

**Discipline infirmière et sciences humaines : savoirs intégrés ou connaissances juxtaposées.
Journées d'étude de l'Association de recherche en soins infirmiers (ARSI).
Paris : 22 et 23 janvier 2009.**

Michel Nadot, Infirmier PhD.

Professeur d'histoire et d'épistémologie en science infirmière, responsable recherche et développement, filière bachelor of Science en soins infirmiers à la Haute école de santé de Fribourg (Suisse), Professeur d'université associé à la Faculté des sciences infirmières de l'université Laval à Québec (Canada), Chargé de cours en épistémologie des sciences à l'école doctorale de l'institut universitaire de formation et de recherche en soins (IUFRS), Faculté de biologie et de médecine de l'Université de Lausanne (Suisse).

Titre de l'intervention :

L'articulation historiquement ancrée d'éléments sur lesquels repose notre discipline.

Introduction

Cet article est issu de la présentation de Dr Michel Nadot lors de la journée d'étude de l'ARSI du 22 janvier 2009 à Paris. Les illustrations (diaporama) qui accompagnent ce texte ne figurent pas dans l'exposé ci-dessous.

Comment exposer le processus de développement d'un modèle conceptuel en science infirmière (théorie à large spectre) lorsque ce dernier s'articule sur la lente standardisation de nos pratiques et participe ainsi au développement de notre discipline à partir de recherches fondamentales ?

Ce modèle conceptuel s'appuie sur la tradition de langage de nos pratiques¹ progressivement standardisées sur le long terme. Ces savoirs antérieurs ne sont pas toujours explicites pour notre profession dans la mesure où la recherche fondamentale en science infirmière est encore jeune, peu valorisée, et que, par ailleurs, le soin des autres (*Care*) reste tenu dans l'ombre de l'intimité, presque invisible, souvent mal rémunéré et souffre d'un cruel manque de reconnaissance dans nos sociétés (Halpern, 2009, 73). De plus, nous préférons souvent plutôt emprunter des savoirs aux autres disciplines, que d'avoir à produire et à développer nous-mêmes un contenu disciplinaire selon sa perspective spécifique (Debout, 2008).

Dans un premier temps, nous présenterons la situation de la science infirmière dans le monde de la connaissance. Puis, nous exposerons les différentes étapes du processus qui rend compte de nos traditions de langage dans ce trièdre épistémologique des savoirs (vie-travail-langage) caractérisant les sciences humaines (Foucault, 1966, 364). Notre propos se base sur trois recherches fondamentales nous aidant à nous extraire des mythes sur lesquels nous dormons, enfin, nous exposerons les 14 groupes de pratiques standardisées permettant d'ancrer notre activité professionnelle au sein des quatre concepts centraux méta-paradigmatiques de notre discipline (santé, personne, environnement et soin).

La science infirmière et ses mythes

La recherche fondamentale dont il est question plus haut, fait avancer la science et s'élabore en fonction de la perspective distincte de l'objet propre de la discipline sur laquelle elle porte. La science ne vise pas directement l'action, elle vise des objets en vue de décrire, de comprendre et d'expliquer (Soler, 2000 ; Dallaire et Aubin, 2008). Lorsque nous parlons de la discipline infirmière, nous nous adressons à ce corps de savoirs appartenant à l'ordre humain dans la construction des sciences et qui, depuis des années, contribue au développement de savoirs

¹ Toute pratique est culturelle et renvoie à des connaissances, des valeurs, des idéologies (Nadot, 2008, 360).

propres au travail du prendre soin. Cette discipline est cette articulation historiquement ancrée² d'éléments composites, pouvant faire sens de manière durable et se constituer en instance rationnelle de connaissance (Berthelot cité par Vinck, 2000, 74). Ses traces historiques permettent ainsi à la discipline infirmière de se développer. Cette dernière est enseignée aujourd'hui au plus haut niveau du système éducatif (Facultés de science infirmière), élément indispensable de notre rationalité et de sa reconnaissance comme le faisait remarquer Jobert, il y a déjà plus de 20 ans (1985, 133).

