

## SCIENCES DES SOINS INFIRMIERS : RÉFLEXIONS ÉPISTÉMOLOGIQUES SUR LE PROJET D'UNE DISCIPLINE

Christophe Debout

Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) | « Recherche en soins infirmiers »

2008/2 N° 93 | pages 72 à 82

ISSN 0297-2964

Article disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2008-2-page-72.htm>

Pour citer cet article :

Christophe Debout, « Sciences des soins infirmiers : réflexions épistémologiques sur le projet d'une discipline », *Recherche en soins infirmiers* 2008/2 (N° 93), p. 72-82.  
DOI 10.3917/rsi.093.0072

Distribution électronique Cairn.info pour Association de recherche en soins infirmiers (ARSI).  
© Association de recherche en soins infirmiers (ARSI). Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

# LES SOINS INFIRMIERS EN FRANCE AUJOURD'HUI : PROBLÈMES ET PERSPECTIVES

## SCIENCES DES SOINS INFIRMIERS : RÉFLEXIONS ÉPISTÉMOLOGIQUES SUR LE PROJET D'UNE DISCIPLINE

**Christophe DEBOUT**

IADE cadre de santé, MSclnf, MPhil, Doctorant, Président de l'ANFIIDE

**Mots clés :** Évolution de la discipline infirmière, étranger, France, production de connaissances, construction d'un paradigme, liens entre science infirmière et clinique, EBN.

Les soins infirmiers revendiquent leur statut de profession et de discipline s'adossant sur un corpus de connaissances spécifiques : la science des soins infirmiers. Cette science appliquée, produit de la recherche en soins infirmiers, a pour objet d'informer et de guider l'exercice infirmier dans les différents champs d'activités couverts par la discipline.

Le projet d'académisation de la filière de formation en soins infirmiers impose à la communauté infirmière d'adopter une approche réflexive sur son projet disciplinaire et sur son adéquation avec le mandat social dont cette profession est détentrice. En outre, l'introduction de l'évaluation des pratiques professionnelles dans le champ de la santé place la communauté infirmière face à la nécessité d'explicitier les savoirs sur lesquels s'adosse sa pratique. Cette injonction réglementaire conduit à déterminer la nature des données probantes en infirmerie devant servir de base à la rédaction de recommandations mais également aux méthodologies de recherche permettant de les obtenir.

Afin d'éclairer cette réflexion, il est nécessaire d'examiner de manière critique la science des soins infirmiers en l'abordant sur une double perspective : externaliste et internaliste.

L'approche externaliste, domaine de la sociologie des sciences, tend à étudier le contexte social contemporain à l'émergence et au développement d'une science afin de relever la nature et le rôle des facteurs d'influence impliqués.

L'approche internaliste, domaine de l'épistémologie, s'attache quant à elle à examiner le contenu de la science, c'est à dire la nature des connaissances scien-

tifiques produites ainsi que les méthodes utilisées pour générer et valider ces savoirs. Cette approche permet de juger de la valeur d'une science déterminée par la conformité de ses productions avec l'idéal d'une connaissance certaine et authentiquement vérifiée<sup>1</sup>.

### ANALYSE EXTERNALISTE DE LA SCIENCE DES SOINS INFIRMIERS

La sociologie des sciences nous rappelle que la naissance d'une discipline et le choix de son objet relèvent moins du hasard ou de la nécessité mais davantage de la mobilisation, dans un environnement porteur, d'un groupe social animé par un projet. Comme le cite Fourez (2002) : « Pour qu'une discipline puisse naître, il faut que ses spécialistes parviennent à se créer leur zone d'autonomie au carrefour de plusieurs groupes sociaux. ». Ainsi, une discipline doit être perçue comme le produit d'une construction sociale.

L'essor international des sciences infirmières, à partir d'un creuset étasunien, a beaucoup contribué à façonner notre idéologie professionnelle nationale. En 45 ans, cette science appliquée s'est attachée à fournir des concepts structurants aux quatre champs d'activités de la discipline : pratique, formation, gestion et recherche.

Afin de comprendre les mécanismes à l'origine de l'émergence et de l'affirmation de la discipline des soins infirmiers dans le champ des sciences de la santé, adoptons la théorie de l'hybridation des rôles décrite par Ben David<sup>2</sup> (1966).

<sup>1</sup> Soler. L. Introduction à l'épistémologie. Ellipses, 2000.

<sup>2</sup> Ben David. J & Collins R., Social factors in the origins of a new science: the case of psychology. American sociological review, 31, 4, 1996 p 451-465.

Dans son modèle, Ben David identifie « *l'aspiration des individus à améliorer leur position dans le champ académique en intégrant un domaine intellectuel légitime* » comme étant un déterminant à l'entrée dans un processus de création d'une discipline.

Cette aspiration va générer une démarche volontariste chez les scientifiques permettant l'émergence d'une nouvelle discipline. Celle-ci peut alors être investie par les scientifiques à l'origine de sa création.

« *En décidant de changer de discipline, le scientifique opte pour une stratégie d'adaptation des méthodes et techniques qu'il utilisait au sein de son domaine de recherche initial à celui qu'il intègre.* » Le scientifique va réinvestir ses connaissances antérieurement acquises dans ce nouveau champ disciplinaire. Une nouvelle perspective, propre à la discipline créée, est ainsi développée. La discipline va alors œuvrer à cerner et à explorer ses phénomènes d'intérêt à l'aide de questions de recherche reformulées sur sa perspective. Cette démarche va tendre peu à peu à singulariser la discipline émergente et à la distinguer de ses voisines. (Ben-David, 1966)

Observons les étapes qui ont jalonné l'émergence de la discipline des sciences infirmières et son affirmation dans le champ scientifique et académique aux États-Unis à la lumière de la théorie de Ben David.

L'émergence de la discipline des sciences infirmières est intimement liée à la détermination de professionnelles dotées d'un solide leadership. Profession féminine par excellence, l'infirmierie va bénéficier des vagues féministes successives qui vont modifier la place de la femme dans la société. Une stratégie visant à l'émancipation de cette fonction va peu à peu lui permettre d'accéder au statut de profession et de discipline académique et scientifique.

A l'instar de nombre de pays européens, la fonction d'infirmière<sup>3</sup> est introduite aux États Unis à la fin du XIX<sup>ème</sup> siècle afin d'accompagner le développement de l'offre de soins médicaux sur un territoire en pleine expansion.

