

Zeitschrift: Bulletin / Vereinigung der Schweizerischen Hochschuldozierenden =
Association Suisse des Enseignant-e-s d'Université

Herausgeber: Vereinigung der Schweizerischen Hochschuldozierenden

Band: 42 (2016)

Heft: 2

Artikel: Savoir infirmier et politique professionnelle

Autor: Gobet, Pierre

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-893870>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 15.03.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Savoir infirmier et politique professionnelle

Pierre Gobet*

Ce texte considère l'histoire de l'édification du savoir infirmier depuis ses premières formulations dans la période de l'entre-deux-guerres aux Etats-Unis jusqu'à son académisation en Suisse vers 1980. Le projet de constitution du savoir infirmier est replacé dans le mouvement plus large de professionnalisation de la profession infirmière. Il est jugé à l'aune de sa force émancipatrice.

1. L'origine du questionnement infirmier

Karl Popper remarquait que la connaissance ne se constitue pas à partir d'une idée, pas plus qu'elle ne se développe à partir d'une thématique ou de l'observation. Selon lui elle émerge d'un questionnement, d'une problématique. La sagacité de ce questionnement détermine la valeur de la production scientifique plus encore que la pertinence du cadre théorique de référence, la qualité des données rassemblées ou la rigueur de l'analyse. Ainsi, toute connaissance est plongée dans un champ de tension qui révèle les raisons premières de sa production.

Popper considère que ce champ de tension se développe entre savoir et non-savoir. Par conséquent, il est interne à la théorie. Dans une controverse fameuse sur la méthodologie des sciences sociales conduite dans les pays germanophones sous le nom de «Positivismusstreit» au début des années 1960, Theodor W. Adorno, réfute cette position. Si la connaissance naît bien de la contradiction, celle-ci n'est pas de nature théorique, mais sociale. Elle oppose la réalité effective aux normes sur lesquelles celle-ci est en principe bâtie, c'est-à-dire ce qui est à ce qui devrait être.

La science infirmière donne plutôt raison à Adorno. En effet, le questionnement infirmier est conçu initialement comme un outil de la valorisation sociale de l'activité soignante. La constitution d'un corpus de connaissances véritablement infirmier est un des maillons d'une stratégie globale de promotion sociale de la communauté infirmière appelée professionnalisation.

Dès lors la critique de la science infirmière consiste à la confronter à ce projet initial pour se demander si elle a pu véritablement s'établir comme un des vecteurs de l'émancipation de la communauté infirmière.

2. Les dépositaires du savoir infirmier

Pour devenir profession, un métier doit, outre le développement d'un savoir original, se munir d'une éthique, disposer d'une association professionnelle et poursuivre un idéal de service par lequel ses membres s'engagent à travailler dans l'intérêt général sans rechercher leur avantage particulier. La professionnalisation n'est pas une stratégie d'émancipation particulière aux soins infirmiers. En aspirant au statut de profession, la communauté infirmière s'inspire des juristes, des ecclésiastiques et des médecins qui l'ont déjà appliquée avec succès avant elle.

Le projet d'édification d'un savoir proprement infirmier apparaît au milieu des années 1930 conjointement à l'établissement des premiers programmes de formation (CII, 1934). Il repose initialement sur la conviction que la profession ne peut naître et se développer que par l'élévation continue du niveau de qualification de l'ensemble des infirmières. En nourrissant la formation, le savoir infirmier informe également les pratiques de l'infirmière. Ainsi, dans l'univers professionnel, théorie et pratique se confondent. Il n'y a pas de théorie sans pratique, et à l'inverse, la pratique possède toujours déjà un socle théorique. L'infirmière professionnelle est à la fois une théoricienne et une praticienne.