La science infirmière se trouve donc derrière ce trièdre épistémologique des sciences humaines remarquablement décrit par Foucault (1966). Prendre soin (*Care*) est devenu un concept à part entière dans les sciences humaines (Halpern, 2009). On peut même se demander pourquoi il faut attendre 2009 pour en parler. Les sciences humaines ne sont pas analyse de ce que l'homme est par nature; mais plutôt analyse qui s'étend entre ce qu'est l'homme en sa positivité (être vivant, travaillant, parlant) et ce qui permet à ce même être de savoir ce que c'est que la vie, en quoi consistent l'essence du travail et ses lois, et de quelle manière il peut parler (Foucault, 1966, 364). Donc contrairement à ce que l'on pense habituellement, l'objet de la discipline infirmière n'est pas le soin, mais l'homme vivant objet de soins dans un espace-temps singulier. Cet espace-temps singulier est institutionnalisé depuis le Moyen-âge et a subi successivement d'importantes transformations. Une référence exclusive au soin comme cela est souvent le cas dans nos écrits professionnels, a souvent un effet réducteur sur l'ensemble des compétences mobilisées par les infirmières quotidiennement. Par exemple, la référence à cette culture prescriptive (mandat implicite) concernant la fonction d'institutionnalisation déléguée par l'institution aux infirmières est souvent inexistante lorsque l'on parle de l'activité soignante. Et pourtant elle demande de grandes compétences dans l'organisation du travail et le traitement des informations quotidiennes. Ce qui pourrait expliquer, au moins partiellement, la difficulté que rencontre notre profession à nommer ce qu'elle fait, notamment pour définir les exigences de la fonction. Nous savons que le *Care* est devenu un concept à part entière dans les sciences humaines (Halpern, 2009, 73) et que la vie, le travail et le langage constituent le quotidien du soignant. Ce dernier peut aussi selon Viviana Zelizer (2009, 77) trouver sa place dans « l'économie de l'intimité ». À la suite de Fawcett et Kim, on voit la science infirmière bornée par quatre concepts paradigmatiques (santé, personne, environnement et soin) liés à la tradition américaine de la science infirmière (Dallaire & Aubin, 2008, 14-15). Des modèles conceptuels et théories à large spectre aux théories intermédiaires, des théories de pratiques ou microthéories aux théories prescriptives de type clinique, en passant par les concepts applicables aux soins, nos connaissances évoluent et se développent depuis plusieurs années dans l'ordre de l'humain. Depuis le 18^e siècle, nous sommes un important fournisseur de prestations de service du domaine de la santé (prendre soin de l'humain) et comptons bien le rester (Nadot, 2007, 40).

Comme le mettent en évidence les historiens de la discipline, la profession infirmière est en crise à la fin du 20^e siècle car les soignantes perdent progressivement leurs repères et l'indépendance qui était la leur au sein des institutions de santé. « Les premières tentatives de conception du nursing auraient dû s'inspirer de la tradition ou du moins être développées à partir du quotidien de l'exercice infirmier autonome, c'est-à-dire à partir des interventions que posent les infirmières quand elles font autre chose qu'exécuter des prescriptions médicales. Ce n'est cependant pas ce que les infirmières théoriciennes ont fait » (Rousseau, 1997, 43). Cette impossibilité de conférer un sens à son passé a poussé la profession infirmière, en quelque sorte orpheline, à rechercher

² La critique en science doit prendre pour objet les croyances existantes et requiert, à titre de matière première pour ainsi dire, la présence de croyances ou de théories auxquelles on adhère de manière plus ou moins dogmatique. La science doit donc partir des mythes et de leur critique (Popper, 1985, 85).

dans l'inquiétude et de manière redondante, une hypothétique identité professionnelle en dehors de ses traditions, de ses croyances, voire dans l'ignorance de ses propres mythes fondateurs.

