

« *Savoir Infirmier* » pour une mise en œuvre de « *l'agir infirmier* » en Afrique francophone

par

Jodel Maleng, M. Sc. (candidat)

École de sciences infirmières

Centre supérieur des sciences de la santé

Université catholique d'Afrique centrale

Cameroun

maleng02@yahoo.fr

En Afrique francophone, des retards de développement des soins infirmiers en tant que science et profession entravent une contribution efficiente de la discipline au développement sanitaire. Ainsi depuis quelques années, les infirmières et infirmiers d'Afrique francophone sont en quête de leur identité ; car persuadés que leur profession peut exister par elle-même, possédant un savoir propre à partager avec les autres (personne malade et autres professionnels de santé). L'évolution de la profession infirmière en Afrique a fait apparaître l'infirmière comme une exécutante quelquefois intelligente, des ordres médicaux. Ne serait-ce pas de la part de l'histoire, méconnaître ce qu'est l'infirmière ? En effet par son expérience, sa culture, sa formation, l'infirmière dispose de connaissances pour prendre soin d'une personne malade. Or le savoir infirmier est peu ou pas reconnu au Cameroun dans son existence scientifique. Cependant il peut introduire un changement de mentalité dans la profession s'il est reconnu et employé comme tel dès la formation de base ; permettant de ce fait aux étudiants en sciences infirmières une fois diplômés de mieux situer leur spécificité et de la faire reconnaître par les autres professionnels de santé. Le présent exposé se veut un descripteur de quelques traits du « savoir-infirmier » en vue de sa prise en compte dans notre contexte car de par sa pluridisciplinarité mais également sa transdisciplinarité ; peut entraîner une mise en route de « l'agir infirmier » en Afrique francophone.

Mots clés : Savoir, savoir-infirmier, formation, Agir infirmier

Introduction

Dans la société contemporaine le savoir d'une discipline la caractérise et dans le cas d'une discipline professionnelle, lui confère pouvoir et maîtrise en ce qui a trait à son champ d'expertise. En soins infirmiers, les choses ont bien changés depuis le temps où ce que l'infirmière « faisait » suffisait à définir les soins. Déjà en 1997 Hildegard E. Pepleau prédisait qu'au XXI^e siècle on ne se demanderait plus ce que les infirmières « font » mais plutôt ce qu'elles « savent ». A plusieurs égards le savoir devient une voie d'émancipation et les infirmières qui « savent » sont celles qui vont créer l'avenir de la profession. Serait-il utopique de trouver une unité dans la diversité qui préside actuellement le développement cohérent du « savoir-infirmier » ? Il faut bien admettre que dans certains pays tels que le Canada et les Etats-Unis un savoir est reconnu aux infirmiers ce qui n'est pas le cas pour l'Afrique francophone. Or ce qui paraît évident pour nous aujourd'hui, c'est-à-dire le « savoir-infirmier » différent du savoir médical est dénié par le quotidien des situations vécues. Par ailleurs, nous avons assisté à une évolution aussi bien sur le terrain que dans les écoles, où la pratique infirmière a perdu sa dimension humaine pour devenir technique puis super-technique. Maintenant elle cherche à retrouver pleinement son humanisme mais s'égaré faute d'encrage dans un savoir propre, défini et reconnu.

Qu'est-ce que le savoir ?

D'après le quillet, le savoir se définit comme *avoir connaissance de ..., être instruit de ou dans..., être capable de... C'est aussi la somme de ce que l'on a appris...*

De tout temps, le savoir se préparait, s'accumulait, tout au long de la vie : dans la famille, le clan, à travers les rites, l'initiation, à l'église, l'école dans les corporations, au travail, dans toutes les relations humaines, dans le dialogue, en écoutant des écrits des mythes, des légendes, en regardant par exemple des fresques, les vitraux des églises, en visitant des musées... tout faisait savoir.

Le savoir est issu de l'évolution de la science, selon les différents changements de paradigme, de son savoir faire et de sa méthodologie. Chaque paradigme a permis l'expression d'une vision du monde, de définir la place de la personne et des relations qu'elle peut établir dans ce monde (Guba et Lincoln, 1998). Selon le paradigme de la catégorisation, le savoir est issu de la quête de l'objectivité, de la maîtrise de certains phénomènes et de leur prédiction. Dans le paradigme de l'intégration, le savoir vise l'objectivité, qui est cependant soumise aux contraintes liées aux interactions de la personne avec son environnement. Le développement du savoir comporte une explication, la meilleure possible selon les options disponibles, la maîtrise des phénomènes et leur prédiction ; dans ce contexte, le savoir sert un intérêt social élevé, soit celui de permettre d'agir sur les déterminants de la santé.