La profession est une association de pairs. Elle ne connaît pas de hiérarchie. Toutes les infirmières disposent du même bagage notionnel, seule l'expertise les distingue. C'est pourquoi l'infirmière professionnelle s'oppose à l'introduction de la formation d'infirmière assistante CC CRS au début des années 1960. Pourtant, sa résistance ne suffira pas à juguler la fragmentation du travail de soin exigée par l'administrateur hospitalier qui pense réduire le coût du travail

* Haute-Ecole spécialisée de Suisse occidentale (HES-SO), Haute école de travail social et de la santé, Ecole d'études sociales et pédagogiques, Chemin des abeilles 14, 1010 Lausanne.

E-mail: pierre.gobet@eesp.ch
<http://www.eesp.ch>



Pierre Gobet, Dr. en sciences économiques et sociales, est professeur en recherche sur les services socio-sanitaires à la Haute école de travail social et de la santé de Lausanne. Etude de sociologie à l'Université de Genève, puis formation d'Infirmier en soins généraux à Zürich. Doctorat en Sociologie à l'Université de Genève en 2000. Dix ans d'activité comme infirmier à l'Hôpital du Triemli à Zürich.

en déléguant les soins de base à un personnel moins qualifié. Finalement, elle acceptera cette situation à condition que la nouvelle venue soit placée sous sa responsabilité et que sa tâche soit soigneusement délimitée. Ainsi, le champ de l'activité soignante se hiérarchise. Le statut de professionnelle est réservé à l'infirmière diplômée, qui est la seule dépositaire du savoir infirmier. La science infirmière reste l'outil de son émancipation, mais elle se fait désormais aussi moyen d'exclusion, car c'est par elle que le rejet du travail de l'infirmière assistante dans le rang des activités soignantes subalternes trouve sa justification.

Le projet de réorganisation du travail soignant mené par l'administrateur hospitalier ne se limite pas à séparer les activités de soin supérieures et auxiliaires. Il soumet également le processus de formation du corpus de connaissances infirmier à la division du travail. En 1970, l'idée d'une institutionnalisation de la recherche infirmière semble acquise. En revanche, les conditions cadres de ce processus prêtent encore à discussion. L'Association des hôpitaux de Suisse prend position sur cette question par le truchement du rédacteur de sa revue, qui note : «Pour ma part, je ne suis pas du tout de l'avis qu'il ne devrait pas y avoir d'infirmières avec une formation académique ou de niveau académique. Au contraire, il devrait même en avoir. Mais, pour l'amour de Dieu, pas toutes!» (Kohler, 1970). L'administrateur hospitalier plaide pour une partition du travail d'édification du savoir infirmier. Si le corps des infirmières diplômées reste le dépositaire du savoir infirmier, ses membres n'entretiennent pas toutes le même rapport à celui-ci. D'un côté, il y a les théoriciennes qui sont au bénéfice d'une formation académique, de l'autre les praticiennes qui sont formées à un niveau inférieur. Les théoriciennes développent les connaissances, les praticiennes les appliquent.

La distinction entre activités théoriques et pratiques n'est pas fonctionnelle seulement. Elle est hiérarchique aussi, car la pratique dépend de la théorie, alors que l'inverse n'est pas vrai. Si la pratique est informée par la théorie, elle ne peut être qu'une application plus ou moins heureuse, plus ou moins réussie de celle-ci. La pratique n'a pas de réalité propre en dehors de la théorie. Un problème intéressant des praticiennes est toujours déjà théorique. C'est pourquoi les théoriciennes seules sont en mesure de le formuler correctement. La praticienne n'a pas de voix propre. Elle s'exprime à travers la théoricienne qui en est l'interprète.

Les propositions de l'administrateur hospitalier ont été diversement suivies en Suisse alémanique et romande. Outre Sarine, l'infirmière diplômée est for-

mée au niveau tertiaire académique dans les Hautes écoles spécialisées et au niveau tertiaire non-académique dans les Ecoles spécialisées alors qu'en Suisse occidentale le cursus de formation est plus proche du projet professionnel, puisque les infirmières diplômées sont toutes titulaires d'un diplôme de niveau tertiaire académique. Mais, ici aussi, la science infirmière se construit sur l'opposition entre théorie et pratique.

