



Modèles professionnels et identification des élèves infirmiers(es) au début du XX^e siècle en France.

Hervé Carbuccia^{1,2}, Chantal Eymard¹, Christian Roux¹
Université Provence

(¹Département des Sciences de L'éducation ; ²UMR ADEF)
herve.carbuccia@etu.univ-provence.fr

Modèles professionnels et identification des élèves infirmiers(es) au début du XX^e siècle en France.

Résumé

La formation des infirmiers et des infirmières au vingtième siècle est marquée par des modèles professionnels. Modèles qui ont retenti sur leur identité professionnelle et leur professionnalisation. Le double processus de laïcisation et de féminisation du corps infirmier français a exclu les hommes de ce corps pendant une grande partie du siècle. Nous nous intéressons ici, aux deux modèles déterminants pour la première moitié du siècle en suivant une méthode historique. Notre recherche a mis en lien des documents d'archives et le déroulement historique pour éclairer la diffusion sur notre sol, du modèle français et du modèle anglais initiés tous deux en fin de dix neuvième siècle. Le focus est mis sur les hôpitaux publics de Marseille.

Mots clés : modèles, infirmier, infirmière, identité professionnelle, professionnalisation.

Abstract

The formation of the male nurses and the nurses in the twentieth century is marked by professional models. Models which rang on their professional identity and professionalization. The double process of secularization and feminization of the French nursing body excluded the men people of this body during a big part of the century. We are interested here, in both determining models for the first one half of the century by following a historic method. Our research put in link of archival documents and the historic progress to enlighten the distribution on our ground, the French model and the English model introduced at the end of ten ninth century. The focus is put on public hospitals of Marseille.

Key words: models, male nurse, nurse, professional identity, professionalization.

Nous nous interrogeons sur l'impact des deux modèles d'infirmières identifiés en France et en Angleterre à la fin du XIX^{ème} siècle, sur la formation des infirmiers au début du XX^{ème} siècle. Au-delà de la formation, c'est l'élaboration de l'identité professionnelle de ces soignants qui est étudiée à travers l'éclipse des hommes dans cette catégorie ; éclipse observée du début du siècle jusque dans la décennie «soixante dix» du fait de la féminisation initiée à la fin du XIX^{ème} siècle. Du début de notre ère jusqu'à la fin de l'ancien régime, les soins infirmiers ont été prodigués par des hommes autant – et parfois plus – que des femmes au sein des ordres soignants. A partir de la Révolution française, un processus de laïcisation, très tôt sous-tendu par un processus de féminisation, a été imposé par le pouvoir en place pour aboutir en fin de XIX^{ème} siècle, au vote de lois laïcisant le corps infirmier français. La recherche porte sur :

- L'évolution du rapport masculin/féminin, dans l'identification aux modèles tant civils que professionnels au cours du siècle. La question du genre est travaillée dans sa dimension sociale, anthropologique, et ergologique.
- Le processus qui a favorisé l'hybridation, sur notre sol, des deux modèles d'infirmières en question.

Le premier modèle a émergé en Angleterre, au milieu du XIX^{ème} siècle, tandis que le second est une production de l'idéal républicain de la III^{ème} République à la fin de ce même siècle. L'objet de cet article est de rendre intelligible ce qui a concouru à modifier le modèle d'infirmière promu par les acteurs de la jeune III^{ème} République en introduisant le modèle anglais dans le système français : changement repérable dans le processus de professionnalisation des étudiants en soins infirmiers.

1. Modalités d'investigation

Nous présentons une mise en lien de sources issues d'ouvrages historiques ou de biographies faisant autorité, avec des documents d'archives comprenant des extraits de délibérations des « Commissions Administratives des Hospices civils de Marseille »ⁱ que nous ferons parler. En dépit des biais «réducteurs» qu'elle pourrait comporter, cette mise en liens contribuera à l'intelligibilité du processus qui inscrit dans les faits les deux modèles d'infirmières et plus spécifiquement la façon dont leur hybridation s'est opérée grâce à l'action initiée par Florence Nightingale (1820-1910) au Royaume Uni, relayée en France par Anna Hamilton (1864-1935) et Léonie Chaptal (1873-1937) au début du XX^{ème} siècle. La richesse des biographies de ces trois « femmes d'action » permet de repérer ce qui leur est commun : une formation intellectuelle de très haut niveau intimement liée à une pratique du soin infirmier dans ses dimensions les plus concrètes. Les ouvrages d'auteurs tels que Jean Guillermand (1991), Marie Françoise Collière (1982), René Magnon (2001), font autorité en histoire de la profession, ils retracent chacun avec une approche particulière, l'évolution de la formation des infirmières au cours du XX^{ème} siècle, et décrivent en détails le rôle de chacune des protagonistes qui nous intéressent.

Afin de rendre intelligibles les processus étudiés, nous n'avons souligné que les traits les plus saillants des trois biographies, l'incomplétude est donc ici inévitable. Pour locales que soient les archives départementales des Bouches du Rhône, les processus observés n'en sont pas moins généralisables. Les documents étudiés – issus du fond d'archives de l'Assistance Publique de Marseille - semblent indiquer une démarche de portée nationale concernant toutes les structures hospitalières et plus particulièrement les structures publiques, centrales dans cette recherche. Dans une approche diachronique, l'antériorité reviendrait au modèle anglais, or il sera fait une entorse à la chronologie en considérant en premier lieu le modèle français

illustré par des pièces d'archives hospitalières locales plus anciennes que celles évoquant le modèle anglais.

2. Le modèle français: «la subordination»

Avec le médecin député Désiré Magloire Bourneville (1840-1909), une stratégie de féminisation du corps des infirmiers est délibérément conduite, et produit un modèle « d'infirmière française » contrastant, tout en s'en inspirant, avec le modèle anglais promu par Florence Nightingale dès 1860.

2.1. Un acteur déterminé.

Désiré Bourneville est le promoteur du modèle français, son récent combat pour la laïcisation des hôpitaux l'a peut être découragé d'en entreprendre un autre aussitôt. En supposant que sa conception de l'infirmière ait pu différer de ce qu'il proposait concrètement, il semble qu'il ait recherché, en premier lieu, l'approbation de ses pairs en proposant un « profil d'infirmière » à leur convenance. A-t-il réellement pensé l'infirmière pastorienne que certains biographes lui prêtent ? Aucune trace sérieuse ne permet de l'affirmer.

En revanche, sa tentative de construction d'une figure emblématique d'infirmière est attestée. Michel Poisson (1998) montre que Marguerite Bottard, infirmière de l'Assistance Publique de Paris de 1841 à 1901 à la Salpêtrière, a servi de modèle dans la stratégie développée par Bourneville. Le public visé par le projet de formation « bournevillien » est essentiellement constitué par les femmes du peuple de France. L'idéal républicain du promoteur n'aurait pas permis à ce dernier de viser un autre public : « cette préoccupation républicaine l'avait privé, de fait, de cette belle dynamique anglaise qui l'avait pourtant séduit » (Poisson, 1998, p.135). Il se trouve que Bourneville s'est déplacé à Londres en 1877, pour y étudier l'organisation des hôpitaux et appréhender par lui-même le rôle des nurses afin d'étayer une proposition de laïcisation et de féminisation du corps des soignants des hôpitaux publics français. Mais du modèle anglais, il ne retient que ce qui est peu susceptible de contrarier médecins ou dirigeants administratifs. Le profil professionnel attendu au sortir de la formation vise, alors à faire de chaque candidate « une femme soignante et aimante, humble, besogneuse et silencieuse » (op.cit.p.141). La loi du 30/11/1892 instaure le monopole légal des médecins sur la santé de leurs concitoyens en supprimant l'officiât de santé et en reconnaissant les syndicats médicaux. L'administration des hôpitaux, aux mains d'hommes fiers d'être, directeurs, chefs de services administratifs et autres « mâles potentats », n'est pas disposée à partager le pouvoir avec des matrons ou des surintendantes issues du corps des infirmières comme cela se faisait en Angleterre. Cette conception « française » n'est pas sans évoquer le constat de Nicole Mosconi (1994), au sujet des filles en classe : « Elles comprennent qu'il est préférable de faire preuve de patience, de se taire, de travailler seules » (p.252). Or ce constat se fonde sur des études de grande ampleur couvrant le dernier quart du XX^{ème} siècle. S'agirait-il d'un héritage ?