En fait, la critique en science prend souvent pour objet les croyances existantes ou les mythes, et requiert, à titre de matière première pour ainsi dire, la présence de croyances ou de théories auxquelles on adhère de manière plus ou moins dogmatique. La science doit donc partir des mythes et de leur critique. Nos traditions de langage insérés dans le cours de la vie et du travail en milieu de soins « représentent la source à l'évidence la plus importante, en qualité comme en quantité, pour notre savoir » (Popper, 1985, 53, 85). On parle ici d'une tradition de pensée dynamique et non de « ce que l'on a toujours fait » dans le sens routinier du « faire ». Notre profession ne peut en effet être véritablement fière de ses racines, qu'à l'observation de ce qu'elles lui ont permis de produire et non à la contemplation de leur état de conservation (Meirieu, 1989, 67). La science infirmière se constitue au fur et à mesure qu'elle s'extrait d'autres sciences, notamment de ce que l'on nomme la science réflexive comme la philosophie par exemple, et qu'elle construit sa différence. « Le fait scientifique n'existe que par son réseau de personnes, de choses, de connaissances et de faits antérieurs » (Vinck, 1995, 174).

Approcher les mythes sur lesquels reposent plusieurs de nos croyances n'est pas affaire facile car ces croyances et les représentations symboliques sur notre profession se sont confondues dans l'ombre les unes les autres au plan des valeurs, et ont au moins 200 ans d'existence. Trois recherches fondamentales entre 1986 et 2007 ont été nécessaires pour découvrir les mythes sur lesquels repose notre profession. Une première recherche sur le monde laïc des soins avant l'emprise de l'Eglise et de la médecine sur la profession se terminera en 1993, une seconde sur les valeurs dominantes imposées à notre profession se terminera en 2000, puis en vue de contrôler plusieurs variables révélées par les recherches antérieures, une dernière recherche historique aura encore lieu dans la période 2004-2007. L'ensemble de ces recherches et leur développement non seulement mettront plusieurs croyances en évidence, mais l'ensemble de nos recherches aboutiront à la conceptualisation d'un modèle en sciences infirmière ancré dans nos traditions pratiques, culturelles, historiques, évitant ainsi d'avoir à emprunter à des disciplines connexes des orientations qui ne nous concernent pas directement.

Parmi les objets qui vont nous étonner, nous trouvons une série de cinq mythes et de croyances qui relèvent du sens commun et qui nous serviront de matière première pour la critique scientifique.

Par un rapide survol³, nous rappelons que :

Les soins ne sont pas infirmiers. Le terme infirmier est un terme appartenant aux congrégations religieuses hospitalières conceptualisées derrière trois principes théologiques. À l'origine le terme « enfermier » dans l'ancien français :

- a) qualifie le mauvais et le malsain (ENFER-mier) et indique une référence à une étiologie démoniaque de la maladie
- b) voit le corps comme réceptacle du mauvais derrière « des plaies qui fourmillent de vers ou la puanteur qui sort du corps humain » et place l'âme comme dotée d'une vertu supérieure à celle du corps qui, de ce fait « est plus chère à Dieu ».
- c) enfin, la recherche du difficile comme bien confère à la promesse eschatologique une propriété exclusive de la sœur hospitalière ou « sœur grise » (Nadot, 2003a et 2008).

Les soins ne sont pas domestiques. Bien qu'à l'origine prendre soin peut être associé à une activité domestique, ménagère ou familiale (la mère de famille), cette activité se différencie grandement de l'activité ordinaire attribuée à la femme en tant que mère ou épouse de par le fait que le métier du prendre soin s'exerce dans une institution qui va formater les pratiques. Avec des devoirs et des droits, une prestation de serment, une institutionnalisation de son rôle et un

³ Nous avons déjà eu plusieurs fois l'occasion de nous exprimer et de publier sur ces points.

salaire en échange du travail réalisé, la soignante depuis le moyen-âge fonctionne dans un cadre prescriptif. Les normes institutionnelles déterminent un espace-temps de travail singulier et introduisent un espace de jeux de pouvoirs avec lesquels on doit apprendre à jouer (Nadot, 2008, 362).

