

Vernissage officiel du livre :

La discipline infirmière, les trois temps du savoir. Londres : ISTE éditions Ltd 2020

« Valoriser le rôle et le savoir infirmiers »

Conférence en ligne (enregistrée) par la Haute école de santé de Fribourg/HES-SO (Suisse) de Dr Michel Nadot, infirmier Ph D., Jeudi 10 juin 2021 17h15.

Mesdames, Messieurs, chers collègues et étudiants, chers amis qui me suivez à distance, et ... en exclusivité ..., chers étudiants et formateurs (Martine Kretz et Vincent Baumuller) de la promotion « Michel Nadot » de l'Institut de Formation en Soins Infirmiers d'Erstein en Alsace.

Cela fait déjà bientôt 12 ans, que j'ai quitté mes fonctions au sein de la HES-SO et c'est avec grand plaisir et un peu d'appréhension, que je partage avec vous, quelques réflexions menées durant 30 ans sur le rôle et le savoir infirmiers. Je remercie bien sûr la Direction de la Haute école de santé de Fribourg pour son accueil (dans ces lieux que je n'ai pas connus) et vous souhaite d'ores et déjà de passer un agréable moment.

Parler du rôle professionnel, c'est toujours questionner la culture, l'identité et la personnalité de l'acteur et donc... Ecrire un livre sur la discipline infirmière, est une opération de valorisation du savoir, qui rappelle l'origine, la portée et la nature de la discipline concernée.

Le livre s'articule autour de l'histoire du langage à l'hôpital, le rôle et le savoir infirmiers et l'évolution des institutions de formation en soins infirmiers. En effet, d'une manière générale, on ne mentionne que très rarement le rôle des écoles dans diffusion et la construction du savoir propre à notre discipline¹.

Je présente donc un ouvrage, pouvant servir de livre de chevet pour toute étudiante, étudiant, du bachelor jusqu'au doctorat en sciences infirmières (ouvrage qui se lit plusieurs fois). Vous voyez à l'écran, les illustrations choisies par l'infographiste de mon éditeur. Il a su représenter seul et en fonction du texte, les trois systèmes culturels présents dans mon modèle conceptuel. Le livre comprend 3 parties, la période profane du savoir (avant 1859), la période protodisciplinaire dès 1859 jusqu'à la fin du 20^e siècle, et la période scientifique dès qu'il y a eu production de savoir pour notre discipline en milieu académique. L'ouvrage est préfacé par Dr Rima Sassine, doyenne de la Faculté des sciences infirmières de l'université Saint-Joseph de Beyrouth. Il est aussi traduit en anglais dès février 2021 avec la collaboration de Christian Rochefort². Je vais présenter brièvement le processus d'écriture, puis... quelques passages

¹ Articulation historiquement ancrée d'éléments composites pouvant faire sens de manière durable et se constituer en instance rationnelle de savoirs.

² Relecteur parfaitement bilingue connaissant mes travaux : Christian Rochefort, PHD en sciences infirmières, Professeur agrégé, Faculté de Médecine, École des sciences infirmières de l'Université de Sherbrooke. Chercheur régulier du Centre de recherche Charles-LeMoyne Saguenay Lac St-Jean sur les innovations en santé et Centre de recherche du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS).

emblématiques des 3 parties qui composent le livre. Mais je ne commente pas bien sûr, la totalité de l'ouvrage, on peut le lire³.

« Tant que les lapins n'auront pas d'historien, l'histoire sera racontée par les chasseurs ». Cette référence au livre d'Howard Zinn sur l'histoire des États-Unis signifie que les infirmières et infirmiers n'ont pas commencé leurs recherches par de la recherche historique fondamentale. Ce que les chercheurs canadiens en sciences infirmières relèvent en 2015, dans un ouvrage sur la discipline, lorsqu'ils mentionnent que « Nadot plaide en faveur de la recherche historique ». Me voici donc transformé en « lapin-historien ».