Le paradigme de la transformation est un revirement complet de la façon de concevoir le savoir et son développement. Dans cette perspective, la personne prend conscience de sa présence dans le monde et de sa capacité d'influencer la création collective de la réalité. Cette création fait appel à une participation tant de la personne qui cherche à développer un savoir, que de celle qui en est l'objet. Un phénomène est perçu comme diverses facettes de l'expérience de la personne imbriquées les unes dans les autres. Les significations associées à ce phénomène sont considérées comme aussi importante que celle associées à la réalité dite « objective ». En d'autres termes la personne est une

apprentissage dans un monde qui apprend également par elle et avec elle. De plus les significations que la personne donne à ses expériences ont le potentiel de contribuer à l'évolution des savoirs.

Le savoir nourrit notre vie mais il ne nous permet pas seul, de mieux la comprendre ni de mieux la vivre. Il y aurait plusieurs sortes de savoirs : le savoir de la vie quotidienne (pratique) et le savoir scientifique (théorique)...

Le savoir au quotidien

Le savoir vulgarisé apparaît actuellement sous son double aspect d'information et d'emploi des techniques. En effet, dans leur application, ces dernières ont réussi à n'être ni superficielles ni compliquées, sachant être vulgarisatrices au sens le plus pur du terme.

Le savoir n'est pas investi dans la vie quotidienne sous forme théorique, mais sous forme de procédure et de savoir-faire que l'on peut mettre en évidence sans maîtriser leurs fondements cognitifs. Il reste donc superficiel.

Cependant nous sentons dans notre existence, le poids de ces savoirs latents qui la modulent de plus en plus. Le savoir joue un rôle dans la vie quotidienne autant par sa quantité que par son application. Institutionnellement cela se produit par le prolongement obligatoire de la scolarité et le développement de la formation permanente. Cette dernière est la chance de la discipline infirmière qui se donne une seconde fois l'occasion d'admettre qu'elle a un savoir en continuant à le réfléchir.

Le savoir scientifique

Très souvent lorsqu'il est parlé de savoir, il est sous-entendu savoir scientifique. Celui-ci est vu comme s'appuyant sur des réalités démontrées, ou repérées avec fiabilité. C'est ce qui entend fonder la vérité scientifique, crédible car éprouvée et contrôlée. Ainsi dans le monde de la santé, la médecine a pris cette voie. Or est-elle unique ? D'autres penseurs tel Edgar Morin, font part d'une approche scientifique plus souple dans laquelle nos données s'inscrivent : (...) *la connaissance scientifique a déterminée des progrès techniques inouïs, dont la domestication de l'énergie nucléaire et les débuts de l'ingénierie génétique. La science est donc élucidante (elle résout les énigmes, dissipe des mystères) enrichissantes (elle permet de satisfaire des besoins sociaux et par là d'épanouir la civilisation) et de ce fait, elle est justement conquérante, triomphante...*

Malgré ces orientations plus larges liées à la connaissance scientifique, le savoir infirmier au Cameroun n'est pas doté d'une reconnaissance absolue, et il est contesté dans le travail infirmier réalisé.

Parler d'un savoir lié à une notion de travail semble une tautologie et une évidence. En effet, une profession, dans sa production de travail spécifique, s'appuie sur un ensemble de connaissance de haut niveau. Elle les développe elle-même de manière indépendante, c'est-à-dire qu'elle est instituée seule juge de la validité du savoir professionnel, telle ma profession médicale.

Le sens du mot savoir reste ici à définir dans sa généralité avant de le cerner dans sa professionnalité infirmière. Une approche lexicale peut aider à en trouver les notions originaires.

Approche lexicale

Les dictionnaires fournissent les différents sens du mot savoir qui peut être employé comme verbe ou comme un nom commun.

Ainsi pour le dictionnaire Larousse : « Savoir » vient du latin sapere : connaître, être instruit dans quelque chose, posséder un art, un métier, par exemple savoir l'anglais. Savoir est un ensemble de connaissances acquises, érudition, par exemple un homme de grand savoir. Savoir est encore synonyme de culture, instruction.