Deux initiatives vont répondre à cette demande en lançant des actions de formation d'infirmières. L'« American Medical Association » tout d'abord qui ouvrira une école d'infirmière à Boston dès 1872 dans laquelle l'enseignement était dispensé par des médecins. Des associations féminines, impliquées dans l'aide aux blessés durant la guerre de Sécession, seront à l'origine d'une autre initiative en créant trois écoles l'année suivante structurées selon les principes organisationnels définis par F. Nightingale : direction assumée par une infirmière, préparation des élèves à un exercice hospitalier et extra-hospitalier, recrutement de ces dernières à l'issue d'une éducation générale solide,...

Apparaissent ici les prémices d'une démarche de professionnalisation dans les objectifs pédagogiques de ces établissements.

Les hôpitaux furent rapidement enclins à s'engager dans la création d'écoles en leur sein, les élèves fournissant l'essentiel de l'offre de soins hospitalière à titre gratuit. Il était souvent difficile dans ces établissements de garder une approche centrée sur les préceptes de F. Nightingale tant la tentation était grande pour les administrateurs hospitaliers de tirer des profits substantiels des élèves. Cette occupation féminine offrait alors un potentiel d'attractivité élevé auprès de femmes souhaitant s'engager dans une carrière honorable tant les perspectives professionnelles de l'époque étaient limitées.

Les chefs de file infirmières œuvrèrent tout d'abord à l'acquisition d'un statut professionnel. En 1903, l'accès au titre d'infirmière devient réglementé. Leur objectif visait à protéger la population américaine des méfaits de pseudo-infirmières non qualifiées. En 1911, elles créent la « Nurse's Associated Alumnae Association » (association nationale qui deviendra par la suite l'« American Nurses Association »), afin d'avancer en front uni et ainsi de peser dans les décisions concernant les infirmières. Elles développent ainsi peu à peu la conscience politique de la profession. En 1912, elles lancent une publication professionnelle, l'« American Journal of Nursing », afin de pouvoir disposer d'un vecteur de communication entre leurs membres<sup>4</sup>.

Parallèlement, les enseignantes s'engagèrent dans une démarche d'amélioration du dispositif de formation. Elles s'attacheront à définir les normes de formation, à optimiser les dispositifs de formation initiale et à rédiger les manuels de formation. Mais elles ne s'arrêtent pas là. Dans un contexte national marqué par le développement de l'offre de formation universitaire, elles ambitionnent la création d'un cursus universitaire destiné à préparer les enseignantes en soins infirmiers et envisagent, à terme, l'académisation de la formation initiale des infirmières.

En observant les effets bénéfiques produits par le rapport Flexner qui, en mettant en avant les insuffisances des études médicales, avait permis d'engager une réforme, les leaders infirmiers tenteront d'obtenir une réplique du phénomène pour les soins infirmiers. Ce sera chose faite en 1923 avec la publication des conclusions du rapport Goldmark. Les recommandations formulées dans ce rapport suggèrent la transformation des écoles d'infirmières en véritables structures de formation alliant formation en soins infirmiers et enseignement général et mettent en exergue la nécessité de donner un enseignement spécifique aux infirmières qualifiées destinées à

<sup>3</sup> Lire partout infirmier/infirmière.

<sup>4</sup> Kelly L, Joel L., *The nursing experience : trends, challenges and transition*. 3<sup>rd</sup> édition. Mc Graw-Hill, 1996, p27.

occuper des fonctions d'encadrement dans les établissements de soins, des fonctions de formation ou exerçant dans le champ de la santé publique.

En s'adossant aux conclusions de ce rapport, un département infirmier fut créé au sein de l'université de Yale en 1924 avec la nomination d'une infirmière doyenne. L'impulsion était donnée. Quelques infirmières souhaitèrent acquérir des degrés universitaires afin de pouvoir affirmer leur position dans les champs de la gestion des soins et de la formation. Dans cet objectif, elles obtinrent la création d'un cursus spécifique au sein du « Teachers College » de l'Université de Columbia à New York. L'association professionnelle facilitera cette démarche en sélectionnant et finançant les étudiantes infirmières engagées dans ce cursus. En outre, d'autres infirmières s'inscriront dans des cursus en sciences humaines. Le nombre d'infirmières titulaires de titres universitaires dans des disciplines variées va alors croissant. Initiées aux arcanes académiques et dotées de solides compétences en matière de recherche, ces infirmières vont alors souhaiter quitter leur discipline d'origine et revendiquer la création d'une discipline universitaire en sciences infirmières.

Profitant de la pénurie faisant suite au second conflit mondial, les infirmières parvinrent à ce qu'un nouveau rapport, le rapport Brown, mette en lumière les insuffisances d'un dispositif de formation infirmier ainsi que les conséquences négatives engendrées sur l'attractivité de la profession. Les conclusions de ce rapport prônaient l'académisation de la filière ainsi que l'ouverture de nouvelles perspectives de carrière. La filière clinique en soins infirmiers se met en place offrant une évolution de carrière autre que celle centrée sur le management ou la formation. C'est également à cette époque que les contours des professions médicales et infirmières sont revus. Des infirmières dotées d'une qualification supplémentaire se voient alors confier des activités de diagnostic et de prescription médicales dans des limites encadrées et régulées : l'infirmière praticienne était créée.

C'est la conjonction de ces facteurs qui rendront possible l'avènement de la discipline des sciences infirmières aux États Unis.

Cette démarche sera soutenue par le gouvernement fédéral. Il s'oriente sur l'attribution de bourses permettant aux infirmières d'acquérir des titres universitaires, sur le financement de projets de recherche centrés sur les soins infirmiers et sur la promotion de cette nouvelle discipline dans le champ universi-

taire. La discipline académique ainsi créée, les infirmières enseignantes entrèrent rapidement dans le mode de fonctionnement typique d'une communauté scientifique et académique. Les publications de recherche infirmière ne cessèrent de croître permettant aux infirmières chercheuses de tester et d'adapter les méthodologies acquises dans leur domaine universitaire initial. Cette démarche fut également marquée par une recherche d'acquisition par la jeune discipline des sciences infirmières des critères indispensables à toute discipline à vocation scientifique. C'est ainsi que le développement de théories de soins infirmiers, canon de la science de l'époque, fut la priorité des infirmières américaines. L'« American Nurses Association » joua un rôle majeur dans ce processus en faisant de la rédaction de théories de soins infirmiers un objectif national pour la profession en 1965. Ces théories permirent de mieux cerner la nature des soins infirmiers, l'objet et les limites de cette nouvelle discipline singulière.

Fortement influencées par leur cursus universitaire en sciences humaines, les théoriciennes ont cerné l'objet des sciences infirmières dans le champ de l'entretien de la continuité de la vie et de l'accompagnement des réactions humaines face aux trajectoires de santé des individus ou des groupes.

