

« Uni(e)s dans l'action¹ » : les infirmières coordonnées

Christian CHEVANDIER

Maître de conférences en histoire contemporaine
à l'université de Paris 1 Panthéon-Sorbonne

Après 18 mois de mouvements sociaux dans d'autres secteurs, une agitation s'est développée dans les hôpitaux, particulièrement dans les services de soins, pour aboutir à une grève sans précédent aux résultats appréciables. Avant les infirmières, des groupes sociaux aussi différents que ceux des étudiants, des cheminots, des travailleurs du transport aérien, mais aussi des métallurgistes² et des enseignants, avaient, pour parvenir à leurs fins, adopté un type d'organisation de la lutte proposé comme nouveau, celui des coordinations³.

Les coordinations étaient présentées, non sans raison, comme un produit de la défiance des travailleurs face à des organisations syndicales qui peinaient à prendre en compte l'évolution de la société, notamment l'exigence de démocratie dans les luttes, mais dont une des principales faiblesses résidait (et réside encore) dans une division structurelle construite par une histoire fertile en scissions. Ces structures pouvaient sembler amplifier cette segmentation. C'est pourtant pour se donner un outil efficace que les travailleurs ont fait un tel choix. A l'hôpital, l'outil a été efficace puisque les acquis de ce mouvement ont permis une amélioration significative des conditions de travail et des rémunérations, phénomène unique dans la fonction publique lors des quinze dernières années du XXe siècle. Ce paradoxe sera ici interrogé, en se penchant sur les particularités du mouvement social pour, par les spécificités du groupe social, tenter de comprendre la complexité de ses rapports au syndicalisme.

I. Spécificités d'un mouvement social

Le décret signé le 23 décembre 1987 par Michelle Barzach, ministre de la Santé, a mis le feu aux poudres, un feu qui a pris du temps pour se propager mais s'est révélé singulièrement efficace puisqu'il fut à l'origine du principal mouvement social dans le secteur hospitalier en France. Ce texte accordait aux mères de famille, aux sportifs de haut niveau et aux personnes justifiant de cinq années de travail salarié l'accès au concours d'entrée aux écoles d'infirmières. Certes, si les candidats n'avaient pas le niveau, ils ne pouvaient qu'échouer aux épreuves qui leur étaient proposées, mais une telle mesure, en niant tout niveau requis pour en entamer la formation, était perçue par le groupe professionnel comme une remise en cause de sa qualification. La première revendication du mouvement qui se mit peu à peu en place fut son abrogation. En défendant sinon la fermeture, du moins la rigueur des conditions d'entrée dans la profession, ce mouvement aurait pu passer pour corporatiste, au sens donné à ce terme sous l'Ancien Régime⁴. Mais, en dépit de la confusion

¹ Appel de la coordination infirmière d'Île-de-France à l'assemblée générale du 15 septembre 1988. Les parenthèses son dans le document.

² Le cas de la SNECMA est particulier. Une des caractéristiques des coordinations dans les années 1985-1995 est de n'avoir pu se développer véritablement que dans le secteur public.

³ Jean-Michel Denis, *Les coordinations. Recherche désespérée d'une citoyenneté*, Paris, Syllepse, 1996.

⁴ Le mot a pu acquérir une dimension péjorative après son usage par Vichy et la mise en place d'ordres professionnels, notamment dans le domaine médical. L'acceptation la plus stimulante de ce concept renvoie à sa place dans la société d'Ancien Régime. Voir à se propos Steven L. Kaplan, *La fin des corporations*, Paris, Fayard, 2001.

communément établie entre corporatif et catégoriel⁵, la revendication d'augmentation des effectifs, récurrente dans les hôpitaux, allait à l'encontre de cette dimension.

Une première action, combinant arrêt de travail et manifestation, fut organisée en mars 1988 par l'UNASIIF, la principale association professionnelle, la Fédération CFDT et la coordination des infirmières anesthésistes. Dans le cadre de ce début de mobilisation et pour la renforcer, des infirmières et des infirmiers, membres ou non de diverses associations professionnelles ou de syndicats, mirent en place lors d'une assemblée générale une structure qui prend le nom de « Coordination infirmière Île-de-France ». Lors des mois qui suivirent, des assemblées générales entretenirent et développèrent la mobilisation. C'est lors d'une de ces assemblées générales qu'au mois de juin fut rédigée une plate-forme de revendications où étaient demandés bien sûr l'abrogation du décret Barzach, mais également des embauches, un coup d'arrêt aux suppressions des postes, l'amélioration des conditions d'encadrement des infirmières arrivant dans un service ainsi que des mesures salariales : augmentation mensuelle immédiate de 2000 francs pour toutes, revalorisation des primes et possibilité de changer de secteur ou d'employeur sans perte d'ancienneté.

Sur ces bases, des débrayages sporadiques touchèrent en juin et septembre des services hospitaliers à Paris et dans son agglomération. Le 15 septembre, après une assemblée générale, la Coordination appelait sur ses revendications à une grève nationale pour le 22. Ce jour-là, plus des trois quarts des infirmières hospitalières du pays participèrent au mouvement, en une part jamais atteinte à cette échelle et en ce milieu. Les médias, notamment audiovisuelles, accordent une certaine attention à la coordination et contribuent à l'importance du mouvement. L'infirmière présidente de la coordination⁶, invitée dès le 29 septembre 1988 au journal de 13 heures d'Antenne 2, est ainsi un de ces personnages typique qu'elles affectionnent⁷. Le ministre de la Santé du gouvernement de Michel Rocard⁸, Claude Evin, hasarda alors de négocier avec les organisations syndicales tout en écartant la coordination nationale. Seule, la CGT refusa de ce prêter à cette manœuvre et acquit auprès des infirmières une légitimité qu'elles dénieront aux autres syndicats. L'on aurait tort de sous-estimer cet épisode, tant le premier contact avec le syndicalisme peut forger pour longtemps la perception d'une organisation : les jeunes infirmières qui découvraient les organisations syndicales se firent pour longtemps une opinion de leurs valeurs respectives et cela explique sans doute en partie la première place occupée une décennie plus tard et pour longtemps par la CGT aux élections professionnelles. Comme cela était prévisible, une telle attitude ne fit que renforcer un mouvement qui s'étendit fin septembre à d'autres catégories professionnelles. Le 6 octobre, les travailleurs de l'hôpital se lancèrent dans une grève reconductible chaque jour dans chaque établissement par une assemblée générale. La Coordination régionale changea alors d'échelle, devint la Coordination nationale infirmière. Tandis que le gouvernement et certains syndicats pariaient sur l'essoufflement, le mouvement restait majoritaire, durait, se renforçait, ne cessait d'accroître une indéniable popularité qui se révéla son principal atout. Le 13 octobre, une manifestation d'environ 100 000 travailleurs de l'hôpital parcourait les rues de Paris et le gouvernement fut obligé d'inviter la coordination aux négociations. Les assemblées générales repoussaient régulièrement les propositions gouvernementales, mais la grève commençait à s'essouffler. C'est la raison pour laquelle la reprise fut décidée le 23