Alors que dans le dictionnaire étymologique Larousse, « savoir » mot créé en 842 signifie serment. Il vient du latin populaire sapere, avoir une saveur ; en bas latin savoir est employé avec une influence sémantique de sapiens et élimination du latin classique scire.

Pour le dictionnaire de la langue pédagogique de Paul Foulquier (P.U.F), le mot « savoir » est vu comme une science, c'est-à-dire connaissance rationnelle de la nature des choses, de leur origine et des rapports qu'elles ont entre elles. Elle se différencie de la connaissance vulgaire qui s'en tient le plus souvent aux faits sans aller bien loin dans la recherche des raisons et sans contrôler rationnellement les explications qui se présentent à l'esprit.

Savoir, vu comme verbe, signifie connaître : soit une connaissance intellectuelle, soit une connaissance pratique ou savoir-faire.

Dans le dictionnaire philosophique : vocabulaire technique et critique de la philosophie d'André Lalande (P.U.F., 1972), nous trouvons le savoir dans le sens de connaître. Etat de l'esprit qui connaît, relation du sujet pensant à un contenu objectif de pensée formulable, en une proposition dont il admet la vérité pour des raisons intellectuelles et communicables. Ce que l'on sait : ne se dit proprement en ce sens, que si les connaissances dont il s'agit sont assez nombreuses, systématisées et amassées par un travail continu de l'esprit.

Ce parcours lexical rapide montre que le terme savoir, employé comme verbe, peut aussi être suivi d'un autre verbe ou d'un mot constituant une locution et apportant ainsi des indications sur la nature du savoir.

Employé comme substantif « savoir » signifie avoir acquis des connaissances étendues dans différents domaines, mais celles-ci sont peu approfondies. Le savoir peut être opposé à la science qui exige la rationalisation des connaissances, voire la spécialisation.

Au terme de cette étude lexicale sommaire, nous nous trouvons devant deux voies : soit nier l'existence d'un contenu spécifique qui justifierait la locution « savoir-infirmier » ; soit élargir les limites du « savoir infirmier », son sens et ses domaines.

A première vue, la négation de du « savoir infirmier » viendrait de ce que, avant d'être défini, précisé dans sa nature, justifié dans son utilité, il pourrait laisser supposer que tous ceux qui, de près ou de loin ont à donner des soins à un malade, possèdent un savoir assimilable au « savoir infirmier » cela s'applique à la famille, à l'assistante sociale, au médecin, au psychologue, à l'aide soignante... et la liste n'est pas exhaustive. Il s'agit là d'une interprétation superficielle du « savoir-infirmier » il est vrai que certains soins simples peuvent être réalisés par une personne autre que l'infirmière, voire le

malade lui-même, lorsque l'infirmière lui a appris les gestes à faire. Par ailleurs il nous faut admettre que si nous voulons cerner le « savoir-infirmier » dont usent dans leurs activités les médecins les travailleurs sociaux et les autres paramédicaux, nous aboutirons à la conclusion suivante : le « savoir-infirmier » est confondu avec le leur.

Que savent les infirmiers ?

L'épistémologie du « savoir-infirmier » a fait l'objet de plusieurs publications. De nombreux auteurs tentent ainsi de répondre à des questions sur l'évolution et les sources du savoir, ainsi que les méthodes et les critères de validation de nouvelles connaissances en sciences infirmières. La discipline infirmière est une discipline professionnelle et l'évolution de la construction des savoirs en témoigne par l'intégration de la science à l'art du soin (Marks-Maram et rose, 1997). Les phénomènes d'intérêts de la discipline prennent appui sur l'expérience humaine et appellent diverses approches méthodologiques pour la production d'un savoir ou coexistent le mesurable et le perpétuel (Donaldson, 1995). La nature du « savoir-infirmier » est diversifiée, provient de la vérification d'hypothèses et va jusqu'aux reconstructions individuelles et collectives de l'expérience de santé. C'est ainsi que ce savoir se développe et que notre système de croyance se forge au fil du temps. Le « savoir-infirmier » répond à des questions concernant le mandat social de la profession. Ce savoir est exprimé sous forme d'actions professionnelles qui combinent les assises scientifiques avec les valeurs de l'humanisme (Chinn et Kramer, 1995 ; Donaldson, 1995). Une telle combinaison rend le « savoir-infirmier » essentiel pour répondre à la diversité et à la complexité actuelle des besoins de santé (De Konick, 2002).