En tout début de XX^{ème} siècle, le « modèle républicain » proposé aux françaises désireuses d'être infirmières, consiste donc à devenir une subalterne strictement subordonnée aux médecins et chirurgiens, silencieuse et laborieuse, formée suffisamment pour ne pas nuire aux patients et respecter les prescriptions médicales, mais insuffisamment formée pour donner un avis sur les thérapeutiques pas plus que sur l'organisation et la gestion des hôpitaux. Un autre lien de

subordination puissant est là mis en évidence: la soumission à l'Administration. En outre, il apparaît que le modèle infirmier à promouvoir détermine le curriculum des futures professionnelles. En conséquence, le public espéré dans les écoles est globalement défini par le niveau d'études attendu lors du recrutement. Ce niveau est sensiblement indiqué par le diplôme exigé des candidates à la formation, même si ce critère n'est pas systématiquement garant de la capacité à poursuivre les études.

2.2. La stratégie «bournevillienne»

La promotion d'un tel modèle n'est pas chose facile pour Bourneville et il est aisé de discerner la manœuvre de séduction à l'égard des françaises issues du peuple lorsque Marguerite Bottard est poussée « sur le devant de la scène » et promue Doyenne des infirmières laïques du monde entier, elle qui n'a probablement pas fréquenté l'école de Bourneville ! « Elle n'était pas adulée pour ses compétences ou son savoir faire, mais pour son dévouement et son silence, autant de qualités caractéristiques, au moins dans les imaginaires, de ces religieuses qu'on entendait remplacer » (Poisson, 1998, p.141). Trois dates illustrent la tentative de construction d'une figure emblématique censée attirer des citoyennes françaises vers le métier:

- 1889 : Mme Bottard reçoit les Palmes académiques,
- 12 janvier 1891 : une fête grandiose est donnée à la Salpêtrière pour ses 50 années d'exercice,
- 31 décembre 1897 : le ministre Barthou lui décerne la Croix de la légion d'Honneur.

D'aucuns considèrent que Marguerite Bottard n'est pas totalement obscure puisqu'elle est immortalisée sur un tableau qui « trône » à l'Académie de médecine :

« Une leçon clinique à la Salpêtrière » (André Brouillet, 1887). Sur cette immense toile visible aujourd'hui au musée de l'Académie de médecine à Paris, Jean Martin Charcot, père de la neurologie, est montré en train de donner à ses disciples, sa « leçon-consultation ». Ce jour-là, c'est une jeune femme en état critique, qui sert de matière à la leçon. L'œuvre est toute dédiée aux médecins, largement représentés, avec en son centre Mr Charcot. Une observation attentive du tableau permet de reconnaître deux femmes à gauche de la malade: des infirmières, il s'agit de Mlles Bottard et Ecary. Marguerite Bottard est toute absorbée par l'attention qu'elle porte à la patiente, prête à la soutenir comme le laissent penser ses avant bras tendus vers cette dernière, le tout semble-t-il, dans un silence « religieux » pour ne pas déranger le maître. La situation excentrée des deux infirmières, à l'extrémité du tableau, (Mlle Ecary n'est que partiellement représentée car le cadre limite la toile à gauche) est éloquente et vient renforcer le modèle de subordination décrit plus haut.

En illustration de l'influence d'un tel modèle infirmier sur le dispositif de formation, considérons la notice sur les hôpitaux et hospices civils de Marseille, éditée en 1889, à l'occasion de l'exposition universelleⁱⁱ.

Cette notice présente un dispositif reflétant la conception du professionnel infirmier. Sur les six paragraphes constituant cette notice, seul le 5^e (intitulé Cours professionnels des infirmiers) sera exposé car il présente la formation mise en place :

« Pour fournir des auxiliaires au corps médical, en état de le seconder, des cours sont institués pour les infirmiers et les infirmières auxquels sont adjointes les sœurs hospitalières ».

Le nombre d'heures de cours n'est pas défini et le « programme » se présente sous

forme de deux grandes sections :

1°) Cours de M.M les Docteurs en médecine :

I. Administration des médicaments.

II. Pansements (dont injections sous cutanées et vaccinations)

III. Notions d'hygiène : propreté des locaux, bains, alimentation, etc.

2°) Cours de l'Agent Général Directeur :

Législation, devoirs des infirmiers et infirmières, écritures « sommaires » qu'ils doivent tenir : billets d'entrée, de lit, de décès.

Ce dispositif est axé sur des contenus dictés par des logiques médicales et administratives. Les soignants (en contact plus durable avec le public) doivent assumer des tâches qui leur sont prescrites par les médecins et les administratifs. La formation est fondée sur un apprentissage par immersion (au sein des services hospitaliers) visant l'accomplissement de tâches et le profil professionnel requis est celui de l'exécutante. L'élève se forme par imitation de ce qui est pratiqué dans les salles de malades. Les connaissances dispensées lors de cours situés en fin de journée (donc au terme d'une journée de travail dans les salles de malades) constituent le minimum nécessaire pour ne pas nuire au bénéficiaire de soins. Ces connaissances sont délivrées sous forme de conférences dont aucun des enseignants ne vérifie d'une semaine sur l'autre, qu'elles aient été comprises par leurs destinataires... seul le diplôme final évalue l'appropriation des connaissances! Nous verrons plus bas que l'absence de régulation avant la certification n'a pas contribué à des acquisitions bien solides. Dans un tel contexte, l'infirmière attendue se devait d'être docile, silencieuse, et scrupuleuse dans l'application des prescriptions médicales.

L'extrait suivant des Délibérations de la Commission Administrative, de janvier 1920, « Objet : Réorganisation des cours de l'Ecole d'infirmièresⁱⁱⁱ » montre un changement dans le programme de formation :

M. le Président rappelle qu'en 1904, la Commission Administrative a institué une Ecole professionnelle d'Infirmières destinée à assurer le recrutement de son Personnel

La durée des études est d'un an. Leur programme se divise en cinq cours techniques :

1°- Administration et Morale professionnelle,

2°- Médecine, Anatomie, Hygiène,

3°- Chirurgie,

4°- Pharmacie,

5°- Soins obstétricaux, Puériculture.