⁵ L'approche la plus pertinente de cette dimension est sans doute celle de Jacques Capdevielle, *Modernité du corporatisme*, Paris, Presses de Sciences po, 2001.

⁶ Voir son ouvrage autobiographique, Nicole Béneise, *Journal d'une infirmière. Ma part des autres*, Plon, 1993.

⁷ Caroline Vautrot, *La représentation du mouvement social des infirmières de 1988 et 1991 dans les journaux télévisés de TF1 et d'Antenne 2*, mémoire de maîtrise, universités de Paris 1 et Paris 3, 2000, p. 24.

⁸ Entre le décret Barzach et le mouvement de l'automne 1988, les élections présidentielle et législatives du printemps 1988 ont consacré une alternance politique. A deux reprises, fin septembre et début octobre 1988, le président Mitterrand tint des propos qui peuvent être interprétés comme un soutien au mouvement.

octobre ; le lendemain, les fédérations CFDT et FO⁹ signaient un protocole d'accord qui ratifiait les propositions du ministère. Comme souvent, même après un conflit victorieux, la rentrée fut amère et le mouvement se prolongea une dizaine de jours par des manifestations imposantes, de plusieurs dizaines de milliers d'hospitaliers de toutes catégories. Les résultats étaient pourtant impressionnants, avec l'abrogation du décret de décembre 1987, l'amélioration des perspectives de carrière et surtout une sérieuse revalorisation des salaires des infirmières, de 550 francs en début à 1400 en fin de carrière. Alors que la mobilisation des autres catégories avait été bien moindre, elles bénéficiaient de quelques mesures de revalorisation et de promotion ; l'augmentation du salaire mensuel des aides-soignantes attint ainsi souvent 600 francs tandis que des formations étaient prévues pour la préparation du concours d'entrée aux écoles d'infirmières. Trois ans plus tard, en septembre-octobre 1991, le mouvement reprenait sur des revendications du même ordre, mobilisant à nouveau des effectifs importants et permettant quelques nouveaux acquis. Cette année-là, les modalités d'organisation furent un peu différentes, ne serait-ce que parce qu'un nouveau syndicat avait été entre temps créé par des militants chassés de la CFDT pour avoir participé au mouvement de 1988, le syndicat CRC (Coordonner, Rassembler, Construire). Ce mouvement fut vite englobé avec le précédent dans une mémoire professionnelle et sociale qui, presque deux décennies plus tard, en fait un des moments (re)fondateurs de la profession.

La première question qui se posa aux infirmières fut celle des moyens d'action. Le droit de grève est garanti par la Constitution et ses limitations sont strictement réglementées. Seul un décret pris en Conseil des ministres permet de procéder à des réquisitions mais, plus couramment, c'est le directeur de l'établissement qui astreint par une note de service les agents à assurer un service minimal dont la définition devient un enjeu, voire un argument lorsque ce sont des revendications d'effectif qui sont en jeu. Effectuant leur service, les personnels astreints perçoivent leur traitement et arborent communément un badge ou un brassard affichant leur qualité de gréviste¹⁰. Il est déjà malaisé en temps ordinaire d'évaluer véritablement la part des grévistes lors d'un tel mouvement : ce n'est ainsi pas avec les effectifs totaux qu'il faut mettre en rapport le nombre des travailleurs cessant le travail, mais avec ceux qui devraient être présents le jour du mouvement¹¹. L'exercice devient presque impossible quand les grévistes sont réquisitionnés et travaillent. En revanche, de telles modalités, qui font que le gréviste n'a pas à faire le sacrifice de sa rémunération, lui permettent de faire durer un mouvement dont la popularité n'est pas atteinte par la gêne occasionnée à la population. Sur place, affirmant leurs valeurs, d'autant plus légitimes qu'ils sont reconnus indispensables, les grévistes acquièrent un rapport au travail où la part de la subordination se réduit considérablement : le fait de venir travailler devient presque une victoire sur l'aliénation.

Parmi le personnel gréviste, les infirmières avaient pu lors des mouvements sociaux des années 1970 contraindre les directions à des fermetures provisoires de lits le temps du conflit, les techniciens de laboratoire obliger les médecins à justifier le caractère urgent de la prescription. Quant aux grèves administratives, qui permettaient de dispenser des « soins gratuits » et consistaient généralement à ne pas relever les éléments nécessaires pour facturer des prestations, elles se voulaient surtout symptomatiques de cette volonté d'action dans un milieu où les circonstances de la lutte sociale sont malaisées, mais n'en furent pas moins souvent pratiquées en différentes modalités. Chacun était bien conscient que de telles actions,

⁹ Qui avaient totalisé 59,4% des voix aux élections professionnelles du printemps précédent : il ne s'agissait donc pas d'un accord signé par des organisations minoritaires. La CGC (0,5% des voix) en était également signataire.

¹⁰ Sur le droit de grève à l'hôpital à la fin du XXe siècle et l'importance dans ce cadre de la jurisprudence, Christian Chevandier, *Les métiers de l'hôpital*, Paris, La Découverte, 1997, p. 107.

¹¹ Le choix du premier mode de calcul permet aux autorités de minorer la participation à la grève.

