Les Sciences infirmières à l'épreuve de leur reconnaissance

Nadia PEOC'H

Directrice des soins, Institut de Formation des Cadres de Santé - Pôle Régional d'Enseignement et de Formation aux Métiers de la Santé - CHU de Toulouse, Docteur en Sciences de l'éducation et de la formation - Qualifiée aux fonctions de Maitre de Conférences en Sciences Infirmières - Membre élue, Département Médecine, Maïeutique et Paramédical, Faculté de Santé – Université Toulouse III Paul Sabatier, France.

DOI : https ://doi.org/10.17184/eac.8132

Résumé : La création d'une section sciences infirmières au Conseil national des universités (CNU) marque une date importante dans l'histoire des soins infirmiers. De facto, la question socialement vive s'intéresse à la traduction de son parcours de reconnaissance dans une double acception. La reconnaissance sociale de la profession infirmière et de son émancipation sociale et l'adossement de la discipline infirmière par son institutionnalisation du savoir en milieu académique. Cette création d'une section universitaire ouvre la question non pas de la confrontation mais de la complémentarité des champs de recherches au sein même de la discipline. Cette contribution s'appuie sur une réflexion épistémologique. Qu'est-ce que la discipline infirmière ? Quelle distinction opérée est à l'œuvre pour traduire la pratique d'un « prendre soin » et d'un « faire des soins » ? Comment les sciences humaines et sociales et les sciences infirmières s'emparent-elles de la complexité des situations de soins ? A travers la présentation de trois modalités de recherches pluridisciplinaires sur des objets carrefour propres aux sciences infirmières, nous montrerons combien la mise en dialogue constant avec les sciences humaines et sociales permet de situer la création d'un corpus de connaissances scientifiques avec cette nécessaire prise en compte de la question de l'homme, du groupe et du domaine.

Mots-clés : Sciences infirmières, discipline infirmière, épistémologie, reconnaissance, sciences humaines et sociales

Abstract: The creation of a nursing science section at the National Universities Council (CNU) marks an important date in the history of nursing care. This socially sensitive issue is concerned with the translation of its recognition process in a double meaning. The social recognition of the nursing profession and its social emancipation, and the establishment of the nursing discipline through the institutionalisation of knowledge in the academic world. The creation of a university section opens up the question not of confrontation but of the complementarity of research fields within the discipline itself. This contribution is based on an epistemological questioning. What is the discipline of nursing? What distinction is made between 'taking care' and 'providing care'? How do the humanities, social sciences and nursing address the complexity of care situations? By presenting three forms of multidisciplinary research into the crossroads issues specific to nursing sciences, we will show the extent to which constant dialogue with the humanities and social sciences makes it possible to situate the creation of a body of scientific knowledge within the necessary consideration of the question of the individual, the group and the field.

Keywords: Nursing sciences, nursing discipline, epistemology, recognition, humanities and social sciences

1 Introduction

La création d'une section Sciences Infirmières au Conseil national des universités (CNU) marque une date importante dans l'histoire des soins infirmiers. Elle traduit le parcours de reconnaissance – au sens Ricœurien – de la discipline infirmière et de la profession infirmière dans sa double acception. L'adossement de la discipline sur un corpus de connaissances, organisé en paradigmes qui se centre sur la question même des soins infirmiers, par son institutionnalisation du savoir en milieu académique. Le respect de l'identité professionnelle individuelle et collective de la profession infirmière (reconnaissance des métiers, des missions et des fonctions et les évolutions possibles dans la filière) et le respect de l'implication organisationnelle de la profession infirmière au sein de notre système de santé portent en elle les fondations de son histoire structurelle et sociologique.

Le soin porté à l'autre en son existence n'est pas le propre d'un métier. Il est le fait social et humain de toute personne qui aide une autre personne à assurer ce qu'il lui est nécessaire pour continuer sa vie. Le soin est-il l'objet de la discipline infirmière ? La sociologie des sciences nous informe que la naissance d'une discipline relève moins d'une nécessité mais davantage de l'engagement d'un groupe social, animé par un projet dans un environnement porteur. « Pour qu'une discipline puisse naître, il faut que ses spécialistes parviennent à se créer leur zone d'autonomie au carrefour de plusieurs groupes sociaux » (Debout, 2008, p. 72 citant Fourez, 2002). Elle serait le produit d'une construction sociale.

En tentant de questionner le modèle de la science telles que les sciences infirmières souhaitent le promouvoir, le risque est de promouvoir quelques ambivalences. Ambivalences qui soulèvent deux interrogations : celle de la promotion d'une profession, de son accès à une reconnaissance sociale, de son émancipation sociale en s'éloignant de la tutelle médicale et celle de la justification du terme de « science » utilisé comme pertinent pour asseoir cette reconnaissance sociale. « À lui tout seul, ce titre contient semble-t-il, déjà un certain nombre d'ingrédients pouvant susciter interrogation ou débat » (Nagel, 2020).

Cette création d'une section universitaire dite de « sciences infirmières » ouvre la question non pas de la confrontation mais la complémentarité des champs de recherches au sein même de la discipline. Ce texte s'appuiera sur une réflexion épistémologique et tentera d'esquisser la réponse aux questions qui traversent cette contribution : Qu'est-ce que la discipline infirmière ? Les caractéristiques des sciences Infirmières sont elles la juxtaposition de disciplines étanches ou discipline multiréférencée ou disciplines différentes mais multiréférencée en dialogue constant avec les sciences humaines et sociales ? Comment les sciences humaines et sociales et les sciences infirmières s'emparent-elles de la complexité des situations de soins et comment sont-elles contributives de réflexions menées dans le champ de la santé avec cette nécessaire prise en compte de la question de l'homme, du sujet, des valeurs, des finalités, la question des savoirs et des pratiques ?

Published in : AUTHIER, David (dir.), *Revue Education, Santé, Sociétés, Vol. 10, No. 1. Sciences infirmières*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005342, doi : 10.17184/eac.9782813005342

2 Retour sur le parcours épistémologique de la discipline infirmière

Le dialogue est ancien entre la médecine et les sciences humaines et sociales car la santé est une construction interdisciplinaire. Dès l'origine de l'humanité, le soin s'est construit par rapport aux deux grands fondamentaux légués par la pensée grecque. Le soigner (*Therapeia*) pour lutter contre le mal, la maladie et protéger l'espèce. Le prendre soin (*epimeleia*) pour assurer le maintien et les soins coutumiers de la vie. Cette division du travail opérée dans l'histoire sociale se retrouve dans l'organisation des soins et la structuration des professions de santé en France qui depuis 1892, donne à la profession médicale un monopole sur la santé.