La profession n'est pas paramédicale. Encore des idées reçues transmises par les cultures dominantes: L'infirmière d'aujourd'hui n'a pas plus une tradition parareligieuse, paramédicale ou paramilitaire que le petit Africain n'avait des ancêtres gaulois aux yeux bleus et aux cheveux blonds, à en croire les manuels scolaires distribués par les puissances coloniales (Nadot, 2003b 96 et 2008, 363). C'est la prédominance du savoir médical délégué aux soignantes au début du 20^e siècle au travers de manuels (« à l'usage des » gardes-malades ou infirmières) qui a pu laisser croire que l'infirmière donnant des soins directs aux malades était « la collaboratrice disciplinée, mais intelligente, du médecin et du chirurgien »⁴. Cette affirmation contenue dans la Circulaire du 28 octobre 1902 du Ministre de l'Intérieur et des Cultes (E. Combes) adressée aux préfets était encore défendue lors des journées romandes de soins infirmiers qui se tenaient à Genève en septembre 1982, soit presque jour pour jour, quatre-vingts années auparavant. Les clichés ont la vie longue et les croyances populaires sont tenaces.

La discipline n'a pas d'identité. On ne peut pas parler comme nous l'avons-vu, d'une pensée « infirmière », et nous ne voyons pas sur quel radical univoque peut s'insérer un suffixe de -logie qui représente souvent le *nomos* du discours savant que tient toute discipline. 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 » (Debray cité par Nadot, 2008, 364).

Le soin n'est pas l'objet de la discipline. D'abord parce que les fondements de la fonction indépendante du rôle professionnel reposent sur le triptyque médiéval *domus-familia-hominem*, c'est-à-dire prendre soin de la vie du domaine, de la vie du groupe et prendre soin de la vie de l'humain, ensuite comme nous l'avons déjà mentionné, parce que l'objet de la discipline est l'homme vivant, objet de soins dans un espace-temps singulier. La posture d'intermédiaire culturelle que nous occupons depuis des siècles est une analyse permanente qui s'étend entre ce qu'est l'homme en sa positivité (être vivant, travaillant, parlant) et ce qui permet à ce même être de savoir ce que c'est que la vie, en quoi consistent l'essence du travail et ses lois, et de quelle manière il peut parler (Foucault, 1966, 364). Ce n'est pas sur la maladie et les traitements que commence la standardisation de nos savoirs, mais sur l'accueil et le prendre soin de l'humain en difficulté (Care). L'aide à la vie ou la préservation de cette dernière est toujours présente. Manger, avoir un toit, dormir, se chauffer, travailler, s'habiller, aspirer à la sécurité, étaient les préoccupations premières lorsque l'on « manquait de forces de santé et de biens » comme le précise un texte de 1759 à l'hôpital laïc de la ville de Fribourg (Suisse). Dans les temps anciens, la santé relevait du luxe, il fallait surtout promouvoir la survie (Nadot, 2008, 38-39).

L'histoire de la discipline ou comment sortir des amalgames

L'activité soignante ressemble à l'activité ordinaire d'une mère de famille. Mais attention, elle n'en possède pas pour autant les mêmes caractéristiques. L'organisation de soins a des finalités explicites supérieures à l'activité maternelle ou féminine ordinaire. Celles qui travaillent pour une organisation se doivent d'essayer d'atteindre ses finalités. De grandes confusions par amalgame entre activité ménagère, bénévolat, dévouement, abnégation, ou travail de l'ombre de la ménagère se sont opérées autour des représentations hâtives, réductrices ou péjoratives de l'activité soignante. Lorsque dans un article de vulgarisation scientifique on associe dans le même paragraphe et sans précautions ou distinctions les « tâches ménagères » et les « femmes qui exercent dans les services de soins à la personne » (Halpern, 2009), on participe à l'idée que

⁴ Journal officiel français du 30 octobre 1902, p. 7043.