3. L'ordre du savoir infirmier

La science infirmière ne se bâtit pas linéairement autour de la construction patiente d'un objet d'étude dont les contours auraient été d'emblée clairement identifiés. Dans les années 1950, elle se définit comme une anthropologie. Son objet est l'être humain dans l'intégralité de ses dimensions bio-psycho-sociales. A l'aube du mouvement d'académisation, vers 1980, l'Association des infirmières américaines (ANA) la pose comme la science «du diagnostic et du traitement des réactions humaines à des problèmes de santé actuels ou potentiels» (ANA, 1980). Elle se présente alors comme une science de la santé. Et par l'éventail des thématiques qu'elle aborde, elle apparaît comme une science des services de santé qui touche à tous les niveaux (micro, méso et macro) de la prise en charge (Bartholomeyczik, 2000). La science infirmière se caractérise ainsi par la pluralité, mais aussi l'hétérogénéité de ses objets d'études.

La science infirmière ne s'inscrit pas dans une tradition scientifique précise. Elle a plutôt le caractère d'une science postmoderne qui se fait tantôt science naturelle, tantôt science sociale au gré de l'objet qu'elle est amenée à traiter. En tant que science naturelle, elle s'appuie sur une démarche nomothétique qui se propose de dégager les constantes, les lois de l'intervention infirmière. Dans cette perspective, le fait infirmier existe indépendamment des personnes – fournisseurs et récipiendaires des soins – qui sont engagées dans le processus de soins. La recherche ambitionne d'expliquer le fait infirmier en identifiant ses causes. De la même manière, elle se propose d'expliquer l'intervention infirmière en montrant ses effets.

La démarche nomothétique est à la base de la constitution du savoir clinique infirmier. A l'image du savoir clinique médical qui s'articule sur les notions d'anamnèse, de diagnostic et de thérapie, le savoir clinique infirmier est structuré autour des catégories d'évaluation, de phénomène et d'intervention. Le développement du savoir clinique infirmier est également lié à l'établissement de nomenclatures que ce soit des diagnostics ou des actes infirmiers qui font pendant aux nomenclatures médicales. Pour

la Suisse, on citera à ce propos le projet CH-Nursing Data dont le but fut de fournir les bases d'une rétribution monétaire et d'une saisie statistique des soins. Le projet débute en 1998. Il prend fin en 2006.

Le savoir infirmier clinique doit soutenir une pratique infirmière efficace, une pratique qui mène aux résultats escomptés. Il est le pilier de l'«*evidence based*» nursing, qui est défini comme «l'utilisation consciente, explicite et judicieuse des meilleures données actuelles de la recherche clinique dans la prise en charge personnalisée de chaque patient» (Centre cochrane français, 2016). Avec l'*evidence based nursing*, le savoir infirmier fournit les normes de l'intervention soignante, établissant ainsi concrètement la primauté de la théorie sur la pratique infirmière.

La science infirmière complète la recherche à visée explicative par une recherche intéressée à comprendre l'activité soignante. Qualifiée d'idiographique, cette approche n'aspire pas à énoncer les lois qui régissent le fait infirmier, c'est à dire à formuler des propositions sur les objets de la science infirmière qui seraient vraies partout et en tout temps. Plus modestement, elle soutient que ses résultats ne sont valides que pour la situation concrète dans laquelle ils ont été obtenus et qu'en aucun cas, ils ne peuvent être généralisés. La démarche compréhensive considère la réalité infirmière comme le fruit d'un processus d'interprétation par lequel les acteurs construisent la situation de soin en lui donnant un sens. Dès lors, leur intervention n'est pas déterminée par la situation telle qu'elle est effectivement, mais par la perception qu'ils en ont et la signification qu'ils lui prêtent. La démarche compréhensive souligne ainsi le caractère subjectif du soin qui s'établit dans l'interaction des personnes et des institutions associées au processus de prise en charge infirmière.