L'infirmière est ainsi considérée comme une auxiliaire médicale dans le code de santé publique. Inscrire les sciences infirmières dans cette historicité sociale est déjà un préambule à la question de la promotion du soin en même temps que sa constitution comme science. Ou pour le reprendre plus simplement d'un travail de centration sur l'objet même des soins infirmiers dans la lignée des réflexions amorcées par Nadot (2008), Hesbeen (2009), Collière (2001 ; 1982), Fawcett (1993) en tant que discipline infirmière et scientifique avec ce débat épistémologique en contrepoint qui questionne le sens même de l'acte de soigner, le sens du soin dans l'agir soignant.

2.1 Quatre concepts centraux dans la discipline infirmière

Pour Nadot (2012), le fondement du savoir infirmier repose sur le triptyque médiéval « *domus, familia, hominem,* ce qui correspond au prendre soin de la vie du domaine (domus), au prendre soin de la vie du groupe (familia) et au prendre soin de la vie de l'homme (hominem) objet de soins au sein d'un espace-temps institutionnel singulier ». L'objet de la discipline infirmière est bien l'homme vivant, objet et sujet du soin. « La discipline infirmière s'intéresse au soin, dans ses diverses expressions auprès des personnes, des familles, des communautés et des populations qui, en interaction continue avec leur environnement, vivent des expériences de santé » (Kérouac et *al.*, 2010, p. 10). La réflexion épistémologique des sciences infirmières s'inscrit dans cette conception et son « objet » concerne le soin, la personne/famille/communauté, la santé et l'environnement.

Afin de mieux identifier les contours du champ disciplinaire ouvert aux sciences infirmières, Fawcett (1984) identifie quatre concepts centraux. Le sujet qui correspond au bénéficiaire des soins infirmiers qu'il s'agisse d'individus, de familles, de communautés et de groupe. La discipline infirmière s'intéresse alors aux principes et aux lois qui gouvernent le processus de vie et le maintien en santé des êtres malades ou en bonne santé. L'environnement qui renvoie à l'environnement physique du bénéficiaire et à son entourage (proches, famille) et au contexte des soins infirmiers. La discipline infirmière est concernée par les dimensions qui conduisent les interactions de l'être humain et de son environnement dans les situations habituelles de la vie et celles des moments de rupture et de crises. La santé qui fait référence à l'état de bien-être éprouvé par le bénéficiaire des soins infirmiers. La discipline infirmière est concernée par les actions et les actes qui affectent positivement la santé du sujet. *In fine,* le soin infirmier, soit l'ensemble des actions intentionnellement menées par les infirmières pour ou avec le bénéficiaire en fonction des objectifs définis. La discipline infirmière est concernée par

Published in : AUTHIER, David (dir.), *Revue Education, Santé, Sociétés, Vol. 10, No. 1. Sciences infirmières*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005342, doi : 10.17184/eac.9782813005342

une approche holistique de la santé des êtres humains dans son acception « avoir soin de » car le soin ne désigne pas seulement un acte ou une action, mais bien un souci, une manière d'être et d'agir par égard pour l'être même. Ou comme le souligne, Worms (2006) lorsque ce dernier considère le soin comme « toute pratique tendant à soulager un être vivant de ses besoins matériels ou de ses souffrances vitales, et cela, par égard pour cet être même. ».

2.2 La discipline infirmière à l'intersection d'une vision holiste *versus* une vision organiciste de la prise en soins

Fruit d'une construction sociale, la relation de soins à partir de l'attention portée à l'autre révèle une complexité et des mutations sensibles. Reconnaître l'expérience et le savoir des malades comme acteurs dans la connaissance de leur maladie et de leurs parcours de soins, de santé et de vie est un projet complexe. Parce que le malade demeure une figure de l'homme fragile et vulnérable, la sollicitude du « prendre soin » est la réplique à la plainte du vulnérable qui vit le « vivre » de la maladie. C'est précisément le vivre de la maladie (*domus, familia, hominem*) en tant que « vivrologie » qui constitue la valeur clinique et l'enjeu de la discipline infirmière. La demande sociale de santé, orientée vers une approche holiste et non plus organiciste de la pratique soignante fait l'objet d'une renégociation. Elle révèle la mutation des relations médecins-patients, professionnels de santé-patients tournée aujourd'hui en direction de la reconnaissance de l'expérience et du savoir des malades en tant que principal enjeu pour la santé publique dans le cadre de la démocratie en santé. Le malade devient citoyen de la santé.

Kérouac et *al.* (2010) distinguent trois paradigmes de l'évolution des sciences infirmières [fig. 1]. Le paradigme du « faire pour » est celui de la catégorisation axée sur approche biomédicale qui segmente le corps humain en plusieurs organes. Le paradigme de l'intégration du « faire avec » et le paradigme de la transformation « être avec » induisent un accompagnement holistique de la personne soignée (Bio psycho social, environnemental, culturel et cultuel). Toujours selon les auteurs, les trois paradigmes « catégorisation », « intégration » et « transformation » « se chevauchent, coexistent même et s'influencent. » (2010, p. 27).

Cette mise en mouvement de la pensée fait l'objet d'une vigilance critique du médecin et philosophe Georges Canguilhem qui nous invite à poser un regard interrogatif sur la médecine du malade *versus* la médecine de la maladie. « Il ne peut y avoir homogénéité et uniformité d'attention et d'attitude envers la maladie et envers le malade ; la prise en charge d'un malade ne relève pas de la même responsabilité que la lutte rationnelle contre la maladie » (Canguilhem, 1983, p. 409).

Cette division retrouvée dans la littérature anglophone pose également les deux modèles différenciés en France. D'un côté, une approche clinique autonome centrée sur une prise en charge biopsychosociale de la personne soignée et une clinique soignante axée sur le prendre soin du sujet dans une vision phénoménologique et holiste (Vécu émotionnel ; qualité de vie ; représentation de la maladie, connaissance de la maladie…). De l'autre, une approche centrée sur une prise en charge biomédicale de la personne soignée et sur l'approfondissement d'une qualification technique au service

Published in : AUTHIER, David (dir.), *Revue Education, Santé, Sociétés, Vol. 10, No. 1. Sciences infirmières*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005342, doi : 10.17184/eac.9782813005342

de l'activité médicale, dans une vision plus techniciste et utilitariste. C'est bien dans cette perspective, que les sciences infirmières à l'intersection d'une vision holiste *versus* une vision organiciste de la prise en soins seront contributives des réflexions menées dans le champ de la santé. Il sera juste de les définir par des « flux de savoirs » permettant de rendre intelligible les problématiques de santé et de maladie dans une perspective globale humaine.

