

L'infirmière

L'évolution de l'image de la discipline infirmière

Travail en vue de l'obtention du titre de
Bachelor of Science HES-SO en soins infirmiers

Par
Claudia Wittwer-Corelli
Promotion 2006-2009

Sous la direction de: Michel Nadot

Haute Ecole de Santé, Fribourg
Filière soins infirmiers

Le 17 juillet 2009

Résumé

Ce travail porte sur l'évolution de l'image de la discipline infirmière. Dans un premier temps, l'auteur de cette étude a recherché la littérature correspondant à ce thème. Il a été choisi qu'en introduction le cheminement de l'auteur vers la problématique soit expliqué afin de montrer la pertinence et l'intérêt du questionnement de recherche. Afin de répondre à la question centrale de cette étude, qui est de savoir comment les infirmières peuvent sortir des stéréotypes voire des mythes qu'elles entretiennent sur leur discipline, nous avons réalisé une revue étoffée de littérature. Un chapitre sera consacré aux résultats de cette recherche. Les résultats de cette dernière, ainsi que la qualité des études seront traités et discutés. Pour conclure, nous avons décidé de définir les conséquences que la reconduction d'une image symbolique ancienne au détriment d'une image scientifique contemporaine a pour la discipline.

Remerciements

Nous tenons tout d'abord à adresser nos sincères remerciements à Monsieur Michel Nadot qui a été le directeur de mémoire de ce travail. De par sa grande expérience dans le domaine, le rayonnement de ses travaux au plan international, ses précieux conseils ont permis l'élaboration de ce manuscrit. Tout au long de cette année de travail, il nous a soutenu et aidé.

Nous aimerions aussi remercier très sincèrement Madame Nicole Nadot Ghanem qui a été la responsable du module concernant le travail de bachelor. Par ce titre, elle nous a permis d'acquérir de nombreuses connaissances pour la rédaction de ce travail d'écriture.

Nous tenons à remercier Monsieur Corelli Fabio et Mademoiselle Cristina Cartoni pour la correction de ce travail.

Nous aimerions aussi adresser un dernier remerciement à Monsieur Wittwer Bruno qui a fait preuve d'un sincère soutien et de patience lors de l'écriture du travail.

Table des matières

Résumé.....	2
Remerciements	2
Table des matières.....	3
Introduction	5
Définition des termes utilisés.....	6
<i>Statut et rôle sociaux</i>	6
<i>Une image</i>	8
<i>Une représentation</i>	8
<i>L'infirmière</i>	10
Objectifs / buts poursuivis.....	13
Problématique	13
<i>Question</i>	16
Cadre de référence	17
Méthodologie.....	24
<i>Critères d'inclusion</i>	25
<i>Critères d'exclusion</i>	26
<i>Stratégies de recherches</i>	26
<i>Résultats des recherches</i>	27
Revue professionnelle	29
Moteurs de recherche	29
Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé (IRDES)	30
Recherches manuelles.....	30
Résultats	30
Discussion.....	38
<i>Méthodologie des recherches</i>	38
<i>Discussion des résultats</i>	39
<i>Réponse à la question de recherche</i>	42
Conclusion	44
<i>Conséquences pour l'image de la discipline infirmière</i>	44
<i>Autres besoins de recherches</i>	45
<i>Points forts et points faibles du travail</i>	46
<i>Le mot de l'auteur</i>	46
Bibliographie	48

<i>Articles publiés</i>	48
Ouvrages	48
Articles de périodiques	51
Divers.....	53
<i>Sites Internet</i>	55
Annexes	57

Introduction

Comme dans d'autres pays, l'identité de la discipline¹ infirmière fait encore couler beaucoup d'encre en Suisse. Un grand nombre d'études (Habib & Nassar, 2006 ; Midy, 2002 ; Nicod, 1985 ; Poletti, 1978 ; Rousseau, 1997) mettent en avant l'histoire de l'infirmière², ses différents rôles, ainsi que le manque de reconnaissance social de cette profession³. Malgré les études qui montrent le développement de la profession infirmière, Gabriela Chaves (2005) a prouvé dans son étude commandée par l'Etat de Vaud sur *l'image que la profession « infirmière » a d'elle-même*, que les infirmières ne sont pas satisfaites de leur image et de leur identité⁴. Elle a aussi mis en évidence le fait que les infirmières ne recommandent pas aux jeunes d'entreprendre une formation dans ce domaine, cet argument montre bien que les infirmières en Suisse ne sont pas satisfaites de leur statut (Ibid., p.2). Ceci est d'autant plus grave que depuis des années, le système de santé est confronté à un manque chronique d'infirmières qualifiées de haut niveau. Ce n'est pas l'arrivée de nouveaux métiers d'auxiliaires (ASSC⁵) qui pourraient rendre attractive la profession (Junger, 2005, p. 54).

L'image que donnent les infirmières de leur profession dans la société reste sans doute encore un élément compliqué qui reste à clarifier. Bujold (2008,

¹ Nous choisisons de définir la discipline comme étant une « articulation historiquement ancrée d'éléments composites pouvant faire sens de manière durable et se constituer en instance rationnelle de connaissances » (Berthelot, cité par Vinck, 2000, p.74). Dans l'activité soignante, « une discipline se constitue au plus haut niveau du système académique par de la recherche fondamentale, de la recherche appliquée et de la recherche clinique » (Donaldson & Crowley, cité par Dallaire et Aubin, 2008, p.13). Selon Pepin (2008), la consolidation de la discipline serait née de l'intensification de développement et de la diffusion des connaissances propres aux sciences infirmières. Cette intensification serait due à la formation au doctorat, notamment le doctorat en sciences infirmières. (Ibid., p.81).

² Pour alléger le texte, le terme « infirmière » inclut les infirmières et les infirmiers.

³ La profession infirmière exerce des activités dans les secteurs suivants : clinique, recherche, gestion et formation (Provencher et Fawcett, 2002, p.315). Pour qu'elle soit reconnue en tant que profession, il faut qu'elle soit constituée d'un savoir spécifique de haut niveau, que ce savoir soit reconnu par l'élite des autres professions, le public et les gouvernants et qu'il soit transmis au plus haut niveau du système éducatif (Jobert, cité par Nadot, 1993, p.41).

⁴ « L'identité personnelle, c'est ce qui fait qu'un sujet se perçoit comme identique à lui-même, une intériorisation qui renvoie à un ensemble de connaissances, de croyances, de valeurs, de sentiments, de représentations et d'expériences, voire de projets et d'aspirations, lui permettant de se percevoir dans sa singularité, son unicité » (Gohier et al.; Lipiansky, Taboada-Leonetti & Vasquez, cité par Bujold, 2008, p.442).

⁵ Assistantes en soins et santé communautaires

p.442) pèse ses mots en ajoutant que « même si, à première vue, l'identité « infirmière » paraît évidente, elle renvoie en réalité à une notion très complexe. Debout (2008, p.31) souligne aussi que le groupe professionnel revendique d'être reconnu dans sa singularité, mais rejette un contenu disciplinaire dont le projet est d'asseoir cette perspective infirmière spécifique. Ceci maintient les infirmières perçues symboliquement dans une insatisfaction continuelle face à leur place au sein de la science et de leur participation au développement de leurs propres connaissances.

Marie-Françoise Collière (1969, p.2) dit que la perception que nous avons de nous-même conditionne tout notre comportement professionnel. Mais alors, quelle perception ont les infirmières à leur sujet ? Depuis des dizaines d'années on entend parfois parler de dévouement, de métier exceptionnel (Violette, 2005). Est-ce vraiment à cette image que nous, futures infirmières, avons envie de ressembler ?

Cette question de départ résulte de tout un cheminement, d'un questionnement, à travers nos expériences dans le milieu infirmier. En tant qu'étudiants Bachelor of Science en soins infirmiers de 3^{ème} année, il nous est encore difficile de nous positionner comme professionnels dans le système de santé. Durant notre formation, un certain nombre de questions nous sont venues en tête. Lors de l'élaboration de ce travail, notre questionnement a évolué et s'est centralisé sur un thème précis. Par conséquent, dans ce travail, nous développerons l'image que l'infirmière a ou donne d'elle-même.

Définition des termes utilisés

Travaillant sur « l'image », les « représentations » et le « rôle » de « l'infirmière » au sein de sa profession, il nous semble utile de définir brièvement l'acception de ces termes.

Statut et rôle sociaux

Le statut social est régi par « un ensemble de textes (lois, ordonnances, règlements, définitions officielles, [...]) qui définissent la situation d'une personne ou d'un groupe dans une société donnée, dans le but de communiquer autour de soi une identité sociale précise et reconnaissable »

(Nadot, 1983, p. 7). Autrement dit le statut social est en lien avec l'image d'une profession que se fait la société. Or, le rôle social est un « aspect dynamique du statut. Il est influencé par la culture et la personnalité de l'acteur. » (Nadot, 1983, p. 8). Chaque personne qui exerce un rôle social est amené à respecter un ensemble de règles ou d'obligations liées à l'exercice de son rôle. Le statut social génère des attentes ou des exigences plus ou moins importantes. Linton (1977) complète en disant que « Les individus qui occupent une place au sein du système social peuvent se renouveler. La place qu'un individu donné occupe dans un système donné à un moment donné sera nommée son statut par rapport à ce système » (p.71).

Afin d'illustrer ces citations, prenons comme exemple l'infirmière. Nous attendons d'une infirmière qu'elle prenne soin des malades, mais aussi qu'elle soit vêtue d'une tunique blanche uniforme. La première attente est fondamentale car elle fait partie intégrante du statut social de l'infirmière alors que la seconde tient plus de la représentation symbolique que l'on se fait de l'infirmière. De plus, le statut de la formation⁶ a beaucoup évolué ces dernières années, notamment en Suisse romande. La formation est en effet devenue une formation reconnue par la Confédération (LHES 1996), de niveau « bachelor » dans le cadre de la reconnaissance européenne des catégories de l'enseignement universitaire selon les accords de Bologne (1999). Par le passé, les élèves sortaient du degré de formation du secondaire II (ECDD ou gymnase) et rentraient au même niveau pour faire une formation équivalente à un CFC⁷ (ISCED 3a) sans légitimité de l'Etat fédéral puisque la Confédération n'était pas impliquée dans le système de formation⁸. Elles terminent aujourd'hui au degré tertiaire universitaire de niveau bachelor reconnu par la Confédération (ISCED 5a). Or, nous savons par Jobert (1985) que la formation au plus haut niveau du système académique et sa reconnaissance par le pouvoir politique sont des conditions importantes pour la reconnaissance d'une profession.

⁶ Et par conséquent le statut des infirmières qui la suivent.

⁷ Intitulé à l'époque (1966-1992) « diplôme d'infirmière en soins généraux », personne ne situait ce diplôme dans l'enseignement au plan national.

⁸ Les professions de la santé ne faisaient pas partie de la Loi sur la formation professionnelle de 1978.

Une image

L'image est définie comme étant une représentation qui se donne vis-à-vis du public, une firme, une institution, une personnalité (Habib & Nassar, 2006). Selon le Micro Robert (2002), une image est une reproduction ou une représentation analogique d'un objet ou d'une chose. Tiberghien (2002) souligne que le mot « image » est également employé de façon générale, comme un pur et simple synonyme de « représentation ». L'image de l'infirmière peut être l'image que l'infirmière a d'elle-même, l'image que les autres professionnels ont de celle-ci et finalement l'image que la société a de l'infirmière (Habib & Nassar, 2006). Selon Parrot (1973) « la recherche de ces images et la mesure du décalage entre les diverses perceptions et représentations devraient revêtir un certain intérêt pour la profession infirmière » (p.11). Elle précise même que « si la profession d'infirmière prend conscience de son image dans la société, elle peut être amenée à se placer devant des choix : faut-il admettre cette image véhiculée par le public, faut-il la rejeter, faut-il la corriger ? » (Ibid., p. 13). Le Groupe romand pour l'histoire de l'éducation et de l'action sociale et sanitaire (GRHEAS, 2005) composé d'historiens des domaines de la santé et du travail social met en évidence la contribution de l'enseignement de l'histoire de la discipline et son utilité pour le développement de l'identité et des savoirs. En effet, l'histoire de nos connaissances antérieures contribue à une meilleure connaissance du champ professionnel et par conséquent elle favorise un renforcement de l'identité professionnelle. Il est donc essentiel de parcourir l'historique de cette profession et de se détacher de sa vision angélique (dévouement, vocation, religieuse,...) afin de mettre en mot l'image de l'infirmière d'aujourd'hui.

Une représentation

On doit l'origine de la notion de représentation à Emile Durkheim (1858-1917) qui a opposé les représentations individuelles aux « représentations collectives » (Durkheim, 2007). Soixante ans après Durkheim, Moscovici (cité par Farr, 1996, p. 381) élabore véritablement ce concept. Il montre « comment une nouvelle théorie scientifique ou politique est diffusée dans une culture donnée, comment elle est transformée au cours de ce processus et comment

elle change à son tour la vision que les gens ont d'eux-mêmes et du monde dans lequel ils vivent » (Ibid.). Il dit même que « les représentations sociales, dans leur conception actuelle, permettent aux individus de s'orienter dans l'environnement social, matériel et de le dominer. » (Ibid., 1996, p. 380). Une étude de Herzberg, Mausner et Snyderman (1959, cité par Farr, 1996) a permis de dégager la structure des représentations de la satisfaction au travail. Il apparaît que « les facteurs de satisfaction professionnelle sont étroitement associés à la liberté et l'autonomie dans l'organisation et la réalisation du travail, comme au sentiment d'en être responsable. Par contre, les sources de désagrément sont moins liées au contenu du travail qu'aux mauvaises conditions tenant aux rapports hiérarchiques, au salaire, au bruit ou à l'inconfort, etc. » (p. 385). Quant à Tiberghien (2002, p.252), il distingue deux sortes de représentations : la représentation physique et la représentation mentale.

- La représentation physique est une réalité physique, qui entretient une relation de correspondance (analogie, association ou convention) avec une autre réalité, et qui peut être traitée « comme si » elle était cette dernière (Tiberghien, 2002, p.252). Tiberghien (Ibid., p.253) nomme trois sortes de relation de corrélation : l'analogie, l'association et la convention. La première est fondée par la capacité des images physiques à représenter quelque chose d'autre qu'elles. Les objets souvenir illustrent la deuxième sorte de correspondance entre une représentation et ce qu'elle représente. L'association se forme souvent dans des situations à forte composante affective. Enfin, la troisième sorte de correspondance est la convention : les symboles, insignes, etc. sont une illustration simple de cette forme de corrélation.

- Les représentations mentales existent et fonctionnent sans stimulus ou situations externes. Il distingue des représentations mentales conscientes (explicites) et non conscientes (implicite). Il met également en évidence que ces représentations mentales se situent dans notre mémoire et il en distingue deux sortes : les représentations mentales se situant dans la mémoire à long terme et les représentations mentales dans la mémoire à court terme (Ibid, p.254).

L'infirmière

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit une infirmière comme « une personne ayant suivi une formation de base aux soins infirmiers et autorisée, dans son pays, à prodiguer des soins infirmiers dans tous les contextes pour la promotion de la santé, la prévention de la maladie, les soins et le rétablissement des personnes physiquement et mentalement atteintes. » (Conseil international des infirmières [CII], 2004, p.9). Adam et Johnson (1970, cité par Pepin, 2008) considèrent que « la pratique infirmière est un service particulier offert à la société » (p.76). Dans son ouvrage « être infirmière », Adam dit également que notre rôle peut parfois être perçu comme consistant à faire « un peu de tout, n'importe quoi et rien de spécial » (1983, p.110) si on ne le délimite pas correctement. Collière (1982) se positionne également en affirmant qu'il n'est plus question de se demander ce que c'est « être une infirmière ». Selon elle, il serait préférable de se distancer de la notion même de définition afin d'identifier les caractéristiques de cette activité. Elle montre que « toute définition enferme, pose un cadre formel, revêt un caractère statique » (Ibid., p.62). Nadot (2008) va plus loin en disant que le terme « infirmier », qui est une séquelle du langage ecclésiastique ne semble pas approprié pour qualifier aussi bien la pratique soignante que les sciences de cette pratique (p.360). Le terme « infirmier » n'est rien d'autre qu'une séquelle discursive issue de la domination culturelle symbolique des pratiques de charité de l'Eglise catholique. (Ibid., pp.1-9). Selon cet auteur, les valeurs qui participent au sens du terme « infirmier » ne nous appartiennent pas. Elles semblent justifiées pour qualifier les religieuses hospitalières catholiques mais elles ne le sont pas pour désigner les laïques. Collière (1982) propose de s'intéresser à l'identité des soins et Nadot (2008, pp.363-364) à l'identité de la discipline sur laquelle les infirmières s'appuient dans leur pratique. En effet, pour Collière « s'efforcer de trouver une identité aux soins infirmiers pour les rendre *identifiables* [...], c'est accepter de leur reconnaître des caractéristiques permanentes qui auront à s'ajuster dans des situations changeantes. » car « la notion d'identité allie [...] à la fois permanence et changement. » (Collière, Op. cit., p.62). Jobert, lui, dit aisément que « L'enjeu, pour les praticiens, est de pouvoir procéder eux-même à la définition de leur activité et de s'en remettre ainsi à leurs pairs, et à eux

seuls, pour apprécier qui est autorisé à accomplir le travail et de quelle façon il doit l'être. » (1985, p.132). Dans un de ses bulletins, l'Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM, 2007) met en avant « le futur profil professionnel des infirmiers ». Cet article parle des missions et des activités de l'infirmière. Il y est exposé que les soins infirmiers permettent de « promouvoir et de conserver la santé des individus et des familles et de prévenir les atteintes à la santé » (ASSM, 2007, p.1948). Dans ce sens, parallèlement à Adam (1983), Allen (s.d., citée par Pepin, 2008, p.76) propose un rôle plus élargi (*expanding role*) à l'infirmière. Elle a développé une représentation de la pratique infirmière qui a comme principe le maintien et le renforcement de la santé de la famille en l'engageant activement dans un processus d'apprentissage. Cependant, une infirmière doit prendre soin d'un malade dans sa globalité. Pour le faire le plus adéquatement possible, elle doit collaborer avec diverses personnes (thérapeutes, assistants sociaux, médecins, associations, administration,...). L'ASSM le dit clairement « de par leur formation, les infirmiers sont en mesure de reconnaître les limites de leurs compétences et de faire appel, au besoin, à d'autres professionnels de la santé [...] » (2007, p.1948). Son rôle ne s'arrête pas là : en effet, l'infirmière doit sans cesse s'informer sur la recherche. Elle apprend au cours de sa formation à se référer et à élargir ses connaissances à l'aide de méthodes fondées sur des preuves scientifiques. Adam suggérait déjà au début des années 1970 que « [...] la pratique, la formation et la recherche infirmières soient basées sur une « conception claire et explicite » de ce service, qu'elle nomme « modèle conceptuel ». » (Adam, 1979, cité par Pepin, 2008, p.76). L'infirmière doit donc avoir un avis critique, ce qui lui permettra d'être réflexive sur sa pratique. En effet, Adam (Ibid.) démontre en questionnant et en provoquant que « la vision du service rendu par l'infirmière anime ses décisions quant au choix des interventions non déléguées par le corps médical, quant à la relation infirmière-patient, quant aux méthodes de travail. » (Ibid., p. 76). L'ASSM complète ceci en affirmant que les infirmières sont des personnes de confiance car elles assument leur position de manière probante (2007, p.1949). Autrement dit, l'infirmière doit prendre position et doit pouvoir s'adapter à tous ses différents rôles. Nous soutenons que les infirmières sont un élément indispensable au système de santé. En effet, même l'ASSM qui est un regroupement d'une académie de facultés de médecines FMH avoue que « les

infirmiers sont des partenaires essentiels à la coopération, au sein des réseaux du système d'assistance médicale. » (Ibid., p.1949). Concernant l'avenir de la discipline infirmière, l'ASI (Association suisse des infirmières) donne un bon aperçu quand elle dit que « le monde des soins infirmiers est en mouvement » (2008). En effet, il suffit de porter un regard sur la réforme de la formation pour s'en rendre compte. Conformément à la décision des Chambre fédérales de décembre 2004 relatif à l'accord de Bologne sur la formation, la formation de base en soins infirmiers est au niveau bachelor (Chaves, 2005, p.19). Suite à cette décision, la haute école de santé de Fribourg a mis en place ce programme de formation⁹ en 2005. Quant à la filière « Master » en sciences infirmières, l'OFFT¹⁰ (Office Fédéral de la Formation professionnelle et de la Technologie) a décidé en juin 2008 de remettre à plus tard la création de ce cycle académique (Lüthi & Bachl, 2008, p.43). Ce n'est cependant que le 3 avril 2009 qu'est annoncée par communiqué de presse, l'ouverture du master en sciences infirmières pour septembre 2009 et qu'elle est menée conjointement par la HES-SO et l'université de Lausanne¹¹.

Toutefois, entre-temps, et conformément au processus de Bologne, un doctorat en science infirmière s'est ouvert à l'Université de Lausanne. L'Ecole doctorale en sciences infirmières de la Faculté de biologie et de médecine (IUFRS) offre aux professionnels infirmiers ayant un titre de 2^e cycle universitaire, une formation qui vise à se positionner dans la recherche scientifique au niveau international (UNIL, 2008, p.2). Au travers de ces quelques lignes, on se rend compte des changements qui bouleversent la discipline infirmière. Bujold souligne aussi que « dans toutes les régions du monde, les fonctions des infirmières évoluent. » (2008, p.442). Autrement dit, les choses bougent à petits pas mais sûrement, nous nous dirigeons très certainement vers un avenir, certes plus exigeant pour les étudiants, mais aussi plus valorisant pour notre discipline.

⁹ Ce programme compte une année préparatoire suivi de 3 ans de Bachelor.

¹⁰ Il faut noter que jusqu'à la fin 2006, c'est la Croix-Rouge suisse qui assurait la responsabilité de la reconnaissance des filières de formation et des diplômes étrangers. Cette responsabilité a été reprise, comme pour les autres professions, par l'OFFT (Chaves, 2005, p.19).

¹¹ Institut universitaire de formation et de recherche en soins (IUFRS) qui dépend de la faculté de biologie et de médecine de l'université de Lausanne.

Objectifs / buts poursuivis

Dans ce travail, nous présentons l'origine des représentations sur notre discipline. Il nous semble important de connaître son histoire afin de mieux comprendre la difficulté de mettre en mots l'image de l'infirmière et les difficultés à éliminer les représentations de cette discipline. De plus, identifier où les infirmières se situent et savoir quelles images elles ont de leur pratique nous permettra d'approfondir notre thématique. Nous aimerions en effet mettre en avant la nécessité d'avoir une histoire « scientifique », c'est-à-dire utilisant des résultats probants de recherche sur notre profession. Il s'agit d'éviter d'avoir une histoire des soins racontée par les « étrangers » à notre monde professionnel pour mettre fin à une mythologie qui perdure et dans laquelle les soignants n'étaient que des auxiliaires, des exécutants ou de simples comparses (Gélis, cité par Nadot, 2008, p.46).

Problématique

De par son statut social, l'infirmière a plusieurs rôles à jouer dans son activité. Comme nous l'avons vu plus haut, le rôle social est influencé par le statut social car il est un aspect dynamique de ce dernier. En effet, celui qui exerce un rôle social doit respecter un ensemble de règles liées à l'exercice de ce rôle. Le statut est souvent en interaction avec les représentations sociales et la reconnaissance du rôle professionnel. Or le rôle social ou professionnel est souvent en interaction avec l'identité sociale. Par ailleurs, Nadot (1983, p.8) soulève que « le rôle est influencé par la culture et la personnalité de l'acteur ». Ceci tend à dire que la personnalité de l'infirmière influencera aussi l'exercice de son rôle et peut par conséquent participer ou pas à la reconnaissance de cette profession.

En regardant le parcours de la profession infirmière, on se rend compte que le rôle de celle-ci se diversifie de plus en plus (Parrot, 1973). En effet, comme nous l'avons relevé plus haut le statut de la formation a beaucoup évolué ces dernières années et par conséquent le statut des infirmières s'est également transformé. D'ailleurs l'Académie Suisse des Sciences Médicales [ASSM] note que « les soins professionnels sont ceux qui sont dispensés par des personnes

spécialement formées et dûment qualifiées à cet effet. Les soins ont leur raison d'être dans toutes les phases de la vie. Leur contenu est fondé sur des preuves scientifiques¹², l'expérience réfléchie et les préférences des personnes prises en charge » (2004). Nous pouvons constater que c'est l'élite des autres professions qui reconnaît la nôtre et ceci est, selon Jobert (1985), un des critères de reconnaissance d'une profession. Dans le but d'éclaircir, de verbaliser et d'analyser le statut et les différents rôles sociaux de l'infirmière¹³, Nadot (2005) propose un modèle novateur qui structure l'activité soignante dans son ensemble. Ce modèle permet de clarifier l'ensemble de l'action soignante, en rendant claires ses pratiques, même les plus humbles en apparence, en valorisant la complexité et en donnant un fondement identitaire à la profession, voire à la discipline (Nadot, 2008 & 2009).

Parrot (1973) souligne qu'il est utile de tenter de dégager le profil de l'infirmière. En effet, elle dit que les infirmières auraient avantage à s'interroger sur l'image qu'elles offrent au public et surtout sur la perception qu'a la société de leur profession. Elle met en évidence ceci en disant que les infirmières « Se demandent rarement en quoi la représentation que se fait la société de leur métier peut influencer leur recrutement, et elles subissent souvent, sans mot dire, les articles de presse sporadiques, et parfois retentissants, les concernant » (Ibid., p.9). En effet, dans notre définition du concept de représentation, nous avons cité Moscovici (cité par Farr, 1996, p.381) qui a dit que selon comment une nouvelle théorie scientifique est diffusée dans une certaine culture, elle peut être transformée et par conséquent changer la vision que les gens ont d'eux-mêmes et du monde dans lequel ils vivent. Le groupe romand pour l'histoire de l'éducation et de l'action sociale et sanitaire (2005) complète le concept de l'image de l'infirmière en mettant en évidence qu'une meilleure connaissance de notre passé permettrait de se détacher de la vision angélique de l'infirmière. D'où l'importance de connaître son image (Parrot,

¹² « La recherche infirmière vise à faire avancer la science infirmière et à contribuer aux connaissances propres à la discipline. La problématique de recherche est élaborée en fonction de la perspective distincte des soins ou de son objet et conduit à l'élaboration d'une théorie en science infirmière » (Adam, cité par Dallaire & Aubin, 2008, pp.16-17).

¹³ L'infirmière étant comprise dans le modèle de Nadot comme un intermédiaire culturel se devant de rendre service à trois systèmes culturels.

1973, pp.11-17) et son passé. Cependant Chaves (2005) rappelle que la profession infirmière souhaite défendre et affirmer son identité mais ignore une partie de son histoire et s'oppose aux images véhiculées par son histoire plus récente (bonnes soeurs). Cependant, dans notre revue de littérature nous nous sommes rendus compte que les travaux d'histoire, certes encore peu nombreux, qui montrent que la soignante existe avant l'arrivée des religieuses et des médecins dans les hôpitaux ne sont vraisemblablement pas pris en considération (Collière, 1992). Or, toute connaissance se développe sur une connaissance antérieure (Popper, 1991, p. 134) et Marrou (1954) souligne que l'histoire est la connaissance du passé humain.

Il est prouvé que les infirmières d'aujourd'hui ne sont pas encore satisfaites de la reconnaissance de leur discipline (Poletti, 1978 ; Rousseau, 1997 ; Midy, 2002 ; Chaves, 2005; Habib & Nassar, 2006) néanmoins nous ne pouvons pas négliger les changements qui ont eu lieu notamment dans la formation des soins infirmiers. Dallaire et Aubin (2008) soulignent l'importance d'utiliser des connaissances, principalement le savoir infirmier scientifique¹⁴. Selon ces auteurs, l'existence de ce savoir est transmise par la formation, « d'où l'importance attribuée à l'épineuse question du niveau de formation et des efforts déployés afin que le savoir inspire la pratique des soins » (Ibid., p.4). Par ailleurs, c'est par le biais de l'évolution de la formation que la discipline infirmière a elle-même été bouleversée et transformée.

Ce n'est qu'à partir du 19^{ème} siècle, notamment à partir des écrits de Nightingale 1860 relatés par Baly (1993), que la littérature sur l'image de la profession « infirmière » est apparue. A la lecture de cette littérature (Collière, 1982 ; Nicod, 1985 ; Nadot, 1993; Weyermann, 2000; Midy, 2002 ; Chaves, 2005 ; Habib & Nassar, 2006 ;...), on est rapidement frappé par la récurrence de deux termes symboliques pour qualifier le monde infirmier, à savoir « religieuses » et « assistantes du médecin ». En les comparant à la définition

¹⁴ Les disciplines dites « scientifiques » sont celles que l'on peut définir comme : « [...] un ensemble de connaissances et de recherches ayant un degré d'unité, de généralité et susceptibles d'amener les hommes qui s'y consacrent à des conclusions concordantes qui ne résultent ni de conventions arbitraires, ni des goûts ou des intérêts individuels qui leur sont communs mais de relations objectives qu'on découvre graduellement et que l'on confirme par des méthodes de vérification définies » (Lalande, cité par Dallaire & Aubin, 2008, p.8).

de l'infirmière, il est indéniable que ces deux termes ne sont pas des caractéristiques des infirmiers d'aujourd'hui (ASSM, 2007 ; Chaves, 2005 ; Dallaire, 2008 ; Habib & Nassar, 2006 ; Nadot, 1993 et 2008 ; Weyermann, 2000). De plus, cela met en évidence que l'image reste fixée sur des clichés (Midy, 2002). Chaves (2005) constate qu'une partie du travail assumé par le passé par des infirmières est actuellement assuré par de nouveaux professionnels de la santé (ASSC¹⁵), l'infirmière dit-elle « jouant un rôle d'intermédiaire, de pivot, de coordination, peu visible » (p.1).

Cette problématique est issue de tout un cheminement et d'un questionnement sur notre rôle professionnel. Elle s'est construite et affinée avec la lecture de documents concernant notre thème de départ (pour mémoire : l'évolution de la discipline infirmière). Nous nous sommes basés sur un certain nombre de questions : comment sortir des différents clichés qui imagent l'activité soignante ? Pourquoi ne changent-ils pas malgré les écrits rédigés à ce sujet ? Que devons-nous faire pour que cela change ? Quelle est l'utilité de l'histoire pour développer des perspectives et revendiquer une place aujourd'hui et demain ? Quelle est l'utilité de l'histoire pour l'identité et l'image de l'infirmière dans notre société contemporaine ?

Question

Sur les bases documentaires et empiriques de la littérature, la question suivante a été formulée :

Comment arriver à sortir des stéréotypes et clichés dominants projetés sur la discipline ou maintenus par ses acteurs ?

Compte tenu de ce qui précède, nous avons formulé une série d'hypothèses pour cadrer notre recherche, hypothèses que nous qualifierons d'heuristique¹⁶ :

¹⁵ Assistante en soins et santé communautaire

¹⁶ Une hypothèse heuristique est une hypothèse de travail plutôt qu'une hypothèse dogmatique. Il s'agit en fait d'une « hypothèse adoptée provisoirement comme idée directrice indépendamment de sa vérité absolue » (centre national de ressources textuelles et lexicales, 2008).

H 1 : les professionnels infirmiers ont le sentiment de ne pas être reconnu à leur juste valeur, pourtant quand on analyse l'évolution de la discipline depuis son origine, il est évident qu'elle a su récemment s'affirmer comme une véritable profession ayant une fonction précise dans la société (ASSM, 2007).

H 2 : Le développement du savoir et sa reconnaissance qui sont des critères d'une profession (Jobert, 1985), posent encore problème dans la mesure où la connaissance antérieure n'est pas toujours identifiée, notamment en Europe au travers des systèmes de formation (Spitzer, Kuhne, Perrenoud & Camus, 2008), d'autant plus que Schlanger (1983, pp. 60-61) nous fait remarquer que « c'est le poids du passé qui rend possible l'invention du futur ».

H3 : Selon le Groupe romand pour l'histoire de l'éducation et de l'action sociale et sanitaire (GREHAS, 2005), la recherche historique est une nécessité incontournable dans l'enseignement de l'histoire de la discipline au sein des programmes HES car elle permet de révéler, à partir des traces dont on dispose, les faits du passé. Cependant « [...] elle prend souvent des aspects hybrides [...] » car dans les programmes de formation en Suisse on lui accorde peu de poids et de temps et ceci, de manière aléatoire (Ibid.).

En vue d'éclairer les solutions provisoires à notre questionnement et de renforcer nos hypothèses de recherche, nous choisirons de constituer un cadre de référence mettant en évidence le rôle des connaissances antérieures que nous devons connaître pour éviter les mythes et les croyances.

Cadre de référence

Comme dans d'autres disciplines professionnelles, la discipline infirmière s'est constituée sur divers grands courants de pensées à partir de la pratique. Cependant, il n'y a que très peu d'auteurs francophones qui ont fait des recherches fondamentales en histoire de la discipline infirmière. Nadot, principal auteur francophone à avoir écrit sur ce thème, soulève un dilemme dans la reconnaissance de notre discipline. En effet, il évoque (2008) que notre histoire a souvent été occultée par d'autres histoires telles que l'histoire de la médecine et l'histoire de la charité privée de l'Eglise (p.28). De plus, lorsqu'on essaye de

recenser la littérature on remarque rapidement que les infirmières font remonter leurs origines au XIX^{ème} siècle (Ibid., p.29) alors que « les historiens de la médecine font remonter les origines de la profession aussi loin que l'Antiquité grecque et romaine » (Ibid.). Avec Marrou (1954), on constate qu'aux yeux de l'historien, c'est un manque de ne pas prendre en compte un passé en vue de remonter le passé le plus loin possible.

Il est intéressant de lire Marrou (Ibid.) car il soulève un autre point assez pertinent de la vision du passé. En effet, il dit que « toute expérience historique se présente, pour le chercheur, comme une ascèse où, au contact des documents, il apprend peu à peu à se dépouiller de ses préjugés, de ses habitudes mentales, de sa forme trop particulière d'humanité – à s'oublier lui-même pour s'ouvrir à d'autres formes d'expérience vécue, pour se rendre capable de comprendre, de rencontrer autrui. » (Ibid., p.145). Cet élément nous permet d'apporter une hypothèse de réponse à la question de recherche¹⁷. En effet, la discipline infirmière aurait tout avantage à faire de la recherche historique, cela lui permettrait de sortir des stéréotypes, des mythes et des préjugés qui planent sur cette profession et lui permettrait également de mieux connaître ses véritables origines, voire de les reconnaître et de les accepter. Par ailleurs, le Groupe romand pour l'histoire de l'éducation et de l'action sociale et sanitaire (GRHEAS, 2005) dit que la recherche historique 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 » (Bugnon-Mordant, s.d., cité par le GRHEAS, Ibid., p.1). Cependant rappelons-le encore la production et la diffusion de nos connaissances historiques au plan disciplinaire sont encore faibles (Nadot, 2008).

Marrou (1954) met aussi l'accent sur l'utilité de l'histoire « il n'y a d'histoire que dans et par l'historicité de l'historien, le passé ne peut être connu qui si, de quelque façon, il se trouve mis en rapport avec notre existence » (p.236). Il assigne même l'histoire à une fonction essentielle, qui enrichit son univers

¹⁷ Pour mémoire : comment arriver à sortir des stéréotypes et clichés dominants projetés sur la discipline ou maintenus par ses acteurs ?).

intérieur par la reprise des valeurs culturelles récupérées dans le passé (Ibid., p.241). Il rejoint du reste Popper, pour qui la science part généralement de croyances et qu'elle se constitue à partir des mythes et de leur critique (1985, p.85). Cependant pour faire de la recherche en histoire, il est important de se munir de documents historiques. Cet élément soulève une autre difficulté. En effet, Marrou (1954) écrit que « nous ne pouvons pas atteindre le passé directement, mais seulement à travers les traces, intelligibles pour nous, qu'il a laissées derrière lui, dans la mesure où ces traces ont subsisté, où nous les avons retrouvées et où nous sommes capables de les interpréter. Nous rencontrons ici la première et la plus lourde des servitudes techniques qui pèsent sur l'élaboration de l'histoire. » (p.64). Ceci met en évidence un autre problème de la discipline infirmière car nous savons par Collière (1991, p.24) que c'étaient les prêtres et les clercs, se situant au sommet de la hiérarchie sociale, qui transcrivaient les pratiques et les connaissances des diverses médecines. C'est d'ailleurs à ce carrefour que commence à se dessiner ce qui deviendra l'héritage de la profession infirmière.

En regard de l'une de nos hypothèses, il nous semble essentiel de mettre en évidence l'importance de la connaissance antérieure car comme le dit Collière « la pratique des soins est sans doute la plus vieille pratique de l'histoire du monde » (1982, p.21). Selon Collière, l'histoire des soins se dessine autour de deux axes. Le premier axe est d'assurer la continuité de la vie du groupe et de l'espèce en prenant en compte tout ce qui est indispensable pour assumer les fonctions vitales. L'organisation des tâches qui permettent d'assurer le premier axe donne lieu à la division sexuelle du travail qui a marqué de façon déterminante la place de l'homme et de la femme dans la vie sociale et économique. Comme le dit déjà en 1982 Collière, « prendre soin de, avoir soin de » retransmet le sens initial et originel du mot soin. En effet, cette vieille expression reflète bien le fait quotidien qu'est d'assurer la survie. Collière (Ibid.) dit « Soigner, veiller à, représente un ensemble d'actes de vie qui ont pour but et pour fonction d'entretenir la vie des êtres vivants en vue de leur permettre de se reproduire et perpétuer la vie du groupe » (p.25), c'est d'ailleurs ce qui a été et ce qui sera toujours le fondement du prendre soin. Toujours selon Collière (Ibid.), le second axe est la métaphysique. Autrement dit, cette nouvelle

orientation cherche à discerner les causes du bien et du mal. Elle dit « Au fur et à mesure que les groupes humains ont affirmé leurs pratiques de soins coutumiers composées de choses permises et d'interdits, ils les ont érigées en rites et ont confié au shaman, puis au prêtre la charge d'être garant de ces rites. Gardien des traditions, de tout ce qui contribue à maintenir la vie, le prêtre a charge, en même temps, d'être le médiateur entre les forces bénéfiques et maléfiques, c'est-à-dire, qu'il est désigné pour interpréter et décider ce qui est bon ou ce qui est mauvais. [...], il devient aussi celui qui dénonce le mal. [...] Ce rôle de médiateur [...] a donné ultérieurement naissance à de nouveaux décrypteurs du mal, les médecins » (Ibid., p.26). Nous ne tenons pas à reconstituer toute l'histoire des pratiques des soins. Cependant, il nous semblait nécessaire de faire apparaître les grands courants de pensées sur ces pratiques. De plus, nous aimerions prendre la précaution de ne pas mélanger la pratique soignante religieuse à la pratique soignante laïque. Grace aux recherches de Nadot (2008), nous constatons que les infirmières d'aujourd'hui n'ont pas pour ancêtres les religieuses du passé. En effet, prendre soin est une fonction que l'on trouve déjà dans les hôpitaux laïques au Moyen Âge en Europe, ce qui veut dire que les laïques étaient présentes bien avant l'arrivée des religieuses, ou alors à côté de ces dernières au sein d'institutions laïques parallèles. Il est indéniable que le terme infirmier est un terme ecclésiastique importé par les religieuses hospitalières (p.29). Selon Nadot « les fondements de ce qui est qualifié aujourd'hui de « discipline infirmière », reposent sur une activité déjà complexe au sein de l'hôpital laïc ancien. » (2008, p.47). En effet, « l'infirmière se doit d'aider à vivre, à survivre, d'autres humains (prendre soin de l'humain) tout en aménageant un espace de vie approprié correspondant aux usages de l'époque (prendre soin du domaine) et éviter le chaos au sein de la collectivité hospitalière (prendre soin du groupe) » (Ibid.). Prenant comme exemple le Québec¹⁸, Pepin (2008, p.81) complète Nadot en relevant que c'est en grande partie grâce à la formation au doctorat que la consolidation de la discipline infirmière s'est faite. Concernant la Suisse, les formations en sciences

¹⁸ « Au Québec, l'inauguration en 1994 du programme de doctorat conjoint de l'Université de Montréal et de l'Université McGill couronne 15 années d'efforts de pionnières des 2 universités qui ont, [...] convaincu les diverses instances universitaires et gouvernementales des retombées positives d'un tel programme sur la société » (Pepin, 2008, pp.81-82).

infirmières sont passées tardivement au niveau universitaire selon les accords de Bologne¹⁹. Cependant l'Office fédéral de la formation professionnelle et de la technologie (OFFT) n'a pas encore donné son accord concernant le master en soins infirmiers. Pourtant à notre grande surprise, elle dit elle-même dans un communiqué de presse « L'introduction du cycle master est une étape importante du positionnement national et international des HES et de la mise en œuvre de la Déclaration de Bologne » (OFFT, 2007). D'ailleurs plusieurs auteurs (Jobert, 1985 ; Nadot, 1993 ; Nadot-Ghanem, 1999) se complètent en expliquant que les caractéristiques majeures d'une profession sont la reconnaissance du savoir par l'élite des autres professions, le public et les gouvernements ainsi que la possibilité de transmettre son savoir au plus haut niveau du système éducatif. C'est à ce carrefour que le problème avec le master en sciences infirmières trouve ses origines. De plus, précisons que le positionnement scientifique de la discipline infirmière est fondamentalement différent en Suisse allemande et en Suisse romande, ce qui nous semble encore une difficulté supplémentaire à l'élaboration d'un master. Par ailleurs, l'académie suisse des sciences médicales (ASSM, 2007) l'affirme en disant que « le baccalauréat universitaire doit devenir – également en Suisse alémanique et au Tessin – le diplôme normal du personnel soignant (en vigueur en Suisse romande depuis 2002). Il convient de promouvoir des possibilités de formation pouvant mener à la maîtrise universitaire ou au doctorat. » (p.1951). Afin de clarifier ces éléments, il nous semble important de préciser que le statut actuel des infirmières ne va pas de soi, nous nous devons de le défendre ! Bourdieu le disait déjà en 2001 « Effectuer des changements paradigmatiques et mener à bien des révolutions scientifiques, ne peut se faire qu'en conservant les acquis antérieurs. Mais ces révolutions ne peuvent être accomplies que par des gens capables de maîtriser tous les acquis de la tradition. » (pp.126-127).

Cela amène à parler de ce que veulent vraiment les infirmières en Suisse. Donnent-elles vraiment de l'importance à leur statut ? Ont-elles l'envie et l'ambition de maintenir ou de faire évoluer ce statut ? Chaves (2005) avancent

¹⁹ Accords signés en 1999 prévoyant que toutes les formations universitaires (3 cycles) intègrent un système de bachelor, /master/ doctorat ou licence/maîtrise/doctorat en France. (LMD).

quelques résultats de recherches à ce sujet. Elle relève que « la profession souhaite affirmer son identité en ignorant une partie de son histoire (les femmes guérisseuses indépendantes) et en s'opposant aux images véhiculées par son histoire plus récente (la bonne sœur, l'auxiliaire du médecin) » (Ibid., p.26). Elle soulève aussi que « la valorisation de la formation infirmière qui accède au niveau HES pose la question de la valeur des infirmières qui n'ont pas suivi une telle formation, les mutations dans ce domaine comme pour tout changement étant génératrices d'incertitudes. Cette situation renforce le sentiment de manque de reconnaissance pour les professionnels en activité. » (Ibid.).

Finalement, nous nous rendons compte que les infirmières ne sont pas satisfaites de leur statut, cependant nous savons que pour le faire évoluer, nous devons par la recherche (fondamentale ou appliquée) élaborer des connaissances fiables sur la particularité de notre discipline. Néanmoins, lorsque l'on demande aux infirmières de participer à des projets de recherches, celles-ci deviennent réticentes à ces propositions. D'ailleurs, Debout (2008) soulève ce problème en disant que « les travaux de recherche infirmière ne prennent pas souvent en considération les savoirs et théorisations disciplinaires existants, mais préfèrent emprunter ceux des disciplines connexes » (p. 31). Il fait aussi remarquer et à juste titre que « le groupe professionnel revendique d'être reconnu dans sa singularité, mais rejette un contenu disciplinaire dont le projet est d'asseoir cette perspective infirmière spécifique » (Ibid.).

C'est pourquoi les infirmières se doivent de comprendre que la recherche historique doit dans un premier temps révéler, à partir des traces dont on dispose, les faits du passé et dans un deuxième temps, elle doit permettre de nuancer, voire de corriger, les lieux communs et d'ouvrir des fenêtres sur ce qui est occulté (GRHEAS, 2005). Cependant les infirmières ne sont certainement pas les seules responsables. En effet, le Groupe romand pour l'histoire de l'éducation et de l'action sociale et sanitaire dénonce les programmes de formation dans les filières HES-SO. Il avance que « l'histoire de la discipline, lorsqu'elle est enseignée, prend souvent des aspects hybrides (p. ex. brèves heures d'enseignement réparties sur toutes les années de formation) au lieu de se référer à des recherches, ce qui ne permet pas d'intégrer réellement la matière et de saisir comment s'est effectuée la lente standardisation des pratiques et de

la culture professionnelle d'aujourd'hui. » (Fourez, s.d., cité par le GRHEAS, 2005, p.1).

Il apparaît indispensable pour comprendre l'histoire de la pratique infirmière de l'analyser par rapport à l'histoire des femmes soignantes. En effet, Collière l'écrit dans son ouvrage (1982, p.34) « c'est l'histoire des pratiques de soins vécues et transmises par les femmes, puis condamnées, réprouvées par l'Eglise, qui rend compte, de ses origines à nos jours, du processus d'identification de la pratique soignante exercée par les femmes dans le milieu hospitalier non psychiatrique, ainsi que dans les dispensaires du villages et de quartiers, pour se dénommer aujourd'hui « soins infirmiers ». Donc Collière (Ibid.) affirme que c'est l'histoire des femmes qui marque les origines de la discipline infirmière. Tout récemment, c'est dans la « Gazette des femmes » que Gareau (cité par Mathieu, 2009) complète les dires de Collière en faisant l'hypothèse que « si le personnel infirmier était majoritairement composé d'hommes, son rôle serait reconnu davantage. » (p.20). Sarrasin (2009) définit du reste la profession à partir de figures emblématiques féminines qui se situent entre dévouement et épuisement (p.18).

Les principaux arguments évoqués dans notre cadre de référence suggèrent que la recherche fondamentale historique doit se développer pour mieux participer à la réflexion critique sur la singularité de notre discipline. Cette dernière a sa place dans les sciences humaines et ne saurait se contenter de louvoyer entre la médecine, les sciences du vivant ou les sciences sociales en vue de s'octroyer une grandeur supérieure. Nous venons de l'ordre humain au plan de la science et comme tel, la science infirmière serait en partie, selon Kim « une science humaine fondamentale » (Dallaire & Blondeau, 2002, p.289). Comme le précisait Nadot aux journées d'études de l'Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) à Paris le 22 janvier 2009, l'histoire du « prendre soin » permet de mettre en évidence de manière probante que « Prendre soin (*care*) est devenu un concept à part entière dans les sciences humaines. Les sciences humaines ne sont pas l'analyse de ce que l'homme est par nature; mais plutôt l'analyse de ce qui s'étend entre ce qu'est l'homme en sa positivité (être vivant, travaillant, parlant) et ce qui permet à ce même être de savoir ce

que c'est que la vie, en quoi consiste l'essence du travail et des lois, et de quelle manière il peut parler (Foucault, 1966, p.364). Donc contrairement à ce que l'on pense habituellement, l'objet de la discipline infirmière n'est pas le soin, mais l'homme vivant objet de soins dans un espace-temps singulier » (Nadot, 2009).

Méthodologie

Afin de répondre à la question de recherche, une revue étoffée de littérature a été effectuée. Cette dernière se situant dans une approche qualitative de types historique et ethnographique nous a permis d'approcher l'état des connaissances à ce sujet (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007, pp.222-223). La recherche historique, de surcroît qualitative, n'a pas pour tradition l'usage des méta-analyses. Nous avons cependant réussi à mettre en évidence un certain nombre de recherches qui par leur notoriété donneront ultérieurement plusieurs écrits de type valorisation scientifique, voire vulgarisation scientifique. Cette méta-analyse²⁰ des publications qui portent sur les événements historiques fera l'objet d'une analyse des recherches qui traitent de l'identité et de l'activité de la discipline infirmière selon nos critères d'inclusion et d'exclusion. Comme Henri-Irénée Marrou (1954)²¹ le dit dans un de ses ouvrages, « l'ingéniosité de l'historien ne se manifestera pas seulement dans l'art de découvrir les documents : il ne suffit pas de savoir où et comment les trouver, il faut aussi et surtout, savoir *quels* documents chercher. » (p.72).

La recherche s'est déroulée de juin 2008 à mai 2009. Dans un premier temps, nous avons procédé à une recherche manuelle, notamment dans des revues professionnelles, telles que L'infirmière canadienne, Perspective infirmière, Revue de l'infirmière, Soins, Soins infirmiers et Recherche en soins infirmiers. Nous avons dû lire un grand nombre d'articles et d'ouvrages afin d'approfondir

²⁰ Une méta-analyse est une « technique d'intégration statistique des résultats des études quantitatives. [...] Ainsi, on combine les résultats de plusieurs études sur un même sujet de manière à créer un ensemble de données que l'on peut analyser comme s'il s'agissait de données obtenues auprès d'êtres humains. » (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007, p.150)

²¹ Cette référence à des écrits datant de 1954 montre que cet auteur fait toujours figure d'autorité dans le domaine de l'histoire.

nos connaissances sur le sujet. Nous avons également pris contact avec certains auteurs afin de pouvoir consulter les articles dans leur entier.

Dans un deuxième temps, nous avons utilisé les banques de données en français, dont celle de l'ASI (www.sbk-asi.ch), de l'ARSI (www.arsi.allo.fr), du Comité d'Entente des Formations infirmières Et Cadres (<http://www.cefiec.fr>), de la banque de données de Santé Publique (<http://www.bdsp.tm.fr>) et du Bulletin des médecins Suisses (<http://www.bullmed.ch>). Finalement, nous avons approfondi notre recherche sur Medline (www.bib.umontreal.ca/SA/caps35.htm). Nous avons utilisé plusieurs formes d'association de mots-clefs pour trouver les articles : histoire, profession, infirmière, image de la discipline.