Cette observation peut être rapprochée de l'affirmation de Fourez (2002)<sup>5</sup> « *Ce sont les disciplines qui définissent leur objet et non l'objet qui définit la discipline [...] On peut dire que c'est son objectif qui définit une discipline* ». Il est intéressant de rapprocher cette orientation de celle prise à la même époque par la discipline médicale. Cette dernière est illustrée par Lambourne<sup>6</sup> qui, en 1972, identifiait la direction des valeurs prônées par la médecine scientifiques dans un diagramme. Il semble alors se dessiner une complémentarité entre les deux champs disciplinaires ; les sciences infirmières occupant des cadrans non investis par la médecine.

Cette observation donne sens à la notion de « zone d'autonomie » évoquée par Fourez (2002) : « *Pour qu'une discipline puisse naître, il faut que ses spécialistes parviennent à se créer leur zone d'autonomie au carrefour de plusieurs groupes sociaux* ».

Cette singularité affirmée du champ disciplinaire infirmier a fait l'objet de maintes publications. La plus contemporaine a été proposée par Malmsten<sup>7</sup> (1999). Selon cet auteur, la spécificité des soins infirmiers n'est pas à rechercher dans leur centre d'intérêt ni dans leur finalité qui peuvent être retrouvés chez d'autres pro-

<sup>5</sup> Fourez, G., La construction des sciences, les logiques des interventions scientifiques. 4<sup>ème</sup> édition. Sciences éthiques sociétés, De Boeck Université, 2002.

<sup>6</sup> Lambourne, R.A., Le Christ et la Santé. Paris, Le Centurion Labor et Fides, 1972.

<sup>7</sup> Malmsten, K., Reflective assent in basic care. Uppsala University Press. 1999.

## SCIENCES DES SOINS INFIRMIERS : RÉFLEXIONS ÉPISTÉMOLOGIQUES SUR LE PROJET D'UNE DISCIPLINE

fessions de santé. Malmsten affirme que la singularité des soins infirmiers est à rechercher dans les moyens mis en œuvre pour atteindre leur finalité. La réalisation des soins du corps et soins d'entretien de la continuité de la vie est identifiée comme l'élément discriminant de la discipline des soins infirmiers.

La « National League for Nursing », organisme chargé de l'évolution et de l'accréditation des programmes de formation, va également jouer un rôle capital dans l'ancrage scientifique et académique des soins infirmiers. Dès 1972, cet organisme impose dans ses normes d'accréditation, que tout programme de formation en sciences infirmières repose sur les théories de soins nouvellement produites. Les théories de soins furent alors intégrées dans la didactique de la discipline. Cependant, leur utilité clinique restait encore à parfaire dans la pratique des infirmières du fait de leur degré d'abstraction élevé. Le développement de la filière en sciences infirmières va parachever ce processus. Les doctorantes, au travers de leurs projets de recherche, vont affiner les théories afin de les intégrer à la pratique des soins.

À l'issue de cette exploration du contexte qui a vu l'émergence de la discipline des soins infirmiers ; penchons-nous sur le contenu de cette science : le corpus de connaissances qu'elle a produit. Les différentes étapes qui jalonnèrent son développement avaient pour ligne directrice une quête.

### LES ORIENTATIONS AYANT GUIDÉ LA PRODUCTION DE CONNAISSANCES

La production des connaissances en sciences des soins infirmiers est marquée par une quête constante des critères de scientificité. Partant d'une discipline professionnelle reposant sur des pratiques ancestrales et des savoirs tacites, les infirmières américaines ont construit une science singulière. Il était fondamental pour elles d'identifier clairement la nature des soins infirmiers professionnels et de les distinguer des soins médicaux et des soins dispensés par les proches. Elles ont suivi des étapes successives influencées par une vision évolutive du concept de science.

Les principes directeurs adoptés successivement sont observables dans les caractéristiques des conceptualisations des auteurs.

Il est possible de dégager dans cette évolution trois périodes marquées par des buts spécifiques :

- la quête des théories,
- la quête d'un paradigme,
- la quête d'utilité clinique.

#### En quête de théories

La première étape de cette construction des savoirs infirmiers fut centrée sur le développement de modèles conceptuels en soins infirmiers. L'objectif des théoriciennes était d'exposer leur vision des soins infirmiers afin de mieux cerner le champ d'investigation ouvert à cette nouvelle discipline. Le processus de soins, mis en avant dès 1959 par Johnson puis par Yura et Walsh, fut reconnu comme la méthode d'acquisition de savoirs cliniques ayant une place centrale dans la pratique des soins infirmiers.

A cette période, la vision de la science adoptée par les infirmières reposait sur la nécessaire construction de théories spécifiques pour affirmer et assurer la position de cette discipline dans le champ scientifique. Deux auteurs, Donaldson & Crowley<sup>8</sup>, influenceront de manière notoire les productions de cette période. Ces auteurs insisteront en 1964 sur la nécessaire identification de la structure et de la syntaxe de la discipline des soins infirmiers afin de la singulariser des autres champs disciplinaires. La notion de structure est à rapprocher de son contenu alors que la syntaxe correspond aux méthodologies employées pour générer ce contenu. Deux autres auteurs, Dickoff & James (1968)<sup>9</sup>, préciseront que ce travail de théorisation devait tendre à produire un éventail de théories dont le degré d'abstraction sera varié allant des macro théories très abstraites aux théories concrètement utilisables au cœur des situations de soins. Cependant, la plupart des théories resteront, à cette période, à un degré élevé d'abstraction : philosophies de soins infirmiers et modèles conceptuels.

Cette émulation fut grandement facilitée par le soutien apporté par l'« American Nurses Association » qui fera, en 1965, de l'élaboration de théorie un objectif national pour la profession. Le corpus de connaissances élaboré à l'issue de ce travail de conceptualisation sera analysé par B.Carper<sup>10</sup> afin d'identifier la nature des savoirs mobilisés au cœur de la pratique des soins infirmiers. Cette revue de la littérature lui permettra de proposer, en 1978, une typologie des savoirs infirmiers composée de quatre catégories :

- Le savoir empirique, factuel et vérifiable, fruit d'un travail de conceptualisation, qui répond aux critères de scientificité communément admis ;

<sup>8</sup> Donaldson & Crowley DM., The discipline of nursing. Nursing outlook, 26, 1978, p 113-120.

<sup>9</sup> Dickoff & James, A theory of theories: a position paper. Nursing research, 17, 1968, pp197-203.

