

Et en plus elles diagnostiquent... La recatégorisation de la profession infirmière

Bernard Gardin
UPRES A DYALANG 6065, Rouen

Michèle Grosjean
GRIC, UMR CNRS 5612, Lyon

Introduction

La constitution du travail infirmier en «profession infirmière» est de date récente et s'est effectuée au cours d'un processus de luttes sociales (Kergoat, Imbert, Le Doarre, Senotier, 1990) et de négociations nombreuses à différents niveaux. Elle a été l'oeuvre de groupes actifs qui, durant plusieurs années, ont milité en faveur de l'obtention d'un véritable statut pour cette profession en émergence. Ces différentes actions ont abouti à la promulgation d'un texte de loi en 1978, point de départ d'une véritable reconnaissance professionnelle qui s'est précisée par une série de décrets (1984, 1993) et continue de s'affirmer aujourd'hui au travers de la constitution de nouveaux pouvoirs institutionnels (les directrices de soins infirmiers), une presse professionnelle en développement, des organismes de formation spécifique, des manifestations professionnelles (Le Salon Infirmier, par exemple) et, au travers de la création de nouveaux outils, de nouvelles catégorisations des actions de soins.

Catégoriser, nommer, classer sont des activités essentielles à la fois à l'ordre cognitif (savoir de quoi on parle) et à l'ordre social car toute catégorisation, en nommant, établit des liens, des subordinations, des dépendances, des inclusions... Les opérations de catégorisation, en effet, ne sont pas de simples affectations d'objets à des catégories préexistantes ou de créations de catégories pour y regrouper des objets semblables : c'est la catégorie qui change lorsqu'on y introduit un nouvel objet et inversement entrant dans la catégorie l'objet se modifie. Ces opérations sont toujours éminemment dialogiques et c'est au travers des dialogues qui s'engagent, des conflits qu'elles suscitent que s'élaborent, au travers de l'apparente lutte «pour des mots», de nouvelles pratiques, une nouvelle conscience sociale, et de nouvelles identités professionnelles.

Ici c'est toute une profession qui au cours d'un mouvement social de longue haleine produit par l'intermédiaire de ses porte-paroles, sa recatégorisation. A l'issue de ce travail social et langagier le terme «infirmier» voit sa valeur complètement modifiée comme est modifiée la place qu'occupent ceux qu'ils désignent par rapport aux autres professions médicales. C'est aux liens entre les évolutions linguistiques et le mouvement social qui ont accompagné ces évolutions que cette contribution est consacrée. Si l'évolution linguistique fait partie de l'évolution professionnelle, elle la représente aussi, et par là peut intervenir sur elle. Cependant nous ne postulons pas une corrélation étroite entre ces deux dimensions chacune ayant sa substance spécifique, son historicité et son rythme

propres, avec cette spécificité du côté du langage qu'il est à la fois un opérateur et l'indice le plus fin de ces changements. Nous tenterons de montrer ainsi comment infirmier est, dans la période considérée, «monté à l'horizon social», comment il est devenu «une arène» (Volochinov-Bakhtine, 1977) de la lutte socio-professionnelle.

1. Méfiez-vous des dictionnaires

Si, naïvement, pour connaître l'évolution de cette profession, on se référait aux dictionnaires, on aurait quelques surprises : il ne s'y trouve, en effet, pas de traces de cette évolution vers l'émergence d'une profession. Qu'on en juge :

Nouveau Larousse Illustré s.d ; (1911?)

Personne qui soigne les malades dans une infirmerie, un hôpital,...

Le Robert, 1960

Personne qui soigne les malades dans une infirmerie, une clinique, un hôpital, une ambulance...

Dictionnaire du Français Contemporain, Larousse, 1966

Personne qui soigne les malades dans les hôpitaux, les cliniques,...

Petit Larousse, 1977

Personne qui *sous la direction des médecins*, soigne les malades à l'infirmerie, à l'hôpital, à domicile

Petit Larousse, 1988 (remis à jour en 1997)

Même définition

Petit Robert, 1991 (édition de 1977 corrigée et remise à jour)

Personne qui, par profession, soigne les malades et s'en occupe *sous la direction des médecins ou en appliquant leurs prescriptions*

(Ignore l'adjectif)

Petit Larousse, 1994

N Personne habilitée à soigner les malades, *sous la direction des médecins*, dans les hôpitaux... à domicile...

ADJ : relatif aux infirmiers et infirmières, aux soins qu'ils ou elles dispensent.

Petit Larousse Médical, 1986

Auxiliaire médical qui donne habituellement, soit à domicile, soit dans un établissement... *des soins prescrits par un médecin...*

(Ce dictionnaire ne mentionne pas l'adjectif infirmier)

De cette consultation des définitions de dictionnaires, notre naïf pourrait déduire que les infirmiers/ères qui avaient, jusque vers 1970, une activité relativement autonome comparable à celle des médecins (ils (elles) «soignent les malades») ont été, à partir de cette époque, subordonnés aux médecins. La profession aurait donc perdu de son autonomie, ce que dit le plus fortement la définition du *Petit Larousse Médical* de 1986 : l'infirmier (ère) est un(e) «auxiliaire médical (e)».

