

## La profession infirmière au XXI<sup>e</sup> siècle : Défis et réalités

1<sup>er</sup> Congrès international de la Faculté des sciences infirmières de l'Université St. Joseph (USJ), *1st International Conference of the Scientific Association of the Arab Nursing Faculties*, Beyrouth (Liban) 4, 5, 6 mai 2006.

### Pour savoir où l'on va, il faut savoir d'où l'on vient

#### Résumé :

La profession infirmière reste enfermée dans des images symboliques plus que sur des représentations scientifiques. Les représentations sur la profession reposent sur des symboles et des croyances issues du passé et sur ce qui caractérise les carrières féminines dans notre société. Dans une société de la connaissance qui se met en place à l'échelle mondiale, quel statut a la science au sein de notre discipline et dans quel registre se place-t-elle ? Quelle place a l'histoire de la standardisation de nos pratiques et de nos traditions dans les programmes de formation en sciences infirmières ?

Comment se renforce l'identité de notre propre discipline, lorsque nous occupons stratégiquement depuis des générations le cœur du système de santé ? On l'oublie trop souvent : le bon fonctionnement du système de santé et de ses institutions est dépendant des informations professionnelles multiples transmises, décodées, traitées et transformées en actes et en paroles par les infirmières et infirmiers, seuls professionnels à avoir une vue d'ensemble sur ce système complexe.

Dans une société de la connaissance où la seule certitude est l'incertitude, l'unique source d'avantage concurrentiel durable est le savoir (Nonaka, 1999). Dès lors, quel type de savoir la recherche doit produire, au nom de quelle légitimité et avec quel statut ? En fait, en quoi les sciences infirmières sont-elles « infirmières » ? Et lorsqu'il s'agit de situer au plan académique nos savoirs tacites ou scientifiques et nos traditions, avons-nous à les situer dans les sciences sociales, les sciences médicales ou les sciences humaines ?

#### **Auteur :**

**Michel Nadot, inf. Ph.D.** [Nadotm@hefr.ch](mailto:Nadotm@hefr.ch)

Unité de recherche et de développement francophone

Haute école de santé

15 Route des Cliniques

1700 Fribourg (Suisse)

[www.heds-fr.ch](http://www.heds-fr.ch)

[www.recss.ch](http://www.recss.ch)

[www.hes-so.ch](http://www.hes-so.ch)

Mesdames, Messieurs, chers collègues,

Le titre de mon exposé a un ancrage historique et épistémologique. C'est effectivement en tant que professeur en histoire et épistémologie en sciences infirmières que je vous livre le résultat de mes travaux. Ces derniers mettent en évidence, qu'à défaut de recherche sur les fondements de notre discipline, la profession infirmière reste enfermée dans des images symboliques plus que sur des représentations scientifiques. Ces croyances sont issues du passé et caractérisent les carrières féminines dans notre société.

Dès lors, quel rôle jouent nos traditions dans le maintien de l'identité de notre propre discipline, lorsque nous occupons stratégiquement depuis des générations le cœur du système de santé ?

D'un point de vue épistémologique, lorsque je parle de traditions au pluriel, je veux mentionner cette culture qui oriente les pratiques de toute communauté professionnelle et qui représente selon la 4<sup>e</sup> thèse de Popper (1985, 53), la source à l'évidence la plus importante en qualité comme en quantité, pour notre savoir. J'entends aussi par discipline, ces mêmes pratiques, mais vues alors comme une articulation historiquement ancrées d'éléments composites, pouvant faire sens de manière durable et se constituer comme instance rationnelle de connaissance (Berthelot cité par Vinck, 2000, 74).

Dans une société où la seule certitude est l'incertitude, l'unique source d'avantage concurrentiel durable est le savoir. Un des plus gros défis que la profession infirmière doit relever au XXI<sup>e</sup> siècle, est probablement de quitter le monde implicite ou symbolique qui entoure nos connaissances disciplinaires et de sortir de notre pusillanimité pour accéder aux lieux de production de la culture scientifique écrite. Ces lieux de production du savoir et de sa diffusion sont aujourd'hui légitimés par nos Hautes écoles. Comme le mentionne Nonaka (1999), traduire le savoir tacite en savoir explicite implique de trouver un moyen d'exprimer l'inexprimable. Comment transformer en langage politique explicite la culture implicite qui conduit nos pratiques ?

