

Savoir d'où l'on vient

La discipline infirmière se doit aujourd'hui de quitter le monde symbolique entourant ses connaissances propres et de sortir de sa pusillanimité pour accéder aux lieux légitimes de production du savoir scientifique.

Nicole Nadot Ghanem, infirmière, master science et DESS en analyse du travail, doctorante à l'université de Genève, professeure en science infirmière, Haute école de santé de Fribourg (Suisse).

Michel Nadot, infirmier Ph. D., professeur d'histoire et d'épistémologie en science infirmière (Suisse), professeur associé à la Faculté des sciences infirmières de l'université Laval à Québec (Canada), professeur invité à la Faculté des sciences infirmières de l'université St-Joseph à Beyrouth (Liban).

Pour savoir où l'on va, il faut savoir d'où l'on vient, car comme nous le rappelle Popper (1985, 53), c'est la tradition de langage qui « représente la source à l'évidence la plus importante, en qualité comme en quantité, pour notre savoir ». Alors, comment produire de nouvelles connaissances en vue de développer une discipline, si l'on méconnaît les traditions de langage du passé et les savoirs anciens qui la fondent ? Toutes celles qui exerçaient le métier de prendre soin dans les hôpitaux laïcs du passé étaient issues de la classe populaire et des servantes. Leurs traditions de langage que l'on peut situer à la fine pointe des sciences humaines servent de fondements à la discipline du prendre soin et ont des siècles d'existence. Les soignantes se sont toujours transmis, de générations en générations et en l'absence d'écoles, les pratiques exercées, fussent-elles profanes. Pour prendre soin et aider à vivre, on n'avait pas besoin de soins dits « infirmiers ». Le mot « infirmier » n'a donc rien à voir avec les traditions de langage et l'histoire des pratiques soignantes laïques. Dire que les soins sont infirmiers relève d'un non sens, voire du mythe qu'il faut dépasser pour rechercher de nouvelles certitudes. Pour Popper, en effet, « le développement de toute connaissance consiste dans la modification d'une connaissance antérieure, qu'il s'agisse de son altération ou de son rejet complet » (1991, p. 133).

Peut-on construire une identité à partir d'un mythe ?

Avec étonnement, on peut voir que l'origine du terme infirmier reste encore méconnue pour une majorité de professionnelles et de professeurs et une grande partie des dictionnaires ont perdu la trace du sens donné au terme infirmier. Le terme infirmier ne dérive pas du latin ni d'une fonction d'aide aux infirmes, comme on peut parfois l'entendre. Ce n'est pas non plus sur les axiomes religieux accompagnant la conceptualisation du terme infirmier que la discipline infirmière s'est

construite. Quelle place occupe le terme « infirmier » dans les cours d'histoire de la discipline ? Si on veut que les soignantes assurent leurs missions, il est bon que leur identité comme celle de leurs savoirs soient un tant soit peu consistante. Méconnaissant leur propre histoire par déficit de recherche fondamentale sur le sujet, et avec une filiation disciplinaire erronée, les infirmières ne peuvent pas retrouver l'identité propre de leur rationalité. Comme exposé au IV^e congrès mondial du SIDIIEF à Marrakech en 2009, dire que les soins sont infirmiers relève du mythe. Comment avec de « faux parents » peut-on construire une identité professionnelle et scientifique univoque ? Cette question est primordiale parce que nous pensons qu'il est plus important pour une discipline de commencer à déterminer l'identité de ses savoirs, avant de se questionner sur l'identité de ses personnes qui s'y réfèrent. A l'abri de leurs certitudes, les infirmières continuent de faire un peu de tout, n'importe quoi et rien de spécial sans pouvoir donner un sens particulier à la polysémie de leurs propres énoncés. Pas étonnant que leur identité professionnelle et scientifique demeure dans ces conditions une problématique récurrente.

Ne sachant pas sur quels fondements conceptuels s'est construit le terme infirmier et ses représentations, la profession infirmière est toujours à la peine pour déterminer les orientations futures de ses quatre champs d'activité ¹. On le voit notamment lorsqu'il faut négocier des partenariats avec le monde académique ou participer aux énoncés interdisciplinaires. Quelle part est donnée aux contenus propres à la discipline, en proportion des connaissances connexes utiles pour atteindre les référentiels de compétences établis ? Selon quelle orientation se fera la formation future ? Par un accroissement de la dépendance biomédicale des savoirs ou par une extension de l'autonomie de pensée au sein de la discipline en science infirmière ?

