

Leçon d'adieu suite au départ à la retraite de Michel Nadot

Jeudi 19 novembre 2009, Auditoire Gremaud, Ecole d'ingénieurs et d'architectes de Fribourg

## Deuxième partie

# Le premier modèle conceptuel métathéorique en science infirmière de l'Europe francophone

Bon, ...on va faire un peu plus sérieux...

### Dias 1

Dans cette 3<sup>e</sup> partie qui marque mon héritage scientifique, je compte présenter quelques facettes du premier modèle conceptuel en science infirmière de l'Europe francophone.

### Dias 2

Ce modèle, situé dans un paradigme de l'antériorité et de la continuité se trouve aujourd'hui sur le site d'une bibliothèque universitaire canadienne qui met en ligne les différents modèles et théories élaborées à partir de perspectives disciplinaires infirmières. À l'écran, le site de la bibliothèque de l'université Laval à Québec. Seul homme à figurer sur cette liste à côté des plus grandes, m'informe que mes objectifs sont atteints. Montrer qu'en Europe, on

est aussi capable de penser le soin et d'en construire son savoir est quand même réjouissant.

Rassurez-vous, je ne vais pas présenter la somme des connaissances accumulées depuis 30 ans comme annoncé dans l'invitation, car l'on risque d'être encore là demain...

### **Dias 3**

Je vais juste m'attacher à présenter quelques points forts de mes découvertes antérieures. Comme le dit Popper, tout développement de la connaissance consiste dans l'amélioration d'une connaissance existante. La conceptualisation de mon modèle se veut approcher davantage de la vérité en ce qui concerne nos traditions de langage. Pour ce faire, j'ai commencé à combattre quelques mythes qui habitaient nos énoncés.

### **Dias 4**

Voici ces mythes présentés lors du 4<sup>e</sup> congrès scientifique mondial du SIDIEF à Marrakech en juin de cette année. Vous retrouvez les forums de ce congrès sur le site internet du SIDIEF, notamment le texte que j'avais alors déposé.

« La mythologie est humaine nous dit Edgar Morin. La pensée symbolique/mythologique a toujours un caractère existentiel. Elle répond, « non seulement aux curiosités, mais aux attentes, appels, besoins, aspirations, craintes de l'être humain. Ainsi, le mythe relève en même temps du

pensé et du vécu, et il met tout l'être en question dans sa participation au monde ».

### **Dias 5**

Notre participation au monde ne date pas d'aujourd'hui, ni du 19<sup>e</sup> siècle. Dès que la vie apparaît, il faut en prendre soin pour qu'elle puisse demeurer. Et pour dépasser les mythes que nos stéréotypies de langage véhiculent, on a besoin de retrouver nos énoncés qui dessinent la pensée des hommes aussi loin que l'histoire peut nous fournir des traces. Marie-Françoise Collière et Nicole Rousseau avaient déjà attirées notre attention à ce sujet. Nous devons effectivement développer la recherche fondamentale pour prendre conscience des racines historiques de nos énoncés et définir le service rendu à notre société.

### **Dias 6**

C'est donc en prenant conscience des racines historiques de notre profession que j'écrirai sur les traces dont on dispose.

Ainsi vont apparaître les conditions positives d'un faisceau complexe de rapports permettant à notre espace-temps spécifique et aux énoncés du prendre soin de voir le jour. L'objet de notre discipline va alors progressivement se structurer. On verra alors que ce n'est pas le soin qui est au centre de nos pensées, mais l'espace-temps singulier qui accueille et abrite un humain objet de soins. Puisque le

terme infirmier n'est pas propre à qualifier aussi bien le soin que la science de ses pratiques, je proposerai une nouvelle *-logie* pour la structure de nos énoncés.

### **Dias 7**

Notre discipline se situe à la fine pointe des sciences humaines, derrière le trièdre épistémologique de ces dernières, c'est-à-dire autour de la vie, du travail et du langage, éléments brillamment exposés par Foucault. Depuis des siècles, prendre soin est dans l'ordre humain.