« ménage et métier de soin » c'est pareil. Préjugé qui dure depuis le 19^e siècle et qui est inexact! D'une manière générale, dans nos institutions de soins, nous prenons certes, soin de l'humain à tous les âges de la vie, mais nous prenons aussi soin du groupe et de la collectivité (clients et personnel⁵), et nous prenons soin de la vie du domaine (de l'espace, du temps et des mouvements : plans de congé, entrées, sorties, transferts, démissions, engagement, logistique, économie familiale, organisation du travail, coordination des informations, etc.). Cela n'est pas nouveau. Prendre soin dans une organisation spécifique c'est aussi être tenu au respect de règles d'action différentes (institutionnelles) et de cahier des charges ou descriptions de fonctions en échange d'un salaire. Ne l'oublions jamais, l'institution formate les pratiques ainsi que les savoirs et les valeurs qui les guident. Les institutions et leur contexte déterminent en effet les marges d'action et d'interprétation des acteurs. La soignante ne peut avoir un phantasme de toute puissance au sein des organisations. Même avec des zones d'autonomie, l'infirmière ne fait pas ce qu'elle veut et ne va pas où elle veut quand elle travaille. Le pouvoir induit par l'institutionnalisation des pratiques agit en quelque sorte dans le cadre de la culture institutionnelle déléguée aux soignants (culture prescriptive) comme un médium capable de « transcender » et, donc, de relier des entités diverses comprenant un ordre normatif accepté par les acteurs (De Munck, 1999).

L'histoire de notre discipline commence à l'époque des pratiques profanes et prend sa source dans l'évolution de l'habitat, notamment lorsqu'il faudra constituer des habitations collectives pour prendre soin des misères chez ceux qui ne peuvent y faire face, aider à vivre, préserver la survie et aider les plus défavorisés à retrouver des forces. À une époque où la société se partage entre les femmes de la classe cultivée, celles de la classe populaire et les servantes, c'est des deux dernières couches que seront issues généralement les premières soignantes laïques. C'est de cette organisation collective institutionnalisée qu'émergera l'hôpital, l'hospital, l'hospitaux ou l'épetoz en patois gruérien (sud du canton de Fribourg en Suisse), institutions à ne pas confondre avec l'hospice ou l'hôtel Dieu qui reposent sur d'autres valeurs.

Dans la classe cultivée, prendre soin était le rôle du personnel de maison. Dans cette sphère privée, l'activité aura pour espace-temps des manoirs, des demeures patrimoniales, des châteaux, des maisons bourgeoises, etc. Tant que l'on pouvait s'occuper de ceux qui auront besoin de soins, on les maintiendra à domicile. Ceux qui n'avaient plus de familles ou de liens sociaux, plus de lieux de vie, les sans familles et sans domiciles fixes, malades ou affaiblis à force de vivre dehors, avaient l'hôpital comme « bonne » maison. Il n'y avait pas encore de « SAMU social » au 18^e siècle. Certes, le soin ordinaire était aussi une affaire familiale privée tout en étant aussi une organisation d'activités collectives et logistiques. Mais nous ne pouvons pas parler ici de soins institutionnalisés pour le soin ordinaire qui relève du sens commun.

Les femmes de la classe cultivée qui vont accéder aux soins au 19^e siècle, refusent l'aspect « domus » et « familia » dont elles ont l'expérience dans leur milieu d'origine et ne valorisent que la fraction « hominem » du prendre soin en tournant toutefois leur regard et leurs aspirations vers les valeurs de la classe dominante⁶ en espérant y développer ces dernières ou tout du moins s'y conformer. Plus cultivées, donc souvent avec une meilleure origine sociale que la « gardienne de l'hôpital » de nos campagnes au 18^e siècle, les « basses besognes » ne seront pas

⁵ Cette dimension de l'activité est souvent passée sous silence et n'a pas de valeur économique. Dommage, car elle est consommatrice d'énergie. Nous veillons au sein des équipes de soins à l'équilibre des charges de travail, à l'équilibre entre énergie de production et énergie de récupération au travail, toutes pratiques de collaboration et de coordination que nous retrouvons sous forme de pratiques de régulation dans l'activité professionnelle d'aujourd'hui (Nadot, 2008, 374).

⁶ L'Église et la morale, la Médecine et la science.

« la tasse de thé » des femmes de la classe supérieure et continueront d'être déléguées aux « petites servantes⁷ » sous le contrôle de femmes mieux éduquées.

Durant le 19^e siècle et une partie du 20^e, l'Église d'abord, puis la médecine et l'armée (Croix-Rouge) ensuite, imposent de nouvelles normes et valeurs aux soignantes laïques déjà en place. Ces organisations se devaient de prendre le pouvoir dans un lieu qui les ignorait ou ne les retenait pas. Les manuels d'instruction de cette époque sont révélateurs sur les savoirs prescrits. En provenance de la classe cultivée, ces valeurs seront vite intégrées par les soignantes issues de ce milieu.