Si le savoir infirmier ne se constitue pas autour d'un objet d'étude précis et si son fondement épistémologique est à la fois explicatif et interprétatif – ce qui l'autorise par ailleurs à mobiliser indifféremment les méthodologies quantitatives et qualitatives – on peut se demander ce qui lui confère sa cohérence et son unité. Deux critères semblent déterminants. Indépendamment de la tradition scientifique dans laquelle elle s'inscrit et de la méthodologie qu'elle utilise, la recherche devient recherche infirmière lorsque la problématique étudiée touche de près ou de loin des activités que l'infirmière revendique pour elle parce qu'elles relèveraient de son champ de compétence exclusif. Et, quel que soit la problématique étudiée, la recherche peut porter le prédicat d'infirmière quand son auteur ou son auteure est agréé-e par la communauté infirmière, lorsqu'il ou elle est re-

connu-e comme un pair non seulement par la communauté scientifique infirmière mais également par les praticiennes du soin.

4. Synthèse et perspectives

Le projet d'édification d'un savoir proprement infirmier s'inscrit dans la stratégie de la professionnalisation par laquelle la communauté des soignantes espère améliorer sa condition en élevant le niveau de reconnaissance sociale de son activité. Il traduit ainsi une volonté émancipatrice.

L'appel à la professionnalisation met toutefois l'infirmière dans une position inconfortable, car elle adopte la stratégie de promotion sociale du médecin, dont elle cherche par ailleurs à se libérer. En conséquence, la science infirmière forge son identité en opposition à la science médicale, sans être en mesure de s'en démarquer vraiment. Parallèlement, elle considère l'administrateur hospitalier comme un allié, même si celui-ci la contraint à revoir sa stratégie d'affranchissement en limitant notablement sa portée. Elle n'hésitera pas à étoffer le savoir infirmier des notions de plan de soins et plus tard de standard infirmier, quand bien même les sciences de la gestion en soient à l'origine et que l'administrateur s'emploie à les imposer à l'ensemble des groupes professionnels hospitaliers.

Entre le moment de sa conception dans les années 1930 et celui de sa mise en œuvre quelque soixante ans plus tard, le projet de constitution de la science infirmière change notablement. Sous l'action de l'administrateur, le champ de l'activité soignante se fragmente. Le savoir infirmier n'est plus seulement le moyen de la reconnaissance sociale de l'activité soignante et à travers elle, de l'ensemble des professionnelles du soin. Il est aussi la base de la discrimination entre professionnelles et auxiliaires du soin. Lors de l'introduction de la formation de l'infirmière assistante, ainsi que de l'infirmière de Niveau I et de l'assistante en soins de santé communautaire (ASSC) qui lui suivront, l'infirmière diplômée déploiera des efforts théoriques considérables pour s'assurer l'exclusivité de son champ de compétences professionnelles.

Ainsi, la professionnalisation n'est pas seulement le moyen politique de la promotion sociale d'un groupe de personnes exerçant le même métier, elle est aussi l'outil économique qui lui permet d'établir un monopole sur ses activités (Larson, 1977; Freidson, 1986). Dès lors, deux lectures de la professionnalisation sont possibles : celle qui unit et celle qui divise. Dès l'entrée de l'infirmière assistante dans le monde de la santé, la seconde s'impose. Le savoir infirmier devient l'instrument destiné à assurer l'infirmière de l'exclu-

sivité des activités qui, à ses yeux, lui appartiennent en propre. Plus encore que de soutenir la forme économique de la professionnalisation, le savoir infirmier l'adopte. Avec l'académisation, il se construit comme savoir exclusif, soucieux de marquer ses particularités. A ce propos, la distinction, qui parfois est avancée, entre recherche sur les soins infirmiers et recherche en soins infirmiers est significative. Tandis que la première est ouverte à toutes les disciplines et à tout chercheur, la seconde est réservée aux scientifiques émanant de la communauté infirmière. Elle seule contribue à la constitution du savoir infirmier.