Le savoir produit par les infirmières n'est pas exclusivement fait pour elles-mêmes ou pour les malades. Lorsque sa production est financée par des fonds publics, ce savoir scientifique doit aider le monde politique, économique et scientifique, à prendre les orientations qui conviennent ou comme le dit Popper, « choisir une orientation de la vie sociale selon des choix plus éclairés » (1985, 500).

Quelle place a l'histoire de la standardisation de nos pratiques et de la tradition du « prendre soin » dans les programmes de formation et de recherche en sciences infirmières ?

L'histoire est d'abord recherche. La recherche historique a pour fonction de révéler, à partir des traces dont on dispose, les faits du passé. Elle doit aussi permettre de nuancer, voire de corriger, les lieux communs et d'ouvrir des fenêtres sur ce qui est occulté. Dès le XIX<sup>e</sup> siècle, la culture et l'activité soignantes apparaissent comme dominées par le parareligieux, le paramilitaire et le paramédical qui s'imposeront dans l'hôpital. Cette position symbolique liée à la triple influence de l'Etat, de l'Eglise et de la Médecine placera l'instruction des soignantes comme le mentionne Magnon (1988, 49) « entre le sabre, le goupillon et la Faculté ».

Contrairement aux idées reçues, l'infirmière d'aujourd'hui n'a pas plus une tradition parareligieuse, paramédicale ou paramilitaire que le « petit Africain » n'avait des ancêtres gaulois aux yeux bleus et aux cheveux blonds, à en croire les manuels scolaires distribués par les puissances coloniales (Nadot, 2003c). Pourquoi toujours se positionner en « profession auxiliaire », dépendre de cultures dominantes ou se présenter comme « para quelque chose » ?

Pourquoi par exemple, lorsque l'on rappelle les mythes fondateurs infirmiers ne parler que de Florence Nightingale et pas de Valérie de Gasparin qui, le 1<sup>er</sup> novembre 1859 fondait la première école de soignantes laïques au monde ? Que connaissons-nous de l'histoire locale de nos pratiques ?

L'histoire évite l'aliénation des générations futures et met en garde contre la production de « travailleurs consommateurs performants et des êtres sans mémoire, sans identité, sans racines »<sup>1</sup>.

Dans les civilisations anciennes, c'est autour des « feux » que l'activité de prendre soin commence. On ne dénombre pas encore le volume d'une cité par ses « habitants ». Le feu devient plus tard le foyer et, au sein du foyer, il faut déjà prendre soin de l'humain, prendre soin du groupe (la famille) et prendre soin du domaine. Ici, le domaine correspond au latin *domus* à savoir « la maison ».

Prendre soin de la maison et de ceux qui y vivent, individus ou groupes à tous les âges de la vie, marque les fondements dans lesquels on retrouve, dès le X<sup>e</sup> siècle, les éléments composites d'origine de la discipline professionnelle infirmière. « *Domus/familia/hominem* », tel était en latin le fondement et le sens du « prendre soin ».

Après le feu, le foyer, le domaine, la Maison, le Ménage, l'espace-temps du soin devient alors l'hôpital. Il est fait pour ceux qui sont hors du foyer, ceux qui affrontent les misères ordinaires de la vie et n'ont plus de lieux dans lequel demeurer. L'hôpital est le miroir de la classe populaire et des servantes. La classe aisée a sa propre organisation de soins et d'autres lieux de vie: manoirs, demeures bourgeoises, luxueuses ou patrimoniales, châteaux, dépendances, etc.).

La recherche en histoire sur les hôpitaux disparus que je dirige actuellement<sup>2</sup>, nous révèle les traces d'origine de l'activité soignante. Dans la ville de Bulle (Suisse), on découvre un hôpital laïc médiéval. Son rôle consiste, comme la plupart des établissements de cette époque, à « protéger la société civile contre les défauts qui menacent sa tranquillité ». Ces défauts sont en 1759, « le manque de biens, le manque de forces et le manque de santé ». Je me demande parfois : qu'en est-il aujourd'hui ? Dans l'hôpital laïc du passé, l'institution, sa dynamique et sa logistique reflètent la société civile qui l'héberge.