Imaginons que notre naïf aille ensuite diffuser ce savoir tiré des dictionnaires, dans le milieu infirmier : il se ferait bien recevoir. Peut-être l'accuserait-on même de provocation ?

Il lui faudrait alors abandonner les dictionnaires comme instrument de connaissances et aborder l'histoire de la profession à partir d'autres sources : ce que nous allons faire maintenant.

2. Historique sommaire de l'émergence de la «profession infirmière»

2.1. Des «servantes laïques» au «rôle propre de l'infirmière»

Les «servants laïques»

Jusqu'en 1879, il y a, dans les hôpitaux de Paris, quatre catégories de personnels : les agents de l'administration centrale, les médecins et chirurgiens, les surveillantes des salles qui sont des religieuses, et enfin le personnel dit «inférieur» également appelé «infirmier» ou «servant laïque» défini par opposition au personnel religieux. Du fait de la sécularisation progressive des hôpitaux, à partir de 1835, ont lieu les premières tentatives pour former les «servantes».

Création du Diplôme d'Etat

C'est à partir de 1878 que se créent en France les premières écoles d'infirmières (Salpêtrière, Bicêtre, La Pitié) puis les Ecoles de la Croix Rouge et enfin les écoles privées qui apparaissent au début du siècle.

1922 : Brevet de capacité d'infirmière professionnelle

1938 : Diplôme supérieur d'infirmière hospitalière de l'Etat

1942 : Diplôme d'Etat d'infirmière. DE de monitrice

Il n'y a pas de texte concernant la profession, mais la structure de la formation professionnelle est constituée pour l'essentiel (études en 2 ans).

La construction de «la profession infirmière» des années 60 à 1981

Sous l'influence de l'OMS et des infirmières anglaises et canadiennes, une intense activité militante des groupes professionnels infirmiers va se faire jour en France vers la fin des années 1960 (parution de nombreux articles, constitution en groupe de pression auprès du ministère de la Santé). L'Ecole Internationale créée à Lyon (Ecole Internationale d'Enseignement Infirmier Supérieur, EIEIS) va former les premières infirmières générales avec un diplôme universitaire ; et ce, dès les années 1970. C'est en 1975 qu'est créé le grade d'infirmière générale qui assure l'encadrement au niveau de l'hôpital du «service infirmier». C'est d'ailleurs l'EIEIS qui fournira, avec le CEIEC (Association des enseignantes des Ecoles), une grande partie des militantes dont l'activité va aboutir à la Réforme des études infirmières de 1972. Celle-ci centre les soins infirmiers non plus sur la pathologie, mais sur le soin à la personne, la première année d'études étant consacrée à «la personne saine», à ses besoins (biologiques, psychologiques, sociaux). Les études passent à trois ans. C'est dans la préparation de cette réforme qu'émerge la notion de «profession infirmière» basée sur sa fonction «propre» qui est le «soin à la personne».

Cette intense activité aboutira à la loi du 31 mai 1978 (et au décret du 12 mai 1981) qui définissent deux fonctions¹ de l'infirmière, *une fonction dite de «rôle propre»*, (qui concerne les soins d'hygiène et de confort) dans l'exercice de laquelle l'infirmière agit sous sa propre responsabilité et *une fonction déléguée* dans laquelle elle applique les prescriptions médicales.

Cette loi sera annulée et re-votée avec quelques modifications mineures le 17 juillet 1984. Le décret du 15 mars 1993 définit précisément les actes professionnels autorisés et l'exercice de la fonction infirmière. Du décret de 81 à celui de 93, on assiste à une définition de plus en plus détaillée des actes, et notamment les actes du rôle propre sont décrits sous la même forme que les actes dispensés sur prescription médicale. En 1990, la nouvelle loi portant Réforme hospitalière crée une «Direction des soins infirmiers».

2.2. Les grands thèmes d'action de la profession naissante

Constituée comme telle, la profession définit *un champ propre* : «le soin à la personne». Le soin infirmier devient ainsi une *discipline spécifique qui constituera l'objet de «la science infirmière»*. Une commission spécifique va travailler à l'élaboration d'une «terminologie infirmière» ; ses travaux seront validés et édités ensuite par le ministère des Affaires sociales et de la solidarité (1990).

Plusieurs thèmes vont mobiliser la profession, ses enseignants d'Ecole de base et infirmières générales de 1970 à 1990 : ils figurent en bonne place dans les textes de loi et les décrets.

- *Les théories de soins infirmiers et les modèles* (tous canadiens et/ou américains) qui définissent le cadre dans lequel la pensée et la pratique des soins doit s'élaborer ;
- *La «démarche de soins infirmière» et «le plan de soins infirmier»* qui sont des méthodes d'analyse des problèmes et de planification de l'action en relation avec l'analyse ;
- *Le «dossier infirmier»* dit ensuite «*dossier de soins infirmier*» - puis plus récemment «*dossier de soins*» - qui est l'outil écrit d'information et de transmission des soins concernant chaque malade ;
- *La recherche infirmière ou en soins infirmiers* dont l'AMIEC (Association des amis de l'Ecole Internationale et l'ARSI (Association pour la Recherche en Soins Infirmiers) seront les principaux promoteurs par les revues qu'elles diffusent ;
- A la fin des années 1980, on verra l'apparition d'un nouveau thème «*les diagnostics infirmiers*» qui ne figurait pas dans le décret de 81 mais qui apparaît dans celui du 15 mars 1993.