à la moindre erreur, pouvaient avoir des conséquences fatales, nécessitaient la bienveillance des médecins du service¹² et permettaient ainsi dans ce milieu très hiérarchisé de dépasser la traditionnelle opposition entre personnels médicaux et non médicaux. Sans doute une des frustrations des travailleurs hospitaliers avait pour origine les difficultés, voire le refus des organisations syndicales de dépasser la contradiction entre formes de lutte et service de la population. L'absence de réflexion et de théorisation des organisations syndicales¹³ à ce propos laissait alors le champ libre à une extrême gauche bien implantée dans ce milieu et dans cette génération, comme ce groupe trotskiste qui publiait une brochure intitulée *Hôpital en grève = soins gratuits* et proposant avec humour de « soigner gratuitement [des CRS] après un affrontement avec le piquet de grève¹⁴. »

Il y a eu également, lors des mouvements de 1988 et 1991, la volonté par les travailleurs de prendre directement en main leur lutte, sans les laisser à des syndicalistes considérés alors comme des cadres¹⁵ faisant passer leurs positions personnelles voire leur intérêt de groupe et non des militants au service du groupe social dont ils faisaient partie et au sein duquel ils avaient toute leur part, celle de tout travailleur. Cette défiance est une des raisons de la pratique, de plus en plus habituelle, d'assemblées générales décidant de la suite des mouvements grévistes qui a été un des piliers du phénomène des coordinations¹⁶. Objets d'une opposition farouche de la plupart des syndicats qui, au début des années soixante-dix, préféraient des intersyndicales où les travailleurs n'avaient pas directement leur mot à dire, ces assemblées générales ont obtenu peu à peu droit de cité jusqu'à devenir habituelles : au cours du mouvement de l'hiver 1999-2000, Bernard Thibaud, secrétaire général de la CGT, s'est même rendu à l'une d'entre elles, à l'hôpital Saint-Louis. Tout autant qu'une place de plus en plus grande donnée à ces assemblées générales, au cours desquelles chacun peut s'exprimer, l'échelle de ces structures, abandonnant l'échelle départementale ou du grand CHU pour se tenir à celle de l'hôpital, correspond à la volonté que les structures de décisions soient le plus près possible de la réalité de l'exercice professionnel et ne s'éloigne pas de la tradition des origines du syndicalisme français. Peu à peu, les selfs ou les halls des hôpitaux se sont substitués aux salles des Bourses du travail comme décors des rassemblements quotidiens. Les coordinations de 1988 et 1991 s'inscrivent dans ce continuum de pratiques grévistes et affirment la légitimité de telles instances, chaque assemblée élisant des représentants aux coordinations plus larges. Le changement d'appellation ne doit pas tromper¹⁷, ces coordinations sont bien la suite des comités de grève des années soixante-dix alors regardés avec appréhension par la plupart des syndicats.

Le fait d'opposer la coordination aux organisations syndicales n'en est pas moins un leurre. Alors que ses membres les plus actifs dans les établissements étaient souvent des

¹² Qui, pour certains praticiens hospitaliers, étaient fortement attachés au service public et voyaient d'un bon œil les revendications d'augmentation du personnel ou d'amélioration des conditions de travail.

¹³ Christian Chevandier, « A l'hôpital : l'impensable autogestion », in Frank Georgi, dir., *Autogestion. La dernière utopie ?*, Paris, Publications de la Sorbonne, 2003, p. 347-366.

¹⁴ *Taupe rouge* n°10, s.d., paru entre septembre 1972 et juin 1973.

¹⁵ Certains syndicalistes pouvaient ainsi déjeuner avec la direction à l'issue d'une réunion statutaire, favorisant ainsi chez les travailleurs qui en étaient témoins une image dépréciative.

¹⁶ Didier Leschi, *Un aspect particulier des mobilisations sociales : les coordinations. Etude comparée du phénomène de coordinations*, mémoire de DEA de politique comparée, Université de Paris X, 1989. Sur le mouvement des infirmières, ont été publiés Alain Rebours, Martine Schachtel, *Ras la seringue, histoire d'un mouvement*, Lamarre-Poinat, 1989, Michel Poisson, Marie-Noëlle Thibault, « A propos de la grève des infirmières de 1988 », *Le Mouvement social*, n°146, juillet-septembre 1989, Danièle Kergoat et alii, *Les infirmières et leur coordination, 1988-1989*, Lamarre, 1992, Jacques Saliba, Brigitte Bon-Saliba, Brigitte Ouvry-Vial, *Les infirmières. Ni nonnes, ni bonnes*, Syros, 1993.

¹⁷ Lors du mouvement de 1991, des « collectifs » ont regroupé des travailleurs hospitaliers de différentes qualifications, dont des militants syndicaux (de la CGT, du CRC et de Force ouvrière) ou associatifs ; le choix du mot voulait marquer une distance avec celui de « coordination ».

syndicalistes, elle s'est affirmée comme une force en plus des syndicats, non contre eux comme cela a été le cas en 1986 à la SNCF. Sans doute la force très relative du syndicalisme en milieu hospitalier, sans aucune commune mesure avec ce qui existait dans les chemins de fer, a-t-elle permis cette coexistence : les syndicats n'étaient pas une autorité sur laquelle faire pression, mais plutôt un élément dans le rapport de forces. Les effectifs des manifestations du 13 octobre 1988 furent alors significatifs de la construction de ce rapport de forces : celle du matin, à laquelle appelaient la CFTC, la CFDT, FO et la CGC, a réuni de 15 à 20 000 personnes. Celle de l'après-midi, à l'appel de la coordination et de la CGT, en compta de 80 à 100 000.

II. Spécificité du milieu professionnel

Pour qui connaissait un peu ce milieu, le mouvement des infirmières n'a pas vraiment été une surprise. L'historienne Yvonne Knibiehler, qui a dirigé au milieu des années 1980 la première grande synthèse d'histoire des infirmières, a ainsi mis en évidence une périodisation en trois temps : l'émergence des années 1880 aux lendemains de la Première Guerre mondiale, la stagnation des années 1920 aux années 1960 et, pour les années suivantes, « une ère de contestation et de remises en cause qui ne semble pas près de s'achever¹⁸ ».