### **Dias 8**

Et dans cet ordre humain, l'histoire en est la mère. Je me suis alors demandé selon quelle archéologie du savoir se constituent nos connaissances propres ancrées dans le prendre soin institutionnel de l'homme en sa positivité, c'est-dire être vivant, travaillant, parlant ? L'histoire que je présente est alors recherche de traces et écriture sur les traces dont on dispose.

Il est curieux de constater que malgré l'étendue de nos énoncés en place depuis des siècles, notre discipline aujourd'hui n'a pas encore de *-logie*. Peut-on espérer lui en trouver une ? Mythos : oui..., nous avons quelques mythes. Logos et nomos : non, le nom de la discipline ne fait pas encore consensus comme le relèvent Dallaire et Aubin en 2008 dans leur chapitre sur les fondements de la discipline infirmière.

## **Dias 9**

Où sont donc nos espaces de parole ? Pour le savoir, je vais donc aller à la recherche des hôpitaux disparus afin de retrouver nos solidarités oubliées. 2 hôpitaux laïcs urbains, Fribourg et Genève et 2 hôpitaux laïcs ruraux, Bulle et Romont, vont me servir à rendre compte de nos espaces-temps spécifiques de travail et du langage qui les habite. Ni dans la médecine, les sciences du vivant ou les sciences sociales, nos énoncés, nos règles de la pratique discursive peuvent ainsi « former des groupes d'objets, des ensemble d'énonciations, des jeux de concepts, des séries de choix théoriques au sein des sciences humaines. En fait comme le relève Michel Foucault, il n'y a pas de savoirs sans une pratique discursive définie localement.

## **Dias 10**

Cette pratique discursive va prendre sa source dans les pratiques profanes ordinaires du prendre soin de la vie. Peu de temps après la naissance des cités, dans une société non encore industrialisée, prendre soin concerne l'humain, le groupe et l'espace qui leur permet de se rencontrer. Alors qu'à la maison on prend soin à la fois des siens, des proches, de ceux qui vivent sous le même toit et que l'on prend soin du domaine par des activités domestiques et logistiques, dans l'hôpital laïc public qui se nommera aussi la Maison dans les textes, on prend soin de l'humain à tous les âges de la vie, on prend soin du groupe

patients et collaborateurs et l'on prend soin du domaine, c'est-à-dire cet espace temps spécifique et normatif, car comme on le sait tous, l'institution formate également nos pratiques. De ce fait l'activité institutionnelle se distingue et n'est pas à confondre avec l'activité ordinaire et commune.

### **Dias 11**

Suivre l'évolution des pratiques de soins profanes ne peut se faire sans prendre en compte l'environnement spécifique construit dans lequel elles s'exercent, notamment les transformations architecturales, sociales, et technologiques. Vivre, assurer sa survie et sa sécurité est le lot quotidien de tous les peuples. Alors que les classes cultivées et les personnes de qualité avaient le pouvoir et les moyens de se prendre en charge, les classes populaires et les servantes elles, faisaient partie des pauvres, c'est-à-dire de celles et ceux qui n'avaient que leur travail pour vivre. (C'est la définition exacte d'un pauvre au 18<sup>e</sup> siècle). Travaillant à la campagne, dans des auberges ou des hôtels, ces personnes avaient déjà une expérience de l'hospitalité et du prendre soin collectif. C'est cette catégorie de personnes qui déterminera le profil du métier à exercer dans l'hôpital laïc du 18<sup>e</sup> siècle. L'hôpital civil ou bourgeois est effectivement construit selon les normes de l'exploitation agricole et de l'auberge. Riche par les terres qu'il possède, -regardez encore les

cartes géographiques de la région de Bulle-, vous y trouverez une montagne de « l'épétodaz » ou champ de l'hôpital qui prouve bien l'appartenance de ces terres anciennes à l'épétoz (patois gruérien). À cette époque, l'hôpital était un riche propriétaire et vivait de l'exploitation agricole de ses terres, de donations, ou de ses possessions foncières et patrimoniales.