Ces thèmes vont également être ceux qui figureront très largement au catalogue des organismes de formation continue. Le dossier de soins, quant à lui, sera repris par les directions des hôpitaux et il est aujourd'hui mis en place à peu près partout.

2.3. Des références, des groupes de pression et d'action

Al'extérieur, l'OMS a joué un grand rôle de légitimation. Des infirmières enseignantes, fondatrices de l'EIEIS, seront associées à ses travaux. La profession infirmière québécoise mieux organisée qu'en France (statut de profession, code de déontologie, ordre des infirmières) a largement servi de référence.

Les groupes actifs ont été constitués essentiellement par les enseignant(e)s d'Ecole de base regroupés dans le CEEIEC et l'EIEIS. Les infirmières générales, formées par l'EIEIS, tout autant que les centres de formation continue, diffuseront très largement ces thèmes dans les milieux professionnels et notamment à l'hôpital où leur action tendra à promouvoir des formations sur ces thèmes et à institutionnaliser les outils de la profession, notamment le *dossier de soins*. Avec la mise en place des Directions des soins infirmiers en 1990, dans la nouvelle loi hospitalière, c'est la reconnaissance pleine et entière de l'existence d'un nouveau domaine d'action, distinct du domaine médical.

Ainsi, en 25 ans, les infirmières ont-elles obtenu la reconnaissance d'une nouvelle profession, défini la zone d'autonomie de son activité, ses outils spécifiques, et cette profession s'est dotée d'un pouvoir institutionnel autonome.

2.4. Retour aux dictionnaires

C'est donc une histoire inverse à celle que proposent les dictionnaires qui s'est produite. Du coup, ces définitions de dictionnaires peuvent être réinterprétées : elles sont des documents idéologiques, des armes et traduisent des prises de parti dans cette

histoire. On pourrait dire que, alors même que les infirmières conquièrent l'autonomie de leur profession sur le terrain et dans la loi, les dictionnaires opèrent une recatégorisation polémique de cette profession, la décrivant comme subordonnée ; et ce, en contradiction avec les textes légaux qui régissent la profession (puisque le «rôle propre» de l'infirmière apparaît dans ces textes à partir de 1981). Réaction du pouvoir médical dans le champ de l'idéologie ?

Remarque : Nous ne tordons pas les faits : si les dictionnaires avaient maintenu leur définition ancienne, quelle qu'elle fût, nous ne pourrions effectuer aucune interprétation (sinon que la lexicographie est parfois paresseuse et fonctionne par reprise des anciennes définitions). Ici, c'est à l'apparition d'une nouvelle définition que nous sommes confrontés, dont la nouveauté consiste en l'introduction d'un sème absent des anciennes.

Reste encore une question : pourquoi la fonction infirmière était-elle décrite comme non-subordonnée à l'époque même où elle l'était ? Sans doute parce que cette subordination allait de soi, allait sans dire, était dans l'idéologie : donc non pertinente à donner en tant qu'information. Et puis ceci pouvait constituer aussi une compensation.

Peut-on en conclure pour aujourd'hui que si les infirmières ont conquis le discours juridique elles n'ont pas conquis le discours dictionnaire ?

3. Stratégies linguistiques de l'autonomisation

3.1. La recatégorisation par la généralisation d'emploi de l'adjectif «infirmier»

D'un point de vue formel, c'est par la création et la généralisation d'emploi de l'adjectif infirmier que s'effectue la promotion de la profession. C'est, semble-t-il, d'abord par la création du syntagme «soins infirmiers» que commence le processus. Auparavant on parlait de «soins aux malades», «soins généraux».

Dans «soins infirmiers», par rapport à «soins aux malades» :

- Le syntagme prépositionnel est remplacé par un adjectif qui a pour effet de souder plus étroitement les deux termes du syntagme et de constituer un signifié unique (sans transitivité entre les deux éléments) ;
- Il y a homogénéisation d'une zone du champ lexical : les soins *infirmiers* sont effectués par les *infirmiers* : ici l'homogénéisation formelle vaut aussi comme image de rationalité.

Les soins infirmiers vont alors être l'objet de tout un travail :

- *De recatégorisation et de codification* :

«Les tentatives de différencier les soins infirmiers de la médecine sont nées du besoin de différencier chaque discipline dans un but législatif et pédagogique... Il faut organiser l'enseignement des soins infirmiers en fonction des problèmes infirmiers ou des besoins des clients plutôt qu'en fonction des diagnostics médicaux».

- *De normalisation et de codification* :

«Si les soins infirmiers veulent devenir une profession à part entière, ils doivent développer et accepter un seul système de classification des fonctions et des responsabilités propres aux infirmières» (p. 15)

Parallèlement au travail effectué sur «soins infirmiers», l'adjectif «infirmier» voit ses emplois augmenter d'une manière vertigineuse et sa valeur se renforcer :

Acte de soins infirmiers, acte infirmier, grille d'évaluation de soins infirmiers, diagnostic infirmier, enseignant en soins infirmiers, exercice infirmier, recherche infirmière, profession infirmière, service infirmier, tâche infirmière, théorie en soins infirmiers, fonction infirmière, sciences infirmières, intervention infirmière, traitements infirmiers, profession infirmière.