Le « savoir-infirmier » repose sur des concepts pour une part partagés avec d'autres professions de santé, dont la médecine en particulier. Il est partagé par obligation du lieu et du sujet-d'action, c'est-à-dire la personne soigné.

Par ailleurs, la preuve que ce partage n'enlève pas du domaine infirmier la notion de savoir, vient de l'insertion intime des actes infirmiers dans le processus de santé. La médecine, par ses choix, ne peut traiter en entier le problème de santé d'un malade. La personne soignée s'adresse au médecin pour obtenir diagnostic traitement et guérison. Si le médecin prescrit en raison des deux premiers points, ses fonctions ne le chargent pas de l'application intégrale ni du quotidien de la surveillance. Or l'enjeu est si grave, si prolongé dans le temps si long dans l'application du traitement, si constant dans la surveillance et si répété pour la multitude de patients, que son ampleur dépasse la seule pose du diagnostic médical et la prescription d'un traitement. D'où la présence infirmières qui prend le relais. Il reste en effet tout le champ d'application et le suivi des 24 heures (multiplié par la durée nécessaire au recouvrement de la santé) qui s'oriente vers l'être humain lui-même et ses réactions. La situation soins entraîne de ce fait la répartition des secteurs d'action, lesquels requièrent des savoirs différents pour être gérés avec compétence. Dans le processus de santé, un autre savoir tient donc une place à côté du savoir médical. Il s'agit du « savoir-infirmier » qui répond aux besoins de maintenance de vie du malade et les traite. Rappelons que le médical traite la maladie de l'homme et les soins infirmiers l'homme dans la maladie.

La notion de savoir-infirmier moteur de changement dans la formation

L'idée que la notion de « savoir-infirmier » pourrait être moteur de changement nous a été suggérée par le fait que l'expression de la théorie et de la pratique quotidienne donne l'impression d'un écart entre celle-ci. La notion de « savoir-infirmier » permet de dépasser l'erreur qui consiste à former des infirmières appliquant une théorie X dont la supposée réflexion n'est fait qu'une automatisation. En effet, développer le « savoir-infirmier » permet de former des infirmières capables de traiter des problèmes de santé de façon pertinente, d'enrichir ces derniers par des connaissances approfondies, de leur trouver des solutions, de les appliquer en utilisant, soit séparément, soit simultanément les trois volets qui, constituent pour nous le « savoir-infirmier ». Alors le soin donné le serait vraiment en regard de la personne et ne serait pas le résultat de quelque chose de stéréotypée. Mais il existe le risque de transformer le savoir en dogme. Pour palier à ce risque, chaque infirmière devra veiller à ne pas faire du « savoir-infirmier » un système préétabli à appliquer de façon systématique, mais bien un système souple, qui doit dans chaque cas, apporter la réponse pertinente dont il est question.

Le « savoir-infirmier » s'il est reconnu dès la formation par les futures professionnelles, peut introduire un changement de mentalité tant dans la formation que sur le terrain, en permettant à la profession de mieux situer sa spécificité et de la faire reconnaître par les autres professionnels de santé.

Pour faire reconnaître ce savoir dès la formation, il semble important que chez l'étudiant(e) l'apprentissage envisagé suscite le désir d'apprendre. L'étudiant(e) doit pouvoir découvrir la signification du « savoir-infirmier » dans l'acte de soigner, car pour le formé, *le savoir n'a de sens que s'il permet de résoudre les problèmes dans une situation quotidienne ou professionnelle*. Il est important pour l'étudiant en sciences infirmières de connaître la définition du « savoir-infirmier » c'est-à-dire la capacité à décoder au-delà de l'explicite (symptôme clinique ; mot...) l'implicite de la demande de la personne soignée et d'y répondre de façon adaptée. Ce savoir s'inscrit donc dans un holisme, s'appuyant sur une démarche mentale systémique et cybernétique. En effet l'homme n'est pas tantôt social, tantôt culturel, tantôt bio psychophysiologique. il y'a toujours une relation entre ces différents états c'est donc dans cette zone anthropologique que l'étudiant(e) découvre, grâce à la pratique clinique, que le « savoir-infirmier » intervient en réarticulant harmonieusement le malade et la société. C'est le coté pathique des soins qui démarque le « savoir-infirmier » du savoir médical. Pourquoi donc considérer le « savoir-infirmier » comme moteur de changement ?