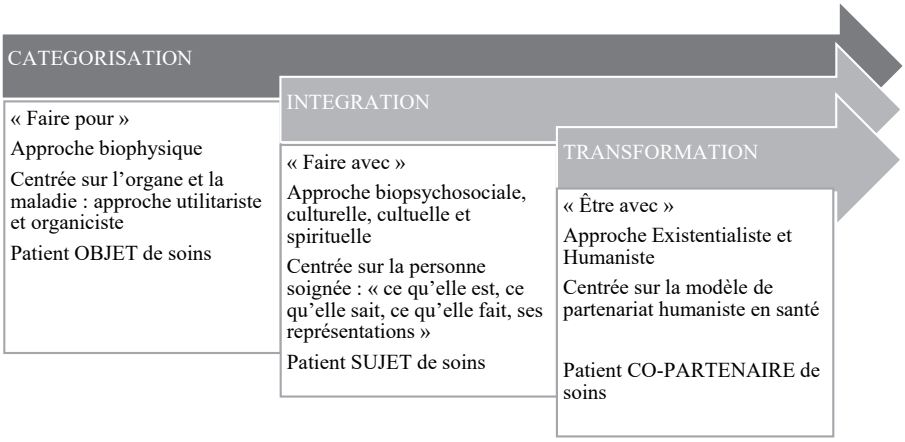


Fig. 1 : Evolution des paradigmes infirmiers. Inspiré des travaux de Kérouac *et al.* (2010)

2.3 Praxis ou *poiesis* ?

En chaque lieu, en chaque époque, l'effet de l'agir dans l'action du soin réside dans ses modalités causales qui ramènent à ce que produit une action et à la visée de quoi cette action s'accomplit. En réfléchissons à la discipline infirmière, nous pouvons nous rapprocher de la doctrine aristotélicienne des quatre causes[1]. *Causa efficiens,* ce qui produit un effet. L'infirmière celle qui intervient par des actes tels que toucher, palper, ausculter, rassembler des informations, établir un diagnostic infirmier, écouter, formaliser, planifier. *Causa finalis,* la visée, la mise en application des traitements ou la prévention ou l'éducation thérapeutique par laquelle sont déterminés les moyens utilisés pour agir. *Causa matérialis,* le contenu, la matière du soin, les modalités opératoires, la technique. *Causa formalis,* qui est ce qui représente le résultat, ici, la guérison, la rémission, le retour à la normale. En décrivant ces quatre causes, l'action du soin dévoile les deux modalités d'une pratique d'un « prendre soin » et d'un « faire des soins ».

Pour les grecs, le terme de pratique se rapporte à l'activité humaine en opposition à la théorie qualifiée d'abstraite. Aristote distingue deux types d'activité, l'action (la *praxis*) de la production (la *poiesis*). La praxis relève de l'action au sens strict. Elle relève de choix réfléchis, raisonnés qui à partir du désir d'agir, ont pour finalité l'accomplissement de l'homme, son épanouissement dans la recherche du souverain bien. Pour Aristote l'action est un mouvement relatif à une fin. « Toute action et

[1] Tricot, J. (1986). Aristote, métaphysique. Vrin.

Published in : AUTHIER, David (dir.), *Revue Education, Santé, Sociétés, Vol. 10, No. 1. Sciences infirmières*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005342, doi : 10.17184/eac.9782813005342

tout choix tendent vers quelque bien, à ce qu'il semble. Aussi a-t-on déclaré avec raison que le Bien est ce à quoi toutes chosent tendent ».[2] La poiesis relève de la création et de la production. Elle s'entend comme une activité productive, en tant que production de biens et de services utiles à la vie. À cette forme d'activité, correspond un mode de connaissance : la *techné.* La *techné* désigne le savoir-faire, l'ensemble des procédés utilisés pour fabriquer. La signification poïétique de l'action met en exergue l'aboutissement d'un faire producteur, l'accomplissement d'une œuvre en tant qu'art.

Dès lors, la discipline infirmière s'entend-t-elle dans son aspect praxique (prendre soin) ou son aspect poïétique (faire des soins) ? Cette approche se retrouve dans l'ouvrage de Marie-Françoise Collière (2001) lorsqu'elle évoque le soin *comme « Soigner… Le premier art de la vie ».* Au « prendre soin » comme praxis soignante, l'auteur oppose le « faire des soins » (poiesis) en tant que production d'actes parcellisée en tâches dissociées. Il existerait ainsi par essence une dichotomie entre l'activité prescrite (la prescription ; le protocole ; le protocole de coopérations) et l'activité soignante (un agir soignant qui admet l'émancipation sociale et l'autonomie du professionnel de santé comme la pratique avancée).

Si l'objet de la discipline infirmière est bien l'homme vivant, objet et sujet du soin, dans son environnement, à l'intersection d'une vision holiste *versus* une vision organiciste de la prise en soins et d'une pratique infirmière, oscillant entre une activité prescrite et une activité propre, autonome, quand est-il de la dénomination des sciences infirmières ?

3 Une reconnaissance au même titre que les autres disciplines scientifiques ?

L'arrêté du 6 décembre 2019 portant nomination des personnels enseignants chercheurs en sciences infirmières au Conseil national des universités pour les disciplines de santé, section 92, signé par le ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche et de l'innovation, a *de facto* créé les sciences infirmières en France. Au-delà de l'obstacle linguistique et sociologique que représente le qualificatif « Infirmière », la question vive et sociale porte sur la reconnaissance d'une discipline propre au sens scientifique du terme.