Mentionner la complexité portée par nos prestations de service fait partie des défis que notre profession doit affronter. À une époque où l'activité professionnelle est découpée en actes pour mieux mesurer les prestations et réduire les coûts de la santé, à une époque où les durées de séjour se réduisent au profit du maintien à domicile, arrêtons de ne parler que du « soin ». Le soin est réducteur de la complexité des prestations de service offertes et nous mène à des impasses épistémologiques. L'activité professionnelle, ou si vous préférez, le rôle<sup>3</sup> professionnel, comprend le soin, mais non l'inverse. Ne parler que du soin et des malades comme le mentionnent la majorité de nos textes professionnels et légaux c'est occulter l'ensemble des compétences mobilisées dans le « prendre soin ».

Prenons l'exemple des « soins de base ». Pour une majorité d'infirmières et de cadres, « soins de base » signifie « soins élémentaires de soins thérapeutiques simples ou complexes ». Alors qu'à l'origine, les « soins de base » reflètent l'activité qui constitue la base de la discipline soignante et structurent la fonction indépendante du rôle professionnel. Résultat des courses : aujourd'hui ces soins sont dévalorisés ou confiés à nos auxiliaires et ne réclament qu'une contribution substantielle de la part des assurances au lieu d'être financés en fonction de leur complexité.

L'aide à la vie n'est pas spectaculaire, elle est tenue pour insignifiante alors qu'elle est vitale. Ce glissement de sens dans le langage professionnel à propos des « soins de base », enlève aux soignantes ce qu'il leur reste de leur autonomie sans que la profession infirmière ait réalisé qu'elle en était affectée comme le relevait Collière en 1994 (20-21). Pourquoi ne citer qu'un groupe bénéficiaire de nos prestations alors qu'il y en a trois au minimum ?<sup>4</sup>

En 1993, mes travaux en recherche fondamentale donnaient naissance à un modèle de l'activité soignante, connu aujourd'hui sous l'intitulé « modèle d'intermédiaire culturel ». Le modèle démontre qu'une infirmière ne joue jamais sur un seul registre. Et c'est là que se cache la

<sup>1</sup> Bugnon-Mordant M. (2004). Cet endoctrinement qui passe par PISA. *La Liberté*, 16 décembre 2004.

<sup>2</sup> Avec le soutien de DORE (Do Research), Fonds national suisse de la recherche scientifique (FNS).

<sup>3</sup> Rôle : aspect dynamique du statut. Il est influencé par la culture et la personnalité de l'acteur.

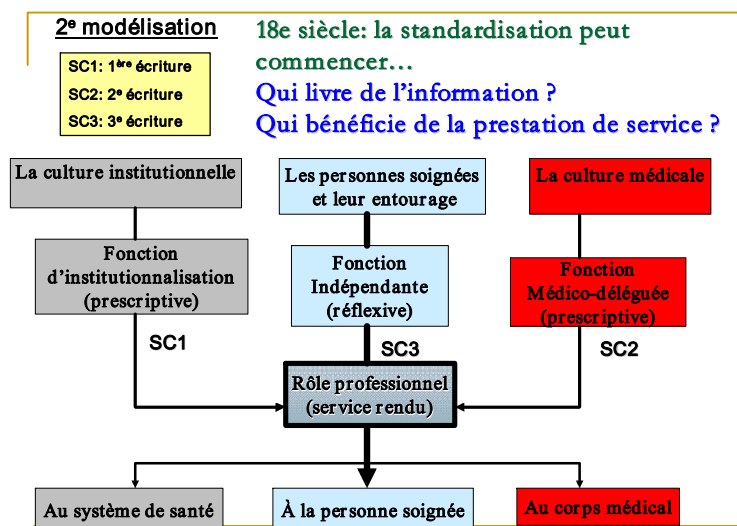
<sup>4</sup> L'institution et ses agents, le corps médical, les personnes soignées et leur entourage.