Avec ce dernier ouvrage, je termine une trilogie éditoriale que je qualifie « d'inférieure », puisque le nom de notre profession se réfère au mauvais, au malsain et donc à l'Enfer, (ce que la profession occulte depuis 150 ans).

On disait en effet *enfermière* au XII^e siècle.

On dit encore *enfermagen* en portugais.

Cette trilogie dit à la fois, les origines, le présent et l'avenir de nos savoirs.

La philosophie notamment avec Michel Foucault et Karl Popper accompagne mes réflexions. Si on veut parler de science infirmière, il ne faut pas oublier qu'en science, et notamment à la suite de la 4^e thèse de Popper (1985, p. 53) « ce sont les traditions de langage qui représentent la source à l'évidence la plus importante, en qualité comme en quantité, pour notre savoir ». Vous comprenez alors pourquoi je m'appuie sur les traditions de langage !

On ne mélange pas la période profane du savoir avec la période sacrée. En effet, les valeurs ne sont pas les mêmes et si l'on mélange tout on ne s'y retrouve plus. Et c'est ce que la profession a fait ! On entend du reste encore parler de vocation à propos de la profession.

Lorsque l'on parle de gouvernante, servante (la grande et la petite), garde, gardien, gardienne, domestique, agent hospitalier, c'est du vocabulaire laïc qui est à l'œuvre. Celle qui se nommait « gardienne de l'hôpital » au XVIII^e siècle, devient la « garde-malade » entre 1750 et 1790 environ. La société prend progressivement conscience que la gardienne des lieux (avec ce qu'il y a dedans) devient la garde-malade (avec ce qu'il y a autour). Les représentations s'inversent ! (Nadot, 2020, p. 74).

Lorsque l'on parle de l'enfermière et plus tard, de l'infirmière et de la Sœur, on est confronté à un vocabulaire mythologique et théologique. Car, les malades punis par la maladie qui monte de l'enfer, par leurs Dieux à qui ils avaient désobéi, avaient à l'époque de la théologie médiévale des enfermiers/enfermières retirés du monde pour s'occuper d'eux (Nadot, 2020, p. 68).

De ce fait, vous comprenez pourquoi le mot « infirmier », ne peut pas qualifier aujourd'hui une discipline étrangère à la trilogie infirmière théologique. Il en est de même pour le savoir dit « infirmier ». Voilà pourquoi je parle du mythe infirmier ! Le bénéfice de l'action est économique et terrestre chez la garde-malade. Il est spirituel et céleste chez l'infirmière. C'est alors un appel à servir Dieu par vocation ! Ce qui n'est pas franchement l'objet de notre discipline aujourd'hui.

³ On peut retrouver les références bibliographiques dans l'ouvrage lui-même.

Historiquement, la première typologie profane du savoir disciplinaire est représentée par le triptyque « *domus, familia, hominem* » (Nadot, 2020, p. 223). À l'époque de cette typologie, il n'y a pas encore d'énoncés explicites sur la santé formulés par les gens de métier.

Avec « Domus », il faut prendre soin de la vie du domaine. Ce premier système de pratiques va guider de manière prescriptive l'action soignante. Il se rapporte aux finalités institutionnelles, au financement, à l'économie domestique et à la relève professionnelle. Il faut veiller à l'ordre, à la discipline, à la gestion du personnel, au quadrillage du temps, de l'espace et des mouvements et transmettre ses connaissances par oral. Cette fonction du rôle professionnel est une fonction d'institutionnalisation déléguée aux « gouvernantes » du passé par les autorités de l'hôpital. Aujourd'hui, les étudiantes sont confrontées aux exigences de cette fonction lors de leurs premiers stages en milieu institutionnel. Dans le passé déjà, cette fonction d'institutionnalisation réclamait des compétences notamment pour communiquer, transmettre des informations écrites et orales, accueillir, rassurer, informer, rendre des comptes sur ce qui était consommé, gérer le matériel, contrôler les mouvements des « habitants » de l'hôpital (entrées, sorties, transferts, engagements, départs) et assurer la transmission des connaissances.