La réflexion sur la reconnaissance ne peut faire l'économie de la réflexion philosophique de Paul Ricoeur (2004). Dans son ouvrage *Parcours de la reconnaissance,* Ricœur revient sur cette notion de reconnaissance comme capacité à raconter et à recevoir. Pour l'auteur, la reconnaissance commence par soi-même. Se reconnaître soi-même, c'est se sentir capable de se mettre en intrigue (identité narrative) et de soutenir les suites de ses actes (imputabilité). Suffit-il d'une reconnaissance législative par autrui pour légitimer les sciences infirmières. Ou bien, les sciences infirmières sont-elles à ce jour capables de raconter leur propre histoire et de construire leur propre identité, leur unité conceptuelle et théorique. Faut-il qualifier une science du nom d'un métier ? De même que la sociologie n'est pas la science du sociologue, les sciences de l'éducation ne sont pas les sciences de l'éducateur. Ou comme le souligne Nadot (2009, p.14),

[2] Aristote, (1983), Ethique à Nicomaque, I, 1, Paris, Vrin, p. 31.

Published in : AUTHIER, David (dir.), *Revue Education, Santé, Sociétés, Vol. 10, No. 1. Sciences infirmières*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005342, doi : 10.17184/eac.9782813005342

« la discipline n'a pas d'identité. (…) Nous ne faisons ni de « l'infirmiérologie » ni de la « soignotique ». Même si l'on peut penser que « l'ique dépanne et que la logie déclame »

3.1 Dans quelle mesure une science est-elle une science ?

Si nous suivons les travaux de Bachelard (1938), « l'esprit scientifique doit se former contre la Nature, contre ce qui est, en nous et hors de nous, l'impulsion et l'instruction de la nature, contre l'entraînement naturel, contre le fait coloré et divers ». Cette rupture participe d'une philosophie de la découverte. La science progresse en disant non à ses erreurs et illusions premières et aux « obstacles épistémologiques », « l'expérience immédiate », la « généralisation hâtive ». Dans son ouvrage, *La formation de l'esprit scientifique*, nous retiendrons un ensemble de thèses regroupées autour de l'idée de « rupture épistémologique ». Il n'y aurait de science contemporaine que le dos tourné à l'opinion, aux intérêts, aux croyances, aux habitudes, aux us et coutumes. Ainsi dans quelles conditions, les sciences infirmières provoquent-elles la rupture épistémologique attendues pour se distinguer des discours d'opinions et des croyances ? Comment se distinguent-elles des systèmes de pensée profanes et de sens commun ?

La science (du latin scientia, « connaissance », lui-même du verbe scire, « savoir ») est l'ensemble structuré de connaissances organisées comportant des résultats de recherche, de théories confirmées, des principes scientifiques et des lois. On la divise communément en différents domaines (ou disciplines) qualifiés de sciences (au pluriel). Plusieurs critères sont isolables. L'opposition à l'opinion, à la croyance et idéologie par la mise en avant de l'objectivité, la visée prédominante de la vérité, la recherche de preuve (observation, démonstration et vérification), l'universalité et la nécessité des lois et enchainements découverts ou construits.

Ces critères ne s'articulent pas de la même manière dans les trois groupes de sciences. Les sciences formelles s'occupent avant tout de cohérence. Il n'existe pas de vérification par l'expérience. Par exemple, les mathématiques s'appuient sur des axiomes et des déductions. Il s'agit des disciplines à statut supérieur dont la scientificité est incontestée. La physique, les mathématiques sont des disciplines nomothétiques car leur visée est d'établir des lois (du grec *nomos)* expliquant les phénomènes par les relations causales entre faits. Les sciences expérimentales valident leurs résultats par le contrôle des faits (les mêmes causes produisent les mêmes effets) pour décrire les relations entre différents phénomènes. C'est le cas de la médecine, de la biologie. Il s'agit des disciplines à statut élevé dont l'apport au bien-être de l'humanité est qualifié d'essentiel. Les sciences humaines comme la philosophie, la sociologie, la psychologie laissent une place à l'expérimentation ou la compréhension des phénomènes. La nature même de leur objet – l'homme – et leur complexité ont conduit le positivisme (Auguste Comte (1798-1857)) à les placer au sommet de la hiérarchie des sciences. À l'inverse, lorsque les sciences humaines sont fondées sur l'interprétation des intentions humaines, on parle d'herméneutique (e.g. symboles religieux, mythes, émotions...) et du courant de la phénoménologie (Edmund Husserl (1859-1938)). Il s'agit des disciplines katanoétiques (de *kanatoèsè,* comprendre) qui bénéficient d'un statut intermédiaire. *In fine,* Van der Maren (2014) évoque le bas statut universitaire et social des disciplines « artisanales » avec une visée formative au sens large du terme « mise en forme, remise en forme » comme l'éducation, les soins infirmiers, le

Published in : AUTHIER, David (dir.), *Revue Education, Santé, Sociétés, Vol. 10, No. 1. Sciences infirmières*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005342, doi : 10.17184/eac.9782813005342

travail social, les arts, renforçant alors leur dimension de « science de service » dans des cursus universitaires pré-professionnels communs à ces « métiers de la relation à autrui ». Ce statut intermédiaire et modeste constitue à la fois une force – dans la mesure où les pratiques professionnelles sont censées être modifiées et améliorées par la recherche – mais aussi une faiblesse.

3.2 Le champ du savoir et de la connaissance

À l'origine de la science, toute connaissance est propre à chaque individu. De manière schématique, la connaissance renvoie à l'information acquise de diverses façons. L'épistémologie[3] en tant que branche de la philosophie explore spécifiquement la notion de savoir, l'origine et la portée des connaissances scientifiques. L'analyse des sciences infirmières imposent l'identification des savoirs mobilisés.

Depuis les travaux de Carper (1978), il est admis que le soin infirmier a puisé sa source de savoir dans quatre savoirs distincts et complémentaires. Le savoir personnel caractérisé par un mode de savoir personnel, subjectif et existentiel lié à l'intériorité du sujet et à l'actualisation de soi. Ce savoir prend ancrage sur l'expérience personnelle et la compréhension de soi. Le savoir esthétique ou l'art infirmier caractérisé par la connaissance issue de l'expérience subjective et la créativité du soin infirmier. Ce savoir repose sur un jugement de beauté (jugement esthétique dans l'approche Kantienne), émis par les pairs reposant sur la subjectivité et portant sur la qualité du travail accompli selon les règles de l'art (le travail de l'œuvre et la reconnaissance du bel ouvrage). Le savoir éthique ou savoir moral caractérisé par la compréhension des diverses orientations philosophiques du soin juste, bon ou désirable. Ce savoir repose sur les obligations morales du sujet au regard des principes et des codes éthiques. Le savoir scientifique caractérisé par la connaissance obtenue à travers la démarche scientifique : l'observation, l'investigation empirique, la description, l'explication et/ou la compréhension des phénomènes. White (1995) a actualisé cette typologie en identifiant le savoir sociopolitique et économique qui fait références à l'environnement, au milieu culturel, aux interactions et interrelations présentent dans les pratiques professionnelles, entre les praticiens, les infirmiers et les personnes soignées.