### **Dias 12**

Mais en aucun cas l'hôpital appartenait au monde de la médecine. Aider à vivre était un métier relationnel plus répandu que celui de traiter. On sait aussi que la santé au 18<sup>e</sup> siècle relevait du luxe et que la vie d'un animal avait souvent plus de prix que la vie de l'humain.

### **Dias 13**

Progressivement, durant plus de 20 ans, je vais rassembler des traces sur l'activité hospitalière des soignants laïcs à partir de recherches ethnographiques et historiques. Dans les énoncés retrouvés, on voit que ces derniers seront en rupture avec le langage d'aujourd'hui, mais rendront compte aussi de nos pratiques profanes, des mœurs et langages locaux d'autrefois. Une publication au Canada de mes travaux en 2008 par exemple, permet à un lecteur qui serait à Montréal, de prendre connaissance des devoirs de la gardienne de l'hôpital laïc de Romont en

**1733. Belle promotion et visibilité du canton de Fribourg à l'étranger.**

Ces différentes nappes ininterrompues d'effets et de discours me permettront d'élaborer les premières descriptions et modélisations à partir des traces sur les conduites, comportements, attitudes et gestes du passé. Dans cette première modélisation je mets en évidence le triptyque médiéval de base de l'activité soignante. *Domus, familia, hominem*, tels seront avant l'ère médicale, les fondements de la fonction indépendante du rôle professionnel de soignant. Prendre soin du domaine, prendre soin du groupe et prendre soin de l'homme, seront les premières expériences contribuant à la standardisation des langages et des pratiques exercées. Les compétences déployées sont simultanément liées aux connaissances en économie domestique, à l'activité collective familiale et au bon ordre du ménage. Comme nous sommes à l'hôpital, ce dernier va formater les pratiques par une série de règlements qui vont prescrire l'organisation et la coordination de l'ensemble. À cette époque, la soignante est déjà confrontée à ce que Michel Foucault nommait en 1972, « l'économie complexe des secours hospitaliers ».

#### **Dias 14**

À la fin du 18<sup>e</sup> siècle, le langage du physicien de ville ou du médecin commence d'être perçu à l'hôpital. Le corps médical, progressivement, durant plus d'un siècle, va

devoir déléguer à la soignante un nouveau langage permettant à la fonction « médico-déleguée » du rôle professionnel d'aujourd'hui, d'assurer son existence. En plus des activités liées à l'organisation du travail en collectivité et au « prendre soin » qui aide à vivre, la soignante va alors se trouver dans une posture supplémentaire « d'agent double » au service du médecin : agent collecteur de données en vue d'une analyse médicale (observation, évaluation de l'état du malade et transmission à faire dans la langue légitime), agent applicateur des prescriptions médicales au travers de connaissances techniques, thérapeutiques ou de médecine domestique. Ce langage, ... délégué et imposé ultérieurement à l'occasion d'un cours ou par des manuels de soins « à l'usage des infirmières » selon la formule consacrée, montre bien ici, le pouvoir qu'a le médecin de déléguer à celles qu'il considérera inexorablement comme son auxiliaire<sup>1</sup>, une partie fragmentaire ou résiduelle de son art.

### **Dias 15**

En fait, dès la fin du 18<sup>e</sup> siècle, les pratiques nécessaires à l'exercice du rôle professionnel<sup>2</sup>, fondements du prendre soin d'aujourd'hui, sont en place. Ces pratiques se transmettront sans discontinuité aux générations

---

<sup>1</sup> « Collaboratrice intelligente mais disciplinée » du corps médical entendrons-nous de 1786 à 1986.

<sup>2</sup> On appellera rôle, l'aspect dynamique du statut (le statut étant représenté par les textes de légitimation de l'institution et de ses acteurs). Le rôle est toujours influencé par la culture (connaissances, valeurs, idéologies) et la personnalité de l'acteur.