complexité. Soigner consiste à traiter de l'information spécialisée. Nous ne sommes jamais dans le soin, jamais dans la technique, jamais dans la coordination ou la gestion de l'activité mais toujours « ENTRE » les phénomènes. Si le rôle professionnel consiste aussi à faire parfois des « interventions<sup>5</sup> », ces dernières ne reflètent pas plus la globalité de l'activité soignante et sont de ce fait réductrices. Notre activité professionnelle se déroule au sein de relations asymétriques qu'un ensemble d'acteurs ont structuré sous forme de jeux sociologiques. Ces jeux s'inscrivent au sein d'un tissu d'échanges politiques.

Le service rendu par les infirmières, infirmiers et leurs auxiliaires, a des variables tridimensionnelles. Dans une première modélisation, je mettais en effet en évidence, qu'il faut:

- prendre soin de l'humain à tous les âges de la vie.
- prendre soin de la vie du groupe car l'action soignante s'opère au sein d'une communauté (personnes soignées et équipes de soins).
- prendre soin de la vie du domaine, notamment avec ses aspects socio-économiques, logistiques, domestiques et dans la transmission du patrimoine (relève académique et professionnelle).

Dans l'histoire de notre discipline, trois cultures<sup>6</sup> vont chronologiquement et progressivement orienter l'activité soignante : la culture institutionnelle et la culture soignante non médicale dès qu'il faudra « aider à vivre » et la culture médicale dès la naissance de la clinique vers la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle.



Sur le schéma ci-dessus, on voit exactement, qui bénéficie du service rendu. Pourquoi toujours placer nos interventions dans la colonne du milieu au niveau du discours, dans la colonne de droite au niveau des faits et laisser dans l'ombre l'ensemble et les interdépendances synergiques ou asynergiques qui déterminent les compétences utiles à l'efficacité du service ?

La culture institutionnelle (SC1) qui est implicitement prescriptive est en place à la fondation de l'hôpital et va orienter les premières pratiques car c'est toujours une institution qui formate ces dernières. Pour Nadot comme pour Munck (1999, 137), « L'Institution n'est pas un ensemble de règles ou de fonctions, mais un ensemble de schémas normatifs permettant à la fois des mises-en-situation et des mises-en-discours des interactions pratiques entre les personnes et avec le monde. En tant que schémas, les normes sont des procédures réflexives, liant savoirs et capacités ». L'institution (SC1) formate les procédures interprétatives des situations. Elle cadre d'abord la

<sup>5</sup> Le terme intervention ne réfère ni à une pratique spécifique, ni à une profession particulière, pas plus qu'à un secteur d'activité bien circonscrit. L'intervention est une catégorie générale synthétique regroupant des perspectives, des états d'esprits, des manières de penser et de faire (Couturier, 2001, 21).

<sup>6</sup> Par culture, on pense ici aux éléments symboliques qui guident l'activité (valeurs, idéologies, connaissances).

perception des situations en fournissant des paradigmes culturels d'interprétation. C'est l'institution qui donne à l'activité soignante son statut professionnel de prestation de service.

La culture soignante (SC3) qui consiste à « prendre soin » et « aider à vivre » est une activité réflexive spécifique et reste majoritairement une pratique profane avant que les premières théories de soins ne lui donnent sens. Il n'en demeure pas moins que la norme « permet la transmission de l'expérience aux personnes et aux groupes agissant dans le présent (Ibid. 138). Quant à la culture médicale (SC2) elle est progressivement prescrite aux soignantes dès la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle, notamment à partir du 14 frimaire de l'an III napoléonien.