3.2. La réétymologisation

Ainsi dans la nouvelle expression «soins infirmiers», «infirmier» ne signifie pas «effectué par les infirmières», mais plutôt : soins spécifiques correspondant aux besoins de la personne et indépendants de la prescription médicale. Il existe donc une catégorie de soins spécifiques.

La création et l'installation de l'adjectif «infirmier» aboutit à une remotivation du nom infirmier-ère. L'infirmier-ère apparaît ainsi nommé parce que cette personne effectue des activités dans un secteur du réel bien identifié, bien délimité. C'est la spécificité de ce secteur d'activité qui la nomme. Autrement dit, l'infirmière n'est plus dans la division sociale du travail, celle qui applique au malade les prescriptions du médecin, mais celle qui effectue des soins requis par l'état du patient. «Infirmier» comme nom apparaît alors en synchronie comme une dérivation (impropre au sens grammatical) de l'adjectif «infirmier». De fait, après une période qui avait coupé le nom d'agent «infirmier» de l'objet de son action, les infirmières reconstituent le rapport étymologique «enferm» (malade) - infirmier.

La stratégie consiste donc à généraliser l'emploi d'une même base, cette base référent à une catégorie du réel externe aux acteurs, et à produire ainsi un paradigme d'une grande cohésion.

D'un point de vue sociolinguistique c'est la stratégie opposée à celle du changement de base adoptée dans la revalorisation d'autres professions (que l'on constate dans le remplacement d'*instituteur* par *professeur des écoles*). Ceci peut sans doute s'expliquer par la volonté de conserver les valeurs positives qui s'attachaient à «infirmière».

La citation suivante (extraite de J. C. Mac Closkey et G. M. Bulechek : « Conférence sur un ensemble de données infirmières de base », colloque du 27-29 octobre 1993, Edmonton) peut donner une idée de cette stratégie en discours : « On estime de plus en plus qu'il faut établir des classifications pour les *diagnostics infirmiers*, les *interventions infirmières* et les résultats des *interventions infirmières* observés chez les patients. Ces classifications contribueront à faire progresser les *sciences infirmières* en systématisant les connaissances acquises pour les *soins infirmiers* en milieu clinique ». En introduisant ainsi leur communication, les auteurs font plus qu'intervenir «scientifiquement». Elles militent stylistiquement pour la recatégorisation de la profession :

- Elles présupposent bien sûr l'existence de ce qu'elles contribuent de fait à créer ;
- Par le refus de l'anaphore, elles émettent une rafale de 5 syntagmes contenant la base *infirmier* ;
- Elles lient de manière étroite diagnostics, interventions, soins, sciences ;
- Elles décrivent un programme de travail autonome des infirmières, dont les médecins sont absents.

Notons au passage que si le décret valide le «diagnostic infirmier», il ne reprend pas d'autre syntagmes adjectivaux lancés par le mouvement des infirmières : la profession y est toujours désignée par le terme «profession d'infirmier» (et non «profession infirmière») ; il est fait mention de la «recherche dans le domaine des soins infirmiers» (et non de la «recherche infirmière»).

4. Du dossier infirmier au dossier de soins (du malade)

Quels vont être les effets dans le champ social de cette recatégorisation, de l'émergence de cette nouvelle terminologie ? Nous l'examinerons à partir de deux des nouveaux syntagmes créés, *le dossier infirmier*, *le diagnostic infirmier*. Ce dernier faisant l'objet d'un important travail de définition.

4.1. Dossier médical et dossier infirmier

Les médecins réagissent mal à cette autonomisation de la profession qui se manifeste dans l'indépendance prise par les infirmières dans l'organisation de leur travail et dans la création d'outils de travail spécifiques. Un de ces outils, *le dossier infirmier*, dit ensuite *dossier de soins infirmiers*, puis ces dernières années *dossier de soins* (tout court), va catalyser de nombreuses oppositions.

Destiné à rassembler toutes les informations concernant un malade, ce dossier est un outil d'information et de communication qui vise à assurer un suivi longitudinal du séjour de chaque patient en consignait dans un même support, les informations administratives, les prescriptions médicales, les habitudes de vie du malade, les observations le concernant ainsi que les actions de soins réalisées par les soignants. Il prendra progressivement valeur juridico-légale.

Avant lui, seul le «dossier médical» avait ce statut et seuls les médecins et les étudiants étaient admis à y faire figurer leurs observations et leurs actions. Eléments matériels essentiels du rituel de la Grande Visite, rangés dans leur chariot, les dossiers médicaux étaient symboliquement et officiellement dépositaires du savoir sur les malades et de l'action des médecins. Les infirmières ne disposaient en général que de «cahiers» («cahiers de visite» notamment dans lesquels elles notaient elles-mêmes les prescriptions dictées par les médecins lors de la visite). Avec *le dossier de soins infirmiers* qui vise à regrouper dans le même document toute l'information nécessaire pour soigner le malade lors de l'hospitalisation, les infirmières définissent à leur tour un objet visible (le chariot de classement des dossiers), rangé dans leurs locaux, qui accompagnera la visite. Elles disposent, elles aussi, d'un outil de communication et d'information spécifique qui, au delà de ses fonctions explicites, définit un territoire pour marquer, inscrire visuellement leur activité. De plus, la prescription médicale étant l'inducteur des soins infirmiers sous dépendance médicale, elles demanderont et obtiendront que les médecins écrivent et signent dans le *dossier de soins infirmiers* leurs prescriptions. La lutte quotidienne que devront mener certaines surveillantes, pionnières du dossier, pour parvenir à faire écrire les prescriptions aux médecins dans ce dossier, n'est plus aujourd'hui qu'un souvenir ; le souci croissant des questions de la responsabilité médicale conduira en effet à l'institutionnalisation de cette pratique dans les hôpitaux. Mais l'âpreté de ces luttes témoignait assez de l'enjeu que constituait le fait, pour les médecins, d'écrire dans un dossier «infirmier».