Avec « Familia », il faut prendre soin de la vie du groupe. Ce deuxième ensemble de pratiques se réfère à la vie et aux exigences du travail en collectivité. Prendre soin de la vie du groupe détermine des pratiques d'expérience dont les bénéficiaires sont aussi bien les collaborateurs de l'hôpital que les pensionnaires qui y vivent ou les personnes qui transitent par l'hôpital. Prendre soin de la vie du groupe suppose une organisation du travail, une rencontre avec divers interlocuteurs, une gestion et une coordination des informations, une coordination des mouvements, une promotion de l'ordre, une prévention du chaos, contrôler, encadrer et si possible, résoudre quelques conflits relationnels. Prendre soin du groupe n'est pas un « accident ». C'est déjà une activité régulière qui habite l'environnement du soin et qui demande de l'expérience et des compétences.

Enfin, avec « Hominem », il faut aider à vivre et prendre soin de la vie de l'homme. C'est une activité relationnelle de proximité avec les malades et leur entourage. On le sait tous, le premier acte de soins est une entrée en relation. Assurer la survie, prévenir les maladies ou aider à les surmonter, accompagner la mort, aider à retrouver des forces et de la dignité, aider à retrouver l'espoir et la confiance en soi sont déjà des compétences réclamées aux soignants de l'époque profane du savoir, certes de manière contrastée d'un endroit à un autre. Elles demeurent encore aujourd'hui...mais combien valent ces compétences sur le plan économique lorsqu'elles sont mobilisées sans prescription ou mandat d'un médecin ? Prendre soin de la vie avec le triptyque de l'époque du savoir profane est toujours présent en arrière-plan dans l'activité quotidienne de l'infirmière aujourd'hui. Les compétences professionnelles initiales, celles réclamées par l'activité ordinaire de la maîtresse de maison et de la femme dans la société continuent d'être à l'œuvre, souvent de manière implicite. Mais l'hôpital a bien changé. Cependant le triptyque de l'activité soignante, même quand il est absent des coûts de la santé a malgré tout fait l'objet d'une transmission intergénérationnelle de savoirs depuis que l'hôpital existe. Ce sont en effet souvent les plus anciens qui encadrent et transmettent leurs expériences aux plus jeunes.

Il n'y a pas encore d'écoles, mais un siècle avant Florence Nightingale on sait déjà prendre soin. À l'hôpital de Fribourg en 1760, une soignante qui transmet son savoir, reçoit de la part des autorités l'équivalent d'un salaire annuel comme gratification (un an de recherche pour en avoir

la preuve !). Le savoir a donc de la valeur. Même profane, il doit pouvoir se transmettre. C'est alors la transmission entre gens d'expérience qui domine !

Avec deux éminentes femmes, Valérie de Gasparin-Boissier et Florence Nightingale, nous rentrons dans la période protodisciplinaire du savoir (proto désigne ici l'antériorité temporelle et spatiale d'un savoir propre). Avec les deux premières écoles de soins, nous avons une innovation qui consiste à créer un deuxième champ de pratiques professionnelles, celui de la formation. Mais une interrogation demeure : Pourquoi le CII d'abord, l'OMS ensuite, ont mis Florence Nightingale à l'honneur le 12 mai, « journée internationale de l'infirmière », pour marquer son jour de naissance en 1820 et non Valérie de Gasparin qui l'a pourtant précédé le 13 septembre 1813 ? Les deux modèles de départ sont en concurrence au point de vue des valeurs. L'un, « l'école-hôpital » en 1859, voit l'hôpital au service de la formation, laquelle se donne dans une école. L'autre, « l'hôpital-école » en 1860, voit l'apprentissage à l'hôpital en cours d'emploi se mettre en place et se trouve ainsi au service de ce dernier. Pour Valérie de Gasparin, soigner est un métier libéral. Pour Florence Nightingale, soigner est une vocation. (Controverses et débats au début du XX^e siècle). Ces 2 types d'écoles vont se développer dans le monde entier.

La période protodisciplinaire du savoir met en évidence le rôle joué par les écoles dans le processus de professionnalisation avec la mise en place de quatre champs pratiques.