La typologie proposée par Carper en 1978 éclaire ce questionnement épistémologique et reste d'actualités. Son retentissement alimente encore aujourd'hui la réflexion relative à l'élaboration de méthodologies de production des connaissances. Les sciences infirmières ne trouveront leur validité épistémologique que lorsque les scientifiques pourront proposer un dialogue autonome dans le dialogue avec les autres disciplines, portant sur les fondements et enjeux d'une anthropologie des soins, les repères sociologiques autour des concepts d'identité et de culture soignante, l'examen des organisations de soins et en nommant leur propre système de valeur.

[3] Discipline qui prend pour objet de réflexion les sciences tant dans leurs méthodes que dans leur histoire et la spécificité de leurs investigations. Pour Ardoino (1980), l'épistémologie se définit par l'« étude critique des conditions de production et de validité des énoncés de connaissance. » L'épistémologie introduit la notion de vigilance critique, de prise de recul, de mise à distance, de regard surplombant le terrain et l'objet de recherche.

Ardoino, J. (1980). Éducation et relations. Introduction à une lecture plurielle des situations éducatives. Gauthier-Villars.

Published in : AUTHIER, David (dir.), *Revue Education, Santé, Sociétés, Vol. 10, No. 1. Sciences infirmières*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005342, doi : 10.17184/eac.9782813005342

4 Sciences infirmières et sciences humaines et sociales, une relation de proximité permettant d'enrichir les questionnements

Pour traiter du sujet de la relation de proximité entre les sciences infirmières et les sciences humaines et sociales, il convient d'accompagner le mouvement sociétal de tout un pan de recherche en sciences humaines et sociale, jusqu'alors reléguées dans une position ancillaire. Lorsque Cynthia Fleury-Perkins évoque le retour des humanités au cœur de la médecine et de l'institution hôpital, avec cette intention première de réinventer la relation au soin, à la maladie, à la vie, et à autrui, c'est l'« *evidence based humanities* » dans les recherches menées au sein des organisations hospitalières qui est convoquée avec cette recherche de sens à l'œuvre dans la société. Les sciences infirmières se trouveraient ainsi derrière le trièdre épistémologique des sciences humaines décrit par Foucault dans *Les mots et les choses* (1966) sous la forme d'une « archéologie des sciences humaines », c'est-à-dire une description des conditions discursives de leur émergence, dont la visée est explicitement critique. « Borné d'un côté par les sciences sociales et, de l'autre, par les sciences médicales, mais antérieur à ces deux entités, l'objet de la discipline soignante se trouve « à la fine pointe des sciences humaines ». (Nadot, 2012, p. 60).

En reprenant le postulat de Mialaret (1976, 2007, p. 106) évoquant l'ouverture des sciences de l'éducation sur d'autres sciences humaines et sociales, nous nous autorisons à écrire « les sciences infirmières sont constituées par l'ensemble des disciplines qui observent, étudient, analysent scientifiquement, dans des perspectives, différentes et complémentaires et coordonnées, les situations du « prendre soin » et du « faire des soins », leurs conditions d'existence, leur structure et leur fonctionnement, leur évolution, en utilisant, entre autres, les méthodes et les techniques actuelles des sciences humaines. Affirmer leur unité, ce n'est pas refuser les contacts et les collaborations indispensables qu'elles ont avec les autres disciplines du champ scientifique actuel ».

Comment les sciences humaines et sociales et les sciences infirmières s'emparent-elles de la complexité des situations de soins et comment sont-elles contributives de réflexions menées dans le champ de la santé avec cette nécessaire prise en compte de la question de l'homme, du sujet, des valeurs, des finalités, la question des savoirs et des pratiques ?

Ainsi, la question n'est pas la confrontation mais la complémentarité des champs de recherches au sein des sciences infirmières. Avec cette finalité de mieux connaître, de mieux expliquer, de mieux comprendre les faits et les situations complexes de soins. C'est par rapport à leur objet que les sciences infirmières trouvent leur essence. En convoquant Berthelot (1996), nous formulons l'hypothèse que les sciences infirmières adossées aux sciences humaines et sociales peuvent emprunter trois modalités distinctes correspondant à des mobilisations différentes du savoir scientifique en reliant le pôle des savoirs, des pratiques et celui des finalités. L'auteur distingue :

- Le savoir comme médiation « directement mobilisé pour intervenir sur des situations concrètes. Le chercheur en sciences sociales, spécialiste d'un domaine disciplinaire, est intégré à une organisation collective de travail, avec la mission

Published in : AUTHIER, David (dir.), *Revue Education, Santé, Sociétés, Vol. 10, No. 1. Sciences infirmières*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005342, doi : 10.17184/eac.9782813005342

de mettre ses diverses compétences au service d'un projet global d'intervention » (Berthelot, 1996, p. 219).

- Le savoir comme utilité sociale de la discipline : « Les sciences sociales fournissent des éléments et des instruments de connaissance, d'appréciation, de diagnostic, permettant aux responsables politiques ou administratifs de prendre leurs décisions » (Berthelot, op. cit., p. 218). Il peut être rapproché de l'aide à la décision.
- Le savoir comme caution : « La connaissance est mobilisée comme argument et caution, dans des débats dont la finalité politique constitue en enjeu le sens à accorder à un évènement » (Berthelot, op. cit., p. 216). Il peut être rapproché de la fonction critique de la recherche.

Cette distinction structurera notre propos en mettant en exergue – à travers trois modalités de recherche pluridisciplinaire sur des objets carrefour propres aux sciences infirmières portant sur la clinique et l'anthropologie de la douleur, la déclinaison d'un projet de soins et la culture soignante, l'image métier et l'attractivité des infirmiers en pratique avancée – la complémentarité avec les sciences humaines et sociales, avec des approches plurielles et des méthodes variées, des référents théoriques sans aucune exclusion, en capitalisant l'ensemble des savoirs produits « en et sur » les soins infirmiers.