<sup>10</sup> Carper. B., Fundamental patterns of knowing in nursing. Advances in nursing science. 1(1):13-23, 1978

- Le savoir artistique, de nature pratique, qui s'acquiert au travers de l'expérience et consiste à individualiser la réponse soignante à partir d'un corpus de connaissances théoriques et techniques;
- Le savoir éthique qui permet de passer d'une éthique théorique à une éthique pratique au cœur des situations de soins;
- Le savoir personnel qui est essentiel à la compréhension du sens attribué aux situations par les individus en fonction de la vision qu'ils portent sur la réalité. Il impose au soignant de tendre à développer une connaissance de soi.

Cette publication a eu un retentissement important dans la discipline des soins infirmiers. Elle alimenta la réflexion relative à l'élaboration de méthodologies de production de connaissances adaptées à la nature des soins infirmiers.

### En quête de paradigme

L'approche revisitée de la science proposée par Thomas Kuhn<sup>11</sup> dans les années soixante a eu un écho important au sein de la communauté scientifique en soins infirmiers. Kuhn a introduit la notion de paradigme comme la « vision du monde » communément admise par les membres d'une communauté scientifique. Un paradigme, une fois adopté par une communauté scientifique, va guider les activités au sein de cette discipline.

De nombreux auteurs vont alors tenter de comprendre et de guider l'évolution de la discipline des soins infirmiers en prenant pour cadre de référence les travaux de Kuhn. La discipline se lance alors dans la quête d'un paradigme infirmier, témoin selon Kuhn, de la maturité d'une science. Plusieurs auteurs (Newman, Fawcett,...) proposeront une lecture « paradigmatique » des conceptualisations en sciences infirmières. Cette réflexion a permis à Jacqueline Fawcett (1978)<sup>12</sup>, au terme d'une méta-analyse des conceptualisations infirmières, de dégager les méta-concepts qualifiés de méta-paradigme des soins infirmiers: santé, personne (individu, famille, groupe), environnement et soins infirmiers.

Cette quête de paradigme amènera Kérouac (1994)<sup>13</sup> à identifier trois paradigmes apparus successivement dans l'évolution de la profession:

- la catégorisation: le modèle bio-médical. Il aborde les phénomènes de manière linéaire et causale. Dans le domaine de la santé, on va donc rechercher les causes de maladies afin de les éliminer. Il réduit la réa-

lité en entités plus facilement abordables et considère le tout comme la somme des parties qui le compose. Ce paradigme va tendre à mettre en évidence des lois universelles. Il a fortement imprégné le développement de la santé publique à la fin du XIX<sup>ème</sup> siècle et au début du XX<sup>ème</sup> ainsi que l'essor de la médecine scientifique.

- l'intégration trace l'émergence d'un paradigme infirmier en abordant l'être humain de manière systémique en insistant sur l'interrelation de ses dimensions bio-psycho-sociales.
- la transformation, influencée par le courant existentialiste, voit en la personne comme un être unique et singulier porteur de ressources et capable de choix qui vont influencer sa trajectoire de vie et de santé.

Les auteurs s'accordent cependant sur le constat qu'il n'existe pas actuellement de paradigme dominant au sein de la discipline. L'apparition d'un paradigme n'a pas engendré la disparition du précédent. On peut ainsi trouver chez les professionnels une adhésion consciente ou non à chacun de ces paradigmes. Ce constat a amené certains auteurs à classer la science des soins infirmiers de pré-paradigmatique en lien avec sa relative jeunesse académique.

### En quête d'utilité clinique

Une conjonction de facteurs va remettre en avant les injonctions formulées par Dickoff & James (1968) quant au rôle des conceptualisations au sein d'une science appliquée. Ces facteurs sont à la fois intrinsèques et extrinsèques à la profession.

La discipline académique des sciences infirmières est parvenue à cette période à asseoir sa position et a opéré une clarification de son objet et de ses limites. Les méthodes de production de savoirs scientifiques ont été affinées afin de les rendre cohérentes avec les spécificités de la discipline. Cet affinage permet une formulation plus pertinente des questions de recherche et une déclinaison méthodologique adaptée incluant des approches qualitatives et quantitatives.

Ses membres ont adopté des comportements caractéristiques d'une communauté scientifique. La filière universitaire en soins infirmiers met à disposition de la profession une force de production de savoirs en la personne des étudiants inscrits en master et en doctorat. Au travers de leurs travaux de recherche, ces professionnels vont décliner d'une manière de plus en plus concrète les cadres conceptuels antérieurs.

<sup>11</sup> Kuhn, T., *The structure of scientific revolutions* (2nd edition), Chicago : University of Chicago Press, 1970.

<sup>12</sup> Fawcett J., *Analysis and evaluation of nursing theories*. Davis, 1978.

<sup>13</sup> Kerouac S., Pepin J., Ducharme F., Duquette A., Major F., *La pensée infirmière*. Editions Etudes vivantes, 1994.

## SCIENCES DES SOINS INFIRMIERS : RÉFLEXIONS ÉPISTÉMOLOGIQUES SUR LE PROJET D'UNE DISCIPLINE

On voit alors apparaître les théories intermédiaires (méso-théories) et des micro-théories directement utilisables par l'infirmière dans sa pratique clinique.

La pratique infirmière a, en outre, été sous-tendue à la mise en œuvre d'un raisonnement clinique systématique appliqué à son champ de compétences. Une sémiologie et une thérapeutique infirmière ont été explicitées au travers de taxinomies. Elles alimentent les étapes diagnostiques et thérapeutiques de la démarche clinique appliquée à la zone d'autonomie de l'infirmière. La première, traitant des diagnostics infirmiers, est issue de la « North American Nursing Diagnosis Association » (NANDA). Dès 1973, la NANDA se lancera dans la mise en évidence d'une terminologie unifiée et singulière traitant des problématiques de santé et des processus de vie de l'être humain. L'université de l'Iowa poursuivra cette démarche en s'attachant à identifier une taxinomie des interventions infirmières et des résultats de soins infirmiers. L'articulation de ces taxinomies permet ainsi d'évaluer l'activité infirmière et d'intégrer ces données dans des systèmes d'information médicale. Cette intégration a été rendue nécessaire par la pression économique sans cesse croissante imposée au système de santé et par une recherche d'efficacité constante des interventions proposées par les professionnels de santé. La plus value générée par les soins infirmiers doit être explicite et le projet de soins du patient doit être déterminé en accord avec l'état des connaissances scientifiques.

Cette analyse de la science des soins infirmiers mérite d'être poursuivie en y posant un regard épistémologique.