Les fondements profanes du prendre soin institutionnel et leurs énoncés étaient déjà en place dans l'hôpital, bien avant que la médecine ne s'invite en ces lieux ou que l'Eglise n'y trouve un moyen de rechristianiser une société en voie de déchristianisation. Ce n'est pas sur la maladie et les traite-

§Réseau de soins,
réseau de santé
§identité professionnelle
§Prendre soin
§Savoir scientifique

ments que commence la standardisation des savoirs du prendre soin institutionnel, mais sur l'accueil et le prendre soin de l'humain en difficulté (*care*). En se centrant exclusivement sur « le soin », la profession laisse parfois de côté les compétences requises pour que l'homme, objet de soins, puisse recevoir correctement ces derniers. Sans tomber dans l'anachronisme, on peut dire que « prendre soin » (au XVIII^e siècle, comme au XXI^e siècle du reste), c'est avoir la compétence de capter des informations, des langages, développer des savoir-faire non dénués de sens qui permettent, notamment, de gérer l'espace, le temps, les mouvements (activité logistique, économique, organisationnelle et domestique), qui permettent aussi de prendre soin du groupe (activité sociale et relationnelle non exemptés de conflits, de bagarres, d'ordre) et, enfin, permettent de prendre soin de l'humain en assurant une aide spécialisée d'intermédiaire culturelle dans les activités de la vie quotidienne. Prendre soin sur un plan institutionnel, reste aujourd'hui une prestation de service², dont l'usager de la prestation, quel qu'il soit, est toujours celui qui a le pouvoir de fournir l'information verbale ou non verbale nécessaire à la conception et à la production du service. Mais l'infirmière n'est pas là que pour le bien des malades, comme on voudrait le laisser croire, et ne l'a jamais été. L'organisation, les médecins et les patients sont les trois grands ensembles d'usagers qui bénéficient du travail des soignants. En effet, avec l'institution, le corps médical, les personnes soignées et leur entourage, ce sont trois ensembles discursifs bénéficiaires des prestations soignantes qu'il faut impérativement coordonner et qui vont façonner les exigences de la fonction.

Et « Bologne » dans tout ça ?

Pour rejoindre les modalités d'application de la déclaration de Bologne signée en 1999 par les ministres de l'Éducation de vingt-neuf pays, cela a demandé aux leaders de la profession en Suisse romande de soutenir la modification de la constitution Suisse (amendements) pour que la formation, alors d'une compétence cantonale, passe à une compétence fédérale, changer la direction politique des écoles qui dépendaient de la santé publique et les rattacher aux directions de l'instruction publique ou de l'Éducation nationale, plus concernée par les accords de Bologne, mettre fin au mandat privé de la Croix-Rouge suisse sur la formation et la reconnaissance des diplômes

« “Prendre soin”,
c'est avoir
la compétence
de capter des
informations,
des langages,
développer des
savoir-faire
non dénués de sens
qui permettent,
notamment,
de gérer l'espace,
le temps,
les mouvements... »

et, enfin, fermer les écoles de cadres (Nadot, 2010). Avec les modifications du statut des écoles, le rôle du professeur va se modifier, car ce dernier devra être producteur de savoirs scientifiques transférés dans l'enseignement et sur le terrain. Selon l'Académie Suisse de Sciences Médicales, les infirmières « exécutent les soins, en pratique,

sur la base de preuves scientifiques. Pendant leur formation, elles apprennent à adopter une démarche et des méthodes de travail scientifiques. Leur collaboration à des projets de recherche est, de ce fait, souhaitable. En revanche, les étudiants au niveau de la maîtrise universitaire sont tenus de participer à des projets de recherche sous la direction d'un responsable. Une carrière scientifique autonome est possible après l'obtention d'un doctorat. Les soignants titulaires d'une formation de niveau maîtrise universitaire peuvent briguer ce titre » (ASSM, 2007, 1950).

Récemment, lors du 1^{er} congrès international de l'Ordre des infirmières libanaises le 13 mai 2011 à Beyrouth et lors du Congrès tenu

au Centre hospitalier de Luxembourg le 26 mai, on a pu entendre que, pour faire face aux changements en cours, six défis devront être envisagés pour répondre aux compétences finales des professions de la santé et ceci en synergie avec les attentes et discussions des ministres européens responsables de l'enseignement supérieur dès 2012. Nous les énumérons ici, mais faute de place, nous développerons particulièrement en dernier le cinquième défi. Il s'agit :

- D'actualiser la formation en relation avec le projet de compétences finales.
- De créer des situations d'apprentissage « de soins et professionnelles emblématiques », en évitant une référence exclusive au langage biomédical et stéréotypé.
- De mettre en œuvre un dispositif d'alternance et d'analyse de l'activité, non seulement en utilisant des connaissances connexes à la discipline, mais aussi en développant la réflexivité à partir des modèles conceptuels propres à la discipline.
- De reconnaître et modifier les représentations symboliques issues du sens commun et remplacer ces dernières par des représentations actualisées voire fondées scientifiquement.
- De valoriser la totalité de l'activité de l'infirmière. En effet, cette dernière ne peut plus se cantonner dans une seule fonction du rôle professionnel, mais démontre son expertise dans les trois fonctions du rôle professionnel qui l'ac-

.../...