4.1 Un premier exemple : L'éducation à la santé des personnes soignées dans le cadre de la prise en charge de la douleur

Nous avons mené dans le cadre de notre thèse de doctorat (Péoc'h, 2009 ; 2012) une recherche-action dont la visée compréhensive et praxéologique venait en conclusion servir un projet d'éducation à la santé des personnes soignées et un projet de formation centré sur l'analyse des pratiques professionnelles pour les professionnels de santé.

Inscrite dans l'ouverture multi référentielle (Philosophie, sociologie, psychologie de la santé) des Sciences de l'Education, s'appuyant le champ disciplinaire de la psychologie sociale et sur le modèle théorique de la pensée sociale (Rouquette 1998 ; 2009), la recherche privilégie l'étude des relations entre attitudes, représentations sociales, idéologie et *thêmata* en interaction avec un contexte spécifique lié à l'hospitalisation, la douleur, la relation de soin soignants/soignés. L'hypothèse de ce travail est que les personnes soignées se construisent un savoir sur leur douleur à des fins pragmatiques. Soutenue par le mécénat de la Fondation de France, dans le cadre d'un appel à projets de recherche *Soigner – Soulager – Accompagner,* cette recherche-action a permis d'optimiser les pratiques d'éducation thérapeutiques des praticiens de la santé dans le cadre de la prise en charge de la douleur, notamment au sein même de l'espace thérapeutique, dans l'interaction soignants/soignés.

Sur le versant de la recherche, cette recherche-action pose une question épistémologique d'actualité en termes de recherche fondamentale avec la réintroduction d'une problématique qui jusque dans une période récente fut parfois oubliée dans les travaux empiriques, à savoir la mise en tension de la pensée sociale dans l'articulation des idéologies, des représentations sociales, des attitudes et des opinions. Dans la médiation s'entend également la posture du chercheur facilitateur (en tant que trait

Published in : AUTHIER, David (dir.), *Revue Education, Santé, Sociétés, Vol. 10, No. 1. Sciences infirmières*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005342, doi : 10.17184/eac.9782813005342

d'union) qui en miroir s'attache à accompagner les praticiens acteurs dans la compréhension et la recherche du sens du problème. Cette relation horizontale proche de l'accompagnement introduit entre le chercheur et les praticiens une intercompréhension constitutive de la recherche-action. Ce savoir de médiation construit avec et pour les sciences humaines a permis les échanges et le partage entre chercheurs d'orientation différente tout en consolidant la légitimité de notre discipline scientifique sur un objet de recherche clinique et de soins infirmiers, la prise en soins de la douleur.

4.2 Un deuxième exemple : La bientraitance dans les établissements de santé

La demande a émergé à la suite de la remise du rapport « La bientraitance dans les établissements de santé » à Monsieur Xavier Bertand, Ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé en janvier 2011. Ce rapport mandaté par le Ministère de la santé dans le cadre de « L'année 2011 – Droit des patients » avait pour objectif de susciter le débat et l'échange au sein des équipes soignantes pluriprofessionnelles, des territoires et des organes de pilotage sur la manière d'appréhender la bientraitance et de participer à la diffusion des pratiques favorables à celle-ci dans les établissements de santé. Approchée en tant que chercheur, expert et conseiller autour de ces notions de bientraitance par le Ministère de la santé (Péoc'h, 2011a ; 2011b), nous avons contribué à la revue scientifique de la littérature et à l'expertise du rapport sus-cité.

En 2012, soucieuse d'inscrire son Projet de Soins dans la recommandation 6-4 : « Développer et promouvoir un management d'établissement axé sur la bientraitance des patients et la qualité de vie au travail des professionnels » du Rapport de la mission ministérielle, Année des patients et de leurs droits, la Direction des Soins des Hôpitaux de Toulouse nous a sollicité pour mener au sein de l'institution une étude diagnostique et stratégique inscrite dans une démarche de recherche-décisionnelle dont les objectifs étaient les suivants : Démontrer l'impact des valeurs professionnelles en termes d'adhésion aux buts, normes et valeurs de l'institution sur l'implication du sujet et la qualité de vie au travail dans le cadre des activités professionnelle. S'appuyant sur les travaux de Neveu et Thévenet (2012) en Sciences de gestion, le deuxième objectif de cette recherche était de mettre à l'épreuve les dimensions affective, calculée, normative et d'internalisation du modèle de l'implication organisationnelle.

Cette étude s'est réalisée sur un temps borné de 12 mois auprès d'une cohorte ouverte de 1538 professionnels de santé toutes filières confondues travaillant au sein des Hôpitaux de Toulouse. L'étude inscrite dans le champ disciplinaire des sciences de gestion a mis en évidence que si l'implication est soumise à des valeurs professionnelles, elle est orientée par une double détermination : technique et axiologique ou éthique. La dimension professionnelle et axiologique introduit une position morale et un cadre cognitif qui participe à l'élaboration des décisions d'action : travailler ensemble, instaurer un climat de confiance et faire confiance au collectif ; cheminer vers plus de cohésion. La dimension éthique s'inscrit dans le registre des valeurs historiques et leur visée humaniste : le respect de l'autre et de soi ; prôner l'humain en soi et en dehors de soi (Péoc'h et Ceaux, 2012). Inscrite dans l'approche disciplinaires des sciences de gestion concernant le champ du management dans les établissements de santé, reposant sur un corpus empirique conséquent, cette recherche décisionnelle

Published in : AUTHIER, David (dir.), *Revue Education, Santé, Sociétés, Vol. 10, No. 1. Sciences infirmières*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005342, doi : 10.17184/eac.9782813005342

ouvre le champ des possibles des sciences de gestion dans le domaine du soin et la santé.

4.3 Un troisième exemple : La pratique avancée, une image métier au carrefour de plusieurs champs disciplinaires

Contrairement aux deux modalités précédentes qui sont liées à des demandes que le chercheur choisit ou non de prendre en charge, ce dernier cas de figure relève de son initiative exclusive. Nous présenterons un article (Péoc'h, 2019) adossé aux sciences humaines et sociales relevant clairement de l'exercice de cette fonction critique.