La difficulté de cette recherche a été de trouver des études empiriques sur les banques de données. Encore trop peu d'auteurs ont effectués des recherches et valorisé ces dernières par des écrits sur le sujet. Certaines recherches sur ce thème ont été effectuées, encore peu sont publiées. Wagner (2009) ajoute qu' « il est vrai que l'étude de l'histoire de la profession infirmière peut susciter l'abattement, mais également la fierté et le respect, et de l'admiration pour les femmes et les hommes (encore) inconnu pour la plupart, qui ont donné à cette profession sa voix, son courage et sa conviction, et souvent dans les pires conditions. » (p.50).

De plus, Collière signalait déjà en 1992 une autre problématique à ce sujet. En effet, selon elle les infirmières et infirmiers dévalorisent eux-mêmes les travaux des historiens au sein de la discipline car, ils n'en voient pas l'intérêt et ne se sentent pas concernés.

Critères d'inclusion

Nous avons déterminé une série de critères afin de cibler notre recherche et par conséquent trouver des études qui puissent apporter des éléments de réponses à la question de recherche.

- recherches qualitatives et quantitatives
- langue française ou anglaise
- études historiques

- études sur l'histoire de l'éducation
- études sur l'histoire de la profession « infirmière »
- études empiriques sur les sciences humaines
- études sur la nature des soins infirmiers
- études sur l'identité et l'activité de la discipline infirmière
- études empiriques
- études sur les sciences infirmières
- études suisses, canadiennes et françaises
- critères de validité : les études devaient comporter un abstract et avoir une méthodologie adéquate.
- documentation parallèle (littérature grise)²²

Critères d'exclusion

Nous avons également réalisé une liste de critères d'exclusion afin de trier les différentes recherches trouvées et de pouvoir écarter les moins pertinentes pour répondre à notre question de recherche. C'est d'ailleurs Nadot qui cite dans une de ses études que « trop peu d'historiens francophones de la discipline sont actuellement en activité pour négliger cet apport relativement récent. » (2005, p.2).

- études sur d'autres professions soignantes
- études sur le concept d'autonomie
- études sur la clinique
- études dans une autre langue que le français ou l'anglais.

Stratégies de recherches

L'apport de la littérature nous a permis de prendre connaissance des différents auteurs qui ont écrit sur l'image de l'infirmière ou de sa discipline et d'ajuster notre thématique par rapport aux écrits déjà faits et aux manques de la littérature. Afin de valider la pertinence de nos articles, nous avons utilisés deux sortes de grilles, l'une servant pour la lecture critique de l'article et l'autre, permettant de synthétiser les résultats des études.

²² La documentation parallèle est décrite comme « les études ayant une distribution plus restreinte, par exemple les mémoires, les rapports inédits, etc. » (Loiselle, & Profetto-McGrath, 2007, p.478)

Comme précisé ci-dessus, toutes les recherches ont été effectuées avec des critères différents mais toujours avec les limitations suivantes :

Recherches touchant la discipline infirmière, (sciences humaines²³), en langue française. L'association de plusieurs mots-clefs a permis de cibler plus précisément la recherche.

De plus, nous avons privilégié les revues scientifiques professionnelles en vue de l'obtention de résultats probants pour ce travail.

Quand un ensemble potentiel d'études a été défini, nous les avons triées selon l'intérêt qu'elles représentaient. Cependant, un certain nombre d'études ont été écartées parce qu'elles n'étaient pas pertinentes ou qu'elles ne satisfaisaient pas aux critères d'admissibilité.

Résultats des recherches

Dans notre revue de la littérature, nous avons inclus des articles scientifiques qui ne sont pas forcément la source primaire d'une recherche ou étude empirique. En effet, nous avons inclus des articles de valorisation scientifique qui étaient tiré d'une étude antérieure. Comme Van Der Maren (1996, cité par Nadot, 2007) le cite : « l'écrit constitue un bien vénéré et convoité en recherche. 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. » (p.38). Nadot (Ibid.) complète en évoquant qu' : « un rapport de recherche qui dort sur une étagère ne contribue en rien à la recherche, à la diffusion des savoirs, au transfert des connaissances de ces derniers. » (p.38). Compte tenu de ces aspects, nous exposons ci-dessous une typologie des écrits que nous construirons pour l'occasion (Cf. Schéma 1).

Nous mentionnerons tout d'abord les *recherches empiriques* trouvées, puis, la valorisation de ces recherches effectuées ultérieurement par l'auteur de la recherche (*valorisation scientifique*), enfin, il apparaît aussi qu'une recherche historique figure parfois sous forme d'écrits à usage du « tout public », ce que nous désignerons par *vulgarisation scientifique*.

De plus, rappelons que l'enjeu de ce travail est de mettre en évidence des écrits scientifiques qui apportent de nouvelles connaissances pour la discipline

²³ Depuis peu il s'avère effectivement que la discipline infirmière a sa place au sein des sciences humaines (Nadot, 2008, p. 363).

infirmière. C'est d'ailleurs Jobert (1985, p.80) qui signalait depuis déjà fort longtemps que sans connaissances légitimées, reconnues, et diffusées, il est impossible de prétendre à une éventuelle reconnaissance scientifique, notamment pour notre discipline. D'autre part, un règlement sur la valorisation des connaissances acquises par la recherche au sein de la HES-SO et de la HES-S2 a été mis en place car la valorisation des connaissances acquises par la recherche est considérée comme un objectif stratégique de la HES-SO. En effet, dans l'art 3 de ce règlement, il est noté que : « Par leurs enseignements et leurs recherches, les écoles contribuent à l'élargissement des connaissances et à leur mise en valeur au sein de la société. En complément à leurs activités dans le domaine de la recherche appliquée et du développement, les écoles assument notamment la responsabilité de la valorisation des résultats de la recherche qui présentent un intérêt économique, social ou culturel par un transfert actif de connaissances et de technologies, que ce soit sous la forme de collaboration avec des entreprises existantes ou avec des sociétés jeunes pousses. » (2004, p.1).

Nous avons classés les articles trouvés par catégories. Dans la première catégorie, on trouve les revues professionnelles afin d'accéder au maximum d'articles nous avons utilisés soit leur propre banque de données, soit leurs ouvrages. En effet, dans certains cas les articles n'étaient pas disponibles dans la banque de donnée avant une année. Ensuite, nous avons noté les articles trouvés dans les moteurs de recherches, tels que la Banque de Données en Santé Publique (BDSP) ou Pubmed. Comme nous l'avons cité et argumenté plus haut, nous n'avons pas choisi d'études en anglais. Nous avons également utilisé Le site de l'Institut de Recherches et de Documentation en Economie de la Santé. Finalement, une recherche manuelle a été effectuée pour avoir un maximum d'articles pertinents pour notre travail. Nous signalerons par des caractères spéciaux, les recherches (***), les articles issus de travaux de valorisation (**) ou de vulgarisation scientifique (*).

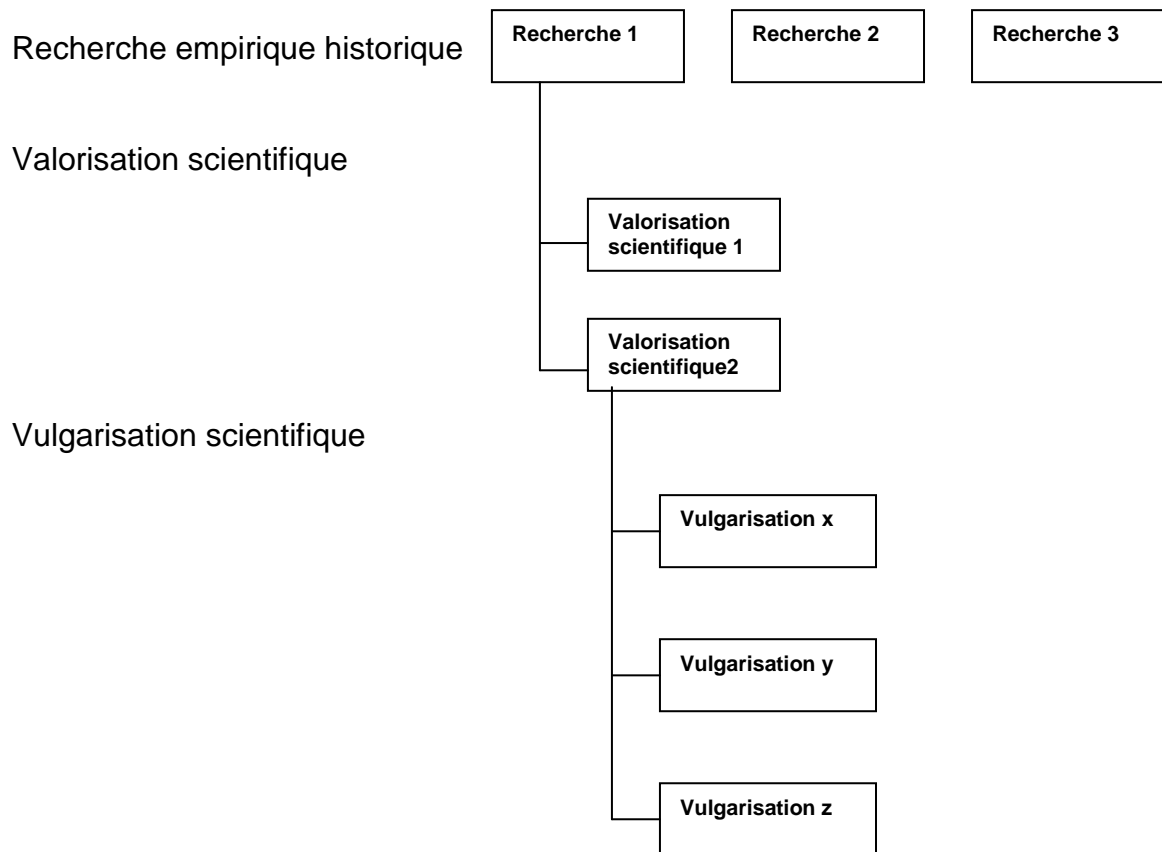


Schéma 1

Revue professionnelle

Recherche en soins infirmiers (ARSI)

Mots-clefs : profession infirmière, histoire

- Buchet-Molfessis, C. (2008)
- Mattei, P. (2007).
- Pierre-Jeanguiot, N., (2006).

Moteurs de recherche

Pubmed

Stratégie 1

[("Sociology"[Mesh]) OR ("Sociology, Medical"[Mesh])] AND [("nursing science*" [Mesh])].

- Kathleen, M., Potempa, DnSc., Richard, W., Redman, PhD., Christine, A. & Anderson, MA. (2008).

Stratégie 2

“Rousseau N”

- Rousseau, N. (1997).

Stratégie 3

((Image) AND (Nurse)) AND (nursing profession)) AND (stereotype)

- Brodie, D.A., Andrews, G.J, Andrews, J.P., Thomas, G.B., Wong, J. & Rixon, L. (2004).
- Takase, M., Kershaw, E. & Burt, L. (2001).

Stratégie 4

("Social Identification"[Mesh]) AND ("History of Nursing"[Mesh])

- Madson, W. (2008)

Stratégie 5

("History of Nursing"[Mesh]) AND ("Sociology"[Mesh])

- Lait, M.E. (2000).

Medline (Preview)

Stratégie 1

History – Nursing – School - Ecole – Valérie de Gasparin

- Nadot, M. (2009).

Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé (IRDES)

- Midy, F., (2002).

Recherches manuelles

- Chaves, G., (2005).
- Droz Mendelzweig, M. (2002)
- Nadot, M. (1983)
- Nadot, M (2007).
- Nicod, M. (1989).

Résultats

Après avoir analysé les informations trouvées, les résultats démontrent que l'image de l'infirmière apparaît sous différentes formes selon la période dans

laquelle on la situe. De plus, nous avons tendance à occulter une grande partie de notre histoire. Nadot l'explicite en citant que : « les historiens de la médecine font remonter les origines de la profession aussi loin qu'à l'Antiquité grecque et romaine, les infirmières, elles, font remonter leurs origines au XIX^e siècle » (Bates et al., 2005, cité par Nadot, 2008, p.109). Ces dernières années, la formation infirmière a beaucoup évolué et changé, ceci a favorisé l'évolution de l'image et du rôle de l'infirmière. Il importe également de s'interroger à quelle vision de l'infirmière on s'intéresse. En effet, une étude de Nicod (1989) met bien en évidence que les représentations de l'infirmière change selon la personnalité du répondant. En effet, il s'est avéré que l'on n'aura pas la même réponse de représentation si on s'adresse à un médecin ou à un étudiant en soins infirmiers de 3^{ème} année.

Suite à la lecture et à l'analyse des articles scientifiques, nous avons relevé différents thèmes qui agissent sur le maintien des clichés projetés sur la discipline : le passé des infirmières et la reconnaissance de la profession, le développement du savoir historique, les sciences infirmières au centre des sciences humaines, la formation en soins infirmiers et la recherche au sein de la formation. Ces thèmes nous ont également permis de confirmer nos hypothèses de départ. Ces dernières seront mises en avant dans la discussion des résultats.

L'histoire au sein de la reconnaissance de la profession infirmière

Comme l'illustre Chaves dans son étude (2005), il y a une multitude de définitions de l'infirmière. Elle note, par exemple, celle de l'OMS qui définit l'infirmière comme « une personne ayant suivi une formation de base aux soins infirmiers et autorisée, dans son pays, à prodiguer des soins infirmiers dans tous les contextes pour la promotion de la santé, la prévention de la maladie, les soins et le rétablissement des personnes physiquement et mentalement atteintes. » (Buchan & Calman, 2004, cité par Chaves, 2005, p. 3-4). « La loi vaudoise sur la santé publique (art.24), quant à elle, reprend presque mot à mot les cinq fonctions infirmières selon les prescriptions de formation de la Croix-Rouge suisse de 1992. » (Chaves, 2005, p.4). Ces écarts terminologiques ne sont pas sans conséquence car « le langage étant producteur de sens et de pratiques » (Ibid., p.5). Chaves (Ibid) écrit que : « ces difficultés à définir les

infirmières et leur champ de pratique, les soins infirmiers, posent le problème de leur identification ». Cet élément est d'autant plus important car il est la première étape du « parcours de la reconnaissance » (Ricoeur, 2004, cité par Chaves, 2005, p.5). De plus, le terme « infirmière » issu comme le cite Nadot (2009) : « ce terme ecclésiastique catholique issu « d'ENFER » (enfermière) qui donne aussi le terme infirmerie (enfermerie), renvoie au mauvais, au malsain, à la puissance des ténèbres » (p.2). Cette étymologie du terme infirmier n'est pas porteuse d'un sens valorisant pour la discipline (Chaves, 2005). Pourtant, suite aux travaux de Nadot (2007 ; 2009), on constate que ce terme ne justifie pas la pratique des laïcs. En effet, « les soignants laïcs qui travaillaient dans les hôpitaux civils non religieux avaient pour mission de « garder », c'est-à-dire « avoir soin », protéger, défendre, ce qui leur était confié » (Richelet, 1761, cité par Nadot, 2009, p.3). De plus, il n'est pas négligeable de savoir que « les pratiques de soins laïcs n'ont pas attendu l'arrivée de l'Eglise ou la guerre de Crimée pour commencer à développer culturellement ce qui sera plus tard une discipline » (Nadot, 2009, p.2). Par le biais de ses nombreuses recherches, il peut affirmer que même « Avant l'arrivée des religieuses et des médecins au sein des hôpitaux, les soignants laïcs avaient déjà des responsabilités et certaines prérogatives [...] » (2009, p.107). Il précise en citant : « [...] par exemple, distributions mensuelles de piécettes à l'hôpital de Romont (Suisse) en 1733 avec tenue de registres comptables et organisation du travail (gestion de l'espace-temps) -, la responsabilité principale demeurant, déjà au Moyen Age, celle d'entretenir la vie, la raison de vivre et d'assurer la survie. » (Ibid.). L'activité laïque était en place de 1258 à 1781 dans l'hôpital laïc de la ville de Fribourg (Nadot, 2007 ; 2009). En Suisse romande, les premiers établissements de soins laïcs se nommaient l'« hospitaal » en 1452, puis « hospital » en 1606. Chaves (2005) complète en citant que : « la pratique des soins a toujours été assurées par les femmes, dans un premiers temps, autour du corps, et de ce qui permet de le restaurer, l'aliment. Par la suite, avec, en Europe, la montée du christianisme, s'installe une nouvelle conception des soins » (p.6). Donc, c'est à partir du 18^{ème} siècle mais plus précisément vers la fin du 18^{ème} que « les sympathisants de l'Eglise catholique romaine » (Nadot, 2005, p.4) ont pris sous leur aile les soignants laïcs déjà bien en place dans les hôpitaux (Ibid.). Les religieuses sont apparues et ont imposé la culture religieuse à la culture profane

(Nadot, 1993 ; 2007) d'où le terme « infirmière » découlant de l' « enfermère » (Ibid., 2009). Ce terme est bel et bien un terme ecclésiastique catholique (Ibid.). De plus, selon les règles inculquées aux religieuses, « plus « l'enfermière » se confrontait à la puanteur, aux excréments, à l'expression de la misère, [...], plus elle pouvait espérer gagner le paradis » (Nadot, 2009, p.2). C'est pourquoi Nadot continue en citant: « Le terme « infirmière » qualifie le statut des religieuses engagées dans une communauté hospitalière. Il ne se justifie absolument pas pour qualifier les laïques. » (Ibid, p.2).

Il est intéressant de constater que la première école au monde de soignants laïcs (gardes-malade) est formée en 1859 par la Comtesse Valérie de Gasparin, femme du Comte Agénor de Gasparin (Nadot, 2009). Selon Nadot (Ibid.) « elle fondera alors une école normale (rien à voir avec une école pédagogique) en opposition aux écoles religieuses retirées du monde (anormales) et empêchera ainsi que les sœurs de Saint-Loup (diaconesses) ne prennent le pouvoir au sein de l'Eglise protestante, et de fait, au sein de la société civile. » (p.2).

La littérature (Chaves, 2005 ; Lait, 2000 ; Nadot, 2009 ; Rousseau, 1997) met en avant que « le prendre soin » est une activité qui se rapporte à une tradition. Davis (1995, cité par Lait, 2008) déclare qu'il a été reconnu pendant de nombreuses années que l'étude de l'histoire des soins infirmiers contribue à un sens du professionnalisme de la part des infirmières. Il met l'accent sur ce point en déclarant plus loin que c'est seulement à travers une connaissance de l'histoire des soins infirmiers qu'un sens de l'autonomie et de la tradition peut être atteint. Cependant, comme l'écrit Nadot (2009) : « culturellement la notion de tradition est encore pensée dans nos milieux dans une logique de routine, c'est-à-dire comme « ce que nous avons toujours fait ». » (p.3). Il va plus loin en citant : « accepter son passé, éviterait aux infirmières de se noyer dans une hypothétique recherche d'identité professionnelle toujours plus idéalisée. » (Ibid.).

Le développement du savoir et sa reconnaissance principalement au sein des écoles de soins infirmiers.

Selon Davis (1995, cité par Lait, 2000) c'est parce que la société change et que les soins et la technologie de la santé se développent que la formation des infirmiers a dû s'adapter pour satisfaire aux besoins changeants. Selon lui, c'est à cause de cela que l'histoire des soins infirmiers a perdu sa place dans le cursus de pré-enregistrement. Il signale que les soins infirmiers ne se sont pas développés à partir du néant. Il continue en écrivant que c'est comme si l'histoire et les soins infirmiers étaient séparés et que l'histoire des soins infirmiers n'avait aucun lien avec les théories sur les soins infirmiers (Maggs, 1996, cité par Lait, 2000).

Madson (2008) a identifié deux raisons pour lesquelles l'histoire des soins infirmiers doit être intégrée au cursus de formation des infirmiers. Selon elle, l'histoire peut fournir aux étudiants un sens à l'identité de la discipline en élargissant leur conscience historique et en leur permettant de voir comment le passé a façonné le présent. Toujours selon Madson (Ibid), l'étude de l'histoire offre une opportunité de développer l'esprit critique. Cependant, l'étude de l'histoire renvoie les enseignants à considérer le rôle de l'histoire dans la formation en soins infirmiers comme une contribution au développement de l'identité et de la pensée critique.

Nyman (1990, cité par Madson, 2008, p.525) explique que l'histoire peut aider à justifier une civilisation en relevant comment on en est arrivé là, ce qu'on fait, ce quelles les prévisions pour le futur et à quoi celui-ci ressemblera. Cependant, comme énoncé ci-dessus Nadot (2009) réplique en indiquant que « culturellement la notion de tradition est encore pensée dans nos milieux dans une logique de routine, c'est-à-dire comme « ce que nous avons toujours fait ». » (p.3). De plus, Nelson et Gordon (2004, cité par Madson, 2008, p.525) mettent en avant le désintérêt croissant des étudiants infirmiers pour leur histoire. Ils mettent en garde contre le fait que cette attitude aboutit à long terme à dénigrer les connaissances de la tradition et amène au manque d'assurance que ressentent actuellement les infirmières. Selon Madson (2008), lorsqu'ils entreprennent une formation d'infirmier, beaucoup d'étudiants ont une vision erronée de la discipline ; elle est souvent forgée à partir de la télévision ou d'autres médias. Selon Nicod (1989), les élèves de première année

« perçoivent l'infirmière éprouvant le besoin d'agir indépendamment d'autrui ou des valeurs et attentes sociales, donc plus conventionnelle, évitant les risques et acceptant plus volontiers les directives de ses supérieurs. » (p.105). En effet, selon Savage (1985, cité par Madson, 2008), le concept des soins infirmiers est souvent limité à l'infirmier prenant le rôle de subordonné dans des hôpitaux de soins aigus. Selon Madson (2008), étudier l'histoire des soins infirmiers permet aux étudiants de comprendre quels facteurs ont influencé les événements passés et comment ces facteurs continuent à avoir un impact sur les soins infirmiers d'aujourd'hui et de demain. Cela permet aussi aux étudiants de se positionner dans leur pratique par rapport au passé de leur discipline. D'ailleurs, Madson (Ibid.) va plus loin en écrivant que les étudiants qui ont une connaissance de l'histoire des soins infirmiers sont mieux équipés pour comprendre la culture actuelle des soins. De plus, la « distance » associée à l'histoire fournit aux étudiants l'opportunité d'examiner ces sujets avec sécurité et objectivité (Madson, ibid.). Olwell (2002, cité par Madson, 2008) prétend qu'enseigner l'histoire encourage les étudiants à lire les sources avec un esprit critique, réfléchir aux preuves qui leur sont présentées et à remettre en cause les interprétations. Toujours selon Madson (Ibid.), il y a plusieurs bénéfices pour les étudiants infirmiers à étudier l'histoire des soins. Elle prend l'exemple de l'affirmation que les soins infirmiers sont naturellement un trait féminin et que les infirmières ont traditionnellement été des femmes. Selon elle, cette affirmation doit être remise en question, comme ce stéréotype a été intimement lié à l'influence des réformes du XIXe siècle de Nightingale (O'Lynn et Tranbarger, 2007, cité par Madson, 2008), les étudiants sont souvent surpris d'entendre que plus d'hommes que de femmes étaient employés comme infirmiers au XIXe siècle en Australie (Cushing, 1997, cité par Madson, 2008). Cependant, comme l'écrit Lait (2000), un portrait continu et stéréotypé des infirmiers, le peu d'attention donnée aux problèmes des infirmiers et le travail de soins infirmiers reflète l'attitude envers les femmes dans la société et dans l'arène des soins dominée par la médecine. Autrement dit, l'histoire des soins infirmiers englobe également l'histoire des femmes (Lait, ibid.).

Sheehan (1997, cité par Lait, 2000) soulève un élément intéressant. Selon cet auteur, l'histoire n'est pas souvent évaluée et en conséquence, elle reçoit un traitement sommaire et tombe très bas dans les priorités des étudiants

infirmiers occupés. Selon Lait (2000), les expériences d'apprentissage/enseignement devraient séduire en mettant les étudiants au défi et en plaçant solidement l'histoire des soins infirmiers dans leur contexte professionnel et social. Cela servirait à casser les barrières conceptuelles que les étudiants semblent rencontrer avec cette matière (Lait, *ibid.*).

Madson (2008) conclut en citant qu'inclure l'histoire des soins infirmiers dans les cursus peut aider à soigner l'aliénation des soins avec leur passé et contribuer à aider les infirmiers à accepter qui ils sont et à mieux comprendre ce qui constitue le « soin infirmier ».

Collière signalait déjà en 1992 (cité par Nadot, 2007) que « les travaux des historiens au sein de la discipline soignante sont généralement dévalorisés par les infirmières et infirmiers eux-mêmes qui – sauf exception – ignorent leur publication, n'en voient pas l'intérêt, ne se sentent pas concernés. » (p.3). Droz Mendelzweig (2002) avance une piste d'action en impliquant et en stimulant plus les infirmières qui mènent et réalisent des recherches, elle recommande également de les récompenser. Nadot (2007) met en évidence une autre problématique, il souligne « qu'il y a très peu d'historien en sciences infirmières dans la communauté francophone. » (p.3). La recherche en histoire de la discipline ne semble pas faire partie de la recherche nécessaire au développement de cette dernière. En effet, « il faut attendre 1933 pour avoir une infirmière, docteur en sciences historiques de l'Université d'Oxford, pour commencer à trouver des sources francophones documentées sur l'histoire des pratiques de soins. » (Nadot, 2007, p. 4). Nadot (*ibid.*) dit également que « pour que l'histoire ait un sens pour une profession, il faut aussi que l'historien soit capable de repérer les documents pouvant faire sens pour la discipline qu'il est chargé éclairer et il lui faut surtout comprendre les documents qu'il a sous les yeux. » (p.4). Droz Mendelzweig (2002) assure d'ailleurs que « il y a beaucoup à apprendre mais il y a de la difficulté à lire ce qui est trop abstrait » (p.100).

Pour conclure ce chapitre, nous avons voulu prendre en compte une étude de Pierre-Jeanguiot (2006) qui met en avant qu'en 20 ans il y a une augmentation significative des recherches suisses dans la rubrique « recherche » de l'ARSI. L'auteur explique ce résultat par le cursus universitaire qui existe en Suisse.

Les sciences humaines et les sciences infirmières

Une étude de Mattei (2007) met en évidence que presque toutes les infirmières s'intéressent aux sciences humaines. Cependant, toutes ne les considèrent pas comme indispensables. En effet, les sciences humaines ne sont perçues qu'à 47% comme un savoir scientifique (Ibid.). Selon Mattei (2007), ce résultat fait dire que « l'appropriation de ces sciences humaines n'est que partielle pour certaines, dans le sens où elles s'y intéressent, mais en même temps elles peuvent travailler sans. » (p.106). Il est intéressant de voir que sur la question de l'aspect indispensable des sciences humaines, les infirmiers ne sont que 46,2% à penser qu'elles le sont, alors que les femmes le pensent à 78%. Autrement dit, les hommes sont moins intéressés par les sciences humaines que les femmes.

Sur la question de l'âge et de l'ancienneté du diplôme, Mattei (Ibid.) met en avant que les jeunes infirmières ne s'intéressent pas plus et pas moins aux sciences humaines que les infirmières plus âgées. Pourtant, Nadot (2007) souligne qu'« avant de porter leur attention aux malades, les soignants prenaient soin des humains les plus démunis. » (p.4). Il ne s'agit pas de s'intéresser aux sciences humaines en général, mais plutôt de voir ces dernières comme socle du discours sur le prendre soin. Soigner, c'est effectivement offrir aux humains objets de soins « la possibilité de donner un sens à leur expérience et de leur proposer, à tous les âges de la vie, un ensemble de moyens pertinents pour leur « bien être », leur rétablissement, d'entretenir avec elles aussi bien la vie que la raison de vivre ou parfois – et c'est aussi ça la vie - d'offrir une digne fin de vie » (Nadot, 2008b, p.368). De plus, il certifie que « les sciences infirmières sont à mettre dans les sciences humaines » (Dallaire & Blondeau, 2002, cités par Nadot, 2007, p. 4). « Aujourd'hui, compte-tenu de l'évolution de nos savoirs et de la société, les sciences dites « infirmières », bornées d'un côté par les sciences sociales et, de l'autre, par les sciences médicales, se trouvent à la fine pointe des sciences humaines » (Kim, 1997, citée par Nadot, 2008b, p.363). Mattei (2007) avance un questionnement par rapport à ses résultats. En effet, selon elle « la question serait de savoir si elles ne s'y intéressent déjà pas en formation, ou si ce désintérêt se manifeste lors de l'entrée dans la vie professionnelle. » (Ibid., p.107).

Parallèlement, il n'est pas négligeable de constater que dans la revue ARSI, les recherches se répartissent de manière égale dans les différentes disciplines ; cela démontre donc l'ouverture des soins infirmiers vers les champs disciplinaires où les sciences humaines sont majoritaires. (Pierre-Jeanguiot, 2006).

Discussion

La discussion de ce travail décrira la qualité méthodologique de notre analyse de recherches. Nous allons ramener l'analyse des résultats de la présente revue de littérature à nos hypothèses heuristiques, en mettant l'accent sur les points qui nous semblent les plus importants. L'analyse des résultats sera également mise en lien avec le cadre conceptuel de ce travail. Finalement nous allons répondre à la question de recherche.

Méthodologie des recherches

Quatorze recherches ont été trouvées pour ce manuscrit. Douze ont été retenues pour l'élaboration de cette revue de la littérature. Nous avons utilisé un article de vulgarisation scientifique pour les raisons que nous avons citées précédemment. Nous avons finalement écarté 3 études. La première étude écartée (Takase, Kershaw & Burt, 2002) était un prolongement et un complément d'une première étude (Takase, Kershaw & Burt, 2001) faite précédemment qui a été traduite et analysée²⁴. La seconde étude (Nadot, 1983) a été écartée car son thème était lié au rôle de l'enseignant en soins infirmiers au travers de l'histoire des écoles de soins en Suisse romande et par conséquent s'écartait de notre thème général. Six articles de valorisation scientifique ont également été écartés car nous avons finalement préféré utiliser des études primaires. Deux articles de vulgarisation scientifique ont été retirés de l'analyse pour la même raison que les articles de valorisation scientifique. Cependant, nous avons inclus un article de vulgarisation scientifique (Rousseau, 1997) car il ressortait, chez cette historienne reconnue au Canada, certains aspects très intéressants sur la nature des soins infirmiers et leur histoire.

²⁴ Cf. Annexe N°2

Concernant les douze études retenues, 5 sont des études quantitatives, trois sont des études qualitatives, deux sont de type historique et les deux dernières sont des revues de la littérature.

Les études retenues pour ce travail couvrent une période de 20 ans. Sept études ont été effectuées entre 1989 et 2005 et cinq entre 2006 et 2009. Comme expliqué précédemment, les premiers auteurs à avoir écrit sur la nature des soins infirmiers et à avoir fait de la recherche historique sont Collière, puis Nadot. Encore peu de personnes effectuent ce type de recherche. De plus, encore rare sont les chercheurs qui ont fait remonter aussi loin la naissance des soins que l'a fait Nadot. Les raisons pour lesquelles nous avons choisi de garder les études effectuées il y a plus de dix ans sont les suivantes ; il nous fallait une quinzaine de recherches pour ce travail et en mettant des limites de dates, il n'y en avait pas suffisamment. De plus, comme nous l'avons dit précédemment, peu d'auteurs ont écrit à ce sujet et peu encore font remonter le début des soins aussi loin que Nadot l'a fait. En effet, dans la plupart des cas, l'histoire des soins ne semble pas remonter plus loin que le 19^{ème} siècle, alors que Nadot fait remonter les soins jusqu'au 13^e siècle. Malgré le fait qu'à partir de 1970, l'histoire des soins devient à nouveau intéressante pour certains, peu de personnes remontent l'histoire plus loin que Nightingale. Alors que les médecins font remonter les origines de la profession aussi loin que l'Antiquité grecque et romaine, les infirmières continuent de défendre un point de vue anhistorique (Bates, Dodd & Rousseau, 2005, p.9). C'est d'ailleurs la raison pour laquelle certains proposent de réécrire l'histoire de la discipline infirmière (Davies, s.d., cité par Nadot, 2007). De plus, le sujet abordé dans ce manuscrit se veut de nature historique, ce qui nous oblige à prendre des études faites précédemment afin de mettre en avant l'évolution de la discipline infirmière.

Discussion des résultats

H 1 : les professionnels infirmiers ont le sentiment de ne pas être reconnus à leur juste valeur, pourtant quand on analyse l'évolution de la discipline depuis son origine, il est évident qu'elle a su récemment s'affirmer comme une véritable profession ayant une fonction précise dans la société (ASSM, 2007).

L'analyse des résultats permet d'apporter quelques éléments de réponse. En effet, dans l'explication de Nadot sur l'étymologie du terme infirmier on se rend compte qu'il n'est pas porteur d'un sens valorisant pour la discipline (Chaves, 2005) et pourtant ce terme ne justifie pas la pratique laïque (Nadot, 2007 ; 2009). En outre, c'est l'une des raisons qui pousse certains (Chaves, 2005) à suggérer de recourir à une autre terminologie pour qualifier les infirmières. C'est d'ailleurs, Jobert, qui disait déjà en 1985 que « L'enjeu, pour les praticiens, est de pouvoir procéder eux-mêmes à la définition de leur activité et de s'en remettre ainsi à leurs pairs, et à eux seuls, pour apprécier qui est autorisé à accomplir le travail et de quelle façon il doit l'être. » (p.132).

Nous concluons que c'est peut-être pour cette raison que les infirmières recherchent depuis si longtemps leur identité professionnelle. Sans connaissances de leurs « vrais parents », impossible de savoir comment l'on se nomme. Mais alors que devons-nous faire pour nous soyons reconnues ?

H 2 : Le développement du savoir et sa reconnaissance qui sont des critères de définition d'une profession (Jobert, 1985), posent encore problème dans la mesure où la connaissance antérieure n'est pas toujours identifiée, notamment en Europe au travers des systèmes de formation (Spitzer, Kuhne, Perrenoud & Camus, 2008), d'autant plus que Schlanger (1983, pp. 60-61) nous fait remarquer que « c'est le poids du passé qui rend possible l'invention du futur ». Les principaux arguments évoqués dans notre cadre de référence suggèrent que la recherche fondamentale historique doit se développer pour mieux participer à la réflexion critique sur la singularité de notre discipline. Suite à la lecture de certains articles (Chaves, 2005 ; Collière, 1982, 1992, 1996 ; Rousseau, 1997) nous nous rendons compte que les infirmières ne sont pas satisfaites de leur statut, cependant nous savons que pour le faire évoluer, nous nous devons par la recherche (fondamentale ou appliquée) élaborer des connaissances fiables sur la particularité de notre discipline (Droz Mendelzweig, 2002 ; Nadot, 2009 ; Pierre-Jeanguiot, 2006). Par le biais du Congrès Mondial des Infirmières et Infirmiers Francophones qui s'est déroulé à Marrakech nous nous sommes rendus compte de l'importance de la recherche fondamentale dans le développement du savoir et par conséquent du développement de la reconnaissance de la discipline. Ce congrès nous a donné un autre élément de

réponse pour la reconnaissance de la discipline. Une fois la recherche élaborée, il est important, voire essentiel, de faire valoir cette recherche. D'ailleurs, Nadot (2007) évoque qu' : « un rapport de recherche qui dort sur une étagère ne contribue en rien à la recherche, à la diffusion des savoir, au transfert des connaissances de ces derniers » (p.38). Certains auteurs (Droz-Mendelzweig, 2002) recommandent même de récompenser les infirmières qui mènent des recherches dans le but de les stimuler. Collière signalait déjà en 1992 (cité par Nadot, 2007) que « les travaux des historiens au sein de la discipline soignante sont généralement dévalorisés par les infirmières et infirmiers eux-mêmes [...] » (p.3). Cependant, l'étude de Pierre-Jeanquiot (2006) a mis en avant qu'en 20 ans, une augmentation significative des recherches suisses dans la rubrique « recherche » de l'ARSI a été observée. Nous concluons donc que la recherche est un élément important dans la reconnaissance de la discipline et semble avoir été pris en considération par les infirmières.

L'évolution de la recherche en Suisse est, selon Pierre-Jeanquiot (Ibid.), le résultat du cursus universitaire de la formation en soins infirmiers. C'est pourquoi, nous abordons ci-dessous le niveau de formation existant en Suisse romande. Selon Jobert (1985), ce dernier est un facteur qui entre en ligne de compte dans la reconnaissance. En Suisse romande, conformément à la décision des Chambres fédérales de décembre 2004 relative à l'accord de Bologne sur la formation, la formation de base en soins infirmiers est au niveau bachelor (Chaves, 2005, p.19.). Quant au Master en sciences infirmières, son ouverture est prévue pour septembre 2009. Entre temps (2008), un doctorat en science infirmière s'est ouvert à l'Université de Lausanne. Là encore, nous constatons la véracité de notre hypothèse.

H3 : Selon le Groupe romand pour l'histoire de l'éducation et de l'action sociale et sanitaire (GREHAS, 2005), la recherche historique est une nécessité incontournable dans l'enseignement de l'histoire de la discipline au sein des programmes HES car elle permet de révéler, à partir des traces dont on dispose, les faits du passé. Cependant « [...] elle prend souvent des aspects hybrides [...] » car dans les programmes de formation en Suisse on lui accorde peu de poids et de temps et ceci, de manière aléatoire (Ibid.).

Cette hypothèse a été fortement vérifiée par de nombreuses études analysées dans le chapitre précédent (Lait, 2000 ; Madson, 2008 ; Nadot, 2009). En effet, selon ces auteurs (Ibid.) l'enseignement de l'histoire de la discipline au sein de la formation de base en soins infirmiers est incontournable pour les raisons suivantes : selon Madson (2008) l'histoire peut fournir aux étudiants un sens à l'identité de la discipline en élargissant leur conscience historique et en leur permettant de voir comment le passé a façonné le présent, l'histoire leur offre aussi une opportunité de développer un esprit critique. Elle continue en écrivant que l'enseignement de l'histoire des soins infirmiers permet aux étudiants de se positionner dans leur pratique par rapport au passé de leur discipline. Nous irons même plus loin dans cette idée : en effet, cet écrit nous a permis de nous rendre compte que la connaissance historique permet non seulement de se positionner dans la pratique mais elle nous permet également de nous différencier des autres disciplines et de nous affirmer en tant que discipline propre à notre profession. Cependant, Lait (2000) informe que dans la majorité des institutions l'histoire des soins infirmiers n'est pas évaluée (importance secondaire ?), et est associée à un petit nombre d'heures réparties dans un module et souvent lors de la quatrième année, autrement dit la dernière année. Bien que cela ne soit pas illogique, l'évaluation des étudiants a montré dans une institution qu'il était déjà trop tard et que le nombre d'heures était trop restreint pour surmonter les barrières conceptuelles et contextuelles qui se sont déjà développées lors des années précédentes (Ibid.).

Réponse à la question de recherche

Les hypothèses heuristiques que nous avons formulées au début du travail donnent des éléments de réponse à la question de recherche, qui est pour mémoire :

Comment arriver à sortir des stéréotypes et clichés dominants projetés sur la discipline ou maintenus par ses acteurs ?

Comme l'une de nos hypothèses le stipulait, il semble important de prendre en considération l'histoire de la discipline pour favoriser sa reconnaissance. Pour mettre en avant l'histoire des soins, plusieurs auteurs (ASSM, 2007 ; Lait,

2000 ; Madson, 2008) montrent l'importance de proposer des cours à ce sujet dans la formation de base. Un auteur (Madson, 2008) a mis en avant que les étudiants n'étaient pas toujours partis prenante dans ces cours. Il serait donc intéressant d'inclure une évaluation sur l'histoire de la discipline ce qui permettrait un investissement plus important des étudiants dans cette thématique. Cependant, il semblerait qu'il y a beaucoup de travail à faire dans les institutions d'enseignement si l'histoire des soins infirmiers voire l'histoire de la discipline a l'intention de démontrer sa pertinence conceptuelle et contextuelle pour les soins infirmiers modernes et de conserver sa place dans le cursus de formation (Lait, 2000). Selon Lait (Ibid.) c'est à la charge des enseignants de rendre le sujet de l'histoire des soins infirmiers pertinent et dynamique pour les étudiants. Donohue (1991, cité par Lait, 2000, p.396) déclare d'ailleurs que l'étude de l'histoire des soins infirmiers « peut être et est RIGOLO ». Cependant, il est important que l'enseignant prenne des outils intéressants pour l'enseignement de l'histoire des soins infirmiers. L'étude de Lait proposait d'enseigner ce sujet sous forme d'apprentissage par problème ou par expérience d'apprentissage. Madson (2008) déclare que la pratique des soins doit être au centre de cet enseignement : qui, quoi et comment a été influencée la pratique des soins infirmiers. Elle (Ibid.) ajoute que la pratique des anciens infirmiers doit être valorisée et comprise dans le contexte de la période où elle était utilisée. Nadot (2009) complète en énonçant que : « se référer à la tradition n'est pas revenir aux modalités de ce que l'on a toujours fait mais repérer ce que nos traditions ont produit comme sources de nos compétences et de nos savoirs standardisés sur le long terme [...] » (p.3).

Une seconde hypothèse décrit qu'il est important de produire des savoirs scientifiques pour prétendre à une reconnaissance de notre discipline. En effet, Nadot l'affirme à plusieurs reprises (2007 ; 2009) qu' : « à défaut de recherches fondamentales sérieuses en histoire sur la standardisation de sa propre discipline, les représentations de cette dernière reposent sur des symboles, des croyances issues du passé, des subordinations culturelles qui caractérisent d'une manière générale la nature féminine dans notre société. » (2009, p. 3). C'est d'ailleurs dans ce sens que nous allons proposer les axes de recherches futures. Nous l'avons donc compris, pour qu'une reconnaissance soit faite il

nous faut produire des savoirs scientifiques et que ces derniers soient enseignés au plus haut niveau du système éducatif. Cependant notre travail ne doit pas s'arrêter à la production des recherches. En effet, nous nous devons d'éviter le sens commun, de faire valoriser nos études, de les mettre en avant, de faire partager à nos collègues nos savoirs et nos connaissances. Nous devons donc laisser de côté notre égoïsme, nos préjugés, nos représentations naïves et accepter de partager. Notre expérience lors du congrès mondial des infirmières (SIDIEF, 2009) a vraiment fait ressortir cette thématique. En effet, nous nous sommes rendu compte de l'utilité de ce genre de manifestations pour prétendre à une reconnaissance. Mille huit cent infirmières, chercheurs, professeurs, étudiantes de tous pays, qui partagent leurs travaux, ce n'est pas rien ! Nous tenons donc à inviter nos collègues à produire de nouvelles connaissances au sujet de l'histoire des soins infirmiers ! Cependant, de l'étude de Droz Mendelzweig (2002) ressort le fait que l'estimation du niveau d'intérêt à participer à la recherche ne peut-être dissociée des contraintes pratiques que cette activité induit lorsque la recherche n'est pas pensée comme partie intégrante de l'activité professionnelle, notamment pour les professeurs. Elle en ressort (Ibid.) l'importance de certaines conditions (temps mis à disposition, financement, moyens logistiques, reconnaissance du travail de recherche, etc.) à réunir pour favoriser l'élaboration de recherches.

Conclusion

Nous allons développer les résultats de ce travail pour l'image de la discipline infirmière et sa reconnaissance ainsi que les axes futurs de recherche. Les points forts et les points faibles de cette revue étoffée de la littérature seront ensuite mis en évidence. Et pour terminer, une appréciation personnelle de ce travail sera exposée.

Conséquences pour l'image de la discipline infirmière

Au terme de ce travail, nous avons l'impression que l'image de la discipline infirmière a beaucoup évoluée et qu'elle s'est transformée au fur et à mesure des changements par lesquels elle est passée. Ces changements se sont principalement effectués par le biais du niveau de formation, notamment pour la Suisse romande. Ce travail nous a permis non seulement de comprendre les

problématiques actuelles qui planent sur la profession en Suisse (représentation et formation différente en Suisse allemande et en Suisse romande) mais également sur les problématiques du monde entier. Nous avons identifié certaines pistes d'actions par rapport à la question de départ, nous pensons que si les infirmières restent solidaires et adhèrent à ces pistes d'action un changement de l'image que l'on porte à notre profession pourra avoir lieu. Si nous regardons en arrière, nous pouvons nous rendre compte que les choses ont bougé mais comme tout apport nouveau en science il faut du temps. C'est certainement en accordant du temps au temps et à ce rythme que la discipline va continuer à affirmer son existence et son développement. A l'avenir, nous espérons rencontrer plus de personnes voulant agir dans le même sens pour notre cause. Un ou deux personnages importants ont fait leurs preuves dans le domaine, espérons que d'autres viendront encore. Comme le précise le document de référence en matière de recherche en HES, « en plus d'une orientation stratégique, la recherche a besoin d'une liberté d'action suffisante. Tout en respectant la nécessité d'un certain contrôle, il ne faut pas oublier que ce sont la plupart du temps quelques personnalités créatives qui réussissent véritablement à faire avancer la recherche dans un domaine donné » (KFH, 2005, p.2).

Autres besoins de recherches

Ce travail d'écriture nous a permis d'identifier la nécessité de produire des recherches fondamentales, notamment de type historique. Avec Marrou (1954), on remarque qu'aux yeux de l'historien, c'est un manque de ne pas prendre en compte un passé en vue de remonter le passé le plus loin possible, d'où l'importance de faire des recherches empiriques de type historique ou ethnographique. Nous avons mis en évidence qu'il est important pour la reconnaissance de la discipline de produire des savoirs scientifiques de type historique mais ça ne s'arrête pas là. En effet, il est important d'écrire mais surtout d'utiliser, de référer à ces écrits en vue d'assurer leur valorisation. Il est nécessaire, voire recommandé par la HES-SO, de présenter ces écrits lors des nombreux congrès sur les soins infirmiers, il est possible de faire paraître des résumés des études dans les revues professionnelles qui, comme nous l'avons

identifié précédemment, sont considérablement consultées par les acteurs de notre discipline (Droz Mendelzweig, 2002).

Points forts et points faibles du travail

Nous avons l'impression d'avoir étoffé un grand nombre d'articles intéressants concernant le sujet. Au niveau méthodologique certains articles n'étaient pas complets, autrement dit, certains ne présentaient pas une structure détaillée. Cependant tous les articles ont mis en évidence des éléments importants notamment ceux qui répondent à notre questionnement en vue d'apporter des réponses à une problématique d'identité disciplinaire.

Nous avons pris des études qui ont été effectués en Suisse mais également dans d'autres pays. Ceci nous a permis de vérifier que la problématique était présente dans d'autres pays que le nôtre. De plus, nous n'avons pas pu nous restreindre à la Suisse car nous n'aurions pas eu assez de recherches empiriques à ce sujet.

Nous avons tenté d'être le plus rigoureux possible dans la méthodologie de la rédaction, dans l'analyse fastidieuse des recherches et dans la discussion des résultats. Exercice compliqué pour une novice, mais ce fut pour nous la première expérience dans ce type d'écrits, expérience qu'il nous reste certes à consolider en vue de poursuivre dans le développement de notre expertise.

Le mot de l'auteur

Nous avons été fortement intéressé par ce sujet durant toute notre formation. Cependant cette dernière année d'étude nous a permis de devenir un peu plus mature concernant le questionnement principal de ce travail. En effet, nous avons essayé de lire un maximum d'articles nous permettant de bien relater la problématique. Notre première participation à un congrès mondial nous a permis d'apporter un grand nombre de réponses à nos questions.

La réalisation de ce travail nous a permis de cerner les exigences imposées à notre discipline pour pouvoir être reconnue. Pour notre avenir professionnel, nous espérons pouvoir continuer dans cette voie et discuter avec nos futurs collègues des résultats de ce travail pour les sensibiliser à la problématique.

Nous souhaitons par la suite pouvoir représenter et défendre les Infirmières et Infirmiers, nous espérons pouvoir participer activement aux démarches de l'association suisse des infirmières. Notre autre souhait serait de participer à un autre congrès en soins infirmiers et de côtoyer d'autres chercheurs.

Bibliographie

Articles publiés

Ouvrages

- Adam, E. (1983). *Être infirmière*. Montréal : HRW Itée.
- Baly M. (1993). *Florence Nightingale à travers ses écrits*. Paris : InterEditions.
- Bates, Ch., Dodd, D. & Rousseau, N. (2005). Introduction (pp. 1-10). In Ch. Bates, D. Dodd & N. Rousseau (Eds). *Sans frontières, quatre siècles de soins infirmiers canadiens*. Ottawa : Presses de l'université.
- Bourdieu, P. (2001). *Science de la science et réflexivité. (Cours du Collège de France, 2000-2001)*. Paris : Raisons d'agir.
- Bujold L. (2008). L'identité professionnelle (pp. 441-454). In C. Dallaire, (Ed.) et al. *Le savoir infirmier, au cœur de la discipline et de la profession*. Montréal : Gaëtan Morin.
- Chombart De Lauwe, P.-H. & M.-J. (1963). *La femme dans la société*. Paris : C.N.R.S.
- Collière, M.-F. (1992). Difficultés pour désentraver l'histoire des femmes soignantes (pp. 13-31). In. F. Walter (Ed.). *Peu lire, beaucoup voir, beaucoup faire, pour une histoire des soins infirmiers au 19^e siècle*. Genève : Ed. Zoé.
- Collière, M.F. (1982). *Promouvoir la vie, de la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers*. Paris : Masson.
- Collière, M.F. (1996). *Soigner...Le premier art de la vie*. Paris : Masson.
- Dallaire, C. & Blondeau, D. (2002). Le savoir infirmier : une problématique (pp. 279-300). In O. Goulet et C. Dallaire (Ed.). *Les soins infirmiers, vers de nouvelles perspectives*. Boucherville : Gaëtan Morin.
- Dallaire, C. (Ed.) & al. (2008). *Le savoir infirmier, au cœur de la discipline et de la profession*. Montréal : Gaëtan Morin.
- Dallaire, C. & Aubin, K. (2008). Les soins infirmiers, les sciences infirmières ou la science infirmière (pp. 3-26). In C. Dallaire, (Ed.) et al.

Le savoir infirmier, au cœur de la discipline et de la profession.
Montréal : Gaëtan Morin.

