

La construction de deux groupes professionnels : l'assistant de service social et l'infirmier

Marc FOURDRIGNIER¹

Comment se sont fabriquées et se développent les deux figures professionnelles emblématiques dans les champs de la santé et du social, celle de l'infirmier et de l'assistant de service social ? Avant de répondre à cette question pourquoi les rapprocher ? A cela plusieurs raisons : des raisons historiques dans la mesure où ces deux professions ont une partie d'histoire commune ; des raisons sociopolitiques car depuis la décentralisation de 2004 elles relèvent, toutes deux et en partie, de la compétence du Conseil Régional ; des raisons organisationnelles et professionnelles. En effet, au gré des réformes qui affectent le champ sanitaire et le champ social, on voit apparaître des phénomènes de recomposition, de rapprochement, de porosité qui redéfinissent les rapports entre ces champs, ces organisations et ces professions.

Pour répondre à cette question, on est tenté de se focaliser sur les deux systèmes de formation. On observe alors que l'un et l'autre ont été modifiés ces dernières années, qu'ils ont de plus en plus de points communs, qu'ils sont soumis aux mêmes bouleversements structurels, que les pratiques s'entrecroisent de plus en plus dans des univers communs. Pour autant cela n'est pas suffisant car le processus de fabrication est beaucoup plus complexe.

Aborder la fabrication de ces deux figures professionnelles passe par l'analyse précise des professionnalisations entendues comme l'ensemble des processus qui transforment une activité en un métier reconnu, reposant sur une construction spécifique des compétences, porteur d'une identité propre au groupe professionnel voire de prérogatives spécifiques. C'est ce que nous expliciterons dans un premier temps.

Lorsque l'on parle de ces deux groupes professionnels que sont l'infirmier et l'assistant de service social on a souvent l'impression d'une histoire simple qui aurait été commune dans un premier temps puis séparée ensuite. Une analyse socio-historique plus précise

¹ Maître de Conférences, Centre d'Etudes et de Recherche sur les Emplois et la Professionnalisation (CEREP), EA 4692. Université de Reims Champagne-Ardenne. Mail : marc.fourdrignier@univ-reims.fr. Site personnel : <http://marc-fourdrignier.fr/>

montre que c'est en fait beaucoup plus complexe que cela. C'est ce que nous analyserons dans un second temps.

Après avoir rappelé la longue histoire commune, en tout ou partie, de ces deux diplômés et de ces deux professions nous montrerons (pour finir) comment s'est construite leur différenciation croissante. Ce processus initié dès l'après guerre, renforcé à la fin des années 60, se voit confirmé de manière paradoxale dans la dernière décennie.

I. Professionnalisation et construction des figures professionnelles

Sans céder à l'exercice rituel qui consiste à faire état de la polysémie des notions de profession et de professionnalisation nous allons simplement expliciter les différents sens que nous pouvons donner à ces termes.

Profession et professionnalisation

Il nous faut d'abord partir de l'existence des quatre sens du mot profession (Dubar, Tripier, p 4-6), qui sont tous légitimes même si le premier est parfois connoté. En effet, la référence à la déclaration et à la vocation est souvent récusée dans le contexte qui nous intéresse pour sa dimension religieuse.

Tableau 1 : les quatre sens de la profession

PROFESSION = DECLARATION Vocation professionnelle <i>"action de déclarer hautement ses opinions ou croyances"</i>	PROFESSION = FONCTION Position professionnelle
PROFESSION = METIER Spécialisation professionnelle <i>« Ensemble des personnes exerçant le même métier »</i>	PROFESSION = EMPLOI Classification professionnelle <i>"Occupation par laquelle on gagne sa vie"</i>

De là découle un premier débat sur la manière dont la sociologie étudie les « professions ». Deux courants se sont constitués. Le premier, fonctionnaliste, désigne la

profession comme « un ensemble de métiers auxquels une compétence exclusive a été reconnue pour prendre en charge certaines tâches ou certains problèmes. Elle s'oppose aux occupations (...) par un ensemble de traits : le haut niveau de formation nécessaire à l'exercice de l'activité et le statut particulier qui confère à ces groupes une autonomie pour mettre en œuvre le savoir acquis dans le cadre de cette formation » (Champy, 2009, p 3). Le second, interactionniste remet en question cette vision considérant que « de nombreux groupes tentent de conquérir ce label (...) Cet état de choses débouche sur des discussions interminables quant aux critères permettant de décider si tel ou tel groupe de travailleurs constitue une profession » (Becker in Demazière, Gadea, p 9). Est alors privilégiée la notion de groupe professionnel entendue comme « un ensemble de travailleurs exerçant une activité ayant le même nom et, par conséquent, dotés d'une visibilité sociale, bénéficiant d'une identification et d'une reconnaissance, occupant une place différenciée dans la division sociale du travail, et caractérisés par une légitimité symbolique » (Demazière, Gadea, p 9). Pour éviter le débat évoqué par Howard Becker et devoir recourir à des notions comme celles de « sub-profession », « pseudo-profession », « quasi-profession » ou « semi-profession¹ », nous utilisons le terme de groupe professionnel.

Pour clarifier la notion de professionnalisation, il faut d'abord faire la distinction entre le processus et le résultat. Il est ensuite possible de distinguer quatre processus distincts qui vont contribuer à la construction des figures professionnelles (tableau 2).

La construction de figures professionnelles

La notion de figure professionnelle² ne fait pas l'objet de définitions rigoureuses. On peut néanmoins la situer entre la représentation sociale et l'idéaltype. Ce serait plus qu'une représentation sociale, un modèle, mais un idéaltype sans construction rigoureuse.

C'est une manière d'incarner des traits caractéristiques d'un groupe professionnel, d'en faire une sorte de personnage du monde social. Certains parlent de figure sociale, comme Paul Bouffartigue dans son ouvrage « Les cadres. Fin d'une figure sociale ». Cela permet de décrire des situations intermédiaires, des moments d'une évolution. Cela suppose en général l'articulation de deux niveaux de catégorisation : un niveau profond, celui de la catégorie générique, et un plus labile, qui incarne la catégorie sous des figures différentes, souvent en transformation dans le temps. Par exemple « la figure

¹ D'après Etzioni trois critères permettent de distinguer les semi-professions : le fait d'être employés dans de grandes organisations bureaucratiques, une très forte proportion de femmes et un très grand nombre de membres. Trois exemples sont donnés : les instituteurs, les infirmières et les travailleurs sociaux (Bourdoncle, 1991, p 79).

² Ce passage doit beaucoup à Charles Gadea et à Sophie Divay.

correspondant à la notion de cadre dans le monde du travail social est celle du chef, dans la tradition des mouvements de jeunesse » (Chéronnet, Gadea, p 75).