On avait pensé attirer à ces cours des jeunes filles suffisamment instruites pour suivre avec fruit et profit les leçons techniques des Professeurs, et devenir par la suite des infirmières non seulement capables d'exécuter la partie matérielle de la profession mais d'être aussi, au point de vue intellectuel et moral, pour l'Administration et les Docteurs des auxiliaires d'un niveau très élevé. On y a réussi en grande partie et le personnel des Infirmières formées jusqu'à ce jour constitue, on peut le dire, un personnel d'élite. C'est aux Professeurs de l'école que ces résultats sont dus et, notamment au Secrétaire Général des Hospices, Mr BATAILLARD, qui ne cesse de vouloir perfectionner cette institution.

Ce bel optimisme au sujet du « personnel d'élite » formé, est nettement tempéré au cours de la même séance, par le constat des résultats très insuffisants des candidates aux examens d'entrée à l'Ecole. Plus particulièrement, les candidates issues du « cadre des servantes » présentent un niveau d'instruction générale si insuffisant que le suivi de la formation technique ne leur est d'aucun profit. Pourtant le règlement intérieur des hospices civils de Marseille prévoyait déjà en 1905 de ne recruter les postulants infirmiers et infirmières^{iv} que s'ils présentaient un niveau d'instruction au moins égal au certificat d'études primaires...

2.3. Le perfectionnement de l'école mis en œuvre

En conséquence, il est proposé d'instaurer une année d'enseignement préparatoire permettant un accès plus aisé à l'année d'enseignement technique. Il est à noter que l'année préparatoire ambitionne de donner aux postulantes un « niveau voisin du Brevet élémentaire et du certificat d'études scolaires supérieures [...] en Langue Française, Arithmétique, Sciences physiques et naturelles, Leçons de choses, Morale professionnelle, Règles élémentaires de l'Administration hospitalière^v ». Les délibérations de ce jour là, approuvées par « M. le Préfet » semblaient devoir résoudre les difficultés que présentait la formation des infirmières (depuis seize ans au moins...) dans les hôpitaux de Marseille. L'emploi exclusif du féminin, il n'est ici question que de postulantes et d'infirmières, indique une tacite mais décisive catégorisation à partir du genre. L'identité sexuelle détermine les fonctions :

- les hommes exercent la médecine,
- les femmes prennent soin des patients traités par les médecins.

En 1923, lors de la séance du 19 novembre, les délibérations^{vi} portant sur les modifications à apporter au fonctionnement de « l'Ecole d'Infirmières des Hôpitaux de Marseille » font suite à la publication du décret du 10 Octobre 1923. Par ce décret, le Gouvernement reconnaissait l'Ecole des Hôpitaux de Marseille, à condition qu'une année supplémentaire soit créée afin de délivrer des « cours techniques comportant l'étude des spécialités (Ophtalmologie, Oto-rhinolaryngologie, Urologie, etc.) ». La durée de la formation était ainsi portée à deux ans comme dans le système Nightingale.

Mais en 1925^{vii}, les difficultés semblaient persister de façon récurrente comme en témoigne les délibérations du 20 juillet :

Actuellement voici ce qui se passe. Chaque soir à 6h.1/2, un Professeur de l'Ecole vient faire un cours théorique. Ce cours dure environ une heure. Après quoi, le Professeur s'en va, et jusqu'à la semaine suivante il ne revoit plus ses Elèves. Il fait alors une leçon nouvelle et il ne peut pas se préoccuper de savoir si les Elèves ont assimilé et compris la leçon précédente. [...] Après la leçon de leur Professeur, les Elèves sont livrées à elle mêmes et il est évident que leur cerveau n'est pas apte à tout comprendre et à tout assimiler si on ne l'aide pas. On s'en aperçoit aux examens de fin d'année.

Par le truchement de M. Roubaud, président de séance, c'est Léonie Chaptal qui s'exprime à travers une lettre qu'elle a adressée le 2 juillet courant. Lettre qui faisait suite à son inspection de l'Ecole d'Infirmières des Hôpitaux de Marseille quelques semaines auparavant. Inspection menée en tant que vice présidente du Conseil Supérieur de Perfectionnement des Ecole d'Infirmières, donc investie de l'autorité conférée par le ministère qui l'avait chargée de cette mission sur tout le territoire. Et force est de constater l'insuffisance du dispositif de formation. L'application des instructions formulées par Emile Combes^{viii} dans sa circulaire plus de vingt ans auparavant n'avaient pas paru urgente à appliquer dans l'école d'infirmières des hôpitaux de Marseille. Là encore, le vocable infirmières ne peut pas être employé en contrevenant aux règles de la grammaire française. L'emploi du féminin indique une réalité totalement féminine dans le corps professionnel en cours de construction.

3. Le modèle anglais : «le partenariat»

3.1. Origines du modèle

La figure emblématique et la créatrice de ce modèle est Florence Nightingale (1820-1910). Cette femme élevée dans une famille protestante de la grande bourgeoisie anglaise, est aussi célèbre dans les pays anglo-saxons que Louis Pasteur en France. Née dans une époque favorisant des courants de pensées étonnamment modernes en dépit du poids des codes de la société victorienne, elle reçoit une instruction aussi complète qu'un jeune aristocrate anglais de son époque et se révèle brillante intellectuellement dans toutes les disciplines. Entre autres, ses compétences en statistiques lui valent d'être présentée à Francis Galton en 1890. Selon Alex Atwell^{ix}, la nurse et le mathématicien projetèrent de créer une chaire de statistiques à Oxford. La même source souligne l'intérêt de Florence Nightingale pour l'éducation des enfants et sa vision très novatrice en matière d'éducatrices comparées. Contrairement à sa sœur Parthénope, (la famille n'a compté que deux filles), Florence a manifesté peu d'attrance pour le destin mondain d'une jeune fille de l'époque victorienne. Au terme d'un long conflit avec ses parents -une jeune fille de son rang social ne pouvait pas travailler et devait se marier- elle reste célibataire et devient nurse. Elle s'illustre à Scutari durant la guerre de Crimée, où les conditions sanitaires déplorable des services de santé de l'armée anglaise ont été responsables d'autant de morts que les batailles. Déployant une énergie considérable, Florence Nightingale aidée de quelques autres nurses, transforme le système de soins au point de ramener à un taux « plancher » les décès de soldats blessés au cours des affrontements. Au delà de la légende qui très tôt a pris naissance autour de son personnage, elle se montre déterminée et pugnace au point d'entrer en conflit avec une partie du corps médical de son pays pour faire valoir ses conceptions et parfois dans le champ d'exercice propre aux médecins! Jouissant d'un grand crédit auprès du gouvernement victorien, elle n'a pas craint d'intervenir jusque dans la formation des médecins et des chirurgiens militaires^x. Les conventions sociales victorienne sont bousculées par cette intrépide nurse lorsque l'urgence de la situation le nécessite ; franchir les limites du pouvoir masculin n'était pas impensable pour Miss Nightingale, cela se retrouve dans sa conception de la soignante.

3.2. La formation des nurses

En entreprenant de réformer la formation des soignantes anglaises, Florence Nightingale visait à recruter les candidates au statut de nurse parmi les jeunes filles instruites du pays. Cette option concernait globalement la classe de la bourgeoisie, voire de l'aristocratie. Fondamentalement, la question de l'identité sexuelle ne se posait même pas, il semblait relever de l'évidence que la fonction soit dévolue aux femmes. L'Angleterre victorienne évoluait dans une société fortement normée quand au partage des fonctions masculines et féminines.