- Durkheim, E. (1960). *Les formes élémentaires de la vie religieuse*. Paris : PUF. 5^{ème} édition : 2007.
- Farr, R. (1984). Les représentations sociales. (pp.379-389). In S. Moscovici (Ed.), *Psychologie sociale*. Paris : PUF.
- Foucault M. (1966). *Des mots et les choses*. Paris : Gallimard.
- Freidson, E. (1984). *La profession médicale*. Paris : Payot.
- 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.
- Linton, R. (1977). *Le fondement culturel de la personnalité*. Paris : Dunod.
- Loiselle, C., Profetto-McGrath, J., Polit, D. & Tanato Beck, C. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières, approches quantitatives et qualitatives*. Québec : Compétences Infirmières.
- Marrou, H.-I. (1954). *De la connaissance historique*. Paris : Seuil.
- Nadot, M., (1994). Une histoire oubliée, Valérie de Gasparin-Boissier, grande pédagogue suisse protestante du XIX^e siècle. Fondatrice de la première école de soignantes laïques au monde (pp. 72-99). In D. Francillon (Ed.). *Valérie de Gasparin, une conservatrice révolutionnaire*. Lausanne : Coédition Ecole La Source et Ed. Ouverture.
- Nadot, M. (2008). Profession infirmière : quelle place et quelles pratiques dans l'avenir ? In Silwka, C. & Delmas, Ph. (Ed.), *Les constantes des pratiques professionnelles d'hier... au service de la discipline infirmière demain*. (pp.107-131). Paris : Lamarre et Wolters Kluwer France.
- Nadot, M. (2008a). Prendre soin : aux sources de l'activité professionnelle (pp. 27-51). In C. Dallaire (Ed.) et al. *Le savoir infirmier, au cœur de la discipline et de la profession*. Montréal : Gaëtan Morin.
- Nadot, M. (2008b). La fin d'une mythologie et le modèle d'intermédiaire culturel (pp. 359-382). In C. Dallaire (Ed.) et al. *Le savoir infirmier, au cœur de la discipline et de la profession*. Montréal : Gaëtan Morin.

- Nadot, M. (2009). Les constantes des pratiques professionnelles d'hier ...au service de la discipline infirmière demain (pp. 107-131). In C. Sliwka. et Ph. Delmas (Eds). *Profession infirmière: Quelle place et quelles pratiques pour l'avenir ? Perspectives professionnelles, pratiques innovantes, formation universitaire, recherche en soins*. Paris : Lamarre & Wolters Kluwer France.
- Nightingale, F. (1860). *What it is and What it is not*, (2e éd). Londres: Harrison and Sons.
- Parrot, A. (1973). *L'image de l'infirmière dans la société*. Paris : Le Centurion.
- Pepin, J. (2008). L'évolution du savoir infirmier au Québec. In C. Dallaire (Ed.) et al., *Le savoir infirmier, au cœur de la discipline et de la profession* (pp. 71-88). Montréal :Gaëtan Morin.
- Popper, K. (1985). *Conjectures et réfutations. La croissance du savoir scientifique*. Paris : Payot.
- Popper, K. (1991). *La connaissance objective*. Paris : Aubier.
- Provencher, H. & Fawcett, J. (2002). Les sciences infirmières : une structure épistémologique. In O. Goulet et C. Dallaire (Ed.), *Les soins infirmiers vers de nouvelles perspectives* (pp. 315-335). Boucherville (Québec) : Gaëtan Morin.
- Schlanger, J. (1983). *Penser la bouche pleine*. Paris : Fayard
- Spitzer A., Kuhne N., Perrenoud B. & Camus D. (2008). *Les soins infirmiers en Europe, Nursing in Europe*. Chêne-Bourg : Médecine & hygiène.
- Tiberghien, G. (2002). Représentations (pp. 252-255). *Dictionnaire des sciences cognitives*. Paris : Armand Colin.
- Vink, D. (2000). *Pratiques de l'interdisciplinarité, mutations des sciences, de l'industrie et de l'enseignement*. Grenoble : Presses universitaires.
- Violette, B. (2005). Guérir le corps et sauver l'âme : les religieuses hospitalières et les premiers hôpitaux catholiques au Québec (1639-1880) (pp.57-71). In C., Bates, D. Dodd et N., Rousseau. *Sans frontières, quatre siècles de soins infirmiers canadiens*. Ottawa : Presses de l'université.

Articles de périodiques

- Cohen, Y. (2008). Réflexions sur l'histoire des infirmières au Québec. *Recherche en Soins infirmiers*, 93, 84-93.
- Collière, M.-F. (1978). Réflexion sur le service infirmier, contribution à l'identification du service offert : les soins infirmiers. *Soins*, 3, 41-50.
- Collière, M.-F. (1982). La profession infirmière en quête d'identité. *Soins infirmiers*, 7, 58-62.
- Collière, M.-F. (1991). Vers un exercice infirmier reconnu. *Soins Infirmiers*, 10, 23-29.
- Debout, C. (2008). Théorie de soins infirmiers, un retour sur l'histoire. *Soins infirmiers*, 724, 31.
- Droz Mendelzweig, M. (2002). L'enquête et les entretiens semi-directifs. In W. Hesbeen (Ed.), *Les infirmières et infirmiers de suisse romande et la recherche en soins infirmiers. Cahier de la Source 2* (pp. 83-103). Lausanne : Copyright Ecole La Source.
- Hamel, F. (2008). Mouvements infirmiers, représentation professionnelle et conflits sociaux. *Recherche en soins infirmiers*, 93, 44-48.
- Hesbeen, W., Fontaine, M., Droz Mendelzweig, M., Bally, B., Guigoz, M., Cochard Duperrex, H., Francillon, D. & Favre, A. (2002). Les infirmières et infirmiers de Suisse romande et la recherche en soins infirmiers. *Cahier de la Source*, 2, Lausanne : Copyright Ecole La Source.
- Jobert, G. (1985). Processus de professionnalisation et de production du savoir. *Education permanente*, 80, 125-145.
- Junger, A. (2005). Le rôle des leaders est d'ouvrir la voie aux changements. *Krankenpflege/soins infirmiers*, 5, 54-55.
- Kathleen, M., Potempa, D., Richard, W., Redman, P., Christine, A. & Anderson, M.-A. (2008). Capacity for the advancement of Nursing Science: Issues and challenges. *Journal of Professional Nursing*, 24 (6), 329-336.
- Lait, M.E. (2000). The place of nursing history in an undergraduate curriculum. *Nurse Education Today*, 20, 395-400.
- Lüthi, U. & Bachl, M. (2008). Diplôme de soins infirmiers unique ou multiple ? *Soins infirmiers*, 40-43.

- Madson, W. (2008). Teaching history to nurses: Will this make me a better nurse? *Nurse Education Today*, 28, 524-529.
- Mathieu, A. (2009). Le feu sacré de Louise. *Gazette des femmes*, 4, 30
- Mattei, P. (2007). La profession infirmière et son intérêt pour les sciences humaines. *Recherches en soins infirmiers*, 89, 103-108.
- Nadot, M. (2005). Au commencement était le « prendre soin ». *Soins infirmiers*, 700, 37-40.
- Nadot, M. (2007). Leviers et obstacles à l'activité du chercheur en sciences infirmières. *Soins*, 717, 35-38.
- Nadot, M. (2009). La première école de soignantes laïques au monde contre le pouvoir des Eglises. *Nursing Inquiry*.
- Nicod, M. (1985). Image de l'infirmière. *Soins Infirmiers*, 60-66.
- Pierre/ Jeanguiot N. (2006). Des pratiques soignantes aux sciences infirmières. *Recherche en Soins Infirmiers*, 93, 75-135.
- Poisson, M. (2002). Du savoir des infirmiers à la connaissance infirmière. *Soins*, 666, 33-35.
- Poletti, R. (1978). Le courage d'être... infirmière aujourd'hui. *Revue suisse des infirmières*, 6, 261-263.
- Rousseau, N. (1997). De la vocation à la discipline. *L'Infirmière Canadienne*, 93 (5), 39-44.
- Sarrasin, H. (2009). L'infirmière inconnue. Du dévouement à l'épuisement. *Gazette des femmes*, 4, 30.
- Suter, P., De Haller, J., Täuber, M. & Gassmann, B. (2007). Les futurs profils professionnels : le médecin généraliste au milieu d'une équipe efficace. *Bulletin des médecins suisses*, 46, 1941-1952.
- Takase, M., Kershaw, Es & Burt, L. (2001). Nurse-environment misfit and nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 35 (6), 819-826.
- Takase, M., Kershaw, Es & Burt, L. (2002). Does Public Image of Nurses Matter? *Journal of Professional Nursing*, 18 (4), 196-205.
- Wagner, P.-A. (2009). Un visage pour les héroïnes de l'ombre. *Soins infirmiers*, 3, 50-51.
- Weyermann, U. (2000). En finir avec le statut d'auxiliaire. *Soins infirmiers*, 10, 71-73.

Divers

- Association suisse des infirmières et infirmiers [ASI]. (2008). *Profil d'une association dynamique*. Berne : Walpen Gossau.
- Clarke, S., Francioli & P. Arlettaz, D. (2008). *Règlement pour l'obtention du grade de docteur en sciences infirmières (PhD)*. Lausanne : Faculté de biologie et de médecine.
- Collière, M.-F. (1969). *Infirmières... Qui sommes-nous ?* Document inédit. Ecole Internationale d'Enseignement Infirmier Supérieur (EIEIS). Conférence donnée à l'occasion de l'anniversaire de la création de l'Ecole d'Infirmière « Emile Roux » à Lyon.
- Communiqué de presse – vendredi 3 avril 2009. *Enfin un Master en sciences infirmières !* Lausanne : Unicom, Service de communication et d'audiovisuel & Delémont : Siège HES-SO.
- Conférence suisse des hautes écoles spécialisées (KFH/CSHES). *Document de référence recherche appliquée & développement dans les hautes écoles spécialisées*. Berne : 21.9.2005.
- Fornerod, P. (2005). *Les représentations sociales*. [Polycopié]. Fribourg : Haute école de santé.
- Groupe romand pour l'histoire de l'éducation et de l'action socio-sanitaire [GRHEAS]. (2005). *La place de l'enseignement de l'histoire dans les filières santé-social de la HES SO*. Lausanne : Plaquette à l'intention des responsables de la formation des sites des domaines santé-social.
- Habib, H. & Nassar, J. (2006). *L'image de l'Infirmière aujourd'hui*. Travail effectué dans le cadre d'un Master Professionnel à la Faculté des sciences infirmières. Beyrouth : Université Saint Joseph.
- Le Micro Robert, (2002). *Dictionnaire de la langue française*. France : Maury-Eurolivres.
- Loi fédérale sur les hautes écoles spécialisées (LHES) du 6 octobre 1996 (Etat au 4 octobre 2005).
- Nadot-Ghanem, N. (1999). *Les supports écrits dans la formation du personnel soignant*. Mémoire de licence en sciences de l'éducation, Université de Genève.

- Nadot, M. (1983). De moniteur à enseignant : l'identité sociale d'un formateur, de sa naissance à 1983, dans les écoles de soins infirmiers de quatre cantons romands. Mémoire pour l'obtention du diplôme des Hautes études des pratiques sociales (DHEPS), Université Lyon 2.
- Nadot, M. (1993). *Des médiologues de santé à Fribourg, histoire et épistémologie d'une science soignante non médicale (1744 – 1944)*. Thèse de doctorat en sciences de l'éducation, Université Lumière Lyon 2.
- Nadot, M. (2002). Et si les soins infirmiers n'existaient pas ? En quoi ces soins sont-ils infirmiers ? L'art infirmier au tournant de son histoire, Document inédit. Bruxelles : Congrès annuel de l'Association Nationale Catholique du Nursing (ACN).
- Nadot, M. (2005). *Document de référence servant de base d'orientation à la pratique infirmière en première année de la formation HES, Médiologie de la santé ou Modèle d'intermédiaire culturel*. [Polycopié]. Fribourg : Haute école de santé.
- Nadot, M. (2005). *Histoire de la discipline des pratiques de soins et d'assistance*. [Polycopié]. Fribourg : Haute école de santé.
- Nadot, M. (2006). *Pour savoir d'où on va, il faut savoir d'où l'on vient*. Acte du 1^{er} Congrès International de la Faculté des sciences infirmières 4-6 mai, 1st International Conference of the Scientific Association of the Arab Nursing Faculties. Beyrouth : Université St. Joseph.
- Nadot, M. (2007). A la recherche des hôpitaux disparus, Rapport de recherche, SNSF Project Database, 109431.
- Nadot, M. (2008). *Le positionnement professionnel. Statut des acteurs et de leurs pratiques au sein des 4 champs d'activité de la profession infirmière*. [Polycopié]. Fribourg : Haute école de santé.
- Nicod, M. (1989). Images de l'infirmière et la réalité de la sélection. Rapport de recherche, Université de Lausanne.
- Règlement pour l'obtention du grade de docteur en sciences infirmières (PhD) (2008). Document inédit. Université de Lausanne.

- Règlement sur la valorisation des connaissances acquises par la recherche au sein de la HES-SO et de la HES-S2 (2004). Document inédit. Delémont : Secrétariat général HES-SO.

Sites Internet

- Buchan, J. & Calman, L. (2004). *La pénurie mondiale d'infirmières diplômées – aperçu des questions et solutions*. [Page WEB]. Accès : <http://www.icn.ch/global/summaryFR.pdf> [Page consultée le 21 novembre 2008].
- Chaves, G. (30 juin 2005). *L'image que la profession «.. Infirmière.. » a d'elle-même..* [Page WEB]. Accès : http://www.chaves.ch/index.php?option=com_content&task=view&id=34&Itemid=81 [Page consultée le 30 avril 2008].
- Centre national de ressources textuelles et lexicales (CNRTL 2008). [page WEB]. Accès : <http://www.cnrtl.fr/definition/heuristique> [page consultée le 28 novembre 2008].
- Marchand, G. (s.d.). *Représentations sociales*. [Page WEB]. Accès : http://www.scienceshumaines.com/-0arepresentations-sociales-0a_fr_12730.html [Page consultée le 18 novembre 2008].
- Martin Sanchez, M.-O. (s.d.). *Concept de représentation sociale*. [Page WEB]. Accès : http://www.serpsy.org/formation_debat/mariodile_5.html [Page consultée le 18 novembre 2008].
- Midy, F. (2002). *Les infirmières : image d'une profession*. [Page WEB]. Accès : <http://www.infirmiers.com/doss/telecharger/image-profession-infirmiere.pdf> [Page consultée le 14 mai 2008].
- Nadot M. (2009). L'articulation historiquement ancrée d'éléments sur lesquels repose notre discipline. Journées d'étude de l'association de recherche en soins infirmiers (ARSI). 22 janvier, [Page WEB] Accès : http://labweb03.sofr.hefr.lan:2004/fr/recherche/doc/congres/Texte_ARSI_22_janvier_2009.pdf. [Page consultée le 2 février 2009].
- Nadot, M. & RoCHAT, B. (16 octobre 2007). *Les fondements laïcs de la discipline infirmière révélés par la recherche, Histoire générale du « prendre soin »*. [Page WEB]. Accès : <http://www.heds->

fr.ch/fr/recherche/doc/conf/salon_infirmier_Paris.pdf [Page consulté le 18 juin 2008].

- OFFT [Office Fédérale de la Formation professionnelle et de la Technologie]. (s.d.). *Bases légales sur lesquelles s'appuient les activités de l'OFFT*. [Page WEB]. Accès : <http://www.bbt.admin.ch/bbt/recht/index.html?lang=fr> [Page consultée le 26 novembre 2008].
- OFFT [Office Fédérale de la Formation professionnelle et de la Technologie]. (20 décembre 2007). Feu vert aux filières d'études master. [Page WEB]. Accès : <http://www.bbt.admin.ch/aktuell/medien/00483/00594/index.html?lang=fr&msg-id=16357> [Page consultée le 16 janvier 2009].
- Pierre/Jeanguilot, P. (2006). « *Des pratiques soignantes aux sciences infirmières* ». [Page WEB]. Accès : <http://www.arsi.asso.fr/> [Page consultée le 17 juin 2008].
- Wikipédia. (25 mars 2008). *Statut social* [Page WEB]. Accès : http://fr.wikipedia.org/wiki/Statut_social [Page consultée le 14 novembre 2008].

Annexes

N°1

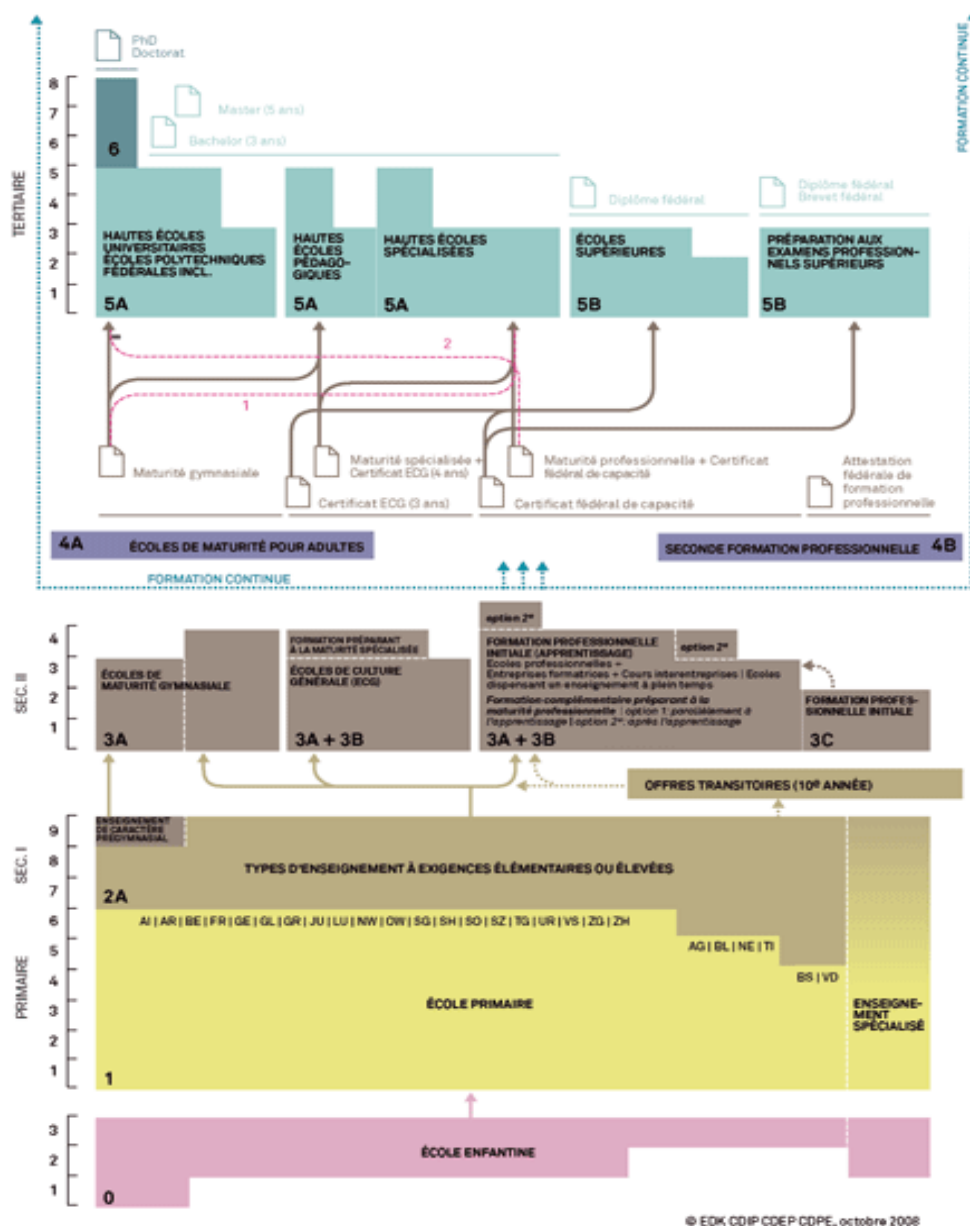
Déclaration d'authenticité

« Je déclare avoir réalisé ce travail moi-même, conformément aux directives. Les références utilisées dans le travail sont nommées et clairement identifiées ».

Claudia Wittwer-Corelli

N°2

LE SYSTÈME ÉDUCATIF SUISSE



Scolarité obligatoire |
Le schéma de gauche correspond à la situation actuelle. Les cantons procèdent à l'harmonisation de leurs structures scolaires.
www.cdip.ch > HarmoS

ISCED

La présentation se réfère à l'ISCED (International Standard Classification of Education, www.uis.unesco.org). Cette classification attribue à chaque niveau d'enseignement un code international (allant de l'ISCED 0 à l'ISCED 6), permettant ainsi une comparaison internationale des systèmes éducatifs.

- ISCED 6
- ISCED 5A + 5B
- ISCED 4A + 4B
- ISCED 3A-C
- ISCED 2A
- ISCED 1
- ISCED 0

Diplôme

- Passerelle: 1 maturité gymnasiale → HES (stage professionnel)
- 2 maturité professionnelle → Université (examen complémentaire)
- Nombre d'années

N°2 : Trame de présentation des recherches retenues

Référence	Type d'étude	Question / Hypothèses / Buts	Echantillon / Population / Méthode
1 Mattei, P. (2007). La profession infirmière et son intérêt pour les sciences humaines. <i>Recherches en soins infirmiers</i> , 89, 103-108	Etude quantitative de type sociologique	<p>Question :</p> <p>En quoi de nombreuses infirmières portent-elles plus d'intérêt aux savoirs techniques qu'aux savoirs en sciences humaines ?</p> <p>Hypothèses :</p> <p>La plupart des infirmières ne s'autorisent pas, de par la position sociale de dominée qu'elles occupent, à s'approprier des concepts de sciences humaines.</p> <p>Buts :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mesurer l'intérêt des sciences humaines pour les infirmières, et si elles sont identifiées comme un savoir scientifique - Etablir des corrélations entre l'intérêt pour les sciences humaines et la spécialité du service, ainsi que la durée du séjour dans le service - Observer si la catégorie socio-professionnelle des parents est en lien avec l'intérêt pour les sciences humaines - Etudier si cet intérêt est aussi en lien avec l'âge, l'ancienneté ou avec l'obtention ou non d'autres diplômes 	<p>152 questionnaires distribués auprès d'infirmier (es) toutes spécialités confondues, en ayant pris soin d'avoir une population répartie de manière équitable entre les services très techniques, moyennement techniques et peu techniques</p> <p>Démarche hypothético-déductive</p>

Résultats	Discussion / Conclusion
<p><u>Résultats du tri à plat</u></p> <p>Presque toutes les infirmières s'intéressent donc aux sciences humaines, mais toutes ne les considèrent pas comme indispensables.</p> <p>Cela nous fait dire que l'appropriation des sciences humaines n'est que partielle pour certaines, dans le sens où elles s'y intéressent, mais en même temps elles peuvent travailler sans.</p> <p>[...] Les sciences humaines ne sont envisagées qu'à 47% comme un savoir scientifique. [...]</p> <p><u>Analyse croisée ou multivariée</u></p> <p>Sur 4 questions portant sur l'intérêt des sciences humaines, les hommes sur chacune</p>	<p><u>Synthèse</u></p> <p>Sur la question du sexe, même s'il faut tenir compte du fait que les hommes sont faiblement représentés, il est intéressant de voir que leur intérêt pour les sciences humaines est moindre que celui des femmes.</p> <p>Et qu'à la question sur la hiérarchie des soins, 8 sur 13 ont répondu que c'était l'aspect technique des soins qui primait. Ce qui rejoint l'idée de Bourdieu sur les caractéristiques sexuelles des savoirs, les savoirs techniques étant plus du côté masculin.</p> <p>Sur la question de l'âge et de l'ancienneté du diplôme, notre étude a mis en avant que les jeunes infirmières (diplômées après 95) ne s'intéressaient pas plus, et pas moins aux sciences humaines que les infirmières plus âgées.</p>

Résultats	Discussion / Conclusion
<p>d'entre elles présentent un intérêt moindre et cela de manière significative. Pour la question de l'aspect indispensable des sciences humaines, ils ne sont que 46,2% à penser qu'elles le sont alors que les femmes le pensent à 78%.</p> <p>Au niveau de l'âge, la corrélation avec l'intérêt pour les sciences humaines montre que ces variables sont indépendantes. Cette relative homogénéité questionne dans le sens où les jeunes infirmières, qui pourtant ont été formées aux sciences humaines ne s'y intéressent pas plus que les infirmières plus âgées qui n'ont pas été formées.</p> <p>En ce qui concerne l'intérêt pour les sciences humaines corrélé avec le niveau d'études. Il est intéressant de voir que les bacs + 3 ont répondu positivement à 57,1%, ce qui est plus que les bacs et les bacs + 2.</p> <p>[...] Nous observons qu'au niveau des 2 services les plus techniques, urgences et réanimation, nous retrouvons les plus fortes proportions de « plutôt pas d'accord » et « pas d'accord du tout » [...] à la question sur les « connaissances en sciences humaines sont indispensables pour exercer son métier d'infirmière ».</p>	<p>La question serait de savoir si elles ne s'y intéressent déjà pas en formation, ou si ce désintérêt se manifeste lors de l'entrée dans la vie professionnelle. Si cette dernière proposition est juste, elles sont alors dans une forme de reproduction sociale, puisque une fois sur le terrain, elles se « calent » sur les usages, et ne s'intéressent plus aux concepts de sciences humaines. Est-ce qu'elles ne s'étaient pas réellement appropriées ces connaissances, car il leur avait semblé qu'elles n'étaient pas l'essentiel de leur profession ?</p> <p>Au sujet de l'origine sociale, la CSP du père est signifiante, ce qui est en accord avec la théorie de la reproduction telle que l'a énoncé Bourdieu, dans le sens de « l'inégale représentation des classes sociales » mais cette fois-ci sur cette question de l'intérêt des sciences humaines. Seulement, elle n'est pas signifiante pour toutes les catégories sociales. L'hypothèse que l'intérêt pour les sciences humaines serait plus important lorsque l'on a un statut social élevé et que l'on est doté d'un capital culturel important, « hérité de sa famille » ; que pour les CSP dites « dominées » qui dotées d'un capital culturel moins important, seraient moins portées vers des savoirs théoriques de sciences humaines, ne se vérifie que pour certaines catégories sociales.</p> <p>[...].</p> <p>Au niveau de la spécialité, l'étude n'a pas pu mettre en évidence la signifiante de cette variable au niveau de l'analyse croisée. Il est tout de même ressorti un intérêt moindre pour les sciences humaines, dans les services d'urgences et de réanimation, qui sont en effet les services où la technicité est la plus prégnante</p> <p><u>Conclusion</u></p> <p>Ainsi, nous pensons que dans cette étude, ce sont bien certains mécanismes de reproduction sociale qui parfois transparaissent : « Les stratégies de reproduction prédominent au sein des champs, expliquant ainsi la permanence des structures sociales ». Chaque champ possède des règles du jeu et enjeux spécifiques, irréductibles aux règles du jeu et des enjeux des autres champs. Chacun d'eux à sa loi fondamentale, son « nomos ». Chaque champ enferme ainsi ses agents dans ses enjeux propres.</p> <p>[...].</p>

Référence	Type d'étude	Question / Hypothèses / Buts	Echantillon / Population / Méthode
2 Pierre/ Jeanguiot N. (2006). Des pratiques soignantes aux sciences infirmières. <i>Recherche en Soins Infirmiers</i> , 93, 75-135	Etude quantitative	<p>Questions :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Sur quel(s) savoir(s) repose la profession infirmière, quel savoir propre à cette profession apparaît au fil des programmes et des réformes dans les différentes écoles publiques ou privées ? -En 2005, quelle est la légitimité, la reconnaissance de la formation infirmière, des soins infirmiers, du savoir constitutif de cette profession ? -Existe-t-il une science ou des sciences infirmières ? -Peut-on parler de recherche infirmière aujourd'hui en France et dans quels domaines se développe-t-elle ? <p>But :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Situer la formation aujourd'hui, tout en regardant comment elle s'est structurée pendant cent trente ans et comment un savoir spécifique s'est construit. 	129 publications de la rubrique « recherche » de l'ARSI

Résultats	Discussion / Conclusion
<p>129 recherches ont été réalisées en 20 ans. Sur un plan quantitatif, le nombre de recherches augmente sensiblement. Il y a une diminution des recherches françaises sur la dernière période (de 2000-2005) alors que sur la même période, il y a une augmentation significative des recherches suisses et québécoises. Ceci s'explique par le fait qu'au Québec, la recherche infirmière s'est développée au sein de l'université en sciences infirmières depuis les années 1980 ; un cursus universitaire existe également en Suisse, la Suisse ayant par ailleurs développé la filière clinique. Cela peut expliquer la présence de ces recherches dans une revue francophone. De plus, l'ARSI reste la seule publication francophone dans le domaine des soins infirmiers ; les chercheurs québécois sont amenés à publier dans cette revue en français, sinon ils doivent publier dans les revues anglophones. Les cadres de santé, cadres supérieurs et les formatrices assurent la moitié des publications : 65 publications. Les infirmières sont peu nombreuses à publier seules (9) : - il s'agit de 2 étudiantes infirmières ayant publié leur mémoire d'IFSI (entre 1985 et 1990). A ce jour, l'ARSI ne publie plus de mémoires d'étudiants-es infirmiers-ères. - les études publiées par des infirmières relèvent de professionnelles ayant débuté un cursus universitaire ou ayant suivi une formation de clinicienne. - des infirmières participant à des recherches le font au sein d'équipes. Un grand nombre de recherches est publié par des équipes : 48 recherches, soit 37 % des publications. Les recherches se répartissent de manière égale dans les différentes</p>	<p>A l'origine la profession infirmière accorde une place importante à l'humain, cet humanisme d'obédience religieuse repose sur la charité pour les infirmières et sur le rachat de leurs péchés pour les malades. Dans la seconde partie du XXème, la profession s'est techniciée sur un plan essentiellement médical, souhait des professionnels de se trouver une «spécificité» qui va s'inscrire dans la mouvance des établissements où les techniques médicales, les auxiliaires médicales trouvent alors toute leur place. Dans les années 70, les savoirs fondements de l'autonomie professionnelle voient le jour et semblent entrer en compétition avec des savoirs techniques médicaux alors qu'ils avaient été pensés comme</p>

Résultats	Discussion / Conclusion
<p>disciplines ; cela démontre l'ouverture des soins infirmiers vers les champs disciplinaires où les sciences humaines sont majoritaires ; cela confirme le lien étroit entre recherche infirmière et sciences humaines. Les recherches dénotent également les dimensions interdisciplinaires de certains thèmes. Ainsi, des références à l'histoire, à la santé publique, à l'économie de la santé se retrouvent dans les recherches à dominante sociologique. Sur un plan général, les cadres, cadres supérieurs et les formateurs-trices français-es écrivent, le plus souvent seuls (57 sur 65 au total) et cela quelle que soit la discipline. Enfin, concernant la répartition hommes-femmes, les publications de recherches dans l'ARSI sont pour le plus grand nombre réalisées par des femmes (64) et ou par des équipes composées uniquement de femmes (28), soit 92 recherches, c'est-à-dire 71 %. Les 2/3 des recherches publiées par l'ARSI de 1985 à 2005 sont écrites par des professionnels-les français-es. C'est une bonne surprise d'autant plus que la recherche infirmière en France n'est pas reconnue et ne relève pas d'instituts de recherches officiels, comme en Suisse ou au Québec, où des unités de recherche infirmière existent. La recherche n'est pas un domaine inconnu pour les jeunes infirmiers-ères (diplômés-es depuis 1995) et pour les cadres de santé. Tous les étudiants en soins infirmiers écrivent en fin de formation un travail de fin d'études, épreuve écrite du diplôme d'État d'infirmier. Ce travail de fin d'études repose pour de nombreux instituts sur une initiation à la recherche, ce qui n'est pas suffisant pour oeuvrer ensuite dans le champ de la recherche infirmière. Les cadres et les formateurs-trices mènent des recherches, car ils ont la possibilité au cours de leur formation professionnelle de se former à nouveau à la méthodologie de la recherche et ce d'autant plus que tous les étudiants cadres de santé réalisent un mémoire au cours de leur formation, formation validée le plus souvent par une licence dans le cadre universitaire. L'absence de cursus universitaire limite les possibilités de recherche pour les infirmiers-ères qui ne souhaitent pas opter pour une fonction de cadre ou de formateur-trice.</p>	<p>complémentaires dans les textes... Les sciences infirmières n'ont pu émerger de ces terreaux trop religieux ou trop médicaux. Les sciences infirmières naîtront à l'image des autres pays dans un contexte universitaire, nourries des sciences humaines associées aux motivations et à la prise de conscience du monde infirmier lui-même. C'est aux infirmiers-ères de contribuer à la production de nouveaux savoirs, non seulement liés à l'évolution des techniques médicales mais relevant aussi de pratiques interdisciplinaires, associant des équipes de travail, des équipes de recherche afin de contribuer à faire évoluer les connaissances infirmières. Cette évolution potentielle de la formation infirmière s'inscrit dans le cadre de la qualité de soins, c'est-à-dire des connaissances nouvelles, des pratiques réactualisées, innovantes dont la finalité est la promotion de la santé et la qualité de vie des personnes.</p>

Référence	Type d'étude	Question / Hypothèses / Buts	Echantillon / Population / Méthode
<p>3</p> <p>Kathleen, M., Potempa, DNSc., Richard, W., Redman, PhD., Christine, A. & Anderson, MA. (2008). Capacity for the</p>	<p>Etude quantitative</p>	<p>Question générale</p> <p>« Est-ce que le modèle de formation doctorale actuel en soins infirmiers mène la discipline vers ses buts scientifiques et académiques et la positionne pour avoir une influence importante sur la science et la santé dans un contexte multidisciplinaire ? »</p> <p>Questions plus spécifiques</p>	<p>Méthodes</p> <p>Design</p> <p>Cette étude a utilisé un design comparatif en croix pour étudier la formation infirmière et la recherche dans la discipline et dans un contexte multidisciplinaire. Les données 2005 disponibles ont été collectées de sources professionnelles et gouvernementales. Cette recherche croisée était la plus récente fournissant des informations sur toutes les variables d'intérêt.</p>

Référence	Type d'étude	Question / Hypothèses / Buts	Echantillon / Population / Méthode
advancement of Nursing Science : Issues and challenges. <i>Journal of Professional Nursing</i> , 24 (6), 329-336.		<p>1° quelle est la productivité scientifique des soins infirmiers mesurée selon l'activité en recherche financée fédéralement et comment se porte la productivité scientifique en soins infirmiers comparée à celle de la médecine et de la santé publique ?</p> <p>2° quel est l'impact de la science de la théorie des soins infirmiers sur le domaine public mesuré selon la quantité (volume) et la qualité (facteur d'impact) de la littérature publiée sur les soins infirmiers ? De plus, comment est l'impact comparé à celui de la médecine et de la santé publique ?</p> <p>3° y a-t-il un nombre adéquat d'universitaires infirmiers avec la formation nécessaire pour combler les besoins des buts scientifiques et académiques actuels ? Comment sont les soins infirmiers comparés à la médecine et à la santé publique ?</p> <p>4° quelle est la proportion d'individus avec un doctorat en soins infirmiers par rapport à ceux ayant un degré de formation inférieur et est-ce que ce rapport est adéquat ?</p> <p>5° y a-t-il une différence significative dans le nombre, la formation ou le taux de chômage universitaire entre les écoles infirmières qui ont une activité de recherche financée par le National Institute of Health (NIH) et celles qui ne sont pas financées par le NIH ?</p> <p>Buts déterminer si les soins infirmiers atteignent les buts attendus de développement scientifique et la préparation pour les carrières académiques actuellement, étant</p>	<p>Population et échantillon La population d'intérêt comprend tous les diplômés en soins infirmiers et les plus hauts degrés de formation en soins infirmiers (699), les écoles médicales allopathiques accréditées (125) et les écoles de santé publique accréditées (37). Ces nombres reflètent les programmes en 2005 et sont financées par les associations respectives (Association of American Medical Colleges, 2006a ; Fang, Wilsey-Wiesniewsky et Bednash, 2006a ; Ramiah, Silver et Sow, n.d). Tous les diplômés et les programmes de plus haut niveau en soins infirmiers ont été choisis parce que leurs facultés comprennent des gens avec un doctorat et d'autres individus qui contribuent à la formation dans ce domaine.</p> <p>Mesures Le développement scientifique et l'impact de chaque discipline a été mesuré en utilisant deux références empiriques : le montant du financement fédéral pour la recherche et l'impact et le volume de littérature publiée. Le NIH est la plus grande, même si ce n'est pas la seule, source de financement fédéral pour la recherche liée à la santé aux USA. Annuellement, le NIH rassemble les tableaux de données disponibles publiquement qui classent les écoles en se basant sur le financement pour la recherche, les bourses de recherche et les bourses de formation dans plusieurs disciplines (NIH, 2006a, 2006b). Les données brutes de 2005 ont été extraites des tables pour inclure les niveaux de financement et le nombre de subventions pour la recherche attribuées à des écoles médicales, infirmières et de santé publique. Bien que le financement de la recherche implique un rendement scientifique, la caractéristique du rendement dans la littérature par discipline est une tâche complexe. Bien que la croissance du nombre de journaux et des articles a été phénoménale, l'indexation électronique et la collecte de données ont rendu l'analyse des indicateurs empiriques du rendement scientifique beaucoup plus faisable (Boyack, 2004). Le nombre brut des articles publiés est utilisé comme référence empirique de la productivité scientifique de la discipline, tandis que le facteur d'impact d'un journal est utilisé comme référence empirique de l'impact et de la qualité de la recherche publiée dans les disciplines. Le facteur d'impact d'un journal est une mesure basée sur les citations qui est utilisée pour quantifier la significativité d'un journal et est de plus en plus utilisé comme marqueur de la qualité d'un journal. L'indice est déterminé en divisant le nombre de citations durant une année donnée par le nombre d'articles publiés dans la période de</p>

Référence	Type d'étude	Question / Hypothèses / Buts	Echantillon / Population / Méthode
		donné l'accent mis sur la préparation à la recherche dans une formation doctorale	deux ans précédente (Campanario, Gonzalez et Rodriguez, 2006). Les rapports de citation de journaux de Thomson Corporation (JCR) calculent le facteur d'impact des journaux dans leur base de données ainsi que les facteurs d'impact globaux pour les différentes catégories, y compris pour les soins infirmiers, la médecine et la santé publique. Le facteur d'impact représente le nombre moyen de citations reçues par les articles récents dans un journal (Thomson Corporation, 2006). Le facteur d'impact a été critiqué comme mesure de la qualité d'un journal (Allen, Jacobs et Levy, 2005 ; Campanario et al, 2006). Quoi qu'il en soit, Saha, Saint et Christakis (2003) ont démontré une forte corrélation entre le facteur d'impact et le classement de la qualité des journaux par des médecins pour les journaux généraux de médecine ($r^2=0.82$, $p<0.001$), ce qui soutient la théorie selon laquelle le nombre de citations d'un journal est un reflet de son importance et donc de sa qualité. Les catégories sélectionnées pour la comparaison ont été définies par JCR et sont présentées dans la Table 2. L'enquête nationale de mars 2004 des infirmiers enregistrés de la Health Resources and Services Administration fournit des informations sur les infirmiers enregistrés du pays en incluant la main-d'œuvre et la formation. L'échantillon est tiré de la liste des brevets actifs de chaque état (Health Resources and Services Administration, 2004). Pour terminer, des données comparables sur le nombre de facultés et de programmes parmi les disciplines ont été cherchées. L'American Association of Colleges of Nursing enquête chaque année sur les programmes de diplôme et de plus haut niveau de formation sur divers sujets, y compris sur les caractéristiques des facultés. En 2005, il y a eu 699 programmes de ce genre et l'American Association of Colleges of Nursing rapporte un taux de réponse à l'enquête de 82.3% qui inclut les écoles membres et non-membres (Fang et al, 2006b). Les informations des facultés de santé publique ont été obtenues par l'Association of Public Health School qui représente les écoles de santé publique qui sont certifiées par le Conseil sur l'Education pour la Santé Publique. En 2005, il y avait 37 écoles accréditées aux USA (Ramiah et al, n.d). L'enquête de faculté apporte des données sur 33 écoles (89%). Les 125 écoles médicales allopathiques accréditées aux USA sont représentées par l'American Association of Medical Colleges. Les informations de faculté ont été apportées pour 100% des écoles en 2005.

Résultats	Discussion / Conclusion
<p>La première question concerne la productivité scientifique des disciplines en terme de recherches financées fédéralement. Les statistiques descriptives sur les comparaisons des financements du NIH entre les disciplines sont présentées dans la table 1 et fournissent une image des différences entre les groupes. Comme résultat des différences significatives dans l'homogénéité des variances dans nos données, le test de Kruskal-Wallis non-paramétrique a été utilisé. Ces résultats confirment la significativité en terme de nombre de bourses et de dollars. Le nombre de bourses et leur montant sont hautement corrélés ($r^2=0.984$, $p<0.000$).</p> <p>La deuxième question se focalise sur l'impact de la recherche en soins infirmiers dans le domaine public comparé à la médecine et à la santé publique. Malgré les progrès dans la quantification du rendement scientifique, les sources de données primaires ne se prêtent pas à l'analyse ; quoi qu'il en soit, les données présentées dans la table 2 fournissent des informations sur la quantité et l'impact du rendement des soins infirmiers dans la littérature publiée comparés à la santé publique et à la médecine. Les statistiques non-paramétriques indiquent qu'il y a une différence significative entre les groupes en terme de facteur d'impact des journaux les mieux classés. La différence dans le nombre d'articles dans ces journaux n'est pas statistiquement significative. Même s'il est clair que les journaux sélectionnés ne représentent qu'une petite partie du nombre total d'articles de journaux publiés, un examen de ces journaux contribue à la compréhension des différences entre les disciplines en relation avec la disponibilité des découvertes dues à la recherche.</p> <p>La troisième question concerne le nombre de facultés de soins infirmiers et les comparaisons entre les disciplines. Les données présentées dans la table 3 suggèrent qu'il y a des différences significatives entre les groupes. Le test de Kruskal-Wallis confirme que les différences sont hautement significatives ($X^2=343$; $p<0.000$). De plus, le résultat du test présenté dans la table 4 révèle qu'il existe une relation</p>	<p>Discussion</p> <p>En accord avec un précédent rapport sur les données de 2002, nous avons trouvé une différence significative dans la moyenne du financement du NIH en 2005 entre les soins infirmiers, la santé publique et la médecine que ce soit dans le montant des bourses et dans leur nombre. La santé publique et la médecine ont toutes deux un montant et un nombre moyens de bourses plus élevés que les soins infirmiers. Le montant des bourses est corrélé significativement avec le nombre de bourses attribuées. Le volume de recherche en santé publique est produit dans environ 50% moins d'écoles que pour les soins infirmiers et la médecine a un montant de bourses attribuées environ 6000 fois supérieur aux soins infirmiers et possède seulement 26% d'écoles en plus.</p> <p>La pénurie de facultés en soins infirmiers est bien connue et le nombre de programmes doctoraux augmente depuis 2000 mais cette augmentation n'a pas entraîné une augmentation majeure des inscriptions à ces programmes. Nos données démontrent que ce n'est pas le nombre d'écoles dans une discipline mais le nombre de facultés à plein temps dans ces écoles qui sont la variable importante pour la productivité de la recherche. Nous avons aussi trouvé que le nombre de possesseurs de doctorats de la faculté était aussi significativement reliée à la productivité de la recherche, ce qui n'est pas surprenant pour les soins infirmiers. En termes de capacité des soins infirmiers pour la productivité de la recherche comparée à la médecine et à la santé publique, les données présentées dans la table 5 illustrent qu'avec seulement 0.9% de détenteurs de doctorats dans notre population d'infirmiers, nous avons une relativement minuscule nombre d'infirmiers enregistrés qui sont préparés à générer de la science pour la pratique. De plus, la proportion d'infirmiers qui ont un master ou un baccalauréat ne fournit pas le nombre nécessaire de praticiens qui sont capables de mettre la science en pratique. Clairement, il y a des problèmes critiques de capacité pour le développement scientifique et son utilisation en pratique.</p> <p>Les données de cette étude montrent aussi un plus grand impact des publications pour la médecine et la santé publique que pour les soins infirmiers. Même si nous reconnaissons que le facteur d'impact a des limitations, en particulier pour juger de la valeur des publications individuelles, nous pensons que c'est une référence raisonnable de comment les autres dans le domaine public peuvent associer et évaluer la productivité scientifique des disciplines particulières.</p> <p>Les données de cette étude indiquent aussi que le nombre de doctorats en soins infirmiers chaque année s'approche du nombre places vacantes des facultés dues aux retraites et autres efflux. Le nombre de diplômes actuels remis en soins infirmiers atteint à peine le remplacement des places existantes dans les facultés et ne couvre pas les besoins pour une expansion future de la faculté. De plus, il y a beaucoup d'opportunités pour des infirmiers avec un doctorat autres que les places dans les facultés, y compris des postes de scientifiques infirmiers dans l'industrie et la santé publique. Les scientifiques infirmiers conduisent des recherches qui sont essentielles à la santé et au bien-être des patients, des familles et des communautés et les résultats de ces recherches donnent des informations sur l'application de la soins de santé et sur les réglementations publiques. Le but de la recherche en soins infirmiers est large. Elle inclut la mise en évidence</p>

Résultats	Discussion / Conclusion
<p>significative entre le nombre de facultés et le nombre de bourses de recherche dans toutes les disciplines. Parmi les trois disciplines, la relation la moins forte est celle pour les soins infirmiers, peut-être parce que 53% des facultés de soins infirmiers à temps complet n'incluent pas de préparation au doctorat.</p> <p>La quatrième question concernait la proportion d'infirmiers préparés au doctorat par rapport à celle des infirmiers ayant un niveau de formation inférieur et sur l'adéquation de cette proportion. La table 5 présente les données nationales sur la formation des infirmiers enregistrés. L'American Association of Colleges of Nursing rapporte qu'en 2005, il y avait 110 programmes doctoraux –une augmentation de 67 par rapport à 1995 (Berlin, Bednash et Scott, 1997 ; Fang et al, 2006a). La figure 1 illustre les inscriptions aux programmes doctoraux et les diplômes décernés dans la décennie 1995-2005.</p> <p>Pour terminer, la cinquième question se rapportait aux différences dans les caractéristiques des facultés des écoles financées ou pas par le NIH. Les données présentées au-dessus montrent qu'il y a des différences significatives entre les disciplines en termes de nombre de facultés et qu'un plus grand nombre de facultés est lié à un plus grand nombre de bourses de recherche. De plus, il y a des différences significatives dans les caractéristiques des facultés financées ou pas par le NIH entre celles qui préparent au doctorat ($X^2=182.6$, $p<0.000$), celles qui n'y préparent ($X^2=86.9$, $p<0.000$) et les facultés à temps partiel ($X^2=56.6$, $p<0.000$) (voir table 4 pour la régression des caractéristiques des facultés de soins infirmiers et le nombre de bourses du NIH). Ces résultats révèlent que la préparation doctorale des facultés est un facteur important pour obtenir un financement du NIH.</p>	<p>sur la promotion de la santé et la réduction des risques pour les individus de tout âge, l'amélioration des conséquences de la maladie, la facilitation des individus ou de leur famille à vivre avec ou à s'adapter à leur maladie et l'amélioration ou le réaménagement des environnements où sont appliqués les soins de santé. Dans un rapport récent du NRC des Académies Nationales, la majeure inquiétude était sur la trajectoire des carrières actuelles ou la formation à la recherche pour les scientifiques infirmiers par des formations doctorales et post-doctorales. Cela a un impact direct sur les individus qui recherchent des formations doctorales et des postes académiques. Comme décrit plus tôt, l'âge moyen des doctorants est un problème majeur. Les recommandations du NRC incluent les expositions des étudiants qui n'ont pas de doctorat à la recherche et à des opportunités d'apprentissage en travaillant avec des scientifiques infirmiers et un engagement pour enrôler les étudiants beaucoup plus tôt dans leurs carrières. D'autres recommandations incluent « la voie rapide » des non doctorants dans les programmes doctoraux immédiatement après ou peu de temps après qu'ils aient obtenu leur diplôme et l'évaluation pour savoir si un master est requis ou pas pour une formation doctorale. Le NRC demande aux programmes doctoraux de revoir leur cursus selon les admissions après le baccalauréat pour augmenter le nombre de futurs scientifiques qui obtiendraient ainsi leur doctorat plus tôt dans leurs carrières et qui seront prêts à assumer des postes académiques de scientifiques et de membres de facultés. (NRC, 2005).</p> <p>Potempa et Tilden (2004) proposent aussi un modèle pour les environnements académiques pour soutenir le développement de science ayant un impact élevé dans les soins infirmiers. Ces recommandations incluent les suivantes : une plus grande utilisation du rôle de scientifique ; équilibrer les missions dans les activités à travers les facultés comme un tout et pas seulement dans les activités des facultés individuellement ; prendre des mesures d'encouragement et de récompense pour des réussites scientifiques et l'utilisation des connaissances pour toutes les facultés ; création d'attentes pour l'implication des étudiants à tous les niveaux de formation, y compris ceux ayant un diplôme.</p> <p>De plus, les recommandations du projet Pew doivent être incluses dans les programmes doctoraux en soins infirmiers de façon à ce que des programmes de grande qualité soient disponibles pour combler les besoins en recherche et en enseignement des soins infirmiers sur le court terme et sur le long terme (Hinshaw et Leino-Kilpi, 2005 ; Redman et Chenoweth, 2005).</p> <p>Conclusion</p> <p>Nous concluons de cette étude que le système actuel de formation doctorale en soins infirmiers ne forme pas le nombre nécessaire de doctorants pour remplacer les départs à la retraite dans les facultés ou pour étendre la capacité de formation en soins infirmiers à tous les niveaux. Nous avons conclu également que le relativement petit nombre d'infirmiers qui possèdent un doctorat affecte significativement notre capacité à générer et utiliser la science qui a un impact sur le domaine public comparé à nos collègues en médecine ou en santé publique.</p> <p>Il se peut que les besoins des soins infirmiers d'augmenter les facultés doctorales dans les écoles existantes</p>

Résultats	Discussion / Conclusion
	<p>qui ont une grande activité de recherche afin de favoriser les environnements de recherche synergistique et riche pour les formations pré- et post-doctorales. Même s'il y a beaucoup de pressions sur toutes les écoles infirmières pour augmenter les inscriptions à tous les niveaux de formation, les universités qui ont une grande activité de recherche et les écoles sont une ressource unique aux USA qui pourrait être mieux utilisée en se focalisant sur l'expansion des facultés doctorales ainsi que sur les inscriptions des doctorants. Il se peut aussi que le nouveau doctorat clinique en soins infirmiers, le docteur en pratique infirmière augmente significativement le nombre d'infirmiers capables d'utiliser l'information scientifique et qui s'engagent dans la scolarité clinique pour améliorer la pratique. Mais ces deux interventions seules ne sont pas susceptibles de résoudre ce problème significatif historique. Nous avons les recommandations de deux groupes reconnus, le projet Pew et le NRC, qu'il faut aussi prendre en considération et incorporer dans nos stratégies pour le futur. La pénurie de scientifiques infirmiers bien formés et d'utilisateurs de la science en pratique aura un impact pour les générations futures sur les découvertes scientifiques et sur la pratique clinique si des mesures ne sont pas prises maintenant pour augmenter les inscriptions dans les programmes doctoraux.</p>