Tableau 2

Dénomination du processus	Définition du processus	Référentiel utilisé	Résultat attendu
<p>Salarisation</p> <p>La profession est un emploi</p>	<p>Transformation d'une activité ou d'une occupation en un emploi par une reconnaissance statutaire Se concrétise par le passage d'une activité bénévole, domestique ou militante à une activité salariée-ou non- reconnue socialement.</p>	<p>Code du travail, statuts de la fonction publique, conventions collectives</p>	<p>Avoir un statut reconnu</p>
<p>Construction d'une qualification (diplôme)</p> <p>La profession est une qualification, un titre</p>	<p>Définition d'un cursus de formation par l'État, qui joue un rôle de garant de la qualification, par le diplôme qu'il délivre à l'issue de ce cursus. Sa possession est requise pour accéder à un marché du travail fermé. Ce diplôme peut être aussi reconnu dans le cadre du processus d'universitarisation</p>	<p>Référentiel de compétences de l'assistant de service social ou de l'infirmier¹ (compétence générique)</p>	<p>Avoir un diplôme reconnu par l'Etat à la fois par les ministères sociaux et de la santé et l'enseignement supérieur (grade de licence)</p>
<p>Constitution d'une profession</p> <p>La profession est un groupe professionnel</p>	<p>Constitution d'un corps, d'un groupe professionnel qui s'autonomise et s'identifie à travers une même dénomination et souvent une identité affichée. Cela peut passer par une réglementation précise des actes professionnels et par la constitution d'un ordre.</p>	<p>Référentiel professionnel. Décret d'actes ...</p>	<p>Appartenir à une profession reconnue, structurée par des représentants, voire un ordre. Disposer de moyen de diffusion de la culture professionnelle</p>
<p>Construction d'un métier</p> <p>La profession est un métier</p>	<p>Constitution d'un ensemble d'activités en un tout autonome qui va devenir un métier, par un travail de déconstruction/ reconstruction, à partir de fonctions déjà existantes. Des compétences spécifiques vont être nécessaires notamment au regard du lieu d'exercice du métier</p>	<p>Référentiel de compétences de l'infirmier scolaire ou de l'assistant de service social (l'assistant au Conseil Général X)</p>	<p>Bien exercer son métier au sein d'une organisation</p>

¹ Annexe 1 de l'arrêté du 29 juin 2004 relatif au diplôme d'Etat d'assistant de service social et annexe II de l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier

Cette figure s'est transformée pour passer des éducateurs chefs aux cadres intermédiaires. Il en est de même pour les infirmières surveillantes qui deviennent cadres de santé de proximité voire managers. On oscille, avec la notion de figure sociale entre un concept et une catégorie mal définie du point de vue scientifique mais suffisamment parlante et reconnaissable pour le sens commun. Dans le cadre de cet article, on pourrait dire que l'on a deux ensembles stables, au moins formellement, l'infirmière et l'assistante sociale. Mais ils connaissent des transformations qui amènent à la disparition d'anciennes figures et à l'apparition de nouvelles.

Il s'agit alors d'appréhender à la fois les continuités et les discontinuités, à travers les quatre processus de professionnalisation présentés. Comment peut-on analyser ce processus de construction des figures professionnelles ?

Il est toujours nécessaire de se situer dans une perspective socio-historique pour repérer les continuités entre des activités qui vont selon les époques se réaliser de manière différente que ce soit en termes de statut ou de contenu d'activité. D'une autre manière la construction des deux groupes professionnels ne part pas de rien. Cela s'inscrit dans une tradition d'aide et de soin.

Il est également nécessaire de se situer dans une perspective socio-juridique. Comment les institutions, notamment politiques, vont contribuer à construire les activités, à les délimiter par l'introduction d'un monopole d'exercice, d'actes réservés ? De la même manière le questionnement vaut pour les statuts d'exercice et l'accès à ces statuts par la construction d'un marché du travail fermé.

La construction de ces figures s'inscrit également dans des transformations socio-économiques et idéologiques, telles que la prise en compte de la construction européenne - par le processus de Bologne- de la mondialisation et du développement de l'idéologie du New Public Management.

Sans être exhaustif, il nous faut aussi souligner l'importance de l'évolution des connaissances scientifiques et de l'influence du développement des disciplines. L'impact des découvertes de Pasteur et l'invention du *casework*¹ en sont deux exemples.

Sur cette base nous allons pouvoir aborder les deux groupes professionnels d'un point de vue socio-historique.

¹ Le *casework* littéralement « travail sur cas » est né aux USA. Il s'est diffusé en France dans les années 1950 dans le champ du service social sous la forme de « cas individuels et sous le nom d'aide psychosociale individualisée. Cela correspond, en partie, à ce qui est nommé aujourd'hui l'ISAP (l'Intervention Sociale d'Aide à la Personne) dans le référentiel de compétences des assistants de service social.

II. Deux histoires parallèles qui se croisent

Avant toute chose, il faut bien voir que l'histoire de ces deux professions est plus complexe qu'on ne la présente habituellement. Dans une vision classique, les deux histoires se déroulent, d'abord, en parallèle puis se croisent, s'entremêlent ; pour de nouveau se séparer tout en se demandant si, aujourd'hui, elles se rapprochent de nouveau.

Cette manière de reconstruire l'histoire doit être discutée sur plusieurs points. Tout d'abord il n'est pas possible d'envisager ces deux professions indépendamment des secteurs d'action (publique ou privée) dans lesquelles elles s'inscrivent. Sont en question la constitution d'un secteur autonome du social, l'existence même d'un secteur médico-social et le rapport de ces deux ensembles avec le secteur sanitaire. Ensuite, il est important de montrer que l'unicité énoncée dans la dénomination de chaque profession est une construction sociopolitique variable selon les époques et en fonction des choix politiques. En termes de chronologie les deux professions naissent en parallèle mais vont rapidement se rejoindre, en partie, à partir des années 1920. Puis, les deux décennies 1960-1970 et 2000-2010 vont jouer un rôle important : avant 1960, le social est peu autonome et les deux professions sont en interaction forte ; à partir de 1960, la constitution du social a pour corollaire l'autonomisation de la profession d'assistant social. Dans la dernière décennie, plusieurs frontières se brouillent de nouveau. Cette partie ne va pas au-delà de 1960 et montre d'abord comment sont nées en parallèle les deux professions puis comment elles vont, en partie, converger.

La naissance des infirmières

L'existence des infirmières est attestée dès le début du XIX^e siècle. En effet, même si le terme « infirmier, enfermer » apparaît dans la langue française en 1398, et si « enfermère ou infirmière apparaît dans les statuts des maisons féminines des ordres nés des croisades pour désigner la moniale chargée de soigner ses consœurs malades (Duboys Fresney, p 9), on peut considérer que le processus de professionnalisation pour les infirmiers émerge au XIX^e siècle en lien avec le développement des hôpitaux sachant qu'« au XIX^e siècle le terme d'infirmier est appliqué abusivement à toute personne travaillant à l'hôpital, ne fût-ce que pour s'y livrer à des occupations domestiques » (Borsa, Michel, p 175). Dans cette période qui couvrira la plus grande partie du XIX^e siècle, l'infirmier constitue le point faible de l'institution hospitalière. Ceci est à la fois lié aux conditions lamentables dans lesquelles il vit, notamment les logements, à la durée élevée du travail, aux fonctions multiples qu'il doit assurer. De plus, leur réputation est exécrationnelle en raison de leur recrutement dans la mauvaise classe de la population. « Vénal, sinon corrompu, peu compétent, le personnel infirmier ne porte que peu d'attention aux malades » ((Borsa, Michel, p 181).