Les prestations de service délivrées par les infirmières sont issues de sources d'informations multiples et hiérarchisées. Nos interlocuteurs sont à la fois des transmetteurs d'informations verbales ou non verbales et les bénéficiaires de nos prestations. Ces bénéficiaires se situent au sein d'une hiérarchie institutionnelle et administrative (SC1), d'une hiérarchie médico-chirurgicale (SC2) et dans une pluralité culturelle et sociale portée par les personnes soignées et leur entourage (SC3). Contrairement aux idées reçues, ce n'est pas ce que fait une infirmière ou le type de malade dont elle s'occupe qui détermine la charge de travail. En médiologie de la santé<sup>7</sup> ce sont les flux d'information (sources, supports, traitements) qui déterminent l'activité. Le langage des bénéficiaires de la prestation infirmière est au cœur de la complexité. En effet, le langage du psychiatre n'est pas le même que celui du gynécologue ou du chirurgien orthopédiste. De même, les messages en provenance de l'organisation d'une maison de personnes âgées ne sont pas tout à fait les mêmes que ceux en provenance d'un centre hospitalier universitaire. Et de plus, les personnes soignées ont leurs propres valeurs, langage et coutumes en fonction de leurs origines socioculturelles. Tous ces messages se doivent d'être perçus avec justesse ou sans distorsions et seront transformés en actes et en paroles par les infirmières et leurs auxiliaires. Au plan méthodologique, nous obtenons une modélisation historiographique à neuf groupes de variables. Ces 9 groupes ont récemment été utilisés dans une recherche appliquée qui a obtenu un indice de pertinence de 5 sur 5 donné par « Aramis », le système de reconnaissance des activités de recherche de la Confédération helvétique.

### Une catégorisation à 9 groupes de variables: 3<sup>e</sup> modélisation

	Culture institutionnelle (activité prescriptive)  SC1	Culture médicale (activité prescriptive)  SC2	Culture « infirmière » (Activité réflexive)  SC3
Prendre soin de la vie de l'humain  <i>Hominem</i>	Ordre Contrôle Enregistrement Accueillir, informer, rassurer	Agent informateur du corps médical  Agent applicateur de la prescription	Aider à vivre Accompagner la vie et la mort Prendre soin Préserver l'autonomie  Prévention de la maladie Soulagement de la souffrance
Prendre soin de la vie du groupe  <i>Familia</i>	Organisation du travail Gestion de l'espace et du temps Assurer la relève professionnelle	Visite médicale et ses modalités  Coordination et transmission de l'info.  Constitution de dossiers	Préservation de l'identité, de l'appartenance, des liens avec l'entourage  Gestion de la promiscuité ou de l'isolement
Prendre soin de la vie du domaine  <i>Domus</i>	Propreté et hygiène collective  Aspects logistiques et économiques  Maintien de l'organisation Activité domestique	Maintien en état de l'appareillage technologique  Rangement stratégique des équipements	Soin de l'espace de vie quotidien  - protection et gestion des biens, valeurs et effets personnels, intimes, affectifs

<sup>7</sup> Terme remplaçant le vieux mot ecclésiastique « infirmier » (1398) construit sur enfer, mauvais et malsain (Nadot, 2003a, 60). La médiologie de la santé désigne l'étude des postures d'intermédiaires culturels et du pouvoir symbolique des langages au sein d'une institution (Nadot, 2002a). Ces langages « entrent dans le champ de la médiologie en tant que lieux et enjeux de diffusion, vecteurs de sensibilité et matrices de sociabilité » (Debray, 1994, 22).

Cette recherche<sup>8</sup> menée sur deux continents (Suisse-Canada), montre que ces neuf groupes de variables peuvent à leur tour rendre compte et orienter 14 groupes de pratiques quotidiennement mobilisés par les infirmières (Nadot, 2003b). Ces pratiques, sont indicatives à la fois, de la tradition et de la complexité des prestations de service, le tout systématiquement et extrêmement dépendant du contexte.

La standardisation de nos pratiques séculières met en évidence, que l'activité soignante relève de la gestion d'informations d'un type particulier (langage spécialisé) en provenance de trois sources langagières. Les bénéficiaires de l'activité soignante tireront profit de l'information analysée, traitée, et réutilisée, c'est-à-dire transformée en actes et en paroles. Si l'on veut savoir ce que fait une infirmière et ses auxiliaires, et qui bénéficie de ses prestations, il faut identifier les sources du langage (verbal et non verbal) qui déclenchent l'activité. Ce sont en effet toujours les bénéficiaires de la prestation qui livrent l'information utile à la conception et à la production du service (Bancel-Charensol, Delauney, Jougleux, 1999, 37).