.../...

compagnent depuis toujours, la fonction d'institutionnalisation (prescriptive et souvent implicite), la fonction indépendante (réflexive) et la fonction prescriptive médico-déléguée.

- Quant au dernier défi, qui nous semble le plus important dans les changements en cours, il consiste à permettre aux professeurs de développer des compétences en matière de recherche et de développement d'une culture scientifique au sein de leur propre discipline.

Il est nécessaire également que les directions d'écoles, très souvent peu familiarisées avec le contexte académique de la science et les activités R&D, perçoivent la recherche, non pas comme un

accessoire que l'on peut acquérir si on en a les moyens, mais comme une nouvelle composante de base de tout professeur producteur de savoirs (ce qui change radicalement par rapport au statut de formateur), car dans une Haute école, il ne peut y avoir enseignement sans le transfert des résultats de la recherche et des nouvelles connaissances dans l'enseignement. Le développement de la recherche passe obligatoirement par un changement de représentation du formateur appelé à devenir professeur : quel est le rôle des différents acteurs face à la science, à sa gouvernance, les finalités de la recherche, ses enjeux à la fois pour le professeur, la haute école et la profession ? La veille scientifique et le partenariat avec les facultés de sciences infirmières étrangères devraient être privilégiés, car la discipline n'appartient pas à un pays.

Les professeurs en hautes écoles sont appelés impérativement à :

- Transférer les résultats de leurs recherches, financées par les agences de moyen de la science, dans l'enseignement. Pour ce faire, une recherche de financement auprès d'agences scientifiques nationales ou internationales est inexorablement liée à l'acceptation du projet par les experts.
- Fournir des prestations de service à nos institutions et à la société.
- Participer à la formation post-grade, master ou doctorat de nos hautes écoles.
- Accroître les collaborations avec le terrain (services de soins, directions de la santé) et les universités.
- Publier et valoriser les résultats de la recherche en utilisant les financements mis à disposition par les agences de moyens, car un mémoire ou un rapport de recherche qui « dort » sur une

étagère n'a jamais servi la recherche scientifique. Publier, confronte aux exigences de la reconnaissance de l'écriture scientifique.

Devenir professeur en science infirmière ne consiste pas uniquement à changer de nom, il y a des exigences et un prix à payer. Comment ont été anticipés par les directions d'écoles en France par exemple, les changements liés à la signature des accords de Bologne ?

Comme le mentionnait déjà Guy Jobert il y a plus de vingt-cinq ans (1985, p. 133), la constitution par les infirmières de leur discipline « réclame qu'il y ait reconnaissance de ce savoir par l'élite des autres professions, le public et les gouvernants, ainsi que la possibilité de transmettre ce savoir au plus haut niveau du système éducatif ». Avec la naissance des hautes écoles reconnues par l'Etat, l'expérience se trouve alors transformée en savoirs par le jeu de l'écriture. Ces savoirs peuvent alors se transmettre, se développer et assurer leur traçabilité.

Attention cependant à quelques illusions. Pour Nicole Rousseau, historienne et professeure émérite canadienne en science infirmière, « les premières tentatives de conceptualisation du nursing auraient dû s'inspirer des traditions ou des interventions que posent les infirmières quand elles font autre chose qu'exécuter des prescriptions médicales. Or, ce n'est pas ce que les premières infirmières théoriciennes ont fait. Dès lors, à l'approche du XXI^e siècle, la profession infirmière est en crise et ne semble pas pouvoir s'appuyer sur les théoriciennes pour s'en sortir. Ni l'accès au statut de profession, ni l'accès à la formation universitaire n'ont encore réussi à redonner aux soignantes leur indépendance perdue au fil des siècles. Les infirmières auraient avantage à prendre conscience des racines historiques de leur profession et à s'en inspirer pour mieux définir le type de services qu'elles peuvent rendre à la société » (1997, p. 44).