Ces mouvements sociaux s'inscrivent bien dans une histoire, celle du monde hospitalier où prédominent de longue date les établissements publics. Ils se situent à un moment de ralentissement de la croissance des effectifs d'une administration qui était devenu un des principaux employeurs du pays. Dans le secteur hospitalier public, entre 1960 et 1985, les effectifs ont augmenté de 263%. De 1985 à 1990, la croissance ne fut plus que de 3%. La prise en compte de cette décélération est essentielle pour appréhender la crise d'un secteur rompant de fait avec une croissance qui durait depuis si longtemps qu'elle pouvait paraître structurelle. Cette dynamique des effectifs contribuait, dans un milieu déjà stabilisé par les règles de la carrière de la fonction publique hospitalière, à maintenir dans ses rangs un nombre important de travailleuses recrutées parmi les anciennes lycéennes de l'après-soixante huit, en dépit d'un *turn over* qui, s'il ne correspond en rien aux chiffres fantaisistes complaisamment avancés¹⁹, n'en est pas pour autant négligeable et fait que 45% seulement des infirmières exerçant à l'hôpital avaient au début des années 1990 au moins dix ans d'ancienneté professionnelle²⁰. C'est dans la demi-décennie qui a suivi 1968 que l'augmentation du nombre des travailleurs hospitaliers a été la plus importante, se substituant dans la dynamique de l'emploi à la croissance du nombre des enseignants. Les effectifs du secteur hospitalier public augmentèrent de 37,6% entre 1969 et 1974 tandis que ceux de l'Éducation nationale ne s'accroissaient que d'un quart. Et comme la part du personnel hospitalier dans la population active passait en cinq ans de 1,75% à 2,29%, les ménages comprenant un de ces travailleurs devinrent bien plus nombreux²¹. Dans l'évolution du marché du travail en France ces années-là, ces nouveaux emplois étaient destinés de fait à des

¹⁸ Yvonne Knibiehler, dir., *Cornettes et blouses blanches. Les infirmières dans la société française 1880-1980*, Paris, Hachette, 1984, p.10-11.

¹⁹ La légende d'une « vie professionnelle moyenne de trois ans » est couramment colportée. Les études d'infirmière durant alors trois ans, les effectifs d'élèves auraient du être les mêmes que ceux des professionnelles en activité. Or, en 1995, les élèves infirmières sont au nombre de 52 900 tandis que les infirmières diplômées d'Etat en exercice en milieu hospitalier sont 216 300 (248 600 si l'on compte les infirmières DE ayant des fonctions d'encadrement). Source : SESI (Service des statistiques et études et des systèmes d'information du ministère ayant en charge la santé).

²⁰ 40,03% de 10 à 23 ans et 5,38% plus de 24 ans. SESI, *Documents statistiques*, n° 252, avril 1996, *La population infirmière au 1^{er} janvier 1993*, p. 16.

²¹ Ils l'étaient d'autant plus que la suprématie numérique d'un sexe limite l'endogamie.

femmes à un moment où l'emploi féminin contribuait aux deux tiers de l'augmentation de la population active²².

Cette dynamique correspond à l'évolution du secteur hospitalier et croise aussi bien l'augmentation dans les années 1970 du nombre de lits que les effets de ce que l'on a appelé « l'humanisation des hôpitaux » qui modifiait la nature même des postes de travail et, pour un même nombre de patients, nécessitait du personnel plus nombreux²³. Elle correspondait également à des choix effectués dans la société française qui, ces années-là, prit en charge plus sérieusement la santé des Français. La part de la consommation de soins hospitaliers dans le PIB a presque doublé entre 1970 et 1983, de 1,6% à 3,1%, avant de se stabiliser pour varier entre 3% et 3,2% jusqu'aux années qui précèdent les mouvements de 1988 et 1991. Le métier même d'infirmière a changé, marqué notamment par l'amélioration du niveau scolaire antérieur à la formation professionnelle initiale. Les études ont été d'une meilleure facture et ont vu s'en accroître les exigences. Le décret de septembre 1972 a porté à 28 mois une formation qui se déroulait auparavant en deux ans, avec un nouveau programme, très précis, d'un niveau bien supérieur. La mutation de ce milieu, qui s'inscrit dans la hausse du niveau d'étude de l'ensemble de la population²⁴, n'en est pas moins exacerbée par la croissance des effectifs qui fait qu'arrivent alors en nombre des jeunes femmes de cette génération bien plus diplômée que la précédente²⁵. C'est ces années-là que les hôpitaux sont devenus des pôles de haute technologie dont la moitié des salariés relevait, dans l'ancienne nomenclature de l'INSEE, de la catégorie des cadres.

Ce changement n'a pas été sans conséquence dans la perception des hiérarchies au sein de cette population d'élèves-infirmières qui ont vécu leur scolarité secondaire dans le contexte quelque peu troublé de l'après-soixante-huit. Le niveau scolaire relativement bas des « monitrices », nom alors donné aux formatrices, en 1968 pour 80% d'entre elles sans formation pour cette tâche, qui n'étaient parfois pas bachelières et avaient fait des études d'infirmière bien plus superficielles et longtemps auparavant, rendait moins avérée leur légitimité face à des élèves infirmières plus cultivées, maîtrisant souvent mieux les outils intellectuels et prompts à remettre en cause toute autorité. En 1965, 1,5% des élèves étaient pourvues d'un diplôme de fin d'études secondaires ; en 1973, elles étaient 44% dans ce cas²⁶. Comme les jeunes cheminots lors du mouvement de juin 1971, comme les jeunes postiers pendant la longue grève de l'automne 1974, les jeunes infirmières ont dans les années 1970 contesté toutes les autorités, posture d'autant plus subversive que le milieu hospitalier était très hiérarchisé, d'une hiérarchie justifiée par la science et le savoir. C'est bien comme un rejet de ces différentes formes de dominations que doit se comprendre le slogan qui sonnait alors comme un rejet de l'histoire de la profession : « ni nonne, ni bonne, ni conne ». Peu importe alors que c'est précisément contre ces trois figures, celle de la religieuse, celle de la domestique et celle de la rustre illettrée que s'est bâtie la profession²⁷, c'est bien contre la mémoire d'une subordination que se construit la coordination. Les chercheurs en sciences

²² Christian Chevandier, « Inscrire dans la durée l'évolution du monde hospitalier (1969-1974) », in Alain Beltran, Gilles Le Beguec, dir., *Action et pensée sociales chez Georges Pompidou*, Paris, Presses universitaires de France, 2004, p. 209-224.

²³ Rapport du groupe de travail sur l'humanisation des hôpitaux, cité par Jacques Courquet, *L'hôpital aujourd'hui et demain*, Paris, Le Seuil, 1971, p.32.