Nos derniers travaux de recherche confirment ce que l'on soupçonnait au quotidien, mais qui était occulté et que l'on n'avait pas réussi à mettre en mot et en image. L'activité soignante n'est jamais stabilisée. Elle reste dépendante du langage des bénéficiaires de la prestation. Schématiquement, elle est de l'ordre du mouvement perpétuel et du mobile. Elle ne se laisse pas enfermer dans des protocoles et des routines présentées comme sécurisantes, dans la mesure où on ne sait jamais, ni la nature du message qui met en œuvre la prestation de service, ni son intensité, ni le moment auquel il sera délivré. Les prestations de service étant souvent intangibles et indicibles, difficiles à photographier, elles ne méritent pas de se laisser manipuler dans tous les sens sous prétexte de réduire les coûts de la santé. Les coûts n'en seraient que différés.

Le sens de l'activité soignante étant polysémique, comment situer notre discipline dans le monde universitaire ? Mis à part quelques facultés de sciences infirmières autonomes, à quelle faculté « mère » raccrocher nos recherches lorsqu'un institut se fonde au sein d'une université ?

Si nous valorisons les variables liées à l'organisation de type SC1, on peut penser que l'activité soignante fait partie des sciences sociales. Si nous plaçons le projecteur sur la médecine, de type SC2, on peut penser que l'activité est de type paramédicale. Mais ces sciences sont-elles vraiment nos sources de connaissances fondamentales ? La science réflexive utilisée à l'émergence de la médiologie de la santé (1993) étant la philosophie (Foucault, Ricoeur, Debray), c'est au niveau des sciences humaines que l'activité de « prendre soin » ou « d'aider à vivre » (SC3) trouve alors ses ancrages. C'est du reste, la division I du Fonds national suisse de la recherche scientifique (sciences humaines et sociales) qui est justement l'agence fédérale de moyens pour les recherches menées dans les Hautes écoles de santé en Suisse (HES).

Depuis qu'elle est institutionnalisée, c'est-à-dire aux environs du 13<sup>e</sup> siècle, l'activité laïque des infirmières et infirmiers a toujours été enracinée et confrontée à la complexité de l'humain en interaction avec son environnement de vie. Dans leur espace-temps singulier, les sciences infirmières sont pour Kim (1997) à la fine pointe des sciences humaines, et leur finalité professionnelle demeure « prendre soin de l'humain » pour qu'il puisse mener sa vie en dépit des conditions adverses l'affectant (Nadot, 2003c).

Quant à la recherche en sciences infirmières elle-même, fondamentale ou appliquée, elle est de deux types :

Type I, qui aborde les problèmes posés par les bénéficiaires des prestations soignantes.

Type II, qui aborde les problèmes posés par l'exercice de l'activité ou de la pratique professionnelle (les règles de l'art). L'un n'exclut pas l'autre, les deux se complètent en vue d'assurer :

- la sécurité des prestations
- L'efficacité des prestations
- La qualité du service offert

<sup>8</sup> Recherche conduite avec le soutien de DORE (DO REsearch) Initiative conjointe de la Commission de la technologie et de l'innovation (CTI) et du Fonds national suisse de la recherche scientifique (FNS).

- Le traitement adéquat des demandes
- Un rapport qualité-prix des prestations acceptable
- L'innovation au sein de l'entreprise
- Le développement de notre discipline

Certes, parfois, on peut être appelé à fournir des données probantes sur l'utilité de certaines prestations, repérer de bonnes pratiques en vue d'une certaine efficacité ou développer des pratiques avancées (*Clinical Assessment*) dans le cadre de spécialisations cliniques au service du corps médical. Dans tous les cas cependant, nous avons le devoir de rester lucide sur les imitations et emprunts que nous instituons et sur les bénéficiaires de nos résultats de recherche ou sur les valeurs qui accompagnent nos discours. Quelles sont les disciplines qui peuvent bénéficier de nos savoirs ? La nôtre prioritairement ou seulement les autres ? Depuis le XVIII<sup>e</sup> siècle, nous sommes un important fournisseur de prestations du domaine de la santé et comptons bien le rester.