Conclusion

La redéfinition des compétences professionnelles et les modifications des identités professionnelles se réaliseront en partie d'elles-mêmes, sous la pression des forces de l'innovation et du marché. Mais attention, cependant, à l'endoctrinement ultralibéral animé par l'OCDE et qui a pour but l'aliénation des générations futures. Comme le relève Michel Bugnon-Mordant (2004), professeur ès Lettres et Essayiste, « la mise en conformité des systèmes scolaires au sein d'un projet euro-américain, promu par la Commission de Bruxelles, a pour but de faire des futurs étudiants des travailleurs consommateurs performants et des êtres sans mémoire, sans identité, sans racines ». L'évolution des systèmes de formation doit participer au renforcement des identités et des compétences disciplinaires pour améliorer la collaboration, dés-

« Le développement de la recherche passe obligatoirement par un changement de représentation du formateur appelé à devenir professeur : quel est rôle des différents acteurs face à la science, à sa gouvernance, les finalités de la recherche, ses enjeux. »

amorcer la problématique des points de liaisons et accroître l'efficacité des prestations (ASSM, 2007). Dans ce contexte, l'innovation côtoie les enjeux scientifiques ou politiques qui accompagnent la société de la connaissance vers laquelle nous allons. Il s'agit, comme le disent Samurçay et Rabardel, cités par Pastré (2005), de mettre l'accent sur la dimension de développement d'un acteur qui, non content de tenir un poste de travail, se construit dans la durée par et dans son travail, car quand il agit, il transforme le réel mais en transformant le réel, il se transforme lui-même. D'où l'importance également d'avoir du temps et des structures qui permettent de donner du sens à ce que l'on fait, qui permettent à l'activité de se rendre visible et enfin de légitimer les investissements

consentis ainsi que la place occupée par les acteurs professionnels. Les charges de travail liées à des typologies diagnostiques ou thérapeutiques ne suffisent plus à assurer la dotation en ressources humaines des hôpitaux. Toute organisation qui, par une mesure excessive de la productivité hospitalière pousse ses collaborateurs à « ne pas avoir du temps » assure l'aliénation et le maintien d'une forme d'impuissance. ■

■

1. Dans l'ordre de leur apparition sur le marché du travail : la pratique du prendre soin, la pratique de formation, la pratique de la gestion, la pratique de la recherche.
2. Le secteur de la santé, depuis un certain temps déjà, se trouve effectivement dans le secteur tertiaire, celui des services.

Références

- Académie suisse des sciences médicale (ASSM 2007), Groupe de travail sur les futurs profils professionnels des médecins et des infirmiers dans la pratique ambulatoire et clinique. *Bulletin des médecins suisses*, 88, 1942-1952.
- Bugnon-Mordant, M. (2004), « Cet endoctrinement qui passe par PISA », *La Liberté*, 16 décembre 2004.
- Jobert, G. (1985), « Processus de professionnalisation et production du savoir », *Education permanente*, 80, p. 125-145.
- Nadot, M. (2010 mars), « La recherche en Suisse », *Recherche en soins infirmiers*, 100, p. 94-100.
- Pastré P. (2005), « La deuxième vie de la didactique professionnelle », *Education permanente*, 165, p. 29-46.
- Popper, K. (1985), *Conjectures et réfutation. La croissance du savoir scientifique*, Paris, Payot.
- Popper, K. (1991), *La connaissance objective*, Paris, Aubier.
- Rousseau, N. (1997 mai), « De la vocation à la discipline », In *Infirmière canadienne*, p. 39-44.

Ras-le-bol

■ Hélène Fontaine

Cela fait vingt-quatre ans et six mois que j'exerce le métier d'infirmière et j'ai eu la chance de pouvoir le pratiquer dans différentes branches de la profession. Mais, si c'était à refaire aujourd'hui, je ne le ferais pas car la manière dont sont conçues les études est bien loin de pouvoir donner la satisfaction que j'ai eue dans ma pratique.

Aujourd'hui, tout est fait pour protéger l'institution de la moindre erreur de la part des infirmières, dans un contexte où la charge de travail est de plus en plus élevée. Tous les jours des réunions, des staffs, des cours viennent prendre la place des soins et il reste de moins en moins de temps pour les malades.

Les jeunes professionnels nous prennent de haut, mais ils sont incapables de se débrouiller tous seuls et il faut sans cesse les aider. C'est usant.

A cela s'ajoutent désormais les séances de nettoyage de la pharmacie, des placards, les vérifications de péremption de médicaments, les vérifications des chariots d'urgence, le comptage pluriquotidien des stupéfiants, ainsi que le nettoyage des frigos. J'en ai ras-le-bol et je suis en train, à 56 ans, d'envisager de changer de métier. ■