²⁴ En vingt ans, entre 1969 et 1988, le nombre de baccalauréats délivrés chaque année a augmenté de 129%.

²⁵ Antoinette Chauvenet, « Professions hospitalières et division du travail », *Sociologie du travail*, n°14/2, avril-juin 1972, pp.145-163 et « La qualification en milieu hospitalier », *Sociologie du travail*, n°15/2, avril-juin 1973, pp.189-205.

²⁶ Emilie Caminade, *Les écoles d'infirmières de l'Assistance publique de Paris dans l'après-mai 1968*, mémoire de maîtrise d'histoire contemporaine, Université de Paris 1, 2001, p.60.

²⁷ Christian Chevandier, *Infirmières à Paris. Emergence d'une profession 1900-1950*, Paris, Editions de l'Atelier, 2007.

sociales qui se penchent sur ce groupe professionnel risquent alors d'être piégés par la reprise de discours idéologiques tenus au sein du groupe professionnel, sans véritable rapport avec ce que vivent les travailleuses dans les services mais très visibles car presque hégémoniques dans les publications indigènes²⁸. C'est le cas des discours sur la « reconnaissance », certes repris par le groupe après la médiatisation, mais dont on ne peut que remarquer le caractère vague, plus ou moins psychologisant, déconnecté des revendications claires. Il en est ainsi de l'essentialisation par ceux qui voient une spécificité féminine dans les modalités de déroulement de ce mouvement, et renvoient à des débats vieux d'un siècle et à des affirmations sur la « femme naturellement soignante ». D'une manière qui pourrait paraître paradoxale, ces discours participent de la souffrance au labeur des travailleuses des services de soins en leur faisant paraître comme « naturelle » une activité complexe nécessitant des conditions matérielles qui souvent ne sont pas réunies. La culpabilité vient alors de ce qui apparaît comme un échec personnel, semblant remettre en cause jusqu'à l'identité de genre et aggravant en un cercle vicieux les modalités de l'exercice professionnel²⁹.

Une autre particularité du milieu, qui influence largement les modalités d'action revendicatives, est la nature de la tâche effectuée. Soigner ses semblables n'est pas produire des marchandises. Cesser les soins peut avoir des conséquences pour le moins fâcheuses. Le refus d'une telle éventualité a constitué en 1907 la principale cause du refus de former un syndicat par les surveillants des services de soins de l'Assistance publique de Paris: « Il n'y a pas de syndicat sans grève, et la grève pour nous est impossible, à moins d'être dépourvu de tout sentiment d'humanité³⁰. » Notons que cette considération, parfois présentée comme une « spécificité féminine » qui expliquerait la plus forte exploitation dont seraient victimes les infirmières, est bien sûr également exprimée par des hommes, certes moins nombreux dans ce milieu. Quant aux médecins hospitaliers, ils ne répugnent pas non plus à l'exercice du droit de grève à l'hôpital. Ils usent même, comme les internes et chefs de services en 1997, du terme de « grève des soins » que n'osent jamais utiliser les autres salariés de l'hôpital. Depuis les débuts de la Quatrième République, les mouvements des médecins reviennent eux aussi comme un *leitmotiv* dans l'histoire hospitalière. C'est le président de Gaulle lui-même qui signa le décret de juin 1961 « autorisant la réquisition des internes des hôpitaux publics en grève ».

Dans un pays dont les habitants tiennent particulièrement au système de santé, cette dimension de l'activité hospitalière joue son rôle dans le succès des mouvements. Ce n'est d'ailleurs pas une spécificité française. Les infirmières anglaises, pourtant louées par les secteurs les moins novateurs du monde paramédical, ont été les premières à faire céder par une lutte sociale le pouvoir de Margaret Thatcher, obtenant 15% d'augmentation à la suite de leur grève de 1988. C'est bien par l'affirmation d'une convergence d'intérêts que s'étaye la perspective d'une victoire sociale des professionnels de l'hôpital. Le philosophe Emmanuel Hirsch souligne à quel point il est fallacieux de leur opposer les personnes hospitalisées³¹. Cette donnée s'inscrit dans un temps long et explique en grande partie les succès des mouvements hospitaliers. Ce n'est pas seulement parce qu'elles sont fort mignonnes que Plantu dessine dans *Le Monde* des infirmières grévistes absolument charmantes alors que ses

²⁸ Notamment chez les éditeurs qui se sont spécialisé dans cette production, parmi lesquels les éditions Lamarre-Poinat puis Lamarre.

²⁹ Pascale Molinier, *L'énigme de la femme active. Egoïsme, sexe et compassion*, Paris, Payot, 2003.

³⁰ Françoise Salaün, « La problématique syndicat-association professionnelle aux sources du syndicalisme hospitalier », in Christian Chevandier, dir., *Le militantisme hospitalier*, Actes de la journée d'étude, université de Paris 1 Panthéon-Sorbonne, juin 2000, *site Internet Maitron, publications en ligne*, p.54-61.

³¹ *Libération*, 3/3/2000.

cheminots en grève sont plutôt antipathiques, mais parce que, à travers leurs mouvements sociaux, c'est bien le lien social qui se tisse³².

III. Spécificité du syndicalisme à l'hôpital.

Ces spécificités n'empêchent pas que les mouvements sociaux de ces femmes et de ces hommes de s'inscrire plus largement dans la société. Lorsqu'ils se mettent en grève, les travailleurs hospitaliers le font pour des raisons fort proches de celles des grévistes d'autres secteurs. Ce sont d'abord les conditions de travail, particulièrement pénibles, qui sont mises en avant. L'augmentation des effectifs est alors la solution qui semble la plus rationnelle aux grévistes. En période de chômage, le rapport est fait entre le manque de personnel hospitalier et le nombre de sans-travail (« A l'hôpital on fait beaucoup trop d'heures, à l'extérieur, y'a des chômeurs » chante-t-il sur l'air de *Toréador* dans les années 1980). C'est, nous l'avons vu, un des aspects de ces mouvements qui empêche de les qualifier de corporatistes, puisque le corporatisme passe d'abord par une limitation de l'accès à certains corps. Pourquoi, alors, les difficultés d'un engagement social, a fortiori syndical, peuvent-ils parfois être présentés comme un élément de l'identité professionnelle des infirmières ? La définition en négatif pourrait ajouter « ni syndiquée » à la trilogie en « onnes ». Les textes de la coordination³³ n'excluent pas les syndicalistes et revendiquent la présence de toutes et tous, « syndiqué(e)s, non-syndiqué(e)s, associé(e)s, non-associé(e)s³⁴. » La plus connue des associations d'infirmières, l'ANFIIDE (Association nationale française des infirmières diplômées et élèves), a largement participé aux mobilisations, et l'importance du milieu associatif n'est pas, bien au contraire, opposée à la démarche syndicale.