Référence	Type d'étude	Buts Question Hypothèses	Echantillon Population Méthode	Résultats
<p>4</p> <p>Rousseau, N. (1997). De la vocation à la discipline. <i>L'Infirmière Canadienne</i>, 93 (5), 39-44</p>	Réflexion dans une perspective historique			<p><u>Soigner : une vocation féminine ?</u></p> <p>Connor-Versluis va jusqu'à reprocher aux historiens leur manque de sérieux pour avoir construit l'histoire des services de santé à partir du seul point de vue d'une minorité de personnages célèbres du milieu médical tout en ignorant la vaste majorité des autres intervenants, considérés comme amateurs ou charlatans. Pourtant estime l'auteure, jusqu'au 18^{ème} siècle, il n'y avait qu'une poignée de médecins concentrés dans les grandes villes et, pour la majorité de la population, les accouchements, les soins aux enfants, aux malades, aux infirmes et aux mourants étaient pris en charge par des « amateurs ». [...]. Les ouvrages populaires sur la santé, étaient souvent destinés aux femmes et, dans le cas de la sage-femme, étaient écrits par des femmes.</p> <p>Ces sources d'informations auraient été ignorées par les historiens qui ont préféré accorder plus de crédibilité aux médecins. Or, ces derniers étaient en compétition avec les « amateurs », en majorité des femmes, et avaient donc avantage à présenter les pratiques des femmes sous un mauvais jour. [...]. On a découvert que le travail médical des femmes était aussi vaste que varié, qu'il impliquait non seulement des pauvres paysannes ou des religieuses cloîtrées, mais aussi des femmes de toutes les conditions sociales qui soignaient à l'aide d'herbes et d'onguents et procédaient même à des interventions chirurgicales dans les marchés publics. L'histoire des premières soignantes canadiennes va dans ce</p>

Référence	Type d'étude	Buts Question Hypothèses	Echantillon Population Méthode	Résultats
				<p>sens.</p> <p><u>Les soignantes canadiennes</u></p> <p>Selon Gibbon et Mathewson, la première infirmière canadienne aurait été Marie Hubou, veuve du chirurgien-apothicaire Louis Hébert, venu s'établir à Québec en 1617. Ces auteurs ne précisent malheureusement pas la nature de ses interventions autrement que pour dire qu'elle visitait les malades qui avaient été portés à son attention par les pères Jésuites. Il est implicite qu'elle le faisait gratuitement. [...].</p> <p>Jeanne-Mance fut probablement la 2^{ème} infirmière laïque à s'établir en Nouvelle-France. Avant son arrivée ici, elle s'était jointe à la Confrérie des Dames de la Charité, un groupe de femmes qui se consacraient aux soins des pauvres à Paris dans une organisation qui était vraisemblablement celle de St-Vincent de Paul. Sollicitée par Madame de Bullion pour prendre la responsabilité d'un hôpital en Nouvelle-France, elle arrive à Montréal le 17 mai 1642 avec un groupe de colonisateurs dirigé Maisonneuve. Selon Gibbon et Mathewson, « elle possédait un mortier, des balances, une seringue, des rasoirs et des lancettes ; elle avait aussi préparer ses propres remèdes et pouvait faire des saignées ». Elle avait également accès au jardin d'herbes médicinales de l'Hôtel-Dieu de Montréal dont elle assumait la direction.</p> <p>Catherine Guertin a été élue sage-femme en 1713.</p> <p>En 1738, Madame d'Youville rassemble un groupe de femmes charitables (devenue par la suite Sœurs Grises) afin d'ouvrir un refuge pour les pauvres. [...].</p> <p>Les sœurs de la providence soignent aussi les malades à domicile et, à la demande d'un groupe de professeurs de l'Ecole de médecine à Montréal, elles ouvrent un dispensaire pour soigner gratuitement les pauvres. [...].</p> <p><i>Les interventions posées traditionnellement par les femmes soignantes comprenaient donc l'utilisation d'herbes médicinales, la préparation de remèdes maison, l'exécution de petites interventions chirurgicales, l'assistance apportées aux femmes lors des accouchements (sage-femmerie), l'accompagnement des mourants et l'assistance aux pauvres.</i></p> <p>Voilà ce qui constituait le champ d'exercice des femmes soignantes avant le mouvement de professionnalisation du 19^{ème} siècle. Notons qu'à part les cas soulignés par Connor-Versluyen, ces femmes, même celles qui intervenaient sur une base individuelle, semblent avoir prodigué leurs soins gratuitement ou du moins s'être contentées de ce qu'on leur donnait. Ce fait et la place importante occupée par les ordres de religieuses soignantes dans les services de santé ont contribué à entretenir l'idée que le travail d'infirmière était une « vocation ».</p> <p>[...].</p> <p>Summers ébranle quelque peu ce mythe de la soignante non rémunérée prodigant ses soins par pure vocation. Cette historienne souligne en effet que le recensement de 1841, en Angleterre, dénombrait quelque 13000 « nurse not domestic servant », dont plusieurs travaillaient contre rémunération comme</p>

Référence	Type d'étude	Buts Question Hypothèses	Echantillon Population Méthode	Résultats
				<p>l'attestent les livres de comptes des hôpitaux britanniques. Selon Summers, c'est surtout en période d'épidémies qu'on appréciait à sa juste valeur le travail des nurses. Elle fait état de paiements de gages très élevés à des nurses employées par diverses organisations sanitaires britanniques pour donner des soins à domicile ; entre autres, le Oxford Board of Health aurait engagé 30 nurses pendant l'épidémie de choléra de 1832, à un salaire six fois supérieur à celui des domestiques.</p> <p>Le 19^{ème} siècle marque le passage de la vocation à la profession. Logiquement, l'accès au statut de professionnelle aurait dû être accompagné d'une formation systématique et rigoureuse dans le domaine des soins et d'une reconnaissance sociale.</p> <p><u>La professionnalisation</u></p> <p>[...].</p> <p>Quant aux idées de Nightingale sur le nursing proprement dit, nous en avons un aperçu par ses <i>Notes on Nursing : What it is and What it is not</i>, publiées en 1859. [...]. Elle a continué d'affirmer jusqu'à sa mort, en 1910, que le <i>nursing</i> était une vocation et a refusé de rejoindre le mouvement de professionnalisation des soins infirmiers. C'est plutôt Ethel Manson-Fenwick qui a mené ce combat.</p> <p>Griffon relate les efforts déployés par Ethel Manson pour obtenir que l'accès à la profession infirmière soit légiféré en Grande Bretagne. [...]. Elle entreprend de faire voter une loi obligeant les femmes qui s'identifient comme nurses à s'inscrire auprès du Royal College of Nursing. Face à une opposition farouche de la part des administrateurs d'hôpitaux et des médecins, elle fait de nombreuses concessions et use de tant de stratégies qu'elle se retrouve, en fin de compte, à défendre une cause bien différente de celle qu'elle soutenait au départ. Griffon démontre que, lorsque la loi tant souhaitée est finalement adoptée, elle est formulée de manière à servir les intérêts de la profession médicale et des hôpitaux plutôt que ceux de la promotion des soins. [...]. L'accession des infirmières à un statut professionnel au plan législatif ne leur donne pas pour autant un statut professionnel au quotidien. Le problème de fond des infirmières n'est toujours pas réglé, à savoir leur incapacité de définir clairement la nature de leurs services et de se donner une véritable formation professionnelle afin de pouvoir exercer de façon autonome.</p> <p>Voilà pourquoi les infirmières ont voulu, au début du siècle, accéder à la formation universitaire et que les milieux universitaires américains ont commencé à proposer des modèles conceptuels dans les années soixante. Elles étaient, en effet, conscientes que la formation universitaire s'appuie sur le développement des connaissances articulées autour de théories propres à la profession.</p> <p><u>Toujours en quête d'identité</u></p> <p>Tout comme les premiers programmes de formation d'infirmières auraient dû logiquement s'appuyer sur la tradition des femmes soignantes, les premières tentatives de conceptualisation du nursing auraient également dû s'inspirer de cette tradition ou du moins être développées à partir du quotidien de l'exercice infirmier autonome, c'est-à-dire à partir des interventions que posent les infirmières quand elles font autre chose qu'exécuter des prescriptions médicales. Ce n'est cependant pas ce que les infirmières</p>

Référence	Type d'étude	Buts Question Hypothèses	Echantillon Population Méthode	Résultats
				<p>théoriciennes ont fait. [...]. Sans le dire explicitement, elles considéraient les soins infirmiers comme un champ d'études construit à partir de connaissances puisées dans diverses disciplines, plutôt que comme une discipline spécifique. [...]. A l'approche du 21^{ème} siècle, la profession infirmière est en crise et ne semble pas pouvoir s'appuyer sur la législation ou sur ses théoriciennes pour s'en sortir. Tant d'études en histoire du nursing ont documenté la menace que constituaient les soignantes envers la profession médicale – au point où cette profession ne pouvait tolérer l'idée de simples infirmières visiteuses à domicile (...) -, que l'on peut se demander sérieusement si les chefs de file de la profession infirmière n'ont pas échoué dans leur mission. La professionnalisation des soins aurait dû conduire à l'autonomie mais, ni l'accès au statut de profession, ni l'accès à la formation universitaire n'a encore réussi à redonner aux soignantes leur indépendance perdue au fil des siècles. [...]. En effet, explique-t-il, si, en devenant professionnelles, les infirmières ont acquis le contrôle de l'accès à leur profession, elles se sont par ailleurs prolétarisées de plus en plus. [...]. Cet auteur souligne le statu ambigu de la profession infirmière, à la fois légalement autonome et limitée par la profession médicale encore puissante, bien protégée par la loi et branchée dans les corridors du pouvoir politique. Il n'est pas impressionné par les efforts des théoriciennes pour construire un corps de connaissances unique à la profession infirmière et conclut que le nursing est encore une « semi-profession ». [...]. Plus récemment, elle renouvelait ce discours en invitant toutefois les infirmières à proposer un modèle de professionnalisme dans le domaine de la santé qui soit différent du modèle biomédicale. [...]., les infirmières auraient avantage à prendre conscience des racines historiques de leurs profession et à s'en inspirer pour mieux définir le type de services qu'elles peuvent rendre à la société.</p>

Référence	Type d'étude	Question / Hypothèses / Buts	Echantillon / Population / Méthode
<p>5</p> <p>Takase, M., Kershaw, Es & Burt, L.</p>	Etude qualitative de type descriptif corrélational	<p>Buts</p> <p>Etudier les réponses des infirmiers à la différence d'image entre le public et les</p>	<p>Design/Méthodes.</p> <p>Cette étude a été menée en 1999 avec l'approbation éthique d'une université australienne. Un échantillon de 80</p>

Référence	Type d'étude	Question / Hypothèses / Buts	Echantillon / Population / Méthode
(2001). Nurse-environment misfit and nursing practice. <i>Journal of Advanced Nursing</i> , 35 (6), 819-826		infirmiers et sa relation avec leur conscience d'eux-mêmes, leur satisfaction et leur performance professionnelle.	infirmiers enregistrés australiens y a participé en remplissant l'échelle de Porter de l'Image de l'Infirmier, l'Indice de Satisfaction au Travail (IWS) et l'Echelle à six dimensions de la Performance Infirmière. Les données ont été analysées en utilisant les statistiques descriptives et la corrélation de Pearson.

Résultats	Discussion / Conclusion
<p>Un total de 82 questionnaires ont été renvoyés, ce qui représente un taux de participation de 27.3%. De là, deux questionnaires incomplets ont été exclus de l'analyse statistique. En conséquence, un total de 80 réponses a été entré pour les analyses statistiques.</p> <p>Résultat des statistiques descriptives</p> <p>Les données démographiques montrent que la majorité de l'échantillon est composé de femmes, ce qui représente 95% de l'échantillon total. Les données montrent aussi que la plupart de ceux qui ont répondu sont employés dans les soins infirmiers, pour la majorité à temps partiel (45%), suivis par ceux à temps complet (43.8%). Les statistiques descriptives sur l'âge des interrogés révèlent que la majorité sont dans le groupe des 30-39 ans (40%), suivi par les 40-49 ans (30%). Approximativement 70% des interrogés ont plus de 10 ans d'expérience dans les soins infirmiers alors que seulement 3.8% ont moins de 5 ans d'expérience. Concernant la formation de l'échantillon, les données indiquent qu'environ 75% ont suivi une éducation tertiaire. Pour terminer, les données concernant la spécialisation en soins infirmiers montrent qu'ils ont des formations cliniques diverses bien que la plus grande proportion vienne de secteurs médicaux/chirurgicaux (23%).</p> <p>En ce qui concerne la fiabilité des échelles, le coefficient α de Cronbach suggère que toutes les échelles sont raisonnablement fiables et celui-ci se situe entre 0.87 pour l'Echelle à six dimensions de la Performance Infirmière et 0.92 pour l'IWS.</p>	<p>Discussion</p> <p>Les résultats de l'échelle de Porter de l'Image de l'Infirmier révèlent que les infirmiers perçoivent leur image publique plus négativement que la façon dont ils se voient eux-mêmes. C'est à cause du fait que la perception du public de la profession d'infirmier tend à être influencée par les stéréotypes des soins infirmiers, ce qui est indiqué sous différentes formes, y compris leur réaction à la profession infirmière et aux médias projetant une image distordue des infirmiers.</p> <p>Au contraire, les résultats de l'échelle démontrent que les infirmiers possèdent une image d'eux-même plus positive comparée à leur perception de l'image publique. Cette conception d'eux-mêmes positive apparaît comme le résultat du processus de socialisation professionnelle par lequel les infirmiers acquièrent des compétences spécifiques, des connaissances et des valeurs inhérentes à leur profession et à travers lequel ils développent une identité professionnelle (Krebs et al 1996). En conséquence, cette différence de perception produit la différence d'image. La table 1 montre qu'il y a de plus grands écarts dans la composante de force interpersonnelle ce qui peut indiquer que la perception des infirmiers de la forte tendance du public à considérer les infirmiers comme dépendants des docteurs. De plus, il y a moins d'écart dans les relations interpersonnelles ce qui peut mettre en évidence les visions des infirmiers de la tendance du public à voir les infirmiers jouer des rôles maternels et nourriciers. Cette tendance du public résulte donc dans des réponses plus positives obtenues dans cette dimension, atténuant ainsi les écarts.</p>

Résultats	Discussion / Conclusion
<p>Les statistiques descriptives sur l'échelle de Porter de l'Image de l'Infirmier (Table 1) montre que les infirmiers perçoivent leur image publique plus négativement que comme ils se voient eux-mêmes, ce qui cause l'écart de l'image. Le plus grand écart peut être observé dans la composante de la force interpersonnelle, ce qui indique un plus grand écart entre la vision des infirmiers des soins infirmiers comme profession et le domaine des soins infirmiers perçu par le public. En contraste, la plus petite différence est observée dans la composante des relations interpersonnelles, ce qui explique la reconnaissance des infirmiers et du public des comportements de soins des infirmiers.</p> <p>La table 2 montre les statistiques descriptives de l'IWS. La comparaison de la partie A (notation de l'importance relative pour la satisfaction professionnelle) et B (niveau réel de satisfaction) de l'échelle indique qu'il y a une plus grande différence dans la composante du salaire. Cela indique qu'il existe un écart critique entre l'environnement de travail idéal et celui réel sur la composante du salaire. Le score moyen de la partie B indique que les infirmiers ne sont ni satisfaits ni insatisfaits de leur travail. Bien que les scores moyens des composantes d'autonomie et du statut professionnel sont légèrement au-dessus de la moitié de l'échelle, le score moyen du salaire montre la forte insatisfaction des infirmiers sur le salaire monétaire. L'IWS est de 12.9 ce qui est compatible avec le résultat de la méta-analyse menée par Stamps où le score moyen de l'IWS était de 12.5 et son mode identifié comme étant à 13. Concernant la performance des infirmiers, le score moyen de l'échelle démontre que les interrogés évaluent leur performance très positivement (voir table 3).</p> <p>Résultats de la corrélation de Paerson</p> <p>La corrélation de Paerson a été utilisée pour tester la relation dans l'écart entre l'image publique perçue des infirmiers et la conscience de soi des infirmiers, leur satisfaction et leur performance professionnelles.</p> <p>La table 4 démontre la corrélation entre l'écart de l'image et la satisfaction professionnelle des infirmiers. Comme illustré, le score total moyen sur l'écart d'image soutient une corrélation significative avec celui de la satisfaction professionnelle des infirmiers. Cela suggère que plus grande est la différence entre l'image de soi des infirmiers et leur perception de l'image publique des soins infirmiers, plus basse est la satisfaction professionnelle des infirmiers. En particulier, les relations entre la différence d'image et les composantes de satisfaction professionnelle d'autonomie, d'exigences de la tâche et d'interaction apparaissent plus clairement.</p> <p>En référence aux relations avec la performance professionnelle des infirmiers, des</p>	<p>Beaucoup de chercheurs suggèrent que cette différence d'image contribue à l'inadéquation infirmier/environnement, résultant dans l'insatisfaction professionnelle des infirmiers (French et Kahn 1962, Dawis et Lofquist 1978, Holland 1985, Mottaz 1985, Kulick et Oldham 1987, Daugherty 1992). Stevens (1989) suggère que les stéréotypes sur les soins infirmiers poussent le public à dévaluer les rôles infirmiers et permettent à la profession médicale à créer un environnement patriarcal dans le cadre des soins de santé (Freire 1968/1972, Roberts 1983, 1997). En fait, la comparaison de la partie A (notation de l'importance relative pour la satisfaction professionnelle) et B (niveau réel de satisfaction) de l'IWS montre une forte insatisfaction des infirmiers sur leur salaire auquel ils attachent de l'importance. De plus, la table 4 montre que la différence d'image est liée aux composantes d'autonomie, d'exigence pour la tâche et d'interaction de l'insatisfaction professionnelle des infirmiers (Hardy et Hardy 1988, Blegen 1993, Taylor 1996). Finalement, leur satisfaction professionnelle peut influencer leur motivation pour la performance professionnelle. Les résultats de la corrélation de Pearson révèle que les infirmiers qui expriment leur insatisfaction professionnelle sont plus enclins à afficher une performance professionnelle basse. En particulier, leur insatisfaction professionnelle est projetée dans l'aspect de l'interaction avec les patients et les autres membres de l'équipe soignante. On spécule que la pauvre reconnaissance du public, leur compréhension et la dévaluation du rôle des soins infirmiers peuvent avoir induit l'hostilité des infirmiers envers les patients et les autres professionnels de santé et même un antagonisme envers leurs pairs. Cette agressivité horizontale envers les pairs peut être le résultat de la peur des infirmiers à défier les professionnels médicaux à qui la société attribue le pouvoir absolu (Roberts 1997).</p> <p>Alors que la corrélation de Pearson souligne la relation négative entre l'insatisfaction professionnelle et leur performanc, les résultats n'appuient pas la relation positive entre l'insatisfaction professionnelle et la performance. Peut-être, la différence d'image ne crée pas toujours une inadéquation environnementale qui mobilise la motivation. D'un côté, les infirmiers peuvent être encouragés à montrer une meilleure performance pour modifier la perception publique de leur profession. D'un autre côté, leur conscience que la composante salariale du contexte de travail ne peut pas être améliorée dans une organisation peut contribuer à une implication médiocre dans leur performance.</p> <p>Bien que la relation ci-dessus n'est pas appuyée par les résultats, cette étude implique que les stéréotypes peuvent causer l'écart entre la conscience de soi des infirmiers et leur image publique, conduisant à une inadéquation</p>

Résultats	Discussion / Conclusion
<p>corrélations moyennement fortes et statistiquement significatives étaient évidentes entre les différents aspects de la satisfaction et de la performance professionnelles des infirmiers (Table 5). Cette corrélation est observée plus fortement entre les composantes d'enseignement, de collaboration, de relations interpersonnelles et de communication de leurs performance et satisfaction professionnelles.</p> <p>Pour la relation entre la différence d'image et la satisfaction professionnelle des infirmiers, la corrélation de Paerson montre une relation faible ($r=-0.10$), ce qui ne mène pas à une différence significative ($p>0.05$).</p>	<p>infirmier/environnement. De plus, cette étude supporte l'idée que l'inadéquation environnementale contribue à l'insatisfaction professionnelle qui est associée à une performance basse.</p> <p>Limitations</p> <p>Les plus grandes limitations apparaissent dans la représentativité de la population et la possibilité de généralisation. Cela est dû à la petite taille de l'échantillon, au taux de réponse peu élevé et aux caractéristiques limitées de l'échantillon qui consistait en des infirmiers suivant une formation tertiaire dans une université de l'Australie de l'Ouest. Les facteurs culturels dans la société de Australie de l'Ouest peuvent aussi être un facteur qui intervient. Une autre limitation survient dans la collecte précise de données sur la performance des participants. La justesse de l'appréciation est souvent mise en cause à cause du biais inconscient introduit par les examinateurs qui sont soit les participants soit leurs supérieurs. Dans cette étude, imprécision peut venir des biais introduits par les participants eux-mêmes. Malgré une validité raisonnable de l'Echelle à six dimensions de la Performance Infirmière qui a été rapportée, la présence potentielle de biais est inévitable.</p> <p>Conclusion</p> <p>Les infirmiers ont fait un énorme effort pour améliorer l'image publique de leur profession, ce qui mène au renforcement de leur statut dans la société. Malgré ces efforts, les stéréotypes sur les soins infirmiers persistent et créent une inadéquation environnementale à cause de laquelle la force de la pratique infirmière a été réduite. Un manque de pratique infirmière autonome, leur relation inégale avec les médecins et les autres professionnels de la santé et l'allocation de ressources insuffisantes à la pratique infirmière sont fréquemment cités comme contribuant à l'inadéquation infirmier/environnement. Ces facteurs négatifs sont reflétés dans l'insatisfaction professionnelle des infirmiers, ce qui mène à la basse implication dans leur performance. Bien que cette étude nécessite d'être répliquée avec des échantillons divers, ce qui pourrait produire des résultats différents, elle a souligné la relation négative entre l'inadéquation infirmier/environnement et la pratique infirmière. L'étude cherche aussi à encourager l'effort des infirmiers sur le chemin vers la professionnalisation. Développer des mesures qui contrediraient les stéréotypes publics et l'inadéquation environnementale qui en résulte peut mener à l'amélioration de la pratique infirmière, ce qui en retour changerait les attitudes du public envers les infirmiers.</p>

Résultats	Discussion / Conclusion

Référence	Type d'étude	Buts	Question / Hypothèses /	Echantillon / Population / Méthode
6 Lait, M.E. (2000). The place of nursing history in an undergraduate curriculum. <i>Nurse Education Today</i> , 20, 395-400	Revue de littérature	<p>Hypothèse Cela soutient la philosophie de l'école d'infirmiers et de sages-femmes qui dit que l'histoire est pertinente pour la formation des infirmiers et a donc une position significative dans leur cursus.</p> <p>Buts <ul style="list-style-type: none"> - Exposer les arguments pour l'intégration de l'histoire des soins infirmiers dans le cursus infirmier - Examiner les raisons des problèmes passés avec l'acceptation de l'histoire des soins infirmiers comme un sujet pertinent et important pour l'étude par les étudiants infirmiers - Décrire la réintroduction formelle de l'histoire des soins infirmiers dans le cursus et sa place dans un programme non universitaire nouvellement développé. </p>		

Résultats	Discussion / Conclusion
<p>Arguments pour l'intégration de l'histoire des soins infirmiers dans les formations d'infirmiers Il peut sembler que les arguments pour la présence de l'histoire des soins infirmiers sont basés sur des principes professionnels et éducationnels. Keeling et Ramos (1995) sont d'avis qu'il est maintenant fréquemment considéré comme inadéquat d'inclure une matière n'ayant aucun rapport avec le sujet dans un cursus déjà bien rempli par une base de connaissances toujours plus scientifiques et technologiques. Davis (1995) est d'accord et déclare que l'histoire des soins infirmiers a perdu sa place dans le cursus en gardant les aspects technologiques bourgeonnants de la pratique des soins infirmiers. Le rôle de l'infirmier évolue et s'étend constamment, des documents comme « La portée de la pratique professionnelle (UKCC 1992) et les docteurs juniors : le nouveau traité (HNSME 1991) change la façon dont les infirmiers travaillent dans tous les domaines. Il y a actuellement une demande croissante pour des infirmiers</p>	<p>Le cours d'histoire des soins infirmiers Le raisonnement professionnel et éducationnel pour l'intégration de l'histoire des soins infirmiers ayant été établi, la décision a été prise de déplacer le cours d'histoire des soins infirmiers à la première année du cursus. Il a été pensé que la dilution possible du contenu (Kalisch et Kalisch 1976) militait en défaveur de l'histoire des soins infirmiers comme une partie d'un autre cours et en</p>

Résultats	Discussion / Conclusion
<p>travaillant avec la technologie, par exemple les technologies de l'information ou l'équipement nécessaire à donner des soins à des patients fortement dépendants. L'initiative d'efficacité clinique demande aux infirmiers de lire et d'appliquer les résultats de recherches, habituellement obtenus par des méthodologies quantitatives basées sur la science. Toutefois, comme l'affirment Keeling et Ramos (1995), il est habituellement admis qu'il y existe un besoin pour les soins infirmiers d'aller au-delà de la science. L'usage dans la recherche en soins infirmiers de travaux basés sur des méthodes qualitatives augmente (Smith 1994).</p> <p>Wilson-Barnett (1991) conclut que l'approche expérimentale doit être rendue plus acceptable pour les infirmiers et doit prendre en considération le facteur humain. Il y a également une demande d'un point de vue post-moderne pour que les travaux basés sur la recherche qualitative et les travaux qui prennent en considération les valeurs des infirmiers et de leurs patients/clients devraient prendre une place encore plus importante dans les soins infirmiers et dans leur base de preuves (Marks-Maran 1998). Keeling et Ramos (1995) voient une demande renouvelée pour les sciences humaines dans les formations supérieures, en particulier dans la formation des infirmiers et des docteurs. Ils citent le travail de Dock et Stewart (1938) : « Aucune profession ne peut être exercée ou correctement comprise sans qu'elle ne soit illuminée, du moins dans une certaine mesure, par la lumière de l'histoire interprétée d'un point de vue humain ». On peut argumenter que l'histoire des « aspects technologiques de la pratique » décrite par Davis (1995) et le rôle de pionnier des soins infirmiers à la pointe de certains développements et dans des temps de crise comme la guerre sont certainement de grande valeur et ont une signification importante pour les étudiants en soins infirmiers. Cela fournit également une perspective humaine vue comme étant essentielle à l'aide au placement contextuel et conceptuel.</p> <p>Ashley (1978) croit que la compréhension des autres et la compassion sont l'essence des soins infirmiers et également centraux dans les travaux de l'historien. Sans l'histoire comme base, l'aspect artistique de la pratique est négligé (Ashley 1978). Henderson (1979) affirme que l'histoire est l'un des sujets nécessaires pour apporter l'équilibre à la formation infirmière. Rafferty (1998) déclare que les leçons de l'histoire ne devraient pas être ignorées dans la progression des pratiques infirmières.</p> <p>La littérature semble apporter un consensus sur le fait que l'exposition à l'héritage des soins infirmiers agit comme une orientation vers la profession (Donohue 1991, Keeling et Ramos 1995, Davis 1995, Chambers et Sumera 1997). Ashley (1978) affirme que l'étude de l'histoire « donne aux gens leur identité et leur raison d'être philosophique ». Elle pense que l'apparente dévaluation de l'histoire a mené à la stagnation dans les aspects artistiques et scientifiques des soins infirmiers. C'est l'illumination fournie par l'histoire qui sous-tend la croyance qu'une étude adéquate du sujet est une clé pour comprendre la profession d'infirmier (Donahue 1991). Une connaissance du passé des soins infirmiers selon Davis (1995) est centrale pour les actions individuelles et de groupe. Elle pense qu'un sens de la continuité, une estime de soi accrue et une identification à la culture des soins infirmiers apparaissent lorsque les étudiants peuvent comprendre que « les visions des premiers leaders des soins infirmiers ne sont pas différentes de celles d'aujourd'hui » (Davis 1995).</p> <p>Davis (1995) dit plus loin que c'est l'exil de l'histoire des soins infirmiers vers les sommets du cursus qui a contribué à la perte d'autonomie et d'estime de soi des soins infirmiers tant pour les enseignants que pour les étudiants. Maggs (1996) observe que l'histoire des soins infirmiers, qui a fait partie de la formation d'infirmiers durant la majeure partie du XXe siècle a été utilisée pour tenter de former une cohésion et une exclusivité occupationnelle qui sont décrites comme deux</p>	<p>conséquence, il serait présenté comme un programme à part entière de 40 heures sur les deux premiers trimestres. Une introduction à la théorie des soins infirmiers a aussi été enseignée en parallèle. On pensait que le but de situer le sujet conceptuellement et contextuellement pourrait être atteint avec succès en présentant les choses de cette manière. L'histoire des soins infirmiers serait perçue dans son contexte socio-culturel et non dans un vide comme il l'était précédemment. Les domaines et les stratégies d'apprentissage/enseignement choisies pour les présenter montreraient les soins infirmiers comme un art et une science au fil de l'étude du point de vue des leaders des infirmiers et du raisonnement pour les précédents historiques. Le développement historique de la théorie des soins infirmiers serait aussi tracé. Les définitions évolutives, les philosophies des soins infirmiers et la croissance des concepts identifiés comme centraux pour les soins infirmiers seraient considérés comme ayant une pertinence et une signification pour les étudiants. Du temps serait disponible dans le cours pour permettre aux étudiants de s'immerger dans les sujets. Le but global du cours est établi comme le développement de la conscience chez les étudiants des racines des soins infirmiers modernes et des problèmes et influences qui ont façonné et qui continuent à façonner la pratique. Les stratégies d'enseignement adoptées sont actives et utilisent complètement la contribution et l'implication de l'étudiant et l'usage complet est composé des ressources disponibles pour les étudiants.</p> <p>Une approche du cours basée sur des travaux de référence et sur les compétences est appropriée et</p>

Résultats	Discussion / Conclusion
<p>caractéristiques de la profession. Davis (1995) déclare qu'il a été reconnu pendant de nombreuses années que l'étude de l'histoire des soins infirmiers contribue à un sens du professionnalisme de la part des infirmiers. En effet, Davis (1995) met l'accent sur ce point en déclarant plus loin que c'est seulement à travers une connaissance de l'histoire des soins infirmiers qu'un sens de l'autonomie et de la tradition peut être atteint. L'acte de réfléchir sur les problèmes et conflits passés fournit une base pour l'examen et la compréhension de ces problèmes (Donohue 1991). Keeling et Ramos (1995) pensent que les facteurs qui ont façonné les soins infirmiers sont encore présents aujourd'hui mais sous des formes différentes.</p> <p>Ils pensent également qu'une conscience du développement social et intellectuel de la profession aide à la compréhension de la place de l'histoire des soins infirmiers dans un contexte social plus large. Davis (1995) est d'avis que comprendre que l'histoire a une nature cyclique peut éviter de reproduire les erreurs du passé et même aider à la résolution de problèmes actuels. Cela rejoint le point de vue précédent de Cull-Wilby et Pepin (1987) qui croyaient que l'étude des problèmes passés « aide le mouvement vers une nouvelle direction avec une perspicacité bien raisonnée ». L'impact de l'étude de l'histoire des soins infirmiers sur le développement de l'identité professionnelle chez les étudiants infirmiers semble être bien acceptée. Les bénéfices éducationnels d'intégrer l'histoire des soins infirmiers dans le cursus infirmier sont également bien documentés (Donohue 1991, Davis 1995, Keeling et Ramos 1995, Chambers et Sumera 1997, Kirby 1998). Keeling et Ramos (1995) affirment que la base de connaissances des infirmiers est élargie par l'étude de l'histoire. Les auteurs sont aussi d'avis que :</p> <p>« Caractériser la connaissance des soins infirmiers, ses structures et ses méthodes, les schémas de connaissance et les critères pour valider ce qui est considéré comme vrai, est la tâche difficile et la première responsabilité des infirmiers avec un doctorat. ».</p> <p>Les défis esquissés par Keeling et Ramos (1995) demandent des penseurs critiques et qui s'expriment bien. Le bénéfice majeur de l'étude de l'histoire se situe dans le développement des capacités de pensée critique chez l'étudiant (Keeling et Ramos 1995, Davis 1995). Donohue (1991) pense que de telles capacités ne peuvent pas être évitées et doivent être développées par l'étude de l'histoire et par des arguments raisonnés requis pour satisfaire les défis posés par le débat historique. Ce niveau de débat considéré comme non menaçant et enrichissant par Keeling et Ramos (1995) est décrit comme étant la meilleure formation au discours érudit.</p> <p>Les problèmes de l'enseignement de l'histoire des soins infirmiers</p> <p>Donohue (1991) déclare que l'étude de l'histoire des soins infirmiers « peut être et est RIGOLO! ». Mais il semblerait qu'il y a beaucoup de travail à faire dans les institutions d'enseignement si l'histoire des soins infirmiers a l'intention de démontrer sa pertinence conceptuelle et contextuelle pour les soins infirmiers modernes et de conserver sa place dans le cursus de formation. Newby (1991) renouvelle sa demande insistante de 1979 pour enseigner une forme plus large de l'histoire des soins infirmiers. Affirmant que plus de travaux de référence et qu'une approche de l'apprentissage plus active pourrait englober tout le contenu et la pertinence qui serait le but d'un tel apprentissage. Bien que quelques progrès aient été faits depuis 1979, l'enseignement de l'histoire est encore souvent guidé par le contenu et confiant sur les stratégies d'enseignement qui maintiennent l'étudiant dans un rôle relativement passif. L'approche de</p>	<p>alignée avec le mouvement des universités loin de l'enseignement basé sur le contenu. Cette approche est également décrite comme allant dans la même direction que l'enseignement de l'histoire en général (Kirby 1998). Il y a des liens proches et des arrangements de travail entre les départements d'archives des universités, les archives et les bibliothèques du Health Board and Trust et la Wellcome History of Medicine Unit qui est sur le campus. Les étudiants de l'Ecole d'Infirmiers et de Sages-femmes ont accès à toutes ces sources ainsi qu'aux bases de données de la bibliothèque universitaire. Les titres disponibles incluent les notes de cours originales des sommités comme Rebecca Strong et les procès-verbaux des réunions auxquelles elle a assisté à la Glasgow Royal Infirmary et une grande quantité d'autres souvenirs de médecine, de santé publique et de soins infirmiers. Les étudiants rencontrent et sont envoyés par le RCN à l'archiviste Susan McGann et ils visitent le musée dans le Collège Royal des Médecins.</p> <p>Contenu du cours</p> <p>Le contenu du cours traite de problèmes du point de vue des soins infirmiers et de la société avec une perspective historique en se canalisant sur une vue d'ensemble de la profession moderne et du NHS moderne que les étudiants commencent. Les problèmes traités comprennent les premières origines des soins infirmiers, les changements durant le XIXe siècle, l'impact de la guerre sur la position et le rôle des femmes et des infirmiers, les problèmes de genre, les problèmes professionnels et les perspectives internationales.</p> <p>Les étudiants sont encouragés à être actifs dans</p>

Résultats	Discussion / Conclusion
<p>l'apprentissage actif est soutenue par Davis (1995) et Chambers et Subera (1997). Sheehan (1997) décrit « le vague effleurement à l'approche de l'OTAN » qui a constitué son expérience de l'apprentissage de l'histoire des soins infirmiers en tant qu'étudiant. Il décrit plus loin comment dans un cours de pré-retraite il a revisité l'histoire des soins infirmiers et comment son intérêt s'est ré-enflammé en utilisant des travaux de référence. Chambers et Subera (1997) décrivent comment ils ont utilisé les méthodologies d'apprentissage par l'expérience pour évaluer et développer chez leurs étudiants le sens de l'identité professionnelle. Il apparut alors que c'est à la charge des enseignants de rendre le sujet de l'histoire des soins infirmiers pertinent et dynamique pour les étudiants infirmiers.</p> <p>Les expériences d'apprentissage/enseignement devraient séduire et mettre les étudiants au défi et placer solidement l'histoire des soins infirmiers dans son contexte professionnel et social. Cela servirait à casser les barrières conceptuelles que les étudiants semblent rencontrer avec cette matière.</p> <p>Il semblerait également que les étudiants rencontrent des difficultés à réconcilier l'art et la science des soins infirmiers. Il y a une dualité présente dans les soins infirmiers (Smith 1993a) qui est évidente chez les étudiants qui expriment le souhait de devenir des experts dans leur domaine. Selon Smith (1993a), les arts sont considérés comme « subjectifs, expressifs et émotifs » alors que la science est considérée comme étant « un ensemble systématique de connaissances rigoureuses, mesurées exactes, précises et quantifiables ». Le scientifique est perçu comme ayant un niveau de formation plus élevé et en conséquence, la science est souvent considérée comme une forme supérieure de savoir. Plus d'heures sont consacrées à l'étude des sujets scientifiques, souvent au détriment des sujets tels que l'histoire des soins infirmiers (Keeling et Ramos 1995). Parker et Rose (1994) affirment que l'art et la science ont une place dans les soins infirmiers et en font une discipline unique. La valeur attachée à l'histoire des soins infirmiers par les étudiants est en grande partie dépendante de la façon dont elle « rivalise » avec les sciences et de la contribution potentielle qu'elle pourrait apporter à leurs vies professionnelles et académiques. La perspective que l'histoire donne à la relation entre art et science des soins infirmiers peut contribuer à expliquer et renforcer cette relation.</p> <p><i>L'introduction d'un cours à part entière d'histoire des soins infirmiers dans un cursus de formation non universitaire</i></p> <p>Le cours de Diplôme Infirmier (BN) a été mis en place en 1978. Récemment renommé, l'Ecole d'Infirmiers et de Sages-femmes était et est encore basée dans une faculté médicale. Cela se reflète dans les grands biais vers la science. Le choix de la localisation dans une faculté médicale était délibéré et il a été fait en espérant que cela se produise : « ... un infirmier diplômé qui se baserait complètement sur la théorie scientifique liée à la santé et qui serait un praticien compétent et sûr des soins infirmiers (Smith 1993b). »</p> <p>L'histoire des soins infirmiers était associée à un petit nombre d'heures divisées dans un module appelé « Problèmes professionnels » lors de la quatrième année, la dernière année et la plus clinique de la formation. Bien que cela n'était pas illogique, l'évaluation des étudiants a montré que c'était trop tard et trop peu pour surmonter les barrières conceptuelles et contextuelles qui s'étaient déjà développées lors des années précédentes.</p> <p>Malgré de nombreux changements en réponse aux évaluations et d'autres développements, le but d'enseigner l'histoire des soins infirmiers n'était pas atteint. Comme matière, elle était rarement créditée d'une signification pour les vies</p>	<p>les stratégies d'apprentissage/enseignement choisies. On leur demande de faire des présentations de groupe, de résoudre des problèmes, de débattre des questions et de participer à des histoires orales avec des conférenciers invités. Par exemple, la question de la professionnalisation, la lutte pour l'enregistrement et la formation des infirmiers sont traitées par des présentations des étudiants de ces problèmes à travers la perspective d'acteurs majeurs comme Florence Nightingale, Ethel Bedford-Fenwick et Rebecca Strong. Kirby (1998) décrit une approche « par les grands noms » pour l'enseignement de l'histoire des soins infirmiers qui était la stratégie commune utilisée au début du XXe siècle et la cause des problèmes cités par Sheehan (1997). Cependant, quand cette stratégie est associée avec les travaux de référence et des procédés analytiques d'apprentissage actif, comme préconisé par Davies (1980) et Maggs (1984), elle peut être encouragée et résulter dans un apprentissage plus profond.</p> <p>Les histoires orales sont particulièrement efficaces et Nancy Roper a spécialement rempli les étudiants d'enthousiasme et d'inspiration lorsqu'elle parlait de son histoire personnelle des soins infirmiers. L'évaluation consiste en une question dans un article qui couvre le cours d'études des soins infirmiers pour cette année. Il est encore trop tôt pour donner l'étendue exacte du succès ou de l'échec du cours comme le programme complet ne sera terminé que plus tard cette année. Il est également trop tôt pour déterminer quel impact cela aura sur les perceptions que l'étudiant aura de la pertinence et de la signification de l'histoire des soins infirmiers.</p>

Résultats	Discussion / Conclusion
<p>professionnelles quotidiennes des étudiants et était traitée en conséquence par ceux-ci. Les étudiants semblaient rencontrer d'énormes problèmes à réconcilier les sujets de sciences dures enseignés comme l'anatomie, la physiologie, la biochimie, la pathologie, etc. avec les sciences molles comme la psychologie, la sociologie, l'éthique et bien sûr l'étude des soins infirmiers. Les sciences dures semblaient prendre le dessus. Au moment où les étudiants atteignaient la dernière année et où on leur demandait d'examiner des problèmes historiques, il semblait que la bataille était déjà perdue.</p> <p>En accord avec les changements amenés par P2000 (UKCC 1986) et avec la fin du statut classifié, l'opportunité de repenser la place de l'histoire des soins infirmiers a surgi alors qu'un nouveau diplôme d'infirmier avec un cours d'honneur a été écrit.</p> <p>L'importance de la science comme pierre angulaire pour la pratique des soins infirmiers se reflète encore par la présence continue des disciplines de support. On pense qu'elles fournissent une base solide pour la compréhension par l'étudiant de la santé et de l'individu qui peut avoir besoin d'une intervention infirmière. Les soins infirmiers sont considérés comme une discipline pratique avec ses propres bases de connaissances mais qui puise dans d'autres disciplines pour développer et soutenir sa propre pratique. Pendant les quatre années du programme de diplôme, les soins infirmiers ont le poids le plus grand. Un modèle de processus a été développé pour le cursus en incorporant les quatre métaparadigmes des soins infirmiers et a été établi dans le contexte des sept thèmes du cursus identifiés par le National Board for Scotland (NBS 1990).</p>	<p>Jusqu'à présent, les évaluations étaient prometteuses mais ont indiqué que des changements devaient encore être effectués. Il y a des évaluations de cours annuelles, une surveillance rigoureuse du cours et des procédures d'assurance de qualité qui impliquent les étudiants, le personnel enseignant et des examinateurs externes.</p> <p>Cela fournit les informations sur lesquelles le développement du cours se base et le cours changera et développera sa propre histoire.</p> <p>L'Histoire des Soins Infirmiers pourrait, en contraste avec la vision des étudiants précédents, être beaucoup trop précoce. Cela reste peu clair si la dualité perçue entre l'art et la science persistera ou s'il y aura une sorte de réconciliation et si les étudiants développeront une compréhension d'une discipline unique appelée science des soins infirmiers (Rose et Parker 1994).</p>

Référence	Type d'étude	Question / Hypothèses / Buts	Echantillon / Population / Méthode
<p>7</p> <p>Madson, W. (2008). Teaching history to nurses: Will this make me a better nurse? <i>Nurse Education Today</i>, 28, 524-529</p>	Revue de littérature	<p>Question Qu'est-ce que l'histoire des soins infirmiers a à offrir aux étudiants ?</p> <p>Buts Exposer les raisons pour lesquelles l'histoire des soins infirmiers doit être intégrée au cursus de formation des infirmiers</p>	

Résultats	Discussion / Conclusion
<p>Il y a deux grandes raisons pour lesquelles l'histoire des soins infirmiers doit être intégrée au cursus de formation des infirmiers. Premièrement, l'histoire peut fournir aux étudiants un sens de l'identité en élargissant leur conscience historique et en leur permettant de voir comment le passé a façonné le présent. Cela peut inclure le développement local et international des soins infirmiers. Deuxièmement, étudier l'histoire offre une opportunité de développer l'esprit critique. Chacune de ces raisons sera explorée plus en détail. Dans tous les cas, le désir de voir les étudiants avoir une plus grande compréhension de comment et pourquoi se sont développés les soins infirmiers et d'encourager à avoir une pensée critique envers les événements et les gens ont posé les bases pour l'intégration de l'enseignement de l'histoire des soins infirmiers dans le cursus de formation des infirmiers en 2005 à l'université du Central Queensland. Cet article reprend quelques-uns des points considérés lors de ce processus et bien que le contexte soit particulier au Central Queensland, ces points sont pertinents pour tous les cursus de formation en soins infirmiers. Alors qu'il faut admettre que l'intégration de l'histoire des soins infirmiers dans le cursus n'est pas un concept nouveau, son étude pousse les enseignants à reconsidérer le rôle de l'histoire dans la formation en soins infirmiers comme une contribution au développement de l'identité et de la pensée critique.</p> <p>Nyman (1990), un professeur d'histoire, observe que l'étude de l'histoire semble apparaître seulement pendant les périodes de crise lorsqu'une civilisation ou une culture est menacée. Il explique que l'histoire peut aider à justifier une civilisation en relevant comment on en est arrivé là, ce qu'on fait, quelles sont les prévisions pour le futur et à quoi celui-ci ressemblera. Malheureusement, l'idée de l'histoire utilisée pour justifier l'évolution d'un groupe particulier ne s'applique pas à l'histoire des soins infirmiers. Malgré tout, Nelson et Gordon (2004) se plaignent du désintérêt croissant des étudiants infirmiers pour leur histoire –leur rupture rhétorique d'avec leur passé– et mettent en garde que ceci a abouti à la tradition de dénigrer les connaissances, capacités et pratiques des soins infirmiers passés, ce qui a mené au manque d'assurance actuel des infirmiers vis-à-vis de leurs propres contributions. Etant donné le taux de changement rapide dans les soins infirmiers au début du XXI^e siècle, il ne semble pas y avoir de meilleur moment pour les soins infirmiers de prendre en compte leur passé et de comprendre réellement ce qui a influencé son évolution pour que les infirmiers soient en meilleure posture pour influencer leur futur.</p> <p>Lorsqu'ils entreprennent une formation d'infirmier, beaucoup d'étudiants n'en ont pas une vision réaliste ; elle est souvent forgée à partir de la télévision ou d'autres médias de masse. Le concept des soins infirmiers est souvent limité à l'infirmier prenant le rôle de subordonné dans des hôpitaux de soins aigus (Salvage, 1985). Présenter l'histoire des soins infirmiers aux étudiants les initie à l'héritage du travail dans la communauté et dans les institutions, du travail indépendant ou en collaboration avec d'autres, des luttes actuelles pour forger un statut professionnel basé sur la philanthropie, l'éthique et la formation. Étudier l'histoire des soins infirmiers permet aux étudiants de comprendre quels facteurs ont influencé les événements passés et comment ces facteurs continuent à avoir un impact sur les soins infirmiers d'aujourd'hui et du futur. L'influence du passé devient évidente pour les étudiants lors de leurs stages cliniques lorsqu'ils sont confrontés à des règles non-écrites et des attentes. Les étudiants qui ont une compréhension de l'histoire des soins infirmiers sont mieux équipés pour comprendre la culture actuelle des soins. Chapman et Facey (2004) mettent en évidence le problème de savoir d'où on vient pour savoir qui on est dans leur étude de l'enseignement de l'histoire pour les étudiants universitaires en Grande-Bretagne. Quoi qu'il en soit, l'émergence d'une conscience historique et de l'identité n'est pas associée à l'enseignement traditionnel fait de dates et d'événements (Chapman et Facey, 2004 ; Pattiz, 2005) mais plutôt en présentant une vision globale du</p>	<p>Conclusion</p> <p>D'Antonio (2006) affirme que la formation clinique des infirmiers influence les types de questions historiques que posent les historiens des soins infirmiers sur le passé de ces soins à l'opposé d'autres historiens. Cela est lié non seulement au passé de la recherche en soins infirmiers mais aussi à l'enseignement de l'histoire des soins infirmiers aux étudiants. La pratique des soins infirmiers doit être au centre de cet enseignement : qui, quoi et comment a été influencée la pratique des soins infirmiers. De plus, la pratique des anciens infirmiers doit être valorisée et comprise dans le contexte de la période où elle était utilisée. Lorsque les étudiants ont une vision du passé des soins, ils ont une meilleure compréhension des soins et de qui sont les infirmiers. Ils savent qu'ils entrent dans une profession qui a un passé riche et diversifié et ils ont une plate-forme solide sur laquelle baser leurs futures études. En étudiant l'histoire des soins, ils développent également leur esprit critique, non seulement par rapport au passé, mais ils apprennent également à remettre en cause et à</p>