Le profil professionnel attendu ambitionne de faire de chaque candidate une femme soignante, cultivée (pour appréhender les divers paramètres du vaste champ de la santé) et solidement formée à sa fonction, douce mais affirmée et dynamique. Le nursing (traduit à l'époque par « infirmat » c'est à dire l'exercice infirmier) est une branche de « l'art médical » au même titre que la chirurgie et la médecine. La formation à l'organisation scientifique des services hospitaliers est dispensée dans le cursus de nursing et permet aux nurses d'exercer des fonctions autonomes (matrons ou surintendantes) dans la hiérarchie hospitalière anglaise. La nurse

travaille en collaboration avec le médecin ou le chirurgien, l'activité centrée sur le malade ne comporte aucun lien de subordination. Enfin, les fonctions des nurses dans les plus hauts grades nécessitent des connaissances relatives à la santé, l'économie, entre autres disciplines, aussi solides que celles dispensées aux médecins et chirurgiens. Seul le partage sexuel entre l'exercice de la médecine et de la chirurgie, réservé aux hommes et l'exercice du nursing dévolu aux femmes par F.Nightingale elle-même, est interprétable comme une représentation sexiste des rôles dont on pourrait faire le reproche à cette dernière. Cette remarque doit prendre en compte la réalité sociale de cette époque pour éviter l'anachronisme. La professionnelle devant contribuer à la réponse aux besoins de santé d'une population, agit sur l'environnement du bénéficiaire de soins autant que sur le patient. Dans ce cadre, elle collabore avec le corps médical et interfère avec les instances administratives où elle peut occuper selon les organisations une place de gestionnaire. La formation est fondée sur une acquisition de contenus pluridisciplinaires destinés à donner des outils autant qu'une culture à une future professionnelle capable d'initiatives pertinentes dans des situations qu'elle devra analyser. Pour cela, l'école est couplée avec un hôpital et la formation se déroule entre ces deux pôles complémentaires. Le rôle lié à l'exécution des prescriptions médicales définit la zone où les domaines d'activité interfèrent dans la collaboration avec les médecins. Un rôle propre de la « nurse » est défini dès la publication de « Notes on nursing » et « notes on hospitals » par Florence Nightingale en 1860. Si celle-ci avait pu décider complètement du processus de formation, les professionnelles n'auraient pas été certifiées par un diplôme de fin de formation^{xi} mais elles auraient exercé dans un processus de certification « tout au long de la carrière » en se positionnant au même niveau que les médecins et les administratifs dans un large rôle en santé publique.

3.3. L'école d'infirmières des Hôpitaux de Marseille sous influence anglaise

Les archives départementales des Bouches du Rhône, offrent une référence à F.Nightingale, à travers les injonctions faites par Léonie Chaptal en 1925, à la suite de son inspection^{xii} de l'Ecole d'Infirmières des Hôpitaux de Marseille :

Par sa lettre ci-jointe, la Présidente du Conseil de Perfectionnement propose à l'attention de la Commission Administrative, pour ce poste de Professeur Adjoint, Mlle FREGIER, lauréate N°1 du Diplôme d'Etat devant la Faculté de Médecine de Paris, ayant effectué un an de stage de préparation à ces fonctions professorales à l'Ecole Florence NIGHTINGALE, de Londres, et divers stages du même genre à l'Assistance Publique de Paris, et à divers centres antivénériens, antituberculeux, etc.

M. le Vice-président nous propose cette nomination qui est urgente, le Cours de Probation devant commencer le 1^{er} Septembre prochain.

De fait, il s'agissait de remédier aux résultats peu satisfaisants obtenus aux examens sanctionnant la formation de « l'Ecole ». L'inspection avait mis en évidence l'absence d'une salle de démonstration :

Il est inadmissible que les Elèves Infirmières qui commencent leur instruction soient, dès le premier jour envoyées dans les Salles de Malades. Avant de s'exercer sur les malades, elles devraient pendant une durée d'un mois, qu'on appelle stage de probation, avoir appris dans un local spécial, sur des mannequins et avec tous appareils nécessaires, à pratiquer une série d'exercices élémentaires^{xiii}.

En outre, l'inspectrice après avoir démontré l'utilité du Professeur Adjoint qu'elle « proposait », décrit précisément les attributions de cette personne:

- reprendre chaque leçon le lendemain (fonction de répétitrice) en expliquant et

- commentant afin de s'assurer de la compréhension de celle-ci,
- prendre en charge le « cours de probation » et le « cours d'Hygiène alimentaire et de Cuisine des Malades »,
 - « Suppléance éventuelle des autres Cours »,
 - suivre quotidiennement l'enseignement et le stage pratique des élèves,
 - enseigner les exercices pratiques,
 - corriger tous les cahiers de cours sans exception,
 - interroger et noter mensuellement les élèves « tant au point de vue de l'enseignement théorique que du stage pratique »,
 - « diriger la conduite professionnelle et morale quotidienne des Elèves ».

On le voit, la charge est conséquente. La Commission Administrative dans son délibéré^{xiv} (approuvé par le préfet le 27 juillet 1925) l'alourdit encore en y ajoutant une suppléance du Directeur dans la gestion administrative de l'Ecole ainsi que la gestion complète de la bibliothèque de l'Ecole!

« Mlle Valentine FREGIER » a pris ses fonctions de « Professeur-Adjoint à l'Ecole d'Infirmières », le 1^{er} septembre 1925. Le délibéré^{xv} de janvier 1927 (approuvé le 18 février courant par le préfet) prend acte de la nomination de Mme Valentine Frégier au titre de « Directrice des études », cette mesure s'accompagne d'un changement de rémunération : Elle aura le traitement attribué à un chef de Bureau par les règlements en vigueur et pourra participer aux charges et avantages de la Caisse des Retraites. Pour la titulaire actuelle la présente délibération aura effet du 1er Janvier 1927 quant au traitement de Chef de Bureau, et du jour de la prise de ses fonctions, c'est à dire du 1er Septembre 1925 quant à l'ancienneté de service.

Il n'est plus question dès lors, d'un apprentissage par immersion, les élèves recevront un enseignement comportant de la « monstration » en salle de pratique, des temps de régulations quant aux cours suivis, des contrôles de connaissances sommatifs mensuels, un contrôle systématique des contenus de cours qu'elles ont transcrits dans leurs cahiers et un suivi en stage aussi régulier que celui de l'enseignement théorique. Pour béhavioriste que soit cet apprentissage, il n'en est pas moins structuré et plus approprié à une professionnalisation effective que l'organisation aléatoire mise en place jusque-là.

4. L'hybridation des deux modèles

4.1. Les vellétés d'Emile Combe

Le modèle français ne saurait être considéré comme une création indépendante du modèle anglais car plusieurs personnalités françaises se sont rendues à Londres en fin de XIX^{ème} et début de XX^{ème} siècle pour se documenter sur le système hospitalier anglais avant de décider de dispositifs de formation destinés aux soignants français. Mais la III^{ème} république dans la force de sa « jeunesse » dicte l'idéal auquel se soumet Bourneville. Dès 1903, Emile Combe tente de nuancer le projet bournevillien, il conçoit l'infirmière comme :

Absolument différente de la servante employée aux gros ouvrages de cuisine, de nettoyage, etc. Elle est réservée aux soins directs des malades ; c'est la collaboratrice disciplinée, mais intelligente, du médecin et du chirurgien ; en dehors de sa dignité personnelle qu'il est essentiel de sauvegarder, elle doit éprouver une légitime fierté d'un état que relèvent à la fois son caractère philanthropique et son caractère scientifique^{xvi}.