**suivantes en épousant l'évolution du contexte de travail et de la société.**

**Ma première modélisation cède la place à une deuxième. Je peux dès lors commencer à construire un modèle, c'est-à-dire une représentation structurale et conceptuelle de la réalité. Comme tout modèle, le modèle d'intermédiaire culturel peut alors servir à guider et contrôler l'action aussi bien que la réflexion et de plus, il n'est utile qu'à la discipline pour laquelle il a été conçu. Il contribue ainsi au développement des connaissances pour notre jeune discipline qui en a bien besoin.**

**Le spectacle des misères amplifié par la société industrielle qui se met en place, frappe de plein fouet le quotidien hospitalier. Le travail du prendre soin devient alors une prestation de service, dont l'utilisateur de la prestation, quel qu'il soit, et quelque soit l'époque considérée, est toujours celui qui fournit l'information verbale ou non verbale, mémorisée, directe ou différée, nécessaire à la conception et à la production du service (Nadot, 2005, 39). Vous avez ici, un concept qui se trouve à la base de mon modèle. Avec de nouvelles architectures et de nouveaux équipements, les énoncés institutionnels, les énoncés médicaux et ceux des usagers et de leur famille vont proliférer. Avec l'institution, le corps médical, les personnes soignées et leur entourage, ce sont trois ensembles bénéficiaires des prestations soignantes qui vont façonner les exigences de la fonction. Dans cette**

logique, la soignante est au cœur du système de santé et intermédiaire culturelle entre toutes ses parties.

### **Dias 16**

Le service rendu par les infirmières ne concerne pas que le service rendu aux malades. Ce réductionnisme un peu trop simpliste à mon goût, mutile la reconnaissance des compétences exercées et laisse dans l'ombre le service rendu au système de santé pour en assurer son fonctionnement institutionnel optimal ainsi que le service rendu au corps médical (fonction médico-déléguée du rôle professionnel). J'en viens alors à cette troisième modélisation. 9 groupes de variables déploient leur discursivité. Au triptyque médiéval initial s'ajoute le langage de la modernité et des sciences humaines. Ces 9 groupes de variables qui vont donner le jour à 14 groupes de pratiques validées dans une recherche internationale helvético-canadienne en partenariat avec nos institutions de soins fribourgeoises, vaudoises, et jurassiennes, mérite une petite explication.

### **Dias 17**

93 types de pratiques peuvent être distinguées depuis le 18<sup>e</sup> siècle. Ces pratiques seront retravaillées, précisées, contrôlées et actualisées au plan de leurs énoncés et de leurs caractéristiques par 40 infirmières suisses encadrées par 10 chercheurs dont 4 scientifiques canadiens. Il fallait

réviser les énoncés pour les faire correspondre au langage d'aujourd'hui. Il est donc faux de penser que ces 14 groupes de pratiques sont issues directement des pratiques médiévales. Un lexique construit par les chercheurs en regard des pratiques et de l'activité soignante d'aujourd'hui, sera publié et servira de support au formatage de la grille d'observation, qui déterminera à son tour, le standard retenu pour donner à voir le type de prestations de service en usage aujourd'hui.

### **Dias 18**

Remarquons au passage que la majorité des pratiques observées est atemporelle. En effet une pratique de déplacement, une pratique hôtelière ou une pratique relationnelle s'exerce aussi bien au 18<sup>e</sup> siècle que maintenant. Ce qui change, sont les contextes de l'action et la structure discursive liées à l'évolution de la société. Par le passé comme dans le futur, on reste ainsi confronté aux aléas de l'existence humaine et aux contraintes des organisations de santé, puisque les compétences réclamées par l'activité, dépendent de l'information distribuée, perçue, traitée, décodée et transformées en actes et en paroles dans un environnement particulier. Cette information a de la peine à se plier à des protocoles et des routines présentées comme sécurisantes, dans la mesure où on ne sait jamais, ni la nature du message, ni

son intensité, ni le moment auquel il sera délivré (Nadot, 2003b, 104).