C'est que le milieu n'est pas si hostile. Si le monde hospitalier n'a pas été, du moins jusqu'à la Libération, à la pointe des luttes sociales, la légende de groupes sociaux réticents à la syndicalisation ne se perpétue que parce que l'histoire syndicale des hôpitaux est peu connue. Quelques plongées dans les archives permettent cependant de savoir qu'à la fin du XIXe siècle presque les trois quarts des membres du personnel hospitalier parisien étaient syndiqués, plus de 80% aux lendemains de la Première Guerre mondiale. Même aux moments de la pire division syndicale, dans l'entre-deux-guerres, il a pu y avoir jusqu'à 40% de syndiqués parmi eux. Quant aux mouvements sociaux qui ont agité le secteur hospitalier depuis la fin des années 1940, ils furent nombreux, tout autant des grèves catégorielles ou sectorielles que de la participation des hospitaliers à des conflits interprofessionnels. Lors de la grève de l'été 1953, un ministre faisait part lors du conseil du 19 août de sa crainte « de voir les services passer sous les ordres d'un comité interprofessionnel [de grève] », suscitant ce commentaire du président de la République : « Déjà, il en est ainsi dans les hôpitaux. C'est l'idée de la CGT³⁵. » Après la grève de 1999-2000, quelques commentateurs ont insisté sur le caractère exceptionnel de ce mouvement qui aurait fait « céder Bercy » alors que les mouvements de 1988 et 1991 avaient déjà connu un tel succès. D'autres précédents existent, dont le plus remarquable est la création en 1949 de la qualification d'aide-soignant. A la suite d'une grève longue et dure des agents de service de l'Assistance publique de Paris qui demandaient des augmentations de salaires, le Ministère de la Santé a du, devant la farouche opposition de son collègue des Finances, contourner cet obstacle en proposant un nouveau

³² Ce qui n'est pas à ce point le cas des grèves de cheminots qui ne font pas le choix de formes de lutte qui seraient populaires.

³³ Sauf mention explicite, je ne désigne ici par ce terme que la structure originelle, et non la coordination déclarée en préfecture qui a tenté de s'instituer en syndicat catégoriel.

³⁴ Expression mentionnée sur des tracts et des banderoles de la coordination lors du mouvement de 1988.

³⁵ Vincent Auriol, *Journal du septennat*, tome VII, Paris, Armand Colin, 1971, p.351

niveau de qualification du personnel soignant, dont le déroulement de carrière permettait de répondre aux revendications. Les grévistes avaient gagné, et les malades aussi puisque le personnel chargé des soins les moins sophistiqués était dès lors formé.

Sans doute les appréhensions des infirmières face aux organisations syndicales et la défiance qui les a amenées à construire la coordination viennent-elles du fait que le syndicalisme hospitalier était alors en mutation. La Fédération CGT-Force ouvrière des personnels des services publics et des services de santé était à un moment charnière de son histoire, en passe de perdre la première place pour la troisième aux élections professionnelles, plombée par une tradition de clientélisme inspirée de celle de l'administration communale. La principale organisation par son influence comme par son histoire, la Fédération de la Santé et de l'Action sociale de la CGT, s'était, dans la logique des réformes de la Libération, émancipée d'une fédération partagée avec les travailleurs municipaux. Il lui avait cependant fallu pour cela plusieurs décennies et ce n'est qu'en 1979 que la Fédération générale des Services publics et de santé s'est scindée en deux organisations fédérales, dont la Fédération de la Santé et de l'Éducation spécialisée. Elle était également en train de rompre avec une tradition qui ne laissait qu'un rôle secondaire au personnel féminin des services de soins, alors que les syndicalistes les plus emblématiques avaient été des hommes, ouvriers et employés. Plus encore que la figure du résistant Corentin Celton, un des dirigeants de la fédération à la fin des années 1930, qui avait travaillé dans des services de soins à l'hôpital Saint-Antoine et dans une maison de retraite, celle de l'ouvrier boulanger de l'Assistance publique, Émile Tendéro, un des fondateurs de la fédération à la fin de la Grande Guerre, était archétypique de ce syndicalisme ouvrier de l'hôpital. La personnalité d'Yvette Bellamy, qui devint en 1979 secrétaire générale de la nouvelle fédération, symbolisa ce changement : laborantine des hôpitaux, elle était titulaire d'un diplôme d'État d'infirmière et avait effectué ses études à l'école de la Salpêtrière, la plus ancienne et la plus prestigieuse de ces institutions de formation³⁶. La deuxième grande organisation syndicale hospitalière, fort influente aux élections dans le collège des soignants³⁷, la Fédération CFDT Santé-Sociaux, vivait également un long moment de transition. Ses effectifs s'étaient accrus de manière significative dans les années qui avaient suivi 1968. Elle avait été secouée par des conflits internes tout au long des années 1970. En 1977, le congrès fédéral de Pau avait marqué le passage d'une ligne assez combative (avec par exemple un fort soutien accordé aux travailleurs de Lip) à des options proches de celles de la majorité confédérale alors dans la perspective de ce que l'on appellera le recentrage. La multiplication des organisations, affaiblissant d'autant les mouvements sociaux dans les hôpitaux, était (et est) un des facteurs de défiance des infirmières face au syndicalisme. C'est notamment ce qui explique l'échec de la création d'une nouvelle organisation. Après le mouvement de 1988, la tentative de mettre en place un syndicat catégoriel à partir de la Coordination nationale infirmière, en s'en appropriant le nom (ce qui établit chez nombre d'observateurs une certaine confusion), a fait long feu. Tout en se proclamant « apolitique » et indépendante, cette organisation qui bénéficiait de l'aide de la FGAAC, un syndicat catégoriel d'agents de conduite de la SNCF³⁸, n'a eu qu'un succès limité et ne survécut que sous une forme résiduelle.