Parallèlement à la division du travail soignant, l'administrateur hospitalier, qui conteste la nécessité de former toutes les infirmières au niveau académique, s'attache à dissocier la théorie de la pratique infirmière. Dès lors, les véritables dépositaires du savoir infirmier ne travaillent plus sur le terrain. Elles ont un univers propre, le monde académique et de la recherche. En Allemagne, le processus d'académisation des soins sera lancé par un mémoire de la fondation Robert Bosch au titre évocateur de «Les soins ont besoin d'élites» (Moses, 2015). Dans le projet de professionnalisation initial, théorie et pratique sont solidaires. La volonté première de constituer un patrimoine cognitif partagé par toutes les infirmières s'est transformé en un projet d'académisation d'une frange restreinte de la communauté des infirmières diplômées.

Par les postulats épistémologiques qui la sous-tendent, la science infirmière suit des chemins déjà

bien tracés. Guidée par l'idéal des sciences qui se sont constituées au 19ème siècle, elle aspire à poser un regard à la fois spécifique et total sur le monde. Spécifique, parce qu'elle se développe autour d'un objet d'étude qui lui appartient et lui confère son identité disciplinaire. Total, parce que le pan particulier de réalité qu'elle travaille est toujours présent, quel que soit la problématique étudiée. Il n'est pas exclu qu'elle y parvienne. Pourtant, la démarche paraît anachronique dans le monde de la santé qui mise sur l'interdisciplinarité, la coopération interprofessionnelle et interinstitutionnelle, et sur l'intégration des prestations. Peut-être serait-il plus judicieux de la penser comme une science interdisciplinaire du transfert des savoirs et des pratiques entre les disciplines et les professions de la santé.

Lorsqu'il soutient le morcellement du travail soignant, qu'il assure le monopole des infirmières diplômées sur l'activité soignante ou qu'il est l'outil de l'établissement d'une élite académisée, le savoir infirmier n'est pas ce levier d'émancipation qu'il était initialement. Mais, la profession pourrait renouer avec son projet premier en concevant la science infirmière comme une science du transfert interdisciplinaire et interprofessionnel. Celle-ci se présenterait alors comme une discipline du décloisonnement disposant du savoir et du savoir-faire susceptibles de déconstruire les barrières et les hiérarchies existantes en montrant que tout échange est source d'innovation, théorique pour les théoriciennes et pratique pour les praticiennes. ■

Littérature

- American Nurses Association (1980). A social policy statement. Kansas City.
- Bartholomeyczik, S. (2000). Gegenstand, Entwicklung und Fragestellung pflegewissenschaftlicher Forschung. In: Rennen-Allhoff, B. & Schaeffer, D. (éd.). Handbuch Pflegewissenschaft. Weinheim und München: Juventa, pp. 67–106.
- Centre Cochrane français (2016). Introduction à l'evidence based nursing. (<http://tutoriel.fr.cochrane.org/fr/introduction-%C3%A0-levidence-based-nursing>, 30.05.2016)
- Conseil international des infirmières (1934). Programme de formation de l'école d'infirmière. Rapport établi par Miss Isabel M. Stewart, Présidente de la Commission de formation professionnelle du CII. Genève.
- Freidson, E. (1986). Professional Powers. A Study of the Institutionalisation of formal Knowledge. Chicago, London: University of Chicago Press.
- Kohler, F. (1970). Vorwort der Redaktion, Bericht über den 14. Kongress des Weltbundes der Krankenschwestern in Montreal, Kanada. Veska, 1, 34.
- Larson, M. S. (1977). The Rise of Professionalism. Berkeley, Los Angeles: University of California Press.
- Moses, S. (2015). Die Akademisierung der Pflege in Deutschland. Bern: Huber.