents doubles» étant à son service pour remplir deux rôles: agent collecteur de données nécessaires à une analyse médicale (observation, évaluation de l'état du malade et transmission de ce qui est observé dans la langue scientifique afin que le sens du message ne soit pas trop éloigné du système de références du médecin à qui il est destiné); et agent applicateur des prescriptions médicales au travers des connaissances acquises dans les cours ou les manuels de soins dits «aux malades». Cette fonction déléguée représente encore une partie constitutive du rôle professionnel aujourd'hui.

Comme il fallait décharger «le maître» (tantôt médecin, tantôt pasteur) des fastidieuses répétitions à mettre en place pour des élèves qui ne comprenaient pas la matière immédiatement, les premières monitrices des écoles de soins feront leur apparition dès 1891. De par leur statut, les monitrices ne produisaient pas de nouvelles connaissances, elles ne publiaient pas. Elles ont elles-mêmes appris leurs connaissances des professeurs détenteurs légitimes des savoirs théoriques et pratiques et elles assurent pour l'essentiel une fonction de répétition. Le mode de formation dispensé par les monitrices est par conséquent de l'ordre à la fois du relais et de la tutelle, la participation des élèves à l'enseignement se faisant conformément aux modèles du savoir, des techniques et des valeurs alors en vigueur. A côté d'un discours scientifique médical, ou tout du moins médicalisé, un discours à la fois évangélique et paternaliste se développera comme versant de l'éducation morale de la garde-malade. Cette forme d'enseignement se perpétuera jusque vers les années 1970, par reproduction et imitation de la pédagogie du mode mutuel appliquée dans les premières écoles de soins. Dans ce modèle de savoirs et de formation, peu de recherches sont menées en vue de constituer et renforcer la spécificité de la discipline des soins infirmiers. Le savoir issu de la pratique des soins et la diffusion des connaissances resteront des éléments mineurs, laissés à l'arrière-plan. Tout se déroule comme si l'action de «prendre soin» était toujours de l'ordre de l'inné, de la bonne volonté, de l'amour du prochain ou de

QUELQUES ASPECTS DE LA CULTURE MILITARO-MEDICALE DANS LES FORMATIONS SOIGNANTES

A partir du milieu du 19^e siècle, les conflits armés introduiront la culture militaire dans les pratiques de soins. L'une des premières théoriciennes de ces pratiques, Florence Nightingale, sera nommée en 1856 «Superintendent of the female nursing establishment in the English General Military Hospitals in Turkey»,¹⁵ alors que Valérie de Gasparin, de par les relations qu'elle avait avec Henry Dunant, allait être le précurseur d'une organisation proche du service de santé des armées, la Croix-Rouge.¹⁶ Nous donnerons ici quelques indices de cette intégration et des transformations qu'elle induit pour la formation.

En 1893, la direction centrale de la Croix-Rouge se réorganise et crée un département «instruction», qui sera progressivement associé au Département militaire fédéral. Avec le contrôle de la Croix-Rouge suisse et de l'Alliance suisse des gardes-malades dès 1910 (dont les dirigeants à l'instar de Walter Sahli,¹⁷ sont parfois les mêmes), les femmes soignantes, gardes-malades et infirmières, laïques ou religieuses, seront incorporées aux missions de la Croix-Rouge. Elles seront ainsi subordonnées à des médecins qui cumulaient à la fois la fonction de médecin et d'officier supérieur. Symboliquement, cette combinaison se concrétisera dans la création du *Blätter für Krankenpflege*, publication que le secrétariat central de la Croix-Rouge à Berne éditera à partir de décembre 1907 sous la responsabilité d'un médecin capitaine. Ce bulletin, dont la couverture «vert militaire» est ornée de l'emblème de la Croix-Rouge et de la Croix Suisse, va servir de trait d'union professionnel et idéologique entre les gardes-malades et autres soignants de Suisse. Bilingue dès le 15 janvier 1924, il est l'ancêtre de la revue professionnelle actuelle *Krankenpflege, Soins infirmiers, Cure infermieristica*.