Les positions tout autant que l'attitude des organisations syndicales ont joué un rôle dans la défiance des travailleuses des services de soins à leur rencontre. Cela se comprend fort

³⁶ Voir les notices biographiques de ces syndicalistes dans le *Dictionnaire biographique du Mouvement ouvrier français*.

³⁷ L'influence des organisations syndicales était alors fort colorée : aux bleus des ouvriers la CGT, aux blouses blanches la CFDT et aux blouses grises des administratifs FO.

³⁸ « Elles sont venues nous trouver à la Fédération autonome des agents de conduite pour nous demander nos statuts et des conseils pour monter un syndicat catégoriel des infirmières. Nous les avons, bien sûr, poussées dans ce sens, mais elle ont échoué », témoignage de Rémi de Bouteiller, *Revue d'histoire des chemins de fer*, n°19, automne 1998, *Les conflits sociaux dans les transports par fer*, p. 156.

bien pour la Fédération CFDT, dénonçant très vite le mouvement comme corporatiste et en profitant ensuite pour se débarrasser de ses opposants³⁹. Pour la Fédération CGT, l'opposition à certaines grèves menées les années précédentes ne pouvait que rendre prudentes ces grévistes. Ainsi, l'Union syndicale départementale de la santé et de l'action sociale du Rhône avait combattu la grève des services de réanimation des Hospices civils de Lyon, qui avait duré du 30 mars au 16 mai 1981⁴⁰, s'était opposée à son extension, puis avait affronté de front la grève du personnel au printemps 1982 pour des augmentations d'effectifs, et était ainsi apparu avant tout comme un fidèle soutien du ministre⁴¹. Ce qui n'avait pas empêché cette première longue grève de la présidence de François Mitterrand, avec intervention de la police dans un hôpital, de se terminer par une victoire des grévistes et des créations de postes pour les services les plus actifs lors du mouvement.

La relative mise à l'écart des syndicalistes a même pu jouer pour créer un rapport de force en faveur des infirmières. Ce sont précisément leur inexpérience et leur naïveté qui ont amené les forces de l'ordre à prendre des mesures spectaculaires qui ont tourné à leur faveur. Jamais des syndicalistes aguerris n'auraient décidé de marcher sur l'Élysée (« pour être reçues par le président ») comme elles l'ont tenté le 17 octobre 1991. Une des règles de base du maintien de l'ordre à Paris est de n'admettre en aucun cas la présence de manifestants dans certains espaces, dont bien sûr les abords de l'Élysée, d'où l'emploi pour le moins irréflecti de moyens pour le moins inadaptés. Le spectacle des grenades lacrymogènes et du canon à eau, moyens pourtant bien plus doux que les brutalités dont ont pu être victimes d'autres groupes professionnels lors de leurs mouvements sociaux, a accru la sympathie de l'opinion et amené même le journaliste Jean-Pierre Pernaut à s'indigner d'une « répression sans mesure contre ces pauvres femmes⁴² ».

Les coordinations de 1988 et 1991 n'ont pas été une démarche de division qui auraient ajouté une nouvelle organisation, mais plutôt d'unité en tentant de dépasser les divisions syndicales. D'autres divisions existaient, loin d'être secondaires. Il y avait la division entre les métiers, et les mouvements de 1988 et 1991 ont eu du mal à ne pas tomber dans un corporatisme qui aurait entériné ce fractionnement. Il y avait aussi les divisions par ville, par hôpital, voire par service. La liste serait impressionnante des mouvements sociaux qui se sont déroulés dans les hôpitaux depuis le début des années 1960, mais la plupart furent si éclatés que leurs limites étaient vite apparues évidentes. L'action syndicale n'avait pas réussi à élargir la plupart de ces mouvements alors que les coordinations ont été un facteur d'extension nationale. Ensuite, le mouvement de l'hiver 1999-2000 du personnel des hôpitaux parisiens est parvenu à faire débloquent dix milliards de francs sur trois ans (dont 3,8 milliards cette première année) alors qu'un an auparavant la CNAM estimait opportun de supprimer trente milliards aux hôpitaux publics : c'est la politique hospitalière menée depuis plus de vingt ans, depuis le plan Barre, que le gouvernement inversait. La décision avait aussi été prise d'augmenter de 8000, plus de 40%, les effectifs des promotions des Instituts de formation en

³⁹ Ivan Sainsaulieu, *La contestation pragmatique dans le syndicalisme autonome*, Paris, L'Harmattan, 1999, p.54-63, et Olivier Lagrandeur, *Le mouvement des infirmières et la coordination en Île-de-France (mars 1988-juin 1989). Du CRC-CFDT à la fédération CRC, la genèse d'un syndicalisme nouveau dans le secteur sanitaire et social*, mémoire de maîtrise, université de Paris 1, 2002, notamment p. 102 et suivantes.

⁴⁰ Qui a donc débuté dans le contexte politique de la campagne présidentielle et s'est interrompue à la suite de créations de postes avant la nomination du nouveau gouvernement.

⁴¹ Dans son ouvrage paru en décembre 1981, une photographie prise le 8 octobre devant l'entrée de l'hôpital Edouard-Herriot montre des militants avec des autocollants « CGT » l'applaudissant sous une banderole siglée CGT et portant l'inscription « Bienvenue au ministre », Jack Ralite, *Retour de France*, Paris, Editions sociales, 1981, p. 238.

⁴² Caroline Vautrot, *op. cit.*, p. 62.

soins infirmiers⁴³, nouvelle appellation des écoles d'infirmières. Mais ce mouvement, important, est resté parisien, sans parvenir à s'étendre en province. C'est le lot de la plupart des grèves hospitalières ; celle de février 1997, qui s'opposait déjà aux restrictions budgétaires, avait touché plus d'une vingtaine d'établissements, dont plusieurs centres hospitaliers universitaires, sans réussir à s'élargir.