### REGARD ÉPISTÉMOLOGIQUE SUR LA SCIENCE DES SOINS INFIRMIERS.

Tenter une analyse épistémologique de la science des soins infirmiers impose l'identification des savoirs mobilisés dans la pratique infirmière, des méthodologies de recherche permettant d'y accéder mais aussi de l'influence jouée par les différentes écoles de pensée philosophiques sur les processus de production de connaissances scientifiques.

A l'instar de toute science appliquée qui a pour objet le soin dispensé à l'être humain, le soin infirmier ne peut se concevoir qu'incarné dans la relation qui unit

le bénéficiaire de soins et l'infirmière qui le prodigue. La science des soins infirmiers a volontairement adopté un projet disciplinaire privilégiant une approche holiste et non réductionniste de l'être humain. Son domaine de recherche porte sur la compréhension des réactions singulières de l'être humain face à sa santé telle qu'il la définit lui-même sur son propre cadre de référence; cette compréhension guidant les interventions thérapeutiques.

Envisager de générer des connaissances scientifiques relatives aux phénomènes inclus dans ce domaine de recherche amène à questionner le rapport à la notion de vérité entretenu au sein de la discipline. C'est la proximité avec la notion de vérité qui permet de distinguer les croyances des connaissances. Le dictionnaire<sup>14</sup> définit la vérité comme « toute proposition dont l'énoncé exprime la conformité de l'idée avec son objet » ou encore « vraisemblance, ressemblance au réel ». On distingue trois conceptions de la vérité<sup>15</sup>: la vérité correspondance, la vérité cohérence et la vérité issue du consensus. La vérité correspondance implique une conformité des énoncés produits avec la réalité. La vérité cohérence repose sur l'absence de contradictions observables dans les énoncés et dans leur mise en relation. La vérité consensus est atteinte par un choix opéré dans une communauté donnée.

Quelle que soit la position adoptée, les caractéristiques définitoires de la vérité renvoient inmanquablement à la conception de la réalité. Cette clarification de la position philosophique du chercheur s'avère être un préalable indispensable à toute entreprise de recherche. L'attribution du statut de connaissance scientifique à un énoncé impose qu'il émane d'un processus de recherche structuré, formalisé et systématisé. Celui-ci sera façonné par la posture philosophique du chercheur.

Le choix d'une école de pensée peut générer des tensions épistémologiques entre la philosophie de la discipline et les caractéristiques même de la science telles qu'elles ont été proposées par Merton<sup>16</sup> (universalité, communalisme, désintéressement, scepticisme organisé). Cette approche tend à l'universalisation des connaissances au travers de la recherche scientifique. Cette vision de la science questionne la possibilité de générer une connaissance scientifique en infirmerie.

La typologie des savoirs infirmiers proposée par Carper<sup>17</sup> a éclairé ce questionnement épistémologique. Le savoir infirmier est, selon elle, le produit de pro-

<sup>14</sup> Dictionnaire Littré de la langue française.

<sup>15</sup> Ibid 14.

<sup>16</sup> Merton. R., Science and, technology and society in seventeenth century England. New York. Fertig, 1970.

<sup>17</sup> Ibid 10.



cessus en interrelation qui découlent de l'expérience globale. Qu'ils soient qualifiés de scientifiques ou non, ils informent utilement la pratique infirmière. Chaque type de savoir n'est qu'une partie d'un tout. Pour Carper, le terme savoir renvoie au processus humain individuel qui visent à faire l'expérience d'une situation et à en acquérir la compréhension d'une manière qui la rende explicite. Cette compréhension repose, selon elle, sur des dimensions intra et interpersonnelles. Ce processus est dynamique et les savoirs ainsi produits peuvent être partagés. Seule l'explicitation d'un savoir permet sa transmission.

Ces savoirs mobilisés dans la clinique infirmière sont mis en lien par l'auteur avec les chemins d'accès qui leur sont spécifiques.

Examinons les quatre types de savoir identifiés par Carper afin de mettre en évidence les processus sur lesquels repose leur production.

### **Le savoir empirique: la science des soins infirmiers**

Fondement de la science des soins infirmiers, le savoir empirique est le seul type aisément accessible à une recherche scientifique correspondant aux caractéristiques définies par Merton. Différentes écoles de pensées ont guidé les travaux des chercheurs à l'origine de la production de ce type de savoir.

Historiquement, le positivisme logique a guidé les premières recherches en soins infirmiers et ce courant reste prévalant dans la communauté des chercheurs en soins infirmiers.

Cette vision empiriste de la science approche la réalité comme quelque chose pouvant être vérifié par l'observateur. L'empirisme repose sur le postulat que ce qui est connu est accessible aux sens et peut donc être vu, touché, entendu...

Le développement de ce type de savoir repose sur les méthodes scientifiques et le test d'hypothèses. Bien que la plupart des conceptualisations en soins infirmiers reposent sur cette vision traditionnelle de la science, la complexité des soins infirmiers a amené la discipline à élargir son éventail méthodologique afin d'inclure d'autres approches, comme la phénoménologie.

Le processus qui conduit à la création d'un savoir empirique repose sur trois étapes: décrire, expliquer et prédire. Les observations sont organisées et le savoir empirique est généré au travers de l'élaboration de modèles conceptuels et de théories qui expliquent et prédisent les relations entre les concepts. On assiste alors à la création d'un corpus de connaissances.

Beaucoup de théories en soins infirmiers, de modèles conceptuels et de travaux de recherche reposent sur cette approche. Cependant, certains auteurs ques-

tionnent la validité de ces théories en soins infirmiers au regard des critères de scientificité communément admis. En effet, sur certains aspects les théories s'appuient sur d'autres types de savoir infirmiers et non pas uniquement sur les savoirs de type empirique. Une théorie scientifique idéale doit pouvoir être traduite et mesurée dans la réalité. Or, certains aspects des théories en soins infirmiers reposent sur l'intersubjectivité née de l'expérience humaine qui met en relation la personne en besoin d'aide et l'infirmière capable de lui apporter cette aide. Ainsi, certaines dimensions de ces situations de soins sont difficilement mesurables faute d'indicateurs empiriques spécifiques. Ce sont ces arguments qui alimentent les discussions sur la validité des théories de soins lorsqu'elles sont abordées sur un point de vue strictement empirique.

Analysons maintenant les autres types de savoir qui se combinent avec le savoir empirique.