### **Dias 19**

C'est alors qu'apparaît la posture d'intermédiaire culturelle occupée depuis toujours dans l'aide à la vie institutionnelle. Dans le volume institutionnel de l'activité nous sommes toujours dans « l'entre »/..., entre l'homme, ses misères et son contexte de vie,/ entre l'organisation, le corps médical et l'humain objet aussi bien de soins que de notre attention,/ entre la vie, le travail et le langage. La posture d'intermédiaire culturelle permet une analyse permanente des langages «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 (ou de chercher à savoir) ce que c'est que la vie, en quoi consistent l'essence du travail et ses lois, et de quelle manière il peut en parler » (Foucault, 1966, 364). La science infirmière se trouve donc derrière ce trièdre épistémologique des sciences humaines remarquablement décrit par Foucault (1966). Bornées d'un côté par les sciences sociales et, de l'autre, par les sciences médicales, nos connaissances propres permettent de prendre soin de l'humain tous les jours dans un espace institutionnel spécifique. Cet espace-temps de travail est institutionnalisé depuis le Moyen-âge. Il a subit successivement d'importantes transformations.

En effet, les institutions de soins sont parmi les plus vieilles au monde...

### **Dias 20**

Sur l'axe du temps, notre champ de savoir existe depuis fort longtemps. D'abord profanes, nos connaissances essentiellement orales étaient implicites. Mais on a la preuve qu'elles existaient. Après l'accès à l'écriture, (premier acte en direction d'une production et d'une standardisation de savoirs), nous accédons aujourd'hui par la recherche et la production de connaissances fondamentales à l'ordre de l'humain au plan de la science. Dans cet espace réservé qu'est la Cité scientifique, ce n'est que depuis quelques années que nous pouvons produire de la connaissance reconnue, préservée, enseignée, développée dans nos universités et hautes écoles, c'est-à-dire dans des institutions financées par l'argent public. Mais l'on sait aussi, que les docteurs en sciences infirmières chargés d'élaborer de nouvelles connaissances attendent encore quelques disciples pour assurer judicieusement le développement de leur propre discipline.

### **Dias 21**

Dans les années 1982 environ, la culture d'une infirmière fribourgeoise était souvent et d'abord une culture québécoise, de par la supériorité des ouvrages produits en Amérique française.

Pour quelle raison nous autres en Europe, étions dans l'impossibilité de produire quelques théories descriptives ou explicatives sur les fondements de notre discipline ? C'est pour tenter de répondre à cette question que je m'attacherai à penser le soin selon nos traditions de langage. Laissant de côté la perspective philosophique utilitariste de tendance déterministe qui domine aux USA, c'est dans une perspective de philosophie de vie déontologique de tendance à l'autonomie issue du romantisme allemand, que je conduirai mes réflexions. Avec l'intitulé médiologie de la santé je donne une *-logie* à notre discipline dite infirmière. Je laisse alors de côté le vieux terme ecclésiastique « infirmier » au profit d'une nouvelle identité métathéorique disciplinaire. Il est impossible de répondre à la question : en quoi la science infirmière est-elle infirmière ( ?), puisque cette question provoque, ce que les philosophes appellent une aporie. Avec ce modèle, je viens bien sûr après les théories de soins en provenance des pays anglophones qui ignorent en partie ce modèle puisqu'il commence seulement maintenant à être traduit. On sait effectivement, qu'un délai d'environ 17 ans est nécessaire avant qu'un savoir ou une théorie scientifique soit incorporé dans un discours de vulgarisation ou ses pratiques.

Le modèle que je présente ne s'ajoute pas simplement aux théories de soins existantes, mais il a le mérite de toutes les incorporer dans la partie SC3, c'est-à-dire cette partie

ou notre langage propre institutionnalisé se développe selon nos perspectives disciplinaires. D'où son appellation de « métathéorique », terme qui veut dire supérieure au cumul des théories existantes. Il permet aussi de concilier des points de vue différents et d'ouvrir de nouvelles perspectives de recherche.