Mais ce n'est pas une circulaire, aussi impérieuse soit-elle, qui peut modifier les jeux de pouvoir tels que Michel Poisson^{xvii} les a mis en évidence. La « collaboration » entre infirmières et médecins devra attendre encore des années

avant d'être envisagée sur notre sol. La posture de subordonnées des médecins, subsistera dans le système hospitalier public français comme un stigmate du « projet bournevillien » sur les infirmières.

4.2. L'initiatrice du changement

Léonie Chaptal est la première personne qui a décisivement « hybridé » le modèle français et le modèle anglais. L'analogie entre ce personnage et celui de F. Nightingale est perceptible au regard de l'envergure nationale de chacune dans leur pays et de leurs caractéristiques sociologiques.

En effet, Melle Chaptal est, elle aussi, née dans une famille de la haute société (son père, le Comte Chaptal appartient à une dynastie française où l'on retrouve un ministre de Napoléon Bonaparte), elle a vécu la « jeunesse dorée » des jeunes filles de cette classe sociale. Cependant, tout était relativisé dans sa famille par un catholicisme tourné vers le service des plus défavorisés. Si une santé fragile ne lui permet pas de suivre des études régulières, elle n'en a pas moins développé une solide formation intellectuelle dans le cercle privilégié où elle a évolué. Liée toute sa vie à la famille Taine, selon René Magnon (1991) :

Elle côtoya l'auteur des Origines de la France contemporaine, sa fille et son gendre Paul Dubois, [...] En compagnie de cette société où régnait le culte du savoir et la plus haute probité morale, elle forgea ses convictions, [...] son désir de rapprocher les extrêmes, notamment en ce qui concerne l'assistance privée et l'assistance publique (p.28-29).

Encore adolescente au cours du séjour annuel de la famille à Fontainebleau, elle s'implique pendant quatre mois dans l'aide aux personnes âgées et « dirige également un patronage d'enfants et visite les familles du quartier le plus misérable de la ville » (op.cit.p.24-25). Armée de connaissances aussi solides que sa consœur anglaise, elle est loin de considérer ce « rôle d'assistance » comme un passe-temps de jeune femme de famille fortunée. À son tour, elle en fait un combat contre les fléaux qui frappent les couches les plus défavorisées de notre société du début du XX^e siècle. Ce combat se poursuit de longues années en intégrant une activité importante dans le champ des soins infirmiers comme le souligne l'auteur (op.cit.p.42-45). Léonie Chaptal démontre que la formation des infirmières dans les écoles municipales du docteur Bourneville, ouvertes depuis 1878, n'est ni suffisante, ni adaptée.

Quoique déjà titulaire en 1899, du diplôme de dame infirmière surveillante 1^{er} degré de la société de secours aux blessés militaires (et du brevet d'institutrice français-anglais), elle suit de 1901 à 1903 les cours donnés le soir à la Pitié et à la Salpêtrière en « élève libre » et obtient le diplôme d'infirmière hospitalière des hôpitaux parisiens en juillet 1903. Son article intitulé « Journal d'une élève » paru le 15 janvier 1904, dans la Revue des deux mondes dénonce avec vigueur les conditions de formation mais aussi de vie et de travail des infirmières dans les hôpitaux parisiens. Tout comme son homologue anglaise F. Nightingale, sa position et ses relations dans la haute société, lui permettent de critiquer et de proposer des mesures pour remédier aux situations qu'elle dénonce. Elle aussi restera célibataire. Elle aussi s'intéressera à l'éducation et la formation... en cela, toutes deux étaient proches des pédagogues de leur époque, les « précurseurs » des sciences de l'éducation!

En 1905, elle est secrétaire de l'association qui crée rue Vercingétorix à Paris, « la Maison-école d'infirmières privées qui porte aujourd'hui son nom. [...] A la mort de son amie Mme Taine, qui elle aussi avait compris qu'il fallait relever en France le niveau moral, technique et social des infirmières, Léonie Chaptal prend la direction de l'école » (op.cit.p.55). Direction à laquelle elle est restée de 1907 à

1928. En juin 1904 elle avait effectué un séjour à Londres pour étudier le système hospitalier anglais et particulièrement la formation des nurses. La volonté de cette femme est un moteur qui lui permet d'aller au-delà d'épreuves de santé parfois très lourdes^{xviii}. Le 27 mars 1911 un hôpital privé - L'Hôpital Chaptal - est inauguré sous son impulsion et grâce au soutien (financier entre autres) de ses nombreux amis dans la haute société. Ainsi le système Nightingale était applicable intégralement dans le dispositif de formation de la Maison-école, car il pouvait s'accomplir entre les deux pôles complémentaires que sont les soins à des patients réels accompagnés d'un apprentissage en pratique et en théorie à l'école.

4.3. Léonie Chaptal accède à un «poste clé»

Devenue membre du Conseil supérieur de l'Assistance publique en 1913, Léonie Chaptal y trouve les personnes les plus aptes à l'aider dans son œuvre de promotion de la santé. Conseillée par le doyen de la faculté de droit (M. Berthélémy), et jouissant de la confiance du sénateur Strauss, ministre de la Santé publique, elle présente un rapport sur la « nécessité de réglementer l'exercice de la profession d'infirmière en France » lors de la session de janvier 1921. Ce rapport prévoit l'institution d'un Conseil de perfectionnement des écoles d'infirmières, la reconnaissance administrative des écoles existantes, ainsi que l'institution d'un brevet de capacité professionnelle conférant le droit de porter le titre d'infirmière diplômée de l'Etat français après deux années d'études dans une école reconnue.

En 1933, l'importance de son œuvre est reconnue ; au cours de cette année-là (la dernière de son mandat) Léonie Chaptal préside le congrès international des infirmières de Paris et de Bruxelles. Le 15 juillet elle est faite chevalier de l'Ordre de Léopold de Belgique, puis, le 28 juillet, officier de la légion l'honneur en France.

Le 12 mai 1935, c'est au tour de la Fondation Florence Nightingale de l'honorer en lui remettant la médaille Florence Nightingale. Puis, pour son inlassable action en faveur du rapprochement entre l'assistance publique et l'assistance privée, elle reçoit la médaille d'or des hôpitaux de Paris.

Enfin, son œuvre écrite est couronnée par plusieurs prix littéraires :

- le prix Audéoud en 1906, en 1915 et 1916,
- les prix Monthyon et Rigaud décernés par l'Académie française,
- le prix Audiffred pour son livre de morale professionnelle de l'infirmière en 1927,
- et le prix Marie-Laurent en 1933 décerné par l'Académie des sciences morales et politiques.

Il n'est plus ici question de basse stratégie politique visant à séduire les femmes françaises désireuses de s'engager dans une carrière de soignante. Ces distinctions peuvent être légitimement interprétées comme des marques de la reconnaissance d'une action aussi ample qu'efficace, doublée de surcroît par des compétences intellectuelles peu ordinaires.