### **Éthique: le savoir sur lequel repose la morale des soins infirmiers**

Le savoir éthique défini par Carper regroupe les obligations morales, les valeurs considérées comme morales ou immorales ainsi que la finalité des actions de soins. Le questionnement éthique repose sur l'identification et sur l'analyse des croyances et des valeurs détenues par les individus et les groupes afin d'aboutir à des clarifications. Parvenir à un jugement éthique implique de confronter les valeurs souvent opposées, des normes, des intérêts et des principes. Le raisonnement binaire n'est pas adapté à l'éthique, le produit des questionnements éthiques permet de retenir une alternative permettant de réagir au mieux à une situation.

Ainsi, l'acquisition d'un savoir éthique en soins infirmiers repose sur l'identification, l'analyse et la clarification de croyances et de valeurs. Cette étape préliminaire permet d'engager un dialogue avec les parties prenantes impliquées dans la situation.

Le savoir éthique est alimenté par des théories éthiques, par des principes éthiques et par des processus de raisonnement éthiques. Il repose sur des postures philosophiques qui serviront de base aux décisions. Le savoir éthique ne prescrit pas une attitude, il aide à identifier les différences de point de vue, les alternatives envisageables, bien que les théories éthiques ressemblent aux théories empiriques dans la mesure où elles peuvent décrire certains aspects de la réalité et mettre en relation certains phénomènes. Cependant les théories éthiques à l'inverse des théories empiriques ont plus de mal à être testées car les relations qui sont établies entre les faits reposent sur des positions philosophiques singulières difficilement accessible à l'empirisme.

La recherche empirique peut aider au développement d'un savoir éthique et également à informer les décisions éthiques. Cependant aucune méthode empirique ne pourra être utilisée pour tester une théorie éthique.

### Le savoir personnel en soins infirmiers

Le savoir personnel en soins infirmiers, défini par Carper, a trait à l'expérience personnelle vécue par l'être humain soignant et de la connaissance qu'il a de lui-même. La recherche d'authenticité du soignant dans sa relation à l'Autre doit être constante. L'infirmière peut être capable de prendre conscience de ce qu'elle apporte dans la relation et ce qu'elle y trouve (voir même recherche) afin de donner un sens à l'expérience humaine qu'elle vit. Le processus qui aboutit à la connaissance de soi repose sur l'ouverture, le recentrage sur soi et le développement personnel. L'ouverture impose d'accueillir l'expérience dans sa globalité tout en restant conscient de soi-même. Le recentrage amène la personne à identifier la signification personnelle qu'elle attribue à l'expérience. La réalisation est le processus qui permet à la personne d'exprimer, au travers de sa personnalité, de ses comportements, et de son langage une image qui est cohérente avec ses caractéristiques d'être humain. La pratique réflexive et la supervision clinique infirmière sont des méthodes qui peuvent aider le professionnel à s'inscrire dans une démarche constante d'actualisation du savoir qu'il possède de lui-même.

### Le savoir esthétique : l'art infirmier

Ce type de savoir correspond à la compréhension par l'infirmière du sens d'une situation sur la perspective singulière et subjective du bénéficiaire de soins. Il est parfois assimilé à un art ou plus exactement à un artisanat. La compréhension d'une situation permet ainsi la sélection et la mise en œuvre d'une intervention de soins pertinente.

La genèse de ce type de savoir passe par trois états : l'engagement dans la situation, l'interprétation et la projection. La situation actuelle est replacée dans le contexte singulier de l'expérience humaine. Les décisions prises et l'action qui est menée sont singulières à la situation. Comme pour le savoir personnel, on peut expliciter le savoir esthétique, de manière rétrospective, et ainsi le diffuser.

Tout savoir infirmier produit doit, selon Carper, être intégré aux côtés de ceux issus des autres modes. Aborder isolément les types de savoir conduit à une approche réductrice et partielle de la discipline.

Les travaux de Carper ont conduit Tarlier<sup>18</sup> à parler d'épistémologie plurielle à propos de la discipline infirmière. Ces positions éclairent d'un jour nouveau le débat ancien mais toujours contemporain, au sein de la discipline sur la nature artistique ou scientifique des soins infirmiers.

Elles précisent également le rapport aux savoirs entretenus par la démarche clinique infirmière et le processus de recherche en soins infirmiers.

Sur cette perspective, l'art infirmier pourrait être qualifié d'état de pré-science poussant les chercheurs à l'innovation méthodologique. Cette injonction devient urgente dans un contexte de plus en plus orienté sur les pratiques fondées sur des données probantes encore appelées « Evidence Based Nursing » (EBN).

La discipline des sciences infirmières évolue toutefois au sein de la communauté scientifique qui accorde une valeur différente aux savoirs. Dans cette échelle des valeurs, le mode empirique est dominant. Les modes esthétiques et personnels, quant à eux, souffrent d'un phénomène de dévaluation par rapport aux deux autres modes plus documentés.

Au terme de cette double analyse, il apparaît que les questions épistémologiques relatives à la nature de nos savoirs et à leur explicitation grâce à la recherche doivent être urgemment prises en considération afin d'aborder les défis que le contexte impose à notre discipline.

Posons maintenant un regard évaluateur sur le degré d'investissement du domaine des soins infirmiers au niveau national.

### RETOUR SUR NOTRE CONTEXTE NATIONAL : AVANCÉES ET PARADOXES

En cent ans, l'infirmière française est passée, à l'instar de ses collègues anglo-saxonnes, d'un rôle d'auxiliaire médical à un statut de professionnelle de santé. Cette émancipation rompait avec une histoire professionnelle marquée, comme le souligne Collière<sup>19</sup> par « une filiation médicale patrilinéaire se superposant à la filiation religieuse matrilinéaire ». L'attribution d'un rôle autonome à l'infirmière en 1978 marquait donc l'avènement d'une nouvelle discipline professionnelle dans le champ de la santé.

<sup>18</sup> Tarlier D., Mediating the meaning of evidence through epistemological diversity. *Nursing inquiry*, 12(2), 2005, pp126-134.

<sup>19</sup> Collière MF., Promouvoir la vie, de la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers. Inter-édition Paris, 1982.

L'adjonction de la recherche en soins infirmiers dans les missions de l'infirmière française reconnaissait un caractère scientifique à cette discipline émergente. Le projet de la discipline des soins infirmiers ainsi créé était, comme le souligne Feroni (1994)<sup>20</sup> et Magnon (2001)<sup>21</sup>, très marqué par une influence idéologique issue de la science des soins infirmiers. Les recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé ainsi que les mesures d'harmonisation européenne facilitèrent ce processus d'introduction et d'appropriation. L'avènement d'un rôle infirmier autonome a perturbé la structuration des professionnels évoluant dans le champ de la santé. Historiquement, la profession médicale s'est inscrite dans une démarche d'obtention et de défense d'une « habilitation générale à intervenir sur le corps d'Autrui » (Matillon, 2003)<sup>22</sup>. Cette attitude a entraîné la relégation des professions non médicales dans des fonctions auxiliaires. Les professions de santé non médicales ont été dotées d'une « habilitation sous contrôle médical » (Matillon, 2003) qui est à l'origine de leur catégorisation paramédicale. L'infirmière dotée d'un rôle autonome devenait une professionnelle plus tout à fait « para-médicale » puisque dotée d'un rôle thérapeutique propre dans le champ de la santé.