La pratique des soins et sa logique d'application du savoir (dès qu'il y a des hôpitaux).

La pratique de formation et sa logique d'exposition du savoir (dès 1859, première école).

La pratique de la gestion et sa logique d'organisation du savoir voit les premiers cours pour « cadres infirmiers » à Lausanne le 11 octobre 1943, suivis de la création d'une école supérieure à Zurich et à Paris en 1950 et à Lausanne en 1956 (Nadot, 2020, p. 177-180). On remarque alors que la pratique de la gestion est en quelque sorte une pratique avancée des savoirs anciens de type *familia*.

Les écoles deviennent de niveau Ecole Supérieure en Suisse romande sur le plan cantonal dès 1994 avec les infirmières de niveau II. Elles deviendront enfin Hautes Ecoles Spécialisées en 2002 (niveau tertiaire universitaire), notamment dans le sillage des Ecoles Techniques Supérieures.

Arrive enfin la pratique de la recherche (entre 2000/2003 en CH), avec sa logique de construction et de diffusion du savoir. En effet, une discipline ne se distingue pas seulement par un niveau d'accès et une durée de formation, ce qui peut être internationalement source de confusion. Elle a aussi une logique interne et cohérente de production du savoir au plus haut niveau du système éducatif en vue d'améliorer les pratiques. C'est avec la mise en place des Hautes écoles et de la pratique de la recherche en sciences infirmières, que la période scientifique débute officiellement en Suisse dès le 23 avril 2003. Comme il y a une « impossibilité pour les pionniers de faire passer leurs idées », et « l'absence de discours scientifique reconnu sur le plan professionnel », il faut alors envisager de mettre sur pied, comme dans d'autres disciplines, une formation et de la recherche en HES.

Ce que l'on perçoit de manière explicite en 1998 dans le rapport au Conseil suisse de la science. Le constat de l'époque, c'est :

« Les soignants ne savent pas ou ne veulent pas utiliser les résultats de la recherche. Les pionniers rencontrent d'énormes difficultés pour faire passer leurs idées. Les professionnels intéressés à faire de la recherche n'ont pas toujours la formation de base

adéquate pour maîtriser certains aspects conceptuels ou méthodologiques. Il n'existe pas en Suisse de formation universitaire disposant d'un terrain d'application pratique en sciences infirmières. Il en résulte l'absence de discours scientifique (...) il est dès lors quasiment impossible de valider dans le pays même la recherche faite en Suisse. Cela a pour résultats d'énormes pertes d'énergie, une dispersion insatisfaisante de ressources rares, une mauvaise répartition des moyens disponibles et la création de cercles vicieux: pas d'organisation, pas de communication, pas de diffusion, pas de coopération, peu d'impact sur la pratique, pas de reconnaissance, pas d'amélioration de l'image, pas de moyens, etc., que les experts helvétiques espèrent voir briser notamment par la mise sur pied de formation et de recherche en HES »⁴.

La reconnaissance du savoir par l'État passe par le financement des structures (construction de Facultés et Hautes écoles) permettant le développement du savoir scientifique produit par la recherche. La période scientifique outre le développement de programmes doctoraux en sciences infirmières à l'étranger va aussi préciser le domaine de la discipline. La pensée infirmière se concrétise. Au travers de la recherche, des publications et des congrès, les concepts centraux de la discipline sont mis en évidence par les métathéoriciennes d'Amérique du Nord.

Puisque nous sommes dans la période scientifique du savoir, on peut se demander à quel stade de développement les sciences infirmières peuvent-elles prétendre ? Le seuil de positivité décrit par Foucault semble dépassé. C'est un premier stade.