Nous sommes malheureusement condamnés à rester dans « l'ENTRE ». Ni chez l'un, ni chez l'autre, mais toujours entre les hommes, leurs misères et leur contexte de vie. Les indicateurs de notre activité proviennent de ce qui se dit et ce qui se passe entre différents interlocuteurs présents dans l'espace de parole institué. Position inconfortable mais inévitable comme le dirait Debray (1994, 30).

## Conclusion

En ne parlant que du soin on ne fait que valoriser les aspects affectifs, émotionnels, mythiques, vocationnels ou la grandeur d'âme du métier derrière lesquels les tabous refoulés de notre société se sentent en sécurité. L'activité professionnelle comprend le soin, mais non l'inverse. Nos professions sont des professions symboliquement chargées par le fait que ce que la société cherche à évacuer, est au cœur de notre activité. En effet, comment valoriser ce que la société écarte de manière politiquement correcte, parce qu'elle se doit de ne pas valoriser ce qui est occulté et très souvent soustrait au regard ? C'est autour de ce qui est occulté et de la logistique qui permet d'y faire face, que se construit le quotidien de l'activité professionnelle du travail sur autrui. Je veux parler ici, de l'accompagnement de la mort comme de la vie, du suicide, des déjections et de leurs odeurs, des souillures du corps qu'il faut nettoyer, de la nudité, des sévices subits par les plus faibles, des troubles démentiels, des séquelles d'attentats dus à la folie meurtrière des hommes, du handicap, des tracasseries des familles qu'il faut partager, de l'expression intime et insupportable de la souffrance et de la misère, de la déchéance des corps et des fonctions mentales, bref, du lot quotidien des misères de la vie, qui vient tel une mer déchaînée, heurter de ses vagues déferlantes nos pratiques et nos consciences, et nous rappelle à cette occasion, un quotidien que nous devons assumer depuis la nuit des temps.

Rendre visible l'activité professionnelle des infirmières et infirmiers n'est pas une option. C'est une obligation (Wagner, 2005). Mais cette obligation a un corollaire : la publication et la diffusion de nos connaissances au sein de la Cité scientifique. Comme le souligne Van der Maren (1996, 59), « un chercheur qui ne produirait pas d'écrit ne pourrait pas être reconnu comme tel, si bien que la première activité à laquelle le futur chercheur doit se former, c'est l'écriture ». Cet exercice est très codifié et doit respecter des règles et une étiquette contraignante voire féroce (Dortier, 1993, 44). Rendre visible notre activité c'est aussi accepter les contraintes qui permettent la reconnaissance.

La science est avant tout un système d'échange : les scientifiques produisent de la connaissance pour obtenir de la reconnaissance. Inversement, l'institution leur accorde de la reconnaissance pour obtenir la connaissance (Vinck cité par Nadot, 2002b, 18). Non seulement nos connaissances doivent être visibles, encore faut-il qu'elles suscitent la reconnaissance de nos institutions, pour que la société puisse « délier les cordons de la bourse » en vue d'obtenir de la connaissance. Le défi de la visibilité est aussi celui là, et pas le moindre.

Notre activité professionnelle touche différents registres de communication tant la complexité de notre posture est élevée. Mais, le statut de cette position « d'intermédiaire culturelle » occupée depuis des siècles, semble magnifiquement ignorée des politiques d'économie de la santé. Il est vrai

qu'il ne faut guère attendre de la communauté scientifique comme le relève Perraut Soliveres (2002, 206), « qu'elle saute de joie devant nos tentatives pour la pénétrer à partir d'autres codes, d'autres intérêts, d'autres méthodes ».

Pas de solution miracle à nos questionnements. Pour savoir où l'on va il faut savoir d'où l'on vient et résister à cette double tentation mentionnée par Dubet à savoir : « l'impossible retour à un âge d'or qui n'a jamais existé, et celle de la dissolution du travail professionnel sur autrui dans un simple enchevêtrement de services » (2002, 17). Evitons évidemment que notre activité professionnelle ne se transforme en discours laissant paraître que « prendre soin » ou « aider à vivre » voire faire de la recherche, c'est « faire un peu de tout, n'importe quoi et rien de spécial » (Adam, 1983).