Parler de la notion de « savoir-infirmier » comme moteur de changement peut paraître assez curieux. Mais si nous nous référons à la démarche intellectuelle sur laquelle repose ce savoir, à sa définition et à son contenu, il devient claire qu'il peut-être synonyme de moteur. En effet le vocable moteur désigne ce qui donne du mouvement à une chose et qui en est le soutien essentiel (1) idée tirée du dictionnaire Larousse

Trois concepts sont très reconnu dans la profession infirmières : le relationnel, le gestuel, l'intellectuel. Mais jusqu' à présent, les deux premiers ont été privilégiés. La notion de « savoir-infirmier » développe le troisième concept : l'intellectuel, c'est-à-dire la réflexion afin d'aboutir à une action infirmière réfléchie.

Le « savoir infirmier » est moteur en ce sens qu'il renferme un mouvement en avant, car il met au clair ce qui est évident pour les professionnelles de toutes les générations, c'est-à-dire une façon spécifique d'élaborer d'une manière spontanée et orale un savoir. Le « savoir-infirmier » est donc à la fois traditionnel et révolutionnaire :

- traditionnel parce qu'il est le fruit des expériences des travaux d'une plus ancienne pratique : soigner ;
- Révolutionnaire par la découverte ou redécouverte de certaines clés fondamentales faisant de sa spécificité un instrument précieux dont chacun peut se servir.

Par ailleurs le « savoir-infirmier » établit une relation entre les sciences naturelles et les sciences humaines sans les réduire les unes aux autres. Il est moteur car il stimule les processus qui permettent à la profession en crise d'accomplir la transformation des structures de pensées. En effet, il éduque l'infirmière à comprendre et à appréhender le fonctionnement de l'être humain à partir de son propre fonctionnement physique, spirituel. Cela développe en elle les besoins de reconnaissance, d'estime et d'accomplissement de soi. Ainsi la profession pourra reprendre le contrôle intellectuel de l'action infirmière par la réforme du mode de sa pensée. Par voie de conséquence, des changements seront engendrés au niveau de la formation elle-même, des terrains de stages, de la pensée médicale et des textes législatifs, de l'image de l'infirmière véhiculée par les usages.

A propos de l'agir infirmier

Pourquoi parler de l'agir infirmier dans le contexte de la francophonie ? Ce concept ce veut être juste un outil d'éveil. Car voyez-vous, dans notre contexte où la médicalisation est prégnante, l'action (agir infirmier) est obnubilé par les actes délégués qui résument les journées infirmières. Alors quelle prégnance pour le rôle propre, outil identitaire de la profession infirmière ? L'agir infirmier est en droite ligne avec le chemin du dialogue dans l'acte de soin. Commençons par énoncer quelques concepts qui entourent et précèdent cet agir : la communication, la coopération et le dialogue. La raison pour la quelle ce détour est fait est d'ordre pédagogique. Si on veut saisir la nature d'un concept, il est important de comprendre ce qu'il n'est pas. Ainsi vu les rapprochements possibles entre les termes communication, coopération et dialogue qui ont pour point commun de faire intervenir la parole dans l'acte de soin nous avons jugé utile de les distinguer car ils constituent le point focal de l'agir infirmier.

La communication

Birdwhistell définit la communication « comme le système de comportement intégré qui calibre, régularise, entretient et, par là, rend possibles les relations entre les hommes » (dans Schelflen, 1981, p, 157). Il précise qu'un individu seul ne peut communiquer. « il peut bouger, entendre, goûter, toucher et même faire du bruit, mais il ne communique pas » (dans Watzlawick, Beavin et Jackson, 1972, p. 68).

La coopération

Pour des fin de présentation nous avons emprunté à Yves St-Arnaud sa conception de la relation de coopération, soit le rapport entre trois éléments qu'il considère présents dans toute relation : un

acteur un interlocuteur et un but commun, ce dernier étant l'élément clé (p. 78). Ainsi dans le contexte de la coopération, la notion de dialogue correspond à l'entretien entre les partenaires, soit l'acteur et l'interlocuteur dont le but est l'atteinte de ce qui a fait l'objet de la concertation. La reconnaissance mutuelle de compétences propres à chacun et le pouvoir partagé sont garants de l'efficacité souhaitée, d'où l'importance accordée aux obstacles qui freinent l'atteinte du but et aux moyens de les prévenir, sinon les contourner.