4.2. Avec les sages-femmes : la tentative du dossier de santé mère-enfant

Les enjeux liés à ce dossier de soins infirmiers se manifestent également avec les professions proches : dans le conflit avec les sages-femmes. Dans les maternités exercent des sages-femmes dont le statut est : «médecin à responsabilité limitée». Du fait de ce statut médical, et contrairement aux infirmières, elles utilisent le dossier médical pour les actes médicaux qu'elles exercent sous leur propre responsabilité (accouchements normaux, notamment). Elles disposent généralement, par ailleurs, d'un cahier pour les soins quotidiens.

Dès les années 1980, les directions des hôpitaux tendent à imposer le dossier de soins à tous les services. Les services de maternité (ceux dirigés par des sages-femmes) résistent au nom de plusieurs arguments :

- *un argument technique* : le «dossier de soins infirmiers» est fait pour des malades et nous ne traitons que des personnes en bonne santé et qui, de plus, se trouvent être deux : la mère et l'enfant. Le dossier classique n'est donc pas adapté. De plus, nous avons déjà un dossier médical et il nous suffit ;

- *un argument terminologique à double entrée* : 1. le dossier de soins infirmier ne nous concerne pas puisqu'il n'y a pas d'infirmière ici. 2. Les soins se donnent à des malades et il n'y a pas de malades en maternité.

Certaines sages-femmes de grandes maternités sentent pourtant la faiblesse de cette position et la nécessité grandissante de disposer de meilleurs outils de communication. Dans cette perspective, les service de maternité de l'hôpital Nord de Grenoble tentent en 1984 de mettre en place un «*dossier de santé mère et enfant*». Cette terminologie est éloquent. Elle témoigne des effets de série de la catégorisation adoptée par les infirmières : si le soin à la personne est défini comme le domaine d'activité de l'infirmière, les sages-femmes doivent éliminer le mot *soin* et le remplacer dans le paradigme par un mot qui marque la différence. Le choix de *santé* fut déterminant dans l'acceptation de l'outil par l'équipe sage-femme: le terme «dossier de soins mère-enfant» - même sans le terme «infirmier» - n'était pas acceptable. Mais le changement terminologique lui-même est insuffisant à l'époque aux yeux de la profession ainsi qu'en témoigne le fait que deux articles soumis à la «*Revue de l'Obstétrique*», revue professionnelle des sages-femmes, seront bloqués par des débats internes à la revue entre ceux qui veulent publier et ceux qui ne voient derrière ce *dossier de santé mère-enfant* que le *dossier de soins infirmiers* déguisé, signant la mainmise des infirmières dans le territoire des sages-femmes. Ils ne seront publiés qu'un an plus tard.

4.3. Le dossier de soins du malade : un outil pour une équipe

Ces exemples montrent que la catégorisation terminologique «dossier infirmier», d'un outil de communication qui s'est par la suite révélé d'une utilité incontestable et aujourd'hui incontestée, fut une prise de pouvoir. Mais les interactions conflictuelles que cette prise de pouvoir terminologique a suscitées ont rapidement fait évoluer la terminologie elle-même et ont été constituantes de la future identité du dossier. Il y avait en effet contradiction entre la terminologie «dossier infirmier», signant l'appropriation par une catégorie professionnelle de celui-ci et son objectif explicite qui était d'améliorer la qualité et la sécurité des soins par un suivi personnalisé du malade. Ce qui impliquait que le dossier soit centré sur le malade et qu'y écrivent d'autres professionnels (aides-soignants, kiné...) et notamment les médecins. Très rapidement, le «dossier infirmier» va ainsi devenir «dossier de soins infirmier» puis «dossier de soins» (du malade) auquel les diverses catégories impliquées dans ce soin vont pouvoir contribuer. La terminologie «dossier de soins» l'a emporté aujourd'hui partout. Ce glissement terminologique, conforme en réalité à la vocation du dossier, tel qu'il était conçu initialement, montre l'évolution de la terminologie sous l'influence de l'usage : en se généralisant et en étant conforme aux fonctions initiales qui lui étaient assignées, il est progressivement devenu le dossier des équipes soignantes. En se banalisant, en prouvant son utilité pour tous, il a perdu sa fonction de signe identitaire². Toutefois, il reste l'outil de l'infirmière et ce fait a été entériné par l'article 2 du décret du 15 mars 1993 qui à la fois rend le dossier obligatoire partout et qui, en stipulant que l'infirmier est «responsable de l'élaboration de l'utilisation et de la gestion du dossier de soins infirmiers» (article 2 Décret 15 mars 1993)», relie explicitement l'objet des soins infirmiers et leur mise en oeuvre, à l'utilisation du dossier de soins» (Acker 1997).

Les enjeux identitaires se sont progressivement déplacés et c'est ainsi que les «diagnostics infirmiers» sont devenus la «nouvelle frontière» de la profession.

4.4. Le diagnostic infirmier

«Le Diagnostic infirmier est l'énoncé d'un jugement clinique sur les réactions aux problèmes de santé présents ou potentiels, aux processus de vie d'une personne, d'une famille ou d'une collectivité. Les Diagnostics infirmiers servent de base pour choisir les interventions de soin visant l'atteinte des résultats dont l'infirmière est responsable» (Ibid. terminologie). De nombreuses publications professionnelles ont par la suite développé des plans de soins-guide (Gordon, 1991, Boisvert & Dubois-Fresney, 1992).

Le «Diagnostic infirmier» sert à :

- *définir les soins infirmiers dans leur état actuel,*
- *classifier le domaine des soins infirmiers,*
- *différencier les soins infirmiers de la médecine,*
- *identifier les connaissances en soins infirmiers pour les étudiants,*
- *constituer un langage commun.*

Il a aussi des usages pratiques :

- *permettre de retrouver les dossiers à partir des diagnostics infirmiers,*
- *développer un système d'information en santé informatisé, synthèse des données infirmières,*
- *offrir un mécanisme de remboursement des activités infirmières définies à partir d'un diagnostic infirmier et non du diagnostic médical.*

Il est considéré dans le décret de 1993 comme faisant intégralement partie de l'activité de l'infirmière. Il s'agit là sans doute de la création néologique la plus audacieuse. Le terme du métalangage linguistique «emprunt» convient assez mal ici pour caractériser ce véritable rapt effectué dans le vocabulaire décrivant l'activité des médecins, rapt qui ne s'est manifestement pas effectué sans troubles de conscience : «Le diagnostic infirmier suscite bien des réactions chez les infirmières, certaines positives, d'autres négatives». La cause en est que «les infirmières ont lié historiquement de façon exclusive le mot diagnostic à la médecine»... De nombreuses infirmières ont appris à éviter de faire des énoncés définitifs dans leurs dossiers : on leur conseillait d'utiliser des termes du genre : *semble être* ou *a l'air d'être* .

Aussi, pour réduire les réticences face à cette transgression et justifier aux yeux de ses consœurs l'utilisation de «diagnostic infirmier», l'auteur se livre à un travail métalinguistique des plus intéressants consistant à montrer qu'en langue le mot diagnostic est démedicalisé. Il s'agit de le dévaloriser au sens propre pour en permettre plus facilement le rapt (mais c'est bien parce que dans le contexte de l'hôpital le terme reste éminemment valorisé qu'il faut s'en emparer). Nous avons plusieurs fois repéré ce recours à la langue comme alliée dans les transformations sociales : si la langue le dit c'est que c'est juste : le grammaticalement correct devient idéologiquement juste.

«Les enseignants diagnostiquent des incapacités à apprendre, les coiffeurs diagnostiquent des troubles capillaires, les mécaniciens diagnostiquent les problèmes des appareils motorisés»... «La question n'est pas de savoir si les infirmières peuvent diagnostiquer, mais ce qu'elles peuvent diagnostiquer.»

Le combat pour la légitimité du terme s'achève lorsque «diagnostic infirmier» apparaît dans l'article 2 - décrivant le «rôle propre» de l'infirmier - du Décret N°93-345 du 15 mars 1993 (JO du 16 mars 1993) «relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier» : «(L'infirmier) identifie les besoins du patient, pose un diagnostic infirmier...».

4.5 Une nouvelle nomenclature professionnelle

La dernière approche de l'histoire de cette recatégorisation sera un coup de sonde dans un ouvrage : *Terminologie des soins infirmiers. Glossaire provisoire N° 2* (N° 9 de la série *Soins infirmiers*), éditée par le ministère des Affaires Sociales et de la Solidarité, mis en circulation le 1 nov. 1990, 94p.

Cette terminologie est précédée de trois textes très intéressants :

- «Avant-propos» de G. Journet
- «A propos de la méthode» de R Vallet
- «La profession infirmière cherche ses mots» de R. Magnon

Ce document, issu des travaux de plusieurs commissions de terminologie, se présente comme une nomenclature par ordre alphabétique qui, pour certains termes, signale l'existence de variations et indique ses préférences en présentant certaines de ces formes comme des synonymes de formes préférables et mieux traitées puisque c'est à ces dernières entrées que se trouve la définition.

Le tableau suivant présente tous les termes pour lesquels il y a de la variation. La colonne de droite contient les formes préférées, la colonne de gauche les formes «synonymes», moins adéquates.

Synonyme	Terme préféré
1 cadre infirmier conseil	infirmier conseil
2 centre de soins infirmiers	centre de soins
3 dispensaire polyvalent de soins	centre de santé
4 éducation sanitaire	éducation pour la santé
5 éthique professionnelle	éthique infirmière
6 exercice infirmier	exercice de la profession infirmière
7 infirmier aide-anesthésiste	infirmier spécialisé en anesthésie-réanimation
8 infirmier de l'éducation nationale	infirmier des établissements publics d'enseignement
9 infirmier conseil en hygiène hospitalière	infirmier hygiéniste
10 infirmier de santé communautaire	infirmier de santé publique
11 infirmier de santé scolaire	infirmier des établissements publics d'enseignement
12 infirmier de soins à domicile	infirmier à domicile
13 infirmier des armées	infirmier du service santé des armées
14 infirmier des collectivités	infirmier de santé publique
15 infirmier des prisons	infirmier de l'administration pénitentiaire
16 infirmier des services entreprises de médecine du travail	Infirmier d'entreprise
17 infirmier des services médicaux d'entreprises	infirmier d'entreprise
18 infirmier des services médicaux du travail	infirmier d'entreprise
19 infirmier du service médical interentreprises	infirmier d'entreprise
20 infirmier du travail	infirmier d'entreprise
21 infirmier en santé mentale	infirmier de secteur psychiatrique
22 infirmier entérostomathérapeute	infirmier stomathérapeute
23 infirmier extra-hospitalier	infirmier de santé publique
24 infirmier instrumentiste	infirmier de salle d'opération
25 infirmier panseur	infirmier de salle d'opération
26 infirmier puériculteur	puériculteur
27 infirmier technicien en circulation extra-corporelle	infirmier en assistance circulatoire
28 infirmier militaire	infirmier du service de santé des armées
29 ordonnance	prescription médicale
30 personnel sanitaire	Personnel de santé
31 projet d'équipe	projet thérapeutique
32 structure sanitaire	structure de santé
33 technicien des hôpitaux du service des armées	infirmier du service de santé des armées

Une analyse contrastive rapide de ces deux listes permet de repérer certaines tendances :

- Une tendance à la réduction de la nomenclature des métiers qu'on peut interpréter comme désatomisation et unification (8 et 11, 10 et 23, 16, 17, 18, 19 et 20, 24 et 25). La liste proposée ne contient plus que 14 dénominations de spécialisations par rapport aux 23 existant antérieurement ;
- Une tendance à la suppression des marques de l'auxiliariat et de la dépendance : 7, 23, 24, 26 ; ce qui peut aboutir en 7 à une véritable inversion : «infirmier aide anesthésiste» devenant «infirmier spécialisé en anesthésie-réanimation»: un auxiliaire devient ainsi un infirmier ayant une spécialisation supplémentaire qu'il assume hors rapport hiérarchique. Parallèlement, la suppression de «cadre» en 1 abolit la hiérarchie au sein de la profession ;
- Une tendance à la suppression de la mention des spécialisations subalternes : ainsi l'«infirmier instrumentiste» et l'«infirmier panseur» deviennent-ils tous deux des «infirmiers de salle d'opération», l'adjectif déterminatif réducteur étant remplacé par un complément de lieu. Relève de cette même tendance la disparition de «technicien», terme senti comme réducteur en 26 et 32 ;
- Une tendance à référer aux spécialités par l'indication du secteur d'activité (les institutions : «militaire» réécrit en «du service de santé des armées», «scolaire» en «établissements publics d'enseignement». Que dire d'«éducation nationale» réécrit en «établissements publics d'enseignement» ? D'une part, ce label réfère certes à un secteur plus large, incluant les établissements publics autres que ceux dépendant de l'Education Nationale ; d'autre part, il a l'avantage d'éviter «éducation nationale», peut-être senti comme peu valorisé. Il en est de même pour «du travail» qui devient «d'entreprise», pour «prison» qui devient «de l'administration pénitentiaire»: 8, 11, 13, 15, 21.

Conséquence : La profession apparaît comme plus unifiée. A une nomenclature qui présente la profession comme constituée d'individus à spécialisations réduites («infirmier du travail, infirmier panseur»...), une nouvelle nomenclature décrit les infirmiers comme un corps unique de professionnels qui travaillent dans différents secteurs, cette diversité n'affectant pas l'étendue de leurs compétences ni l'unité du corps. Il y a ainsi des infirmiers «d'entreprise», «à domicile», «de secteur psychiatrique»...

On notera au passage que c'est par le remplacement derrière «infirmier», de l'adjectif par un syntagme prépositionnel que ceci s'effectue souvent (23, 24, 25), ce qui va dans le sens de l'analyse que nous avons faite de la tendance inverse à propos de «soins infirmiers». Il faut toutefois souligner aussi que tout ceci s'est fait comme le note F. Acker, par un mouvement «tendant à l'alignement des différents outils des actions sur un mode rationnel qui suit le modèle médical, lui-même aligné sur le mode de représentation de l'activité scientifique longtemps dominant».

Conclusion

Cette lutte d'une profession pour sa reconnaissance s'est donc accompagnée d'une intense recatégorisation des activités, de ses outils, de ses actions. Elle s'est aussi accompagnée d'une modification des pratiques et des représentations du rôle si l'on en croit les résultats d'une recherche sur les représentations de la fonction infirmière (Guimelli 1994). Les instances-auteurs de cette recatégorisation sont à la fois endogènes (le milieu infirmier français), mais aussi exogènes (le milieu infirmier anglo-saxon et notamment canadien et l'OMS). Cette recatégorisation fait l'objet de négociations avec les instances ministérielles, les directions des hôpitaux, les écoles, ce qui aboutit à la fois à de nouveaux textes légaux mais aussi à la création de nouveaux outils (le dossier de soins, le plan de soins infirmier) et de nouveaux modes d'action (la démarche de soins, le diagnostic infirmier). Il y a aussi, à cette occasion, des effets de série dans la terminologie

et la production d'un abondant discours justifiant la recatégorisation au sein de la presse professionnelle, au sein des instances enseignantes et des programmes d'enseignement qui sont entièrement refondus à cette occasion. Cette recatégorisation a eu inversement comme effet de favoriser la prise de conscience de l'autonomie de la profession et le désir de voir reconnaître par les médecins notamment, ce qui avait été conquis dans la loi et la terminologie. Le mouvement social de 1988 a ainsi accompagné un mouvement largement inscrit déjà dans les lois et la terminologie et a contribué à la reprise par le milieu des infirmières du terrain, d'un mouvement qui s'était plus manifesté jusqu'alors au sein de groupes comme les enseignantes, les formatrices, les infirmières générales. La terminologie devient alors une arme dans la conquête quotidienne de l'autonomie de la profession ; ainsi peut-on voir, comme les travaux de L. Guilbert (1965) l'ont montré dans un autre domaine, les mots précéder les actes et les choses ou bien les refléter. Ce processus permet aux infirmières de disposer d'un dispositif de catégorisation et donc de représentation de leurs activités, ce qui donne ainsi à un travail invisible (Acker, 1997; Grosjean & Lacoste, 1999) de la visibilité sociale et notamment linguistique : les vraies conquêtes s'inscrivent dans la langue en tant qu'instance de légitimation et de recours, d'où l'importance des outils linguistiques que sont glossaires et dictionnaires divers, outils de grammaticalisation qui permettent aux groupes d'inscrire dans la langue, c'est-à-dire pour l'idéologie courante hors des conflits sociaux, ce qui a été conquis socialement (B. Gardin, 1984). On voit donc les liens étroits et les interactions qui s'établissent entre conquête professionnelle et conquête linguistique, légitimité linguistique et légitimité sociale, et aussi à quel point le langage peut «agir» sur le réel de l'activité. Par la catégorisation, c'est certes un travail invisible qui se donne à voir, mais c'est aussi de nouvelles formes de travail qui s'élaborent avec de nouveaux outils et concepts qui, par les effets de série de la catégorisation (ou du point de vue linguistique, par les nouveaux rapports établis entre les mots, les nouvelles valeurs linguistiques), vont engendrer eux-mêmes de nouveaux effets en étant repris par toute une profession. On pourrait donc dire pour les groupes sociaux, ce que Benveniste disait de l'homme, «c'est dans et par le langage que l'homme se constitue comme sujet» (1966, p. 259).

Article soumis à *Sciences Sociales et Santé*

Bibliographie

- Acker, F. (1997). « Sortir de l'invisibilité - Le cas du travail infirmier », *Raisons Pratiques*, 8, 65-94.
- Bakhtine, M. (Volochinov V.N.) (1977), *Le marxisme et la philosophie du langage*, Paris, Minuit.
- Benveniste, E. 1966, *Problèmes de linguistique générale*, Paris, Gallimard, Tel.
- Boisvert, C. Dubois -Fresney, C. (1992) Concepts en enjeux internationaux du diagnostic infirmier, *Objectif Soins*, nov. n°7, 24-49.
- Kergoat, D., Imbert, F., Le Doarre, H., & Senotier, H. (1990). *Les infirmières et leur coordination*. Paris: Editions du CNRS.
- Gardin, B. (1984) «Un récit d'interaction : les comptes rendus de délégation syndicale», in *Langages* 74, 47-92.
- Glady, M. (1996), Répétition et décalage. Le travail identitaire du langage. *Education permanente*, n° 128/1996-3
- Guimelli, C. 1994, La fonction d'infirmière. Pratiques et représentations sociales in *Pratiques sociales et représentations*, Dir. Abric, J.C. Paris, PUF. pp 83-107
- Gordon, M. (1991), *Diagnostic infirmier : méthodes et applications*, Medsi/Mac Graw-Hill, ed. originale 1982.
- Grosjean & Lacoste, M. (1999), *Communications et intelligence collective. Le travail hospitalier*, Paris, PUF.

Guilbert, L. (1965), *La formation du vocabulaire de l'aviation*, Larousse, Paris.

Terminologie des soins infirmiers Glossaire provisoire N° 2 (N° 9 de la série «Soins infirmiers» éditée par le ministère des Affaires Sociales et de la Solidarité, mis en circulation le 1 nov. 1990, 94 p.

Notes

¹ Le texte de loi définit ainsi l'exercice de la profession infirmière : «Est considérée comme exerçant la profession d'infirmière ou d'infirmier, toute personne qui, en fonction des diplômes qui l'y habilitent, donne habituellement des soins infirmiers sur prescription ou conseil médical, ou bien en application du rôle propre qui lui est dévolu».

² Mais, dans la pratique, il reste l'outil essentiel des infirmières ; c'est elle qui le tiennent, qui en sont responsables. Les médecins s'en servent quotidiennement et si de nouveaux enjeux se font jour, c'est à propos de l'appropriation temporo-spatiale de l'outil.