En 1978, Rosette Poletti constatait<sup>23</sup> à propos des infirmières: « nous manquons de chercheurs, nous manquons de penseurs, nous sommes pragmatiques avant tout [...] nous avons beaucoup de peine à expliquer et défendre notre spécificité, ce qui rend notre contribution unique et indispensable au niveau de la prévention et de la restauration de la santé » Elle émettait également un souhait « que les professionnelles des soins infirmiers réalisent à quel point il est urgent de chercher à savoir qui nous sommes, ce que nous pouvons offrir à la société et dans quelle direction porter nos efforts dans les années qui viennent ».

Quelle évaluation de notre situation professionnelle pouvons nous réaliser vingt huit ans après l'avènement du rôle propre infirmier ?

Avancer des éléments de réponse à cette question impose un repérage des domaines relevant du prescrit et du réel afin d'apprécier la distance qui les sépare. Le prescrit est à rechercher dans le mandat social attribué à l'infirmière française. Il est inscrit dans le Code de Santé Publique qui contient la réglementation qui encadre sa pratique et sa formation.

Favorablement influencées par les normes internationales et européennes, les évolutions successives apportées aux textes réglementant l'exercice professionnel et les programmes de formation ont été aidantes dans le processus d'affirmation de la profession.

Toutefois, la réalité de l'exercice infirmier en 2006 montre qu'en dépit des initiatives visant à favoriser la construction identitaire infirmière les modifications des représentations sociales restent lentes chez les professionnelles. Il semble qu'un certain nombre de paradoxes soient identifiables entre les attentes formulées par le groupe professionnel infirmier et ses comportements. Ainsi, le processus de construction identitaire peut parfois sembler en décalage avec le projet disciplinaire. Ce phénomène est toutefois multifactoriel impliquant des étologies intrinsèques mais aussi extrinsèques à la profession.

### Explorons tout d'abord les facteurs intrinsèques à la profession.

Les besoins de reconnaissance et de valorisation sont mis en avant de manière récurrente dans l'histoire récente des infirmières françaises, notamment lors des mouvements infirmiers de 1988. Le dictionnaire<sup>24</sup> donne plusieurs acceptions du terme reconnaissance: « sentiment de gratitude envers quelqu'un, action de reconnaître quelqu'un ou quelque chose, fait de se reconnaître pour des personnes, fait d'admettre pour tel, de reconnaître la légitimité ».

Quant à la notion de valorisation, elle renvoie au concept de valeur désignant « le prix d'une chose, son importance, appréciation de la qualité d'une chose, portée, utilité, efficacité ou encore mérite personnel ». Il semble nécessaire de questionner ce besoin de reconnaissance exprimé et d'identifier à la fois de quel(s) acteur(s) elle est attendue par groupe professionnel, sous quelle forme mais aussi sur la base de quels critères? Là encore un paradoxe peut être observé, on assiste en effet à une demande de reconnaissance mais à un rejet des concepts structurants infirmiers (démarche clinique infirmière, utilisation des diagnostics infirmiers dans la pratique clinique et la documentation des soins,...).

Alors que la réglementation inclut la recherche en soins infirmiers dans l'éventail des missions attribuées à l'infirmière, que les programmes de formation renforcent

<sup>20</sup> Feroni. I., les infirmières hospitalières : construction d'un groupe professionnel. Thèse de doctorat de sociologie. Université de Nice Sophia Antipolis, 1994.

<sup>21</sup> Magnon. R., Les infirmières: identité, spécificité et soins infirmiers le bilan d'un siècle. Masson, 2001.

<sup>22</sup> Matillon. Y., Rapport de la mission « modalités et conditions d'évaluation des compétences professionnelles des métiers de la santé », 2003.

<sup>23</sup> Poletti. R., Les soins infirmiers, théories et concepts. Le centurion collection infirmières d'aujourd'hui, 1978, pp 5-7.

<sup>24</sup> Ibid 14.

cette injonction en attribuant une mission de recherche aux instituts de formation en soins infirmiers et pointent la nécessité de développer des compétences dans ce domaine chez les étudiants, qu'ils soient en formation initiales ou post diplôme, certains constats s'imposent quant au rapport de l'infirmière française avec la production de connaissances<sup>25</sup>. Comme le souligne Goulet, la pratique clinique infirmière repose encore trop souvent sur des savoirs tacites et les professionnels manquent souvent d'assurance face à la recherche. En outre, cet auteur souligne que le groupe infirmier n'a pas adopté les comportements caractéristiques d'une communauté scientifique. Les publications en matière de recherche restent peu nombreuses et leur diffusion auprès des professionnels est insuffisante.

Certains auteurs identifient dans ces attitudes et comportements des infirmiers les caractéristiques d'un groupe social opprimé<sup>26</sup>: internalisation des valeurs du modèle biomédical dominant, manque d'unité, peur d'affirmer ses réalisations.

Toutefois, il est également nécessaire de repérer les facteurs extrinsèques qui alimentent ce constat.

### Examinons maintenant les aspects extrinsèques à la profession

Bien que dotée d'un rôle autonome, l'infirmière figure encore dans le Code de Santé Publique sous la rubrique des auxiliaires médicaux. Le dictionnaire<sup>27</sup> définit un auxiliaire comme une personne « utilisée en second, en secours, secondaire ».

Ce paradoxe réglementaire se reflète dans l'organisation de l'offre de soins infirmiers. Le médecin reste le passage obligé du patient pour accéder aux soins infirmiers de quelque nature qu'ils soient, à domicile comme en établissement de santé. Cette considération organisationnelle n'est pas sans conséquence sur la visibilité de la contribution apportée par l'exercice infirmier autonome aux résultats de santé. Premier professionnel de santé à aborder la réalité du patient, le médecin va problématiser ses symptômes sur une perspective médicale. Ce phénomène peut parfois obérer une définition et une thérapeutique infirmière plus appropriée à la situation de soins. Il renforce les représentations sociales de la population à l'égard des infirmières et en forge les attentes.

En outre, dans un système de santé qui tend à promouvoir une démarche de recherche d'efficience dans

l'offre de soins, l'activité infirmière est au mieux sous évaluée mais le plus souvent totalement ignorée.