Des règlements aux uniformes jusqu'aux «cours de cadres» dont certains se déroulaient à la caserne du Chanet à Neuchâtel,¹⁸ l'organisation et le contenu de la formation resteront dépendants d'un ensemble militaro-médical au sein duquel l'armée, la Croix-Rouge, l'Alliance suisse des gardes-malades et quelques mouvements associatifs seront amenés à orienter la formation du personnel en vue de la gestion des pratiques de soins. Les institutions de santé devenant de plus en plus importantes et complexes, il fallait prévoir la formation des gestionnaires de la pratique. Si à l'époque des religieuses, la Mère-supérieure de la congrégation pouvait diriger les orientations spirituelles et temporelles de ces dernières, les soignants laïcs éprouveront également le besoin de se doter d'une direction apte à organiser leur travail et le «management» de leurs connaissances, dans une perspective de rationalisation et de commandement.

Le premier cours pour cadres infirmiers se tiendra à l'école «La Source» à Lausanne en 1943. L'idée avait déjà été exprimée le 22 février 1942, lors d'une réunion de l'association nationale des infirmières suisses d'écoles reconnues, dans des termes qui par certains aspects renvoient à des connotations ou valeurs militaires: «La direction est un art et une science, qui consiste à aider l'individu à donner le meilleur de lui-même, en vue de l'intérêt commun. Elle s'appuiera sur quatre principes: inspection, formation, direction et expérience de nouvelles méthodes.»¹⁹ Mais une école restait à créer. Pris entre diverses tensions, et sur l'insistance de plusieurs directrices d'écoles d'infirmières, le Dr Martz dont la sœur était elle-même infirmière et directrice d'école, mettra prudemment sur la table l'idée d'une école de cadres.²⁰ En effet, l'école de cadres «ne devra pas non plus comme dans certains autres pays, aspirer à une formation universitaire».²¹ En contraste avec l'évolution des formations d'infirmières à l'étranger – aux Etats-Unis par exemple, les infirmières pouvaient déjà se perfectionner à l'Université dès les années 1899 à l'Université de Columbia, New York et suivre des cours d'économie hospitalière²² – l'activité de l'Ecole qui verra le jour à Zurich devra être «discrète». Selon Hans Martz, médecin-chef adjoint de la C. R. S., lieutenant-colonel, président dès 1950 du Conseil de direction de «l'Ecole de perfectionnement pour infirmières», le cadre infirmier sera «un cadre modeste».

On repère là des réticences historiques à une scientificisation et à une autonomisation de la formation et de la profession des infirmières dont il serait intéressant d'analyser plus avant les spécificités. Dans le cadre de cette contribution, on notera avant tout que la formation restera dès lors dépendante des normes contenues dans les manuels de formation écrits par ceux, non-infirmières, qui étaient légitimés à participer au développement de la science. L'enseignement ne cite pas les sources de connaissances qui font autorité en la matière et se limite à des principes qui permettent «de faire», ce qui empêche une distance réflexive et progressive pour les enseignées. Les écoles doctorales dans le domaine des pratiques de soins ne seront pas mises en place en Suisse, la recherche, le développement et par conséquent la production de connaissances restant l'apanage des facultés étrangères. Ce n'est qu'à partir des années 1990 que la formation qui restait une compétence cantonale ressortissant du domaine de la santé, commencera à être pensée à l'échelle suisse comme pouvant légitimement appartenir au niveau tertiaire non universitaire.