## **Dias 22**

La médiologie de la santé s'intéressera donc à ce système de signes qui veut dire quelque chose au sein d'un espace-temps singulier. Mais elle ne s'arrête pas ainsi. Elle incorpore également le système de signes (rites, habitudes, usages, discours) qui aide l'homme à satisfaire ses besoins et suscite chez lui un intérêt pour surmonter les conflits présents dans son activité. Enfin, elle porte aussi la compréhension sur ce système de signes qui aide l'homme à assurer ses fonctions au sein d'un univers de normes et de règles institutionnelles. Apparaît alors un logos 1, espace-temps initial du prendre soin, *domus, familia, hominem*, qui va cumuler des énoncés à travers les siècles suivi du triptyque des sciences humaines vie-travail-langage. Puis, avec le développement des systèmes culturels au 20<sup>e</sup> siècle qui place la médiologie de santé comme intermédiaire culturelle entre des systèmes qui ne sont pas en synergie, c'est le monde technique, le monde social et le monde subjectif qui va maintenir la soignante dans cet « entre trois » repéré par Dubet en 2002.

### **Diapos 23**

Avec le logos 2, nous retrouvons ce premier acte de soin qui est une entrée en relation verbale ou non verbale avec un humain et son environnement de vie. On peut alors parler des médiations de santé et de leur agencement selon 12 critères. Cette médiation de vie est ce que traditionnellement, nous nommions «relation soignant-soigné ». C'est un premier degré de difficulté dans la fonction soignante, mais ce n'est pas le seul. Ces critères de médiation de vie sont attachés à la pratique professionnelle de relation, la pratique K dans mon modèle. Mais ils ne font pas pour autant d'une infirmière, une médiatrice de vie. La pratique est plus compliquée.

### **Dias 24**

Avec la schématisation du logos 3, nous avons une vue de la complexité professionnelle et scientifiques de nos prestations de service.

Le SC1 indique le premier système culturel qui va écrire pour prescrire des actions qu'il délèguera aux soignantes. Mais ces dernières ne sont pas pour autant au service exclusif de l'institution. Le SC2 sera le deuxième système culturel (le corps médical) qui va prescrire et déléguer par écrit des actions aux soignantes. Mais ces dernières ne sont pas mandatées pour décharger le médecin de ses responsabilités. Le SC3 est indicatif des écritures développées par les infirmières « médiologues de santé »

**lorsqu'elles accéderont à la recherche et aux publications. Cette culture focalisée sur la personne soignée et son entourage détermine des pratiques réflexives (non prescriptives), pratiques habitées par le doute, l'imprévu et la réflexion éthique. Dernière pratique discursive et réflexive à voir le jour, la pratique de type SC3 a pour cible prioritaire les prestations de service attendues par la société. Dans la partie intitulée « interaction maxi », on trouve une zone où l'attention, l'observation, l'écoute, l'anticipation, la perception globale et l'investissement personnel sont prioritaires afin d'aider à vivre et de prendre soin. C'est à partir de la zone turquoise que se construisent en école doctorale, la majorité des savoirs alimentant notre discipline au niveau mondial.**

### **Dias 25**

**En reliant entre eux les principaux ingrédients du discours soignant dans le long processus d'évolution ethnographique de nos pratiques, on assiste à la constitution d'un langage propre autour de ce qui va devenir progressivement le radical « MED » présent dans médiologie de la santé. Derrière cette réfection linguistique, un langage **SUR** l'environnement, déterminera le médium ou milieu d'origine du prendre soin. Le bénéfice que la société peut tirer de cette prise de conscience est de mettre en évidence que le fonctionnement institutionnel repose en grande partie sur la maîtrise de pratiques**