Résultats	Discussion / Conclusion
<p>passé en poussant les étudiants à considérer quels facteurs ont contribué à certains événements et quelles implications ces événements ont eu sur le présent et le futur. En conséquent, l'histoire des soins infirmiers présentée aux étudiants doit être honnête dans son approche et ne doit pas être timide face à des sujets plus difficiles comme l'implication des infirmiers dans l'eugénisme. Les sujets étant stimulants pour les étudiants, la « distance » associée à l'histoire fournit aux étudiants l'opportunité d'examiner ces sujets avec sécurité et objectivité.</p> <p>Dans l'optique de fournir aux étudiants une compréhension historique et une identité, Sheard (2006, p. 1047) soutient que l'histoire peut sociabiliser les étudiants en les « équipant avec la capacité d'interpréter le changement et de lui faire face ». Bien que Sheard se réfère à la formation médicale, les étudiants infirmiers font face à des circonstances similaires, ils feront partie d'une main-d'œuvre en constant changement ; Sheard (2006) pointe l'argument que la santé est déterminée par un large éventail de facteurs, y compris les influences socio-économiques pour inclure l'histoire dans le cursus de formation ; par conséquent, cela demande des professionnels de la santé capables de penser latéralement et de façon critique. C'est donc l'association de l'histoire avec la pensée critique qui devrait encourager son intégration dans la formation en soins infirmiers. Olwell (2002, p. 22) rapporte que la majorité du personnel des facultés d'histoire aux USA en 1990 pense que développer les capacités de pensée efficace est le but le plus important des cours d'histoire. Il prétend qu'enseigner l'histoire encourage les étudiants à lire les sources avec un esprit critique, à réfléchir aux preuves qui leur sont présentées et à remettre en cause les interprétations (Olwell, 2002). Ces capacités sont immédiatement reconnues comme des talents -clé pour les infirmiers. Ce point de vue est appuyé non seulement par des historiens (Symcox, 2004 ; Timmons, 2006) mais également par ceux impliqués dans l'enseignement aux professionnels de la santé comme les médecins (Sheard, 2006). Olwell (2002, p. 23) soutient que « les étudiants améliorent leur capacité de pensée critique en abordant des problèmes mal structurés qui n'ont pas de réponse facile et évidente ». Les étudiants étudiant l'histoire des soins infirmiers doivent constamment travailler sur ce genre de problème ; par exemple, l'introduction de la formation des infirmières dans les hôpitaux à la fin du XIXe siècle. Ce processus était lent et incertain et a été influencé par des facteurs économiques et sociaux. Cela a entraîné la destitution et la diabolisation des infirmiers non formés, alors que pas tous les infirmiers non formés étaient incompetents (Malsen, 2005 ; Grehan, 2004). En outre, avant l'introduction de la loi sur la formation des infirmiers, pas tous les infirmiers formés étaient efficaces dans leurs pratiques (Baly, 2005). L'étude de ce genre de problèmes permet aux étudiants d'explorer ces événements bien au-delà de l'image traditionnelle d'illumination par Florence Nightingale présentant la formation des infirmiers en 1860. De plus, en considérant les facteurs qui ont influencé l'éventuelle émergence de la formation des infirmiers, les étudiants en viennent à reconnaître les mêmes facteurs dans des circonstances contemporaines : contraintes économiques, tradition, force et influence des visionnaires. De cette manière, il y a plusieurs bénéfices pour les étudiants infirmiers à étudier l'histoire des soins. Premièrement, il y a besoin de casser certains mythes. Pour pousser plus loin l'exemple ci-dessus, pendant la majeure partie du XXe siècle, beaucoup d'infirmiers croyaient que Florence Nightingale avait amené d'un claquement de doigts les soins infirmiers des ténèbres vers la lumière (Baly, 1997). Cela ne représentait pas très précisément les soins du XIXe ou du XXe siècle ni ne représentait Nightingale telle qu'elle était. Les infirmiers doivent comprendre que le changement survient à travers une interaction complexe de facteurs sociaux, politiques et économiques et non pas par l'action d'une seule femme.</p> <p>Deuxièmement, l'affirmation que les soins infirmiers sont naturellement un trait féminin et que les infirmières ont traditionnellement été des femmes doit être remise en question. Comme ce stéréotype a été intimement lié à l'influence des réformes du XIXe siècle de Nightingale (O'Lynn et Tranbarger, 2007), les étudiants sont souvent surpris d'entendre que plus d'hommes que de femmes étaient employés comme infirmiers au XIXe siècle en Australie (Cushing, 1997). C'est important si on veut casser les barrières sociales qui ont</p>	<p>évaluer l'information qui leur est présentée quotidiennement. Cet article a exploré les raisons importantes qui ont poussé à l'intégration de l'histoire des soins infirmiers dans le cursus des programmes de formation. De plus, nombre de problèmes ont été exposés en rapport avec l'enseignement de l'histoire des soins infirmiers aux étudiants en incluant quelle information leur est présentée, quelle approche pouvait être utilisée, les stratégies d'enseignement et les ressources. Même s'il est probable que les infirmiers vont continuer à sous-estimer leurs prédécesseurs pour beaucoup d'années à venir, inclure l'histoire des soins infirmiers dans les cursus peut aider à soigner l'aliénation des soins avec leur passé et contribuer à renforcer les infirmiers à accepter qui ils sont et à mieux comprendre ce qui constitue le « soin infirmier ».</p>

Résultats	Discussion / Conclusion
<p>été dressées pour les hommes voulant devenir infirmiers. Troisièmement, il faut réhabiliter le rôle important que les infirmiers jouent et ont joué non seulement à l'hôpital mais également dans la communauté. Pendant trop longtemps, il y a eu une mauvaise représentation dans la société sur le fait que les infirmiers travaillent seulement à l'hôpital et les étudiants viennent aux soins infirmiers sous l'influence de cette mauvaise vision de la profession avec pour effet que les soins infirmiers hors de l'hôpital ne sont pas considérés aussi bien, comme ayant une valeur inférieure (Keleher, 2003). En étudiant l'histoire des soins, les étudiants comprennent que ces soins ont une longue association avec la communauté. Quatrièmement, en examinant de quelle façon la hiérarchie infirmière était organisée dans le passé et quelles attentes étaient placées dans les infirmiers et les étudiants infirmiers, certaines règles non écrites qui existent encore dans ce cadre peuvent être discutées. Cela renforce les étudiants lorsqu'ils sont confrontés à ces attentes « cachées » et les aide à rationaliser la situation. En général, les étudiants ont une compréhension plus riche des soins infirmiers, ce qui est un résultat de l'étude de l'histoire de ces soins.</p> <p>Enseigner l'histoire aux infirmières</p> <p>Contrairement à la plupart des programmes de soins de la santé, l'histoire des soins infirmiers est un cours obligatoire pour la première année à l'université du Central Queensland. Ainsi, il y a bon nombre de problèmes à considérer pour enseigner l'histoire à ces étudiants. Premièrement, la plupart des étudiants n'a pas suivi de cours d'histoire à l'école et en conséquence viennent en cours avec une petite compréhension et peu de connaissances antérieures du passé. Deuxièmement, beaucoup d'étudiants ne reconnaissent pas immédiatement la pertinence de l'histoire dans leur but de devenir des infirmiers diplômés. En effet, l'une des questions la plus fréquemment posée en début de cours est « comment étudier l'histoire va faire de moi un meilleur infirmier ? ». En conséquence, un manque de connaissances et de motivation de la part des étudiants couplés à un désir de développer la conscience historique, l'identité et l'esprit critique des étudiants de la part de l'équipe enseignante ont abouti à l'utilisation d'un large éventail de méthodes d'enseignement. Les décisions pédagogiques sont cohérentes avec la pédagogie historique telle qu'expliquée par Nyman (1996) avec des techniques d'introduction, des discussions et débats, des guides d'étude et des activités dirigées. Le problème final réside dans les domaines d'expertise de l'équipe enseignante. Pour enseigner l'histoire des soins infirmiers à un niveau plus profond que des événements et des dates, cela requiert d'avoir une compréhension des problèmes historiques plus large. Comme tous les membres de l'équipe enseignante n'ont pas une formation en recherche historique, le coordinateur du cours qui a effectué de la recherche historique et écrit sur l'histoire des soins infirmiers pendant plus de dix ans s'assure que des plans d'enseignement très spécifiques ont été construits pour guider les autres membres de l'équipe d'enseignement.</p> <p>La première décision a été de prendre une approche thématique pour enseigner l'histoire des soins infirmiers. Le thème revenant à travers le cours est le processus de professionnalisation des soins infirmiers à partir de la seconde moitié du XIXe siècle. Chaque semaine, divers aspects sont considérés, aspects qui peuvent ou pas être en relation avec une localisation spécifique des soins infirmiers. Par exemple, la semaine traitant de la réforme sanitaire met l'accent sur les initiatives de santé publique dans la communauté. Timmons (2008) préconise une approche thématique, spécialement pour les disciplines larges comme l'histoire sociale qui englobe l'histoire des soins infirmiers. Il suggère que les thèmes peuvent être utilisés pour juxtaposer le passé et le présent en encourageant les étudiants à voir la pertinence des problèmes dans leurs propres vies. Ainsi, le thème de la réforme sanitaire encourage la discussion sur l'intervention du gouvernement dans leurs vies de citoyens ordinaires, le rôle que jouent les infirmiers dans de telles interventions et quelle est la relation entre gouvernement et soins infirmiers. Le parti pris de prendre l'option de l'approche thématique est soutenue par Nyman (1990) bien qu'il mette en garde que les étudiants doivent aussi être conscients de l'ordre</p>	

Résultats	Discussion / Conclusion
<p>chronologique pour avoir un cadre de référence. Ainsi, la progression des thèmes suit grossièrement la chronologie réelle avec les problèmes de réforme sanitaire discutés au début du trimestre parce qu'ils sont principalement liés au XIXe et au début du XXe siècles, alors que l'unionisme est exploré vers la fin du trimestre parce que, bien qu'il y ait eu des unités de soins infirmiers depuis les années 1920, leur niveau d'activité a fortement augmenté durant les années 1980.</p> <p>La deuxième décision a été d'utiliser des tutoriels comme voie principale de l'interaction étudiants-enseignants, bien que le cours soit aussi présenté ex cathedra, ce qui nécessite de transférer cette approche plus informelle à des groupes de discussion également. Dans ces tutoriels, beaucoup de temps est consacré à la discussion des concepts mis en évidence dans les lectures demandées et dans les activités du guide d'étude. Cela est suivi par une activité destinée à renforcer le thème avec une mise en évidence par des jeux de rôle. Par exemple, en une semaine, on demande aux étudiants de devenir des membres de la direction d'un hôpital en 1880 et de débattre s'il faut introduire ou pas la formation des infirmiers dans leur hôpital. Cette approche est soutenue par des historiens comme Timmons (2006) qui recommande l'apprentissage par l'expérience comme étant bien supérieur aux cours traditionnels car il encourage de plus grands niveaux d'apprentissage indépendant. Hibbert (2002) soutient aussi l'apprentissage actif par le jeu de rôle pour encourager la discussion et l'apprentissage indépendant. Sheard (2006) opte pour une approche similaire pour enseigner l'histoire de la médecine aux étudiants et bien qu'il tente de rendre les cours divertissants et motivants, il concède qu'un petit nombre d'étudiants n'apprécie pas les cours obligatoires. On doit s'attendre à cela. Parmi les trois cohortes de l'université du Central Queensland qui ont suivi le cours d'histoire des soins infirmiers, un petit nombre a aussi rapporté qu'il n'avait pas apprécié le cours bien qu'ils admettent la pertinence de comprendre le passé pour leur avenir d'infirmiers diplômés. Les étudiants ayant suivis les cours ex cathedra n'ont pas bénéficié des activités du tutoriel. Quoi qu'il en soit, afin de rendre le contenu du cours plus intéressant et plus « divertissant », le guide d'étude contient une gamme d'activités comme des mots croisés et d'autres jeux de mots pour encourager les étudiants à réviser les concepts sous une forme plus divertissante. Ces activités ont été développées dans le but de rendre un cours obligatoire plus plaisant pour ces étudiants qui n'ont pas d'affinités pour l'histoire et de permettre de toucher aux différents styles d'apprentissage des étudiants (Hibbert, 2002).</p> <p>Afin de développer l'esprit critique, chaque semaine, les étudiants doivent prendre en compte une source primaire. Plusieurs sources primaires sont présentées aux étudiants comme des photos, des lettres, des extraits de rapports gouvernementaux et des transcriptions d'histoires orales. On demande aux étudiants d'examiner l'origine de ces sources, qui est responsable de la génération de l'information, ce qui peut les avoir motivées ainsi que ce que ces sources nous disent sur les conditions ou événements à cette époque. De cette manière, les étudiants sont encouragés à penser et à se questionner sur la preuve qui leur est présentée plutôt que d'accepter simplement la preuve. Cela est renforcé lorsque les étudiants doivent lire des sources secondaires. Dans tous les cas, l'utilisation de sources primaires encourage les étudiants à examiner avec un esprit critique les preuves devant eux.</p> <p>Comme indiqué précédemment, des supports supplémentaires sont fournis aux étudiants à travers les groupes de discussion. Timmons (2006) souligne les avantages et inconvénients d'utiliser la discussion pour enseigner l'histoire sociale comparée à une discussion simultanée au cours ou pas. Comme la majorité des étudiants de l'université du Central Queensland ne sont pas à peine sortis du gymnase et ont donc des obligations familiales et professionnelles, il a été décidé que la discussion différée par rapport au cours conviendrait mieux aux étudiants. En fait, comme Novotny et Wyatt (2006) l'ont identifié, le profil des étudiants en soins infirmiers à travers le monde est de plus en plus diversifié, avec un grand nombre d'étudiants qui étudient avec une variété d'autres besoins et obligations. Bien que le groupe de discussion soit abondamment utilisé par les étudiants, la majorité de la discussion qui se produit sous</p>	

Résultats	Discussion / Conclusion
<p>cette forme est lié à des parties du cours déjà étudié plutôt qu'à l'étude consécutive au contenu du cours. Les étudiants n'ayant pas de cours ex cathedra, environ 75% de la cohorte, ont de grandes opportunités de parler du contenu du cours durant le cours lui-même. La troisième décision qui a été prise par rapport à l'enseignement de l'histoire des soins infirmiers est liée à la lecture pour le cours : que faire lire et en quelle quantité. Sheard (2006) a constaté en se préparant à enseigner l'histoire de la médecine à des étudiants de l'université de Liverpool que l'équipe devait vérifier que les sources de la bibliothèque étaient disponibles en nombre suffisant. Cela peut aussi être problématique pour l'enseignement de l'histoire des soins infirmiers car le nombre de sources secondaires adaptées, que ce soit en format imprimé ou sous forme électronique, est plutôt limité, surtout en relation avec le contexte australien. Pour aider à résoudre ce problème, l'auteur de cet article a écrit un livre qui couvre largement les thèmes (Madsen, 2005) ; les étudiants sont dirigés vers des lectures recommandées et le développement de l'aptitude à lire et à écrire l'information est l'un des objectifs principaux du cours pour lequel la recherche bibliographique est incorporée à nombre d'activités d'apprentissage et d'évaluation. La quantité de lectures pour le cours est aussi un point important. Hibbert (2002) suggère qu'une grande quantité de lecture ou de support de cours ne serait pas lue par une majorité d'étudiants. Quoi qu'il en soit, Hellier et Richards (2005) mettent en évidence l'importance de la lecture dans le développement de la connaissance des étudiants de l'histoire mais ils ont relevé que la lecture était essentielle pour la compréhension, ce qui doit être un but pour la liste de lectures ; la lecture doit être engageante pour les étudiants et elle doit être liée aux activités en classe. En conséquence, la lecture du support de cours est nécessaire pour chaque semaine, bien que chaque chapitre est plutôt condensé (environ 5000 mots). Dans tous les cas, il doit y avoir de la réserve pour les étudiants qui désireraient explorer les thèmes plus en profondeur, les réactions des étudiants indiquent que la majorité d'entre eux complète les lectures et ne trouve pas que ce soit une tâche qui leur coûte.</p>	

Référence	Type d'étude	Question / Hypothèses / Buts	Echantillon / Population / Méthode
<p>8</p> <p>Nadot, M. (2009). La première école de soignantes laïques au monde contre le pouvoir des Eglises. <i>Nursing Inquiry</i>,</p>	<p>Synthèse de plusieurs recherches en histoire et épistémologie des sciences infirmières</p>		

Résultats	Discussion / Conclusion
<p>Du moyen âge au 18^{ème} siècle, les soins étaient donnés dans des hôpitaux civils laïcs et dans les hôpitaux religieux privés. Chaque établissement avait son système de valeurs, une culture spécifique, une organisation du travail et son propre langage. La tradition française laïque des soins n'a jamais utilisé le terme ecclésiastique « infirmier » pour qualifier ces derniers. Ce terme par contre, était utilisé chez les hospitalières catholiques. La première école au monde de soignantes laïques (gardes-malade) avait pour but de démontrer que l'on peut former des femmes ordinaires, non consacrées, en vue de mettre fin à l'envahissement de la société civile par des œuvres religieuses (catholiques ou protestantes). [...]. Plusieurs hôpitaux publics laïcs se sont vus imposer dans le dernier tiers du 18^{ème} siècle une culture religieuse par l'Eglise catholique d'abord dans les cantons suisses catholiques, puis par l'Eglise protestante ensuite, qui va imiter l'Eglise catholique dès 1836 en Allemagne et 1842 en Suisse romande. C'est dans cette région, le canton de Vaud, que Valérie de Gasparin, aidée de son mari, le Comte Agénor de Gasparin se positionnera comme rivale de Florence Nightingale et dénoncera l'envahissement des institutions civiles par des congrégations religieuses. [...]. Elle fondera alors une école normale (rien à voir avec une école pédagogique) en opposition aux écoles religieuses retirées du monde (anormales) et empêchera ainsi, que les sœurs de Saint-Loup (diaconesses) ne prennent plus de pouvoir au sein de l'Eglise protestante, et de fait, au sein de la société. [...].</p> <p><u>L'histoire laïque de la discipline infirmière</u></p> <p>Les pratiques de soins laïques n'ont pas attendu l'arrivée de l'Eglise ou la guerre de Crimée pour commencer à développer culturellement ce qui sera plus tard une discipline. [...]. En Suisse romande, les premiers établissements de soins laïcs nommés par exemple « hospital » en 1606, (l'hospitaux en 1452, épetaux en 1749 en patois de la région de Fribourg en Suisse) avaient déjà des règles d'organisation qui formaient les pratiques d'aide à la vie et la protection de l'espèce humaine. Les soignants d'alors ne se nommaient pas encore « infirmières ». Ce terme ecclésiastique catholique issu « d'ENFER » (enfermière) qui donne aussi le terme infirmerie (enfermerie), renvoi au mauvais, au malsain, à la puissance des ténèbres, en s'appuyant sur 3 aspects conceptuels religieux [...]. Selon les règles d'action religieuses, plus « l'enfermière » se confrontait à la puanteur, à l'expression de la misère, de la honte et de la souffrance, [...], plus elle pouvait espérer gagner le paradis. Le terme « infirmier » ne peut pas se traduire « Nursing » en anglais au plan des valeurs. Le terme « infirmière » qualifie le statut des religieuses engagées dans une communauté hospitalière. Il ne se justifie absolument pas pour qualifier les laïcs. Nous avons de la peine à l'admettre, les valeurs qui participent à la construction du sens de ce terme ne nous appartiennent pas. [...]. Ce terme du reste, induit une absence d'identité pour la profession qui ne cesse de se chercher. [...].</p> <p>Dans le « difficile comme bien », plus « l'enfermière » se confronte à un travail difficile et modeste, plus elle pouvait afficher une charité supérieure presque divine à celle du commun des mortels.</p> <p>Par contre, les soignants laïcs qui travaillaient dans les hôpitaux civils non religieux avaient pour mission de « garder », c'est-à-dire « avoir soin », protéger, défendre ce qui leur était confié. Prendre soin consistait à cette époque à prendre soin de la vie du domaine (domus), prendre soin de la vie du groupe (familia) et prendre soin de la vie de l'humain (hominem).</p> <p>En fait, les soins se rapportent à d'anciennes traditions, mais culturellement la notion de tradition est encore pensée dans nos milieux dans une logique de routine [...]. Ce n'est pas dans ce sens que le terme tradition doit être entendu. Introduire la notion de tradition dans le sens accordé à nos savoirs aujourd'hui est probablement une singularité novatrice pour enraciner notre discipline. Se référer à la tradition n'est pas revenir aux modalités de « ce que l'on a toujours fait » mais repérer ce que nos traditions ont produit comme sources de nos compétences et de nos savoirs standardisés sur le long terme, car « c'est la tradition qui représente – si l'on exclut la connaissance innée – la source à l'évidence la plus importante, en qualité comme en quantité, pour notre savoir. ». [...].</p> <p>Le dévouement, la vocation, les bonnes sœurs, la médecine ou la philanthropie, n'ont jamais été aux origines de notre activité. [...]. En</p>	<p>Conclusion</p> <p>[...]. Relevons cependant que c'est sur fond de polémique religieuse entre les églises catholiques, protestantes et anglicanes, entre femmes consacrées et pieuses laïques, entre institution religieuse et institution civile, entre femmes soumises et femmes émancipées, Madame de Gasparin va affronter le monde pour ouvrir son école, « l'école normale de gardes malades indépendantes de Lausanne ». Si on examine les répercussions de la posture de Madame de Gasparin sur son école en 1859, on constate qu'elle va se brouiller avec les diaconesses de St Loup (...). Or, ces diaconesses vont occuper la majorité des postes de « surveillantes » dans les grands hôpitaux romands et n'accepteront que difficilement d'encadrer les élèves de Madame de Gasparin. [...].</p> <p>A la suite de la première année d'activité de l'école de <i>La Source</i>, Agénor de Gasparin devait quand même se rendre compte que donner des cours à des personnes parfois illettrées représentait une certaines difficulté. [...]. Agénor de</p>

Résultats	Discussion / Conclusion
<p>allant voir ce qui se passe derrière nos croyances et nos mythes, nous apportons une grande contribution au débat actuel historique sur les sciences infirmières. Accepter son passé éviterait aux infirmières de se noyer dans une hypothétique recherche d'identité professionnelle toujours plus idéalisée. [...].</p> <p>Appauvries durant leur formation par une histoire mythique ou bêtifiante qui sort directement des lieux communs et avec une recherche fondamentale sous développée, on comprend dès lors pourquoi de manière redondante les infirmières rechercheront leur identité professionnelle (le patronyme de leurs parents professionnels) durant plus de vingt-cinq ans.</p> <p>A défaut de recherches fondamentales sérieuses en histoire sur la standardisation de sa propre discipline, les représentations de cette dernière reposent sur des symboles, des croyances issues du passé, des subordinations culturelles qui caractérisent d'une manière générale la nature féminine dans notre société. [...].</p> <p>L'hôpital médiéval en tant que collectivité de vie n'a rien à voir avec la médecine et la maladie. Il va évoluer conformément au développement de l'environnement urbain et rural, de l'activité domestique, ménagère, de l'économie familiale ainsi que de l'architecture et de la technologie sanitaire et hygiénique. [...].</p> <p>La dynamique hospitalière à ses débuts (1248 pour la ville de Fribourg (Suisse)) ressemble à la dynamique d'une habitation collective de type domaine agricole dans laquelle on prend soin et où l'on offre un abri, le gîte, le couvert, une protection [...] ce qui se nommera au 20^{ème} siècle des « prestations de service ». En échange de ses conditions laborieuses, le personnel soignant sera assermenté dès le 14^{ème} siècle et touchera des prestations annuelles en espèce, complétées par des prestations journalière ou mensuelles en nature, [...].</p> <p>Le contexte hospitalier vers la fin du 18^{ème} siècle est fait d'une « bonne Maison » comme bâtisse principale, de terre, vignes, forêts, troupeaux, potagers, [...] liées à la gestion dynamique du domaine. [...]. Plusieurs corps de métiers se côtoient et réclament organisation, communication, et différents contrôles. [...].</p> <p>Ce n'est que vers le milieu du 18^{ème} siècle, avec une progression marquée à la fin, que les gouvernements appuyés par les sympathisants de l'Eglise catholique romaine, commencèrent à se demander comment mieux organiser les hôpitaux, assurer leurs revenus et appliquer les principes de la charité pratique de l'Eglise catholique. Il fallait empêcher la déchristianisation en cours et étendre l'emprise du catholicisme sur les milieux populaires. [...].</p> <p>De 1452 au 20^{ème} siècle, la philosophie des soins et les théories qui l'accompagnent, resteront approximativement les mêmes. Ces valeurs que l'on se transmettait de communauté en communauté seront imposées aux soignantes laïques qui travaillaient alors dans les hôpitaux. D'une manière générale, les religieuses hospitalières délègueront ce qui se rapporte aux activités de la vie quotidienne à leurs aides, [...]. Au moment où l'hôpital de Fribourg (Suisse) va passer en mains religieuses (1771), les infirmières vont même engager un « infirmier » pour donner les soins intimes aux hommes et faire les lourds travaux. Au 19^{ème} siècle et même encore au 20^{ème} siècle, l'infirmier était souvent l'employé non qualifié et laïc de la religieuse infirmière légitime (...). Sa formation professionnelle au sein d'un milieu féminin, restera tardive et minoritaire.</p> <p><u>Le « dressage » des laïcs dans les régions protestantes de la Suisse francophone</u></p> <p>L'Eglise protestante va imiter le modèle catholique. Comme le laisse entrevoir le pasteur Fliedner, fondateur de l'ordre des diaconesses à Kaiserswerth-sur-le Rhin en Allemagne, « nous manquons d'ordres religieux voués à la charité pratique (...) les catholiques nous reprochent avec raison de n'en point avoir, ayons-en » (...). Pour Valérie de Gasparin, [...], l'institution de Kaiserswerth qui « introduit ses congrégations en Amérique, qui les inocule en Orient », est tout simplement absurde. [...].</p> <p>Elle constate qu'en 1844, dans les 11 hôpitaux allemands extérieurs à Kaiserswerth et desservis par les sœurs, [...]. Excellent moyen de</p>	<p>Gasparin reconnaît que les vrais difficultés vont se présenter dans la crainte de ne pas avoir d'élèves et celle de ne pas trouver les ressources professionnelles nécessaires pour amorcer la formation.</p> <p>« Profane en matière de pratique soignantes, sans désir et sans pouvoir s'instituer eux-mêmes formateurs, Monsieur et Madame de Gasparin se tourneront alors vers leurs amis et conseillers : un représentant de l'Eglise protestante, le pasteur Paul Burnier et un représentant de la Médecine, le Dr Frédéric Recordon. C'est alors que nous assisteront dans la transmission des valeurs accompagnant la formation, à une dérive importante lorsque les intentions des époux Gasparin deviendront les intentions de leurs successeurs » (...).</p>

Résultats	Discussion / Conclusion
<p>soumettre les servantes laïques à la domination de l'église. De maisons mères en maisons filles, les diaconesses prendront le contrôle dans toutes les institutions de soins, infirmeries et œuvres des régions protestantes du pays. De St Gall, Zürich, Berne, elles arrivent en Suisse francophone le 19 décembre 1842, elles se nommeront « Sœurs de St Loup ». [...].</p> <p>[...]. Devant l'envahissement des maisons de soins des régions protestantes par les sœurs diaconesses, elle déclarera « <i>j'écris contre l'introduction dans notre Eglise d'une organisation qui modifie les grandes lois sociales, dont je ne trouve pas trace dans la Bible, et dont je vois l'effrayant modèle dans le catholicisme romain</i> » (...).</p> <p>Valérie de Gasparin ne comprend pas pour quelle raison on ne forme pas les laïcs qui sont en place depuis longtemps dans les maisons de soins et qui, de génération en génération, occupent tant bien que mal le terrain de l'aide à la vie ou de la survie depuis le Moyen-Age. [...].</p> <p>Valérie de Gasparin est opposée à la forme d'obéissance inconditionnelle exercée sur les femmes dans les noviciats des congrégations religieuses. [...]. [...], Valérie choque son entourage pour qui une femme ne doit pas prendre la parole et doit se tenir à l'écart de la vie publique, elle ne doit pas chercher à s'affranchir des conventions sociales de l'époque. (...). Non seulement l'obéissance inconditionnelle à la Supérieure ou au Père spirituel lui pose problème, mais l'uniforme, le non salaire pour un travail rebutant, le célibat imposé et les vœux prononcés seront pour Valérie de Gasparin des entraves à la liberté. [...].</p> <p>L'uniforme imposé aux laïques, analogue à celui des sœurs grises catholiques, sera aussi combattu par Valérie de Gasparin. Cet uniforme annonce à grand bruit un dévouement supérieur, [...]. Valérie de Gasparin ne veut pas que les soignantes laïques portent des habits qui imitent ceux des hospitalières religieuses. [...].</p> <p><u>Florence Nightingale dans la tourmente</u></p> <p>[...].</p> <p><u>L'école normale de gardes-malades indépendantes de Lausanne (Suisse)</u></p> <p>[...].</p>	

Référence	Type d'étude	Question / Hypothèses / Buts	Echantillon / Population / Méthode
<p>9</p> <p>Midy, F. (2002). Les infirmières : image d'une profession. Document de travail réalisé dans le cadre</p>	<p>Etude qualitative de type exploratoire</p>	<p>Question</p> <p>Quelle est l'image de l'infirmière dans notre société contemporaine ?</p> <p>Hypothèses</p> <p>H1 : La place de la femme dans la société en général, mais plus précisément dans le couple ou dans les relations professionnelles.</p> <p>H2 : Place des sciences et des techniques dans notre société. La seconde moitié du 20^{ème}</p>	<p>Une assistante de recherche, Un médecin, une comptable, une éducatrice en école maternelle, une secrétaire, un conseiller en organisation en entreprise</p>

Référence	Type d'étude	Question / Hypothèses / Buts	Echantillon / Population / Méthode
d'une formation d'initiation à la sociologie		<p>siècle est caractérisée par un scientisme très fort du volet médical du soin, stigmatisé par le développement de la médecine basée sur la preuve. On peut se demander si cette promotion de la science médicale n'a pas fait d'ombre à une profession qui a toujours joué sur le côté humain du soin, installant la fonction de l'infirmière dans une position de subordination, acceptée comme naturelle. Or, aujourd'hui, un mouvement inverse s'est initié : notre société glisse de la notion de soins à celle de santé, privilégiant de plus en plus les aspects de confort et de qualité de vie. Il semble que la profession infirmière ait pris conscience de cette opportunité pour affirmer son rôle spécifique et la plus-value qu'elle apporte par rapport aux médecins.</p> <p>H3 : Façon dont la société gère aujourd'hui la vieillesse, la souffrance et la mort. Dans la mesure où notre société serait dans une phase de déni de ces aspects (par ex. institutionnalisation des pers. âgées que l'on ne peut plus prendre en charge individuellement), elle aurait également tendance à rejeter les professionnels chargés de ces questions.</p> <p>Buts : Retracer l'histoire de la quête de reconnaissance sociale de la profession, d'en rechercher quelques déterminants et conséquences actuelles.</p>	

Résultats	Discussion / Conclusion
<p><u>Les éléments permettant d'identifier la profession :</u></p> <p>Les différents éléments qui se dégagent de la description des photos sont : la fonction exercée, l'environnement, l'attitude, l'uniforme. Ils sont présentés ici de manière distincte, mais ils sont très souvent associés dans la réalité des discours : un premier élément sert à proposer une profession, puis un second élément vient parfois contredire la première impression. La fonction exercée sur la photo est l'un des éléments de reconnaissance de l'infirmière, par exemple : « parce qu'elle est en train de poser un bandage », « parce qu'elles font des analyses de sang ». Pour le médecin, la fonction est celle du diagnostic : « à cause de l'auscultation ». Cette différence est résumée ainsi par une répondante : « L'infirmier, il donne des soins. Il a un contact physique, il soigne. Par l'intermédiaire des piqûres... de toilettes, de prises de médicaments. Il suit le malade. Le médecin, il diagnostique ». L'environnement a également son importance et révèle une méconnaissance des conditions de travail de l'infirmière. Les répondants postulent plus une profession médicale dès que l'on se situe dans un cabinet, ce qui montre que l'infirmière est avant tout hospitalière dans l'esprit des personnes interrogées. Le médecin se déplacerait plus à domicile.</p>	<p><u>Discussion :</u></p> <p>Le recours aux photos avait pour objectif d'éviter le biais pressenti avec une question initiale directe du type « quelle image évoque pour vous une infirmière ? » : en définissant d'emblée l'objet au travers d'un mot, on risque d'enfermer le répondant dans une problématique précise qui n'aurait pas été spontanément la sienne.</p> <p>Les photos ont probablement joué le même rôle. Le choix de photos uniquement basées sur les infirmières/infirmiers qui sont au travail ne permettait pas de faire émerger des images attachées au personnage de l'infirmière. Pour cela, il aurait peut-être fallu choisir des infirmières plus caricaturales : vieilles photos de la Croix-</p>

Résultats	Discussion / Conclusion
<p>L'attitude est un élément qui est apparu déterminant pour définir la profession : « vu la tête qu'elle fait, je la vois en réa ou un truc comme cela » ; « il a la tronche d'un médecin de campagne ». L'un des répondants fait une hiérarchie très forte entre les paramédicaux et les médecins, cette hiérarchie s'exprime par la description de l'attitude des personnes photographiées : « je vois une personne l'air jovial, (...) elle a l'air de travailler de façon décontractée, (...) c'est dans le paramédical : je vois une infirmière à domicile », ou encore pour décrire ce qu'il imagine être un médecin hospitalier : « Il y a aussi l'air de la personne. On dirait une personne habituée à la réflexion ».</p> <p>L'uniforme est en premier lieu vestimentaire : « j'associe l'infirmier à son vêtement de travail. Le médecin, il y a des cas où il n'a pas son vêtement de travail, c'est quand il vient à domicile ». Mais l'uniforme n'est pas que vestimentaire : « l'uniforme ne correspond pas à celui d'un médecin, elle a son stéthoscope autour du cou, cela correspond bien à l'uniforme de l'infirmière ». Cette réponse est apportée par deux personnes, dont le témoin privilégié, médecin de profession et avec un entourage proche dans la profession infirmière. Pour les autres, le stéthoscope apparaît comme un des éléments de l'uniforme du médecin : « stéthoscope : c'est un médecin ! », « elle a un stéthoscope, elle pourrait être un médecin », mais également de la fonction du médecin : « normalement, seuls les médecins savent se servir de ça ».</p> <p>L'autre élément, dont on faisait a priori l'hypothèse d'une influence, est bien sûr le sexe du professionnel photographié. La photo présentant un homme est associée au médecin quatre fois sur six. Le fait que ce soit un homme oriente vraisemblablement la réponse, mais finalement on observe que c'est davantage une question d'uniforme. A la question, « mais pourquoi un médecin ? », une répondante rit : « tout de même pas parce que c'est un homme ? J'espère pas. Je ne sais pas ». Ce qui est mis en avant est plutôt l'habillement : la cravate en particulier. « le médecin avec sa cravate ; enfin, l'homme avec sa cravate. ...son style, il fait plutôt médecin » ou encore : « plus un médecin à cause de l'habillement, déjà qu'il se déplace chez les gens, plus un médecin : la cravate, le costume ». L'infirmier est perçu comme quelqu'un de plus décontracté. On peut faire à ce propos le parallèle avec l'émission de France 2 « savoir plus santé » diffusée au printemps 2002, où ils ont choisi pour illustrer l'infirmier libéral une personne en blouson de cuir et en moto.</p> <p>En conclusion, le modèle de l'infirmière qui se dessine est celui-ci : c'est une femme ; la première image qui vient est plutôt celle de l'infirmière hospitalière, alors que le médecin se déplace plus à domicile ou exerce en cabinet ; elle est décontractée alors que le médecin à un style plus formel. Elle réalise des actes techniques (injections et prélèvements, pansements), alors que le médecin est plutôt associé à la fonction du diagnostic. Cela se traduit pour l'infirmière par des contacts réguliers et plus de proximité, alors que le médecin est un contact ponctuel et distant.</p> <p>En marge de cette recherche sur l'image des infirmières, il est intéressant de voir la progression de la pensée autour de ces éléments et comment ils entrent de manière lexicographique dans le raisonnement. En voici deux exemples.</p> <p>Un répondant reconnaît d'abord un médecin sur le critère environnement « à cause du lit de consultation » mais cela lui apparaît ensuite en contradiction avec le critère fonction, plutôt infirmière, car elle « est en train de faire</p>	<p>rouge, infirmières hospitalières en blouse blanche, personnages de film ou de dessin animé, etc. Avec les photos choisies, la consigne de départ invite implicitement les personnes à parler de la représentation qu'elles ont de la profession infirmière, dans la mesure où les photos présentent des professionnels en train de réaliser des actes de soin. Finalement, bien que la méthode ne permette pas de répondre directement à la question de recherche initiale, les entretiens exploratoires confirment l'intérêt de recentrer cette question sur la profession et non plus sur le personnage « infirmière ». De fait, si les photos choisies ne convenaient pas à la problématique initiale (l'image de l'infirmière), elles sont parfaitement cohérentes avec cette nouvelle orientation (l'image de la profession infirmière).</p> <p>Discussion</p> <p>Selon Quivy et Van Campenhoudt (1988), les trois catégories de personnes à solliciter sont : premièrement des enseignants, des chercheurs spécialisés et experts, deuxièmement des témoins privilégiés et troisièmement le public directement concerné par l'étude. Une des personnes interrogées peut être considérée comme un témoin privilégié du fait de ses études médicales, de son travail dans le domaine de la santé publique, mais surtout, du fait qu'il est marié à une infirmière cadre et que sa fille entame des études d'infirmière. Il est clair que ses réponses se distinguent de celles des cinq autres personnes qui appartiennent au grand public, il est donc probable que dans la phase d'enquête il devrait être exclu ; dans cette phase exploratoire au contraire, il apporte indéniablement des éléments de réflexion pertinents. Toujours selon ces auteurs, l'exploitation d'entretiens exploratoires se distingue dans la méthode de celle d'entretiens de recherche telle que décrite plus haut (partie 2). Ici, « l'exploitation des entretiens exploratoires</p>

Résultats	Discussion / Conclusion
<p>une prise de sang ». Finalement c'est l'élément fonction qui prime dans sa décision finale. Cet autre exemple part également du critère environnement, qui est ensuite mis en contradiction avec le critère attitude : elle annonce d'abord un médecin : « parce que le lit, on voit que c'est quelqu'un qui vient à domicile et a priori on voit qu'ils ont l'air complice. Je vois mal un médecin venir tous les jours et être aussi complice ».</p> <p>Analyse thématique</p> <p>Outre l'image des infirmières, les principaux thèmes qui ont été traités lors des entretiens sont:</p> <ul style="list-style-type: none"> - la masculinisation de la profession ; - les conditions de travail (lieu, salaire et revendications) ; - le rôle des infirmières : d'une part, en essayant de mettre en lumière leur spécificité par rapport aux autres professionnels de la santé, et d'autre part, en testant la position du public vis-à-vis d'une possible extension de leur domaine de compétence. <p><u>Le rapport homme/femme dans la profession</u></p> <p>Les idées sont très floues sur ce thème, en particulier quant à la proportion qui peut être sous-estimée: « ça devrait se situer entre 5 et 10 % » ou très sur-évaluée (50%). L'image de la profession est définitivement féminine : « je n'ai pas l'impression que cela évolue et surtout pas du côté masculin ». Les répondants imaginent cependant des spécificités sur le lieu d'activité (les femmes travaillent plutôt en ambulatoire et les hommes à l'hôpital), et sur les tâches : selon le témoin privilégié, les hommes sont plus destinés à être cadres infirmiers, « ce n'est pas une raison de capacité, probablement à cause d'une plus grande disponibilité pour suivre les études de cadre infirmier ».</p> <p>Le fait d'être soigné par un homme ou par une femme ne semble pas poser de problème à nos témoins : « que ce soit homme ou femme, pour moi c'est pareil », sauf peut-être pour les questions intimes : « pour des petits soins, une prise de sang, ça m'est égal. Maintenant pour des soins plus intimes, l'infirmière, je préférerais ».</p> <p>Les résultats d'un sondage Ipsos, réalisé en mars 2002 auprès d'un échantillon de 1020 personnes âgées de 15 ans et plus, relativise cette impression d'une équivalence homme/femme pour les soins infirmiers. En effet, seules 53 % des personnes interrogées déclarent être indifférentes, et 40 % déclarent préférer être soignées par une femme.</p> <p><u>Les conditions de travail</u></p> <p>L'hypothèse testée au cours des entretiens est celle de pénibilité qui est associée à la profession. Rappelons que les quotas d'entrées aux écoles d'infirmière ont été relevés pour pallier à la pénurie forte que connaît la profession, mais que la première année, le nombre d'élèves postulants n'a pas permis pas de remplir les promotions dans de nombreux instituts de soins infirmiers.</p> <p>Si on examine l'ordre des réponses sur le lieu de travail des infirmières, cela confirme une image plutôt hospitalière (tableau ci-dessous), vient ensuite la profession libérale, puis dans la même proportion, les écoles et des établissements médicalisés divers (retraite, moyen et long séjour, dispensaires, etc.). Par deux fois, le rôle de l'hôpital en début de carrière dans la formation de l'infirmière est souligné : « possibilité d'acquérir une maîtrise de</p>	<p>peut être menée de manière très ouverte, sans utilisation de grille d'analyse précise. La meilleure manière de s'y prendre consiste sans doute à écouter et réécouter les enregistrements les uns après les autres, à noter les pistes et les idées, à mettre en évidence les contradictions internes et les divergences de point de vue et à réfléchir à ce qu'ils pourraient bien révéler» (p.71).</p> <p>Ce faisant, on peut être amené à revoir l'organisation du plan d'entretien, la formulation des questions, voire, la problématique de l'enquête au travers de la question initiale.</p> <p>La question initiale est fondamentale. Elle doit être claire et neutre. Ici, elle présentait les photos et demandait à l'interviewé de les décrire, elle est donc la même pour tous. Le recours aux photos avait pour objectif d'éviter le biais pressenti avec une question initiale directe du type « quelle image évoque pour vous une infirmière ? » : en définissant d'emblée l'objet au travers d'un mot, on risque d'enfermer le répondant dans une problématique précise qui n'aurait pas été spontanément la sienne.</p> <p>Les photos ont probablement joué le même rôle. Le choix de photos uniquement basées sur les infirmières/infirmiers qui sont au travail ne permettait pas de faire émerger des images attachées au personnage de l'infirmière. Pour cela, il aurait peut-être fallu choisir des infirmières plus caricaturales : vieilles photos de la Croix-rouge, infirmières hospitalières en blouse blanche, personnages de film ou de dessin animé, etc. Avec les photos choisies, la consigne de départ invite implicitement les personnes à parler de la représentation qu'elles ont de la profession infirmière, dans la mesure où les photos présentent des professionnels en train de réaliser des actes de soin. Finalement, bien que la méthode ne permette pas de répondre directement à la question de recherche initiale, les entretiens exploratoires confirment l'intérêt de recentrer cette question sur la profession et</p>

Résultats	Discussion / Conclusion
<p>soi, (...) je crois que c'est un bon démarrage » ; « une fois qu'elles auraient acquis une formation, elles pourraient aller toutes seules ».</p> <p>Le point de vue sur la rémunération est unanime. Leur sous-rémunération est un leitmotiv : « elles ne sont pas assez payées pour les responsabilités de ce qu'elles font » ; « en général, c'est un métier qui n'est pas bien payé ». Le sondage évoqué plus haut rapporte que 76 % de l'échantillon jugent cette profession mal rémunérée (24 % très mal et 52 % plutôt mal).</p> <p>Outre l'aspect rémunération, c'est bien l'image de dévouement de l'infirmière « sainte laïque » que l'on retrouve ici, car la rémunération est jugée insuffisante au regard de l'investissement de l'infirmière : « pour le travail qu'elles font, pour ce qu'elles donnent », ou encore : « par rapport à ce qu'elles supportent avec les malades, elles sont mal payées, qui le ferait à ce prix là ? ».</p> <p>Ce jugement sur la sous-rémunération est donc catégorique alors même que les répondants ne connaissent pas exactement le niveau de rémunération, sans parler des différences public/privé, libéral/salarié. On peut probablement voir ici l'impact de la communication faite par les organisations infirmières sur ce thème : « elles se plaignent toutes, alors elles doivent être mal payées ». Lorsqu'on leur demande s'ils ont plutôt une position de sympathie vis-à-vis des manifestations, la réponse est plutôt positive : « je ne me souviens pas de la revendication exacte, mais je me rappelle qu'à l'époque d'adhérais totalement » ; « oui, j'ai un mouvement de sympathie parce qu'il n'y en a plus et qu'elles sont bien utiles ».</p> <p>Les conditions de travail sont reconnues difficiles. Les principaux problèmes mentionnés sont la pénurie et la mise en place des 35 heures (thèmes régulièrement discutés dans les médias ces derniers temps). Si l'aspect plus décontracté de l'infirmière par rapport au médecin est ressorti au niveau de l'attitude vis-à-vis du patient, elles sont perçues comme ayant un métier stressant : « en général, les infirmières, elles n'ont pas le temps de se prélasser » ; « je les vois toujours en train de courir ».</p> <p>Le poids psychologique de la profession est également évoqué au travers de la responsabilité qu'elle doit porter, également au travers du côtoiement de la mort : « c'est un métier difficile, c'est un métier d'accompagnement des mourants » ou du fait qu'elles donnent beaucoup de leur personne : « J'ai l'impression que c'est un métier dur, il faut être là, il faut prendre sur soi, il faut être avec les patients ». Le caractère ingrat de leur tâche est également évoqué une fois : « Si c'est une personne grabataire, c'est pas elle qui change le couchage, mais c'est pas toujours très propre et très appétissant ».</p> <p>En conclusion, les personnes interrogées ont totalement intériorisé les sujets de revendication des infirmières : des conditions de travail difficiles et un niveau de rémunération insuffisant.</p> <p><u>Le rôle des infirmières</u></p> <p>Le thème du rôle des infirmières est abordé en relation avec les autres professions de soin afin de faire émerger d'éventuelles spécificités. Par ailleurs, nous avons décrit dans un précédent travail les différentes évolutions qui marquent la profession, tant en France qu'à l'étranger, où il est en particulier question de l'extension du domaine de compétence des infirmières (Com-Ruelle, 2000).</p>	<p>non plus sur le personnage « infirmière ». De fait, si les photos choisies ne convenaient pas à la problématique initiale (l'image de l'infirmière), elles sont parfaitement cohérentes avec cette nouvelle orientation (l'image de la profession infirmière).</p> <p>Conclusion</p> <p>L'analyse de la littérature a montré que la représentation de la profession infirmière est multifacette, et que les différentes images identifiées se succèdent de manière chronologique. Dans un premier temps, la laïcisation des soins ne peut effacer un passé religieux et l'infirmière est d'abord vue comme une « sainte laïque ». Les progrès de la médecine et de la technique médicale la transforment peu à peu en une auxiliaire technicienne du médecin, elle devient alors « la piqueuse ». Les années soixante marquent un tournant pour la profession qui commence à gagner son indépendance vis-à-vis de la profession médicale. On retrouve peu ou prou ces images dans les entretiens. Ils ont permis de mettre en lumière les aspects liés à la profession infirmière : plutôt féminine, c'est en premier lieu l'infirmière hospitalière qui vient à l'esprit. En ce qui concerne le rôle de l'infirmière, les entretiens permettent de mesurer la distance existant entre une profession qui gagne objectivement son indépendance vis-à-vis de la profession médicale et l'image qu'elle renvoie dans le public : celle d'une technicienne, exécutant des actes de faible technicité sous les ordres des médecins. Cependant, l'écho positif reçu par l'évocation d'une extension des compétences montre une évolution certaine des mentalités.</p> <p>Au-delà de cette image de l'infirmière technicienne, « la piqueuse », la plupart des entretiens mettent l'accent sur la dimension humaine de cette profession. Cela se manifeste dans une moindre mesure par la conscience du dévouement dont elles font preuve compte tenu de leurs conditions de travail ; on retrouve ici l'image de « la sainte</p>

Résultats	Discussion / Conclusion
<p>Nous voulions ici tester le degré d'acceptabilité d'une telle évolution. Les actes techniques cités comme étant ceux qui sont réalisés par les infirmières sont : les piqûres, la pose de drain, les pansements. La profession n'aurait donc pas atteint une reconnaissance de haute technicité. Selon le sondage Ipsos, seuls 7 % de l'échantillon intégreraient tout à fait dans le rôle d'un infirmier la réalisation autonome des soins médicaux de haute technicité. Dans notre échantillon, seul le témoin privilégié mentionne le fait que l'aspect technique de la profession a changé. Les infirmières ont acquis un haut niveau technique avec un haut niveau de responsabilité : « beaucoup d'infirmières, pour des actes techniques, ont beaucoup plus de capacité que les médecins ». D'un autre côté, elles effectuent également « des actes de très faible technicité, je trouve que c'est mal employer une formation qui était courte avant, mais qui aujourd'hui dure 3 ans et demi ». Outre l'aspect technique de leur rôle, l'une des répondantes souligne que « c'est un métier où tu peux faire plus que cela et elles font plus que cela. (...) elles font beaucoup plus que des piqûres ». Et c'est bien là que se situe la spécificité des infirmières par rapport aux médecins.</p> <p>La spécificité du rôle infirmier par rapport aux médecins est évidente dans les discours, il y est question de proximité et de soutien moral : « ceux qui sont les plus proches, ce sont les infirmiers, ça c'est sûr. Ceux qui s'en occupent sur le plan physique et sur le plan moral ». La proximité est très importante ; elle est évoquée de manière quasi systématique : « souvent le médecin, il est pas là ; c'est l'infirmière qui s'en occupe [accompagnement des mourants] » ; « le médecin, il va venir, il va donner son diagnostic, voilà il faut faire ça, ça, ça et ça, et après tu le vois plus. Par contre, l'infirmière sera là tous les jours et c'est elle qui va t'aider dans ton traitement, dans ton séjour à l'hôpital ». L'explication avancée par les répondants qui soulignent cette proximité tient à la régularité des soins infirmiers : « lorsque l'infirmier vient pour des soins quotidiens, au bout d'une semaine tu te rapproches plus qu'un médecin qui vient pour une visite. Ils maintiennent plus une distance alors que les infirmières te mettent plus à l'aise ».</p> <p>Le rôle de l'infirmière, donc, « c'est un lien humain avant tout » ; « les infirmières sont beaucoup plus relationnelles que les médecins. Et si tu as le cafard, elle va être beaucoup plus proche que le médecin ».</p> <p>La possibilité d'étendre le domaine de compétences des infirmières reçoit un écho positif parmi les répondants avec cependant des réserves :</p> <ul style="list-style-type: none"> - sur la formation, « je connais pas bien leur formation, mais a priori, je trouverais cela normal qu'on leur fasse plus confiance et qu'elles ne passent pas toujours derrière un médecin » ; - sur le lieu où se ferait l'acte « ça ne me choque pas. Si elles connaissent leur boulot, si elles sont capables de le faire. Mais pour les points de suture, pas à domicile quand même, à l'hôpital. L'aspirine, je veux bien à domicile, mais pas la suture » ; - sur la liste de médicaments : cela paraît possible pour les « médicaments de consommation courante : antihémorragique, aspirine parce que je pense que dès qu'il est question d'un diagnostic, c'est tout à fait autre chose » ; et sur le niveau de gravité : « je trouve que ce serait bien. Je ne dis pas pour les choses très graves comme un enfant qui se fait renverser, mais pour les petites choses, ok ». <p>Cependant, chez cette même personne, la suite du discours est plus confus, contradictoire, ce qui montre</p>	<p>laïque ». On voit surtout apparaître une image qui n'était pas ressortie avec autant de force dans l'analyse de la littérature : l'infirmière « maternelle » reconnue pour sa proximité avec le patient. Enfin, l'image de l'infirmière « sexy » a été évoquée à trois reprises en fin d'entretien, mais pas de manière spontanée.</p> <p>L'analyse de la littérature montre par ailleurs que le sentiment de la profession de ne pas être reconnue n'est pas un problème spécifique à la période contemporaine : l'histoire de la profession infirmière est marquée par une même quête, celle de la reconnaissance sociale d'un corps professionnel. Or, s'il existe un problème de reconnaissance, ce n'est certainement pas dans le grand public ! En effet, l'image associée à la profession infirmière est très positive, ce qui se traduit par un soutien fort à leurs revendications (salaires, conditions de travail, rôle).</p> <p>Cependant, de manière assez paradoxale, les répondants semblent persuadés que la profession souffre d'un manque de reconnaissance dans l'opinion générale, alors qu'ils manifestent individuellement le plus souvent du respect pour cette profession. On peut interpréter cela d'une part, comme un phénomène d'intériorisation des revendications infirmières, largement reprises dans les médias ces derniers temps, lesquelles stigmatisent une mauvaise reconnaissance ; d'autre part comme la conséquence d'un contre-sens. Alors que les infirmières se plaignent de ce manque de reconnaissance dans le cadre professionnel (relation avec les médecins, avec les institutions, sur le plan des rémunérations), les personnes interviewées ici l'interprètent au niveau du grand public. L'un des phénomènes qui semble émerger de ces quelques entretiens est donc celui d'une très forte empathie du public vis-à-vis de cette profession. En conséquence, leurs revendications en termes de salaire et de reconnaissance ne sont pas remises en cause alors</p>