CONCLUSION

Depuis le vote populaire du 18 avril 1999 approuvant la révision partielle de la Constitution fédérale, la compétence en matière de formation professionnelle est désormais dévolue en totalité à la Confédération (sauf la formation des enseignantes). Cette décision doit notamment passer par la révision de la loi sur les Hautes écoles spécialisées (LHES) du 6 octobre 1995 qui régleme et intègre au niveau fédéral les filières de formation H. E. S. jusqu'ici de compétence cantonale. Ce transfert institutionnel et la situation de réforme qu'il ouvre représente l'occasion pour les infirmières et infirmiers de redéfinir et d'orienter leur formation. Celle-ci est conçue, pour l'ensemble de la Suisse romande, en fonction d'un référentiel de compétences en neuf points répartis en sept domaines issus de la tradition disciplinaire.²³ La formation duale demeure toutefois centrale, que ce soit dans les formations C. F. C. qui, ne l'oublions pas se déroulent également au sein de la discipline soignante mais sous l'orientation conceptuelle des soignantes diplômées, ou que ce soit dans le type d'enseignement dispensé dans les H. E. S. (un minimum d'expérience de terrain reste nécessaire). Cependant les écoles d'infirmières et d'infirmiers qui, depuis 1994, se plaçaient au degré tertiaire non universitaire, devront accorder plus de poids aux activités de recherche et de développement si elles entendent satisfaire aux missions nouvelles dévolues aux H. E. S., si elles entendent devenir équivalentes mais différentes et complémentaires des écoles polytechniques et des universités. Pour voir concrètement les modalités que prendront la future formation, il faudra encore attendre.

Historiquement, plusieurs divisions de la formation dans les professions soignantes se sont opérées au travers des représentations ou de l'idée, juste ou fausse, que les initiateurs de la formation se donnaient de la compétence scientifique requise par l'exercice du métier, de l'origine ou l'insertion socio-culturelle des élèves et du type de réceptivité intellectuelle qui leur était prêté. D'un intérêt peu explicite pour les autorités académiques et pour le pouvoir politique ou économique, colonisée simultanément du 19^e siècle à la moitié du 20^e siècle par trois cultures dominantes qui avaient le pouvoir en fonction des besoins du marché et des politiques de santé d'orienter la connaissance, on se souviendra que la science soignante d'aujourd'hui ne peut plus être considérée comme «parareligieuse», «paramilitaire» ou «paramédicale».

Notes

- 1 Michel Nadot, «Médiologie de la santé: de la tradition soignante à l'identité de la discipline», *Perspective soignante* 13 (2002), 37–38.
- 2 Eliot Freidson, *La profession médicale*, Paris 1984, 79.
- 3 Guy Jobert, «Processus de professionnalisation et production du savoir», *Education permanente* (1985), 132 sq.
- 4 Michel Nadot, «La formation des infirmières, une histoire à ne pas confondre avec celle de la médecine», in: François Walter, *Peu lire, beaucoup voir, beaucoup faire*, Genève 1992, 156.
- 5 Archives de l'Etat de Fribourg, *Manual de la Chambre de l'hôpital*, 1759–1761, 29'.
- 6 Archives de l'Etat de Fribourg, fonds de l'hôpital Notre-Dame, *Règlement nouveau de l'hôpital ratifié par le Suprême Sénat en l'année 1759*, 175.
- 7 Yvonne Turin, *Femmes et religieuses au XIXe siècle*, Paris 1989, 127.
- 8 *Règles des Religieuses hospitalières sous le titre de Notre-Dame de sept douleurs* pour le grand hôpital de Fribourg en Suisse. Cahier manuscrit inclassé, fonds de l'hôpital Notre-Dame, Archives de l'Etat de Fribourg, 1784, 17.
- 9 Claude Langlois, *Le catholicisme au féminin, les congrégations françaises à supérieure générale au XIXe siècle*, Paris 1984, 639.
- 10 Valérie Boissier (1913–1994) née à Genève, écrivain, polyglotte et pianiste affirmée, épouse en 1837 le Comte Agénor de Gasparin. Elle reçoit le 28 décembre 1843 la médaille d'or de l'Académie française. Agénor de Gasparin (1810–1871), né à Orange, maître des requêtes au Conseil d'Etat français, dès 1836 chef de cabinet de son père, le comte Adrien de Gasparin, Préfet de Lyon, membre de l'Académie des sciences, Ministre de l'intérieur dans le gouvernement Guizot.
- 11 Valérie de Gasparin, *Cinquième et sixième lettre au rédacteur de l'Avenir sur les institutions modernes des sœurs et de frères protestants*, Lausanne 1850, 4.
- 12 Valérie de Gasparin, *Des corporations monastiques au sein du protestantisme*, Paris 1855, vol. 2, 55.
- 13 De Gasparin (voir note 12), 1854, vol. 1, 298 sq.
- 14 Agénor de Gasparin, *Ecole normale de gardes-malades*, Lausanne 1867, 29.
- 15 Lucy Seymer, *L'infirmière à travers les âges*, Bruxelles 1933, 101.
- 16 Gabriel Mützenberg, *Portrait et destinée. Valérie de Gasparin, une conservatrice révolutionnaire*, Le Mont-sur-Lausanne 1994, 23.
- 17 Médecin, capitaine, directeur du Lindenhof à Berne, premier Secrétaire général de la Croix-Rouge suisse, co-fondateur de l'Alliance suisse des gardes-malades.
- 18 Michel Nadot, *De moniteur à enseignant, l'identité sociale d'un formateur, de sa naissance à 1983, dans les écoles de soins infirmiers de quatre cantons romands*, mémoire de diplôme des Hautes études des pratiques sociales (DHEPS), Université Lyon 2 1983, 133.
- 19 «Le rôle et les responsabilités de l'infirmière-chef», *Bulletin des gardes-malades* (1942), 201 sq.
- 20 Noémi Bourcart, «L'Ecole supérieure d'enseignement infirmier de la Croix-Rouge suisse», in: Enrico Valsangiacomo, *La Croix et la carrière*, Bâle 1991, 283.
- 21 *Ibid.*, 296.
- 22 Marie-Françoise Collière, *Virginia Henderson: La nature des soins infirmiers*, Paris 1994, 224.
- 23 *Rapport final de la C2ES2 relatif au dispositif de la formation initiale de la H. E. S. romande santé-social*, Lausanne 2001, 8, 36.