informationnelles centrales mobilisées par les infirmières médiologues de santé. Les médiologues de la santé de mon modèle sont effectivement les seuls professionnels à avoir depuis longtemps un savoir et une vue d'ensemble sur ce système complexe (Nadot, 2009, 128). Vient ensuite le langage profane **pour** aider à vivre à partir de médiations exercées depuis bien longtemps dans ce médium. Ce langage profane est depuis l'objet de recherches et d'un développement scientifique important. Ici le bénéfice est prioritairement partagé avec les personnes soignées et leur entourage car, davantage centré sur la condition liée à la maladie que sur la maladie proprement dite, il s'oriente sur l'assistance qui permettra la maîtrise au quotidien des déficiences, résultant des perturbations de la santé. Pour terminer, on trouve encore un langage d'intermédiaire culturel **comme** tradition et posture singulières dans l'espace-temps. Indicatif du développement complexe de nos sociétés, cette posture inscrite dans le trièdre épistémologique des sciences humaines apporte un bénéfice inestimable au bon fonctionnement de nos institutions de santé et réclame, comme le signalait l'Académie suisse des sciences médicales en 2007, de promouvoir des possibilités de formation pouvant mener à la maîtrise universitaire ou au doctorat en science infirmière.

## **Dias 26**

**Pour arriver à produire une pensée et un discours crédibles, il nous faut probablement quitter une mythologie ontologique (ce qui est), épistémologique (nature du savoir) et axiologique (les valeurs ou grandeurs)? Ainsi, le degré d'unité et de généralité qui découle de relations objectives en science est découvert graduellement. Cela n'empêche aucunement notre savoir de se développer en tenant compte des valeurs centrales de notre discipline, qui sont au plan international, la personne, l'environnement, la santé et les soins. Mais on peut affiner le sens de ces dernières notamment par des recherches fondamentales, philosophiques, historiques et ethnographiques.**

**C'est ce à quoi je me serai employé.**

**Le premier élément du métaparadigme disciplinaire concerne la personne. Cette dernière dans mon modèle, n'est pas n'importe quel humain, ou l'homme au sens philosophique. Il s'agit d'un acteur individuel ou collectif qui bénéficie ou participe aux prestations de service dans un environnement singulier. Cela veut dire que les malades et ceux qui s'en occupent sont principalement concernés par ce modèle. Cela ne sert à rien d'avoir de belles théories de soins si celles et ceux chargés de les appliquer, n'ont pas les moyens institutionnels, politiques, économiques et scientifiques de le faire.**

Le 2<sup>e</sup> élément est l'environnement. Une institution de santé, n'est pas n'importe quel environnement.

L'environnement institutionnel des soins formate les pratiques. Il est un espace-temps de travail avec ses règles, ses normes, conférant aux acteurs, malades ou personnels, des droits et des devoirs. Le troisième élément du métaparadigme disciplinaire est la santé. Rappelons qu'elle était un luxe au 18<sup>e</sup> siècle. Elle est prise dans mon modèle dans le sens que lui donnait en 1974 le gouvernement du Québec à savoir, une « aptitude à mener sa vie en dépit des conditions adverses qui l'affectent ». Les soignants procurent cette aide à la vie en tenant compte des ressources, contraintes et aptitudes à disposition.

Quant au dernier et 4<sup>e</sup> élément de notre matrice disciplinaire métaparadigmatique , il comprend l'activité première, c'est-à-dire cette relation institutionnalisée qui attire l'attention. À partir d'une entrée en relation verbale ou non verbale, le prendre soin et l'aide à la vie institutionnelle assurent leur existence sur le socle de ce triptyque initial médiéval *domus, familia, hominem* formaté depuis longtemps, mais suivant inexorablement dans son développement, l'évolution de notre société.

## **Dias 27**

Maintenant que les éléments paradigmatiques fondamentaux de la discipline sont en place, essayons de

percevoir la surface de langage pouvant être tenu par les acteurs du soin au cœur de ces 4 éléments que sont, la vie, la personne, l'environnement et le prendre soin. Une aire commune au langage disciplinaire en tant que surface, peut alors se dessiner dans le monde entier en fonction de l'activité déployée par le médiologue de santé.

Cette surface propre au discours de l'activité soignante est au cœur des métaparadigmes de la discipline (Fawcett) et peut prendre des formes variées en fonction de l'intensité des 14 groupes de pratique composant l'activité.

Chaque groupe de pratique peut occuper ou non l'espace (+/-).