Pourtant, le projet de professionnalisation est déjà bien clair au début du XIX^e siècle. Par exemple un médecin propose « un système de sélection et de formation qui annonce les futures écoles d'infirmières; il veut que le droit d'exercer soit accordé sur titres et protégé par la police ; il veut un salaire uniforme fixé par une taxe ; il veut une nouvelle profession, essentiellement féminine. (...) Voilà l'objectif en 1816, il faudra cent ans pour l'atteindre » (Knibielher, Fouquet, 1983, p 184-185).

Progressivement, le terme va prendre un sens de plus en plus restrictif. En effet, un nouveau personnel laïc va se constituer en opposition avec le personnel religieux, omniprésent et tout puissant jusque là. Après 1870, l'idée que pour que le service soignant soit convenablement assuré, il est nécessaire de relever la condition morale et sociale de l'infirmier et le former pédagogiquement, gagne du terrain, notamment auprès des pouvoirs publics.

L'émergence de la profession va alors se faire sur la base de « nouveaux besoins et de nouveaux soins » (Knibiebler, 1984). Ils sont à mettre en lien avec la révolution pasteurienne et l'avènement de la République qui remettent en cause l'ancien système de soin. La découverte des microbes et de la contagion invite à organiser une stratégie de défense collective. Les premières initiatives de formation des infirmières ont lieu à partir de 1878 dans les écoles des hôpitaux de la Salpêtrière et de Bicêtre. Le Docteur Bourneville fonde en 1882 les premières écoles d'infirmières publiques et laïques. Un décret de 1902 rappelle aux Préfets l'obligation de créer des écoles d'infirmières. En parallèle de nombreuses écoles privées vont être fondées « par des chrétiennes qui ont entendu l'appel du christianisme social » ((Knibiebler, 1984, p 60).

La naissance des assistantes sociales

Les assistantes sociales apparaissent à la fin du XIX^e siècle. Pour qu'émerge la profession d'assistant de service social plusieurs conditions vont devoir être réunies : tout d'abord, c'est le remplacement de la charité par l'assistance au moment de la Révolution française. Cela va se traduire par les initiatives comme la création des bureaux et des sociétés de bienfaisance. Néanmoins, ces institutions « n'accordent de secours que sous condition : les bénéficiaires doivent prouver leur indigence, mais aussi leur bonne vie et mœurs et respecter certaines règles » (Knibiebler, 1980, p 16). Avec l'apparition de la question sociale à la fin du XIX^e siècle, les pauvres vont se multiplier mais aussi l'inquiétude des classes dominantes. Pour faire face « les femmes du monde se courbent vers le peuple (...) Elles ont pour objectif de contribuer à l'amélioration de la situation morale et matérielle des travailleurs en même temps qu'au rapprochement des classes » (Martin-Fugier, p 208).

Ensuite, c'est une convergence des différents courants politiques, à partir des années 1880, pour la création du service social. Pour les catholiques c'est l'encyclique *Rerum Novarum* de 1891 qui vient cautionner le catholicisme social. Pour les radicaux de

l'époque, la doctrine du solidarisme va s'élaborer en pensant le remplacement du libre choix de la charité par le devoir de solidarité. C'est dans ce cadre que va naître la société assurantielle, introduisant pour longtemps la notion de responsabilité collective. De leur côté, les socialistes considèrent que « toute forme d'assistance doit disparaître à l'avenir pour laisser la place à l'assurance qui implique la responsabilité et la solidarité des travailleurs » (Knibielher, 1980, p 19).

Enfin, c'est la création des premières formes de service social qui va venir rénover les modalités d'assistance. Chaque courant politique va développer ses propres formes. Les catholiques sociaux vont créer les résidences sociales inspirées du modèle anglais des settlements. Les radicaux vont développer l'hygiène sociale par la création des dispensaires et des infirmières visiteuses. Les socialistes, plus tard, inventeront la polyvalence de secteur.

Avant 1914, trois initiatives vont poser les premières pierres des écoles de service social : en 1908 l'école libre d'assistance privée est créé par l'abbé Viollet ; en 1911, c'est l'Ecole Normale Sociale qui vise à « susciter, former des élites sociales féminines dans tous les milieux sociaux, pour une action large, compétente, éclairée, qui tende à établir l'ordre social chrétien » (Guerrand, Rupp, 37). En 1913, le pasteur Paul Doumergue créé l'Ecole Pratique de Service Social¹.

Dans une lecture plus sociopolitique, on peut considérer que le développement de l'assistance constitue une « réponse adaptée à une nouvelle phase de l'antagonisme de classes caractérisée par l'essor de la classe ouvrière urbaine ». (Verdès-Leroux, 22). Cependant, après la guerre 1914-1918, ce développement va s'amplifier : « à la rencontre policée d'avant 1914 succède l'affrontement sans ménagements sur le terrain des dominés, l'usine ou la cité ouvrière. En quelques années le service social d'entreprise, celui des caisses de compensation, celui des HBM² de la ville de Paris, celui de la caisse d'assurances sociales, sont créés et la fonction d'assistante se diversifie » (Ibid. 23). D'une autre manière, on peut dire que deux « forces ont porté et imposé le Service Social : la politique sociale des entreprises et le développement des prestations familiales » (Knibielher, 1980, p 163).

Une convergence relative

La genèse des deux groupes professionnels fait apparaître des points de convergence. Dans les deux cas, les processus de professionnalisation reposent sur une forme de consensus politique même si les projets politiques ne sont pas les mêmes. C'est la raison

¹ . Un ouvrage vient d'être publié à l'occasion du centenaire. Bastide Jean. *Une école de service social dans le siècle. De l'invention du social au social en question*, L'harmattan, coll. travail du social, 2013, 202 p.

² - Habitation à Bon Marché, l'ancêtre du HLM, créée en application de la loi Siegfried de 1894.

pour laquelle les influences idéologiques et étrangères ont joué un rôle important dans ces processus. Plus précisément, il s'agit par exemple de l'influence du radicalisme et des républicains ou du catholicisme social. A un autre niveau, c'est l'influence anglaise tant pour la création des premières maisons sociales que pour la constitution du modèle de la « nurse » en référence au modèle anglo-américain de Florence Nightingale (Morsoni). Après la première guerre mondiale, c'est la mission Rockefeller, spécialisée dans la lutte contre la tuberculose qui jouera également un rôle important. Dans les deux cas, c'est une affaire de femmes. « L'infirmière est d'abord une femme et son travail doit exprimer ou exalter les caractères « naturels » de la féminité. (...) Parlant de l'infirmière, les médecins dessinent le stéréotype qui doit supplanter celui de la congréganiste » (Knibielher, 1984, p 57). L'émergence du service social est souvent liée au féminisme (Guerrand, Rupp ; Rater-Garcette) et plus particulièrement à sa branche catholique.