On peut même prétendre atteindre un deuxième stade qui est le seuil d'épistémologisation. Il y a en effet un certain nombre de modèles conceptuels et de théories de soins qui habitent l'espace de langage de la discipline aujourd'hui. Mais il semble que la discipline comme discipline scientifique n'ait pas encore atteint les deux stades supérieurs qui sont le seuil de scientificité et le seuil de formalisation (FOU 69, pp. 252-253). Faut-il vraiment atteindre ces autres stades qui semblent plutôt concerner les sciences de la nature alors que nous sommes dans les sciences humaines ? Je ne le pense pas. Atteindre déjà le seuil de positivité et le seuil d'épistémologisation pour les savoirs contemporains sur une période de moins de deux cents ans, semble déjà une avancée importante pour notre discipline dans la constitution d'une relative autonomie de pensée. Mais comme déjà dit, ce savoir ne peut pas être sémantiquement infirmier.

Après une longue germination souterraine du savoir (époque profane et protodisciplinaire), c'est trois cents ans de connaissances qui s'additionnent pour composer aujourd'hui l'objet⁵ de la discipline (Nadot, 2020, p. 237). Lorsque l'on regarde le développement des connaissances, des langages, des pratiques, des expériences, on se rend compte que notre patrimoine de savoirs est plus complexe que ceux pris en charge par les caisses maladies et n'ont jamais été qu'en faveur des malades. C'est un aspect important source de confusion et souvent occulté par la profession infirmière.

La première couche représente les savoirs profanes et comprend déjà des indices de ce que l'on appelle aujourd'hui « l'école du *caring* ».

⁴ Gobet et al. (1998) Le profil de la recherche et du développement dans les hautes écoles spécialisées en santé, Conseil Suisse de la Science, Détection avancée en politique de recherche, FER 187 (81-82).

Cf. Nadot, Recherche en Soins Infirmiers, 100, mars 2010, p. 96.

⁵ Offrir des prestations de service à trois ensembles bénéficiaires majeurs du monde de la santé qui ne sont pas forcément en synergie.

La deuxième couche, révèle des systèmes culturels qui bénéficient des prestations de service délivrées avec humanisme par les infirmières et leurs auxiliaires. Les savoirs sont certes en faveur des patients et de leur entourage (SC3), mais pas seulement ! Les infirmières rendent aussi service aux institutions en assurant leur fonctionnement (SC1). Et rendent service également au corps médical dans une double fonction⁶ (SC2). Mais Attention au langage : « Rendre service à », qui est une prestation, n'est pas du tout pareil que, « d'être au service de », qui est une servitude. Là aussi, la profession se montre confuse alors qu'elle est justement une profession de service du secteur tertiaire, celui des services.

Les couleurs « gris, bleu, rouge » sur mon schéma sont celles des badges que portaient les acteurs hospitaliers dans les années 1980.

La 3^e couche révèle un principe de liaison entre les connaissances qui habitent un milieu en tant que médium, qui servent à aider à vivre au travers de médiations et qui sont portées par un intermédiaire culturel entre divers interlocuteurs.

La 4^e couche de savoirs rejoint les éléments du métaparadigme Nord-Américain de la discipline infirmière.

La 5^e et dernière couche est constituée de pratiques qui sont elles-mêmes indicatives de valeurs, d'idéologies et de connaissances présentes dans les 4 couches précédentes que je viens de décrire.

Avec cette modélisation en 14 groupes de pratiques issue de recherches appliquées empiriques internationales en 2002, les normes d'action du prendre soin sur le long terme et les traditions de langage si importantes en sciences sont respectées. Mais, une remarque importante s'impose : Les prestations de service délivrées par les infirmières et leurs auxiliaires montrent que « ce sont toujours les bénéficiaires de la prestation qui livrent l'information verbale ou non verbale utile à la conception et à la production du service ». « Le client, quel qu'il soit pour l'infirmière (un patient, un médecin ou un collaborateur administratif), a toujours deux statuts non exclusifs l'un de l'autre ; il peut être cible ou ressource des prestations délivrées » (Nadot, 2020, p. 233).

Alors, quelle identité donner à notre discipline ? Ni sciences domestiques, ni sciences ménagères, ni sciences hospitalières, et aujourd'hui, ni sciences infirmières, ni nursing, ... ne faut-il pas trouver une nouvelle identité pour cette discipline manifestement orpheline ?