Le dialogue

Par rapport à l'acte de soin, communiquer et coopérer sont des compétences indéniables, mais comme toute compétence, leur champ est circonscrit en fonction des contextes dans lesquels s'exerce la dite compétence. Le dialogue est au cœur de l'agir infirmier, au cœur de l'attention portée à la personne. Le dialogue ne se confond pas avec un discours sur quelque chose ou sur quelqu'un, ni avec l'envie parfois très forte de parler à l'un ou à l'autre pour leur dire ce que nous pensons devoir leur dire ou leur livrer les informations que nous devons leur donner. La nécessité du dialogue repose donc sur deux convictions. La première est que chaque humain, quel qu'il soit, sans exception aucune, n'est un être unique, exceptionnel et irremplaçable qui va seul son chemin, qui le conduit irrémédiablement à la mort. La seconde conviction est que la santé d'une personne en l'existence qui est la sienne est bien la santé de cette personne là. Le professionnalisme du professionnel infirmier fait appel au recours à une palette étendue de connaissances, une palette de plus en étendue et enrichie d'ailleurs.

L'agir infirmier nous amène à nous demander ce qu'est soigner ? Car c'est ce que le professionnel infirmier fait au quotidien ; mais qu'intègre-t-il à ce concept ?

Pour cela Martin Wrinkler nous fait découvrir ce que c'est. Pour lui soigner c'est partager et il mentionne que toute tentative de pouvoir dans le soin est contraire à l'éthique.

Soigner c'est donc partager le savoir, lequel permet d'identifier des souffrances ou de les éviter de les traiter pour – au mieux – les guérir au moins les soulager. Il est indispensable de partager le savoir avec les premiers intéressés eux-mêmes : ceux que nous soignons. L'objectif est donc de libérer l'autre de la peur, de l'angoisse, de la dépendance, de l'oppression, du silence dans lequel la maladie ou la souffrance le maintiennent.

Soigner c'est aussi partager les expériences, les tâches de responsabilités, les critiques, la créativité, les doutes, les émotions, les failles les chagrins ; des histoires, la richesse de la vie ; soigner c'est dire le soin ; et c'est tout ceci qui fait l'agir infirmier car tout ceci va au-delà de ce que peut faire un médicament ; lorsque la personne est bien dans sa tête alors elle le sera dans sa peau et c'est ça qui constitue la clé de voûte de cet agir qu'est l'agir infirmier. L'infirmière de par son savoir est consciente que le corps humain est énergie et que l'énergie coule là où l'attention va ; c'est ce qui l'amène à aider la personne malade à développer son imagination créatrice. Lorsque la médecine devient futile, l'imagination créatrice prend forme. Notre corps est vraiment le produit de nos pensées. La science médicale commence à comprendre à quel point la nature de nos pensées et de nos émotions influe sur la substance physique, ainsi que sur la structure et le fonctionnement de notre corps. Donc pour la personne malade, accorder son attention au recouvrement de la santé c'est favoriser la survenue de celui-ci : c'est la loi d'attraction que l'on peut et doit appliquer en santé.