Halpern (2009) nous le rappelle en introduction de son texte sur « l'ère du *Care* » : l'origine du prendre soin fait l'objet d'un déni car n'est en général pas valorisé dans la société et n'est pas conceptualisé au sein de la discipline avant la fin du 20^e siècle. Quant à l'histoire de notre discipline, elle est tout d'abord celle de l'élite, elle relève de disciplines annexionnistes d'abord, avant de faire l'objet de recherches fondamentales ultérieures sur la discipline (Cf. Dallaire 2008, 54; Nadot, 2008, 44-46).

À partir des pratiques en place à la fin du 18^e siècle, on peut commencer à établir une typologie des pratiques exigées dans le prendre soin hospitalier (93 types de pratiques). On peut aussi repérer trois grands ensembles de bénéficiaires de la prestation. Aux deux fonctions initiales, fonction d'institutionnalisation (prescriptive) et fonction indépendante issues des savoirs profanes (réflexive), va se surajouter une fonction médico-déléguée (prescriptive) dès le moment où le médecin aura l'autorisation d'exercer son art à l'hôpital et commencera à déléguer son savoir aux soignantes en place. Comme on peut le voir, l'infirmière est loin de n'avoir que les malades pour cible de son activité professionnelle. Dès les débuts du 19^e siècle, le service rendu est un service rendu à l'institution, aux personnes soignées et à leur entourage, ainsi qu'un service rendu à ceux qui ont le pouvoir de déléguer leurs nouvelles connaissances à celles qu'ils prendront pour leurs auxiliaires (le corps médical). La fonction indépendante réflexive demeure, mais se trouve encadrée par deux groupes de fonctions prescriptives : celui des normes d'action institutionnelles et celui des normes d'action biomédicales et thérapeutiques (Nadot, 2008, 370). Lorsque les infirmières se plaignent de ne pas avoir de temps pour les malades, ce qui est vrai très souvent, mais pour d'autres causes que celles liées à l'histoire de leur discipline (pression économique due à une productivité hospitalière de type industriel enrichi), elles oublient que leurs compétences multiples sont au service de trois ensembles culturels asynergiques et non d'un seul. Avec le temps, l'évolution de l'hôpital, le développement technologique, scientifique et administratif des systèmes de santé, les tâches vont aller en augmentant et il faudra penser à former les auxiliaires habituelles (également en place dès le moyen-âge) en vue de leur déléguer une partie des savoirs utilisés. Dans un hôpital en plein développement, au sein d'une société qui se modernise et s'industrialise, les infirmières ne peuvent continuer à tout faire : appliquer les valeurs liées à la fonction d'institutionnalisation, appliquer les langages savants issus de la culture médicale, répondre aux demandes des personnes soignées et du corps médical, prendre soin de la vie du domaine, prendre soin de la vie de la collectivité de travail et prendre soin de l'homme, sont des épreuves qui vont épuiser des générations de soignantes. Plusieurs infirmières participeront alors à la formation des auxiliaires de soins, voire dirigeront des écoles ou participeront à déterminer de nouveaux profils professionnels pour leurs auxiliaires (en Suisse par exemple, par ordre chronologique : aides-infirmières (1948), aides hospitalières (1956), aides-soignantes (1960), infirmières-assistantes (1968), infirmières niveau I (1992), assistantes en soins et santé communautaire (2002). Mais comme pour toute fonction pour lesquelles nous

⁷ Titre porté par les auxiliaires de celle qui exerce le métier de soignante au 18^e siècle dans les hôpitaux laïcs en Suisse romande. La fondatrice de la première école au monde de soignantes laïques (Valérie de Gasparin-Boissier), utilisait elle, le terme de « pauvres vulgaires dévouements » pour qualifier les laïques au service des sœurs (Nadot, 2003b).

avons le pouvoir de la délégation, on sait que l'on reste responsable du savoir que nous déléguons ainsi que de sa supervision, et que nous pouvons reprendre ce qui est délégué en toutes circonstances (Nadot, 2008, 35 et 370).