La convergence des deux groupes professionnels va surtout se faire dans le cadre de l'institutionnalisation des formations et des professions. Le décret du 27 juin 1922 va constituer une première étape. Il instaure trois brevets de capacité qui permettent de porter le titre d'infirmière diplômée de l'Etat français : infirmière hospitalière, infirmière visiteuse de la tuberculose, infirmière visiteuse de l'enfance.

Les assistantes sociales interviewées par Yvonne Knibielher nous donnent des exemples précis du parcours professionnel de l'époque. En grande majorité, les assistantes sociales de l'entre deux guerres ont d'abord été des infirmières visiteuses. Le passage d'un métier à un autre était facile. La jeune infirmière visiteuse était parfois spécialisée : elle était visiteuse de la tuberculose ou de l'enfance. Mais, souvent aussi, elle s'était pourvue des deux spécialités, tuberculose et mortalité infantile : elle était alors « polyvalente ». Ses visites dans les familles lui révélaient bien vite que la maladie a presque toujours la misère pour origine et que les cas médicaux sont en réalité des cas sociaux. Elle était alors conduite vers l'assistance. Elle recherchait alors une formation complémentaire et le diplôme d'assistante de service social.

La convergence relative va donc se faire, hors de l'hôpital, et dans le champ du domicile où progressivement va émerger le médico-social. Progressivement va se construire un dualisme entre le social et le médico-social : « Il est bien certain en effet que jusqu'à la Seconde Guerre mondiale le service médico-social a tantôt supplanté, tantôt dominé le Service Social. La lutte contre les fléaux sociaux qui marque si fortement les années 1920 et 1930 manifeste sans doute un désir réel de régénérer la patrie et de réparer les pertes de la Grande Guerre ». (Knibielher, 1980, p 129). Cette convergence ne va se faire sans heurts, notamment dans la relation aux médecins. En effet, le développement de la lutte contre les fléaux sociaux s'inscrit dans un mouvement plus large : elle correspond à une vaste offensive de ce qu'on a appelé « le pouvoir médical ». Sous prétexte de combattre la tuberculose, la mortalité infantile et la syphilis, le corps médical impose son contrôle aux couches de la population qui lui avaient jusque-là échappé faute de pouvoir payer les consultations : les couches populaires des villes et des campagnes. Des

infirmières visiteuses, ils veulent faire des instruments dociles et dévoués¹ (Ibid.). Ce passage par le métier de visiteuse sociale mettait sous la tutelle médicale et « habitait les jeunes professionnelles à une position subalterne, à suivre des directives au lieu de garder l'initiative. Il risquait de rétrécir les ambitions initiales du service social » (Knibielher, 1980, p 82).

Le service social va progressivement prendre son autonomie avec la création de son propre brevet de capacité en 1932. Pour autant un nouveau décret en 1938 va venir introduire de nouveaux changements diversement interprétés : « leur spécificité était effacée par un nouveau décret qui fusionnait les formations d'infirmière-visiteuse et d'assistante sociale, sanctionnées, dès lors, par un même et unique diplôme » (Knibielher, 1980, p 82). « Les infirmières visiteuses n'ont jamais été supprimées. Leur disparition peut cependant être datée : en 1938 elles se fondent dans le corps des assistantes sociales. La dimension sociale de leur profession a supplanté la dimension médicale » ((Knibielher, 1984, p 159- 160). Pour René Magnon « les difficultés pour les infirmières de faire admettre par les décideurs que l'hygiène sociale était aussi leur affaire ont fait naître le décret de 1938 qui distinguera l'action de l'infirmière de celle de l'assistante sociale, mettant un terme ainsi à la fonction des infirmières visiteuses(...) Scission qui est à la base de l'incompréhension totale de ce que sont les soins aux malades donnés par des infirmiers et des infirmières » (Magnon, p 35). Pendant une trentaine d'année, une partie de la formation des infirmiers est commune avec celle des assistants de service social. La séparation définitive est actée en 1961 et effective en 1968. De 1930 à 1970, on observe aussi des associations et des revues communes aux deux professions².

III. Deux figures qui se distinguent

La différenciation des deux figures professionnelles qui est consacrée à la fin des années 60 a été complétée par trois autres phénomènes : une diversification des deux groupes professionnels, une similitude des constructions des qualifications et deux processus distincts de professionnalisation.

1. Une diversification des deux groupes professionnels ?

La reconnaissance institutionnelle des deux professions n'est pas suffisante pour affirmer que ces deux groupes professionnels existent. En effet, on pourrait dire qu'ils vont avoir bien du mal à exister dans la mesure où l'un comme l'autre connaissent des processus d'unification mais aussi de diversification ou, d'une autre manière, ils vont en

¹ Alors que dans le système américain, qui de 1917 à 1923 avait servi de modèle à la France l'infirmière-visiteuse conservait une autonomie et une initiative considérables, ainsi qu'un statut avantageux.

² Voir le détail en annexe 2

permanence être soumis à des forces centripètes qui tendent à les rapprocher du type idéal de la profession, mais aussi à des forces centrifuges, qui tendent à les en éloigner. On peut alors parler de diversification, voire de division. Cela se fait de deux manières : d'abord par la constitution d'autres professions, ou pour le moins d'autres qualifications ; ensuite par une grande variété d'emplois occupés ce qui permet de parler d'une diversification des métiers exercés à partir de la même profession.

La constitution d'autres professions : Dès le départ pour les infirmiers la division est à l'ordre du jour. En effet le décret de 1922 crée trois brevets de capacité professionnelle. Par la suite on va voir apparaître d'autres interventions et d'autres intervenants qui progressivement seront reconnus et s'autonomiseront. Ce fut d'abord le cas pour la puériculture : « l'idée d'une aide technique au médecin et d'une surveillance de la mère et de l'enfant ne s'affirme qu'à la fin du XIX^e siècle pour trouver une application en 1920 avec la création par le professeur Pinard, doyen de la Faculté de médecine de Paris, d'une école de puériculture, et avec la création du diplôme de visiteuse d'hygiène maternelle et infantile. (...) Mais c'est le 2 novembre 1945 que sera signée l'ordonnance qui pose le principe de la protection maternelle et infantile. Le diplôme d'État de puéricultrice est, quant à lui, créé en 1947 ». (De Montlibert, p 67). C'est ensuite dans le champ de la psychiatrie : « Les infirmiers et infirmières des hôpitaux psychiatriques, dont les tentatives de formation particulière n'avaient guère évolué jusque là, virent enfin des programmes de formation qui leur étaient destinés. Les diplômes délivrés jusqu'ici furent validés par les arrêtés de 1953 et 1955 » (Magnon, p 43). Entrées dans les blocs pour assister les chirurgiens lors de la Première Guerre mondiale, les infirmières ont dû attendre 1945 pour que la première école d'infirmières de bloc ouvre ses portes, à La Salpêtrière, à Paris. La spécialité d'infirmier de bloc opératoire voit le jour et est instituée en 1971 avec la création du certificat d'aptitude d'infirmière de salle d'opération qui devient le diplôme d'État le 13 janvier 1992, et sera modifié en 2001. Le processus sera similaire pour les infirmiers anesthésistes. En 1947, les premiers enseignements officiels de l'anesthésie, communs aux médecins et aux infirmiers, sont dispensés en France, à Paris. En 1960, est créé un certificat d'aptitude aux fonctions d'aide anesthésiste qui se transforme, en 1988, en certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmier spécialisé en anesthésie réanimation (CAFISAR). En 1991, est créé un diplôme d'État d'infirmier anesthésiste et un corps des IADE.