C'est cet élargissement qu'était parvenu à opérer la coordination. Mais cette démarche s'inscrit dans un temps plus long, celui des mouvements sociaux mais aussi de l'histoire des hommes et des femmes qui y participent. Une des assemblées générales les plus importantes du mouvement, celle du 8 octobre 1988, a réuni 900 délégués de 400 établissements à la Sorbonne : le choix du lieu, vingt ans après, n'était pas innocent et renvoyait bien au printemps agité de la jeunesse de nombre des participantes. C'est toute une génération de femmes qui avait contribué, de loin en loin, aux mouvements sociaux. Lycéennes dans l'après-soixante-huit, y faisant l'apprentissage de la lutte collective, elles ont ensuite suivi une formation d'infirmière et milité au sein de comités inter-écoles⁴⁴. Elles avaient déjà du affronter la division syndicale, accueillir dans leurs organisations largement informelles des militantes en formation continue syndiquées à la CGT ou, surtout, dans une CFDT fort sensible aux aspirations de la jeunesse. Ce sont ces femmes que l'on retrouve, trentenaires, parmi les plus actives grévistes de la coordination. Mais c'est quelques années plus tôt à la CFDT, parmi les élèves-infirmières qui s'y étaient syndiquées, « que le mot coordination » est apparu⁴⁵. C'est aussi là qu'un usage atypique en a, ensuite, été effectué. A la suite du mouvement de 1988, la réforme hospitalière du 31 juillet 1991 a pris des dispositions modifiant les carrières des personnels soignants et transformé l'infirmier général en « directeur du service de soins infirmiers⁴⁶ ». Une décennie plus tard, un décret portait statut particulier du nouveau corps de directeur des soins et prévoyait parmi ceux-ci la nomination de « coordonnateurs généraux des soins » dont un article prévoit qu'ils sont « membre[s] de l'équipe de direction⁴⁷ ».

Les coordinations des infirmières ont une histoire différente de celle des autres structures qui, les mêmes années, ont porté ce nom en d'autres milieux. Rien de commun avec les coordinations d'étudiants, où l'identité est fugace et le syndicalisme un lieu d'initiation plus large que de cristallisation de l'identité. Rien de commun avec les coordinations des cheminots au cours de la grève de 1986-1987, phénomène éphémère dans un milieu très syndiqué. Rien de commun non plus avec les coordinations des instituteurs à un moment où le SNI quasi hégémonique vivait une crise sérieuse et où la direction de la Fédération de l'Education nationale tentait d'impulser une « refondation syndicale » qui a conduit à son éclatement. Rien de commun, donc, dans ses modalités. Mais l'on peut se demander si toutes ces structures, dont le caractère diviseur n'apparaît pas de façon évidente dans la mesure où elles rassemblaient des travailleurs qui seraient peut-être sans cela restés circonspects⁴⁸, ne posent pas une autre question, celle de la démocratie syndicale. C'est bien parce qu'ils avaient

⁴³ En fait, rendue nécessaire par l'évolution démographique de cette profession, la mesure était prévue de longue date. Elle n'en fut pas moins annoncée au moment opportun.

⁴⁴ Didier Leschi, « Les coordinations, filles des années 1968 », *Clio, histoire, femmes et sociétés*, n°3, janvier-juin 1996, pp.163-181.

⁴⁵ Archives de la Préfecture de police de Paris, dossier 42.156/0, « Rencontre entre les fédérations des services publics et de santé CGT et CFDT », note blanche des Renseignements généraux du 31 juillet 1975.

⁴⁶ Article L.714-26. *Journal officiel de la République française*, 2/8/1991.

⁴⁷ Décret du 19 avril 2002, article 4. *Journal officiel de la République française*, 23/4/2002.

⁴⁸ A l'exception du monde des cheminots, mais l'échec à la SNCF de ces tentatives témoigne de leur inadaptation au milieu. Christian Chevandier, *Cheminots en grève, ou la construction d'une identité (1848-2001)*, Paris, Maisonneuve et Larose, 2002, p. 332-341.

l'impression qu'ils ne maîtrisaient pas l'outil syndical que ces groupes sociaux se sont dotés de telles organisations. Ce phénomène a été exacerbé à la fin des années 1980, lorsque toute une génération, qui avait une expérience des mouvements sociaux qui ne s'accordait pas avec des pratiques autoritaires héritées d'un autre temps et subsistaient encore dans le mouvement syndical, a pu être en mesure de proposer d'autres solutions. Pour le personnel hospitalier comme dans les autres secteurs, l'évolution des pratiques syndicales a en partie résolu ce problème mais pas un autre, considérable : lors des grèves du tournant du siècle, pas de division syndicale au point de restreindre le mouvement, mais plutôt cette division par sites et par métiers qui, depuis des décennies, handicape ses mouvements sociaux.

Avec presque une décennie de recul, l'étude de l'influence syndicale dans les hôpitaux public⁴⁹ permet de prendre la mesure de l'influence de ces conflits sociaux et de la coordination. L'existence d'un nouveau syndicat, CRC (devenu SUD-Santé en 1997), paraît amplifier la division, mais son rôle d'aiguillon de la principale organisation, la CGT, évite à celle-ci de ne subir de concurrence que temporisatrice. La Coordination déclarée, qui recueillait encore 3,6% des suffrages en 1992, en a moins de 1,5% quatre ans plus tard puis moins de 1% aux élections suivantes. Rien n'a entravé la lente érosion de FO, qui était le principal syndicat en 1985 et ne cesse depuis de se réduire. La lutte entre la CGT et la CFDT pour la deuxième, puis la première place, a tourné à l'avantage de la CGT ; les mouvements des infirmières n'y furent pas pour rien puisque, dans certains hôpitaux, des militants populaires de la CFDT ont été exclus de fait⁵⁰ de cette organisation, en limitant grandement l'influence, notamment dans la région parisienne. Ce moment des coordinations d'infirmières a permis une unité dans l'action puis cristallisé les positions des syndicats sans, en définitive, ni accroître ni réduire la division.

⁴⁹ Révélée par les résultats des élections aux commissions paritaires.

⁵⁰ L'euphémisation de ces mises à l'écart s'inscrit dans des discours dont la nature tend à relativiser la spécificité des pratiques longtemps en usage dans la partie du syndicalisme influencée par le Parti communiste. Voir ainsi la partie consacrée aux mouvements des infirmières in Laurent Visier, *Racines d'avenir. Une histoire de la Fédération Cfdt des syndicats des services de santé et des services sociaux, 1935-1985*, Multiple, 1995.