En conclusion, notre profession, ne peut être « véritablement fière de ses racines, qu'à l'observation de ce qu'elles lui ont permis de produire et non à la contemplation de leur état de conservation » (Meirieu, 1989, 27).

## Références bibliographiques

- Adam E. (1983). *Être infirmière*. Montréal : éd. HRW Ltée.
- Bancel-Charensol L.; Delaunay J.-C., Jougoux M. (1999). Une société de services. Comment gérer des biens invisibles ? *Sciences humaines*, 91, (36-39).
- Bugnon-Mordant M. (2004). Cet endoctrinement qui passe par PISA. *La Liberté*, 16 décembre.
- Collière M.-F. (1994). *Virginia Henderson, la nature des soins infirmiers*. Paris : InterEditions.
- Couturier Y. (2001). Constructions de l'intervention par des travailleuses sociales et infirmières en C.L.S.C. et possibles interdisciplinaires. *Thèse de doctorat* en sciences humaines appliquées, Faculté des études supérieures, Université de Montréal.
- Debray R. (1994). *Manifestes médiologiques*. Paris : Gallimard.
- Dortier J.-F. (1993). Les enjeux de la vulgarisation scientifique. *Sciences humaines*, 32, (44-46).
- Dubet F. (2002). *Le déclin de l'institution*. Paris : Seuil.
- Kim H.S. (1997). « Terminology in structuring and developing nursing knowledge ». In I.M, King et J.Fawcett (sous la dir. de), *The Language of Nursing Theory and Metatheory*, Indianapolis, Sigma Theta Tau International.
- Magnon R. (1988). Entre le sabre, le goupillon et la faculté. *Cahier d'études sur les soins et le service infirmier. Pour une histoire des soins et des professions soignantes*, 10. (49-60). Lyon : AMIEC Publications.
- Meirieu Ph. (1989). *Enseigner, scénario pour un métier nouveau*. Paris : éd. ESF.
- Munck J. de (1999). *L'institution sociale de l'esprit*. Paris : PUF.
- Nadot, M. (2002a). Médiologie de la santé, de la tradition soignante à l'identité de la discipline, (pp. 29-86). In *Perspective soignante*, 13. Paris : Seli Arslan.
- Nadot M. (2002b). La science masquée, la rationalité de l'activité soignante entre savoir profane et savoir scientifique. Mémoire pour l'obtention du certificat postgrade décerné conjointement par l'école polytechnique fédérale de Lausanne (EPFL), l'Université de Lausanne (UNIL) et l'Université de Berne (UNIBE).
- Nadot M. (2003a). Les soins infirmiers, ça n'existe pas ! *Soins Cadres*, 46, (59-62).
- Nadot M. (2003b). Variation : Mesure des prestations soignantes dans le système de santé. *Recherche en soins infirmiers*, 73, (116-122).
- Nadot M. (2003c). Ces « pauvres vulgaires dévouements » qui nous permettent de renouer avec les traditions soignantes (pp. 94-110). In *Perspective soignante*, 18. Paris : Seli Arslan.
- Nonaka I. (1999) L'entreprise créatrice de savoirs (p. 35-64). In *Le Knowledge management, Harvard Business Review*. Paris: éd. d'Organisation.
- Perraut Soliveres A. (2001). *Infirmières, le savoir de la nuit*. Paris : PUF.
- Popper K. (1985). Conjectures et réfutation. La croissance du savoir scientifique. Paris : Payot.
- Van der Maren (1996). *Méthodes de recherche pour l'éducation*. Montréal : De Boeck Université.
- Vinck D. (2000). Pratiques de l'interdisciplinarité, mutations des sciences, de l'industrie et de l'enseignement. Grenoble : Presses universitaires.
- Wagner P.-A. (2005) Visibilité pourquoi cette campagne ? Conférence présentée à l'Assemblée générale de la section de Neuchâtel/Jura de l'Association Suisse des infirmières et infirmiers.