Résultats	Discussion / Conclusion
<p> finalement que les choses ne sont pas si claires : elle voit bien l'intérêt pratique de cette extension, mais il reste toutefois une certaine méfiance non exprimée.</p> <p> Une seule personne s'oppose de manière virulente à cette extension des compétences, mais il manifeste en fait un sentiment de méfiance assez généralisé envers les professionnels du soin : « Je suis totalement contre, les points de sutures doivent être faits par des médecins, les médicaments doivent être donnés par des médecins ou des pharmaciens. Surtout que déjà au point de vue médical, il y a beaucoup de bavures, de manque de compétence. Cela me fait penser à la pharmacie qu'on voulait mettre dans les grandes surfaces. Demain ce sera n'importe quoi. Je voudrais plutôt durcir les choses. Il faudrait former davantage les médecins à faire les points de suture. Un point de suture doit être fait par un spécialiste. Il y aurait plutôt lieu de remonter tout le niveau. Maintenant, les infirmières devraient faire davantage d'accompagnement. Je suis contre le fait qu'elles distribuent des médicaments sur ordonnance. Pour l'aspirine, il faut une solide formation, pour certain ça va très bien ; pour d'autres on ne sait pas ce que ça pourrait faire. Où est la responsabilité après ? Le problème dans les hôpitaux, c'est qu'il faut un responsable. On commence par les infirmières et demain ce sera n'importe qui. Tant qu'on y est, on pourrait aussi trouver que les aides médicales peuvent faire certains soins ! ».</p> <p> Le témoin privilégié fait le lien entre l'extension des compétences infirmières et l'agencement des différentes professions de soins : « il n'y a pas de raison de conflit, si chacun garde son aire, si c'est bien défini, mais quelque part, je ne trouve pas très normal que les médecins fassent des injections ». A l'autre bout de l'échelle, « il me semble utile que l'infirmière passe régulièrement, [mais il faudrait qu'elle] puisse déléguer à des aides soignantes des travaux du type toilette, ou faire un pansement a minima s'il n'y a pas de problème infectieux, etc. Qu'elle puisse être soulagée par des aides-soignantes me paraît logique ». On voit se dessiner ici les enjeux de pouvoir et de reconnaissance qui existent autour du soin : « on voit bien qu'il y a un processus de soin qui va du plus élaboré, le diagnostic, en passant par du très élaboré techniquement, rôle de l'infirmière (...), à un rôle de maintien à domicile, d'accompagnement du soin ».</p> <p> Or, si certaines infirmières se plaignent de la position parfois mandarinale et généralement hiérarchique des médecins, il est remarquable qu'elles ont souvent le même type de discours et d'arguments pour contrer le développement du métier d'aide-soignante, surtout à domicile.</p> <p> Les relations par rapport aux médecins restent perçues comme très hiérarchiques ; l'infirmière reste la technicienne exécutante : « ils font ce qu'on leur demande de faire » ; « c'est l'assistante du médecin ». Ce rapport hiérarchique entre les médecins et les infirmières a été avancé par l'un des répondants comme pouvant expliquer le manque de reconnaissance dont souffriraient les infirmières :</p> <p> « elles sont vues comme des sous-fifres par rapport à ce qu'elles connaissent et par rapport à ce qu'elles peuvent faire. Elles ne sont pas assez reconnues, pas assez mises en valeur par rapport aux médecins. Elles font un travail énorme à côté [d'eux] mais on n'en parle jamais. Faudrait qu'on en parle plus souvent ».</p> <p> Le sondage Ipsos aboutit à la dominance de cette même image de l'infirmière « exécutant la décision du médecin » puisque 48 % des personnes interrogées déclarent avoir le sentiment que les infirmières ne participent pas de manière active aux décisions importantes prises par le médecin.</p>	<p> même qu'au niveau individuel, on ne connaît pas vraiment leur niveau de salaire réel et qu'on les admire. On ne peut que constater que l'infirmière existe objectivement en tant que profession, et ce depuis les années soixante-dix. De plus, elle bénéficie d'une opinion publique très positive. Alors, où est le problème ?</p> <p> Peut-être de ce que cette profession souffre d'un positionnement flou dans le système de santé. Il est finalement difficile de définir son degré d'autonomie réel et de définir les bornes de son rôle entre le médical et le social. Pour illustrer le flou concernant le degré d'autonomie, voici un extrait issu du site professionnel infirmier.com : « Reste le problème du statut ambigu des infirmières, avec d'une part un rôle propre spécifique proclamé dans les textes et dans les discours infirmiers, et d'autre part une autonomie professionnelle très peu marquée dans la pratique, d'où un écart important déstabilisant pour des personnes découvrant la profession, écart douloureux pour les professionnelles en place. » Quant au deuxième point sur la frontière entre le soin et le social, bien que les deux extraits de témoignages publiés récemment dans Libération semblent sans ambiguïté : « soignante avant tout », « l'infirmière n'a pas à faire les trucs à côté » (Libération, 2000) ; il reste qu'une autre infirmière explique comment elle s'occupe parfois d'acheter le pain, de préparer un bol de céréales ou de coiffer la patiente.</p> <p> En guise de conclusion, nous souhaitons poser deux questions. Premièrement, on peut se demander dans quelle mesure le contexte actuel de tensions ne serait pas déterminé par ce problème de positionnement. En particulier, les péripéties du projet de soins infirmiers, devenu la démarche de soins infirmiers, pourraient être le signe concret que la profession se situe à un croisement important dans son développement. Outre les questions de rémunération, cette question de la prise en charge de</p>

Résultats	Discussion / Conclusion
<p>- Une image positive</p> <p>Ces conditions de travail difficiles peuvent expliquer en partie que l'image des infirmières est franchement positive pour cinq des personnes interrogées. Cette profession est perçue comme ayant une place toute particulière dans la société, car elle y apparaît indispensable: « je crois que dans l'ensemble, si ma mère supporte son séjour, c'est bien à cause de personnel comme cela » ; « on a besoin d'eux » ; « C'est une personne clé dans la société, on n'est jamais à la merci d'un accident. C'est une personne utile dans la société comme les pompiers, pas sur le plan décisionnaire mais sur l'assistance aux personnes ».</p> <p>De fait, les éléments qui auraient pu amener les répondants à choisir cette profession sont liés : d'une part, au caractère hors norme de cette profession : « j'admire cette profession » ; « Je crois que c'est un métier assez passionnant » ; et d'autre part, à l'aspect humain : « t'es là pour soigner les gens, même si tu n'es pas comme un médecin, tu es là pour leur faire du bien, pour les aider dans une épreuve. J'aurais aimé faire cela pour donner mon soutien ».</p> <p>Selon le sondage Ipsos, 69 % des personnes interrogées déclarent qu'elles pourraient conseiller cette profession à un jeune. Au contraire, les freins qui font que ce n'est pas forcément un métier que nos répondants auraient aimé faire sont peu nombreux, ils citent l'image du sang et le poids psychologique trop lourd à assumer : « je trouve que les problèmes humains sont les plus durs à l'heure actuelle. (...) Je ne veux pas voir la détresse humaine, la déchéance humaine ou la mort ». Sans transition, une image, parmi celles que nous avons relevées dans la littérature, n'a pas été traitée jusqu'à présent : celle de l'infirmière « sexy ». L'image sexy a cependant parfois été évoquée en fin d'entretien : « je ne voudrais pas descendre en dessous de la ceinture. Dans le grand public, c'est un peu la dragueuse, ou la femme qui a une bonne connaissance du corps humain. Qui manipule. C'est son matériau... il y a un côté très sexy ». C'est une image encore vivace dans la population masculine : « c'est les mecs qui ont cette image là, avec les petites blouses, mais maintenant, elles ont des pantalons. L'image est là, mais dans la réalité je crois qu'elles n'ont plus la petite blouse » ; « c'est une image qui leur colle encore à la peau. J'en ai entendu parler dans les émissions ».</p> <p>Les mots issus de la question flash</p> <p>A la fin de l'entretien semi-directif, l'interviewé devait réagir au mot « infirmière » en lui associant d'autres mots. On voit ressortir finalement les caractéristiques déjà repérées dans la partie semi-directive des entretiens : une image d'efficacité et de compétence pour une profession difficile, dont la spécificité tient à l'aspect relationnel de la prise en charge du patient.</p> <p>En conclusion, les personnes interrogées connaissent finalement assez mal la profession, mais ont un capital de sympathie très élevé pour elle. Les deux seuls points négatifs qui ont été mentionnés sont le manque de patience et le stress qu'elles supportent et qu'elles reportent alors parfois sur leurs patients : « je pense qu'elles ont pas le temps de faire leur travail. Beaucoup sont réputées comme étant mauvaises, mais c'est parce qu'elles sont stressées. Elles ne font pas leur travail dans de bonnes conditions. Ça les empêche d'être à l'écoute ». On apprécie chez elles leur proximité avec le patient, alors que visiblement les médecins sont décrits très souvent comme absents.</p>	<p>la dépendance à domicile mobilise la notion d'autonomie professionnelle (notion de diagnostic infirmier, validation ou non par un médecin) et pose la question du domaine de compétences de l'infirmière et de son rôle dans la prise en charge sanitaire et sociale de la personne dépendante. C'est bien la place de l'infirmière dans l'évolution âgéiste que connaît notre société qui est alors interrogée. Deuxièmement, les débats qui ont animé les infirmières de ville sur leurs compétences légitimes (équilibre entre actes médicaux infirmiers et actes infirmiers de soin ; question épineuse de la toilette) amène une autre interrogation. La profession ne va-t-elle pas vers une scission entre les infirmières hospitalières pour lesquelles plusieurs témoignages issus de « Les infirmières » décrivent une technicité de plus en plus impérieuse et les infirmières de ville dont la compétence irait de plus en plus vers une prise en charge globale, sanitaire et sociale ?</p>

Référence	Type d'étude	Question / Hypothèses / Buts	Echantillon / Population / Méthode
10 Chaves, G. (2005). Etude sur l'image que la profession « infirmière » a d'elle-même. Lausanne : Service de la Santé publique de l'Etat de Vaud	Etude qualitative	<p>Questions Q1 : Quelle image ont les infirmières sur leur activité ? Q2 : Comment ou existe-t-il des mesure permettant d'améliorer l'image que la profession a d'elle-même ?</p> <p>Hypothèses Hypothèses portant sur l'identité de la profession et les portes parole de la profession. Dans ce contexte, étaient aussi abordés la place de l'infirmière et des soins infirmiers dans le système de santé ainsi que les conditions de travail en Suisse et dans le canton de Vaud</p>	<p>Population Responsables sanitaires, Responsables de formation en soins infirmiers, Associations pro-fessionnelles et de personnel infirmier Infirmières</p> <p>Méthode Entretiens qualitatifs Séances de groupe avec des infirmières dans un hôpital, dans un CMS et dans un EMS Lecture de la littérature et documenta-tion disponible</p>

Résultats	Discussion / Conclusion
<p>Profession « infirmière » : écueils terminologiques ? Tenter de comprendre l'image d'une profession à d'elle-même implique de circonscrire son objet d'étude, soit en l'espèce d'appréhender ce qu'est la profession infirmière et son domaine de pratique, les soins infirmiers. Deux constats : - l'origine étymologique du terme infirmier – qui renvoie à ce qui est faible, mauvais, malsain – n'est pas porteuse d'un sens valorisant, au point que certains suggèrent de recourir à une autre terminologie pour nommer celles que l'on connaît comme les infirmières. - il existe depuis de nombreuses années une forte volonté de la profession de préciser la définition des soins infirmiers, car « si nous ne pouvons nommer les soins infirmiers, nous ne pouvons pas les contrôler, ni les financer, ne les enseigner ou faire de la recherche dans ce domaine. Sans définition, il n'est pas possible de la ancrer dans la législation et dans la politique ». Les différents écueils terminologiques sur lesquels on vient s'achopper lorsque l'on cherche à savoir ce qu'est une infirmière et ce qu'elle fait nous paraissent porteurs d'enseignements dans le contexte de la présente étude et permettent de dégager des</p>	<p>Conclusion <u>Quelques pistes de réflexions</u> Le débat identitaire sur la profession « infirmière » mène, à ce stade, nous semble-t-il, à une impasse, dans la mesure où les principales questions discutées entraînent les infirmières dans une spirale négative, caractérisée par la problématique de la « reconnaissance » et où le malaise devient un trait identitaire.</p>

Résultats	Discussion / Conclusion
<p>premières pistes concernant le «malaise» de la profession.</p> <p><u>Infirmière, soins et soins infirmiers</u></p> <p>L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit une infirmière comme « une personne ayant suivi une formation de base aux soins infirmiers et autorisée, dans son pays, à prodiguer des soins infirmiers dans tous les contextes pour la promotion de la santé, la prévention de la maladie, les soins et le rétablissement des personnes physiquement et mentalement atteintes ». Pour l'ASI, qui représente les infirmières en Suisse, « les soins infirmiers s'occupent des conséquences de problèmes de santé (actuels ou potentiels) et des effets de leurs traitements sur la vie quotidienne des individus, de leurs proches et des collectivités. Les soins infirmiers contribuent à la promotion et au maintien de la santé. Les infirmières incitent les individus à adopter un mode de vie susceptible de maintenir et améliorer leur santé en les aidant à s'adapter à leur nouvelle vie quotidienne ».</p> <p>Selon la définition développée à l'Institut des sciences infirmières de l'Université de Bâle et à l'Hôpital cantonal bâlois, les soins infirmiers «visent à promouvoir et à maintenir la santé, à prévenir l'altération de la santé et à soutenir les personnes face à leur traitement et aux conséquences des maladies et des thérapies afin d'assurer aux personnes concernées les résultats de traitement et d'accompagnement les meilleurs possibles, ainsi que la qualité de vie la meilleure possible à toutes les étapes de la vie jusqu'à la mort ».</p> <p>La loi vaudoise sur la santé publique (art. 124), quant à elle, reprenant presque mot à mot les cinq fonctions infirmières selon les prescriptions de formation de la Croix-Rouge suisse de 1992, définit l'infirmière comme « une personne formée pour donner professionnellement les soins ci-après :</p> <ul style="list-style-type: none"> a) soutien et suppléance dans les activités de la vie quotidienne; b) accompagnement dans les situations de crise et dans la période de fin de vie; c) participation aux mesures préventives, diagnostiques et thérapeutiques; d) participation à des actions de prévention des maladies et des accidents ainsi que de maintien et de promotion de la santé, de réadaptation fonctionnelle et de réinsertion sociale; e) contribution à l'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins infirmiers, au développement de la profession et collaboration à des programmes de recherche concernant la santé publique. L'infirmière donne ces soins de façon autonome à l'exception de la lettre c où elle agit sur délégation du médecin ». <p>Enfin, il faut relever la définition de l'infirmière que l'on trouve dans le dictionnaire Petit Robert, édité en 2004 et selon laquelle l'infirmière est une « personne qualifiée qui assure la surveillance des malades, leur prodigue des soins et leur administre des médicaments, sous la direction des médecins ou en appliquant leurs prescriptions ».</p> <p><u>Les enseignements de l'instabilité sémantique</u></p> <p>Ces écarts terminologiques ne sont pas anodins, le langage étant producteur de sens et de pratiques. Ainsi, de l'écart entre ces différentes définitions, on peut mettre en lumière les éléments suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> > Depuis une trentaine d'années, on constate un glissement progressif sur le plan sémantique de l'« infirmière » aux « soins infirmiers », dans le cadre du processus de professionnalisation et de valorisation de la profession, visant à mettre en avant non ce qu'est une infirmière mais ce qu'elle fait (définitions OMS, ASI). 	<p>On peut ainsi relever que :</p> <ul style="list-style-type: none"> > la profession souhaite affirmer son identité en ignorant une partie de son histoire (les femmes guérisseuses indépendantes) et en s'opposant aux images véhiculées par son histoire plus récente (la bonne soeur, l'auxiliaire du médecin); > l'image que la société a encore souvent de l'infirmière (auxiliaire du médecin, les soins uniquement sur prescription du médecin) ne correspond pas à la pratique des infirmières; > une partie du travail assumé par le passé par des infirmières est actuellement assurée par de nouveaux professionnels de la santé, l'infirmière jouant un rôle d'intermédiaire, de pivot, de coordination, peu visible ; > l'objet des soins infirmiers (corps, accompagnement à la mort, dans une optique non strictement médicale, i.e. non uniquement de lutte contre la maladie) est en effet peu visible, car occulté par notre société ; > les soins infirmiers sont dispensés à des personnes situées en marge de la « norme » de la société, à savoir à des personnes qui se sont – momentanément ou définitivement – pas productives, et qui ne sont pas liés à des groupes d'intérêts « productifs » ; > la reconnaissance et l'affirmation de la pénibilité du travail et de la pénurie sans que le travail même de l'infirmière ne soit pleinement reconnu donne une image négative de la profession, qui contribue au malaise. <p>Le discours des porte-parole de la</p>

Résultats	Discussion / Conclusion
<p>> Le recours au qualificatif « infirmier » pour les soins prodigués par une infirmière n'est cependant pas systématique lorsqu'il s'agit de définir le rôle et les compétences de l'infirmière (loi vaudoise). On peut d'ailleurs relever ici que si le Rapport du Conseil d'Etat vaudois au Grand Conseil sur la politique sanitaire de mars 2004 contient 603 fois le terme « soins », l'expression « soins infirmiers » n'apparaît que deux fois...</p> <p>> Indiquer que l'infirmière est une personne qui prodigue professionnellement des soins peut laisser penser que ces soins peuvent être dispensés de manière non professionnelle par d'autres. On rejoint ici le débat sur la tendance, dans le cadre des discussions liées aux coûts de la santé, à redonner aux familles la charge de certains soins assumés par des professionnelles, tendance considérée comme « dévalorisante » par les infirmières.</p> <p>> La distinction entre les soins donnés par l'infirmière de façon autonome et l'action de l'infirmière sur délégation du médecin s'inscrit dans les discussions sur le « rôle propre » de l'infirmière souvent considéré par opposition au « rôle médico-délégué ».</p> <p>> La définition donnée par le dictionnaire, qui reflète le sens commun et limite l'activité de l'infirmière aux actions menées auprès des malades, sous la supervision des médecins, témoigne de la méconnaissance de la société à l'égard des activités des infirmières et des soins infirmiers.</p> <p><i>L'impossible identité infirmière ?</i></p> <p>Ces difficultés à définir les infirmières et leur champ de pratique, les soins infirmiers, posent le problème de leur identification, première étape du « parcours de la reconnaissance ». Depuis de longues années, ces difficultés identitaires sont au coeur des discussions au sein de la profession, ainsi que le reflète une abondante littérature, sans que les effets des pistes étudiées ne semblent se faire sentir. On continue en effet de parler de manque de reconnaissance et d'invisibilité. On peut même se demander si, dans certains cas, on n'a pas « prescrit le symptôme », et ce, dans un contexte sanitaire en mutation (vieillesse de la population, réduction de la durée d'hospitalisation, environnement multiculturel, fossé informationnel entre deux types de patients, les uns très bien informés et exigeants, les autres appartenant à des groupes marginaux, progrès de la médecine posant des problèmes éthiques, crise des finances publiques, etc.). Il nous paraît donc utile dans le cadre de cette étude portant sur l'image que les infirmières ont de leur profession d'aborder deux des traits identitaires de la profession, à savoir sa filiation historique et l'objet de ses pratiques.</p> <p><u>Les infirmières : le poids du passé</u></p> <p>Les infirmières semblent porter leur histoire comme on porte une « croix ». « Vous savez d'où l'on vient ? », cette phrase prononcée par l'une des personnes rencontrées dans le cadre de cette étude alors qu'il s'agissait de définir ce qu'est une infirmière nous paraît ainsi caractéristique. On considère généralement que l'un des éléments constitutifs de l'identité d'un groupe est notamment la croyance en une origine commune. Cette origine commune, pour les infirmières, est le plus souvent liée à la figure féminine emblématique de la « bonne soeur » qui serait l'« ancêtre » des infirmières actuelles. Mais « cette ancêtre » qui apparaît tant dans la littérature sur les infirmières que lors des entretiens et des séances que nous avons menés, est une figure non valorisée et même rejetée puisque les infirmières revendiquent le fait de n'être « ni bonnes, ni nonnes ». On peut relever qu'un détour par l'histoire de la profession montre que l'origine de la profession remonte bien avant la bonne soeur puisque « avec l'alimentation à laquelle elle est liée, la pratique des soins est sans doute la plus vieille pratique de l'histoire du monde ». Selon Collière, on peut ainsi historiquement distinguer trois phases dans l'histoire de la profession avant l'époque actuelle :</p>	<p>profession peut contribuer au sentiment de « malaise » ressenti par les professionnels,</p> <p>> parce que les associations professionnelles jouent à la fois le rôle de défenseurs de la qualité de la prestation (discours valorisant) et celui de syndicat (mise en avant des aspects négatifs, pénibles de la profession) ;</p> <p>> parce que les écoles sont les lieux qui contribuent à et véhiculent la discussion identitaire mentionnée plus haut ;</p> <p>> parce que la valorisation de la formation infirmière qui devient HES pose la question de la valeur des infirmières qui n'ont pas suivi une telle formation, les mutations dans ce domaine comme pour tout changement étant génératrices d'incertitudes. Cette situation renforce le sentiment de manque de reconnaissance pour les professionnelles en activité.</p> <p>Sur le plan politique, un discours ambivalent séparant infirmières et soins infirmiers est tenu : reconnaissance de la nécessité de valoriser les infirmières pour pallier la pénurie, non reconnaissance sur le plan du financement, des aspects « non strictement médicaux » des soins sur fond de volonté de maîtrise des coûts de la santé. La non reconnaissance sociale de l'importance des soins infirmiers que traduit la tendance à les exclure du système de financement de l'assurance maladie, invalidité, nous semble-t-il, beaucoup des mesures visant à valoriser la profession. Le fédéralisme suisse, et la répartition des compétences pour ce qui touche à la profession infirmière</p>

Résultats	Discussion / Conclusion
<p>> « identification de la pratique des soins à la femme, depuis les temps les plus reculés de l'histoire de l'humanité, jusqu'à la fin du moyen âge pour la société occidentale ;</p> <p>> identification de la pratique des soins à la [femme] – consacrée, depuis la fin du moyen âge jusqu'à la fin du XIXe siècle pour la France ;</p> <p>> identification de la pratique des soins à la [femme] – infirmière auxiliaire médicale, du début du XXe siècle jusqu'à la fin des années soixante.</p> <p>Ainsi, la pratique des soins a toujours été assurée par les femmes, dans un premier temps, autour du corps, et de ce qui permet de le restaurer, l'aliment. Par la suite, avec, en Europe, la montée du christianisme, s'installe une nouvelle conception des soins, qui « dénie l'interrelation corps-esprit en donnant la suprématie de l'esprit, et en reléguant le corps impur, source de fornication et de maléfice ». « Les soins ne s'adressent qu'au corps souffrant... Les soins deviennent une compensation à un manque, à une détresse ». Les soins sont assurés par des femmes consacrées, ils s'adressent aux pauvres, aux indigents – ce qui renvoie à l'origine étymologique de l'infirmière – , et pour « servir les pauvres », il faut « rester pauvre parmi les pauvres... faire abstraction de soi ». Parallèlement, des femmes guérisseuses craignant d'être accusées d'hérésie continuent de prodiguer des soins dans le silence. Puis on assiste au XIXème siècle à une modification des pratiques, liée aux progrès de la science. « Centrés sur le malade et son entourage, les soins vont prendre en compte la maladie », et le médecin, qui utilise des techniques de plus en plus élaborées, vient à s'assurer de l'aide d'un personnel, dit paramédical, parmi lequel l'infirmière joue une très grande place.</p> <p>Dans le discours actuel des infirmières que cela soit dans la littérature, dans celui des personnes rencontrées en entretien, ou lors des séances de groupe menées dans le cadre de cette étude, on retrouve trace de cette histoire, vécue comme un poids.</p> <p><u>Une profession de femmes</u></p> <p>C'est un truisme que de dire que la profession infirmière est une profession de femmes, et la situation ne semble pas évoluer beaucoup : ainsi, en Suisse, selon les statistiques de la Croix rouge suisse (CRS), en 2004, les hommes forment 13% de l'effectif des étudiants actuellement en « formations soins » reconnues par la CRS, sages-femmes non comprises. Il faut dire que la profession infirmière est, avec l'enseignement, en Suisse comme dans les autres pays, l'une des premières formations ouvertes aux femmes dans le courant du XIXème siècle, le pédagogue Pestalozzi « considérant les valeurs de la maternité et du sens commun comme des facteurs de stabilisation de la société ». On le voit, on considère ainsi que c'est par nature que la femme est apte à être infirmière ou enseignante, et ce sont les vertus dites féminines qui sont valorisées. « Ce que les femmes font se trouve ainsi enfoui, écrasé dans ce qu'elles sont », rendant ainsi invisible le travail effectué, ce qui est l'une des causes du manque de reconnaissance dont souffre le travail féminin. La valorisation même du travail féminin pourrait se retourner contre la profession infirmière. Ainsi, pour les experts mandatés par le Conseil international des infirmières considèrent que la difficulté d'augmenter le nombre d'infirmières entrant sur le marché de travail peut s'expliquer par le fait que « d'autres opportunités de carrière s'ouvrent en effet aux jeunes femmes, traditionnellement les plus intéressées par la profession infirmière. De fait, dans le cadre du processus de professionnalisation et de valorisation de la profession infirmière, on peut constater une tendance très nette consistant à parler des soins infirmiers plutôt que des infirmières. Comme nous le disait à ce sujet une des personnes rencontrées en entretien, « l'infirmière n'est pas toujours aussi convaincue que cela qu'elle a des tâches importantes, essentielles, aussi utiles, et c'est vrai qu'on a décidé d'affirmer peut-être aussi de marteler cette</p>	<p>et aux soins infirmiers entre Confédération (formation professionnelle, financement des soins) et cantons (système de santé, organisation de la profession) exige une action globale et concertée aux différents niveaux.</p> <p>Dans le canton de Vaud, la crise des finances publiques et les mesures prises dans ce cadre ont eu une incidence négative sur la perception qu'ont les professionnelles à l'égard de certaines mesures de valorisation de la profession.</p> <p><u>Quelques pistes d'action...</u></p> <p><u>... concernant la formation</u></p> <p>Informar les infirmières en activité sur les conséquences concrètes de l'arrivée des premières infirmières HES</p> <p>Pour éviter de renforcer le sentiment de malaise découlant de l'arrivée des premières infirmières titulaires d'un diplôme HES qu'éprouvent les infirmières en activité, il nous paraît essentiel de les informer rapidement des conséquences concrètes de cette évolution de la formation, et notamment de préciser en particulier les points suivants :</p> <p>> statut et salaires des infirmières non HES comparativement aux HES,</p> <p>> reconnaissance et équivalence dans le système HES pour chacun des différents diplômes dont sont titulaires les infirmières en activité.</p> <p>Promouvoir des formations de base et continues conjointes entre infirmières et médecins</p> <p>Conformément à la Déclaration de Munich</p>

Résultats	Discussion / Conclusion
<p>importance auprès des professionnels pour qu'ils doutent un peu moins ».</p> <p>Cette volonté de valoriser ce que font et non ce que sont les infirmières se retrouve également au niveau de la formation professionnelle où «ce sont les compétences qui, depuis 1992, délimitent la formation de généraliste niveau II et non plus le rôle professionnel ». Mais la valorisation des tâches et des compétences n'a pas que des avantages, puisqu'« un glissement de la notion de rôle professionnel vers la notion de compétences liées à la tâche entraîne la possibilité pour un professionnel d'assumer plusieurs tâches simultanément (donc plusieurs rôles) pouvant se révéler incompatibles ».</p> <p>La profession infirmière est une profession de femmes : comme le faisait remarquer la journaliste Suzanne Gordon le 20 juin 2005 à une assemblée d'infirmières au CHUV, les infirmières ont grandement contribué à l'émancipation des femmes, c'est en effet l'une des premières professions hors du foyer que les femmes ont pu assumer dans notre société. Les infirmières sont aussi les descendantes des guérisseuses, qui détenaient un savoir essentiel à la survie de la société.</p> <p>Il faut aussi relever que des sociologues françaises qui ont étudié le mouvement de «coordination» des infirmières de la fin des années 80 sont arrivées à la conclusion que les infirmières sont à la pointe non seulement du combat féministe, mais aussi de la quête de sens. La principale thèse de ces sociologues est que les infirmières "veulent tout : un emploi comme un autre mais une profession différente des autres en ce sens qu'elles ne veulent rien sacrifier. Plus question d'être sous-payées et de l'accepter sous prétexte que l'on aime ce travail et qu'il est indispensable socialement. Mais pas question non plus de rabattre ses prétentions sur l'investissement dans le travail, pas question par exemple d'accepter les tentatives de rentabilisation du système hospitalier. ... S'obstiner à vouloir conjuguer travail et plaisir, ne pas vouloir renoncer à l'implication dans le travail tout en entrant en conflit ouvert sur ce travail, se battre simultanément pour que leur travail soit payé convenablement, pour qu'il soit en plus intéressant et pour que sa fonction sociale soit reconnue et développée, voilà ce qui est subversif : on veut tout à la fois un travail à forte valeur d'échange et un travail à forte valeur d'usage, et l'on refuse de négocier un aspect au détriment de l'autre. ".</p> <p><u>La vocation</u></p> <p>On l'a dit plus haut, la figure emblématique de la « bonne soeur » reste très présente, lorsque l'on parle de la profession infirmière, les professionnelles rejetant ce qu'implique, pour elles, cette filiation. Ainsi, si les infirmières que nous avons rencontrées nous disent avec fierté que « pas n'importe qui peut travailler avec des êtres humains », ce type de déclaration est immédiatement suivi d'une affirmation « mais on n'est pas les bonnes soeurs d'avant, dévouées corps et âme, on a une vie privée, une vie sociale ». Suivent alors souvent dans le discours les revendications sur les horaires de travail, sur les conséquences de ne « pas pouvoir avoir congé à Noël et à Nouvel An la même année », sur la difficile conciliation entre vie professionnelle et vie familiale, sur l'absence de crèches pour accueillir les enfants, etc. Il nous semble en effet que l'expression d'une motivation est rendue difficile par la filiation historique avec les religieuses, comme l'illustrent les dénégations des infirmières lorsque le terme « vocation » est prononcé. Ces dénégations semblent néanmoins fondées, puisque le caractère divin de la mission de l'infirmière est encore invoqué par les politiques, y compris par ceux qui souhaitent valoriser la profession. Ainsi, dans le rapport de la commission chargée d'étudier la motion Edna Chevalley et consorts visant à valoriser la profession d'infirmière, on peut lire : « par pénibilité il faut entendre là les atteintes essentielles à la personnalité humaine que ces travailleurs doivent accepter, c'est-à-dire les horaires irréguliers tant nycthémeraux qu'hebdomadaires et mensuels, ainsi que les chocs psychologiques répétés d'intensité variée et pour lesquels le seul rappel de la nature quasi</p>	<p>des pays membres de la région européenne de l'OMS, dont la Suisse fait partie, il conviendrait de favoriser la mise en place de formation de base et continues conjointes pour les infirmières et les médecins. Des collaborations pourraient être encouragées entre écoles de soins infirmiers et la Faculté de médecine. Un module expliquant aux futurs médecins le rôle des infirmières pourrait également être introduit dans le cursus suivi par les médecins.</p> <p>Développer la formation de base et continue professionnels infirmiers sur les différents aspects anthropologiques et historique de leur profession</p> <p>Plusieurs des « stigmates » que porte la profession – soit qu'elle se les ait attribués elle-même (les figures de la religieuse et de l'auxiliaire du médecin sont socialement valorisées mais rejetées par la profession) soit que ces stigmates découlent de l'évolution sociale (corps, mort) soulèvent des questions anthropologiques et sociales fondamentales. Il nous paraît important que des questionnements soient pleinement intégrés dans la formation de base et continue des infirmières, notamment pour ce qui est des conséquences sur l'image que l'infirmière a d'elle-même. Des débats sur ces thèmes pourraient être organisés au sein des écoles ou des institutions.</p> <p><u>... concernant les conditions de travail</u></p> <p>Prendre des mesures pour favoriser la conciliation entre vie professionnelle et vie sociale et familiale des infirmières</p> <p>Si la question de la conciliation entre vie</p>

Résultats	Discussion / Conclusion
<p>divine de leur mission, fut-elle pleine de grandeur, n'est actuellement plus suffisante, pour permettre à ces professionnels de se reconstituer, au fil des agressions, un psychisme <i>équilibré</i> ». Dans le même débat, il a également été dit au sujet de la profession et de la valorisation pendant la formation : « <i>bien qu' [...] il s'agisse souvent d'une vocation plutôt que d'une profession</i> » et plus loin en référence à ce qui a été « <i>dit sur le terme de vocation, on en n'est plus là, mesdames et messieurs. Ce métier ne doit pas être vu en terme de vocation mais comme un métier reconnu et rétribué pleinement</i> ». Mais il faut souligner ici que si la première signification, selon le dictionnaire Petit Robert, du terme vocation fait référence à l'« <i>appel de Dieu</i> », la vocation est aussi une « <i>inclinaison, penchant (pour une profession, un état)</i> », le Petit Robert citant comme exemple la vocation à l'enseignement et la vocation artistique. Et dans ce sens là, il nous semble que la motivation des infirmières telle qu'elles en parlent lorsqu'on cherche de manière répétée à savoir pourquoi, en définitive, elles ont choisi ce métier là, qu'elles disent pour la très grande majorité aimer, est effectivement une forme de vocation : « <i>Un truc que t'as à l'intérieur de toi</i> », « <i>le feu sacré</i> » « <i>il faut être faite pour ce métier</i> », et même : « <i>Il faut que cela reste une profession à vocation, c'est notre choix</i> »...</p> <p><u>L'aide et le don</u></p> <p>Difficile également d'exprimer sa motivation, compte tenu des soupçons qui pèsent sur les professionnels de la relation d'aide. Ces derniers auraient choisi ce type d'activités pour guérir leur propre blessure, dans une logique de réparation, et dès lors ne pourraient exercer que difficilement leur métier de manière professionnelle, puisque incapables de prendre la juste distance d'avec leurs patients. Nous avons ainsi entendu à plusieurs reprises des experts rencontrés dans le cadre de cette étude nous parler du profil psychologique des soignants comme l'une des sources possibles des « plaintes » exprimées par les infirmières, les infirmières étant insatisfaites par « nature » du fait de leurs problèmes personnels. Nous nous demandons pour notre part si ce soupçon lui-même ne contribue pas au manque de reconnaissance ressenti par les infirmières, dans la mesure où entachant de visées personnelles le don, il dévalorise le contre-don, et donc l'échange, et notamment le plaisir que pourrait éprouver une infirmière à effectuer efficacement son travail. « Résister, c'est cessé de se plaindre et commencer par valoriser soi-même la part affective du soin... Pour s'y retrouver dans ce boulot, il faut être un peu conne, bonne et nonne. Il faut donner de soi mais on ne peut le faire que si l'on y trouve un bénéfice. Non pas dans la technicité, mais dans ces choses non quantifiables, non rationnelles, ces choses informelles que sont l'échange, la présence, la qualité de l'attention ». Lors de nos séances avec les infirmières, nous avons constaté que si certaines exprimaient sans peine le plaisir éprouvé dans leur travail, y compris dans le cas d'un accompagnement à la mort, pour d'autres, le plaisir est manifestement une question qu'il est difficile d'aborder, voire même d'envisager.</p> <p><u>L'affranchissement du médecin</u></p> <p>Après la femme guérisseuse, la bonne soeur, la troisième figure d'identification de l'infirmière est celle de l'« <i>auxiliaire du médecin</i> ». Depuis la fin des années soixante, les infirmières cherchent à s'émanciper de la tutelle du médecin et à valoriser leur profession: c'est dans ce contexte que s'est développé le concept de rôle « <i>propre</i> », à savoir des tâches et activités que l'infirmière peut mener de manière autonome. On dit ainsi souvent que les infirmières jouent un « <i>rôle propre</i> » et un « <i>rôle médico-délégué</i> », que l'on tend parfois à opposer, pour affranchir l'infirmière de la tutelle du médecin et pour montrer l'autonomie, l'ampleur et la complexité du champ d'action et de savoir de l'infirmière⁴¹ ? Le terme « <i>propre</i> » signifie, selon le Petit Robert, « <i>qualité distinctive qui appartient à une chose, une personne</i> », et dès lors appeler « <i>rôle propre</i> » tout ce qui est</p>	<p>professionnelle et vie personnelle est l'un des thèmes sociaux les plus actuels, elle nous semble prendre, dans le cadre de la profession infirmière, une dimension supplémentaire, liée à l'histoire de la profession. La prise de mesures par les pouvoirs publics permettant à l'infirmière de concilier l'exercice de sa profession avec sa vie familiale nous semble pouvoir, outre les conséquences sur le plan pratique, avoir une portée symbolique importante : dans ce contexte, un message clair pourrait être envoyé aux infirmières, affirmant la reconnaissance du droit de l'infirmière à une vie hors de son travail, et à « <i>ne pas se dévouer corps et âme</i> ». Ces mesures devraient comprendre non seulement la mise en place de structures d'accueil préscolaire et parascolaire adaptées aux besoins des infirmières, mais aussi des mesures liées à l'organisation du travail (préavis suffisant concernant les horaires, application de la loi sur le travail en cas de maladie d'un enfant, etc.).</p> <p>Evaluer à intervalles réguliers l'adéquation de la rémunération des infirmières et publier une comparaison des salaires infirmiers avec ceux d'autres professions</p> <p>Les infirmières que nous avons rencontrées ont le sentiment de ne pas être suffisamment rémunérées, la littérature laisse entendre que cette situation caractérise la profession. Outre le fait qu'il est nécessaire d'évaluer régulièrement l'adéquation de la rémunération – ce qui</p>

Résultats	Discussion / Conclusion
<p>fait de manière autonome par l'infirmière peut laisser penser que l'aspect médico-délégué n'appartient pas véritablement au rôle de l'infirmière. On relèvera ici que la journaliste spécialisée dans la visibilité des infirmières Suzanne Gordon a souligné devant un parterre d'infirmières lors de sa conférence du 20 juin 2005 au Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) l'importance de ne pas opposer ces deux rôles, mais au contraire de les réconcilier dans la présentation des activités des infirmières, pour rendre visible les soins infirmiers.</p> <p>Ce qu'il faut constater à ce stade, c'est qu'en Suisse, si le discours de la profession est clair concernant l'importance de ce rôle autonome, il n'est pas encore reconnu par le monde politique, du moins pour ce qui touche au financement de ces soins. Ainsi, les soins infirmiers ne sont remboursés dans le cadre du dispositif de la loi fédérale sur l'assurance maladie (LAMal) que sur prescription médicale ou sur mandat médical.</p> <p>On peut aussi relever qu'une étude réalisée en 2001 portant sur le stress dans les hôpitaux indique que « selon les réponses des infirmières leur collaboration avec les médecins semble hypothéquée par l'ignorance de ces derniers concernant les responsabilités et les fonctions qu'elles assument. Elles décèlent régulièrement dans les propos qui sont tenus qu'ils les réduisent à des employées subalternes en oubliant et en ne voulant pas savoir les tâches spécifiques qui sont les leurs ». Cette étude relève aussi le rôle que jouent les infirmières dans la formation pratique des médecins débutants. Dans son rapport sur la revalorisation du statut des personnels soignants, l'OFFT relève à ce sujet que « cette différence de position et de statut ne se reflète pas seulement dans l'organisation des tâches au quotidien, mais aussi dans la structure de gestion des hôpitaux : les soins n'y jouent parfois qu'un rôle secondaire par rapport à l'administration et au personnel médical ». Cette situation n'est pas caractéristique de la Suisse puisque les ministres de la santé des États membres de la Région européenne de l'OMS participant à la Conférence de Munich en 2000 ont invité « toutes les autorités concernées de la Région européenne de l'OMS à intensifier leur action afin de renforcer les soins infirmiers et obstétricaux en donnant aux infirmières, aux sages-femmes et aux médecins la possibilité d'apprendre ensemble aux niveaux de la formation de base et de la formation de 3e cycle et supérieure pour leur permettre de travailler de façon coopérative et interdisciplinaire dans l'intérêt des patients. » A ce stade, à notre connaissance, cette invitation n'a pas été suivie d'effets dans le canton de Vaud. Le programme de formation des médecins à l'Université de Lausanne, selon les informations dont nous disposons, ne semble pas non plus contenir de module présentant le travail des infirmières. Mais on relèvera ici que les relations infirmière – médecin ne sont pas toujours perçues comme problématiques. Ainsi, des infirmières rencontrées dans le cadre de la présente étude nous ont dit : « Avant, les infirmières se sentaient inférieures au médecin, ça c'est fini, il y a ouverture des deux côtés ». Il faut en effet relever que les infirmières, avec leur approche du patient dans sa globalité, nous semblent être des précurseurs de ce que l'on appelle la santé publique, à savoir un « concept social et politique qui vise une amélioration de la santé, une plus grande longévité et un accroissement de la qualité de la vie de toutes les populations par le biais de la promotion de la santé, de la prévention des maladies ainsi que par d'autres interventions afférentes à la santé ».</p> <p><u>Les infirmières et les autres professionnels de la santé</u></p> <p>Si l'identité de la profession infirmière a, de la fin du XIXe siècle au milieu du XXe siècle, été étroitement liée au médecin, l'infirmière étant alors perçue comme l'auxiliaire du médecin, il faut constater que l'identité de la profession est également tributaire de son histoire récente, et notamment des relations des infirmières avec les nouveaux professionnels de la santé – physiothérapeutes, ergothérapeutes, diététiciens, etc. – qui apparaissent dès les années cinquante. Comme le souligne Nadot,</p>	<p>pourrait se faire dans le cadre de la convention collective de travail qu'il est question de conclure dans le canton de Vaud, il semble également nécessaire de donner aux infirmières les éléments leur permettant de comparer leur rémunération avec celles d'autres professions.</p> <p>Evaluer l'efficacité et l'efficience des activités perçues comme « chronophage » par les infirmières telles l'encadrement des stagiaires</p> <p>A plusieurs reprises, nous avons entendu dans le cadre de cette étude parler d'activités menées par les infirmières qu'elles estiment non valorisées, qui, à leur avis, sont chronophages et « pas toujours utiles ». Il nous paraît important dans ce contexte de faire évaluer l'efficacité et l'efficience de ces activités au regard du but recherché. Il pourrait ainsi s'agir d'évaluer sur le plan cantonal l'efficacité des différents stages. La diffusion des résultats de cette évaluation – si elle concluait à l'efficacité de ce type d'activités – permettrait de redonner du sens à cette part du travail infirmier, parfois mal vécue.</p> <p>Contribuer à diffuser des concepts tels que celui des « Magnet Hospitals »</p> <p>Différentes études ont montré que le mode d'organisation de certains hôpitaux, appelés les « magnet hospitals »¹⁰⁴ avaient pour caractéristique de fidéliser leurs professionnels infirmiers. Des recherches ont montré que « le « magnétisme » semble lié à certains indicateurs statistiques positifs, notamment le faible taux d'absentéisme et</p>

Résultats	Discussion / Conclusion
<p>«aujourd'hui, une part non négligeable de l'activité soignante, notamment dans les centres de soins d'importance, consiste à rendre service à des services médico-thérapeutiques et médico-techniques ». Or, les infirmières constatent que ces professions ont réussi à affirmer leur rôle, « nous », a-t-on dit, « il y a un malaise, on est au milieu, on est disséminé, on est mal défini, les ergo, ils ont leur rôle autonome... chacun a ses terrains sauf nous... ». Dans ce contexte, il faut relever que les différentes mesures envisagées ou programmes adoptés de revalorisation du statut des professionnels de la santé ne se limitent pas aux infirmières mais visent l'ensemble des personnels soignants. Il en va notamment ainsi de la décision consistant à former les infirmières au niveau HES. C'est le cas pour les infirmières en Suisse romande, et pour une petite partie des infirmières en Suisse alémanique. C'est également le cas pour les autres professions de la santé, et ce dans l'ensemble du pays. Dans ce contexte, la comparaison entre infirmières et autres professions de la santé ne semble donc pas être à l'avantage des infirmières. Cette comparaison entre les infirmières et les autres professions de la santé nous semble d'autant plus pertinente que « nous nous identifions moins par rapport à la positivité d'une communauté d'appartenance ou d'une culture que par rapport aux communautés et aux cultures avec lesquelles nous sommes en relation ».</p> <p>Les infirmières sont par ailleurs confrontées à l'arrivée sur la « scène des soins » de personnel moins qualifié. En effet, certaines activités, et notamment celles liées aux « soins de base », pourtant part essentielle des soins et vitale, ont été « abandonnées » par des infirmières « peu conscientes de l'histoire de la discipline », parce que « connotées implicitement de basses besognes ». Ces activités ont été le plus souvent assumées par des aides-infirmiers ou des aides-soignants, ou encore par des infirmières assistants. Ces activités entrent dans le champ de pratique des futurs assistants en soin et santé communautaire (ASSC) qui suscitent des peurs chez les infirmières qui craignent que l'on ne préfère recruter des ASSC, moins chers.</p> <p>Or selon Nadot, ces activités font partie intégrantes des pratiques soignantes, de la « matrice disciplinaire », et ne peuvent être dissociées des autres pratiques de la profession.</p> <p><u>Les soins et la société</u></p> <p><u>Les soins infirmiers : la part cachée de la vie</u></p> <p>Les soins, on l'a dit, sont l'une des pratiques sociales les plus anciennes et « étaient le fait de toute personne qui aidait quelqu'un d'autre à assurer tout ce qui lui était nécessaire pour continuer sa vie, en relation avec la vie du groupe ». Effectués à l'origine au sein du groupe – faisant partie du travail domestique –, la prise en charge des « faibles », les soins aux « infirmes » sont progressivement donnés au sein d'institutions. La religion chrétienne considère le corps avec mépris, et les soins au corps ne sont plus dispensés que dans les institutions comme « support des soins spirituels » au corps souffrant par des religieuses. Les progrès de la médecine vont par la suite faire disparaître la souffrance et l'objet des soins, le corps – et plus particulièrement ses aspects « souillure » – vont être progressivement occultés sur le plan social. « Les infirmières possèdent un savoir important relatif au corps et à la vie sociale – savoir construit dans le contexte d'une société au sein de laquelle les gens apprennent à cacher le corps et certaines de ses fonctions. Tant que cette conception du corps persistera il y aura des pressions sociales pour cacher les soins infirmiers et le travail des infirmières ». Cette disparition sociale de l'« objet » du champ de pratique des infirmières nous semble être l'un des facteurs contribuant à la problématique de la reconnaissance des infirmières, de leurs pratiques et de leurs savoirs. Tout ce qui touche aux soins du corps n'est en effet socialement pas valorisé. Il est intéressant de mentionner ici les résultats d'une étude menée en Argovie en 2002 sur le choix de la profession et</p>	<p>de rotation du personnel, sans oublier l'amélioration de la qualité des soins prodigués. Cet état de fait est imputable à l'application constante d'un véritable "paquet" de mesures de gestion des ressources humaines (GRH) parfaitement en phase avec les priorités organisationnelles. Ces mesures favorisent l'autonomie des infirmières, leur participation aux décisions ainsi que leur progression professionnelle, et permettent enfin le plein épanouissement de leurs aptitudes ». La diffusion de ce type de concepts auprès des employeurs et des associations professionnelles pourrait contribuer à améliorer les conditions de travail des infirmières et l'image qu'elles ont de leur profession.</p> <p><u>... concernant la représentation des infirmières</u></p> <p>Créer un espace de dialogue autorités/ infirmières spécifiques aux infirmières</p> <p>La section vaudoise de l'ASI représente les infirmières au sein de toute une série de commissions, dont aucune n'est réservée à la profession. Il nous semblerait utile qu'un espace réservé aux infirmières, où leurs représentants pourraient aborder des problématiques spécifiques aux infirmières, soit mis en place, cette profession étant numériquement la plus importante. Cet espace pourrait par exemple être mis en place dans le cadre de la convention collective de travail dont il est question qu'elle régie les rapports de travail des infirmières dans le canton.</p>