Dans le champ social, la diversité se développe également. Cette diversité ne s'inscrit pas simplement dans des métiers distincts mais aussi dans la création de nouveaux diplômes. Certains sont une déclinaison du diplôme d'État d'assistant social : en 1944 sont créés les diplômes d'assistante sociale rurale et d'assistantes sociales coloniales. D'autres vont constituer la grande famille des métiers de l'assistance (Verdès Leroux, 1978, p 111) : le monitorat d'enseignement ménager en 1943¹ et la travailleuse familiale en 1949, « profession, elle aussi, issue du bénévolat catholique » (Ibid., p 127).

¹ Il se transformera en 1973 en diplôme d'État de Conseiller en Economie Sociale et Familiale.

La diversification des métiers : dans un ouvrage consacré à 50 ans de service social, publié en 1947, Apolline de Gourlet évoque la sectorisation du travail social et la diversité des tâches¹ d'assistante sociale « l'assistante sociale familiale, l'assistante de la protection de l'enfance, l'assistante destinée à combattre les fléaux sociaux, l'assistante des services sociaux d'ordre judiciaire, l'assistante du service social du travail (surintendantes, conseillères du travail), l'assistante sociale rurale, la résidente qui s'occupe d'un centre social... » (Fayet-Scribe, 1990, p 184). A la même époque l'A.N.A.S, récemment créée, « a fort à faire pour dégager la spécificité de la fonction du service social. Les responsabilités assurées par les assistantes après la seconde guerre mondiale sont des plus variées : hygiène, santé, travail, monde rurale, tribunal, aide sociale, armées, PTT, hôpitaux, SNCF, etc... » (Guerrand, Rupp, p 117). Il en est de même pour la profession infirmière qui voit se construire au fil du temps diverses figures : l'infirmière scolaire, l'infirmière au travail ; l'infirmière aux armées, l'infirmière à domicile.

2. Des constructions des qualifications similaires

Comme dans d'autres domaines les formations préparatoires aux diplômes d'Etat ont été réformées en s'inscrivant à la fois dans une certaine continuité historique et dans un ensemble d'innovations pédagogiques et institutionnelles. Ces réformes ont un double point commun: elles se structurent sur la base de multiples référentiels (activités, compétences ...); elles se basent sur l'alternance intégrative pour penser la place des stages et l'accompagnement du stagiaire.

- **Des référentiels :** Les textes officiels² sont très marqués par les notions de référentiel. Pour la formation des assistants de service social, à la différence du texte précédent de 1980, celui de 2004 est construit à partir de cinq référentiels : professionnel, d'activités, de compétences, de certification et de formation³. Il en est de même, avec des différences, pour les annexes de l'arrêté du 31 juillet 2009.

Le fondement du dispositif de formation repose sur la définition de la profession. Pour le service social le référentiel professionnel justifie l'existence de la profession et d'une formation commune de la manière suivante : « Un socle de compétences commun à l'ensemble des assistants de service social permet de délimiter un « emploi générique stratégique ». S'ajoute un référentiel d'activités structuré autour de six fonctions et un référentiel de compétences structuré en quatre domaines. Pour les infirmiers, la définition de la profession est réglementaire où l'on énumère les habiletés attendues.

¹ On peut se demander si le terme de « tâche » est ici le plus adapté. Il serait sans doute préférable de parler d'une grande diversité de métiers, au sens où nous l'avons évoqué dans le tableau 2.

² Cela concerne ici les réformes du Diplôme d'Etat d'Assistant de Service Social (DEAS) définie par l'arrêté du 29 juin 2004 et du Diplôme d'Etat Infirmier définie par l'arrêté du 31 juillet 2009.

³ Annexes de l'arrêté du 29 juin 2004.

Neuf activités sont identifiées et explicitées. Il en est de même pour les dix compétences requises.

Pour les deux formations, sont distingués des domaines de compétences ou des compétences « cœur de métier » (2 DC et 5 compétences) et d'autres transversales ou transverses (2 DC et 5 compétences). Chaque compétence est plus ou moins explicitée selon les diplômes et déclinée en terme d'indicateur de compétence.

Ce recours aux référentiels est tardif, au regard de ce qui s'est passé dans d'autres secteurs de la formation. En effet, depuis le milieu des années 1980, « une nouvelle ingénierie, caractérisée par la notion de référentiel – notamment d'activités – et par la notion de compétences », est apparue. On assiste à « un renversement par rapport aux pratiques antérieures, très axées sur les contenus des programmes de formation et les procédures d'évaluation » (Bouder et Kisch, 2007).

L'alternance intégrative

Le deuxième point commun aux réformes est la référence explicite à l'alternance. Pour le service social, elle est définie comme intégrative dans une nouvelle forme dénommée « site qualifiant ». Pour l'infirmier, il est question d'alternance dans le cadre des stages et de posture réflexive (annexe 3).

Même si les appellations ne sont pas identiques, on constate qu'un accueil collectif du stagiaire est attendu. Il est posé comme tel dans le cadre du site qualifiant et repose sur une convention de site qualifiant distincte de la convention de stage. Il est implicitement défini comme tel par la répartition des tâches prévues entre le maître de stage, le tuteur et le professionnel de proximité.

Les stages

Ces réformes viennent à la fois confirmer, renforcer et renouveler l'alternance. Pour les assistants de service social l'accueil du stagiaire doit désormais se faire dans un site qualifiant, c'est-à-dire « une organisation professionnalisante, tant au plan de la pratique professionnelle qu'au plan de l'acquisition des savoirs et de connaissances complémentaires »¹.

L'objectif est de transformer la forme antérieure, dite juxtapositive, en une nouvelle forme, l'alternance intégrative. Elle est censée « réaliser une étroite connexion et interaction entre formation théorique et formation pratique, de même qu'un travail réflexif sur l'expérience » (Gimonet, 2008). Le lieu de stage est censé ne plus être le terrain d'application de connaissances apprises ailleurs mais devenir un lieu de « coproduction de connaissances pratiques et théoriques et de co-évaluation des stages

¹ Circulaire DGAS/4A n° 2005-249 du 27 mai 2005 relative aux modalités de la formation préparatoire au diplôme d'Etat d'assistant de service social et à l'organisation des épreuves de certification.

professionnels »¹. Le «moniteur de stage» doit devenir un véritable formateur, soucieux de la construction des compétences.