Sciences domestiques, sciences ménagères, sciences hospitalières qui étaient le qualificatif de la discipline dans le passé, sont bien le reflet des savoirs féminins de base de la période profane (*domus, familia, hominem*). Étrangement, on n'entend plus parler de ces anciennes dénominations lorsque l'on parle aujourd'hui du savoir infirmier. Quant au terme « *nursing* » qui voit le jour au XIX^e siècle, il ne peut pas vraisemblablement être synonyme du terme « infirmier », puisqu'utilisé par la théologie dès le XII^e siècle. Alors que faire ?

Je tente alors une nouvelle analyse typologique et critique de nos savoirs et traditions de langage. Puisque les seuls concepts vraiment scientifiques selon le célèbre mathématicien René Thom (Nadot, 2020, p. 29), sont ceux liés à la géométrie de l'espace-temps. Je vois que le premier élément de savoir contenu dans l'environnement du soin représente bien alors cet espace-temps (scientifique) ou milieu de parole (médium). Dans cet espace de parole, la relation à l'autre, est le premier acte du prendre soin de l'humain pour l'aider à vivre au travers de

⁶ Agent informateur du corps médical et agent applicateur de la prescription.

médiations. Et selon nos traditions, prendre soin de l'Homme se fait dans une posture d'intermédiaire culturel entre plusieurs interlocuteurs. Alors que la médecine se réfère aux sciences de la nature, nos traditions de langage montrent bien que notre discipline se trouve derrière le trièdre épistémologique des sciences humaines décrit par Foucault (Nadot, 2020, pp. 272-273). En effet, bornées d'un côté par les sciences sociales et de l'autre, par les sciences biomédicales, les connaissances propres à notre discipline se trouvent à la fine pointe des sciences humaines comme le mentionnaient certains chercheurs Nord-Américains il y a 24 ans (Hesook Susie Kim 1997) cf. Nadot, 2020, p. 271.

Si la santé est, ce qui est porteur de vie, et que cette dernière se maintient grâce à des médiations, on comprend pourquoi, je proposais il y a 30 ans, de remplacer ou de rendre synonyme « sciences infirmières » par « médiologie de la santé ». Cette proposition logique était une suggestion conforme à l'analyse critique des savoirs et non une prescription, encore moins une injonction. Il a fallu des dizaines d'années pour quitter les anciennes dénominations de la discipline (sciences domestiques, ménagères ou hospitalières), il en faudra encore pour consolider l'identité disciplinaire.

Durant la période scientifique du savoir, je remarque que la recherche appliquée se fait au détriment de la recherche fondamentale propre à notre discipline, qui en devient alors masquée, invisible, inaudible. Ne pourrions-nous pas alors utiliser la métaphore de la « théorie du savoir vert » (Nadot, 2020, p. 255) pour aider « à homogénéiser les différentes écoles de pensée à l'œuvre autour de la discipline infirmière » ? Ce « savoir vert » apparaît lorsqu'un chercheur par son activité mentale et ses procédures méthodologiques, mobilise de l'énergie pour « malaxer » une problématique bleue avec un savoir scientifique de référence jaune. Le savoir vert peut être d'intensité différente. Vert foncé ou vert clair, peut symboliquement représenter l'autorité ou la complexité du cadre de référence scientifique mobilisé par le chercheur et le savoir produit vient alors renforcer la discipline et son objet. Malaxer le bleu et le jaune est une vraie charge mentale. Ceux qui ont fait de la pâte à modeler le savent. Les chercheurs qui ont obtenu une subvention de recherche le savent aussi. Un ensemble de molécules vertes (si possible homogènes) peut représenter la discipline infirmière en développement. Un savoir délégué, emprunté ou importé dans le champ du savoir infirmier serait symboliquement d'une autre couleur.

L'histoire des langages professionnels sur le très long terme démontre que les pratiques de la discipline infirmière se transmettent aussi de génération en génération, dans l'espace et le temps, et traversent ce dernier sans perturbations particulières avec les événements de société. Mais ces pratiques ne sont pas à l'abri de quelques dominations culturelles. On peut identifier huit grandes classes de valeurs, idéologies et de savoirs dans l'environnement du soin.