Dans le domaine des sciences humaines et sociales, la question de l'image métier pose d'inévitables interrogations : Qu'est-ce que l'image métier de l'Infirmier en pratique avancée ? Quelles sont les conséquences de l'image métier sur l'attraction des infirmiers vis-à-vis de ce nouvel exercice professionnel ? Cette notion d'image métier peut-elle permettre une meilleure compréhension des métiers en tension ? L'exercice en pratique avancée a désormais une réalité juridique. Cet article revient sur l'éclairage conceptuel de l'attractivité, les atouts et les conditions de réussite de l'intégration des IPA au sein des différents exercices professionnels. Attirer vers un métier renvoie à ce que celui-ci représente, en termes d'image, de compétences ou de qualifications à acquérir, de construction d'identité professionnelle, de valeurs qui lui sont associées. Ce qui constitue le « capital attractivité » du métier d'infirmier en pratique avancée et intrinsèquement des formations du champ du soin et de la santé dépend d'un ensemble de facteurs qui résultent du processus de découverte de ces formations, mais également de l'image métier. En reprenant les travaux de Brillet et Gavoille (2012) adossé aux sciences de gestion, à la psychologie sociale avec le concept des représentations sociale et d'identité sociale, le modèle de l'image métier de l'infirmier en pratique avancée peut revêtir 6 dimensions [tab. 1].

La pratique avancée s'inscrit dans l'altération : *ce par quoi le sujet change et est à l'œuvre de lui-même.* Dans cette illustration, c'est à la fois la vigilance critique et la récurrence au sens bachelardien qui sont convoquées, dans une approche résolument intellectualiste et constructiviste. L'exercice de la fonction critique du chercheur-intervenant en sciences humaines et sociales s'inscrit en conscience dans le doute, l'interrogation permanente sur le réel, la rupture épistémologique. Dès lors, la recherche en sciences humaines et sociales dans le champ du soin et de la santé assume pleinement ses fonctions (sociale, critique et heuristique) en proposant une contribution pertinente, appropriée à la définition de la pratique avancée.

En synthèse de ce paragraphe, reprenons les trois modalités distinctes correspondant à des mobilisations différentes du savoir scientifique. Dans le savoir-médiation, le savoir scientifique se construit en tension entre une « proximité » (comprendre de l'intérieur l'objet de recherche, le « dedans », impliqué et lié socialement) et une « distance » à l'objet (avec cet effort de la mise en objectivation, le « dehors », expliqué et distancié). Dans le savoir utile à la prise de décision, la recherche est avant tout menée pour aider les acteurs à prendre conscience des déterminants de leur action et à prendre des décisions spécifiques conséquentes afin d'œuvrer à la promotion de la santé des individus et des groupes. *In fine,* dans l'exercice de sa fonction critique, l'argumentation et la

Published in : AUTHIER, David (dir.), *Revue Education, Santé, Sociétés, Vol. 10, No. 1. Sciences infirmières*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005342, doi : 10.17184/eac.9782813005342

convocation de connaissances scientifiques sont reconnues comme recevable dans les débats sociaux et les questions vives du champ du soin et de la santé.

Tab. 1 : Capital attractif du métier d'infirmier en pratique avancée.

Intitulé de la dimension	Signification
Accomplissement	Le métier d'IPA présente une forte utilité sociale et un attrait en termes de reconnaissance au sein de la société
Rétribution	Le métier d'IPA présente des évolutions possibles au niveau de la rémunération, une évolution de carrière avec la possibilité de continuer et de s'inscrire en Doctorat de Sciences Infirmières (Le DE-IPA donnant le grade Master (*Confer*. Système LMD)
Responsabilité	Le métier d'IPA offre un degré de responsabilité associée avec l'organisation et la coordination des parcours de soins, le suivi de cohortes d'une patientèle atteinte de maladies chroniques lors de consultations, voire la possibilité de prescrire certaines thérapeutiques réglementées sous supervision d'un médecin
Risque	Le métier d'IPA comme les autres métiers du champ du soin et de la santé bénéficie de risques physiques et psychiques associé à l'exercice du métier
Équilibre vie professionnelle/vie personnelle	Le métier d'IPA comme les autres métiers du champ du soin et de la santé bénéficie d'un impact perçu sur la qualité de vie au travail
Relationnel	Le lien social, émotionnel et affectif dans l'interlocution et la relation à l'altérité est prégnant dans l'exercice de ce métier

À travers la présentation de ces trois modalités de recherches pluridisciplinaires sur des objets de recherche carrefours propres aux sciences infirmières (Clinique et anthropologie de la douleur, déclinaison d'un projet de soins, image métier et attractivité des infirmiers en pratique avancée), nous avons tenté de démontrer que l'ouverture sur les sciences humaines et sociales, en tant qu'essence même des sciences infirmières, permet d'enrichir les questionnements et l'argumentation, les constructions des méthodologies et des objets, la question des rapports entre sujets sociaux et l'agir soignant en dégageant la particularité de chaque démarche.

Considérations conclusives

Dans le contexte de l'universitarisation des formations en santé, de la formation infirmière et la structuration de champs de recherche correspondant à des champs professionnels, notamment à des champs d'intervention sur l'activité d'autrui, les sciences infirmières paraissent en mesure de jouer un rôle essentiel dans les années à venir pour développer ses savoirs disciplinaires. A la condition de situer son projet de création d'un corpus de connaissances à partir de disciplines mères existantes comme nous venons de l'évoquer *supra* en complémentarité des sciences humaines et sociales, dans un dialogue constant. Les sciences infirmières ne sont pas seulement constituées par l'utilisation de telle ou telle discipline appliquée au domaine des soins. La position

Published in : AUTHIER, David (dir.), *Revue Education, Santé, Sociétés, Vol. 10, No. 1. Sciences infirmières*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005342, doi : 10.17184/eac.9782813005342

épistémologique traversée par des régimes de production des connaissances différents part des réalités sociales complexes du terrain, de l'émergence de questions vives à élucider, de nouveaux objets de recherche à construire, dans une lecture que nous pourrions qualifier de « multi référentielle ».

Les sciences infirmières ne peuvent être saisies sans une étude de leur développement (historicité sociale de la médecine, de la santé et de la « soignabilité ») et une analyse de sa structure interne (épistémologie). Pour la génération à venir d'enseignant chercheurs de la section 92, outre le fait d'acquérir d'indispensables connaissances scientifiques, de les transmettre, c'est bien de se former à la complexité singulière de l'humain par le recours à la recherche, à l'*evidence based humanities* autant qu'à celle de la posture d'étonnement et de vigilance critique dont il est ainsi question. Les sciences infirmières requiert un positionnement ouvert et curieux, une attention fine aux situations et aux phénomènes qui soient propices à l'élévation progressive de la réflexion, de la pensée, de l'esprit critique. Mais une telle élévation ne se prescrit pas par la publication d'un arrêté publié au Journal officiel de la République française. Elle s'inscrit dans un cheminement individuel, personnel où le sujet nourri par la capacité de saisir ce qui se présente à lui peut en faire une « matière à penser » et un objet d'étude.