Dans ce cadre, la pratique réflexive est vitale si l'on considère que « l'expérience est le terreau mouvant où se génèrent les compétences. Les compétences sont l'expression formalisée d'une expérience toujours en mouvement » (Mauduit-Corbon, p 59).

Potentiellement, ces réformes peuvent générer une tension, voire une injonction paradoxale, entre deux exigences : utiliser un référentiel de compétences générique pour tous les formés et adapter l'accompagnement à chaque stagiaire dans le cadre d'une pratique réflexive. De plus, les référentiels de compétences doivent être utilisés tant pour structurer la formation en institut et en stage ; ils sont également utilisés pour la certification finale.

Cette injonction pose plusieurs questions. C'est d'abord celle de l'appropriation et des usages par les organisations et les acteurs de ces nouvelles règles du jeu : référentiels de compétences, alternance intégrative et pratique réflexive. C'est ensuite la manière dont les organisations (centres de formation, lieux de stage) et les acteurs physiques vont concevoir le stage, l'apprentissage en stage et la socialisation professionnelle. Si l'on est sur des modèles d'imitation ou de transmission, le tout va être de savoir quelle place est laissée au stagiaire dans le processus d'accompagnement. Ce sont, enfin, les tensions possibles entre la centration sur le référentiel et la centration sur l'expérience de l'apprenant. On peut alors se demander si la pratique réflexive est en soutien ou en tension avec le référentiel de compétences.

Dans l'absolu, les référentiels de compétence et la pratique réflexive ne sont pas incompatibles. Tout va dépendre de leur appropriation par les différents acteurs du dispositif ; selon les conceptions ils peuvent devenir antagonistes. L'un des points sensibles est le modèle de professionnalisation auquel chacun va se référer. (Carignan, Fourdrignier).

3. Deux processus divergents de professionnalisation

Les mouvements de professionnalisation sont souvent appréhendés comme linéaires et à sens unique. Ce n'est pas le cas pour les deux groupes professionnels qui nous intéressent : par exemple pour les infirmières une remise en cause a eu lieu pendant la seconde guerre mondiale par le retour en force de l'éternel féminin : « On encourage à la formation d'infirmière, « utile à toutes les femmes en prévision de la vie de famille ». (...) En redevant l'hygiéniste de son propre corps et l'infirmière des siens, la femme française peut se racheter et œuvrer à la régénération » (Muel-Dreyfus, 317-318). Pour les assistantes sociales, la relation aux bénévoles, contre lesquels s'est construit la

¹ *Ibidem.*

professionnalisation, est toujours restée complexe : « la victoire sur les dames d'œuvre qui semblait facile au début n'est jamais acquise. (...) Ce revirement [l'auteur fait référence aux années 1970 et à René Lenoir] des pouvoirs publics qui, depuis le début des années 1930 et quelle que soit leur orientation politique, avaient mis à fond sur la professionnalisation, constitue un fait significatif sur lequel le Service Social n'a peut être pas assez réfléchi (Knibielher, 1980, 307-308).

Si l'on reprend plusieurs critères de professionnalisation, on constate que depuis les années 1970 les évolutions des groupes professionnels ont, d'une certaine manière, convergé sur le processus de qualification mais divergé sur trois points :

- **les rôles et actes professionnels** : le processus de professionnalisation des infirmiers se singularise d'abord par la définition du rôle propre et des actes professionnels. Entre 1978 et 2002 plusieurs textes législatifs et réglementaires sont venus affirmer le rôle propre et définir, de manière unitaire, l'exercice de la profession d'infirmier qui « comporte l'analyse, l'organisation, la réalisation de soins infirmiers et leur évaluation, la contribution au recueil de données cliniques et épidémiologiques et la participation à des actions de prévention, de dépistage, de formation et d'éducation à la santé ». Nous n'avons pas d'équivalent pour les assistants de service social.

- **la reconnaissance universitaire** : historiquement les deux formations se sont construites hors de l'université : « C'est au nom de cette technicité que les formations au Service social sont tenues en dehors des Universités (en France seulement); on les conçoit comme un apprentissage qui doit se faire dans des écoles spéciales, avec stages à l'appui. » (Knibielher, 1980, p 80). Avec la réforme du diplôme d'Etat infirmier, en 2009, a été initié le processus d'universitarisation de la formation infirmière. Dans ce cadre, des conventions ont été établies avec les universités et le diplôme d'Etat donne lieu à la reconnaissance du grade de licence. Dans cette mesure, la formation infirmière est rentrée de plein pied dans la réforme de Bologne. La situation n'est pas du tout comparable, à ce jour, pour la formation d'assistant de service social qui, certes, donne lieu depuis 2013 à la validation de crédits européens, mais pour laquelle la reconnaissance au grade de licence est loin d'être acquise.

- **la constitution d'un ordre professionnel** : Dans les critères utilisés pour définir une profession il est souvent fait référence à l'existence d'un ordre. En France, « entre 1940 et 1947, principalement, de nombreux ordres sont créés sur le modèle du barreau des avocats (...) afin de veiller à ce que les professionnels fassent bon usage de l'autonomie qui leur est conférée. » (Champy, 2011). Ils doivent être les garants de la compétence et de l'honnêteté des membres de la profession ; des missions d'ordre public leur sont confiées. « L'existence des ordres professionnels est ainsi liée à une conception des professions dans laquelle ils doivent jouer le rôle de représentants de l'intérêt général » (Ibid.)

Dans le début des années 2000, la création d'ordres professionnels pour le champ paramédical est devenue effective dès la loi du 9 août 2004 pour les masseurs-kinésithérapeutes et les pédicures-podologues. Pour les infirmiers, après plusieurs tentatives il a fallu attendre la loi du 21 décembre 2006 portant création d'un ordre national des infirmiers. Pourquoi cette création ? Le rapporteur à l'assemblée nationale développe trois arguments : « l'absence d'un ordre infirmier constitue une anomalie tant au niveau national qu'europpéen » (Briot, p 7). La comparaison est faite au regard des autres professions médicales ou paramédicales et des autres pays européens qui « disposent déjà d'un ordre infirmier, dont certains depuis plus de cinquante ans ! » (Ibid.). Cela se traduit par l'éclatement d'une représentation assurée par près de 150 associations et syndicats. De plus, « le « rôle propre » qui leur est actuellement reconnu par le code de la santé publique, c'est-à-dire la faculté d'intervenir auprès du patient en dehors de toute prescription médicale, justifierait à lui seul la création d'une instance ordinale » (Ibid.) Pour autant, depuis sa création l'ordre national fait l'objet de nombreux débats, conflits...100 000 infirmiers seraient à jour de cotisation et la Ministre envisagerait une inscription facultative¹.