On peut faire des recherches sur un ou plusieurs éléments du diagramme, ce qui peut donner au diagramme en radar une forme différente. Ce nouveau modèle théorique démontre que depuis qu'elle existe, l'activité professionnelle (collective ou individuelle) d'une infirmière médiologue de santé, dépasse largement le cadre exclusif d'un service offert aux malades. Les pratiques et compétences mobilisées dans l'exercice du rôle professionnel servent aussi constamment à gérer l'espace, le temps, les mouvements, la logistique, l'énergie, l'économie, les relations, la relève professionnelle, l'évolution technologique et institutionnelle, l'information et la coordination du travail avec l'ensemble des acteurs concernés au sein du système de santé (Nadot, 2009, 115).

Faute de rechercher nos traditions de langage et de combattre les mythes qui les accompagnaient, nous avons tout d'abord été dominé par des cultures qui avaient le pouvoir et un désir de nous instruire par leur discours propre. Puis, accédant à l'écriture, nous avons commencé à emprunter ou imiter des discours ou des méthodes de grandeurs supérieures et plaqué une somme de savoirs impressionnants sur nos activités en ne trouvant rien de mieux que de qualifier ce savoir « d'infirmier ».

Or, une nouvelle connaissance s'appuie toujours sur un savoir antérieur remis en question.

Il nous faut alors retourner à nos premiers ébats.

## **Conclusion**

### **Dias 28**

En recherchant nos traditions de langages et nos savoirs antérieurs, j'ai provoqué un changement paradigmatique en démontrant que les soins ne peuvent pas être infirmiers. Une infirmière médiologue de santé n'est pas non plus, comme le précise malheureusement la LAMAL, qu'une personne prodiguant des soins exclusivement sur prescription ou sur mandat médical (art. 35<sup>e</sup>). Soigner ne consiste pas plus en un service ultime et exclusif rendu aux personnes soignées communément nommées « malades ».

Ce nouveau modèle théorique, utilisé aussi bien en recherche que dans l'enseignement universitaire et dont je viens brièvement de vous entretenir, remplace avantageusement mythos, au profit d'un logos encore jeune, voir un nomos de plus en plus précis.

Pour apporter quelques contributions au savoir scientifique guidant la fonction indépendante du rôle professionnel, il est nécessaire de conserver les quelques acquis antérieurs et nos anciennes théories, qui, si elles ne se montrent parfois pas toujours adaptées à l'exercice professionnel, n'en constituent pas moins notre patrimoine culturel et cognitif composant notre corpus disciplinaire (Nadot, 2008, 47). Ce patrimoine ne demande qu'à être amélioré. La médiologie de la santé appartient aux sciences humaines et n'est pas à confondre avec l'ensemble des savoirs utilisés par les infirmières. On peut certes toujours utiliser des savoirs délégués, ou emprunter à d'autres disciplines, des savoirs utiles à l'exercice professionnel.

Quelles recherches fondamentales dans le futur viendront critiquer ou contredire nos théories et énoncés d'aujourd'hui, en vue de les enrichir ? Comment la profession infirmière va prendre (seule et non asservie) la place qui lui revient dans cette société de la connaissance et du discours qui se mettent en place à l'échelle mondiale ? Doit-elle poursuivre le développement de son propre savoir ou alimenter exclusivement le savoir d'autrui

selon des logiques utilitaristes ? Ces questions me semblent ouvrir quelques perspectives à la poursuite de la réflexion dans le monde de la science.

Ni savoirs intégrés, ni connaissances juxtaposées, le territoire théorique examiné par nos recherches fondamentales est celui dans lequel on trouve seulement le savoir propre construit, diffusé, reconnu et utilisé par étapes successives ou différé dans le temps, soit celui élaboré de l'intérieur de la discipline (Dallaire & Aubin, 2008, 13).

**Dias 29**

Je vous remercie de votre attention...

Pour vous permettre de digérer un peu cet exposé et vous remercier de votre patience, ...je vous convie à partager un petit apéritif qui sera servi à la sortie de cet auditoire...