Dans cette quête de l'altérité ou l'homme vulnérable commande à la technicité du soin, « où une faiblesse s'impose à une force, parce que l'homme couché commande à l'homme debout » (Lévinas, 1990)[4], le soin ne se pare pas d'illusions mais au contraire de réalisme, de vigilance éthique et de professionnalisme. Par égard pour cet être même, chercher nous enjoint à penser l'in-quiétude éthique dans son acceptation, chaque soin, chaque geste, chaque acte reposent sur un corpus de connaissances scientifiques, de compétences et d'expériences pratiques. Dans cette quiétude de *penser « l'être-au-monde »,* les sciences infirmières s'inscrivent dans cette double approche, sciences expérimentales et sciences humaines et sociales. Elles nous imposent de trouver l'intelligence du cœur et l'esprit d'agir. Comment se tisse au quotidien le lien entre médecine et sciences humaines et sociales au sein de l'initiative ?

Références bibliographiques

Bachelard, G. (1997). *La formation de l'esprit scientifique.* Vrin.

Berthelot, J. M. (1996). *Les vertus de l'incertitude.* PUF.

Brillet F. Gavoille F. (2012). L'image métier : antécédents, dimensions et conséquences d'une notion au cœur du choix professionnel, 23ème Congrès Francophone de l'AGRH « Les Interfaces de la GRH », Nancy, 12-14 septembre.

Debout, C. (2008). Sciences des soins infirmiers : réflexions épistémologiques sur le projet d'une discipline. *Recherches en soins infirmiers,* (2), 72-82.

Canguilhem, G. (1983). « Puissance et limites de la rationalité en médecine », dans *Études d'histoire et de philosophie des sciences.* Vrin.

Carper, B. (1978). "Fundamental patterns of knowing in nursing". *Advances in Nursing Science*, 1(1), 13-2.

Collière, M. F. (2001). *Soigner… Le premier art de la vie.* Masson.

[4]Levinas, E. (1990). « Entretien avec E. Hirsch », dans Hirsch, E., *Médecine et éthique. Le devoir d'humanité,* Cerf.

Published in : AUTHIER, David (dir.), *Revue Education, Santé, Sociétés, Vol. 10, No. 1. Sciences infirmières*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005342, doi : 10.17184/eac.9782813005342

Collière, M. F. (1982). *Promouvoir la vie : de la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers.* Interéditions.

Fawcett, J. (1993). *Analysis and evaluation of nursing theories.* avies Company.

Fawcett, J. (1984). The metaparadigm of nursing : Present status and future refinements. *he journal of nursing scholarship*, 16(3), 84-87.

Foucault, M. (1966). *Les mots et les choses.* Gallimard.

Fourez G. (2002). *La construction des sciences, les logiques des interventions scientifiques.* 4ème édition. Sciences éthiques sociétés, De Boeck Université.

Hesbeen, W. (2009). *Dire et écrire la pratique soignante du quotidien. Révéler la quête du sens du soin.* Seli Arslan.

Kérouac, S., Pepin, J.Ducharme, F. (2010). *La pensée infirmière (3e éd.).* Chenelière éducation.

Mialaret, G. (1976-2007). *Sciences de l'éducation. Aspects historiques. Problèmes méthodologiques.* PUF.

Nadot, M. (2012). Recherche fondamentale en Sciences Infirmières. *Recherche en soins infirmiers,* (2), 57-68.

Nadot, M. (2009). L'articulation historiquement ancrée d'éléments sur lesquels repose notre discipline. *Recherche en soins infirmiers,* (3), 12-18.

Nadot, M. (2008). « Prendre soin : aux sources de l'activité professionnelle ». Dans Dallaire, C. *Le savoir infirmier : au cœur de la discipline et de la profession* Gaëtan Morin.

Nagels M. (2020). L'urgence d'une épistémologie des sciences infirmières. DE IPA – Université de Nantes – Document du cours « Leadership ». Master. France.

Neveu, J.P. et Thevenet, M. (2002). *L'implication au travail.* ditions Vuibert, Coll. Entreprendre.

Péoc'h, N. et Serrano, E. (2019). Pratique infirmière avancée. Atouts et conditions de réussite. *Revue Hospitalière de France,* 590, 22-28

Péoc'h, N. (2012). *Les représentations sociales de la douleur chez les personnes soignées. Contribution à la modélisation de la pensée sociale*, L'Harmattan.

Péoc'h, N. et Ceaux, C. (2012). Les valeurs professionnelles, une composante de la stratégie d'implication organisationnelle des professionnels de santé… L'apport compréhensif d'une recherche décisionnelle menée au CHU de Toulouse. *Recherches en soins infirmiers,* (1), 53-66.

Péoc'h, N. (2011a). Bientraitance et éthique du care. Similitudes et différences autour d'une recension des écrits scientifiques. *Recherches en soins infirmiers,* (2), 4-13.

Péoc'h, N. (2009). *Les représentations sociales de la douleur chez les personnes soignées. Contribution à la modélisation de la pensée sociale* Thèse de Doctorat en Sciences de l'Éducation, sous la direction de Bataille, M., Université de Toulouse II – Le Mirail.

Ricœur, P. (2004). *Parcours de la reconnaissance. Trois études.* Stock, coll. « Les essais ».

Rouquette, M.-L. (Ed) (2009). *La pensée sociale. Perspectives fondamentales et recherches appliquées,* Toulouse : Érès.

Rouquette, M.-L. (1998). *La communication sociale,* Paris : Dunod.

Van der Maren, J. M. (2014). La recherche appliquée pour les professionnels : éducation (para) médical, travail social. De Boeck Supérieur.

White, J. (1995). "Patterns of knowing : Review, critique and update". *Advances in Nursing Science*, 17 (4) 73-86.

Worms, F (2006). Les deux conceptions du soin. Les nouvelles figures du soin, *Revue Esprit*

Published in : AUTHIER, David (dir.), *Revue Education, Santé, Sociétés, Vol. 10, No. 1. Sciences infirmières*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005342, doi : 10.17184/eac.9782813005342