Pour les assistants de service social, une première tentative a eu lieu sous la France de Vichy, en 1943-1944 : « Tel que prévu, le statut accorde à la profession, sous forme d'un statut spécial, les prérogatives d'un ordre en ce qui concerne la défense de l'honneur de la profession (...) et les prérogatives d'un groupement professionnel en ce qui concerne la défense des intérêts matériels des assistantes (Guerrand, Rupp, p 112). Néanmoins, après la guerre « le premier code [de déontologie] sera adopté en 1949 mais il n'aboutira pas à la création d'un conseil de l'ordre professionnel. Beaucoup de professionnelles le regrettent. Ceci en raison de la mise en place par décret du 4 avril 1950 du Conseil Supérieur du Service social, devenu le Conseil Supérieur du Travail Social »². Depuis lors, aucun ordre n'a été constitué et la représentation de la profession reste éparse, même s'il existe une association nationale.

- le développement de la recherche et la constitution d'une science propre : à l'instar de ce qui se passe dans d'autres pays, la question du développement de la recherche et la constitution d'une discipline propre reste posée. Tout d'abord, il faut relever que la question ne se pose pas dans les mêmes termes dans les deux groupes professionnels. Pour les infirmiers, il s'agit bien de sciences infirmières ; pour les assistants de service social il s'agit d'un ensemble plus large : le travail social. Des réponses distinctes ont été apportées dans les deux secteurs. Depuis 2010, le ministère chargé de la santé souhaite accompagner le développement de la recherche en soins infirmiers. Pour ce faire, il a lancé un programme hospitalier de recherche infirmière (PHRI), pluriannuel (trois ans), destiné à promouvoir la recherche en soins infirmiers dans les établissements de santé. De son côté, la Direction Générale de l'Action Sociale a lancé en 2008 une initiative

¹ <http://www.actusoins.com/18796/oni-reelection-surprises.html>, 18 décembre 2013.

² http://www.anas.fr/Presentation-de-l-ANAS_a737.html

visant à créer des pôles ressources régionaux « recherche, travail social, intervention sociale, action sociale, formation ». Ils ont plus vocation à mutualiser les moyens, diffuser, faire circuler les savoirs pour faire collaborer et dialoguer les acteurs professionnels, les milieux de la recherche et ceux de la formation professionnelle. Dans ce domaine, une conférence de consensus a débouché en 2013 sur « la reconnaissance du travail social comme un champ disciplinaire spécifique (...) dont les fondements s'appuient sur des recherches qui émanent des questionnements de la pratique des travailleurs sociaux et qui répondent, en même temps, aux exigences de scientificité »¹.

La situation actuelle des deux figures professionnelles résulte de processus complexes, qui ne sont ni linéaires ni univoques. En effet, nous avons tout au long de la période étudiée à la fois des mouvements de rapprochement et de convergence mais aussi des mouvements de séparation et de diversification. Ils concernent aussi bien les rapports entre les deux professions que les professions elles-mêmes. Plus théoriquement cela renvoie à un phénomène anthropologique bien connu celui de l'unité et de la diversité.

Ce processus concerne d'abord l'univers de la formation. La décentralisation partielle des formations sanitaires et sociales en direction des Conseils Régionaux a donné à croire qu'une nouvelle convergence allait s'instaurer. Certes les schémas régionaux sont aujourd'hui communs formellement. Pour autant les éléments de distinction demeurent importants : les diplômes d'Etat ne sont pas reconnus de la même manière. La formation infirmière s'inscrit dans un processus d'universitarisation. Les écoles de formation du travail social ont opté pour la constitution de Hautes Ecoles autonomes, même si on évoque des collaborations avec les universités. Pour autant le débat n'est peut être pas définitivement tranché. Il faudra voir ce qui va ressortir des « Etats généraux du travail social » programmés en 2014. De même il ne faut pas oublier deux éléments qui pèsent sur ces questions : les effectifs des deux professions n'ont rien de comparable ; si l'on prend les effectifs en formation ou les diplômés d'une année donnée le ratio est de 1 à 10 en faveur des infirmiers. Les administrations centrales des ministères n'ont sans doute pas non plus le même pouvoir d'influence.

Ce processus ne se limite pas au seul univers des formations. Il concerne aussi les champs d'activité dans lesquels ces deux professions s'inscrivent. Nous avons montré comment la construction des deux figures s'était faite en miroir de la construction des champs du sanitaire, du médico-social et du social. La loi Hôpital, patients, santé et territoires de 2009 est venue modifier une structuration et un équilibre constitués dans le début des années 1970. Toute la question est maintenant de savoir ce qui va résulter du rapprochement entre le sanitaire et le médico-social sous la houlette des Agences Régionales de Santé. Certes on parle beaucoup de la nécessité du décloisonnement du sanitaire et du social, de la nécessité de coopération entre les différentes organisations et

¹ DGCS. Recherche et travail social : avis du jury de la conférence de consensus, 26 juin 2013.

les différents acteurs. Le tout est de savoir dans quel sens vont jouer les rapports de force !

Bibliographie

ACKER Françoise, « Formation universitaire et recherche infirmière : un chantier pour la profession, la santé et la société? », *Recherche en soins infirmiers*, juin 2008, n°93, pp. 122-124.

BORSA Serge, Michel Claude René, *La vie quotidienne des hôpitaux en France au XIX^e siècle*, Paris, Hachette, 1985.

BOURDONCLE Raymond. « La professionnalisation des enseignants : analyses sociologiques anglaises et américaines », *Revue française de pédagogie*. Volume 94, 1991. pp. 73-91.

BRIOT Maryvonne, Rapport fait au nom de la Commission des affaires culturelles, familiales et sociales sur la proposition de loi (n° 2996) portant création d'un ordre national des infirmiers, 10 avril 2006.

CHAMPY Florent. *La sociologie des professions*, Paris, P.U.F., collection quadriges, 2009.

CHAMPY Florent. « Le rôle des ordres : quelles missions pour quelles professions ? » *Constructif*, n°30, 2011, 42-45.

CHÉRONNET Hélène, GADEA Charles, « Les cadres du travail social et de la santé face à la rationalisation managériale des services publics » in Demazière Didier, Gadea Charles, *Sociologie des groupes professionnels. Acquis récents et nouveaux défis*, Paris, La découverte, Recherches, 2009, 73-83.

CARIGNAN Louise, FOURDRIGNIER Marc, *Pratiques réflexives et référentiels de compétences dans les formations sociales*, Québec, Presses de l'Université du Québec, 2013.

DE MONTLIBERT Christian, « L'éducation morale des familles ». *Actes de la recherche en sciences sociales*, 1980, vol 32-33, pp. 65-76.

DEMAZIÈRE Didier, GADEA Charles, *Sociologie des groupes professionnels. Acquis récents et nouveaux défis*, Paris, La découverte, Recherches, 2009.

DUBAR Claude. TRIPIER Pierre, *Sociologie des professions*, Paris, Armand Colin, Collection « U », Série « Sociologie », 2005, 2^e édition.

DUBOYS FRESNEY Catherine, PERRIN Georgette, *Le métier d'infirmière en France*, Paris, PUF, Que sais-je ? 2005, (1^e édition : 1996).

FAYET-SCRIBE Sylvie, *Associations féminines et Catholicisme: XIX^e-XX^e siècle*, Paris, Les Editions ouvrières, 1990.