ZUSAMMENFASSUNG

DIE PROFESSIONALISIERUNG DER KRANKENPFLEGEBERUFE VON DER GEWÖHNLICHEN PFLEGETÄTIGKEIT ZUR WISSEN- SCHAFTLICHEN FACHHOCHSCHULAUSBILDUNG

Die verschiedenen Unterteilungen im Bereich der Pflegeberufe sind die Folge von Vorstellungen und Ideen, welche die Vordenker der Berufsausbildung hatten. Es waren jedoch nicht die in der beruflichen Praxis Tätigen, welche die Ausrichtung der Tätigkeit bestimmten. Sehr oft waren es die Vertreter des vorherrschenden kulturellen Systems – Akteure also, die auf Grund ihrer Autorität in einem spezifischen Bereich die Möglichkeit hatten, auf bestimmte gesellschaftliche Bedürfnisse zu reagieren und dabei gleichzeitig die eigenen Interessen zu wahren. Dabei konnte es sich sowohl um Arbeitgeber als auch um potenzielle Nutzniesser der so geformten Pflege Tätigkeiten handeln. Es waren gleichermassen Kirchenvertreter, Mediziner und Beamte der Gesundheitsämter, welche die Bedingungen und die Ausrichtung des Pflegebereichs prägten, indem sie die Leitung von Schulen übernahmen, praxisbezogene Lehrbücher verfassten oder Berufsorganisationen kontrollierten. In der französischsprachigen Schweiz erreichte der Professionalisierungsprozess, den die Pflegeberufe durchliefen und noch durchlaufen, seinen Höhepunkt, als sich die wissenschaftliche Forschung der Pflege Tätigkeiten anzunehmen begann, neue Erkenntnisse verbreitet wurden, als damit das einst vorherrschende Wissen (*savoir dominant*) an Bedeutung verlor und es schliesslich möglich wurde, die neuen Erkenntnisse auf höchstem Niveau innerhalb des Bildungswesens (Fachhochschulen) zu verbreiten.

(Übersetzung: Thomas Ch. Müller)