4.4. Une histoire de la profession

Outre le rôle central que Melle Chaptal a joué dans la structuration de la profession d'infirmière en France, elle en a aussi rédigé grâce à ses qualités de plume, ce qui doit être considéré comme un historique^{xix} d'une grande pertinence, comme Magnon (1991) permet de le vérifier, elle éclaire elle-même ce processus d'hybridation :

A Lyon, d'abord, en 1899, comme il vient d'être dit, à Lille, la même année, à

Besançon et à Nancy en 1900, à Saint-Étienne, à Toulouse, Caen, Nantes, Reims, Avignon, Auxerre, Clermont-Ferrand, Marseille, Amiens, Le Mans, Lorient, Béziers, Nîmes, de 1900 à 1905, les commissions administratives créèrent un enseignement professionnel assez satisfaisant pour l'époque. A Paris, où les cours du soir institués dans les quatre hôpitaux principaux, par le docteur Bourneville, donnaient des résultats fort insuffisants, une « école-internat » de deux années d'études fut fondée en 1906 à la Salpêtrière, sur l'initiative du directeur de l'administration générale de l'Assistance publique, alors M. Gustave Mesureur. Un certain nombre d'écoles privées s'étaient organisées, notamment à Paris et à Bordeaux, avec ou sans le concours de l'administration. [...] Là est le centre du mouvement, la véritable impulsion donnée à l'instruction professionnelle par des femmes ayant à cœur le perfectionnement de l'infirmière française. La première en date parmi ces écoles fut celle fondée à Bordeaux par Mlle Anna Hamilton, docteur en médecine, sous le nom d'« École Florence Nightingale ». Le système adopté en Angleterre, sous le nom de Florence Nightingale, avait été institué par elle en réaction contre un état de choses assez déplorable. Il posait en règle intangible que l'école d'infirmières doit faire partie d'un hôpital et que la directrice de l'un doit l'être également de l'autre. Ceci afin de combattre efficacement les abus flagrants à l'époque, alors que l'on acceptait en Angleterre, pour soigner les malades dans les salles d'hôpital, des femmes venant de l'extérieur, parfois même ramassées dans la rue et que rien ne préparait à cette fonction. L'école de Bordeaux appliqua tout entier le système. Une maison de santé de 50 lits parut suffisante pour effectuer l'apprentissage d'une trentaine d'élèves, et la formation donnée dans l'établissement fut excellente dès le début. De l'École Florence Nightingale sortirent des infirmières qui devinrent directrices dans plusieurs écoles hospitalières, notamment à Nîmes, à Béziers, à Alger (p.149-150).

Selon Magnon :

Au début du XX^e siècle ; des courants divers s'affrontent pour la formation des infirmières entre républicains et cléricaux. Il n'existe à l'époque que quelques écoles, notamment celles des infirmières de l'Assistance publique de Paris, dirigées par le docteur Bourneville, l'école des gardes-malades de la maison de santé protestante Bagatelle à Bordeaux, où mademoiselle le docteur Anna Hamilton, émule des thèses de Florence Nightingale sur le soignage moderne, commence à régner, l'école des sœurs de la Charité aux hospices civils de Lyon qui sera la promotrice de l'enseignement alterné de stages et de cours depuis 1899, et l'école de la rue Amyot à Paris, dirigée par Mme Alphen Salvador (op.cit.p.42).

4.5. La première application du système Nightingale en France

Une autre figure dont le rôle fut considérable dans la diffusion du modèle anglais en France : Anna Emilie Hamilton^{xx}. Née dans une famille protestante en 1864, par sa mère (Zulma Pilatte), elle appartient à une famille française, son oncle Léon Pilatte est pasteur (et fondateur du journal *L'Eglise libre*) ; son père, Frédéric Hamilton, est un aristocrate anglais apparenté à la famille royale. C'est à 23 ans qu'elle entame ses études de médecine, en novembre 1890. Elle sera la première étudiante de la Faculté de médecine de Marseille, ville où son cousin le Dr Pilatte exerce comme médecin. En 1891, elle est reçue première au concours de fin d'année. Mais elle doit interrompre ses études, son père ne pouvant plus payer sa pension. Elle les reprend à Montpellier et décide de faire une thèse sur le personnel soignant des hôpitaux. En 1899, elle peut la commencer. Elle la soutient en juin 1900. Sa thèse est publiée sous le titre : « Considérations sur les infirmières des

hôpitaux ».

Pour démontrer la validité de ses idées, Anna Hamilton décide de prendre un poste qui lui permette de les appliquer : la direction de la Maison de Santé protestante de Bordeaux. Elle la dirige de 1901 à 1934, et tente d'y introduire en matière de soins le modèle du « nursing ». Appliqué par des infirmières bien formées, qualifiées, très professionnelles, ce modèle contraste avec celui des filles de salle qui s'inscrit plutôt dans l'héritage laïcisé des religieuses, dévouées, mais peu éclairées, selon le choix hospitalier du Docteur Bourneville. Par la création en décembre 1903 d'une deuxième école de gardes-malades à Bordeaux, située à l'Hôpital Saint-André puis transférée en 1904 à l'Hôpital du Tondu, le modèle anglais pénètre directement le système de formation publique des infirmières en France.

L'ouverture de cette école municipale des Hospices civils de Bordeaux est rendue possible grâce au soutien du Docteur Lande, Maire de l'époque, convaincu de la valeur du Système Nightingale mis-en œuvre à la Maison de Santé Protestante. Sur les conseils d'Anna Hamilton, la direction en est confiée à Miss Elton formée sur le modèle anglais.

En novembre 1922, Anna Hamilton fait partie du Conseil de perfectionnement des Ecoles d'Infirmières qui va légiférer sur l'organisation et la reconnaissance des écoles. Elle est aussi vice-présidente du Conseil International des Infirmières. La collaboration entre Léonie Chaptal et Anna Hamilton dans la même instance, permet de renforcer encore les apports du système Nightingale au système de formation français.

Le fait qu'en 1927 Anna Hamilton reçoive une médaille d'or de l'Assistance Publique souligne l'importance de son action en faveur de la professionnalisation des infirmières françaises sans parti pris pour le secteur privé au vu de sa participation à des travaux servant tout autant les hôpitaux publics.

Le décret du 27 juin 1922 (signé par Mr Millerand), en instaurant des brevets de capacité permettant de porter le titre d'infirmière diplômée de l'Etat Français, modifie considérablement le projet des médecins de la fin du XIX^{ème} siècle sur les infirmières. Il est très probable que l'apport de Melle Hamilton a renforcé la direction prise par Léonie Chaptal déjà largement inspirée par le système anglais qu'elle avait travaillé pour se l'approprier. En 1923, après deux ans d'études, les élèves obtiennent le « Diplôme des Gardes-malades Hospitalières de l'Ecole Florence Nightingale », ce qui les autorise à se présenter au Diplôme d'Etat. Pour être homologué, ce diplôme doit faire l'objet d'un dossier présenté par l'école au Ministère de l'Hygiène. De fait une forme d'équivalence est reconnue et entérine encore la pénétration du modèle anglais dans le système de soins français. Le décret de reconnaissance de l'Ecole d'Infirmières des Hôpitaux de Marseille^{xxi}, fait écho à ces mesures subordonnant le diplôme officiel au suivi de deux années de formation dont la seconde doit être consacrée à l'enseignement de « spécialités ». Nous tenons là une trace supplémentaire de l'apport du modèle anglais au système français.