Les éléments composites sur lesquels repose notre discipline

Dans une recherche d'envergure et internationale récente (2001-2002) sur la mesure du travail infirmier, (Nadot, 2003c), nous avons utilisé un modèle conceptuel ethno-historique en sciences infirmières, le modèle d'intermédiaire culturel (Nadot, 2008). Pour construire la grille d'observation systématique du travail infirmier (*work sampling*) indispensable pour mener notre recherche, on a réduit, transformé et précisé les 93 indicateurs des pratiques du 18^e siècle. On définira bien sûr ce que nous entendons par « pratique ». Avec 40 infirmières de 11 services de soins répartis sur deux pays (Suisse-Canada), encadrées par 10 chercheurs en sciences infirmières, nous avons ainsi vérifié, redéfini, validé et retenu 14 groupes de pratiques contemporaines avec 40 indicateurs à observer. L'ensemble des observations qui rend compte de la posture d'intermédiaire culturel occupé par les infirmières devait pouvoir tenir toutes sur le recto d'une feuille A4 et faire l'objet d'un lexique commun (Nadot, 2003c, 119 et 2008, 374-375). Signalons qu'une partie de ces pratiques sont atemporelles, c'est-à-dire qu'elles sont constantes quel que soit l'époque considérée. Par exemple, la « pratique de déplacement » existe au 18^e siècle comme au 21^e siècle. Ce qui change avec le temps c'est le contexte du déplacement (l'environnement) : l'espace, l'architecture, les matériaux de construction, l'éclairage, la décoration, les distances, etc. Les compétences mobilisées tiennent bien sûr compte de cet environnement de travail et s'y insèrent.

Sur les 14 groupes de pratiques utilisées par le modèle conceptuel d'intermédiaire culturel, le groupe de pratiques qui arrive en tête dans notre recherche, quel que soit le service de soins (psychiatrie ou chirurgie), est la gestion de l'information. Si l'on additionne à cette dernière, la pratique de récolte d'information, la pratique de gestion et de coordination, la pratique de régulation et la pratique professionnelle de la relation, nous déterminons une pratique informationnelle (traitement d'information) représentant entre 57% et 72% d'une journée de travail d'une infirmière. Cette pratique informationnelle exige de hautes compétences langagières pour assurer l'efficacité et la sécurité institutionnelle. Mais elle est très mal reconnue au plan économique, et sa reconnaissance n'arrangerait pas vraiment les économistes et autres décideurs de la santé, alors que ces derniers veulent baisser les coûts de la santé en rationalisant certaines prestations. Non prises en considération, ces pratiques informationnelles fondamentales et leurs modalités peuvent mener à de graves dysfonctionnements dans nos institutions de santé, surtout lorsque l'on ne veut pas les voir et en saisir les compétences requises pour assumer la complexité dont elles sont porteuses.

Précisons aussi que les systèmes de gestion par cas médicaux ou systèmes de productivité hospitalière de type industriel enrichi (gestion du travail et attribution des ressources), ne tiennent pas compte des pratiques informationnelles. Comme le précisent du reste Gadrey et Zarifian (2002, 75), les dimensions relationnelles des soins ne font pas partie de la définition du produit et de la performance des soins et sont plutôt un frein à la productivité. On oublie alors l'impact du travail infirmier qui a pour premier acte de soin une entrée en relation dans un espace-temps singulier, et sa contribution à la guérison, à la prévention des rechutes et réhospitalisations, à une meilleure prise en charge du patient par lui-même et par ses proches, sans oublier son impact sur la satisfaction au travail. Dans la pratique informationnelle ainsi que dans les nombreuses situations où l'on traite de l'information (toutes sources et formes confondues), on ne sait jamais ni la nature du message, ni son intensité, ni le moment auquel il sera délivré. Le traitement de ces messages qui font partie d'une gestion de l'incertitude, sont

depuis longtemps obligatoirement perçus et décodés par les soignants. En fait, l'usager des prestations soignantes, quel qu'il soit, est toujours celui qui fournit l'information (mémorisée, directe ou différée) nécessaire à la production du service (Nadot, 2005, 39).