Initialement, le langage lié aux compétences féminines ordinaires est tenu par des servantes, gardiennes et autres gouvernantes (commun du peuple et gens ordinaires).

Puis le langage infirmier de la Charité privée de l'Église (Clergé) apparaît dans l'hôpital public laïc vers la fin du XVIII^e siècle.

Avec la naissance de la clinique, apparaît le langage médical (presque concomitant avec le langage de la charité privée). Les soignants doivent alors se familiariser avec le langage médical et recevront pour cela une formation dès l'entrée en fonction des premières écoles.

Puis apparaît le langage patriotique et philanthropique de la Croix-Rouge porté notamment par des médecins-militaires et de officiers. Il débute vers la fin du XIX^e siècle/1864-1882, il est

opérationnel durant les deux guerres mondiales et s'atténue fortement, notamment en Suisse vers 1999.

Enfin, avec Valérie de Gasparin et Florence Nightingale, apparaît le langage et les valeurs des femmes de la classe cultivée et de l'aristocratie.

Bien avant que la formation soit de niveau tertiaire, le langage des écoles avec leurs techniques et processus de soins et les écoles elles-mêmes, se développent et prolifèrent alors dans le monde entier.

Le langage de la science s'impose progressivement dans les écoles, notamment avec l'intervention législative et financière de l'État. Vers la fin du XX^e siècle, des indices emblématiques de langage annoncent la montée en puissance d'aspirations scientifiques pour notre savoir. Alors qu'une « société de la connaissance se met en place à l'échelle mondiale », comme annoncé par le message FRT 2004-2007 du Conseil fédéral⁷, la discipline infirmière est confrontée au langage de la science et de l'État et à de nouvelles exigences.

Elle doit trouver sa place dans les aspects normatifs et politiques de la science et de la formation, notamment lorsque le savoir est repéré, soit par des agences internationales⁸ ou nationales⁹. Ce qui contribue indirectement à la promotion du savoir.

Et pour terminer, nous voyons le langage de la science et de la recherche entrainer obligatoirement avec lui, le langage de l'écrit et sa valorisation, puisque le savoir est un bien public à mettre à disposition. Malgré les efforts entrepris pour améliorer la visibilité des publications des chercheurs et garantir un accès stable aux travaux de recherche (je pense ici à l'archive institutionnelle ArODES de la HES-SO), la discipline peine aujourd'hui à assurer son identité, sa visibilité voire sa crédibilité (Nadot, 2021, p. 62). Les chercheurs doivent alors, encore valoriser le savoir scientifique qui alimente la discipline, *a fortiori* lorsqu'ils sont professeurs comme en France par exemple, au sein de la 92^e section (sciences infirmières)¹⁰ du Conseil national des universités, alors qu'il n'y a pas encore de Facultés universitaires de même nom.

Alors qu'au départ, mes recherches touchent la Suisse romande, je constate néanmoins que les mêmes processus, qui donnent au savoir un statut au sein de notre discipline, se répètent partout dans le monde, mais à des moments différents. D'une manière générale, plus il y a de théories et de modèles conceptuels proposés, plus les infirmières auront du savoir disponible pour poursuivre leurs recherches et améliorer leurs pratiques.

Mais, valoriser historiquement le rôle et le savoir infirmiers, ce qui est l'objectif de ce livre, n'a pas pour but de soulager le corps médical de ses responsabilités, mais nous encourage plutôt d'assumer les nôtres et surtout d'assumer la place occupée avec humanisme depuis des générations pour mettre nos savoirs au service du système de santé et de celui de la formation.

Je vous remercie pour votre attention.

⁷ FRT Formation, recherche et Technologie

⁸ UNESCO.

⁹ Office Fédéral de la Statistique, Secrétariat d'État à la Formation, Recherche et Innovation.

¹⁰ Le ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation crée par décret le 30 octobre 2019 une section CNU en sciences infirmières.