4.6. Diffusion du modèle anglais et autonomisation de la profession

Les documents d'archives examinés au fil de cet article, permettent de mesurer les avancées considérables de l'appareil de formation des infirmières des hôpitaux de Marseille. Avancées qui n'auraient pas vu le jour sans l'action décisive de Léonie Chaptal. A l'instar de Marseille, le travail d'inspection qu'elle a mené dans plusieurs villes de province, permet de considérer que la diffusion du nouveau modèle de formation a touché une très large partie du territoire français dans la décennie qui s'est étendue jusqu'au milieu des « années 30 » et ce d'autant plus que

le curriculum déroulé sur deux ans s'inspire de celui de la Maison de Santé Protestante de Bordeaux promu par Melle Hamilton. Le fait que des postes de directrices d'écoles d'infirmières aient été attribués à des infirmières formées dans « l'esprit Nightingale » a engagé le processus d'autonomisation de la profession. Le délibéré de la commission administrative des hôpitaux de Marseille en janvier 1927^{xxii}, est à considérer comme une des traces attestant de cette évolution. Un appareil de formation géré par des professionnels issus du corps considéré est un critère d'autonomisation d'une profession et demeure une condition sine qua non dans l'élaboration d'une identité professionnelle caractérisant les professionnels du corps considéré.

4.7. Double rupture

Il est pertinent à ce stade de la recherche, d'affirmer le « modèle bournevillien » a été invalidé à partir de 1922. Son inadéquation aux besoins de santé de la population, en hôpital comme à domicile, est le principal facteur de son obsolescence. Les artifices déployés pour sa promotion n'ont pas résisté au pragmatisme des situations sanitaires et sociales françaises, aggravées par le premier conflit mondial. Une rupture dans le processus de professionnalisation des infirmières est donc observable dès 1922, entre le projet républicain français tel qu'il avait été conçu à la fin du XIX^{ème} siècle et les changements de cap opérés par des personnes que guidait l'analyse de la situation sanitaire de la nation. Une autre rupture est observable à partir de cette date, celle qui interrompt le « phylum » des hommes soignants dans le domaine des soins généraux. Présents dans les hôpitaux depuis l'antique et rayonnante Byzance, les soignants congréganistes masculins ou laïques, disparaissent des hôpitaux généraux (l'histoire des hôpitaux militaires et psychiatriques est autre).

La féminisation massive et délibérée par volonté politique, rend effective l'éviction des hommes du milieu des soins infirmiers généraux. Cette éviction réclamée à l'Assemblée dès l'avènement de la I^e République est avérée au début des « années 20 ». Avec l'aide d'auteurs contemporains, nous pouvons éclairer ce qui a contribué à la désertion des hommes de la « scène » du soin infirmier.

4.8. L'éclipse des infirmiers

Tap (1988) montre qu'un garçon est plus enclin à imiter son père qu'il a avec lui plus d'interactions et d'autre part « qu'il le considère comme une source puissante de récompenses et de punitions » (p.119/120). En début de XX^{ème} siècle, dans notre société française le modèle patriarcal est dominant, nul doute que la majorité des enfants garçons construisent leur identité sexuelle en référence à un père considéré comme puissant et une mère (et par extension toutes les femmes) considérée comme soumise.

Ces considérations éclairent la difficulté d'hommes à s'inscrire dans une fonction de soignant fortement genrée féminine (elle le restera durant plusieurs décennies du XX^{ème} siècle). Comment être homme et adopter une condition de subordination ?

Le poids de l'imitation du père dans l'identification ne saurait être minimisé comme le souligne Louis Not (1986). Or, ce qui se joue dans une formation d'adultes, échappe-t-il à cette vision? Not y répond en affirmant que si l'éducation et la formation semblent distinctes dans leurs « visées » le développement pour la première et la transformation d'identité pour la seconde, elles sont loin d'être disjointes car :

Le développement n'est, finalement, rien d'autre qu'une transformation progressive et prolongée, notamment en matière d'identité. Dès lors, bien que s'inscrivant dans des perspectives fondamentales sensiblement différentes, éducation et formation apportent chacune à l'autre, des informations que celle-ci n'aurait pas pu mettre à jour dans son propre champ d'activité (p 381).

Ceci semble nous autoriser à transposer des éléments et des modèles du champ de l'éducation vers celui de la formation.

Pour ce qui relève de l'identité professionnelle, Claude Dubar vient renforcer notre approche car il considère les domaines du travail et de la formation (scolaire mais aussi professionnelle, initiale mais aussi continue), comme des domaines pertinents des identifications sociales des individus :

Il est évident qu'avant de s'identifier personnellement à un groupe professionnel ou à un type de diplômés, un individu, dès l'enfance, hérite d'une identité de sexe, mais aussi d'une identité ethnique et d'une identité de classe sociale qui sont celles de ses parents, de l'un d'entre eux ou de ceux qui ont la charge de l'élever (Dubar, 1991, p.119).

Cet auteur pose la psychanalyse comme incontournable pour une approche de l'identité individuelle. Pour ce qui est de la première identité sociale, il considère qu'elle est conférée par les institutions et les proches à travers de multiples paramètres (appartenance ethnique, religieuse, politique etc. des parents) et aussi à travers les performances scolaires de l'enfant :

Ainsi si nous apprenons à être ce qu'on nous dit que nous sommes [...], si nous devons nous construire, à travers toutes les relations face à face, toutes les identifications aux autres significatifs puis à l'Autrui Généralisé (Mead), [nous nous constituons] un savoir sur ce que nous sommes tout au fond de nous-mêmes (op.cit.p.120).

Ce qui à l'âge d'entrer dans une activité professionnelle pourrait s'appeler *occupational identity* comme le propose Dubar en se référant à l'école de Chicago dont les chercheurs E. Hughes, A. Strauss et H. Becker, désignent par *career* : l'identification à toute une carrière, et par *commitment* : « l'implication dans un type d'activités et l'expérience de la stratification sociale, des discriminations ethniques et sexuelles, des inégalités d'accès aux différentes filières professionnelles » (Dubar, 1991, p.121). De plus l'auteur relie « l'espace du travail » aux savoirs :

L'espace de reconnaissance des identités est inséparable des espaces de légitimation des savoirs et compétences associées aux identités. La transaction objective entre les individus et les institutions est d'abord celle qui s'organise autour de la reconnaissance des compétences, des savoirs et des images de soi qui constituent les noyaux durs des identités revendiquées (op.cit.p.126).

Ici, la problématique de cette recherche sur les modèles à l'œuvre à travers la formation et l'activité des infirmiers et infirmières est encore éclairée. Et l'on conçoit que des enfants garçons en identification à l'image d'un père dominant « la femme » ne se soient pas autorisés à l'âge de choisir un métier, à suivre une formation dominée par une figure identificatoire féminine...qu'elle soit celle de la mère ou de la sœur. Si ce facteur n'est pas seul responsable de la désertion des hommes dans les soins généraux, il semble pertinent de le considérer comme prépondérant.

Entrer en école d'infirmières dans les « années 20 », aurait consisté pour un jeune homme à expérimenter ce que Nicole Mosconi décrit pour les jeunes filles désireuses d'accéder au savoir dans des disciplines de l'enseignement supérieur en fin de XIX^{ème} siècle. Au sujet des figures identificatoires, Mosconi (1994) infère que :

Pour apprendre, la fille ne doit pas seulement transgresser l'interdit lié à la différence des générations, mais, par le quasi-monopole établi par le groupe de sexe masculin sur certains savoirs, elle doit en plus transgresser les interdits

propres à son sexe. Autrement dit, le désir d'accéder à certains savoirs produit chez elle un conflit double : un conflit entre un désir de savoir et l'interdiction liée à la différence des générations et un conflit dû à un interdit lié à la différence des sexes (ou des genres) et à la dominance du sexe (ou genre) masculin sur le sexe (ou genre) féminin (p.309).