Résultats	Discussion / Conclusion
<p>l'image de la profession et de la formation en soins. La pénibilité de la profession – définie ici comme «manèvements d'excréments et de sang, exposition au processus du vieillissement et du « mourir », à la mort et au deuil » – vient parmi les aspects négatifs cités par les personnes interrogées (élèves, soignants, parents d'étudiants en soins) en troisième position après les horaires de travail et les salaires. En revanche, la catégorie « soignants en activité » prise isolément classe cette problématique en huitième position parmi les aspects négatifs. Des infirmières rencontrées dans le cadre de cette étude nous ont confirmé que l'aspect de leur travail lié aux soins au corps n'est pas particulièrement problématique pour elles : « on n'a pas de dégoût, ça fait partie du travail ... on vient en aide à la personne et on passe au-delà, on agit ».</p> <p>De même que le corps n'est plus socialement accepté dans sa globalité, en Occident, la mort a également été progressivement occultée, évacuée par la société : on meurt de moins en moins chez soi de nos jours, mais le plus souvent « à l'écart », dans des hôpitaux ou des EMS, et pas forcément entouré de ses proches. Des infirmières rencontrées dans le cadre de cette étude nous ont fait part des confrontations qui peuvent survenir avec les familles, qui se plaignent et qui « reportent leur culpabilité sur les infirmières », l'infirmière dans ce contexte se devant d'être souriante : « On a l'image de l'infirmière à défendre ». Toute cette partie du travail des infirmières liée aux soins au corps et à l'accompagnement à la mort reste peu visible. D'une part, parce que comme le dit l'un des experts que nous avons rencontré en entretien, c'est que « l'infirmière, c'est celle qui voit ». L'infirmière est en effet le témoin de la souffrance d'un patient, le cas échéant, d'une certaine déchéance physique et psychique, d'une agonie que les proches du patient ou du client préfèrent ignorer ou que la personne elle-même, si elle se rétablit, préférera oublier. D'autre part, parce que, comme nous l'ont expliqué des infirmières, elles ne racontent pas cette partie de leur travail par respect de l'intimité du patient, pour respecter le secret médical ou parce que, parfois, leur propre entourage préfère ne pas en entendre parler : « J'en parle pas parce que je ressens que c'est lourd », « il n'y a pas de curiosité, c'est des choses qu'ils veulent pas voir », « on vit dans quelque chose que personne ne veut voir, qui font peur ». Le plaisir d'un travail bien fait lorsque ce travail consiste à accompagner un être humain à la mort est également, pour certaines infirmières, difficile à exprimer, parfois même à « s'avouer ».</p> <p>On peut aussi relever des propos laissant entendre qu'il pourrait exister au sein de la profession une hiérarchie perçue entre infirmières. Celles travaillant directement avec les personnes âgées et les mourants seraient moins valorisées. Ainsi, « si vous travaillez dans un EMS, on pense que vous n'êtes pas capables de travailler dans un hôpital », « les [infirmières] HES ne voudront pas travailler en EMS, c'est dénigrant ». Mais ces propos sont rapidement tempérés : « Les jeunes préfèrent travailler dans les soins aigus, c'est plus technique... en EMS, on a plus de pouvoir, on a plus de responsabilités ».</p> <p>Les infirmières soulignent la difficulté du «relationnel » notamment lié à la mort. La mort fait partie de la formation et du travail des infirmières, les infirmières nous l'ont dit, « on est mieux armées, mais quand même, quand il y a trop, il y a trop ».</p> <p><u>Les conditions de travail</u></p> <p>Les conditions de travail des infirmières sont en effet réputées pour leur « pénibilité », pénibilité définie souvent, on vient de le dire, comme liée au fait que les infirmières, dans leur travail, sont confrontées à la maladie, à la souffrance, au vieillissement et à la mort. On notera ici que « ce qui est difficile, ce n'est pas le décès mais la façon dont ça se passe ».</p> <p>La pénibilité est également définie comme liée aux horaires de la profession, découlant de la nécessaire prise en charge des patients 7 jours sur 7, et 24 heures sur 24. Il est intéressant de noter que si les horaires sont cités par les différentes infirmières</p>	<p>...concernant le discours des porte-parole</p> <p>Suggérer à la section vaudoise de l'ASI d'étudier la possibilité de mieux distinguer ses actions politiques et ses actions de nature syndicale</p> <p>On l'a dit plus haut, le fait que l'ASI tienne un discours valorisant les soins infirmiers et la qualité de la prestation offerte, et parallèlement un discours mettant en avant les aspects négatifs de la profession lorsqu'il s'agit de défendre les conditions de travail rend parfois difficilement lisible son discours. On peut dans ce contexte noter que selon les informations récoltées dans le cadre de cette étude, l'existence d'une convention collective de travail (CCT) dans le secteur que représente l'Association vaudoise de travailleurs de l'éducation spécialisée et de la petite enfance (AVTES) qui regroupe les travailleurs de l'éducation spécialisée et de la petite enfance, permet à cette association de jouer tant le rôle d'une association professionnelle, défendant la qualité de la prestation, que celle de défenseur des conditions de travail, l'activité syndicale de cette association consistant à s'assurer du respect de la CCT.</p> <p>Suggérer aux écoles vaudoises formant les infirmières de revoir leur discours public pour déterminer dans quelle mesure certains messages pourraient contenir des éléments contribuant au malaise de la profession</p> <p>On l'a dit plus haut, certains libellés tels que le « ils ne regrettent pas » figurant sur le site d'une école ne nous semblent pas heureux</p>

Résultats	Discussion / Conclusion
<p>rencontrées dans le cadre de cette étude comme un aspect négatif de leur métier, c'est parce qu'ils les contraignent à « une vie sociale différente » et qu'ils rendent difficile la conciliation avec une vie familiale. Le travail les jours fériés, nous a-t-on dit devrait être valorisé davantage, « le jour de Noël par exemple devrait être compensés plus qu'un dimanche ». On retrouve ici le souci d'affirmer son droit à une vie personnelle, en dehors des malades, de ne pas être une « bonne soeur, dévouée corps et âme ».</p> <p>Il nous paraît important de revenir dans ce contexte sur certaines définitions de la pénibilité du travail des infirmières, qui en voulant reconnaître la dureté des conditions de travail, les présentent de manière extrême, mettant en doute la santé mentale de celles qui exercent – ou choisiraient d'exercer cette profession. « Par pénibilité il faut entendre là les atteintes essentielles à la personnalité humaine que ces travailleurs doivent accepter, c'est-à-dire les horaires irréguliers tant nycthémeraux qu'hebdomadaires et mensuels, ainsi que les chocs psychologiques répétés d'intensité variée et pour lesquels le seul rappel de la nature quasi divine de leur mission, fut-elle pleine de grandeur, n'est actuellement plus suffisant, pour permettre à ces professionnels de se reconstituer, au fil des agressions, un psychisme équilibré ». Cette définition laisse également entendre que par le passé, la seule reconnaissance de la nature divine de la mission suffisait aux infirmières pour se remettre des chocs psychiques...</p> <p>Lors de nos rencontres avec des infirmières dans un hôpital, dans un CMS et dans un EMS, nous avons été frappés par le fait qu'aucune infirmière n'a spontanément utilisé le terme « stress » comme caractérisant l'exercice de sa profession. En revanche, toutes ont souligné les problèmes liés à ce qu'elles perçoivent comme un manque de temps pour le patient, pour pouvoir donner des soins de qualité, et leur rémunération, considérée comme trop basse – nous reviendrons sur la question des salaires dans le cadre du présent rapport consacré au programme vaudois de promotion des professions de la santé. Le manque de temps pour les patients est, selon les informations récoltées, davantage dû au fait qu'en hôpital, les infirmières « n'ont plus que des gros cas » du fait du raccourcissement de la durée des hospitalisations, et pour les soins palliatifs, dû au fait que les patients sont hospitalisés plus tardivement.</p> <p>Différentes études cantonales, citées dans un rapport de l'OFFT sur la revalorisation du statut du personnel soignant, ont montré que la situation du personnel soignant se caractérise par une surcharge de travail et un stress liés à la pénurie en personnel et à des effectifs trop réduits, à l'augmentation de la demande en soins, à des coupes résultant de ce qui précède, à des exigences élevées en matière de qualification des soignants et à un très haut degré de responsabilité (modifications de l'assurance responsabilité civile professionnelle). Selon l'OFFT, « les facteurs qui viennent d'être cités entraînent le secteur des soins infirmiers dans une spirale négative ». Les infirmières nous disent aussi être confrontées à des patients « qui paient plus, et qui veulent plus ». Les infirmières estiment également que la part administrative de leur travail augmente, qu'elles subissent des changements constants d'organisation, et qu'une partie de leur travail qui consiste à prendre en charge des stagiaires ou des personnes en formation n'est pas valorisée.</p> <p>L'évolution du système de prise en charge de la santé, et plus particulièrement la diminution de la durée des hospitalisations, le recul de l'âge d'entrée en EMS, le développement des soins à domicile, les restrictions financières, ont en effet radicalement modifié les conditions de travail des infirmières. A l'hôpital, elles ont affaire à des patients en situation aiguë, et de moins en moins souvent, nous a-t-on dit, à des patients dont l'état est stabilisé. Dans le cadre des soins à domicile ou des EMS, les infirmières nous disent voir l'impact des restrictions financières, par exemple des modifications de remboursement de certaines</p>	<p>dans le contexte du malaise exprimé par la profession mais nous semblent au contraire contribuer au marasme ambiant.</p> <p><u>...concernant la visibilité des soins infirmiers et des infirmières</u></p> <p>Appuyer les mesures prises par les institutions de la santé, les associations professionnelles, les instituts oeuvrant dans le domaine de l'économie de la santé pour développer des systèmes d'information sur les soins infirmiers</p> <p>Plusieurs systèmes visant à disposer d'informations sur les soins infirmiers et leur coût soit sur le plan national, soit au sein d'institutions sont mis en place. Le développement de ce type de prise statistique contribue à assurer la visibilité des soins, et contribue à objectiver le travail des infirmières et son coût.</p> <p>Rendre visible l'existence d'infirmières et des soins infirmiers utilisant les termes « infirmières » et « soins infirmiers » dans les textes officiels</p> <p>A la lecture du site du statistique de l'Etat de Vaud, on peut constater que s'il existe une définition du médecin, ce n'est pas le cas de l'infirmière. Il pourrait être opportun, pour contribuer à l'établissement d'une définition dans le sens commun allant au-delà de l'infirmière auxiliaire du médecin de poser dans ce contexte une définition proche de la réalité professionnelle des infirmières. Il nous paraîtrait également important de faire davantage figurer les termes « infirmières » et « soins infirmiers » dans les documents officiels. Rappelons-le par exemple, si le</p>

Résultats	Discussion / Conclusion
<p>prestations comme des veilles d'urgence, les soins de court séjour, etc. Les infirmières soulignent ainsi ce qu'elles ressentent comme les contradictions de la société, qui développe les soins à domicile, les soins palliatifs « avant on se battait contre la maladie, maintenant on se demande si c'est raisonnable... » et qui par ailleurs remet en cause le financement des soins. « C'est une schizophrénie de la société plus que de la dévalorisation » fait remarquer une des infirmières rencontrées dans le cadre de l'étude, « on ne veut pas institutionnaliser les gens mais on ne veut pas payer les soins à domicile ». Les infirmières nous paraissent ainsi porter le poids des conséquences des restrictions financières. « On est en première ligne pour voir ce qui se passe si l'on n'agit pas », nous ont-elles dit, « on se sent responsable ». Cette situation et ce rôle de pompiers que jouent les infirmières qui « s'occupent de l'exclusion » sont au « bout de la chaîne » comme elles disent ne caractérisent pas uniquement la Suisse, comme en témoigne le discours d'une infirmière française : « On ne peut pas partir du travail, parce que les gens dont on s'occupe vivent des situations humainement extrêmes et nous sommes des extrémistes de l'extrême ».</p> <p><u>Les soins : la part hors « norme » de la société</u></p> <p>D'autres professions sont réputées également pour être caractérisées par un « malaise professionnel », et l'on dit aussi de leurs membres qu'ils se « plaignent » tout le temps. Il s'agit notamment des assistants sociaux, des éducateurs de la petite enfance et des enseignants. Il peut être intéressant de relever que toutes ces professions ont pour objet ceux qui ne sont pas dans la « norme » de la société comprise comme les personnes productives, ayant un travail. Ces différentes professions ont une filiation historique commune – ce sont traditionnellement des professions de femmes, descendantes de « la religieuse ». Rappelons que l'étymologie du terme « infirmière » renvoie au faible, à l'indigent, soit aux personnes situées dans les marges de la société, et pas exclusivement au malade.</p> <p>On peut aussi relever dans ce contexte que pour certains, la non valorisation des soins infirmiers est liée au fait que les soins infirmiers ne sont pas « productifs » du point de vue économique, à savoir liés à des intérêts économiques comme d'autres professions médicales ou de la santé (industries pharmaceutiques, etc).</p> <p><u>L'impasse identitaire ?</u></p> <p>La discussion sur l'identité infirmière met en lumière le paradoxe de la profession infirmière. Leurs activités sont essentielles au bon fonctionnement social mais la société actuelle occulte une grande part du champ de pratiques des professionnels infirmiers (corps, mort). Par ailleurs, les professionnels infirmiers n'acceptent pas ce que leur renvoie l'histoire de la profession – plus particulièrement tout ce qui touche à la « religieuse » et à l'« auxiliaire du médecin ». Le rejet de ces deux figures emblématiques témoigne, à notre avis, de la volonté des professionnels de s'inscrire et d'inscrire les soins dans la société. Ils refusent d'être eux-mêmes coupés de la société (la religieuse, investie d'une mission divine mais sans vie familiale et sociale, et qui n'a plus sa place dans une société où la religion ne joue plus un rôle central), ou de n'être reconnus qu'en renonçant à la part sociale de leur pratique (« De tout temps, les soins ont eu une fonction sociale... Dans la société occidentale, le retranchement de l'institution hospitalière de la communauté et l'exclusion sociale de ceux qui s'y trouvent, la clôture des femmes consacrées suivie de la formation des infirmières en hôpital-école, puis à la fin du XIXe siècle les théories organicistes et de celles de l'asepsie contribuent à faire de l'action soignante une action retranchée et à la séparer de l'action sociale dans sa conception et son organisation. Il y a scission entre le sanitaire et le social, scission dont l'impact est considérable car elle permet à tout ce qui a vocation sanitaire – c'est-à-dire de plus en plus médical d'ignorer le social »).</p>	<p>Rapport du Conseil d'Etat vaudois au Grand Conseil sur la politique sanitaire de mars 2004 contient 603 fois le terme « soins », l'expression « soins infirmiers » n'apparaît que deux fois...</p> <p>Soutenir l'organisation d'événements pour assurer la visibilité des soins infirmiers et une meilleure connaissance de l'activité infirmière</p> <p>En mai 2005, l'Organisme médico-social vaudois a célébré la journée nationale de l'aide et des soins à domicile, en organisation des « portes ouvertes » auxquelles étaient invités des politiciens (représentants communaux, députés cantonaux et nationaux) ainsi que la population. Il pourrait être opportun d'organiser plus souvent et dans d'autres types d'institutions où travaillent des infirmières ce type de manifestations. En effet, ces manifestations qui peuvent être couvertes par les médias, constituent une bonne occasion de faire connaître le travail des infirmières auprès de la population, des médias, et des politiques. La participation de personnalités politiques, tels que Conseillers d'Etat, ou parlementaires pourrait s'avérer très utile.</p> <p>Encourager les infirmières à présenter de manière systématique leur profession</p> <p>La journaliste Suzanne Gordon, lors de la sa conférence au CHUV en juin 2005, soulignait les difficultés qu'éprouvent les infirmières à se présenter comme professionnelle (par exemple en se présentant non pas en déclinant leur nom,</p>

Résultats	Discussion / Conclusion
<p>Le débat identitaire sur l'infirmière semble mener actuellement à une impasse. « La problématique centrée autour de l'identité infirmière nous semble aujourd'hui trop étreinte et figée dans un registre doloriste pour ne pas dire plaintif... La littérature professionnelle est à cet égard impressionnante... Le débat sur notre « triste sort », parfois sur notre mal-être et notre quête de reconnaissance, nous maintient rassemblement dans un discours beaucoup plus idéologique que scientifique, dans une posture là encore d'allégeance et de soumission au corps médical, quand ce n'est pas dans un rôle de victime ». Ce « registre doloriste » est qualifié, par certains des experts que nous avons rencontrés dans le canton de Vaud, de « culture des lamentations » ou de « logique de la plainte ». Le manque de reconnaissance devient alors un trait identitaire de la profession. Dans ce contexte, on notera que l'on assiste même à une « institutionnalisation » de la reconnaissance comme problématique infirmière, puisque la question s'inscrit dans la formation continue. Ainsi, par exemple, le centre de formation CREP/ASI propose en 2005 comme cours « à la carte », un module intitulé « si être reconnu ... au quotidien pouvait libérer la motivation, freiner le désengagement dans le travail ou l'absentéisme ».</p> <p>Tout devient signe du manque de reconnaissance comme par exemple des mesures d'austérité : « Le manque de considération envers le personnel soignant (infirmier et médical) est sous-jacent aux décisions d'austérité. La politique d'information des autorités responsables révèle à quel point elles ont peu d'estime pour ces professions et leur mission. C'est souvent par le biais de la presse quotidienne que le personnel prend connaissance de mesures d'économie et des réductions de postes et pas directement de son employeur, le canton », c'est ce qu'écrit le représentant lucernois de l'ASI dans le journal de l'association en octobre 2004.</p> <p>On risque alors de se retrouver dans une logique de « prédictions qui se vérifient d'elles-mêmes ». Comment ne pas se plaindre alors que la plus grande partie du discours des médias, tout comme le discours « scientifique » portant sur les infirmières parle du malaise de la profession lié au manque de reconnaissance, de la pénurie en personnel soignant formé lié au stress et à la pénibilité du travail, de la crise que traverse le système sanitaire, etc. Des infirmières, après nous avoir dit qu'elles aimaient leur métier, nous disaient « que peut-on dire ? tout va mal et on a du plaisir » ?</p> <p>Difficile en effet pour les infirmières du terrain de prendre de la distance d'avec leurs porte-parole, les associations professionnelles et les lieux de formation, qui se battent pour la reconnaissance de la profession, mais dont le discours, c'est l'hypothèse que nous posons, peut, par certains de ses aspects, contribuer à enfermer les infirmières dans le registre « doloriste ».</p> <p>Les porte-parole de la profession</p> <p><u>L'ASI</u></p> <p>Selon l'article 2 al. 1 de ses statuts, l'ASI « s'emploie :</p> <ul style="list-style-type: none"> a) à développer le domaine des soins infirmiers et à assurer leur qualité b) à soutenir ses membres dans leurs activités et leur développement professionnels c) à défendre et promouvoir les intérêts sociaux et économiques de ses membres d) à adopter une position d'analyse critique à l'égard du système de santé et, partant, à examiner les problèmes émanant de l'Etat et de la société; e) à participer activement aux processus de décision politique relevant de la santé ». <p>L'ASI joue donc simultanément un double rôle. Elle joue le rôle d'une association professionnelle, qui défend la qualité de la</p>	<p>prénom et fonction mais simplement par leur prénom) et à expliquer leur travail. Il conviendrait d'encourager les infirmières à expliquer systématiquement aux patients, à la population, en quoi consiste exactement leur action. Les infirmières scolaires dans ce contexte pourraient être invitées à présenter leur profession aux enfants et adolescents. Cela pourrait contribuer à rendre la profession attractive, et à « casser » l'image de l'infirmière comme étant uniquement une auxiliaire du médecin.</p> <p>Encourager les alliances avec d'autres organisations ou professions ayant des caractéristiques similaires ou oeuvrant dans des domaines proches pour accroître la visibilité et la reconnaissance de l'importance des soins infirmiers</p> <p>En tant que profession de femme et du soin, il nous semblerait opportun de développer des alliances avec des organisations féministes, pour présenter la profession, en « retournant les stigmates » que les infirmières voient dans leur métier (profession de femmes, profession de vocation, du soin) et que la société voit dans le métier (corps, mort). Nous pensons ici à renforcement d'actions conjointes – soit médiatiques soit sur le plan politique – avec les bureaux de l'égalité, les associations féministes, les autres professions du soin (éducateurs de la petite enfance, assistants sociaux, éducateurs, etc.), de même qu'avec des sociétés telles que les organisations représentant les intérêts de patients, de personnes âgées, ou encore la</p>

Résultats	Discussion / Conclusion
<p>prestation fournie au public – les soins infirmiers – notamment par l’intermédiaire de la défense de la qualité des fournisseurs de soins que sont les infirmières, et notamment de leur formation professionnelle. C’est essentiellement sur le plan politique que se joue ce rôle. Simultanément, l’ASI joue aussi un rôle plus syndical en tant que défenseur des intérêts sociaux et économiques des professionnels.</p> <p>Ce double rôle joué par l’Association a été rapidement relevé lors des entretiens effectués dans le cadre de cette étude ainsi que lors des séances avec les infirmières. Une certaine incompréhension quant au rôle de cette association, qui n’est pas un ordre professionnel mais pas non plus un syndicat - semble être de mise. On peut dans ce cadre relever par exemple que le site Internet de l’ASI présente sous « action politique », l’action concernant le service de piquet, qui nous paraît plutôt être d’ordre syndical.</p> <p>Les difficultés liées à ce que certains qualifient d’ambivalence, source de faiblesses, sont aussi soulignées dans le rapport préparé par l’OFFT en réponse au postulat de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des Etats relatif à la revalorisation du statut du personnel soignant. L’OFFT relève ainsi la double nature du discours des associations professionnelles, qui, d’une part, déploient de grands efforts pour soutenir le développement et la visibilité des soins et pour promouvoir la profession, et qui, d’autre part, pour faire passer leurs revendications syndicales, s’appuient sur les aspects négatifs de la situation professionnelle. On soulignera ici que l’ASI s’est également vue critiquée par certains Romands qui lui reprochent de rechercher le plus petit dénominateur commun, notamment dans le cadre de la discussion sur la formation au niveau HES.</p> <p>Pour beaucoup des personnes rencontrées dans le cadre de cette étude, un « ordre professionnel » des infirmières devrait être créé en Suisse pour clarifier le discours de l’association professionnelle, et affirmer l’importance de la prestation, et le rôle de la profession en tant que garant de soins de qualité. La mise en place d’un tel organe paraît revêtir non seulement une fonction pratique – mieux défendre les soins infirmiers – mais également revêtir une importance symbolique pour ce qui touche à la reconnaissance de l’importance de la profession.</p> <p>Mais selon certains, la mise en place d’un ordre professionnel, à qui l’Etat reconnaîtrait certaines compétences, comme, par exemple, de fixer les critères d’accès à la profession et les normes d’exercice, ne peut juridiquement être envisageable sur le plan fédéral, puisque la santé est, en Suisse, de la compétence des cantons. Ainsi, l’exercice des professions de la santé est régi par la législation cantonale, dans le canton de Vaud, par la loi sur la santé publique. L’octroi de compétences de ce type à un ordre professionnel signifierait également rendre obligatoire l’affiliation à un tel organe pour pouvoir exercer sa profession. On nous l’a fait remarquer, ce type d’affiliation obligatoire n’est guère dans la « culture suisse ». A cet égard, on peut ici préciser que la section vaudoise de l’ASI comptait à fin 2004 1’576 membres, ce qui représente 19,6% des infirmières au bénéfice d’une autorisation de pratiquer en activité dans le canton.</p> <p>Il faut aussi constater que ce qui en Suisse est connu comme « ordre professionnel » (par exemple la Fédération des médecins suisses) est davantage une association professionnelle, jouant notamment le rôle de « lobby » sur le plan politique.</p> <p><u>La formation</u></p> <p>Comme lieu de formation, les écoles d’infirmières contribuent à forger l’identité de la profession par le contenu des cours qu’elles dispensent et de la recherche qu’elles effectuent. Elles jouent également le rôle de porte-parole de la profession, tant dans l’image qu’elles véhiculent, notamment lors de leurs campagnes de recrutement de nouveaux élèves, ou dans leurs</p>	<p>société suisse de thanatologie</p> <p><u>... concernant le niveau politique</u></p> <p>Comme le dit Paul Ricoeur, « la demande de reconnaissance exprime une attente qui peut être satisfaite seulement en tant que reconnaissance mutuelle, que celle-ci reste un rêve inaccessible ou qu’elle requière des procédures et des institutions qui élèvent la reconnaissance au plan politique ». L’action sur le plan politique qui permet la reconnaissance sociale et qui traduit également la volonté de la profession de s’inscrire dans la société – et dès lors d’en reconnaître les caractéristiques - est à notre avis fondamentale. Il conviendrait de soutenir toutes les mesures permettant à la profession d’être mieux connue du monde politique que ce soit au niveau cantonal ou au niveau national.</p> <p>Soutenir les mesures renforçant le lobbying défendant les soins infirmiers auprès des politiques</p> <p>Il conviendrait notamment de renforcer le lobbying au niveau national pour défendre les soins infirmiers. En effet, la valorisation de la profession passe non seulement par une meilleure formation et une reconnaissance de la « pénibilité » du métier comme cela semble désormais être le cas, du moins sur le plan du discours, mais aussi par une reconnaissance de l’importance sociale des soins infirmiers. Au niveau cantonal, il pourrait être opportun de sensibiliser les politiques dans ce domaine (Conseil d’Etat, Grand Conseil, députation vaudoise aux Chambres) pour qu’ils</p>

Résultats	Discussion / Conclusion
<p>publications.</p> <p><u>... en profonde mutation</u></p> <p>En Suisse, la formation des infirmières et le rôle des écoles est en profonde mutation depuis plusieurs années, et tout particulièrement depuis le début des années 2000.</p> <p>En effet, la formation des infirmières connaît en 1992 une réforme d'importance en suivant les prescriptions de formation en soins infirmiers de la Croix-Rouge suisse, adoptées en 1991 qui «concrétisent la rupture de la formation des soins avec la prégnance du modèle biomédical au profit d'une formation de généraliste issue d'un modèle infirmier, centré sur l'individu et le groupe, du nouveau-né au vieillard, en santé ou malade. L'éducation à la santé et sa promotion, les mesures de réadaptation et de réinsertion sociale, la recherche, l'évaluation de la qualité des pratiques, les soins de nursing, l'intervention en situation de crise cohabitent dans les programmes de formation avec l'enseignement des soins techniques et des tâches médico-déléguées ». Dans ce cadre, les formations en soins généraux, en hygiène maternelle et en pédiatrie et en psychiatrie ont été remplacées par celles de niveau « diplôme en soins infirmiers » dites de niveau I (en trois ans) et de niveau II (en quatre ans). Au début des années 2000, la mise en place des hautes écoles spécialisées (HES) modifie radicalement le paysage de la formation des professionnels de la santé. En Suisse romande, en effet, la formation en soins infirmiers est dès 2002 dispensée au niveau HES. Dans un premier temps, la durée de cette formation HES en soins infirmiers est de 4 ans (soit de la même durée que la formation suivie par les infirmières niveau II), puis, conformément à la décision des Chambres fédérales de décembre 2004 relative à l'accord de Bologne sur la formation, il est prévu que la formation de base (bachelor) en soins infirmiers sera d'une durée de 3 ans (soit de la même durée que la formation suivie par les infirmières niveau I).</p> <p>Il faut noter par ailleurs que jusqu'à fin 2006, c'est la Croix-Rouge suisse qui assure la responsabilité de la reconnaissance des filières de formation et des diplômes étrangers. Cette responsabilité sera reprise ensuite, comme pour les autres professions, par l'OFFT. Cette évolution du cursus proposé par les écoles d'infirmières est parfois perçue comme une instabilité qui ne contribue pas à la lisibilité de la profession : on trouve en effet actuellement dans les équipes selon les formations suivies :</p> <ul style="list-style-type: none"> > des infirmières en soins généraux, > des infirmières en hygiène maternelle et en pédiatrie, > des infirmières en psychiatrie, > des infirmières de niveau II, > des infirmières de niveau I, > des infirmières assistantes, > des infirmières titulaires de diplômes étrangers, > et très prochainement les premières infirmières HES, qui auront suivi une formation de 4 ans. <p>On notera ici que si, pour certains, cette diversité de formation nuit à l'identité de la profession, pour d'autres, le simple fait que les équipes fonctionnent montre qu'il existe au-delà des formations une identité infirmière. D'autres, enfin, nous ont dit : « De toute façon, ce n'est pas la formation qui fait la différence, c'est le vécu, la personne », ce qui reflète les doutes et craintes qu'éprouvent les infirmières en activité face à l'arrivée des futures HES. On relèvera aussi qu'il n'existe pas encore de cohérence globale pour la formation continue des professionnels infirmiers, comme le relève l'OFFT dans son rapport sur le</p>	<p>défendent non seulement la valorisation de la profession mais aussi toutes mesures permettant de valoriser les soins infirmiers. Nous avons souvent entendu qu'il était nécessaire de créer un ordre professionnel des infirmières en Suisse, sur le modèle de l'ordre professionnel québécois. Il faut relever qu'au Québec, l'ensemble du système d'organisation des professions passe par la mise en place d'ordres professionnels à qui l'Etat délègue de larges compétences pour l'exercice de la profession et la formation. En Suisse, ce sont les cantons qui sont compétents pour ce qui est de l'organisation des professions de la santé, alors que la formation est régie au niveau fédéral. En Suisse également, s'il existe des ordres professionnels (ordre des avocats), il n'est pas nécessaire d'y être affilié pour exercer la profession. Ce type d'organes traite notamment des questions éthiques liées à l'exercice de la profession, comme le fait l'ASI qui a édicté des normes éthiques de la pratique infirmière et qui s'applique à ce qu'elles soient respectées. Il convient néanmoins à notre avis de clarifier le rôle de l'ASI, on l'a dit plus haut pour le niveau vaudois, également au niveau national et de renforcer ce type d'organisation pour que soit développé un véritable lobbying du type de ceux que développent les membres de la Société suisse de public affairs.</p> <p>On peut ici relever la conclusion du rapport de l'OFFT sur la revalorisation du statut des personnels soignants : « A l'instar du</p>

Résultats	Discussion / Conclusion
<p>postulat relatif à la revalorisation du statut des personnels soignants.</p> <p><u>HES : valorisation pour la profession mais pas forcément pour les infirmières en activité ?</u></p> <p>L'accession de la formation des infirmières au niveau HES est le plus souvent considérée comme un facteur de valorisation de la profession, « plusieurs études montrent en effet que le choix d'une carrière professionnelle dépend de plus en plus du niveau de formation qui lui est associé ». Les infirmières actuellement en activité ne considèrent pas la formation HES comme une valorisation de leur profession, mais plutôt comme une menace pour ce qu'elles sont.</p> <p>En effet, la situation actuelle pour les infirmières en activité, selon les informations recueillies dans le cadre de cette étude, semble caractérisée par le flou. Les infirmières s'interrogent sur la validité qui sera accordée à leur formation et à leur expérience. : « On nous a dit, il faut cinq ans de pratique pour être équivalent à une infirmière HES ». Les communiqués officiels semblent confirmer l'incertitude : « Pour le domaine d'études de la santé, la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) ne voit pour l'instant pas de possibilité de conversion des titres. La question de savoir si les titulaires de certains titres dans le domaine de la santé pourront demander la conversion en titres HES, et sous quelles conditions, sera à régler ultérieurement ».</p> <p>Les infirmières de niveau 1 nous disent : « les niveaux 1, on nous a dit, faites-nous confiance... on sort de là, et hop, une nouvelle étape, et on a HES.... » Ainsi, l'article 4 al. 2 de l'Ordonnance du Département fédéral de l'économie concernant les conditions minimales de reconnaissance des filières de formation et des études post-diplômes des écoles supérieures du 11 mars 2005 prévoit que « les titulaires de l'ancien titre d' « infirmière / infirmier niveau I » décerné jusqu'à présent ne sont pas autorisés à porter le nouveau titre correspondant d'« infirmière diplômée ES » / « infirmier diplômé ES ». Une procédure, organisée par les prestataires des formations et approuvée par l'OFFT, visant à déterminer l'équivalence est cependant réservée ».</p> <p>Les infirmières actuellement en activité craignent l'arrivée des infirmières HES. « Les HES font peur, il faut bac + 17 [rires] ». « On a peur qu'elles n'aient pas le côté pratique ». Elles disent : « Elles auront un bagage, ce seront des petits médecins, après, je ne suis pas sûre qu'elles voudront être auprès des malades... », « c'est une sacrée formation pour faire de l'administratif ». Elles craignent aussi que les postes qui sont considérés par certains comme étant les meilleurs ne soient réservés aux HES, et que les « basses besognes » soient réservées aux autres formations : « Les HES ne voudront pas travailler en EMS, c'est dégradant ».</p> <p>Des infirmières rencontrées lors de cette étude soulèvent également la question des praticiens formateurs : « Avant on formait les jeunes, maintenant pour s'occuper des HES, il faudra une formation de praticien formateur ».</p> <p>Notons que le passage en HES suscite également des craintes chez les enseignants, qui ne disposent pas tous de la formation nécessaire pour être professeur HES (formation métier, formation supérieure dans le domaine enseigné et formation pédagogique). A cet égard, on peut rappeler que la plupart des enseignants actuels ont suivi une formation supérieure dans un domaine autre que le champ « infirmier » - il n'existe en effet pas de formation au niveau universitaire en sciences infirmières en Suisse, à l'exception de la chaire en soins infirmiers de l'Université de Bâle. Les enseignants HES ont aussi une mission de « recherche », or « la profession infirmière en Suisse n'a pas (ou peu) de tradition et de production de connaissances scientifiques derrière elle ». Comme tout changement, cette situation suscite des inquiétudes chez ceux qui produisent et véhiculent une bonne part du discours de la profession.</p>	<p>financement à terme et de la restructuration de l'assurance-maladie et des pensions de retraite, la prise en charge des personnes âgées, malades et handicapées par du personnel compétent posera un problème de plus en plus aigu à l'avenir. Les soins infirmiers jouent un rôle capital dans cette perspective. Lorsqu'une société ne parvient plus - et c'est le cas de la Suisse - à former et à engager, notamment à long terme, suffisamment de personnel pour remplir cette tâche, son tissu social est sérieusement menacé. Un tel problème ne peut être géré ni résolu par les seuls personnels soignants mais doit être intégré, en tant que question centrale, dans le débat portant sur l'Etat social suisse ».</p> <p>Au coeur de toute cette discussion réside en effet la relation entre l'infirmière et la société. Dans ce contexte, il nous paraît essentiel d'ancrer le discours de la profession dans la société, en ne dissociant pas « infirmière » et « soins infirmiers », en raison de ce que le personnage « infirmière » signifie pour la société, à savoir la nécessité de soigner les faibles, les indigents, les malades, de soigner les corps, d'accompagner à la mort, qui se traduisent par les valeurs exprimées par les professionnelles que nous avons rencontrées, et notamment solidarité et respect.</p>

Résultats	Discussion / Conclusion
<p><u>Le discours des écoles</u></p> <p>Les écoles dans leurs campagnes de recrutement peuvent contribuer à nourrir la crainte des infirmières en activité à l'égard des HES, en se faisant l'écho de propos visant à convaincre les jeunes des possibilités de carrière qu'offre la nouvelle formation. Ainsi peut-on lire sur le site de l'école du personnel soignant de Fribourg : « Dans un EMS, je vois l'infirmière HES comme une personne qui va très vite prendre des responsabilités de groupe, voire d'équipe et qui va être presque une ICUS, sans en avoir suivi la formation, mais mieux préparée qu'une infirmière niveau II à répondre à tous les défis. Elle aura une fonction d'encadrement ». Le discours des écoles n'est en effet pas toujours, à notre sens, valorisant pour les infirmières en activité. Ainsi, par exemple, peut-on lire sur le site de l'Ecole de la Source en juin 2005, dans la rubrique « profession », quatre catégories : « votre avenir », « professions de valeur », « des ouvertures », « ils ne regrettent rien ». C'est cette dernière catégorie qui nous pose problème, car elle peut être interprétée comme impliquant la possibilité du regret ou encore que les infirmières actuelles se sont sacrifiées – ce qui renvoie à l'image de la religieuse... De même, diverses questions figurent dans le descriptif du cours sur la « place de l'infirmière dans le réseau de soin » donné au centre de formation CREP/ASI en 2003 : « Nous nous interrogerons sur la place et le rôle des soins infirmiers dans ces réseaux. Ce qui change pour le soignant, pour le patient ; l'infirmière a-t-elle une place à prendre ? De nouveaux rôles sont-ils à envisager ? Comment doit-elle se situer dans ces partenariats ? ». Le libellé « l'infirmière a-t-elle une place à prendre ? » permet une réponse négative qui n'est pas très valorisante pour la profession, nous semble-t-il, il nous semble également symptomatique d'une profession dont la place dans la société n'est pas garantie.</p> <p><i>Les pouvoirs publics, la profession infirmière et les soins infirmiers en Suisse</i></p> <p>En Suisse, si conformément au système fédéraliste, les cantons sont compétents en matière de santé et organisent, dans ce cadre, tant le fonctionnement des hôpitaux et institutions de la santé que les professions de la santé, la formation des professionnels est désormais régie au niveau fédéral par l'OFFT. Le régime du financement des soins, traité actuellement dans le cadre de l'assurance-maladie, est également une question qui relève de la compétence de la Confédération. Les infirmières affirmant ne pas être reconnues par la société, il paraît important de faire le point sur les dossiers les concernant traités sur le plan politique ces dernières années, tant au niveau fédéral qu'au niveau cantonal.</p> <p><u>... au niveau fédéral</u></p> <p>A la lecture des discussions des Chambres fédérales portant sur la question de la valorisation de la profession infirmière et des soins infirmiers ainsi que sur la révision de l'assurance maladie, on est frappé par l'ambivalence du discours politique. Par exemple, les Chambres fédérales ont discuté de la motion Joder, déposée en 2000 sur la valorisation de la profession infirmière et des soins infirmiers. Cette motion demandait que, dans le cadre de la révision de la loi fédérale sur l'assurance-maladie, soit préparé un projet comprenant notamment une définition et les buts des soins infirmiers conçus comme des prestations fournies aux malades pour qu'ils recouvrent la santé, mais aussi pour qu'ils la conservent, voire améliorent leur état. Ce projet devait également comprendre la mention que les infirmiers et les infirmières sont des fournisseurs de prestations indépendants dans le cadre de l'assurance-maladie obligatoire. La motion visait aussi à obliger les hôpitaux à prouver qu'ils fournissent des soins infirmiers de qualité et en quantité suffisante. Enfin, cette motion demandait que le Conseil fédéral prenne les mesures nécessaires afin de renforcer la recherche dans le domaine des soins, de l'analyse des soins prodigués, et de l'évaluation de l'efficacité.</p>	

Résultats	Discussion / Conclusion
<p>Dans ce contexte, on reconnaît certes l'importance « du travail du personnel soignant et les conditions de plus en plus difficiles dans lequel ce travail est accompli » ainsi que l'importance de la recherche ce qui, d'ailleurs ne signifie pas que l'on reconnaît la science infirmière, on le verra ci-dessous dans le cadre de la révision du financement des soins, mais davantage nous semble-t-il que l'on cherche à attirer du personnel. Dans ce contexte, on relèvera la déclaration du rapport de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des Etats : « En relation avec ce qui se pratique aux Etats-Unis, au Canada et dans une majorité des pays européens, l'Université de Bâle a créé un institut pour les soins infirmiers et le canton de Vaud réfléchit aujourd'hui à la création d'une chaire à l'université aussi dans le domaine des soins infirmiers. Cette évolution, aussi dans la volonté de faire de la recherche dans le domaine des soins est irréversible, même si tout le monde est convaincu que cette filière ne peut être généralisée pour tout le monde et que nous avons aussi, et surtout, besoin de bras dans nos hôpitaux. Mais c'est une manière évidente de rendre le métier plus attrayant pour certaines et pour certains ». C'est aussi dans ce cadre qu'a été prise la décision d'étudier au niveau fédéral la question de la revalorisation du personnel soignant mais le rôle des infirmiers en tant que fournisseurs de prestations indépendantes n'est pas reconnu – la motion Joder a ainsi été rejetée.</p> <p>Il faut rappeler qu'en Suisse, il n'existe pas d'assurance de soins – comme c'est le cas par exemple en Allemagne, où une branche de la sécurité sociale prend en charge le risque de soins. C'est l'assurance maladie obligatoire qui, en Suisse, finance les soins, elle n'est prise en charge actuellement financièrement que sur prescription ou mandat d'un médecin. On se situe là encore dans une conception de l'infirmière auxiliaire du médecin.</p> <p>Dans le cadre de la révision de la loi sur l'assurance-maladie, le Conseil fédéral propose de modifier la prise en charge financière des soins par l'assurance-maladie, l'idée maîtresse du projet soumis aux Chambres par le Conseil fédéral en février 2005 étant que « l'assurance-maladie prenne intégralement en charge les coûts des mesures médicales qui poursuivent un thérapeutique ou palliatif (soins de traitement) mais ne verse qu'une participation aux coûts des soins de base, visant à satisfaire les besoins humains fondamentaux. Le modèle proposé s'applique à tous les assurés pour les soins à domicile ou en EMS mais pas aux soins dispensés en cas d'hospitalisation ».</p> <p>Tout au long de la procédure de consultation préalable à cette proposition, l'ASI ainsi que les autres fournisseurs de soins ont souligné les faiblesses et les risques pour la société de ce système. Ils ont ainsi proposé un modèle de remboursement des soins, non retenu par le Conseil fédéral. C'est dans le contexte de ce débat politique que l'ASI a décidé de proclamer l'année 2005 année de la visibilité des soins infirmiers.</p> <p>Il faut souligner dans ce contexte le peu de cas qui semble être fait de la science infirmière. Ainsi peut-on lire dans le message du Conseil fédéral lorsqu'il s'agit des définitions que « si la science infirmière voit généralement d'un oeil critique et dépassé le couple de concepts « soins de base » / « soins de traitements » celui-ci s'est imposé comme couple de concepts juridiques et il est aussi reconnu comme tel par la littérature. Au reste, le but d'une définition inscrite dans le droit de l'assurance-maladie n'est pas de donner de l'activité soignante une description aussi proche de la réalité que possible, mais d'établir une base pour le remboursement des soins par l'assurance maladie ». La question du financement des soins nous paraît essentielle dans le cadre des discussions sur la reconnaissance des infirmières : en effet, le financement reflète la valeur qu'une société accorde à une prestation... On notera par ailleurs que, dans le cadre du système proposé par le Conseil fédéral, il est proposé de renforcer les mesures de prévention, notamment gériatrique, et que, dans ce contexte, le Conseil fédéral, se fondant</p>	

Résultats	Discussion / Conclusion
<p>notamment sur les conclusions du programme de recherche «vieillesse » (PNR 32), souligne la nécessité de renforcer la formation tant du personnel médical que paramédical : « La formation actuelle des infirmiers de santé publique ne tient pas suffisamment compte du profil d'exigences ». Il est également envisagé des modules de formation communs (par ex. aux futurs médecins et aux futurs soignants).</p> <p>Ainsi, c'est une fois encore dans la formation des infirmières qu'il convient d'investir. Résonne alors ce que nous disaient des infirmières : « C'est un double message, on nous dit « faites des formations » et après on nous dit « vous coûtez trop cher »... ».</p> <p><u>...au niveau vaudois</u></p> <p>Au niveau politique, dans le canton de Vaud, le débat a essentiellement eu lieu autour de la motion Edna Chevalley qui demandait notamment une revalorisation des salaires des infirmières selon une nouvelle méthode d'évaluation et une amélioration des autres conditions de travail. Un sondage mené en 2001 démontrait la nécessité de revaloriser l'attractivité des autres conditions de travail. En réponse à la motion Chevalley, le Conseil d'Etat décidait en 2002 de procéder à une reclassification salariale de l'ensemble des professions soignantes diplômées, et de compenser le travail de nuit de 20 h à 6 heures au lieu de 23 heures à 6 heures comme le prévoit la loi sur le travail. Par ailleurs, le Conseil d'Etat décidait en 2004 de lancer un programme de promotion des professions de la santé. Sept catégories d'actions prioritaires sont alors prévues :</p> <ul style="list-style-type: none"> > « Le développement de structures de garde des enfants du personnel soignant, en adéquation avec les besoins du personnel des établissements sanitaires. > La réalisation d'un dispositif de réinsertion professionnelle des soignants ayant interrompu leur activité. > Une offre de formation adaptée aux personnes qui s'orientent tardivement vers les professions de la santé et, en corollaire, un système d'aide financière qui permette à ces personnes de faire face à leurs engagements durant la formation. > Le suivi du marché des emplois sanitaires. > La poursuite du recrutement du personnel étranger sur des bases éthiquement acceptables. > Le développement de la collaboration médecin, infirmier/ère et ASSC. > La promotion des professions de la santé auprès des jeunes et des hommes en particulier». <p>Dans le cadre de cette étude, nous avons entendu plusieurs commentaires relatifs à certaines de ces mesures, qui peuvent aussi expliquer en partie pourquoi ces actions ne sont pas toujours perçues comme aussi valorisantes que leurs promoteurs l'auraient souhaité. Il ne s'agit là en aucun cas d'une évaluation de ces mesures, mais de quelques pistes de réflexion.</p> <p>On peut noter en premier lieu que ces mesures, qui découlent d'une motion concernant les seules infirmières, touchent l'ensemble des professions de la santé et ce tout comme par exemple l'accession en HES des professions de la santé en Suisse romande. L'impact des mesures de valorisation pour les infirmières est alors moindre, la valorisation étant généralement liée à une « distinction » : on l'a vu plus haut, dans le cadre de la discussion sur l'identité « infirmière » et des soins infirmiers, la profession cherche à se démarquer des autres professions de la santé (qui, elles, rappelons-le, selon les infirmières rencontrées, ont réussi l'exercice de délimiter leur territoire professionnel et de faire reconnaître leur rôle...).</p> <p>On peut dans ce contexte relever aussi que si la section vaudoise de l'ASI est, comme elle le demandait à la fin des années nonante, associée aux travaux de diverses commissions, aucune de ces commissions n'est spécifiquement réservée aux problématiques infirmières, alors que ce corps professionnel est numériquement le plus important au sein des professions de la</p>	

Résultats	Discussion / Conclusion
<p>santé.</p> <p>D'autre part, si les infirmières que nous avons rencontrées nous ont dit avoir apprécié la reclassification salariale de 2002, elles ont aussi ajouté : « Il y a eu hausse des classes, mais comme il n'y a plus d'annuités, et le pourcent de solidarité, ça ne change rien ». Manifestement, en effet, les infirmières associent la valorisation salariale de 2002 et les mesures d'économies prises depuis par le Conseil d'Etat, et plus particulièrement la diminution des annuités et le versement d'une contribution de solidarité de 2% touchant l'ensemble de la fonction publique et parapublique, décidés en octobre 2004. Pour elles, l'Etat enlève d'une main ce qu'il a donné de l'autre. Concernant la valorisation salariale, les infirmières nous disent aussi : « On nous augmente, mais on nous le reproche, on nous dit « vous coûtez cher »... ».</p> <p>On peut aussi noter que le Conseil d'Etat a décidé de geler dans le cadre de ses restrictions financières les actions de son programme visant à développer des structures d'accueil pour les enfants du personnel des institutions sanitaires.</p>	

Référence	Type d'étude	Question / Hypothèses / Buts	Echantillon / Population / Méthode
<p>11</p> <p>Droz Mendelzweig, M. (2002). L'enquête et les entretiens semi-directifs. In W. Hesbeen (Ed.), <i>Les infirmières et infirmiers de suisse romande et la recherche en soins infirmiers. Cahier de la Source 2</i> (pp. 83-103). Lausanne : Copyright Ecole La Source</p>	<p>Etude quantitative de type exploratoire</p>	<p>Question :</p> <p>Comment la recherche a-t-elle pu se mettre en place en Suisse alors qu'il n'y avait pas de programme d'études supérieures en sciences infirmières ?</p> <p>Hypothèses :</p> <p>H1 : Il existe un lien entre le développement de la recherche et le développement économique général du pays. Le développement de la recherche en soins infirmiers en Suisse s'est toujours trouvé en décalage avec le développement économique suisse. Sa création et son financement s'en sont trouvés défavorisés.</p> <p>H2 : Il existe un lien entre le développement de la recherche en soins infirmiers et la situation de la femme en Suisse. Le développement de la recherche en soins infirmiers, concernant principalement des femmes, a été entravé par le long développement de la situation sociale et politique de la femme en Suisse.</p> <p>But :</p> <p>« Prendre une photographie » afin de mieux révéler les tendances à un moment donné ; une telle ambition ne peut donc être confondue avec celle de constituer un échantillon représentatif dont les données pourraient statistiquement être inférées à l'ensemble de la</p>	<p>Personnes travaillant dans les milieux hospitalier et extrahospitalier de Suisse romande</p> <p>Distribution de 1500 questionnaires dont 681 ont été retournés</p> <p>404 répondants ont accepté de répondre à des entretiens, 25 ont été sélectionné au hasard et 21 ont accepté de revenir, puis 4 se sont désistés donc 17 personnes ont été interrogées</p>

Référence	Type d'étude	Question / Hypothèses / Buts	Echantillon / Population / Méthode
		population infirmière de Suisse romande. Stimuler chez les participants leurs propres interrogations sur le sujet qui leur est proposé.	