Conclusion : nos théories de soins antérieures servent-elles à construire les savoirs futurs ?

Avec le développement du modèle conceptuel en sciences infirmières d'intermédiaire culturel, la surface de « l'objet disciplinaire construit » peut trouver sa place schématiquement dans un diagramme « en radar ». Chacun des 14 groupes de pratiques contenus par le modèle sont placés sur les 14 axes du diagramme et composent, non pas seulement les éléments composites sur lesquels repose notre discipline, mais aussi des éléments historiques et ethnographiques. Ils trouvent ainsi leur source derrière l'homme en sa positivité comme dirait Foucault (1966, 364) et rappellent le trièdre épistémologique des sciences humaines (vie-travail-langage) au sein duquel est ancrée notre activité professionnelle. Nous prenons en effet soin de la vie pour qu'elle puisse demeurer, les personnes soignées parlent de leurs activités et nous exerçons les nôtres, et le langage ainsi institué est au cœur de problématiques de santé. On peut donner à chaque groupe de pratique (sur chaque axe) une valeur différente, dans la mesure où l'activité professionnelle est toujours instable voire emblématique du « mobile », on peut faire des recherches et donc produire de la connaissance à partir d'un ou de plusieurs groupes de pratiques qui mobilisent des interlocuteurs différents, il y a de la place pour l'innovation dans cette optique, on peut produire enfin une connaissance qui sort de l'enfermement dans lequel notre discipline se complaisait, et bien sûr, par la même occasion, nous mettons fin aux mythes derrière lesquels nous nous abritons de nos incertitudes.

Cette articulation historiquement ancrée d'éléments composites peut alors faire sens de manière durable et se constituer en instance rationnelle de connaissances, tout en n'étant aucunement contradictoire avec la tradition américaine de science infirmière composée des quatre concepts centraux (santé, personne, environnement, soins) mentionnés par Fawcett et Kim (Dallaire, 2008, 15).

Pour conclure, nous rappellerons simplement que « les progrès du savoir sont essentiellement la transformation d'un savoir antérieur » (Popper, 1985, 53). 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 discipline (Nadot, 2008, 47). Ce patrimoine ne demande qu'à être amélioré. Pour notre part, et à la suite d'autres chercheurs nord américains, la discipline appartient aux sciences humaines et n'est pas à confondre avec l'ensemble des savoirs utilisés par les infirmières, mais on peut toujours utiliser des savoirs délégués ou emprunter à d'autres disciplines des savoirs utiles à l'exercice professionnel. 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).

Références bibliographiques

- Dallaire C. & Aubin K. (2008). Les soins infirmiers, les sciences infirmières ou la science infirmière (4-26). In C. Dallaire, (Ed.). *Le savoir infirmier : au cœur de la discipline et de la profession*. Montréal : Gaëtan Morin éd.
- Dallaire C (Ed.) (2008). *Le savoir infirmier : au cœur de la discipline et de la profession*. Montréal : Gaëtan Morin éd.
- Debout Ch. (2008). Théories de soins infirmiers, un retour sur l'histoire. *La revue de référence infirmière Soins*, 724, 28-31.
- De Munck J. (1999). *L'institution sociale de l'esprit*. Paris : PUF.
- Foucault M. (1966). *Des mots et les choses*. Paris : Gallimard.
- Gadrey J. & Zarifian Ph. (2002). *L'émergence d'un modèle du service : enjeux et réalités*. Paris : éd. Liaisons.
- Halpern C. (2009). L'ère du *care*. *Sciences humaines (spécial)*, 200, 73-74.
- Jobert G. (1985). Processus de professionnalisation et production du savoir. *Education permanente*, 80, (125-145).
- Meirieu Ph. (1989). *Enseigner, scénario pour un métier nouveau*. Paris : éd. ESF.
- Nadot M. (2003a). Les soins infirmiers, ça n'existe pas ! *La revue de l'encadrement et de la formation, Soins Cadres*, 46, 59-62.
- Nadot M. (2003b). Ces pauvres vulgaires dévouements qui nous permettent de renouer avec les traditions soignantes. *Perspective soignante, pour une pratique porteuse de sens et respectueuse des personnes*, 18. