

*UN ACCOUCHEMENT
DIFFICILE : NAISSANCE
DE LA PROFESSION
D'INFIRMIÈRE
EN SUISSE ROMANDE,
XIX^e-XX^e siècles*

—
Joëlle DROUX

Joëlle DROUX

*Département d'histoire générale
Université de Genève*

S'interroger sur les conditions de naissance, au tournant de ce siècle, d'une profession comme celle d'infirmière peut paraître étrange : on sait en effet que des personnels, hommes ou femmes, majoritairement motivés par leur vocation religieuse, ont été chargés de tous temps du soin des malades, à la fois dans des institutions spécialisées et à domicile¹. Néanmoins, les deux derniers siècles ont impulsé une série de ruptures fondamentales dans les conceptions et le statut présidant à ces activités de soins : les exemples français ou anglo-saxons ne manquent pas pour illustrer le cheminement d'une activité peu valorisée vers une profession à part entière, dotée d'un statut social reconnu, arc-boutée sur une

¹ - Voir GUILLERMAND (J.), *Histoire des infirmières*, Paris (2 vol.), 1988 et 1991 ; et JONES (C.), *The charitable imperative : hospitals and nursing in Ancien Régime and revolutionary France*, Londres, 1989.

2 - Voir LEROUX-HUGON (V.), *Des saintes laïques ; les infirmières à l'aube de la III^e République*, Paris, 1992 et ELLIS (J.D.), *The physician-legislators of France ; medicine and politics in the early third Republic, 1870-1914*, 1990.

3 - Voir BALY (M.), *Florence Nightingale and the nursing legacy*, Londres, 1986 ; sur la réception du « modèle » de l'infirmière Nightingale au Canada, voir COHEN (Y.) et BIENVENUE (L.), « Emergence de l'identité professionnelle chez les infirmières québécoises, 1890-1927 », *Canadian bulletin of medical history*, 1994 (1), p. 119-151.

4 - On remarquera que dans les titres des ouvrages consacrés à l'histoire de cette profession ce double particularisme se marque avec évidence : « Angels and citizens » (SUMMERS (A.)), « La croix et la carrière » (VALSANGIACOMO (E.)), « Cornettes et blouses blanches » (KNIBIEHLER (Y.)), « Saintes laïques » (LEROUX-HUGON (V.)).

5 - La population du canton est de

structure de formation solide, délivrée de ses entraves religieuses. Force est cependant de constater que nulle part cette évolution ne s'est faite sans à-coups ni polémiques : en France, la prise de conscience de la nécessité de former des infirmières laïques a jeté les leaders républicains anticléricaux dans des querelles partisans, au détriment peut-être d'une appréciation plus froide et plus méthodique des besoins réels du secteur hospitalier². En Grande-Bretagne, la figure emblématique de Florence Nightingale, malgré sa flatteuse réputation de réformatrice hospitalière, ne doit pas masquer le caractère limité des résultats pratiques obtenus par ses disciples en matière de soins infirmiers³.

Les recherches historiques les plus récentes dans ce domaine ont bien mis en lumière les difficultés éprouvées par cette profession pour émerger de sa longue préhistoire, comme s'il pesait sur elle la fatalité d'un « Sonderfall » identitaire lié à son statut ambigu, entre vocation et métier⁴. Partout donc, on se trouve face à une profession qui n'a été accouchée qu'aux forceps, au gré de contraintes diverses, mais où, partout encore, le terme de profession semble rimer avec laïcisation. C'est justement pour discuter de cette relation entre processus de professionnalisation et laïcité dans le domaine des soins infirmiers que cet article a été conçu. La question de savoir si la laïcité favorisera l'émergence d'une profession d'infirmière, (et inversement si l'enracinement religieux représenta un blocage irrémédiable de ce processus) m'a poussée à me pencher dans le cadre helvétique sur deux « cas d'école ».

Ce travail se propose en effet d'étudier les conditions d'apparition de la profession d'infirmière en Suisse romande durant les années 1860-1920, à travers l'étude de deux aires politiques, socio-

économiques et culturelles fondamentalement différentes : d'une part le canton de Genève, région très urbanisée⁵, industrialisée, fortement marquée par sa culture protestante, véritable « laboratoire de laïcité », aux élites traditionnellement réputées dans toute l'Europe pour favoriser l'essor des sciences et des arts⁶ ; de l'autre, le canton tout proche du Valais, terre de catholicité convaincue, majoritairement rurale jusqu'à la fin du XIX^e siècle, lourdement et durablement handicapée par une structure urbaine très décentralisée liée à un relief alpin peu hospitalier, par une économie de subsistance et par d'incessants conflits politiques stérilisateurs⁷. Deux mondes voisins donc, bien que fortement contrastés : opposition qui, si on la transposait au champ médical, n'en prendrait que des couleurs plus accentuées encore. Si le canton de Genève se dote en effet, dès 1856, d'un hôpital cantonal à la mesure des ambitions des médecins qui le desservent, le voisin valaisan ne peut offrir, d'un bout du siècle à l'autre, qu'une palette relativement modeste d'institutions mixtes, mi-hospices, mi-hôpitaux, exclusivement communaux. C'est pourquoi, en vertu de l'axiome qui veut qu'on ne compare que ce qui est comparable, la démarche ici proposée ne paraît aboutir qu'à une impasse méthodologique.

Pourtant, l'étude parallèle du statut du personnel soignant dans deux régions de culture si opposées permet d'avancer plusieurs hypothèses de recherche sur les conditions d'apparition et de développement de la profession d'infirmière. Une mise en perspective des situations, notamment hospitalières, de ces deux cantons donne l'occasion de peser le poids relatif, dans l'apparition de cette profession, de toute une série de facteurs : en premier lieu, bien sûr, c'est le facteur religieux qui sera ici soumis à une interrogation serrée.

En ayant particulièrement à l'esprit les critiques portées sous la III^e République par les apôtres de la laïcisation contre les sœurs hospitalières, on peut se demander, à la lumière du cas valaisan, si les religieuses étaient nécessairement ces « empêchuses de progresser en rond » dénoncées par Bourmeville. Le cas genevois permettra de discuter du bien-fondé de la relation inverse censée unir laïcité et progrès scientifique.

L'autre facteur à prendre en considération dans l'apparition de la profession d'infirmière au tournant du siècle est le rôle des médecins dans cette évolution : l'ont-ils accompagnée, ou au contraire freinée ? La confrontation entre un canton sur-médicalisé comme celui de Genève (on compte dans le canton un médecin pour 992 habitants en 1889) et un autre notoirement sous-médicalisé (un médecin pour 3 776 habitants à la même date⁸) semble d'ores et déjà indiquer que la balance penche en faveur du premier. Pour quelles raisons n'en a-t-il pas vraiment été ainsi ?

Troisième et dernier facteur abordé dans cette étude, celui de la politique, comprise comme « direction d'un État et détermination des formes de son activité, ensemble des affaires qui intéressent l'État, manière de les conduire⁹ ». L'argent étant le nerf de la guerre, dans quelle mesure un canton « riche » et doté d'élites responsabilisées face aux problèmes du paupérisme (la création de l'hôpital cantonal genevois ne découle-t-elle pas de cette prise de conscience qu'« en deux endroits l'égalité doit être parfaite : l'hôpital et le cimetière¹⁰ ») est-il avantagé dans le processus d'émergence de la profession infirmière par rapport à un canton réputé parmi les plus pauvres, à la tête duquel l'État n'acceptera d'intervenir financièrement dans les structures hospitalières qu'en 1913¹¹ ? Autrement dit, qui est alors prêt, dans ces deux can-

tons, à investir de l'argent dans ce domaine, et sous quelle forme ?

Pour illustrer ces questions, un cadre chronologique (plutôt que thématique) a été choisi comme étant le plus propre à la mise en perspective de décalages significatifs d'évolution constatés entre ces deux cantons. Dans un premier temps, c'est sur la situation hospitalière héritée de l'Ancien Régime que je me concentrerai, avant d'insister sur les ruptures et les retournements spectaculaires des années 1890, lesquels amèneront une redéfinition du statut du personnel infirmier dans les deux cantons. En outre, la nécessité de réduire mon propos m'obligera à ne prendre en compte que les deux institutions hospitalières les plus importantes dans leur canton respectif : du côté genevois, c'est bien sûr l'hôpital cantonal fondé en 1856, transformé en 1876 à l'occasion de l'adjonction dans ses murs d'une faculté de médecine, qui sera considéré ; du côté valaisan, c'est l'hôpital de la capitale cantonale, Sion, qui apparaît sans conteste, du début à la fin du XIX^e siècle, comme l'établissement le plus « moderne » et le mieux médicalisé¹² du canton. On peut considérer que dans les deux cas, ces établissements non seulement ont attiré au plus haut point l'attention des pouvoirs publics, mais qu'en outre le rôle « d'entraînement » qu'ils ont pu jouer par rapport à d'autres institutions locales ne fut pas négligeable.

LE POIDS DU PASSÉ (1800-1890)

L'HOPITAL CANTONAL DE GENEVE : UN LABORATOIRE DE LAICITE

L'héritage calviniste revisité

Dès son inauguration en 1856, l'hôpital cantonal de Genève hérite d'une

82.876 habitants en 1860 (dont 54.009 pour la commune de Genève), puis 132.609 en 1900 (97.359 pour la commune), dans BAIROCH (P.) et BOVÉE (J.), *Annuaire statistique rétrospectif de Genève*, Genève, 1986.

6 - Voir par exemple MONTANDON (C.), « Sciences et société à Genève aux XVIII^e et XIX^e siècles », Gesnerus, 1975, p. 16-34.

7 - Sur le Valais, voir 1788-1988 : Sion, *La part du feu*, Sion, 1988 ; *Développement et mutations du Valais*, publié par le Groupe valaisan de recherches en sciences humaines, 1976. Le canton du Valais compte 90.792 habitants en 1860, dont 4.203 pour la seule capitale Sion ; en 1900, les chiffres respectifs seront de 114.438 et 6.048 pour Sion. Voir *Recensement fédéral de la population 1990, évolution de la population 1850-1990*, Berne, 1992.

8 - *Bulletin sanitaire et démographique suisse*, 1889.

9 - *Petit Larousse*, édition 1976.

10 - Mémorial des séances de l'assemblée constitutive,

9 mai 1842, cité par F. WALTER, dans *Peu lire, beaucoup voir, beaucoup faire : pour une histoire des soins infirmiers au XIX^e siècle*, Genève, 1992, p. 74.

11 - « Décret du 20 novembre 1913 concernant la participation financière de l'État à l'établissement d'hôpitaux (...) de district et d'arrondissement », dans *Recueil des lois du canton du Valais, 1911-1913*.

12 - Voir DROUX (J.), « Faire de nécessité vertu : l'hôpital bourgeoisial de Sion, Valais, et son évolution », à paraître dans les actes du colloque *Politiques sociales urbaines en France et en Europe (fin XVIII^e-début XIX^e)*, organisé à l'Université d'Angers (avril 1995).

13 - Voir LOUIS-COURVOISIER (M.), « La discipline à l'hôpital général de Genève : un bâtiment ou un concept ? », *Équinoxe*, 1994, p. 77-91.

14 - LOUIS-COURVOISIER (M.), « L'hôpital général de Genève de 1780 à 1798 : quelques indices de médicalisation », *Gesnerus*, 1994, p. 45-65.

lourde hérédité : cet établissement prend en effet la relève de l'ancien hôpital de la ville de Genève, (créé au XVI^e siècle¹³), lequel lui lègue sa laïcité sans concession. Depuis que la Réforme calviniste, en 1536, s'était imposée dans la République, bannissant définitivement les ordres religieux vers des cieux meilleurs, l'établissement hospitalier genevois, desservi par un personnel laïc, avait été considéré par les élites comme un véritable service public destiné aux habitants de la cité. Il convient cependant de s'interroger sur le sens réel du terme « laïc », qui en aucun cas ne doit être compris comme synonyme de neutralité confessionnelle, bien au contraire. L'hôpital légué par le grand réformateur à ses concitoyens était bel et bien dominé par une éthique et des valeurs profondément calvinistes, et la place prépondérante tenue par les pasteurs dans la gestion quotidienne de l'établissement sous l'Ancien Régime le prouve assez¹⁴. Reste que le personnel hospitalier, mis à part les représentants de la Compagnie des pasteurs, était exclusivement composé de laïcs, depuis les domestiques jusqu'à la direction.

La situation demeurera inchangée jusqu'à l'entrée de Genève dans la Confédération helvétique, au lendemain de la chute de Napoléon. A cette date, le rattachement de la République au corps confédéral donnera lieu à des aménagements territoriaux d'une importance capitale pour l'histoire du futur canton. Les traités de Vienne et de Paris attribuent en effet à la cité une ceinture de communes catholiques, auparavant savoyardes ou gessiennes, dotation qui transforme *ipso facto* la Rome protestante en un canton mixte, bi-confessionnel. Du même coup, c'est toute la donne politique qui est bouleversée, et l'exécutif genevois, qui doit tenir les rênes de cette cohabitation confessionnelle, en a

bien conscience. Désormais, le Conseil d'État devra défendre les intérêts de ses concitoyens catholiques, au premier rang desquels le droit à pratiquer leur culte en toute liberté. Rien de plus simple en apparence pour un citoyen actuel, rien de plus fragile au contraire aux yeux de la minorité catholique genevoise, prompt à déceler chez ses concitoyens protestants une arrière-pensée de prosélytisme.

Face à un tel contexte, les autorités politiques n'ont guère eu d'autre choix que de s'en tenir, en tout et partout, mais principalement pour les services publics, au maintien d'une stricte neutralité confessionnelle. Et l'hôpital, lieu sensible entre tous, dorénavant ouvert aux catholiques, n'échappe pas à cette règle : de fait, l'antique laïcité des services subit un changement subtil, mais radical, puisqu'on passe d'une « laïcité protestante » à une véritable « neutralité laïque ». Conséquence pratique : la direction collégiale de l'établissement, en grande partie recrutée dans les rangs des conseillers d'État, va dès lors se trouver exposée à rallumer, malgré elle, une guerre de religion d'un nouveau genre si elle ne prend garde à ne recruter qu'un personnel strictement laïc. La voilà désormais « ligotée » par une contrainte de laïcité qui lui interdit de déroger de quelque façon que ce soit à une neutralité religieuse toute politique : « Le but constant des directeurs de cet hôpital, assure-t-on à l'évêque de Fribourg qui s'inquiète du "péril protestant" auquel ses ouailles sont exposées dans les salles de l'hôpital genevois, est de maintenir dans cet établissement un esprit de concorde et de tolérance envers les malades. Les soins qu'on leur donne sont indépendants de leurs croyances (...). M. le directeur de la maison a recommandé et renouvellera la recommandation aux infirmiers de ne jamais

remettre aux catholiques des livres de dévotion à l'usage des protestants¹⁵ ».

La marge de manœuvre de la direction de l'hôpital pour tout ce qui touche au recrutement de son personnel est donc dorénavant réduite : le maintien de la neutralité confessionnelle l'oblige à fermer les portes de l'établissement à tout représentant d'un ordre religieux. Sans doute le risque était-il faible de voir les administrateurs employer les sœurs de charité catholiques obligeamment introduites dans la cité de Calvin dans les bagages de l'Empire, et qui, depuis lors, n'avaient cessé de développer leurs activités charitables au service de leurs coreligionnaires démunis. Par contre, cette « servitude » laïque pèsera de tout son poids lorsque la communauté protestante romande se dotera de diaconesses, sœurs soignantes modelées sur leurs consœurs catholiques romaines : dès les années 1830, le canton voisin de Vaud voit une telle communauté s'enraciner sur son sol dans le sillage du Réveil protestant, et peupler petit à petit bon nombre d'institutions charitables. A Genève, la politique de neutralité poursuivie du fait de la mixité religieuse prive *de facto* l'hôpital de la ville de cette ressource.

Ce double impératif de neutralité/laïcité traversera tout le siècle, conditionnant la configuration des services infirmiers de l'hôpital de la ville, puis dès le milieu du siècle de l'hôpital cantonal : la préhistoire de la profession d'infirmière dans le canton de Genève ne peut se comprendre sans prendre la mesure de ce facteur déterminant. La laïcité des services et du personnel de l'hôpital n'est plus celle de Calvin : elle ne résulte plus d'un choix culturel, mais d'une obligation politique. Du coup, elle détermine dans les services hospitaliers genevois l'élaboration d'un véritable « laboratoire » de laïcité.

La laïcité : un moteur de progrès ?

On ne peut guère déceler de différence entre le fonctionnement de l'hôpital de la ville¹⁶ (1800-1856) et celui de son héritier, l'hôpital cantonal, tout au moins pour ce qui concerne l'organisation des soins infirmiers. Le service des soins continue en effet à être exercé par un corps d'infirmiers et d'infirmières, sous l'autorité conjointe des médecins de l'établissement et de la direction administrative. Leur nombre augmente régulièrement au cours du siècle, en liaison logique avec la courbe croissante du nombre des malades reçus dans l'établissement : on compte 19 infirmiers/ères (12 hommes et 7 femmes) en 1863 pour 1.757 malades traités dans l'année, les chiffres respectifs pour 1889 s'élevant à 30 soignants (17 hommes et 13 femmes) pour 2.395 malades¹⁷. On ne s'étendra pas ici sur les fonctions de ce personnel, si ce n'est pour souligner leur polyvalence : car au-delà des soins qu'on appellerait aujourd'hui paramédicaux, exercés on s'en doute sous la surveillance et sur les ordres des médecins, ces infirmiers sont également chargés dans l'établissement d'une liste plus ou moins étoffée de tâches d'entretien, de propreté et de surveillance (des malades, mais aussi des visiteurs).

Plus intéressante pour nous se pose la question de savoir comment vivent ces personnels dans l'enceinte de l'hôpital, et plus précisément quelles contraintes pèsent sur leur existence, traçant du même coup les lignes de force de leur statut social.

Plusieurs caractéristiques doivent être relevées. Tout d'abord l'obligation pour le personnel infirmier de résider à l'hôpital, souvent près des chambres des malades, les expose fatalement à des risques de contagion quotidiens. On ne dispose malheureusement pas de statis-

15 - Archives d'État de Genève (AEG), Église catholique romaine, n° 3, vol. I, p. 138-139.

16 - Voir dans ce numéro la contribution de M. LOUIS-COURVOISIER.

17 - ROUILLET (A.), *Rapport à Son Excellence le ministre de l'Intérieur sur divers hôpitaux de Genève, Turin et Milan, Paris, 1864 ; État nominatif des employés de l'hôpital cantonal, 1889 et Rapport annuel de la commission administrative de l'hôpital cantonal de Genève, (ci-après Rapport annuel HC) Genève, 1906 (tableaux récapitulatifs du nombre des malades accueillis depuis 1856).*

18 - Le même précisera quelques mois plus tard que sur trois employés alités durant le mois de novembre, « tous trois ont contracté leur maladie dans l'hôpital », AEG, Archives de l'hôpital cantonal (AHC), T1/36.5 (2), rapports mensuels de l'économe, mars et novembre 1881.

19 - AEG, AHC, Rapport du conseil de santé sur l'hôpital de Genève, 17 juin 1849.

20 - Mémorial du Grand Conseil du canton de Genève, mai 1916.

21 - AEG, AHC, T1/36.5 (2), juillet 1882.

22 - Voir DROUX (J.), « Personnel soignant et médicalisation de l'hôpital : les liaisons fiévreuses », dans F. Walter, *op. cit.*, p. 93-120.

tique de mortalité ni de morbidité du personnel avant les années 1910, mais ce que l'on peut lire de façon cursive entre les lignes des rapports administratifs révèle un tableau peu glorieux : pour le seul mois de mars 1881, le rapport du directeur signale « la maladie suivie de mort de notre infirmier V., qui était attaché à l'établissement depuis 16 ans. M. B., jeune infirmière de 23 ans, est aussi malade depuis longtemps et nos docteurs estiment que sa fin est prochaine. Enfin nous avons dû accorder un congé d'un mois (...) au chef infirmier H.M., sa santé exigeait qu'il parût immédiatement (...). J'en aurai fini avec la maladie, en indiquant L., infirmier de chirurgie, qui vient de prendre un érysypèle et qui a dû quitter son service¹⁸ ». La litanie des rapports mensuels, sans pointer les causes d'une telle morbidité, affecte tout de même lucidement une origine environnementale à ces réactions pathologiques. Il est vrai que les heures de repos sont sévèrement règlementées et limitées, les sorties nocturnes, notamment, restant interdites aux infirmiers/ères : ceux-ci se trouvent donc confinés dans les murs de l'établissement jour et nuit, au même titre qu'une sœur hospitalière dans un établissement catholique. Aucune chance pour eux d'échapper au milieu « morbifère » qui est celui de leur lieu de travail et de résidence. Qu'une faille se glisse dans les normes « désinfectrices » du dispositif architectural hospitalier, et les voilà exposés aux pires effluves : pour ne donner qu'un exemple, un rapport médical de 1849, destiné à éclairer les autorités cantonales sur la salubrité de l'ancien hôpital, note que « la chambre des infirmiers du 1^{er} étage, située à l'angle nord-est ayant une porte de dégagement qui confine aux latrines et au lavoir des chiffons est fréquemment infectée par les émanations (...), dont les égoûts ne trouvent pas une

issue assez libre (...). Il est à désirer que le réservoir général des égoûts ait un dégorgement facile et continu pour éviter le reflux des liquides, qui gênés dans leur cours, s'infiltrent dans les murs et deviennent ainsi un foyer permanent d'infection¹⁹ ».

Même si l'inauguration, en 1856, d'un nouveau bâtiment mieux adapté aux fonctions purement médicales de l'institution permit en grande partie de pallier les insuffisances les plus flagrantes, de graves problèmes restèrent constamment posés à la direction dans le domaine de la protection sanitaire de son personnel. Et ce d'autant que la discipline de fer à laquelle celui-ci était astreint s'accompagnait de rythmes de travail dantesques : si des horaires quotidiens de 16 heures sont encore évoqués en 1916²⁰ comme cas d'exception, il n'en était pas de même quelque 20 ans plus tôt. Résidant sur son lieu de travail, cette main-d'œuvre hospitalière s'avère quasiment « taillable et corvéable à merci », si bien qu'un infirmier, justifiant en 1882 une demande de congés de 15 jours, peut faire valoir que « depuis 7 ans qu'il est dans la maison, il n'a eu que trois jours de congé²¹ ».

Certes, le fait de vivre dans l'institution et à ses frais (logés et nourris) représente probablement pour ces infirmiers/ères laïques un avantage intéressant en leur ôtant le souci quotidien du vivre et du couvert. Mais ces « privilèges » se payent au prix fort : le salaire des infirmiers/ères, du début à la fin du siècle, relève des échelons les plus bas du marché du travail. Pas plus qu'une femme de chambre, nous dit-on dans les années 1830 : à peine mieux qu'un garçon de ferme, répercutent nos sources des années 1890²². Une comparaison des salaires annuels d'infirmiers/ères au cours du XIX^e siècle avec ceux d'autres secteurs professionnels

montre sans ambiguïté possible qu'il s'agit bien là d'une occupation parmi les plus mal payées²³. Sans compter le plus grave, à savoir l'incapacité d'épargner, qui rend les (rares) employés de l'hôpital ayant fini leur carrière dans l'établissement totalement dépendants de la « bonne volonté » de la direction à leur égard : si celle-ci est contente d'eux, c'est, au mieux, la promesse d'une modeste pension de retraite qui leur est allouée à leur sortie. Le pire, c'est ce qui arrive en 1887 à une infirmière devenue subitement aveugle après 16 ans de fidèle service : l'hôpital daigne, par pitié, la recueillir dans une salle, sans salaire, avant de la rapatrier quelques années plus tard dans son canton d'origine « munie d'une petite somme de 10 francs²⁴ » pour tout pécule.

Sans verser à tout prix dans le misérabilisme, force est de constater que les horizons pécuniaires ouverts au personnel hospitalier n'ont rien de bien attrayant : d'autant plus que le bas niveau des salaires, aggravé par un plafonnement rapide (maximum atteint après trois ans de service), signifie pour ceux qui s'engagent à l'hôpital l'impossibilité matérielle d'entretenir un foyer. Pour la plupart des employés concernés, s'engager à l'hôpital, c'est se résoudre au célibat. La laïcité du personnel n'a donc pas contribué à créer une profession digne de ce nom, c'est-à-dire grâce aux revenus de laquelle une famille puisse vivre ou même survivre.

Au total, nos sources dessinent une scène hospitalière pitoyable, dans laquelle les perspectives de carrière s'annoncent bien sombres. Du reste, le terme même de carrière semble bien peu adapté à la situation des infirmiers/ères de l'hôpital, dans la mesure où il sous-entend un choix personnel de longue haleine qui ne correspond que très imparfaitement au « profil » du personnel

soignant laïc de l'établissement. Là encore, on manque de sources statistiques pour avancer des chiffres sûrs, mais l'impression qui prévaut à la lecture des archives est celle d'un personnel qui n'a échoué dans les services hospitaliers que par hasard ou par nécessité : le portrait robot de l'infirmier d'hôpital, depuis le début du siècle au moins²⁵, oscille entre plusieurs catégories sociales floues, qui vont du chômeur potentiel préférant travailler à l'hôpital que tomber dans la misère, à l'ancien malade recruté pendant sa convalescence pour balayer les salles et qui, une fois celle-ci passée, se fait engager comme veilleur ou aide-infirmier. A quoi il faut encore ajouter ces jeunes gens des campagnes, pour qui travailler à l'hôpital représente probablement un passeport d'entrée dans le monde urbain, une sorte de « sas d'acclimatation » sur le chemin d'un exode rural plus ou moins durable. Pour cette catégorie de personnel, le service hospitalier se solde fréquemment par un échec en forme de drame : ceux qui échappent à la maladie et à l'usure prématurée ne peuvent, semble-t-il, résister aux contraintes de fer du système hospitalier qu'en se jetant dans l'alcoolisme (un des fléaux le plus souvent dénoncés par la direction) ; c'est le cas de cet infirmier de chirurgie qui, « buvait des liqueurs dès le matin et sans être ivre, était comme abruti pour la journée. Il cédait pour quelques temps aux observations qu'on lui faisait mais il retombait dans ses habitudes de vieux soldat²⁶ ». Pour certains, l'insoumission à des normes disciplinaires extrêmement contraignantes peut prendre d'autres visages, par exemple celui de la violence, verbale ou physique : envers les malades, parfois, envers les collègues, souvent, ces deux formes de rébellion entraînant immanquablement le renvoi des employés incriminés²⁷. Pour un nombre non négligé

23 - En 1884, le salaire maximum accordé au personnel infirmier de l'hôpital est de 500 francs par an pour les hommes et 350 francs pour les femmes : c'est largement au-dessous des professions telles qu'agent de police, commis dans l'administration cantonale ou encore manœuvre dans le bâtiment, cités par Roger GIROD, « Évolution comparée du gain annuel de manœuvres, d'ouvriers, d'employés et de dirigeants depuis un siècle environ : le cas de Genève », *Revue suisse d'économie politique et de statistique*, 1908, p. 250-256.

24 - AEG, AHC, T1/36.5 (3), août 1887 et juin 1892.

25 - Mêmes constatations dans DROUX (J.), « Personnel soignant... », *op. cit.*, et dans l'article ci-dessus de M. LOUIS-COURVOISIER, ainsi que dans FAURE (O.), *Genèse de l'hôpital moderne : les hospices civils de Lyon de 1802 à 1845* (pour le personnel civil), Lyon, PUL, 1982.

26 - AEG, AHC, T1/36.5 (3), février 1890.

27 - Mêmes phénomènes pour une institution allemande étudiée par WINDHOLZ (G.), « Psychiatric treatment and the condition of the mentally disturbed at Berlin's Charité in the early decades of the 19th century », *History of psychiatry*, 1995, p. 157-176.

28 - Sur cette institution, consulter FRANCILLON (D.), (sous dir.), Valérie de Gasparin, une conservatrice révolutionnaire, 1994, et particulièrement la contribution de D. FRANCILLON, « L'œuvre sociale : la réalisation d'un idéal ; de la charité pratique à la profession d'infirmière », p. 100-136.

29 - AEG, AHC, T1/36.5 (1), mars 1869.

30 - DROUX (J.), « Personnel soignant... », *op. cit.*

31 - *Rapport annuel HC pour 1901*, p. 15.

geable de cas, l'hôpital ne paraît donc pouvoir attirer que des victimes de la conjoncture, artisans en mal de placement ou immigrés ruraux qui acceptent provisoirement cette place pour se familiariser avec l'atmosphère de la grande ville avant d'aller chercher fortune ailleurs, vers la gamme des activités plus ou moins qualifiées fleurissant sur le pavé urbain.

D'autres cas plus « positifs » apparaissent plus fréquemment dans le dernier tiers du siècle : ainsi, l'hôpital recrute de plus en plus chez les infirmiers militaires, rapidement formés par l'armée (à la discipline plus encore qu'à la médecine), et qui cherchent à rentabiliser dans le civil les notions glanées dans le rang ; au sein du personnel féminin, ce sont, dès les années 1860, des jeunes garde-malades formées à l'école laïque de La Source (Vaud)²⁸ qui s'embauchent dans les services de l'hôpital pour y parfaire leurs connaissances pratiques. Mais ces nouveaux venus sur le marché de l'emploi hospitalier feront vite le tour des maigres perspectives d'avancement offertes par l'institution à ses meilleurs éléments : c'est le cas de ce couple d'infirmiers « bons sujets qui ont rendu de réels services à l'hôpital » ; lesquels, « s'étant mariés, ont dû songer à se créer une position moins précaire, et ont déclaré que l'insuffisance du traitement était la seule cause de leur retraite. Il est évident pour moi (ajoute le directeur du personnel) que, au fur et à mesure que nos infirmiers trouveront des emplois plus lucratifs, ils nous quitteront. Leur traitement n'est plus assez élevé pour les retenir dans un service rebutant toujours et dangereux souvent pour leur santé²⁹ ».

Conséquence inévitable de cette situation, l'incroyable instabilité du personnel infirmier laïc qui grève lourdement le fonctionnement quotidien de l'établissement : départs volontaires ou

renvois se succèdent à une cadence accélérée, confrontant la direction à d'insolubles problèmes de recrutement. Pour la première moitié du siècle, on a pu évaluer la « longévité » du personnel dans les services soignants de l'hôpital de la ville : environ 40 % des infirmiers/ères restent moins de 18 mois, et 12 % environ y demeurent au moins 5 ans³⁰. Pour l'instant, faute de sources, une comparaison portant sur l'hôpital cantonal n'est pas encore possible. Mais, là encore, quelques relevés non exhaustifs en disent long : sur les deux années 1901-1902, l'hôpital a enregistré 77 départs, pour un effectif total de 150 personnes. C'est donc chaque année plus du quart des employés de l'établissement qui se renouvelle, entraînant un roulement continu dans les services soignants. Car les mutations concernent, de l'aveu même des administrateurs, plus fréquemment les infirmiers que les autres catégories d'employés, dans la mesure où il s'agit là de secteurs où « pour le service des malades, nous sommes obligés d'exercer une discipline plus stricte encore qu'ailleurs » et pour lesquels, par conséquent, « le recrutement est des plus difficiles, (car) on trouve avec peine des jeunes gens sérieux, s'acquittant de leur devoir avec tout le dévouement indispensable pour qu'il soit bien accompli, et se soumettant facilement aux règles de conduite que ce devoir même leur impose³¹ ».

C'est donc une véritable spirale d'effets pervers qui provoque la perpétuation des phénomènes de mobilité : la fonction d'infirmier est déjà dévalorisée de par sa faible rémunération, mais elle l'est plus encore peut-être, par les normes disciplinaires inhumaines du fonctionnement hospitalier pesant sur ceux qui endossent cette activité. Par contrecoup, l'activité n'attire que peu de bons candidats, et n'en retient aucun.

L'image de la « profession » en pâtit automatiquement, à tel point que seuls se présentent pour l'accepter des candidats économiquement et socialement instables, dont le statut précaire finit par déteindre sur la charge qu'ils remplissent. Au bout du compte, la laïcité n'a certes pas abouti, dans le cas genevois tout au moins, à la valorisation de cette activité : pour casser cette spirale, il aurait fallu que les pouvoirs publics se donnent les moyens d'intervenir à l'un ou l'autre bout de la chaîne, poussant soit à une amélioration du recrutement, soit à un relèvement matériel de la profession.

Des blocages politiques structurels

Face aux lacunes criantes de l'organisation hospitalière, la direction de l'établissement n'a guère varié dans ses réponses du début à la fin du siècle. Si en effet les responsables n'ont jamais manqué de reconnaître les insuffisances du personnel soignant, leur capacité de réaction s'avérait particulièrement limitée par toute une gamme de freins institutionnels et politiques. Au premier rang de ceux-ci, on l'a déjà dit, la laïcité imposée aux établissements hospitaliers publics génère des blocages durables, mais ne saurait être remise en cause tant que la situation confessionnelle du canton reste « sensible ». C'est à plus forte raison le cas dans les années 1870, lorsque les radicaux genevois jettent leur canton dans la voie d'un Kulturkampf particulièrement belliqueux à l'égard des corporations catholiques, les expulsant sans ménagement dès 1875.

La contrainte de laïcité se marquant donc plus que jamais dans l'organisation des services hospitaliers, les autorités sont obligées de s'accommoder tant bien que mal de la situation, et d'en accepter

avec fatalisme les effets pervers : la rotation accélérée du personnel dans les services fait donc partie des « structures » de l'organisation hospitalière du début à la fin du XIX^e siècle, sans qu'aucune véritable tentative de relèvement soit entreprise. Comment alors expliquer un tel immobilisme ? On ne peut certes pas accuser les responsables hospitaliers de myopie, eux qui truffent avec constance leurs rapports annuels des mêmes remarques désabusées quant à la déplorable qualité du personnel soignant de l'hôpital.

Le premier élément de réponse réside dans le faible degré de complexité et de technicité des soins jusqu'à la fin des années 1880 : tant que les pratiques minutieuses d'asepsie et d'antisepsie ne seront pas rentrées dans les mœurs médicales et hospitalières, on n'aura somme toute pas besoin d'un personnel hors pair pour accomplir des tâches de propreté et de surveillance élémentaires. Comme l'affirmera sans ambages un des plus fameux professeurs de la faculté de médecine quelques années plus tard « ce qui caractérise le parfait infirmier, c'est la propreté, l'ordre, la conscience, la fidélité aux prescriptions du médecin, la moralité et le dévouement³² ». Dans un tel contexte, l'instabilité du personnel infirmier, si elle représente sans nul doute une gêne pour la gestion au quotidien des services médicaux, n'est cependant par rédhibitoire. Elle l'est d'autant moins que l'hôpital du siècle dernier n'est encore que très incomplètement devenu cette machine à guérir jadis célébrée par Foucault. Olivier Faure l'a justement rappelé pour la France, « la demande qui s'adresse aux hôpitaux est polymorphe et largement dominée par les besoins d'assistance et d'hébergement³³ ». Recours obligé de toutes les formes de l'indigence urbaine, l'hôpital cantonal de Genève n'abritait-il pas,

32 - Remarque du professeur JULLIARD (G.), dans *Rapport annuel HC pour 1894*, p. 85.

33 - FAURE (O.), *Histoire sociale de la médecine (XVIII^e-XX^e siècles)*, Paris, 1994, p. 196.

34 - Rapport annuel HC pour 1870, p. 20.

35 - Voir DROUX (J.), « Personnel soignant... », *op. cit.*

36 - Seuls les assistants internes et les chefs de clinique sont encore logés et nourris à l'hôpital en 1902 : voir AEG, AHC, « Règlement du service des cliniques de l'hôpital cantonal et de la maternité », 13 juin 1902.

quant à lui, encore 580 « chroniques » sur 884 malades en 1869³⁴ ? Pour assumer les charges issues directement de cette demande sociale et nutritionnelle, était-il alors nécessaire d'embaucher un personnel de qualité, ou même de sacrifier sur les deniers publics pour le bien payer et le mieux retenir ? Si la question infirmière avait seule été en jeu, peut-être, mais ce n'était justement pas le cas.

Ce « taux de mobilité » du personnel infirmier, en effet, a été en grande partie compensé par une forte présence médicale dans les services hospitaliers. Genève est traditionnellement un canton où la carrière médicale attire bon nombre de recrues : et si au début du siècle les jeunes carabins genevois étaient encore forcés de quitter la ville pour se former dans les grandes facultés européennes (Edimbourg, Paris, Montpellier...), il n'en est plus de même dès le milieu du siècle. Dès les années 1840, l'hôpital de la ville accueille dans ses murs deux jeunes internes censés se former à leur future profession sous la surveillance des médecins de l'établissement. La création de cet échelon intermédiaire règle *ipso facto* les problèmes posés par l'insuffisance du personnel infirmier : en confiant à leurs internes la majeure partie des tâches de responsabilité jusqu'alors concédées aux infirmiers, la direction pouvait s'accommoder plus facilement de la médiocrité chronique d'un personnel relégué aux travaux subalternes³⁵. Dès cette date, les internes occupent donc une place croissante dans les services hospitaliers, et cela sans avoir à affronter les graves conflits de préséance auxquels leurs collègues français s'étaient trouvés confrontés avec les religieuses. Rien de tel dans le cas genevois, puisqu'aucun corps constitué représentant les infirmiers « spoliés » ne pouvait s'opposer à ce « hold-up » organisationnel et à ses effets stérilisants pour l'avenir de

la profession. Et cela d'autant plus que le nombre de ces internes, logés eux aussi à l'hôpital, et assurant ainsi en lieu et place des anciens infirmiers la permanence des soins, ne va cesser de croître : si l'hôpital ne compte que quatre médecins et deux internes en 1863, la création de la Faculté de médecine en 1876 portera progressivement leur nombre à huit médecins et seize assistants³⁶ (1910). La transformation de l'hôpital en machine à guérir et à enseigner se solde donc par un double rétrécissement de perspective pour les infirmiers : privés des responsabilités qui fondaient leur identité pré-professionnelle, relégués au rang de simples exécutants, leur statut s'en verra durablement entamé. Autant dire que les chances d'attirer vers ce secteur professionnel des éléments issus des classes bourgeoises et moyennes, avides d'ascension sociale, se rétrécissaient comme peau de chagrin au cours du siècle.

On peut donc en conclure qu'une priorité politique a été consciemment accordée à Genève à la formation des médecins, et que celle-ci s'est opérée au détriment d'une éventuelle revalorisation des fonctions soignantes. La « concurrence » entre ces deux acteurs hospitaliers s'est donc déroulée au niveau de la formation, plus encore qu'à celui des pratiques : on n'y a pas vu d'oppositions « spectaculaires » entre des médecins assoiffés de pouvoir et des infirmiers/ères accrochés à leurs prérogatives comme cela a été le cas ailleurs, notamment en France. La concurrence s'est jouée ailleurs, de façon plus feutrée, lorsque le canton a fait le choix de miser sur la formation médicale : il n'y avait pas là place pour deux, et cela d'autant moins que le poids financier de ce secteur mixte (assistance, soins médicaux et enseignement scientifique) asphyxiait déjà le budget du canton.

L'autre élément fondamental qui doit en effet rentrer en ligne de compte pour expliquer cet immobilisme apparent en matière de réforme infirmière dans les établissements hospitaliers genevois est celui de l'incapacité budgétaire. Pour relever cette profession d'infirmier laïc, il eût fallu s'engager résolument dans la voie d'une double revalorisation matérielle de la profession : en augmentant les émoluments de base, en les tirant vers le haut grâce à une échelle de salaire tenant compte de l'ancienneté et de la compétence, on aurait peut-être été en mesure d'attirer et de retenir des individus socialement plus stables, susceptibles d'ancre la profession dans le paysage socio-professionnel du canton. Mais cette voie-là fut constamment barrée par les obstacles financiers : l'hôpital cantonal de Genève, dont la création fut décidée sans que les politiciens impliqués aient vraiment pris conscience des implications budgétaires, a dû traîner durant des décennies l'existence misérable d'un projet ambitieux dépourvu de ressources³⁷. La lecture des archives hospitalières livre à l'historien le récit d'un fonctionnement de « bouts-de-chandelle », où chaque verre de vin et chaque miche de pain, dûment décomptés et pesés, doivent être justifiés par l'économiste ; où toute innovation dans le service médical nécessite de la part du comptable des prouesses arithmétiques ; où chaque aménagement architectural commandé par le nombre croissant de malades implique un retour au législatif. Dans un tel contexte de crispation budgétaire, l'État ne défait jamais les cordons de sa bourse que pour le strict nécessaire, les infirmiers ne faisant partie de cette heureuse catégorie qu'au titre de leur seul traitement.

Autant dire que rien n'a vraiment été prévu pour améliorer véritablement leurs conditions matérielles : les

employés de l'hôpital représentaient déjà une charge assez lourde pour le budget hospitalier (les traitements représentent 16,3 % des dépenses en 1860, 14,5 % en 1880, sans compter le coût de leur entretien³⁸), et l'on préféra perdre de l'argent en subventionnant l'activité assistanciel de l'établissement, plutôt qu'en misant sur des individus à l'identité sociale et professionnelle opaque.

En effet, l'étude des clientèles hospitalières telle qu'elle ressort des comptes annuels montre que l'hôpital accueillait majoritairement des malades sinon carrément indigents, du moins en situation matérielle difficile : en 1860, 70 % des malades entrés sont pris en charge financièrement par une institution d'assistance³⁹ (le même chiffre passera à 76 % en 1880). A cet égard, la position géographique et économique de Genève, ville-canton attirant bon nombre de travailleurs étrangers peu fortunés, explique largement cette situation : la part des malades genevois reçus à l'hôpital décroît régulièrement, passant de 51 % en 1860 à 37 % en 1890 (en relation directe avec la montée des habitants d'origine non genevoise dans la population résidente du canton⁴⁰). Or, la politique d'accueil dictée par les autorités politiques, malgré les inévitables tentatives de repliement, n'a jamais varié : tout indigent malade, quelle que soit sa nationalité, doit être reçu et soigné s'il se présente à l'entrée de l'hôpital cantonal.

De plus, l'établissement cantonal ne réclamait des institutions d'assistance qu'un prix de la journée nettement inférieur au prix de revient effectif : alors que dès 1872 celui-ci dépasse régulièrement les trois francs, l'hôpital continuera d'être remboursé jusqu'en 1892 sur la base des 1,50 franc fixé lors de sa création en 1856. Chaque année, c'est donc à l'État d'éponger un déficit hospitalier chronique, laissant de fait bien peu de possi-

37 - Même constatation pour une autre création sanitaire du radicalisme genevois, la Maison d'asile pour les vieillards, étudiée par FROMMEL (B.), *De l'assurance pour la vieillesse aux rentes genevoises*, Genève, 1993.

38 - Chiffre calculé d'après le « Détail annuel du compte des journées », dans la série des Rapports annuels de l'HC.

39 - D'après les tableaux récapitulatifs réunis dans *Rapport annuel HC pour 1906* ; les malades ne ressortissant pas d'une institution d'assistance sont les pensionnaires et les membres d'une société de secours mutuel. Les autres sont pris en charge soit par l'assistance publique s'ils sont genevois, soit par le département de Justice et Police s'ils ne le sont pas.

40 - D'après BAIROCH (P.) et BOVÉE (J.), *op. cit.*, la part de la population résidente d'origine genevoise est de 49,4 % en 1860, 41,9 % en 1889, 38 % en 1888.

41 - PICOT (J.),
Statistique de la Suisse,
1830, p. 542.

42 - Voir
ERNI-CARRON (M.),
*La lutte contre le
choléra et son effet
révélateur : le cas du
Valais (1831-1867)*,
Fribourg, 1992.

43 - C'est largement le
cas dans les trois
premiers quarts du
siècle pour ce qui
concerne la lutte contre
les épidémies, mais
l'effort en faveur de la
formation des sages-
femmes semble avoir
gagné plus d'écho :
voir
VOUILLOZ BURNIER
(M.F.), *Répercussions
de la politique de la
santé sur la formation
des sages-femmes en
Valais au XIX^e siècle*,
(thèse dactyl.), Genève,
1993.

bilités d'investir dans une revalorisation de la profession d'infirmier qui passerait avant tout par un relèvement salarial.

En conclusion, on peut affirmer que la laïcité du personnel infirmier, telle qu'elle apparaît à travers le cas genevois, n'a en aucune façon représenté une caractéristique nécessaire et suffisante à l'apparition d'un corps professionnel reconnu : bien au contraire, cette laïcité peut être considérée non seulement comme le talon d'Achille de l'institution hospitalière, mais surtout comme un frein puissant à l'élaboration d'une profession dotée d'un statut social clairement identifiable, d'une image positive, d'une formation validée. Inversement, le cas d'un établissement valaisan desservi par un personnel religieux peut servir de test pour évaluer l'impact de la confessionnalisation des soins sur l'évolution hospitalière et sur l'émergence de la profession soignante.

LES HOPITAUX VALAISANS : SOUS-MÉDICALISATION ET VOCATION INFIRMIÈRE

Les vertus de l'obscurité

L'histoire médicale et hospitalière du Valais au XIX^e siècle se laisse beaucoup plus facilement résumer que celle de son voisin genevois, dans la mesure où ce canton, quasi-autarcique et peu vivifié par les courants économiques propres à la modernité semble traverser le siècle dans une sorte de léthargie. Certes, l'Ancien Régime n'est plus totalement de mise depuis l'entrée du Valais dans le corps confédéral (1815), mais le « Vieux Pays » s'ingénie à conserver du début à la fin du siècle les traits ancestraux qui, aux yeux de ses compatriotes helvétiques, « ne paraissent pas faits pour le siècle où nous vivons⁴¹ ». Les mots perfides de ce témoin genevois et pro-

testant à l'encontre de ses confédérés catholiques ne décrivent pas seulement les conditions matérielles arriérées du Valais, mais pourraient à bon droit être employés pour dépeindre les principales caractéristiques du système médico-social local. On a en effet affaire avec le Valais à un canton où le pouvoir central, traditionnellement faible, délègue la majeure partie des prérogatives administratives et légales aux pouvoirs locaux, principalement aux communes. Les domaines de l'assistance sanitaire et sociale ne font pas exception : les municipalités gèrent ces attributions comme bon leur semble ou presque, au sein des rares lois-cadres édictées sur ces sujets⁴². C'est dire qu'en dehors des quelques centres urbains où des médecins bien isolés parviennent à peine à survivre de leur art, les rares impulsions venues d'en haut s'étiolent, faute de ressources et d'énergie, avant même d'avoir atteint le commun des mortels⁴³. C'est dire également si le paysage hospitalier valaisan demeure archaïque en comparaison de son voisin genevois, prompt à la centralisation des ressources, autant qu'à la médicalisation de ses services.

Rien de tel en Valais où l'hôpital de la capitale Sion, le mieux pourvu des établissements du canton, conserve au XIX^e siècle la même orientation que sous l'Ancien Régime : il s'agit là d'une institution mixte, plus hospice affecté aux pauvres qu'hôpital ouvert aux malades. Destiné en priorité aux habitants de la cité et de ses proches environs, l'hôpital ne dédaigne pas, conformément à la tradition des institutions charitables d'inspiration chrétienne, d'ouvrir ses portes (et surtout ses tables) aux indigents de passage, particulièrement nombreux dans un canton-frontière comme le Valais (le sillon rhodanien reliant directement l'Italie à la France via Genève par les cols du Simplon et du Grand-Saint-

Bernard). Il en résulte une situation hospitalière particulière, dans laquelle la polyvalence des services se répercute profondément sur l'identité de celles qui les desservent : en effet, depuis leur introduction dans l'établissement en 1773, ce sont des religieuses hospitalières dites de Sainte-Marthe qui assument au quotidien cet idéal de charité universelle. Ici, aucune autre éthique que celle dictée par un catholicisme triomphant ne vient troubler la marche de l'établissement : ni les contraintes politiques liées à la neutralité confessionnelle, ni la nécessité de produire et reproduire un corps médical performant ne viennent troubler l'existence obscure des sœurs et des divers pensionnaires accueillis dans l'enceinte hospitalière.

De fait, la place des médecins dans l'organigramme de l'institution séduinoise reste très limitée et en aucune façon prioritaire jusqu'aux années 1860-1870 : si un médecin de la ville est censé venir s'occuper des malades et des assistés de l'établissement, sa présence reste épisodique jusqu'au premier règlement médical connu (1861), lequel prescrit au praticien « élu » le minimum d'une visite quotidienne. Mais jusqu'à cette date, et encore bien après, les charges de soin et d'accueil des malades reposent essentiellement sur les sœurs, tandis que la direction du « ménage » hospitalier est l'affaire d'un ecclésiastique (le « recteur ») et d'une commission administrative⁴⁴. La communauté des sœurs, vu la modeste taille d'un établissement qui n'abrite guère plus de 15 malades en moyenne par semaine à la fin du siècle (contre 303 à la même date pour l'hôpital cantonal de Genève⁴⁵), n'a rien des plantureuses congrégations françaises étudiées par C. Langlois⁴⁶. Communauté strictement locale, au statut religieux mal défini, exclusivement rattachée à l'établissement de Sion, celle de Sion ne bénéficie

d'aucune autonomie, restant « pieds et poings liés » à la direction de l'hôpital, qui seule décide du nombre des entrées au noviciat, en fonction des besoins. Par conséquent, la communauté ne croît qu'à un rythme très lent, suivant avec retard la courbe des admissions : pour recueillir la soixantaine de personnes, pensionnaires et malades, qui y logent, sans compter les vagabonds de passage qui y échouent, elles sont 11 sœurs en 1828. Dès 1867, avec 53 pauvres ou pensionnaires résidents, 449 voyageurs épisodiques et 157 malades soignés, la communauté compte désormais une quinzaine de sœurs ; elle ne frisera la vingtaine qu'à l'orée du siècle.

On ne dispose malheureusement pas sur leur compte d'archives aussi loquaces qu'à Genève, mais on peut tout de même affirmer qu'un certain consensus valide l'existence et les performances des sœurs de l'hôpital. Si on est très loin, en effet, des critiques sans cesse renouvelées de Genève contre ses infirmiers laïcs, on l'est plus encore des farouches polémiques alimentées bien malgré elles par les religieuses françaises sous la III^e République. Certes leur existence obscure, littéralement enfermées avec les pauvres qu'elles nourrissent et soignent, ne les exposait guère à la vue et encore moins à la critique du public ; mais plus encore leur statut religieux, même s'il souffre d'un flou que les autorités ecclésiastiques du siècle suivant auront bien du mal à éclaircir, les protège de toute remise en question dans un canton où le catholicisme demeure tout-puissant, et dans une ville qui rassemble, sous la houlette de l'évêque, les élites les plus conservatrices. Du reste, l'accession éphémère au pouvoir des radicaux anticléricaux de 1848 à 1857, qui signe la disparition (provisoire) de communautés religieuses prestigieuses et un combat acharné contre l'influence du clergé sur

44 - A partir de 1919, le recteur est remplacé par un directeur laïc ; voir VANNOTI (F.), *L'hôpital de Sion à travers les siècles*, Sion, 1987.

45 - Chiffres tirés du *Bulletin sanitaire et démographique suisse*, 1895.

46 - LANGLOIS (C.), *Le catholicisme au féminin : les congrégations françaises à supérieure générale au XIX^e siècle*, Paris, 1984.

47 - Mais la seule source disponible pour ce calcul, à savoir la « Chronique » de la communauté (Sion, Archives de la communauté), ne paraît pas très fiable : elle ne tient pas forcément compte des jeunes filles qui, entrées à l'hôpital comme servantes, n'auraient pas persisté dans leur vocation et auraient quitté l'établissement avant d'avoir fait profession.

48 - Calcul établi d'après la Chronique, et ne tenant compte que des sœurs décédées dans l'institution.

49 - Archives communales de Sion (A.C. Sion), « Protocole des séances du conseil mixte de l'hôpital de Sion », 10 mai 1861.

les masses, ne menacera jamais les religieuses de l'hôpital de Sion.

L'historien ne peut guère tirer de ce silence apparent des sources une conclusion assurée sur la qualité du service des sœurs, ni affirmer, sans tomber dans l'apologie, qu'elles furent de tout temps des anges de bonté, de propreté ou de minutie. Néanmoins, ce consensus autour des sœurs révèle que pour ce type d'établissement mixte, s'efforçant de vivre en autarcie autant pour satisfaire ses besoins nourriciers que pour remplir son rôle médical, le recours à une communauté religieuse cumulait plusieurs avantages, en contentant apparemment tout le monde.

Faire de nécessité vertu

L'engagement de religieuses pour desservir l'hôpital de Sion, décidé à la fin de l'Ancien Régime par les autorités régissant l'hôpital de la ville, répondait à un « pari » que le siècle suivant ne démentit jamais. En confiant les services de la seule entreprise de charité de la cité à des sœurs, les élites dirigeantes misaient avant tout sur les qualités très prosaïques que seule une communauté religieuse pouvait offrir. En tout premier lieu, la stabilité : ayant choisi la voie hospitalière par vocation, les sœurs s'y tiennent pour la plupart leur vie durant (seules 13,8 % des postulantes entrées entre 1773 et 1900 quitteront la vie religieuse⁴⁷). Elles offrent donc à l'établissement une garantie de continuité dans l'organisation interne des services ; et cela d'autant plus qu'entrées assez jeunes dans la communauté (âge moyen à l'entrée d'environ 26 ans pour le XIX^e siècle), elles feront montre d'une remarquable longévité (âge moyen au décès d'environ 60 ans). Un rapide calcul, basé sur les 48 sœurs entrées à l'hôpital entre 1773 et 1900⁴⁸ révèle une

durée moyenne de « carrière » de 32,25 ans. On se trouve donc avec cette communauté en présence des véritables « cadres » de l'institution, qui en connaissent et maîtrisent probablement tous les rouages. Autre avantage, qui renforce le précédent, celui de la permanence : présentes à l'hôpital de jour comme de nuit, elles suppléent l'absence du médecin en prenant en charge tous les « clients » potentiels, malades comme indigents de passage. Omniprésence que les médecins apprécient à sa juste valeur, puisqu'elle leur permet de se consacrer à leur clientèle tout en laissant leurs malades hospitalisés à la surveillance experte des sœurs.

En outre, leur polyvalence leur permet de répondre à toute une gamme de besoins, faculté fondamentale pour un établissement si modeste et une communauté plutôt réduite : chaque sœur peut et doit assumer toutes les fonctions et tous les services offerts par l'hôpital. Rien ne leur échappe, comme le révèle le règlement de 1861 : « Les sœurs religieuses sont chargées du soin des malades, des pauvres, des passagers et autres personnes admises à recevoir des secours de l'hôpital. Elles s'occupent spécialement du service économique intérieur, de tout ce qui concerne la literie, la lingerie, le blanchissage, la cuisine, le service des bains, l'éclairage, l'alimentation, le chauffage, et la propreté de l'hôpital⁴⁹ ».

D'autre part, une remarquable capacité d'adaptation caractérise les sœurs de cette communauté, autre avantage bien rentable pour un établissement qui, outre l'aide de quelques praticiens dévoués, n'a d'autre recours que la bonne volonté des sœurs pour entrer de plain-pied dans la modernité médicale. En effet, une étude de l'évolution des services hospitaliers de Sion permet d'affirmer que les religieuses acceptent chaque

nouvelle tâche et chaque responsabilité inédite qui se présente : la lecture des sources administratives révèle cette plasticité étonnante d'une communauté, qui n'a d'ailleurs guère son mot à dire dans les options nouvelles prises par la direction. Si celle-ci décide de créer un service, elle le confie à ces exécutrices, à charge aux médecins de les initier au plus vite à leurs nouvelles fonctions : les bains créés dans les années 1850 leur sont confiés, comme le seront les visites à domicile des indigents dès les années 1860, ou encore les soins aux malades atteints de maladies contagieuses (le choléra, mais aussi la fièvre typhoïde, particulièrement présente en Valais au siècle dernier)⁵⁰. Là encore, rien ne permet d'affirmer que la communauté constitua l'alliée « éclairée » ou l'« avant-garde » combattive d'une croisade hygiéniste ou anti-infectieuse d'ailleurs bien peu belliqueuse en Valais au siècle dernier. Il n'empêche que leur présence et leur expérience ont probablement permis à la ville, au canton et à l'hôpital de fournir avec succès ses premières armes médicalisatrices, et cela à un coût défiant toute concurrence.

Car le dernier avantage des sœurs réside bien évidemment dans leur coût : non seulement les sœurs ne recevront aucun salaire avant les années 1920, mais en outre ce sont elles qui doivent, au jour de leur entrée comme novices dans l'hôpital, verser une dot substantielle dans les caisses de l'établissement. Cette solution, avantageuse pour les deux parties contractantes, donne la possibilité à l'administration hospitalière de dégager des profits directement réinvestis dans le train de vie de l'établissement ; de leur côté, les religieuses ont la certitude d'être soignées gratuitement en cas de maladie, et d'être entretenues jusqu'au jour de leur mort. Le contrat qui les lie implicitement à l'hôpital de Sion représente

donc, pour celles qui survivent à cette austère existence, une sorte d'assurance sociale avant la lettre, privilège non négligeable à une époque où vieillesse rime bien souvent avec extrême dénuement⁵¹.

A la différence des infirmiers/ères laïques de Genève, les sœurs de Sion ont donc constitué un puissant atout pour l'établissement hospitalier qui les employait : elles ont en quelque sorte offert en dot à l'institution leur dévouement, leur capacité d'adaptation et leur stabilité, autant de caractéristiques qui sont loin d'être en contradiction avec les exigences scientifiques. C'est ce que l'avenir devait se charger de prouver.

(1890-1920) : LE TEMPS DES TOURNANTS

LE VALAIS : DE LA VOCATION À LA PROFESSION

Le tournant du siècle marque l'entrée du Valais dans l'univers contrasté d'une révolution industrielle fulgurante : en quelques années, le canton voit s'implanter en série les fabriques nées dans le sillage du chemin de fer et surtout de l'exploitation hydroélectrique. En grande partie désenclavé et extirpé des brumes de son Ancien Régime économique et social, le Valais s'urbanise rapidement, puisant dans les ressources humaines de ses bourgs montagnards : dès les années 1890, les districts de plaine accueillant les complexes industriels passent en tête du classement démographique cantonal⁵². L'impact de ce double processus d'industrialisation et d'urbanisation n'est évidemment pas sans conséquence sur l'organisation des services publics, au premier rang desquels la santé et l'assistance publique figurent

50 - Le service infirmier d'un lazaret anti-infectieux édifié sur les prescriptions fédérales à la fin du siècle leur sera également confié.

51 - Voir HELLER (G.) (sous la dir. de), *Le poids des ans : une histoire de la vieillesse en Suisse romande*, Lausanne, 1994.

52 - Soit les districts de Martigny, Sierre, Monthey ; voir *Recensement fédéral*, op.cit, 1992.

53 - De 1904 à 1924, le nombre des malades reçus annuellement à l'hôpital passe de 228 à 697 ; en 1925, pour 734 malades, ce ne sont plus que 32 pauvres et 10 voyageurs qui ont été reçus (Sion, Archives de la Communauté).

désormais prioritairement sur les tablettes des législateurs. Un certain souci d'efficacité se fait jour dans les débats concernant le système cantonal de santé publique : l'éventuelle création d'un hôpital cantonal, âprement disputée mais jamais réalisée, précipitera néanmoins la métamorphose des établissements sanitaires communaux.

C'est notamment le cas de l'antique hôpital bourgeois de Sion, peu à peu transformé en centre de soins médicaux et surtout chirurgicaux. Dans ce cas précis en effet, il semble bien que ce soit la demande sociale qui ait poussé à l'innovation : d'une part, les classes populaires en voie de prolétarianisation font plus souvent leur entrée dans les hôpitaux des bourgs urbains en quête de soin, pilotés parfois par les sociétés de secours mutuels. A l'autre bout de l'échelle sociale, les valaisans « aisés », ne supportant plus à la fin du siècle d'être forcés de recourir aux hôpitaux genevois ou lausannois pour subir une opération chirurgicale (impossible à réaliser en Valais faute de matériel), bousculèrent les anciens blocages et imposèrent la modernisation des hôpitaux « indigènes ». C'est donc bien parce que l'opinion publique commençait à prendre conscience du retard valaisan en matière de santé publique et à s'en inquiéter que des réformes fondamentales furent entreprises. A Sion, celles-ci se traduisent par la spécialisation de l'établissement dans un accueil médicalisé, par la marginalisation progressive des « pauvres » au sein de l'institution, ainsi que par le poids croissant des médecins dans l'organisation intérieure⁵³.

Très directement, ces évolutions s'accompagnent de la nécessaire requalification des sœurs hospitalières, ainsi que de l'augmentation de leur nombre : pour soigner les malades qui se pressent de plus en plus nombreux à la porte de

leur institution tutélaire, elles sont, dès le tournant du siècle, une vingtaine ; pour assister les chirurgiens qui y déploient leurs savoirs-faire, elles seront amenées à acquérir les bases nécessaires. Dès 1913, sur la demande expresse du chirurgien de l'établissement, des sœurs sont envoyées régulièrement, avec l'accord de l'évêque et les deniers de l'hôpital, dans l'école d'infirmières qui vient de s'ouvrir dans le canton voisin et catholique de Fribourg. Dès cette date, c'est une véritable course au diplôme qui s'engage pour la communauté : celle-ci, devenue pleinement indépendante de l'hôpital dès 1926, doit faire face en effet aux demandes de main-d'œuvre qualifiée affluant à sa maison-mère. Les institutions de soin du canton, confrontées à une évolution accélérée de leurs services, leur réclament du personnel infirmier formé, et les sœurs de Sion, pour y répondre au mieux, envoient leurs membres partout où une filière de formation est disponible (cours pour samaritains, écoles de nurses, écoles d'infirmières catholiques, formation mutuelle au sein de la communauté, etc...).

Soutenues sans relâche dans cette course à la professionnalisation par leur évêque, les sœurs ont négocié leur entrée dans le nouvel âge sanitaire : conformément à leurs valeurs traditionnelles de dévouement et de plasticité, elles se sont reconverties en fonction de la demande sociale et médicale qui les incitait à acquérir cette véritable « plus value » professionnelle du diplôme. Nul doute que le consensus déjà ancien qui s'attachait à leur communauté ait survécu sans dommage à ces vagues innovantes, dans la mesure où sans renier leurs racines spirituelles (l'appui de l'évêque faisant foi), elles ont réussi à asseoir leur crédibilité paramédicale en accompagnant les grandes évolutions du système de santé. A tel point même que

la première école d'infirmières du canton, créée en 1944, sera l'œuvre de la communauté, qui mobilisera à cet effet ses ressources humaines et matérielles tant que l'État ne sera pas en mesure d'en assumer financièrement la gestion⁵⁴. Certes, le décalage dénoncé en France par certains polémistes entre l'émergence de nouveaux savoirs scientifiques et les réactions des sœurs à ceux-ci s'est également produit en Valais : on peut, à cet égard, souligner la lenteur de l'évolution qui conduit à la création de cette école en 1944 seulement. Néanmoins, le retard valaisan en matière de réforme sanitaire n'est pas à imputer aux seules religieuses : celles-ci n'ont fait que « suivre le mouvement », en s'adaptant au rythme des évolutions générales, voire même en les précédant.

Par contre, la rançon du succès des sœurs au cœur du système de santé valaisan se payera à moyen terme : leur forte implantation va paradoxalement gêner l'émergence d'une profession d'infirmière laïque viable, dotée d'un salaire correct et de conditions de travail acceptables. En monopolisant les soins infirmiers dans bon nombre d'institutions sanitaires, les sœurs y ont en effet établi et perpétué une éthique pétrie de dévouement, de fidélité, d'obéissance et de quai-gratuité. Les établissements et leurs directions ont ainsi pu disposer pendant de longues décennies d'un capital humain de confiance, qui, selon les mots d'un médecin bien informé, « par leur abnégation, leurs prétentions de rétribution très modestes, assurent auprès des malades un service impeccable, et font réaliser à l'administration hospitalière des économies assez sensibles⁵⁵ ». Les hôpitaux valaisans ont donc apprécié à sa juste valeur l'opportune jonction entre vocation et profession.

Mais lorsque ces deux pôles se dissocieront à la faveur d'une inévitable

crise des vocations, les hôpitaux valaisans, accoutumés au « confort » du personnel religieux, ne sauront pas toujours s'adapter à l'entrée sur le marché des infirmières laïques : salaires insuffisants et conditions de travail « conventuelles » auront tôt fait, dans les années 1950, de chasser ces professionnelles vers des cantons et des hôpitaux plus attractifs. Des deux traits constitutifs de la profession d'infirmière, le statut social d'un côté, sanctionné par la valorisation des avantages matériels, et de l'autre la maîtrise de compétences techniques validée par un diplôme, c'est indubitablement sur la deuxième option qu'on a misé en Valais pour réformer le système de santé local. Au même moment, c'est sur une base diamétralement opposée que se constituera la profession d'infirmière dans le canton de Genève.

GENÈVE : LA RUPTURE DE 1891

C'est un virage à 90 degrés que décide de prendre la direction de l'hôpital cantonal de Genève en 1891 : considéré comme le complément d'une réorganisation générale des bâtiments, l'engagement d'une vingtaine de diaconesses bernoises scelle apparemment l'abandon de la laïcité des services hospitaliers publics genevois. Cette brusque rupture s'explique par plusieurs facteurs : en tout premier lieu, il est certain que le développement des pratiques chirurgicales (244 anesthésies réalisées en 1890 et 733 en 1902) et de leurs corrélats aseptiques et antiseptiques nécessite la maîtrise d'un savoir-faire méticuleux ancré sur un apprentissage scrupuleux et méthodique. Toutes choses qui, naturellement, demandent du temps, de la discipline et de la bonne volonté, dispositions présentes par éclipses seulement chez un personnel laïc peu motivé, non formé et sans cesse renouvelé. Le fait

54 - Sur ce point, voir DROUX (J.), *L'école valaisanne d'infirmières de Sion (1944-1994), une illustration de l'histoire sanitaire contemporaine du Valais, Sion, 1994.*

55 - Archives Cantonales du Valais, Département santé publique, 5710.3, vol. 1, mai 1923.

- 56 - *Rapport annuel HC pour 1894*, p. 85-86.
- 57 - MAYER (R.), « La polyclinique universitaire de médecine de Genève et son histoire », *Revue médicale de la Suisse romande*, 1985, p. 563-728.
- 58 - MAYER (R.), *op. cit.*
- 59 - Allocation fixée à 293.000 francs selon A. SÜSS, *Notice publiée à l'occasion du 50^e anniversaire de la fondation de l'hôpital cantonal de Genève*, Genève, 1906.

que ces diaconesses soient tout d'abord introduites dans les services de chirurgie, sur la demande expresse d'un des praticiens, valide cette hypothèse. On a choisi ces sœurs essentiellement pour leurs capacités d'adaptation et leur fidélité aux consignes médicales, et guère pour leurs connaissances scientifiques : « Nous avons aujourd'hui un hôpital qui est très bien tenu. Les salles des malades sont en parfait état (se félicitera dès 1894 un des professeurs de la faculté) : nos salles d'opération sont des modèles de propreté, d'ordre, d'antisepsie et d'asepsie. Sous ce point de vue, nous avons ce qu'il y a de mieux. Eh bien cet hôpital est tenu par des diaconesses qui n'ont pas appris l'anatomie. Notre hôpital actuel est la démonstration éclatante et sans réplique qu'on peut être la meilleure des infirmières sans avoir appris l'anatomie⁵⁶ ».

Ce net effort en faveur d'une amélioration du personnel accompagne l'évolution, décisive cette fois-ci, de l'hôpital cantonal vers un établissement réservé aux soins médicaux de pointe : dès la fin du siècle en effet, une révision générale du système de santé genevois s'esquisse. Les polycliniques sont réorganisées afin d'offrir aux indigents des soins ambulatoires performants⁵⁷, des établissements pour convalescents, incurables, chroniques, ou encore vieillards sont édifiés afin de décharger l'hôpital cantonal des « cas sociaux » ; enfin, le statut de l'hôpital cantonal est éclairci grâce à une nouvelle loi sur l'assistance publique médicale en 1898⁵⁸. Couronnement ultime de cet édifice de réforme, l'assainissement financier de l'établissement cantonal procède d'une décision politique survenue en 1895, après plusieurs années d'indifférence, voire d'incurie des responsables politiques : ce n'est même qu'en 1903 qu'on se décidera enfin à abandonner la politique de

versements ponctuels « bricolés » avec des taxes toujours révocables, au profit d'une allocation budgétaire annuelle et régulière de l'État⁵⁹. La décision prise par la direction de l'hôpital de remplacer un certain nombre de ses infirmiers/ères laïques par des religieuses découle en tout premier lieu de cet élan réformateur : au moment même où la « Grande Nation » voisine prêche la laïcisation des hôpitaux au nom d'un Progrès abstrait et idéal, Genève se prononce pour une solution « délaïcisatrice » améliorant concrètement et immédiatement l'efficacité de son équipement sanitaire.

Paradoxalement, c'est l'apaisement des luttes confessionnelles et la relégation des pratiques de dévotion dans la sphère privée qui ont probablement fait sauter les verrous politiques opposés depuis le début du siècle à la « délaïcisation » du personnel soignant. Les manifestations d'agressivité nées des rapports sur un même territoire entre protestants et catholiques, un moment exacerbées durant le Kulturkampf, ont fait place à la fin du siècle à une cohabitation pacifique : l'émergence de conflits sociaux « modernes » rejette au second plan les affrontements religieux. C'est la raison pour laquelle la présence des diaconesses à l'hôpital, loin d'alarmer les catholiques, suscite plutôt leur approbation : ils y voient pour leurs malades une garantie « d'ordre moral », à une époque où les armes de combat contre le matérialisme ambiant ne semblent jamais trop cher payées.

De surcroît, on ne peut guère parler ici de professionnalisation des soins, dans la mesure où le règlement interdit formellement aux diaconesses d'exercer une quelconque propagande religieuse. Le contrat de travail en bonne et due forme liant l'établissement genevois à la maison-mère bernoise s'attache à préserver cette fameuse neutralité confes-

sionnelle évoquée plus haut. Les sœurs protestantes intéressent l'établissement genevois non pas pour leur « élan missionnaire », mais bien pour les garanties de stabilité, d'obéissance et de souplesse d'exécution que seules des maisons religieuses peuvent offrir à la fin du siècle. Du reste, la « délaïcisation » n'est que partielle, puisque le nombre d'infirmiers laïcs reste élevé bien après 1891, l'engagement des diaconesses ne suffisant pas à répondre à tous les besoins en personnel : en 1898, les infirmiers représentent encore plus de 13 % des employés de l'établissement (et même plus de 15 % en 1914)⁶⁰.

En fait, l'engagement des diaconesses va marquer la fin d'une longue période d'immobilisme en matière de réforme hospitalière : si les politiciens conservateurs avaient cautionné dès le départ la présence de ces religieuses protestantes dans l'espoir qu'une économie substantielle en découlerait, ils durent très vite déchanter. Dans les années 1890, un infirmier-chef touche un maximum de 550 à 600 francs par an (après trois ans de service), une infirmière 350 francs maximum, une diaconesse-chef gagne, quant à elle, 500 francs dès la première année (450 francs pour une diaconesse « simple » infirmière), salaires versés directement à la maison-mère de Berne. L'amélioration de la qualité des soins, comme on s'en persuade enfin dès les années 1890, se mesure aussi à l'aune des sacrifices financiers qu'on lui consent. En outre, l'introduction de ce personnel religieux va porter des fruits tout à fait inattendus : loin de s'avérer un retour en arrière, comme on pourrait le penser, l'entrée des diaconesses va au contraire provoquer une série de réactions en chaîne spectaculaires qui permettront de revaloriser le statut d'une profession d'infirmière longtemps décriée.

LA RECONNAISSANCE D'UNE PROFESSION

Au tournant du siècle en effet, l'enjeu de la laïcité va constituer un puissant levier d'innovation pour la profession d'infirmière dans le canton de Genève. Le premier épisode est indubitablement « médiatique » : une violente polémique naît au législatif suite à l'engagement des diaconesses pour le service public hospitalier. Les radicaux genevois, inspirés du modèle laïcisateur français « à la Bourneville », s'emparent de l'affaire et la montent en épingle dans l'espoir de faire chuter un gouvernement conservateur qui « approuve » ouvertement la décision. Plusieurs mois de lutte au couteau entre radicaux et conservateurs vont s'ensuivre sur ce sujet au sein du parlement, joutes oratoires complaisamment relayées par la presse ; l'opinion publique s'alarme de « l'affaire » des diaconesses, les uns réclamant leur renvoi au nom de la laïcité du service public, d'autres se félicitant de l'ordre et de la morale restaurés dans les salles de l'hôpital grâce à leur influence. Née de ces querelles peu glorieuses, une interrogation finira par dominer les débats : elle concerne très directement le statut du personnel infirmier laïc et sa nécessaire réforme. Talonnés par la presse locale qui s'ingénie à traquer le fait divers hospitalier après des décennies de silence sur ce sujet, les hommes politiques et les responsables hospitaliers locaux sont confrontés à un choix fondamental : à la gauche de l'échiquier politique, les radicaux proposent de remplacer progressivement les diaconesses par un personnel laïc issu des classes populaires, que l'État s'engagerait à former en créant une école laïque d'infirmiers au sein même de l'hôpital cantonal. Face à eux, les conservateurs, soutenus par une frange active de la faculté de Médecine, s'opposent à

60 - Chiffres tirés des Rapports annuels de la commission administrative : en 1898, on compte 143 employés, dont 19 infirmiers et 38 infirmières ; en 1914, sur 222 employés, il y a 35 infirmiers et 52 infirmières.

61 - Mémorial du Grand Conseil, 1920, p. 256.

62 - AEG, AHC, T1/34.7 (1), 1922.

63 - Voir la série du *Rapport général de l'assistance publique et médicale*, publié par le Département de l'Intérieur du canton de Genève, dès 1902.

Toujours pour l'établissement des aliénés, on y apprend que la part des salaires dans le total des dépenses est de 23,5 % en 1911, 32,5 % en 1921, 55 % en 1931 (voire 62 % en incluant le coût des pensions de retraite).

cette innovation coûteuse, à l'avenir incertain. L'école verra finalement le jour en 1896, mais pour mieux s'éteindre dès 1900 : elle avait coûté à l'État la coquette somme de 17.000 francs, mais n'avait décerné de diplôme qu'à 16 élèves. Déclarée non viable, l'école dut fermer ses portes. La voie de la professionnalisation des infirmiers/ères laïques par l'accession à un savoir spécifique, sanctionné par un certificat de capacité garanti par l'État se refermait brutalement.

Pour autant, l'élan donné par « l'affaire des diaconesses » ne devait pas se ralentir. La question de la réforme des services infirmiers de l'hôpital une fois posée, et largement exposée devant l'opinion publique, ne pouvait plus être esquivée. Les responsables prirent alors conscience qu'avant d'investir dans la formation de ce personnel, il fallait au préalable s'attaquer à sa stabilisation. A cet égard, la laïcité du personnel qui s'était avérée une gêne considérable au cours du XIX^e siècle, allait constituer un levier d'innovation puissant dès le tournant du siècle.

La direction de l'hôpital, toujours confrontée à une rotation persistante du personnel soignant laïc, va en effet prendre lucidement, dès la fin du siècle, toute une série de mesures révolutionnaires en faveur de ses infirmiers : afin d'attirer et de retenir de bons éléments, on se lance d'abord dans une politique de hausse contrôlée des salaires. Dès 1893, une nouvelle échelle des gages est instaurée : elle prévoit pour tous les employés (diaconesses exceptées) une augmentation semestrielle conditionnée par la qualité du service, avec maximum atteint après quatre à six ans. A plusieurs reprises dès cette date, des relèvements du plancher des salaires seront pratiqués : « en 1913, reconnaît-on au Grand Conseil, le budget de l'hôpital cantonal était de

950 000 francs environ, aujourd'hui en 1920 les traitements seuls ascendent à cette somme »⁶¹. Pour mieux mesurer l'effort consenti par les finances de l'État à une période pourtant économiquement difficile, une statistique hospitalière précise en 1922 : « Pendant les dix dernières années, tandis que le nombre des malades et le nombre des journées de malades ne subissaient pas de variation sensible, le nombre des employés suivait une progression constante (...) et les salaires une marche ascendante plus sensible encore (...), d'où il ressort que le personnel a augmenté d'environ 30 % et les salaires de 200 %⁶² ». Autre exemple évocateur, celui d'un autre établissement sanitaire cantonal, celui des aliénés, mis au bénéfice des mêmes mesures salariales : de 1911 à 1921, le nombre des journées de malades y a progressé de 15,5 %, celui des employés de 33,2 % ; l'augmentation des traitements a été quant à elle de 262 % entre ces deux dates⁶³.

Autre innovation consentie par la direction et l'État, celle touchant à la protection sociale du personnel infirmier : dès la fin du siècle, des projets de caisse de retraite circulaient dans les mains de la Commission administrative de l'hôpital cantonal. Trop coûteux, ceux-ci furent abandonnés en 1900 au profit d'une « caisse d'épargne et de prévoyance » destinée au personnel de l'hôpital cantonal ; alimentée par une retenue sur salaire, par un versement de la caisse de l'hôpital, et par les gratifications du public, l'adhésion à la caisse fut rendue obligatoire dès 1904. Le système est conçu de telle sorte que les remboursements de la caisse aux salariés, au moment de leur sortie, s'élèvent en fonction de la durée de leur service. Le but est clair : « Il est de toute importance que nous puissions nous attacher ceux de nos employés s'acquittant sérieusement

de leur devoir et de leur assurer par conséquent leur avenir dans la mesure du possible⁶⁴ ».

Plus révolutionnaire encore, la loi de 1914 créant une caisse de retraite pour le personnel hospitalier⁶⁵ ne fait apparemment que rattraper un retard dommageable : en effet, les autres fonctionnaires de l'administration cantonale bénéficiaient, quant à eux, d'une semblable institution depuis 1893. Mais le dispositif de 1914 fait plus que réparer un oubli. L'ensemble de ses dispositions vise à favoriser tout spécialement le personnel infirmier : non seulement celui-ci peut prendre sa retraite au bout de 15 ans de service (contre 25 pour les autres fonctionnaires), mais en outre le taux de pension auquel il peut prétendre est plus avantageux. Sans compter les articles instituant une pension minimale en cas d'invalidité contractée pendant le service, ou encore les allocations versées à la famille en cas de décès de l'employé. Les mesures liées à l'aménagement des conditions de travail vont dans le même sens : conjuguées au relèvement salarial et aux filets de protection sociale, l'extension de l'externat, la baisse progressive des heures de travail, la réglementation des congés payés et enfin l'allongement progressif de la durée de ceux-ci sont autant de mesures visant à doter la profession d'infirmier/ère d'un statut minimal, basé essentiellement sur la garantie d'un certain nombre d'avantages sociaux.

C'est bien une véritable reconnaissance sociale des spécificités de la profession d'infirmier/ère qui s'esquisse depuis le début du siècle : à cet égard, la laïcité a pu jouer pour l'institution un rôle de pression à l'innovation. Toutes ces réformes n'ont en effet qu'un but : favoriser le recrutement et la fidélisation du personnel laïc en normalisant ses conditions de travail et de vie. Pour

rendre cette activité d'infirmier accessible, concluent les responsables hospitaliers en 1906, il faut d'abord la dépouiller de ses particularismes « anti-sociaux » : « il faudrait créer à la plupart d'entre eux des situations pouvant leur suffire dans l'avenir et leur permettant en particulier d'entretenir une famille⁶⁶ ». C'est bien la question du « Sonderfall identitaire », posée au début de ce travail, qui ressurgit derrière ces mots : la difficulté d'accoucher cette profession tient aussi à la difficulté d'en faire une profession « comme les autres ».

Sans doute ces préoccupations naissent-elles aussi de la prise de conscience des transformations sociales à l'œuvre depuis la fin du siècle : les responsables hospitaliers genevois ont bien senti qu'un décrochement était en train de se produire entre ce que l'établissement avait toujours offert à ses employés et ce que ceux-ci réclamaient dorénavant. De fait, les mêmes causes qui expliquent « la crise de la domesticité »⁶⁷ (manque d'indépendance, concurrence de nouveaux métiers, célibat définitif moins fréquent) ne s'appliquaient-elles pas aussi à la fonction d'infirmier ? En outre, l'existence au XIX^e siècle d'un « vivier » de jeunes gens économiquement instables, peu qualifiés, potentiellement marginaux qui, on s'en souvient, formaient le gros des bataillons des soignants recrutés par l'hôpital ne se perpétue pas forcément au siècle suivant. Quoiqu'il en soit, les établissements hospitaliers genevois se sont efforcés, durant le premier quart du siècle, de garantir à leur personnel, et tout particulièrement à leurs soignants, des conditions de vie et de travail en rupture sensible par rapport au passé. Le déficit de vocation (et de formation) était ainsi en partie comblé par l'accession à un statut socio-économique plus solide.

Certes, bien du chemin reste à parcourir, et les archives hospitalières de

64 - Rapport annuel HC pour 1901, p. 16.

65 - Voir « Loi instituant des pensions de retraite pour les personnes employées dans les établissements dépendant de l'assistance publique » du 24 juin 1914, dans *Recueil des lois du canton de Genève*, 1914, et ses aménagements successifs (1915, 1916) ; voir aussi les débats législatifs sur ces sujets.

66 - Rapport annuel HC pour 1906, p. 23.

67 - Voir MARTIN-FUGIER (A.), *La place des bonnes : la domesticité féminine à Paris en 1900*, Paris, 1979.

68 - Même constatation dans RICHARDSON (J.), « Sisterhood is powerfull : sister-nurses confront the modernization of nursing », dans BULLOUGH (V.) (et al.), *Florence Nightingale and her era : a collection of new scholarship*, New-York, 1990, p. 261-273.

l'entre-deux-guerres prouvent éloquemment que tout ne va pas pour le mieux dans le meilleur des mondes : le niveau des salaires infirmiers demeure très modéré. Reste que, parti de très bas, le relèvement de la profession d'infirmier/ère laïque entrepris conjointement par la direction et les responsables politiques semble tout de même porter ses fruits. La disparition progressive des plaintes de la commission administrative sur la rotation excessive du personnel soignant dans les services de l'hôpital suggère que l'entreprise de fidélisation et de sécurisation dont il a fait l'objet au lendemain de l'affaire des diaconesses s'est soldée par un succès.

CONCLUSION

L'étude parallèle de la situation du personnel infirmier dans les deux cantons de Genève et du Valais recèle encore bien des zones d'ombre : en particulier, le rôle des institutions privées dans la constitution du statut professionnel de l'infirmière n'a pas été abordé ici. Or, plusieurs fondations privées se sont penchées sur le sort, et surtout sur la formation des infirmières en Suisse Romande au cours des deux derniers siècles : des recherches sur l'école de la Source (Vaud, 1859), sur celle du Bon Secours (Genève, 1905) devraient notamment permettre d'affiner cette réflexion.

Le présent travail avait pour but de s'interroger sur le rôle respectif de la religion et de la laïcité dans la constitution de la profession d'infirmière au tournant du siècle. L'analyse des retournements spectaculaires qui ont marqué l'histoire de cette profession amènent à un constat nuancé : la laïcité n'est certes pas la condition nécessaire et suffisante à l'émergence d'une profession reconnue. D'un autre côté, la forte présence de reli-

gieuses dans le domaine des soins des malades, si elle ne rentre pas forcément en contradiction avec l'évolution médicale des institutions de soins comme on s'est trop longtemps plu à le répéter⁶⁸, n'en demeure pas moins, à long terme, un frein indirect à l'intégration de professionnel/les laïques. Le cas valaisan montre en outre que les directions hospitalières, n'ayant pas à se préoccuper de la « stabilisation » d'une main-d'œuvre de toute façon fidèle, ont pu miser plus rapidement peut-être sur sa formation ; à Genève, au contraire, l'antériorité du souci de « stabilisation » du personnel sur celui de la formation est à l'évidence un effet direct de sa laïcité.

En outre, il faut reconnaître que la notion de « profession » s'avère difficile à manipuler pour rendre compte des phénomènes liés à cette activité d'infirmier/ère. S'agissant de décrire la situation genevoise, on peut poser l'hypothèse que l'identité professionnelle des infirmiers/ères laïques s'est bâtie sur la valorisation d'avantages matériels destinés à suppléer au vide des vocations. Genève offre, dès les années 1920, aux volontaires, les moyens de vivre de cette profession, sans pour autant disposer de « professionnel/les ». Et cela parce que dans ce canton, le secteur public, principal « consommateur » de soin infirmier, a longtemps préféré investir dans la formation médicale plutôt que dans celle de son personnel infirmier laïc.

S'agissant de la situation valaisanne, on peut dire que la profession s'est bâtie avant tout sur l'image valorisante d'une vocation religieuse largement perméable aux grandes évolutions de la médecine, sans que la maîtrise des savoir-faire ait été assortie d'un statut matériel viable. Le canton produit et reproduit donc des professionnelles jusque dans l'entre-deux-guerres, sans pour autant disposer d'une profession.