En établissement de santé, alors que l'évaluation de l'activité médicale devient prédominante, l'activité des soins infirmiers échappe à cette logique compilatoire. La plus value dégagée de l'activité infirmière est alors négligée. Ce phénomène contribue à garder des dotations en moyens humains peu aidantes à l'affirmation de la perspective infirmière dans les situations de soins. L'absence d'académisation de la filière infirmière a été un frein au développement de la recherche. La recherche en soins infirmiers n'est pas dotée de moyens humains et financiers dans un système où les soins infirmiers ne sont pas reconnus comme discipline académique.

En outre, on assiste depuis une dizaine d'années à l'apparition d'une tendance à un déclin du positionnement des soins infirmiers dans le champ de la santé au profit d'une nouvelle entité le « soin ». L'introduction de l'interdisciplinarité comme concept dominant dans le champ de la santé est porteuse d'enjeux importants quant à la place des soins infirmiers. Le concept d'interdisciplinarité peut être abordé sous deux angles.

La santé de la personne doit, elle, être abordée comme un champ interdisciplinaire au sein duquel les perspectives disciplinaires se complètent afin de comprendre les problématiques et agir sur elles.

« Les pratiques interdisciplinaires peuvent être considérées comme des négociations entre des points de vue et des intérêts différents, dans un contexte et selon un projet » Fourez (2002).

L'investissement de chaque champ disciplinaire par les professionnels de santé concernés devient alors un impératif afin de garantir la qualité de prise en charge interdisciplinaire. Cette approche remet en question la configuration actuelle des professions de santé en France. Le concept même d'interdisciplinarité est antinomique d'une catégorisation fondée sur un noyau médical autour duquel gravite une myriade de professions paramédicales. Une révolution copernicienne semblerait alors nécessaire afin de replacer la santé du patient au centre de ce système gravitationnel.

Au contraire, doit-on identifier dans l'approche interdisciplinaire actuelle une tentative visant à imposer une discipline nouvelle: les sciences de la santé. Mais celle-ci est elle réellement novatrice? Cette discipline, dont le projet reste à préciser, ne tente-t-elle pas de renouer avec le projet initial de la discipline médicale: aborder l'être humain dans la singularité de sa perception de sa santé?

<sup>25</sup> Goulet. C & coll., La pratique fondée sur des résultats probants, partie I : origine, définitions, critiques, obstacles, avantages et impact, in Recherche en soins infirmiers, n°76, 2004, pp12-18.

<sup>26</sup> Roberts. S.J., Oppressed group behavior : implications for nursing. Advances in Nursing Science, 5(4), 1983, pp 21-31.

<sup>27</sup> Ibid.

Fourez (2002) commente cette dernière option : « *Quand on essaie de créer, par l'interdisciplinarité, une « super science » qui se dégagerait de tout point de vue particulier, on ne fait que de recréer un point de vue particulier* ».

## LE PROJET DISCIPLINAIRE DES SOINS INFIRMIERS NÉCESSITE-T-IL UNE ACTUALISATION?

Formuler une réponse à cette question impose d'examiner le mandat social attribué à la profession infirmière et d'en anticiper les évolutions. Une profession n'existe qu'au travers de l'adéquation de la réponse qu'elle offre aux besoins de la société qui lui accorde sa confiance.

Afin de tenter une anticipation de cette nature, examinons les tendances internationales susceptibles d'affecter le domaine de la santé d'ici à l'an 2020 dégagées par le Conseil International des Infirmières<sup>28</sup>. Citons quelques éléments saillants issus de cette anticipation en matière de santé publique : une contrainte économique sans cesse croissante, une responsabilisation du bénéficiaire de soins, une demande de prise en charge globale par les patients, une prégnance de plus en plus marquée de la technologie dans le domaine de la santé.

S'adossant à ces prévisions, des tendances quant à l'avenir des soins infirmiers ont pu être dégagées : désengagement des gouvernements à l'égard du financement des structures de formation, identification des infirmières comme point d'entrée dans les systèmes de santé, développement des bases de données permettant une pratique fondée sur des données probantes, dotations insuffisantes au regard des besoins, risque de déqualification, régulation plus rigoureuse de la profession, auto-régulation de la profession, tensions quant aux contours des professions du sanitaire et du social, acquisition d'un mode de fonctionnement réellement

interdisciplinaire fondé sur une discipline infirmière solidement implantée.

Nombre de ces tendances sont pertinentes à notre contexte national.

Poisson (2005)<sup>29</sup> a proposé une lecture du contexte national de la pratique infirmière en cherchant à identifier l'adéquation du projet de la discipline des soins infirmiers avec les problématiques et les défis de santé publique actuels et à venir. Le profil démographique vieillissant de notre population, la place de plus en plus importante occupée par les affections chroniques ainsi que les aspirations sociétales des français mettent la recherche de la santé et de la qualité de la vie au premier plan.

En outre, la pression économique appliquée sur notre système de santé implique une adaptation de l'offre de soins. Le virage ambulatoire qui s'amorce, en décloisonnant le système, impose la notion de trajectoire individuelle d'un patient porteur d'un projet de soins mis en œuvre quel que soit le lieu où il se trouve.

Au terme de cette rhétorique, il semble que la perspective infirmière est nécessaire à l'approche interdisciplinaire des situations de soins. Les soins infirmiers ont davantage besoin d'une réelle opérationnalisation de leur cadre réglementaire que d'une refonte de leur projet disciplinaire. Cette opérationnalisation doit s'attacher tant aux facteurs intrinsèques qu'extrinsèques qui concourent l'évolution de la profession.

Il est nécessaire que les ressources que la profession possède ne soient ni sous-estimées ni sous-utilisées, et que la nature des obstacles perçus soit appréciée au plus juste pour agir sur eux.

Cette discipline, enfin dotée d'attributs fonctionnels et adoptant les comportements d'une communauté scientifique, serait alors en mesure d'apporter sa pleine contribution à l'interdisciplinarité dans les situations de soins tout en participant à l'évolution des sciences infirmières. N'était-ce pas le message adressé par l'OMS aux gouvernements européens dans la déclaration de Munich<sup>30</sup> signée en 2000?

<sup>28</sup> Conseil International de Infirmières (1999).

<sup>29</sup> Poisson. M., La construction disciplinaire des soins infirmiers en France. Soins n°700. Novembre, 2005, pp 48-50.

<sup>30</sup> Organisation Mondiale de la Santé, Déclaration de Munich : les infirmières et les sages-femmes, un atout pour la santé, 2000.