Conclusion

Par le « savoir-infirmier » notre exposé approche de la formation infirmière camerounaise. Il essayé de montrer qu'il est présent et que s'en servir est valorisant pour la profession. Il s'agit donc de tenter d'amorcer un changement de la profession et des mentalités à travers la formation en vue de faire face à une nouvelle situation. En effet le « savoir-infirmier » est un moyen de s'individualiser par rapport aux autres professions de santé. Le schéma de l'infirmière auxiliaire du médecin cède la place à celui de l'infirmière collaboratrice, capable d'action et de responsabilités propres. Ainsi le gnostique et le pathique comme le médical et l'humain, conservent chacun leur technique, leur méthodes propres pour aborder et soigner le malade. C'est sur la notion de « savoir-infirmier » bien comprise que nous bâtissons notre avenir professionnel. Car reconnu, il oblige une formation rigoureuse. Ainsi inclus dans la formation, il libère la pratique en ménageant un temps de réflexion et de recherche, et permet d'exercer la profession à part entière. L'image de l'infirmière dans la société est encore calquée sur d'anciens modèles. Si le savoir peut prendre une vraie place, la transformation des connaissances en constituera le moteur. L'impulsion donnée aujourd'hui par le « savoir-infirmier » dans l'espace francophone (notamment à travers le SIDIEF dont la thématique du précédent congrès portait sur : savoir-infirmier promoteur du développement humain) et au Cameroun en particulier interpelle les personnes les mieux placées pour porter cet espoir (étudiants et professionnels en poste) qui peuvent, par leur volonté d'amélioration et par la formation permanente, être l'espoir de demain en faisant évoluer le terrain. Nous sommes convaincues que faire du « savoir-infirmier » le point clé de la formation et de l'action soignante, c'est réduire l'écart entre la théorie et la pratique et entre l'existence de ce savoir et sa reconnaissance en Afrique francophone car notre profession ne peut-être crédible que dans la mesure où elle comporte un rôle propre, élabore une pensée autonome et définit le service spécifique qu'elle rend à la société.

Références bibliographiques

- Bachelard Gaston. (1972). *la formation de l'esprit scientifique*, vrin Paris 8^e édition, 256p.
- Béatrice Walter. (1988) ; *Le Savoir Infirmier, construction évolution, révolution de la pensée infirmière*. Paris, Editions Lamarre-poinat
- Bloom. (1979). *taxonomie des objectifs pédagogiques*. (Tome 1 : le domaine cognitif) Ed. Nouvelle, Paris, 232 p.
- Charlot. (1977). *la mystification pédagogique*, Payot, Paris, 285p.
- Chinn , Kramer. (1995). *Theory and Nursing: A systematic approach* 3rd ed., St-Louis Mosby.
- De Konick. (2002). « la crise de la connaissance et le savoir infirmier » communication présentée au *Questionnement philosophique et en soins infirmiers*, conférence canadienne de recherche en sciences infirmières, Québec, Université de Laval
- Deepak Chopra. (2006). *les sept lois spirituelles du succès, un guide pratique à l'accompagnement de vos rêves*. Paris. Editeur Guy Tredaniel.
- Donaldson. (1995). " *Nursing science for nursing practice*" dans A. Omerey, C.E. Kasper, G.G.page(eds) *In search of nursing science*, thousand Oaks, Ca, Sage, page 3-12.
- Eleanor J. Sullivan. (2004). *Becoming influential a guide for nurses*, New Jersey, Editor Pearson prentice hall.
- Hesbeen. Walter (1997). *Prendre soins à l'hôpital inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante*, Paris, InterEdition. Masson
- Hesbeen Walter. (1988). *la qualité du soin infirmier penser et agir dans une perspective soignante*, Paris, édition Masson.
- Jodel Maleng. (2009). Le temps du présent soutient du temps du devenir. Exposé présenté au forum étudiant du IVe congrès du Sidiief à Marrakech au Maroc « *Savoir infirmier promoteur du développement humain* ».
- Jodel Maleng. (2009). La synergie de la relève révélé à Marrakech. Article publié dans le journal de l'institut et haute école La source de Lausanne (suisse), numéros d'octobre 2009.
- Koffi, Kan. Leboeuf Dominique. (2007). Les compétences infirmières en recherche scientifique, un standard universel. *Soins* (717) p 47-50
- Margot phaneuf. (2007). *Le concept d'humanité : une application aux soins infirmiers généraux*.
- Martin wrinkler. *La maladie de Sachs*, Paris, POL, 1998 p 415-416.
- Nightingale, Florence. (1859/1969). *Notes on nursing what it is, and what it is not*, New York, Dover publications *Ins (publication originale 1859)*.

Schefflen. (1981). " *Systèmes de la communication humaine*" in la nouvelle communication (texte recueillis et présenté par Yves Winkin), paris editions du seuil.

Sheila Grossman. Theresa. Valiga. (1999). *The New Leadership Challenge, creating the future of nursing*. Philadelphia F. A davis compagny.

Suzanne, Kérouac. Jacinthe, Pepin. Francine, Ducharme. Francine, Major. (2003). *La pensée infirmière*. Québec Edition Beauchemin.

Watzlawick , Beavin et Jackson, (1972). *Une logique de la communication*, paris, Edition du seuil.