Résultats	Discussion / Conclusion
<p>L'enquête <u>La place de la recherche dans la pratique professionnelle :</u> Il ressort que l'estimation du niveau d'intérêt à participer à la recherche ne peut-être dissociée des contraintes pratiques que cette activité induit lorsque la recherche n'est pas pensée comme partie intégrante de l'activité professionnelle. La notion de recherche dans son acception générale suppose une activité requérant du temps et des moyens, le temps imparti figurant comme élément central dans l'énumération des conditions à réunir. Il faut aussi que l'activité de recherche soit reconnue, financée, mandatée et que l'on dispose de moyens logistiques, d'une formation adéquate, de possibilités d'échanges et d'interactions. Les personnes expriment le besoin d'être encadrées et guidées, que la recherche soit menée sous la conduite d'experts appelés à être des alliés compétents (grâce à leurs connaissances, expériences, expertises, mais aussi grâce à leurs compétences en matière de méthodologie). L'idée selon laquelle la pratique de la recherche nécessite une éducation spécifique est clairement perceptible dans les réponses apportées. Certains éléments amènent à conclure que, dans la situation actuelle de la fonction infirmière, les conditions pratiques susmentionnées ne semblent pas rassemblées pour libérer de la place pour la recherche. Un élément supplémentaire à relever relativement à la place accordée à la recherche dans la pratique professionnelle est que les personnes établissent un lien direct entre le sujet de la recherche et des problématiques rencontrées dans leur domaine d'activité spécifique. Un souci marqué apparaît pour que les thématiques de recherche recouvrent des domaines en phase avec les « réalités du terrain » dans l'idée que la crédibilité des recherches menées est conditionnée par ce lien pragmatique.</p> <p><u>Les attentes à l'égard de la recherche :</u> Que les produits de recherches soient traduits en termes d'améliorations, de changements et d'innovations dans la pratique quotidienne. Désir que les produits de la recherche soient diffusés dans la littérature professionnelle, qu'ils soient rendus accessibles dans les lieux de travail, dans le milieu médical et au sein de la population en général. Il leur semble important d'encourager à employer les outils électroniques, les banques de données, les répertoires professionnels et autres outils de diffusion</p>	<p>Il est constaté que la question relative aux attentes et aux représentations des infirmières et infirmiers de Suisse romande met en évidence un flou relatif au sens attaché à la notion de recherche, à ses activités, à ses acteurs et à son objet.</p> <p><u>Le poids du passé</u> En 1972, lorsque l'ASID, dans sa déclaration de principes, déclare vouloir se sortir de l'éthique de <i>profession du silence</i>, par là même elle exprime à la fois l'enfermement de la profession dans une identité d'auxiliaire médicale imposée de l'extérieur et la volonté de briser, par la reconnaissance et la valorisation, ce qui s'était mis en place depuis le 18^{ème} siècle. L'esprit de recherche, c'est-à-dire de questionnement des pratiques, qui s'était constitué durant les années 50-60, puis la première recherche suisse menée par Nicole Exchaquet a certainement été à l'origine de cette volonté de sortir de l'anonymat. Cette dynamique qui noue le « faire » et la conduite des recherches à l'expression de soi, à sa recherche d'identité, se retrouve dans les thèmes abordés par les chercheurs en soins infirmiers, tels que l'image de l'infirmière dans le public étudiée dans les années 70 ou le concept identitaire autour du rôle infirmier dans les années 80.</p> <p>Cependant, ce dynamisme en vue d'une transformation profonde du profil professionnel ne s'est pas réalisé sans écueils, lesquels auront par la suite une influence sur la recherche elle-même. En effet, comme les premières études se sont mises en place dans un moment de grande pénurie d'infirmières, leur but n'a donc pas été une production de connaissance en soi mais a été davantage</p>

Résultats	Discussion / Conclusion
<p>afin de décloisonner et favoriser l'emploi des produits de recherche par le plus grand nombre.</p> <p><u>Les sujets prioritaires de recherche :</u></p> <p>La « qualité des soins » se dégage comme le thème prioritaire de recherche. Les pratiques des soins font également partie des sujets proposés et énumérés. Des sujets traitant de l'identité infirmière, de l'autonomie professionnelle, des responsabilités propres à la fonction infirmière sont exprimés en relation avec le désir d'affirmer et d'obtenir la reconnaissance pour le rôle et le statut du personnel soignant. Le questionnement est posé en termes réflexifs puisqu'il induit à la fois une introspection sur son autoperception et l'image que la société renvoie de la profession. On estime qu'il est important de décrire la profession telle qu'elle se présente actuellement, de définir sa place dans la société et d'évaluer son avenir et ses perspectives d'évolution. La relative haute fréquence à laquelle le terme « patient » figure dans les réponses nous apparaît comme indicatrice de la position centrale accordée au patient pour la construction de l'identité professionnelle. Le patient est à la fois l'objet de l'attention et celui qui donne sens aux performances professionnelles.</p> <p><u>Formation et pratique de la recherche :</u></p> <p>Il est constaté que même lorsqu'on s'estime avoir été formé en méthodologie de recherche, cela ne signifie pas nécessairement se sentir prêt pour en conduire. Seules 18,1% des personnes qui se disent formées se disent aussi prêtes à conduire des recherches, ce qui représente à peine 11,2% du total des personnes interrogées dans cette étude. Autre exemple à l'appui de l'écart entre la formation et la pratique proprement dite de la recherche : 32,6% de l'ensemble des participants ont réalisé personnellement des recherches. Cependant, seulement 13,5% de ces recherches ont donné lieu à des publications, ce qui pourrait être un indicateur d'une envergure probablement très pragmatique et restreinte à leur environnement des autres recherches menées. Il semblerait donc que les personnes concernées situent les capacités requises pour prendre l'initiative et la direction d'une recherche dans un registre différent de celui dispensé par la formation professionnelle ou académique.</p> <p><u>Conclusion :</u></p> <p>Il se dégage de cette enquête sans nul doute une perception que la recherche est indissociable d'une bonne pratique infirmière. Il a été formulé l'hypothèse que, pour des raisons liées à l'évolution de cette profession, le monde infirmier a intégré l'idée de recherche qui s'impose comme une nécessité et ceci à deux titres différents : la recherche, et l'accroissement induit des savoirs par son biais, est utile dans un sens d'efficacité professionnelle, mais pratiquer la recherche est aussi porteur d'une valorisation identitaire. Cette enquête a permis de dégager l'image d'une profession dynamique dans ses efforts de quête d'information, de personnes qui investissent des moyens et de leur temps pour se tenir au courant, d'un milieu professionnel où la formation continue est largement mise en application et où il y a une disposition déclarée pour le changement et l'accroissement des savoirs.</p> <p>Les entretiens semi-directifs</p>	<p>d'ordre politique et économique, voire utilitaire, car fortement axé sur la gestion hospitalière. Les textes produits à ce jour ont en effet davantage abordé le comment faire et se sont moins penchés sur ce qui se fait et la nature de ce qui se fait. C'est ce que l'OMS soulignait déjà en 1974 : « <i>dans trop de pays encore la recherche est menée par bribes et morceaux</i> ». Pour avoir un début logique, un programme de recherche devrait commencer par se centrer sur les soins aux malades proprement dits, leur nature, leur base scientifique afin de revoir ensuite, de façon systématique et rigoureuse, la pratique des soins et l'enseignement infirmier ». Or, nous nous demandons si les difficultés récurrentes rencontrées dans le système de santé, dont la pénurie infirmière est une manifestation parmi d'autres, ne sont pas en partie liées précisément à l'absence de réflexion au sujet de la place et de la dimension anthropologique et non seulement pratique des soins au malade ? Ne s'agit-il pas de reconnaître les soins pour pouvoir connaître la profession infirmière ? Ces différentes interrogations ne devraient-elles pas constituer le noyau d'où l'on pourrait penser la profession, à partir duquel les problématiques qui lui sont propres, telles que l'identité infirmière, la gestion ainsi que l'enseignement, pourraient être substantiellement abordées ?</p> <p>Pour sortir de cette situation difficile, la construction professionnelle s'est concentrée sur la recherche de l'autonomie, démarche justifiée en elle-même dans la mesure où elle n'est pas appelée à représenter toute l'identité infirmière, laquelle comprend aussi la gestion de l'organisation du travail hospitalier ou extra-hospitalier et les actes médico-délégués. Mais cette voie ne conduit-elle pas à une impasse, dans un auto-enfermement professionnel exprimé sur le plan de la recherche par la difficulté à pouvoir définir la profession infirmière dans le champ disciplinaire ? Walter Hesbeen suggère une issue en reconnaissant la réalité pluriprofessionnelle de la pratique soignante : « <i>Le fossé réel qui sépare l'approche de la maladie de l'approche du malade ne peut être comblé par le seul complément infirmier. En effet, les professionnels infirmiers ne peuvent comblé par le seul complément infirmier. En effet, les professionnels infirmiers ne peuvent relier ce qui a été disjoint</i> ».</p>

Résultats	Discussion / Conclusion
<p><u>Rapport entre les activités de recherche et les concepts de qualité et de reconnaissance</u></p> <p>En lien avec la reconnaissance de la profession et de la pratique, les personnes interviewées s'expriment autour de la reconnaissance des diplômes, du métier, des statuts, du rôle. La recherche permet ou devrait permettre « d'asseoir » socialement la profession, de mettre en valeur son apport à la société. Elle devrait aussi favoriser l'implication des professionnels dans les décisions politiques et sociales qui les concernent afin, entre autres, « <i>que les infirmières ne se voient pas imposer par d'autres professionnels des modèles qualitatifs</i> » ou « <i>que l'on ait à disposition des preuves pour négocier avec les politiciens ou les employés d'administration.</i> » Elle devrait faire savoir qui sont les infirmières, mais aussi définir, défendre et situer la profession dans le système de santé « <i>car finalement, comme le dit une participante, ce qui fait la différence entre un professionnel et un auxiliaire, c'est en partie justement sa capacité à argumenter sa pratique et à faire des recherches pour améliorer sa pratique</i> ». Il s'agit donc « <i>d'élever le débat, en publiant, en montrant ce que l'on fait.</i> » Plus d'une personne ressent la difficulté de se positionner dans ce domaine par rapport au milieu médical dans lequel la recherche est profondément intégrée aux traitements pratiqués. Cependant, une évolution lente est perçue par certains : « <i>on est reconnu peu à peu en tant que partenaire de santé, donc des partenaires réels, même s'il y a encore beaucoup de chemin à faire pour prendre notre place réelle.</i> » Des indices montrent aussi que les bénéficiaires de soins, les familles, apprécient et reconnaissent la qualité du service offert, c'est-à-dire de tout ce qui a été fait dans le quotidien tant au niveau relationnel que technique.</p> <p>Concernant la reconnaissance même de la recherche, les personnes interviewées signifient la nécessité que cette recherche soit non seulement reconnue par des milieux différents (politiques, institutionnels, médicaux, etc.), mais aussi par les infirmières elles-mêmes. Cette reconnaissance supposerait, entre autres, que la recherche en soins infirmiers soit prise au sérieux, qu'elle soit considérée comme une réalité concrète, qu'elle soit valorisée. L'« esprit » des infirmières vis-à-vis de la recherche devrait être modifié, ainsi que la vision de celle-ci par rapport à la manière de mener une recherche. Effectivement, quelques personnes pensent que la recherche ne fait pas encore partie de la culture professionnelle, que la routine l'emporte encore sur la réflexion. Le travail fourni par les chercheurs-praticiens devrait être reconnu. Il s'agirait d'impliquer, de stimuler et de récompenser les infirmières qui mènent et réalisent des recherches.</p> <p>Le peu et/ou l'absence de financement, de soutien officiel, de sponsoring sont mentionnés comme des indicateurs du manque de reconnaissance dont la recherche en soins infirmiers souffre. La publication, la diffusion large des recherches de qualité devrait favoriser leur légitimation.</p> <p>La recherche devrait favoriser l'élaboration d'un même langage qui permettrait « <i>d'être entendues par nos pairs, d'être entendues par les politiciens, d'être entendues par les autres milieux professionnels qui doivent interférer dans le domaine des soins.</i> »</p> <p>Cela dit, quelques personnes interviewées apportent les nuances suivantes : la reconnaissance de la profession et de la pratique peut s'opérer aussi à travers la mise en valeur du rôle autonome des</p>	<p><i>préalablement. Il ne peut donc s'agir de construire l'identité infirmière sur la base des lacunes médicales mais bien de participer à la reconstruction de l'ensemble. Pour le dire autrement, il ne s'agit pas de profiter de la scission réelle entre cure et care, c'est-à-dire entre le traitement et le soin, pour s'approprier l'exclusivité de ce dernier, mais bien d'œuvrer pour resituer le cure dans le care, ou d'œuvrer pour que la maladie ne soit plus détachée du malade, isolée de la personne même du malade [...] ».</i></p> <p>Sur un autre plan, l'apport historique met le doigt sur une autre difficulté en relation avec ce flottement conceptuel : la recherche en soins infirmiers n'émergeant pas dans un lieu favorable à la recherche fondamentale tel que l'université, mais à coups de nécessités économiques et politiques, elle se sera pas intégrée à des projets nationaux de recherche même si elle y participe occasionnellement. La dynamique qu'engendrent des groupes de chercheurs réunis autour d'un professeur universitaire se mobilisant autour de projets intellectuels, fait défaut dans le cas qui nous préoccupe. Elle aurait favorisé non seulement la production et la diffusion de connaissances mais aussi la reconnaissance et la collectivisation des projets intellectuels permettant une meilleure identification aux savoirs acquis. Manifestement, à ce stade, ce processus fait défaut dans l'affirmation professionnelle des infirmières.</p> <p>Le savoir-faire resté longtemps dans la tradition orale n'a pas permis l'élaboration fine de concepts reconnus par les professionnels.</p> <p><u>La vision actuelle et son questionnement</u></p> <p>Le rapport au savoir devrait pouvoir s'élever au-dessus de l'utilitaire afin de favoriser la distinction des différents niveaux de questionnement de la recherche. Cette remarque interroge la manière de se questionner pour un approfondissement des pratiques et des savoirs.</p> <p>Etymologiquement et historiquement, le terme discipline intègre les notions de formation, instruction, enseignement et éducation. Actuellement, Michel Develay définit le terme discipline par « <i>des</i></p>

Résultats	Discussion / Conclusion
<p>infirmières. La recherche n'est pas le seul moyen pour se faire reconnaître.</p> <p><u>Situations professionnelles dans lesquelles les personnes interviewées auraient souhaité se référer à une recherche</u></p> <p>Les personnes interviewées se réfèrent davantage aux domaines médicaux et sociaux. Cependant, tous n'ont pas ce besoin de références intellectuelles ; certains préfèrent soit soumettre le problème au médecin ou « au spécialiste », soit ne pas se confronter avec l'aspect intellectuel de leur profession. Le manque de temps, d'énergie ou encore de curiosité sont mentionnés pour expliquer ces choix. La lecture, le langage trop intellectuel utilisé dans les revues, l'accès difficile des recherches en soins infirmiers publiées essentiellement en anglais ou en allemand, sont des barrières à surmonter. En revanche, d'autres lisent les recherches de leurs collègues afin de favoriser un esprit d'équipe par la reconnaissance du travail intellectuel accompli lors de formations complémentaires. Ces approches différenciées de la recherche, qu'elles soient bio-médicales ou en soins infirmiers, démontrent que son utilisation ne fait pas encore partie intégrante de la culture professionnelle, notamment pour les soins.</p> <p>Effectivement, comme le souligne une participante : « <i>on parle beaucoup de la recherche mais j'ai l'impression qu'une intégration n'est pas vraiment réalisée.</i> » Pourtant, le deuxième axe de réflexion prouve qu'il y aurait matière à répondre aux besoins des professionnels.</p> <p>En finalité, nous retenons encore les 2 autres considérations générales suivantes. Les personnes interviewées perçoivent la recherche comme une source d'information, de connaissance, de réflexion qui permet d'aller plus loin, de passer à autre chose. Elles pensent également que le fait de pouvoir se référer à des documents clairs et à des recherches précises permet d'argumenter ses prises de décisions et donne de la valeur aux jugements professionnels.</p> <p><u>Accès à la recherche :</u></p> <p>Le besoin et le souhait de voir la création d'une banque de données centralisée, par exemple via un site Internet, sont soulignés. Les banques de données devraient faire l'objet d'une réactualisation et d'une mise à jour régulière. La notion de réseau d'information apparaît et demande à être développée.</p> <p>En général, les personnes interviewées signalent que la recherche de données, de document, etc. pend du temps ; elle demande un intérêt pour le sujet et un investissement important. Si les documents sont peu accessibles, la difficulté de consultation est plus grande, d'où l'importance d'en faciliter l'accès (banques de données, diffusion spontanée de la part des chercheurs, publication à large échelle, etc.). Il ne s'agit pas de diffuser uniquement les résultats finaux des recherches, mais aussi de faire part des travaux en cours, de l'état d'avancement de certaines recherches et/ou des résultats partiels de celles-ci.</p> <p><u>Regard critique :</u></p> <p>Le manque de consensus exprimé sur cette construction est évident : il ne faut pas trop intellectualiser mais il faut faire de la recherche ce qui sous-tend une conceptualisation ; il y a beaucoup à apprendre mais il y a de la difficulté à lire ce qui est trop abstrait ; il y a la réalité, l'utilité, l'applicabilité demandée</p>	<p><i>objets qui lui sont spécifiques, des tâches qu'elle permet d'effectuer, des savoirs déclaratifs dont elle vise l'appropriation, des savoirs procéduraux dont elle réclame aussi la maîtrise, enfin une matrice qui la constitue en tant qu'unité épistémologique, intégrant les 4 éléments précédents en lui donnant sa cohérence ».</i></p> <p>Or, il nous semble que la discipline du champ spécifique qui nous intéresse, [...], est encore dans sa phase de constitution. En effet, est-il permis de parler d'une discipline infirmière, ce qui induirait qu'elle soit fondée sur des valeurs inhérentes à sa nature, ce qui infère des dimensions historiques, religieuses et morales, [...]. Cette réflexion au sujet de la discipline infère sur la formation et son développement : la discipline soignante élaborée et construite par les différents acteurs de l'aide et du service à la communauté peut-elle être enseignée en dehors de cadres pluriprofessionnels et pluridisciplinaires ? La HES-S2 pourrait y trouver toute son acception, le travail en réseau en serait favorisé : chacun oeuvrant, dans le respect des compétences de l'autre, à la promotion des savoirs au service du client / patient, placé au centre de toutes les démarches cognitives. Cette proposition nous amène à interroger la place de cette discipline soignante dans le cadre de l'université. Le défi consisterait à associer à la fois la clinique, intégrant le bio-médical lui aussi soignant, [...]. Il s'agirait aussi d'acquérir un statut par le biais de diplômes universitaires ouvrant la voie à une véritable reconnaissance sociale, politique et économique. La recherche de type universitaire permettrait de revisiter l'identité soignante, concept qui<<<<<<s exclut une hiérarchisation de l'apport des personnes en fonction de l'importance accordée à leur savoir. Ces quelques réflexions sur la formation nous renvoient à la problématique historique des différences en matière de formation et de recherche en Suisse romande et en Suisse allemande. Il nous semble qu'une homogénéisation de la formation en Suisse, qu'elle soit de base ou de niveau supérieur, s'avèrerait de la première importance afin de contribuer non seulement à des visées communes en matière de pratique soignante mais aussi au développement de cette discipline émergente.</p> <p><u>Discipline soignante et médiologie de la santé</u></p>

Résultats	Discussion / Conclusion
<p>pour la recherche mais la nécessité d'asseoir la profession sur une base scientifique. En outre, il faut former les étudiants à la recherche mais il ne faut pas qu'ils aient une formation trop théorique. Comment conjuguer tous ces contraires exprimés par un même groupe professionnel ? Quelques pistes sont offertes par les participants : le système d'information, de diffusion, de publication et d'accès aux données devrait être développé et réunifié afin de créer une base de données collectives. La recherche devrait être coordonnée sur le plan romand et suisse ; un « centre unifiant » est demandé par un participant, celui-ci ne devrait pas toucher les méthodes mais favoriser les contacts. Il s'agirait aussi de pouvoir comparer ce qui est comparable. De l'ensemble des propos tenus se dégage également la nécessité de donner plus de moyens à la recherche (temps, argent, formation, etc.). La création d'unités de recherche qui accueilleraient des infirmières est aussi suggérée. En revanche, il y a aussi une conscience qu'il faut se former à la recherche mais que la Suisse n'offre pas de filière de formation précise.</p> <p>Certains participants considèrent la recherche comme indispensable pour l'apprentissage, plus particulièrement pour l'apport de nouveaux savoirs qu'elle peut amener et par la remise en question des pratiques qu'elle suggère, d'autres pensent que la recherche n'est pas suffisamment reconnue comme source d'avancement de la profession et de la connaissance infirmière. La crédibilité accordée à la recherche en soins infirmiers semble être un déterminant favorisant sa reconnaissance. La crédibilité de la recherche est liée, entre autres, à sa qualité méthodologique et à l'application de ses résultats.</p> <p><u>Créer une culture commune de la recherche pour les infirmières :</u></p> <p>La professionnalisation passe par une conscience de la recherche mais pour cela il s'agit de former et de sensibiliser les infirmières non seulement durant la formation de base mais aussi dans les différents milieux de pratique. Pour créer une culture de la recherche, les répondants ont perçu trois types d'actions à développer :</p> <p>1) Se mettre en recherche, c'est-à-dire construire de la connaissance autour de la pratique dans la pratique elle-même. Cependant, il existe certaines difficultés à être à la fois dans l'action et dans la réflexion ; les contraintes quotidiennes laissant peu de temps pour mener des réflexions et/ou des recherches, les services et les institutions devraient accorder cet espace nécessaire ; il s'agirait aussi de surmonter les difficultés liées aux exigences d'écriture posées par la recherche. Cette attitude professionnelle nouvelle permettrait d'argumenter la pratique et, comme le soulignent deux personnes, de quitter le modèle d'exécutante.</p> <p>2) Faire de la recherche, ce qui signifie produire de nouvelles connaissances par l'intermédiaire de chercheurs « spécialisés » qui consacrent tout leur temps de travail à la recherche. Pour développer cet aspect-là, il s'agit d'avoir des chercheurs bien formés. Il faut donc investir dans la formation non seulement de base mais de haut niveau universitaire. Dans la formation de base, il faut former à l'esprit critique, toucher du doigt la recherche et sa méthodologie et apprendre à restituer les résultats aux personnes concernées dans la pratique.</p>	<p>En Suisse, la profession infirmière, jusqu'au début des années 1990, est davantage définie par l'infirmière elle-même, son statut, son rôle, son diplôme, son école, que par une discipline que l'on qualifierait par nature infirmière. Malgré toutes les interpellations faites depuis la fin des années 70 et plus particulièrement dès 1982 par Marie-Françoise Collière qui faisait remarquer que la dénomination professionnelle portait sur la personne que l'on forme et non sur ce qu'elle apprend, il faudra attendre les Directives CRS de 1992 pour que le changement de paradigme soit mis en place en Suisse. Cependant, si l'on se réfère à l'historique de la recherche en Suisse, nous constatons qu'au début des années 80, les réflexions issues du monde infirmier étaient encore très restreintes. Il s'agissait dès lors de construire sur cet acquis en s'appuyant à la fois sur cette construction même et sur le développement de la recherche en Europe et dans les pays anglo-saxons. En 1992, Michel Nadot, [...], soutient sa thèse [...] dans laquelle il développe une approche historique des pratiques soignantes afin d'en extraire les fondements épistémologiques.</p> <p>Michel Nadot va donc s'attacher à retrouver l'origine des pratiques soignantes hospitalières pour découvrir qu'elles ont un fondement laïc et non religieux antérieur au XVIII^{ème} siècle. [...]. Notre compréhension de cet espace nommé « médiation de vie » est que celui-ci incarne l'essence de la fonction soignante, son trait identitaire proprement dit.</p> <p>Il est le lieu où s'exerce une pratique de médiation de santé, pratique alimentant – autant qu'elle y a recours – une matrice qui représente pour nous la discipline soignante. Il nous semble que cette discipline soignante correspond à ce que Michel Nadot identifie comme une science qu'il désigne par l'expression « médiologie de la santé ». Nous considérons cette discipline nécessaire par essence à tous les professionnels de l'aide et du service soucieux d'inscrire leurs actions dans une perspective d'attention respectueuse et aidante à la personne, ou perspective soignante.</p> <p>[...] Si nous reconnaissons aux théoriciens de la profession</p>

Résultats	Discussion / Conclusion
<p>3) Etre en recherche, c'est-à-dire intégrer les résultats de la recherche faite par d'autres. Il s'agit là non seulement d'utiliser les résultats mais de se les approprier. Une des difficultés majeures est l'application des résultats de recherche. Si ceux-ci ne sont pas appliqués ou applicables rien ne changera dans la pratique et l'utilité de la recherche ne sera pas perçue, auquel cas les infirmières auront tendance à se montrer peu favorable vis-à-vis de la recherche et résisteront à la réalisation. La recherche n'est pas « <i>une recette de cuisine</i> » que l'on peut appliquer telle quelle ; elle demande une réflexion personnelle donc un investissement personnel.</p> <p>Ces différentes démarches intellectuelles devraient être accompagnées de moyens permettant la diffusion de toutes ces connaissances dans les milieux professionnels mais aussi à l'extérieur de ceux-ci. Les échanges continuels entre chercheurs et praticiens devraient être favorisés.</p> <p><u>La recherche : constats actuels et vision d'avenir</u></p> <p>La recherche est le moyen de reconnaissance. Elle est le « langage » de ceux qui décident. Elle nous permet de nous mettre au même niveau, sur un pied d'égalité vis-à-vis des autres professions de la santé qui font de la recherche. Toutefois, comment atteindre une reconnaissance de la profession qui satisfasse tout le monde si chaque infirmière a une idée différente de la profession ?</p> <p>Ainsi la recherche est un moyen et non une fin en soi. Penser sa pratique, cela s'apprend, cela s'approprie. Une certaine vision d'avenir se dessine.</p>	<p>infirmière le mérite d'avoir mis en lumière la position centrale de la dimension humaine dans une pratique qui se veut authentiquement soignante, nous ne pouvons nous empêcher de souligner les risques que comportent de tels travaux s'ils induisent une confusion entre pratiques infirmières et pratiques soignantes. [...]. Ces propos ne nient nullement la nécessité pour les infirmières de mener – ou de contribuer à – des travaux de recherches. Ils sont, au contraire, une invitation à les poursuivre et à en étendre le champ d'investigation. Ce qu'il est nécessaire à nos yeux de requestionner, c'est la portée de ces travaux et leur réalisation. S'ils contribuent à un repli corporatiste au nom d'une construction identitaire, ces travaux ne remplissent pas l'utilité sociale qui pourrait être la leur. En revanche, si ces travaux alimentent une discipline soignante et si cette dernière devient la référence fondamentale de tous les professionnels de l'aide et du service, alors les travaux menés par des infirmières sont susceptibles d'éclairer une voie trop assombrie à ce jour, celle du soin que requiert l'humanité, celle de l'émergence d'une véritable culture soignante.</p>

Référence	Type d'étude	Question / Hypothèses / Buts	Echantillon / Population / Méthode
12 Nadot, M. (2007). A la recherche des hôpitaux disparus, Rapport de recherche,	Recherche empirique et historique de type exploratoire	<p>Question</p> <p>Comment valoriser scientifiquement d'un côté, ce qui apparaît encore comme « ordinaire », « qui va sans dire », une attribution « au rôle traditionnel de la femme » au sein de la société, une activité péjorativement « domestique , ménagère ou familiale », alors que cette activité collective est au cœur du système de santé (prendre soin), et de l'autre, 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 ?</p> <p>Buts</p> <p>Participer au maintien du patrimoine culturel et du passé d'une région, Développer ou affiner les informations sur les pratiques anciennes de l'assistance hospitalière en vue de</p>	<p>Echantillon</p> <p>Sources primaires couvrant la période du 14^{ème} au 19^{ème} siècle sur les hôpitaux disparus du canton de Fribourg</p>

Référence	Type d'étude	Question / Hypothèses / Buts	Echantillon / Population / Méthode
SNSF Project Database, 109431		<p>transférer dans la formation des infirmières et infirmiers les éléments susceptibles de faire mieux comprendre ce que recouvre l'acte de « prendre soin »</p> <p>Retrouver les hôpitaux disparus en vue de redéfinir leur rôle et le type d'activité déployée</p> <p>Proposer une standardisation des pratiques plus fine</p> <p>Procéder à des comparaisons notamment entre l'hôpital laïc de la ville de Bulle avec l'hôpital de Fribourg et celui de Genève en vue de développer une certaine modélisation de « l'aide à la vie » hospitalière laïque dans un environnement rural.</p> <p>Hypothèses</p> <p>H1. L'hôpital de Bulle n'échappe pas à la logique de Foucault (1972) qui expliquait que l'hôpital général n'est pas un établissement médical aussi bien dans son fonctionnement que dans son propos.</p> <p>H2. Retrouver au travers des ustensiles, des comptes, du mobilier, du matériel ou des denrées utilisées, les traces de cette aide à la vie.</p> <p>H3. Retrouver de quoi il est parlé dans les textes, donne un aperçu des mœurs du temps et des conditions de vie qui prévalent.</p> <p>H4. N'étant pas encore médicalisé, l'hôpital joue un rôle social primordial au sein des collectivités urbaines ou rurales. Les pratiques d'alors ne se distinguent pas du soin que l'on pratique aujourd'hui.</p>	

Résultats	Discussion / Conclusion
<p>Dans la plupart des cas, l'histoire des soins ne semble pas remonter plus loin que le 19^{ème} siècle. Il est impensable pour des infirmières américaines ou canadiennes par exemple, d'évoquer l'histoire des soignants dans l'hôpital laïc d'avant 1639. Cependant dès 1970 un certain intérêt pour l'histoire de la discipline soignante arrive. C'est Davies qui propose une réécriture de l'histoire de la discipline infirmière. De plus, c'est difficile sans recherche ou connaissances fondamentales en histoire du savoir enseigné, de participer harmonieusement au développement de connaissances propres. C'est bien connu, pour savoir où l'on va il faut savoir d'où l'on vient. Les sciences infirmières ont une très ancienne activité qui remonte à plusieurs siècles, mais paradoxalement, c'est une jeune discipline professionnelle qui a moins d'un siècle d'existence. En 2004, la CH romande, le Danemark, la Finlande, la Hollande, la Norvège ont des Haute écoles pour la discipline infirmière, alors que la CH alémanique, l'Allemagne, l'Autriche, le Luxembourg et la France ont des écoles traditionnelles en soins infirmiers, très souvent des écoles dépendantes d'hôpitaux. Il y a aussi des formations de type « Université/Collège universitaire » en Espagne, Irlande, Islande, Italie, à Malte, au Royaume-Uni et en Suède. Aux USA, c'est en 1899, à l'université Columbia de New York, dans les cours d'économie hospitalière, que les premières infirmières suivront une formation académique. Collière signale que ce n'est pas le souci des leaders professionnels qui, dans leur majorité, méconnaissent l'histoire ou en craignent les interrogations. Il faut ajouter qu'il y a très peu d'historiens en sciences infirmières dans la communauté francophone. Gélis fait remarquer que « les historiens des pratiques de santé ont été pendant longtemps des</p>	

Résultats	Discussion / Conclusion
<p>médecins soucieux d'écrire le passé de leur profession ; les aides, les gardes, les soignants, n'étaient à leurs yeux que des auxiliaires. Ils participaient sans doute au progrès médical, mais n'étaient que des exécutants ; n'ayant qu'un rôle de comparses, il paraissait normal qu'ils soient absents d'une histoire toute à la gloire des grandes personnalités et des grandes découvertes. ». De plus, la profession est encore trop marquée par des figures emblématiques, mythiques (Gilloz), hagiographiques ou une duplication frileuse des clichés se réalise au détriment de l'histoire. Si l'avènement des soins infirmiers remonte au 19^{ème} siècle, comment expliquer que l'on trouve des manuels d'enseignement depuis 1775. C'est la culture religieuse qui s'est imposée à la culture profane dans l'hôpital laïc de la ville de Fribourg en 1781. L'activité séculière était en place de 1248 à 1781. L'histoire de la discipline professionnelle infirmière est souvent occultée par d'autres histoires comme l'histoire de la Charité privée de l'Eglise, l'histoire des hôpitaux ou l'histoire de la médecine. Or, ce n'est pas dans ces catégories que se déroule l'activité laïque de « prendre soin ». Avant de porter leur attention aux malades, les soignants prenaient soin des humains les plus démunis. Du reste, les sciences infirmières sont à mettre dans les sciences humaines. Toute velléité de rechercher une composante médicale dans l'activité des soignants du passé est peine perdue car la nature des soins n'a rien de paramédicale. La vie « infirmière » et l'activité de prendre soin au sein d'une collectivité ont commencé avant la naissance de Florence Nightingale, et Saint Vincent de Paul n'a pas grand-chose à voir avec l'activité laïque déployée aujourd'hui.</p> <p>Il faut attendre 1933 pour avoir une infirmière, docteur en sciences historiques de l'Université d'Oxford, pour commencer à trouver des sources francophones documentées sur l'histoire des pratiques de soins.</p> <p>Valérie de Gasparin-Boissier, créa en 1859 la première école au Monde de soignantes laïques à Lausanne.</p> <p>En histoire, la posture du chercheur est souvent dépendante également de sa culture. Un historien de culture médicale ne voit pas toujours le monde de la même façon qu'un sociologue ou qu'un historien issu des sciences infirmières.</p> <p>On sait très peu de choses sur l'activité exercée à l'intérieur des murs de l'hôpital laïc ancien. On trouve cependant des hôpitaux dont le terme même, « l'hospital », « l'ospital en 1452 » ou « l'épetau en 1759 » en patois fribourgeois, rappelle cette fonction d'hospitalité. On peut différencier nettement l'hôpital appartenant à la charité privée et faisant partie de l'église, de celui fondé par les communautés civiles. C'est l'histoire des pratiques profanes qui est intéressante car les « infirmières » d'aujourd'hui ne sont pas les religieuses du passé. Donc différence entre culture religieuse qui relève de la théologie et culture profane.</p> <p>Dès 1248, la ville de Fribourg possédait un hôpital laïc. Genève a aussi un hôpital laïc connu dès 1269. Mais nous devons éviter d'appeler ce genre d'établissement un « hospice » car ce terme a reçu son sens moderne seulement vers 1770. La distinction entre hospice et hôpital a été déterminée par le médecin dès la fin du 18^{ème} siècle. Ce qui va entraîner une distinction entre les établissements pour affections aiguës et les établissements pour affections chroniques. C'est aussi de là que les différentes formations soignantes sont apparues. En effet, c'est vers 1950 que l'on assiste à une division du travail au sein de la même discipline. Dès 1951, on préconise qu'il faut créer de nouveaux métiers pour « décharger l'infirmière d'une série de travaux et de tâches pas particulièrement qualifiés et qui lui prennent beaucoup de temps.</p> <p>La ville de Porrentruy avait aussi un hôpital médiéval fondé en 1406</p>	

Référence	Type d'étude	Question / Hypothèses / Buts	Echantillon / Population / Méthode
-----------	--------------	------------------------------	------------------------------------

Référence	Type d'étude	Question / Hypothèses / Buts	Echantillon / Population / Méthode
13 Nicod, M. (1989). Images de l'infirmière et la réalité de la sélection. Rapport de recherche, Université de Lausanne	Etude qualitative de type descriptif.	<p>Question Existe-t-il des différences statistiquement significatives entre les centroïdes (ou plus simplement les moyennes de groupes) des différents échantillons que l'on suppose être issus de différentes populations ?</p> <p>But Décrire l'activité ainsi que la personnalité de l'infirmière (image professionnelle) et la différenciation de ces images en fonction du statut des répondants. Mettre en évidence les différences de perception de l'activité professionnelle ainsi que la personnalité de l'auteur, cela en fonction du statut des répondants et de leur « éloignement » de la profession.</p>	<p>Population : Infirmières et médecins ayant au moins 5 ans de pratique Malades Elèves de première et de troisième année</p> <p>Méthode : Pour pouvoir « saisir » ces images, trois questionnaires ont été utilisés : un questionnaire « biographique » comprenant des questions relatives à des informations d'ordre général (telles que l'âge, l'état civil, le type d'établissement) puis des questions spécifiques s'adressant plus particulièrement aux infirmières (telles que le type de scolarité, le pré-stage). Le deuxième questionnaire intitulé « Opinions sur la profession » est un différenciateur sémantique, qui comporte 30 descripteurs ou adjectifs bipolaires ayant chacun 7 modalités de réponses. Le dernier, intitulé « Liste d'adjectifs », comprend une liste de 155 adjectifs servant à la description des traits de personnalité. Ces questionnaires ont été envoyés par voie postale (ou distribués dans des écoles de soins infirmiers) en Suisse romande, à l'exclusion du canton de Genève. Une lettre d'introduction expliquant les objectifs de la recherche et garantissant l'anonymat accompagnait les questionnaires. 1500 questionnaires ont été envoyés et 843 ont été retournés. Cependant, les protocoles incomplets ont été éliminés, il restait donc : 99 protocoles de médecins, 401 d'infirmières, 42 de malades et 252 d'élèves. A partir des 793 protocoles valides, une analyse factorielle sur le sémantique différentielle a été réalisée dont 6 facteurs ont été obtenus : réalisation, altruisme, pénibilité, mobilité, contexte, sécurité. Après avoir « résumé » l'information relative à l'image de la profession, l'information relative à l'image de la personnalité a été « vérifiée ». L'échantillon restant comprenant alors : 60 médecins, 355 infirmières, 142 élèves de première année et 69 de troisième année. En utilisant tous les protocoles valides, le « profil moyen » de la personnalité de l'infirmière a pu être fait. Une méthode d'analyse multivariée, l'analyse discriminante, a été utilisée.</p>

Résultats	Discussion / Conclusion
L'étude des intercorrélations nous permet de dire que, par rapport au personnel non spécialisé, le personnel soignant spécialisé n'éprouve pas le besoin de conserver un rôle subordonné dans ses relations avec autrui. Il peut être perçu comme capricieux, recherchant changement et variété, et tend à être moins satisfait de son statut, en éprouvant le besoin d'agir indépendamment d'autrui. Des différences statistiquement significatives ont pu être relevées entre la scolarité et l'année de	<p>Conclusion Tout d'abord, et en se référant à quelques études sur le « malaise infirmier », il est possible de dire que la position de</p>

Résultats	Discussion / Conclusion
<p>diplôme pour le personnel infirmier. La scolarité paraît quelque peu différente si l'on examine l'échantillon des infirmières comparativement à celui des élèves : en effet, [...]. Alors que 31% des infirmières sont en possession d'une maturité, 39% des élèves l'ont obtenue. Les écoles de soins infirmiers semblent donc avoir augmenté leurs exigences lors de la sélection proprement dite.</p> <p>Structure du descripteur : « opinions sur la profession »</p> <p>A partir des 793 protocoles valides, il a été effectué une analyse factorielle sur la sémantique différentielle dont 6 facteurs ont été obtenus qui condensent 30 informations initiales :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Réalisation - Altruisme : il regroupe toutes les qualités « stéréotypes » typiquement féminines - Pénibilité - Mobilité : dans le sens « vertical » pour la promotion et « horizontal » pour ce qui concerne les voyages et le pouvoir sur autrui. - Contexte - Sécurité <p>Après avoir « résumé » l'information relative à l'image de la profession nous nous sommes attachés à « vérifier » celle concernant l'image de la personnalité. En utilisant tous les protocoles valides, nous avons pu faire le « profil moyen » de la personnalité de l'infirmière :</p> <p>Personne sociable, ayant du tact, un tempérament sympathique et charitable, compatissant, optimiste, attentionné, peu égoïste et tolérant. Elle accepte volontiers les directives des supérieurs en qui elle a confiance, semble sans grande prétention et est respectueuse des règles. Modeste, patiente et dépendante vis-à-vis des autres, elle paraît installée dans le rôle de collaboratrice gentille, sans grande ambition. Ces caractéristiques sont congruentes par rapport aux stéréotypes féminins classiques. Elle est également logique, prévoyante, habile, rapide dans ses réponses et réactions ; elle est travailleuse, consciencieuse et a confiance en elle. Si elle est autonome, efficace pour déterminer et atteindre ses objectifs, organisée, minutieuse et responsable en faisant preuve d'initiative, il n'en reste pas moins qu'elle reste très conventionnelle : étant orientée vers un but reconnu socialement, ayant un sens profond du devoir, elle recherche la sécurité des traditions. De ce fait, elle peut avoir quelques difficultés à supporter changement et variété, évitant les situations mal définies ainsi que les risques. Elle préfère la continuité et la préservation de valeurs anciennes aux changements rapides.</p> <p>Elle est aussi forte, décidée, combative, même emportée quelques fois. Elle valorise l'action et possède une affirmation vigoureuse d'elle-même ; elle peut être critique, têtue, opiniâtre et préférerait être autonome... qualités quelque peu viriles, voir machistes, pouvant correspondre au profil caricatural de « l'infirmière-dragon » !!!</p> <p>Analyses discriminantes</p> <p>Cette méthode va être utilisée pour décrire les différences de perception de l'activité ainsi que l'auto-description du personnel infirmier, cela en fonction de critères tels que le sexe, le type d'établissement, etc.</p> <p>Les catégories socio-professionnelles</p> <p><u>A. Image de la profession</u></p> <p>Pour la fonction de croissance (facteurs de réalisation et de pénibilité) :</p>	<p>l'infirmière apparaît peu « confortable ». En effet, elle se trouve prise en quelque sorte entre deux perceptions opposées : celle du malade(et celle très proche de l'élève de première année) qui perçoit la profession au travers des clichés classiques, et qui la décrit selon les « stéréotypes » féminins (elle est perçue comme peu exigeante, attentionnée, chaleureuse...) et celle du médecin qui est extrêmement critique, voire méprisante vis-à-vis de son activité (en sous-estimant les qualités nécessaires à l'exercice professionnel ainsi que la pénibilité des tâches qui peuvent lui incomber).</p> <p>En ce qui concerne la perception du malade, on peut se demander si elle n'est pas uniquement le « reflet » d'un besoin exprimé par ce dernier : besoin du malade qui, dès son entrée à l'hôpital, souhaite s'abandonner, se reposer voire se faire « mater » par une infirmière douce, gentille, serviable et aimante.</p> <p>Par contre, les médecins font une description de personnalité peu « flatteuse » et paraissent très méfiants quant aux compétences de leurs collaboratrices (elle a peur de s'impliquer, manque de confiance en elle, n'est pas toujours efficace face aux exigences du travail...).</p> <p>La principale intéressée, l'infirmière, se décrit, professionnellement parlant, différemment : elle s'estime sûre d'elle, intelligente, organisée, digne de confiance, efficace et surtout ne semble pas du tout prête à se soumettre au rôle féminin</p>

Résultats	Discussion / Conclusion
<p>L'examen des centroïdes montre qu'elle oppose principalement les élèves de troisième année aux médecins. L'interprétation que l'on peut en tirer est que les médecins semblent sous-estimer d'une manière générale, d'une part les qualités nécessaires à l'exercice professionnel (qualités permettant à l'individu d'avoir une certaine estime de lui-même, de pouvoir s'actualiser ou plus simplement de pouvoir se réaliser professionnellement parlant) et d'autre part, de la pénibilité des tâches qui incombent au personnel infirmier. Par contre, les élèves de troisième année paraissent plus « optimistes » quant aux possibilités d'autoréalisation, tout en négligeant les aspects contraignants de la profession, tels que les contraintes physiques, psychologiques et intellectuelles. Pour la fonction dévouement (facteurs altruisme, contexte et sécurité) : elle oppose les malades aux élèves de troisième année. Il semble donc que les élèves en fin de formation espèrent ne pas avoir à s'impliquer, ni trop « donner d'elles-mêmes » durant leur activité professionnelle, alors que les malades perçoivent la profession selon les clichés désormais « classiques ».</p> <p><u>B. Liste d'adjectifs</u></p> <p>Cette analyse permet de mettre en évidence les différences de perception de la personnalité de l'infirmière-type entre nos cinq groupes.</p> <p><u>Modestie versus affirmation de soi :</u></p> <p>Les élèves perçoivent l'infirmière comme modeste, voire soumise, alors que cette dernière se décrit plus autonome, mais aussi plus agressive et parfois hostile. L'infirmière apparaît un peu pessimiste face à l'avenir et peut avoir quelques fois des sentiments d'amertume, voir d'hostilité vis-à-vis d'autrui.</p> <p><u>Liberté versus loi et ordre</u></p> <p>Les médecins se distinguent nettement de toutes les autres catégories. Ils décrivent la personnalité de l'infirmière type comme dépendante, voire soumise (tout en leur apparaissant peu satisfaite de son statut), alors que les infirmières s'estiment plus indépendantes, peu prêtes à se soumettre aux exigences du rôle féminin traditionnel</p> <p>Cette fonction permet de retrouver un des points importants des revendications du personnel infirmier, à savoir le décroisement des relations médecins/infirmières, celles-ci souhaitant pouvoir prendre part plus activement aux décisions prises par les médecins et concernant les traitements appliqués aux malades.</p> <p>Le personnel infirmier</p> <p>Il s'agit d' « affiner » le portrait de l'infirmière que nous avons présenté précédemment.</p> <p>Dans un premier temps, il sera montré sur quelles dimensions les infirmières se distinguent des infirmiers, puis les différences qui peuvent se présenter entre le lieu de travail ou les types d'établissement (hôpital universitaire, régional ou clinique privée) et la spécialisation effectuée sera recherchée. Ces analyses n'ont évidemment été effectuées que sur les réponses du personnel infirmier diplômé.</p> <p><u>A. Infirmières et infirmiers</u></p> <p>L'infirmière juge son activité plutôt satisfaisante, féminine, relativement moderne, nécessitant un travail d'équipe, de la disponibilité, des contacts, etc. Elle l'estime plus pénible (physiquement et psychologiquement), plus compliquée, plus salissante que son collègue masculin.</p> <p>Les infirmiers paraissent moins satisfaits de leur activité professionnelle, un peu plus « négatifs », moins « dévoués » que leurs collègues de sexe féminin.</p>	<p>traditionnel si elle peut avoir quelquefois des sentiments d'amertume, voire d'hostilité vis-à-vis d'autrui, on ne peut que la comprendre. En effet, elle exècre tout ce qui lui rappelle le dévouement, moyen de pression psychologique... et est entrée en conflit avec son collègue</p> <p>« complémentaire », le médecin... elle est en quête d'une identité nouvelle. Du fait de sa formation d'un niveau de plus en plus élevé, elle souhaiterait pouvoir participer plus activement aux décisions, ce qui lui est refusé et ne se retrouve, au sortir de sa formation, que simple exécutante...</p> <p>Il est aussi intéressant de noter l'évolution de la perception de l'activité professionnelle entre l'entrée dans une école de soins infirmiers et la fin de la formation professionnelle. En effet, si pour les élèves de première année, la profession apparaît très satisfaisante, altruiste, morale, nécessitant beaucoup de disponibilité, il n'en est pas de même pour les élèves de troisième année. Celles-ci paraissent moins satisfaites et décrivent leur future activité plus « négativement » : la profession est jugée moins utile et moins morale... comportant moins de travail en équipe, et l'infirmière apparaît également moins « idéaliste », moins féminine (elle est perçue comme critique, autonome, rapide dans ses réactions, fiable,...). Il semble qu'il y ait un certain malaise à la fin de la formation, l'idéalisme initial paraît perdu.</p>

Résultats	Discussion / Conclusion
<p><u>B. Le type d'établissement</u> Les infirmières et infirmiers travaillant en milieu universitaire décrivent donc leur activité professionnelle de façon un peu plus négative, paraissent plus revendicateurs et moins satisfaits que ceux ou celles qui travaillent dans des établissements à effectifs moindres.</p> <p><u>C. Travail à temps partiel ou à temps complet</u> Le personnel infirmier travaillant à temps partiel juge son activité un peu plus satisfaisante, plus féminine, comportant relativement plus de travail en équipe, de contacts et de disponibilité, un peu plus altruiste, se déroulant dans une ambiance plutôt amicale, relativement plus morale et utile que ceux ou celles travaillant à temps complet.</p>	

N°4 : Tableaux des valorisations scientifiques

Référence	Méthodologie	Thématique traitée
Cohen, Y. (2008). Réflexions sur l'histoire des infirmières au Québec. <i>Recherche en Soins infirmiers</i> , 93, 84-93.	Article revenant sur certains aspects d'un débat fait lors d'études antérieures sur l'histoire des infirmières au Québec. Ces études suggèrent des rapports complexes entre les identités de genre et de religion dans la construction du nursing au Canada. Elles attribuent une place nouvelle aux associations féminines philanthropiques dans la définition des principaux paramètres de la profession infirmière (comme le caring).	L'histoire des infirmières est au centre de plusieurs débats historiographiques, au confluent de l'histoire des femmes, de l'histoire des professions et de l'histoire de la santé. A l'intersection de ces différents domaines, le rôle et la place des infirmières comme femmes et professionnelles dans le développement de la santé et des institutions hospitalières ont été l'objet d'analyses féministes divergentes.
Collière, M.-F. (1978). Réflexion sur le service infirmier, contribution à l'identification du service offert : les soins infirmiers. <i>Soins</i> , 3, 41-50.		Dans cet article, M.-F. Collière indique comment un certain nombre de « repères » (connaissances, technologie, croyances et valeurs) peuvent aider à progresser dans le travail de recherche entrepris
Nadot, M. (2005). Au commencement était le « prendre soin ». <i>Soins</i> , 700, 37-40.		Une lecture ethno-historique des fondements de l'activité soignante situe ses origines d'abord autour du feu, puis du foyer, de la maison, et enfin de l'hôpital. Prendre soin de l'humain, du groupe et du domaine définit l'approche tridimensionnelle de l'activité soignante. L'infirmière est un intermédiaire culturel et le métier infirmier, un « intermétier ». L'activité soignante n'est jamais stable, mais dépend du langage des bénéficiaires de l'activité (l'institution, le corps médical, les personnes soignées, leur entourage). Elle ne se laisse pas enfermer dans des protocoles ni dans la routine. La conservation de l'identité professionnelle repose sur la discipline et l'interdisciplinarité. « Prendre soin de l'humain » reste la finalité de la profession.
Hamel, F. (2008). Mouvements infirmiers, représentation professionnelle et conflits sociaux. <i>Recherche en soins infirmiers</i> , 93, 44-48.	Réflexion reprenant et prolongeant les éléments d'une recherche réalisée dans le cadre d'un mémoire de maîtrise en 1993, analysant les évolutions du groupe professionnel infirmier à travers le prisme des mouvements sociaux, selon les théories d'Alain Touraine.	La première partie reprend les théories de l'action collective selon Touraine, donnant des schémas d'analyse des conflits, utiles pour l'étude des actions infirmières des années 80-90 dont une synthèse est présentée. La deuxième partie présente des évolutions significatives survenues depuis, analysées selon les mêmes principes d'identité, de totalité, et d'opposition.

Nadot, M. (2008). Profession infirmière : quelle place et quelles pratiques dans l'avenir ? In Silwka, C. & Delmas, Ph. (Ed.), <i>Les constantes des pratiques professionnelles d'hier... au service de la discipline infirmière demain</i> . (pp.107-131). Paris : Lamarre et Wolters Kluwer France.	Chapitre dans un ouvrage collectif	
---	------------------------------------	--

N°5 : Tableaux des vulgarisations scientifiques

Référence	Méthodologie	Thématique traitée
Poisson, M. (2002). Du savoir des infirmiers à la connaissance infirmière. <i>Soins</i> , 666, 33-35.		La division du travail médical n'explique plus à elle seule la singularité des professions médicales et infirmières : un élargissement du regard doit s'opérer. Dès lors, la question des connaissances mobilisées dans la relation soignant-soigné est centrale si les infirmières veulent que soit enfin reconnue la singularité de leur prestation.
Poletti, R. (1978). Le courage d'être... infirmière aujourd'hui. <i>Revue suisse des infirmières</i> , 6, 261-263.		Le rôle et l'image de l'infirmière sont en train de changer, et nous nous impatientons de la lenteur du changement mais les mentalités n'évoluent pas d'un jour à l'autre, et le dialogue avec le milieu non infirmier doit s'amorcer et se poursuivre. L'infirmière est devenue une personne qui a étudié son domaine d'action spécifique et entend l'organiser. Pour le bien des patients, elle demande à collaborer avec le médecin dans un échange réciproque où elle refuse de se situer comme subalterne soumise à un supérieur mais il ne suffit pas de le dire, le répéter et le publier entre infirmières, il faut aussi le faire entendre à l'extérieur, et particulièrement aux médecins.
Rousseau, N. (1997). De la vocation à la discipline. <i>L'Infirmière Canadienne</i> , 93 (5), 39-44.	Réflexion sur la nature des soins infirmiers dans une perspective historique	Deux problèmes fondamentaux de la profession ayant un impact sur l'autonomie des infirmières concernent, d'une part, la difficulté à définir en termes simples, compréhensibles et crédibles la nature des soins infirmiers et, d'autre part, la dévalorisation des activités de soins dans notre société. Ce texte constitue une réflexion sur la nature des soins infirmiers dans une perspective historique et une critique de la contribution des infirmières théoriciennes.