La posture d'un jeune homme de 1925, ne saurait être considérée comme symétrique s'il avait souhaité devenir infirmier. Elle serait plutôt identique sur certains points, le rapport au savoir ne se présentait pas de la même manière, Mosconi le pose clairement, l'homme peut plus facilement accéder au savoir. En revanche, l'interdiction liée à la différence des générations perdure dans la relation au père et l'interdiction liée au sexe pèse lourdement par la dominance du genre masculin. Cette dominance n'autorisait pas le garçon à s'identifier au genre féminin devenu en cette période dominant dans la profession d'infirmière qui « par définition » s'en est trouvée dès lors genrée féminine !

Même un modèle identificatoire héroïque, comme le fut très tôt Florence Nightingale, n'aurait pas permis à un sujet masculin de braver l'interdit lié au sexe. En paraphrasant et inversant quelque peu, le propos de Mosconi (1994, p.313), une « héroïne culturelle » aurait créé pour le jeune homme, une dysharmonie entre son identité propre et l'identité générique. Une image de soi solide et sécurisante n'aurait pas pu s'établir.

Cette analyse nous amène probablement très près (au moins pour les facteurs identitaires) de l'intelligibilité de ce qui, historiquement a provoqué la rupture du phylum des hommes soignants.

Conclusion

Une approche rigoureuse de cette reconstruction historique ne peut pas ignorer les nuances observables dans les nombreuses structures publiques de notre pays, ne serait-ce qu'en termes de laïcisation, la réalité montre un processus très étiré dans le temps (la dernière infirmière congréganiste de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille n'a-t-elle pas exercé jusque dans les années 1970 ?), de même les modèles doivent-ils être envisagés comme tributaires des personnels formateurs eux mêmes promouvant des nuances de modèles plus ou moins colorées par une posture de subordonnée ou d'égale dans le partenariat. La réalité est ainsi soumise à de nombreux facteurs non réductibles au croisement de deux modèles identifiés en amont d'un processus se déroulant sur un siècle. Les acteurs clairvoyants de la sphère sanitaire et sociale des « années 20 », libérées des crispations idéologiques républicaines, ont pu inscrire dans les faits ce qui leur semblait concourir à un progrès sanitaire et une plus grande justice sociale. Sans conteste, Léonie Chaptal est de ces personnes et elle restera très probablement la femme qui a le plus œuvré à la structuration de la formation des infirmières françaises et par conséquent à la construction de leur identité professionnelle. Sa position sociale et ses capacités exceptionnelles lui ont permis de potentialiser les compétences et les moyens des personnes avec lesquelles elle a collaboré dans le but d'améliorer les conditions de santé de nos concitoyens de la première moitié du XX^{ème} siècle. Elle ignorait qu'en visant cet objectif, elle contribuerait à la généralisation de dispositifs de formation qui allaient évoluer simultanément avec la société française après la deuxième guerre mondiale. Les changements survenus, à partir de cette période, dans l'imaginaire collectif quant aux genres masculin et féminin, ainsi que dans la conception des soins infirmiers, allaient permettre aux hommes, à partir de 1975, d'entrer dans une formation d'infirmier en intégrant leur identité masculine dans une identité professionnelle sans avoir à surmonter des conflits identitaires majeurs.

Références

- Attwell, A. (1998). Biographie de Florence Nightingale. «Florence Nightingale (1820-1910)», *Perspectives : revue trimestrielle d'éducation comparée*, XXVIII(1) (Paris, UNESCO : Bureau international d'éducation), 173-189.
- Collière, M. F. (1982). *Promouvoir la vie*. Paris: Inter Editions.
- Diebolt, E. & Hamilton A. (1864-1935), *Clio*, [http://www.femmesetassociations.org/portraits/biohamilton.htm]
- Dubar, C. (1991). *La socialisation, construction des identités sociales et professionnelles*. Paris : Armand Colin Editeurs.
- Guillermant, J. (1991). *Histoire des infirmières*: Tome II. Paris: France Sélection. (Croix Rouge Française).
- Magnon, R. (1991). *LEONIE CHAPTAL la cause des infirmières*. Paris: Lamarre.
- Magnon, R. (2001). *Les infirmières : identité, spécificité et soins infirmiers*. Paris: Masson.
- Maison de Santé Protestante de Bordeaux, *L'œuvre de Anna Hamilton*, [http://www.mspb.com/formation/bibliographie.html]
- Mosconi, N. (1994). *Femmes et savoir La société, l'école et la division sexuelle des savoirs*. Paris : L'Harmattan.
- Poisson, M. (1998). *Origines républicaines d'un modèle infirmier (1870-1900)*. Paris: Editions hospitalières.
- Tap, P. (1988). *La société pygmalion ?* Paris: Bordas.
- Tap, P., Not, L., Zazzo, R., et al. (1986). *Identité individuelle et personnalisation*. Toulouse: Privat. (Sciences de l'homme).

ⁱ Pour toutes les références à des délibérations de Commissions Administratives des Hospices Civils de Marseille dans cet article, les documents ont été consultés le 08/08/2007 aux Archives Départementales des Bouches-du-Rhône : cote 46H, dépôt 388.

ⁱⁱ Document consulté le 06/02/2006 aux arch. dép. Des Bouches du Rhône cote X1 580.

ⁱⁱⁱ Extrait des registres des délibérations de la Commission Administrative des Hospices civils de Marseille, séance du 05 janvier 1920. cf. note 1.

^{iv} A cette date, la féminisation n'était pas encore de mise à Marseille puisqu'à l'Hôtel-Dieu siégeait l'Ecole professionnelle d'Infirmiers et d'Infirmières de Marseille placée sous l'autorité et la direction exclusive de la Commission Administrative.

^v Séance du 05 janvier 1920. cf. note 3.

^{vi} Séance de la Commission Administrative du 19 novembre 1923.

^{vii} Séance de la Commission Administrative du 20 juillet 1925.

^{viii} Président du Conseil, il demandait aux préfets par cette circulaire du 28 octobre 1902, de veiller à l'ouverture de véritables écoles pour « des élèves désirant prendre la carrière d'infirmières et s'y préparer » et non de se contenter d'« une série de conférences destinées au personnel déjà existant ».

^{ix} Eléments de biographie empruntés à Attwell, A. (03/1998). Biographie de Florence Nightingale.

^x Idem Attwell, A. cf. note 9.

^{xi} Idem. cf. note 9.

^{xii} Délibérations de la séance de la Commission Administrative du 20 juillet 1925.

^{xiii} Idem

^{xiv} idem

^{xv} Séance de la Commission Administrative du 31 janvier 1927.

^{xvi} Circulaire du 28 octobre 1902 relative à l'application de la loi du 15 juillet 1893 sur l'assistance médicale gratuite et la création d'écoles d'infirmière.

^{xvii} cf. supra.

^{xviii} En septembre 1916 elle a dû subir une énucléation.

^{xix} Magnon reproduit un long article de Léonie Chaptal pp 143-156.

^{xx} Sources: biographie par Evelyne Diebolt. Site internet de Clio : consulté le 30/07/07 et Site internet de la Maison de Santé Protestante de Bordeaux consulté le 03/07/07.

^{xx} cf. supra. note 6 pour le décret du 10 oct.1923 évoqué lors de la séance de la Commission Administrative du 19 novembre 1923.

^{xx} cf. supra note

^{xxi} cf. supra. note 6 pour le décret du 10 oct.1923 évoqué lors de la séance de la Commission Administrative du 19 novembre 1923.

^{xxii} cf. supra note 15.