- GALANT Marie-Odile, « L'universitarisation de la formation en soins infirmiers en France : une opportunité pour les professionnels, les usagers et le développement de la santé publique », *Recherche en soins infirmiers*, juin 2008, n°93, pp. 125-126.
- GUERRAND Roger-Henri, RUPP Marie-Antoinette, *Brève histoire du service sociale en France. 1896-1976*, Toulouse, Privat, 1978.
- KNIBIEHLER Yvonne, *Nous les assistantes sociales. Naissance d'une profession*, Paris, Aubier-Montagne, 1980.
- KNIBIEHLER Yvonne, FOUQUET Catherine, *La femme et les médecins*, Paris, Hachette, coll. analyse historique, 1983.
- KNIBIEHLER Yvonne, (dir), *Cornettes et blouses blanches. Les infirmières dans la société française 1880-1980* (avec Véronique Leroux-Hugon, Odile Dupont-Hesse, Yolande Tastayre), Paris, Hachette, 1984.
- LE BOUFFANT Chantal, GUÉLAMINE Faïza, *Le travail d'assistante sociale*, Paris, Dunod, 2012 (3^e édition).
- MARTIN-FUGIER Anne, *La bourgeoise*, Paris, Grasset, 1983.
- MOSCONI Nicole, Évelyne DIEBOLT et Nicole FOUCHÉ, *Devenir infirmière en France. Une histoire atlantique ? (1854-1938)*, *Travail, genre et sociétés*, La Découverte, 1, 29, 2013, pp. 214-217.
- RATER-GARCETTE Christine, *La professionnalisation du travail social. Action sociale, syndicalisme, formation. 1880-1920*, Paris, l'Harmattan, 1996.
- SICART Daniel, « les professions de santé au 1 janvier 2013 », DREES, *document de travail*, n° 183, août 2013.
- SCHWEYER François-Xavier, « L'universitarisation de la formation en soins infirmiers : les promesses et leurs ombres », *Recherche en soins infirmiers*, juin 2008, n°93, pp. 120-121.
- Sociologie Santé, *Un groupe professionnel aux multiples facettes : les infirmières*, 2012, n° 35.
- VERDÈS-LEROUX, Jeannine, *Le travail social*, Paris, Editions de minuit, coll. Le sens commun, 1978.

ANNEXE I

Les principaux textes relatifs à la formation

	Formation infirmière	Formation assistant de service social
1878	Ouverture des écoles des hôpitaux de la Salpêtrière et de Bicêtre	
1882	Création des premières écoles infirmières publiques et laïques	
1902	Circulaire relative à la création d'école d'infirmières.	
1922	<i>Brevet de capacité (B.C.) d'infirmières professionnelles</i>	
1932		B.C.professionnelle d'assistant et d'assistante de service social de l'Etat Français
1938	<i>diplômes simples et supérieurs d'infirmiers ou d'infirmières hospitalières et d'assistant ou d'assistante du service social de l'Etat</i>	
1944		diplôme d'assistante sociale rurale et du diplôme d'assistante sociale coloniale
1947	diplôme d'Etat de puériculture	
1955	diplôme national pour les soignants des hôpitaux psychiatriques	
1961	<i>Modification des études préparatoires au diplôme d'Etat d'infirmière et d'assistante sociale.</i>	
1968	<i>A partir de cette année, la première année de formation d'assistante sociale n'est plus en tronc commun avec les infirmières</i>	
1979	Modification des études préparatoires au D.E.	
2002	Modification de la formation au D.E. d'infirmier anesthésiste	
2004		Modification du D.E.
2004	<i>Transfert des compétences des formations aux Conseils Régionaux</i>	
2009	Modification du D.E.	
2010	Grade de licence	

ANNEXE 2
Les principaux textes relatifs à la profession

	Profession infirmier	Textes communs	Profession assistant de service social
1922		Déclaration de l'A.T.S. (Association des Travailleuses Sociales)	
1923	Premier journal d'information professionnelle <i>l'Infirmière française</i>		
1924	Création de l'Association Nationale des Infirmières Diplômées de l'Etat Français		
1933	<i>L'U.C.S.S. devient Union Catholique des Services de Santé et des Services Sociaux</i>		
1944		Fondation de l'Association Nationale des Assistantes Sociales	
1946	<i>Loi relative à l'exercice des professions d'assistants ou d'auxiliaires de service social et d'infirmières ou d'infirmiers.</i>		
1950		Conseil Supérieur du Service Social (Déc)	
1951	<i>Naissance de la revue de l'Infirmière et de l'assistante sociale</i>		
1970	<i>La revue de l'Infirmière et de l'assistante sociale devient la revue de l'Infirmière</i>		
1972	<i>L'UCSS se scinde en deux : le MCPS (Mouvement- Chrétien des Professions de Santé) et le CCPS (Centre Chrétien des Professions de Santé).</i>		
1978	Rôle propre et fonction dans le domaine des soins infirmiers (Loi)		
1984	actes de soins infirmiers et exercice de la profession- D		
1993	actes professionnels et exercice de la profession- D		
2002	actes professionnels et exercice de la profession - D		
2006	création d'un ordre national des infirmiers (Loi)		
2008		« recherche, travail social, intervention sociale, action sociale, formation » (Cir)	
2009	Programme hospitalier de recherche infirmière (Cir)		

D : décret Cir : circulaire

Résumé

La construction de deux groupes professionnels : l'assistant de service social et l'infirmier.

Comment se sont fabriquées les deux figures de l'infirmier et de l'assistant de service social ? Pour répondre à cette question le processus de fabrication de ces deux groupes professionnels est abordé par l'analyse des professionnalisations qu'ils connaissent. Après avoir rappelé leur histoire commune nous montrons comment s'est construite leur différenciation croissante, initiée dès l'après guerre, renforcée à la fin des années 60, et confirmée dans la dernière décennie. Finalement la situation actuelle de ces deux figures professionnelles résulte de processus complexes, qui se traduisent à la fois par des mouvements de rapprochement mais aussi de séparation et de diversification. Ceci concerne tant l'univers de la formation que les champs d'activité dans lesquels ces deux groupes professionnels s'inscrivent, le sanitaire, le médico-social et le social. Les modifications récentes d'équilibre entre ces secteurs laissent ouverte la question du devenir de ces deux entités.

Mots-clés

Infirmier - Assistant de service social - Professionnalisation - Alternance - Référentiel de compétences

Abstract

The construction of two professional groups : The social service assistant and the nurse.

How did those two figures of the nurse and the social service assistant turn out ?

To answer this question, the construction process of both professional groups is approached with the analysis of the professionalisations they know. After having reminded their shared history we point out how their increasing differentiation was constructed, initiated as soon as the post-war years, strengthened in the late 60's and reinforced during the last decade. Actually the current situation of those two professional groups results from complex processes that translate themselves simultaneously into movements of reunification, separation and diversification. This refers to the world of training as much as the fields of activity in which both professional groups are in line with, the sanitary, the medico-social and the social fields. The recent balance changes between those fields let the door open to the issue of these two entities' future.

Keys words

Nurse - Social service assistant - Professionalisation - Sandwich training - Competencies repository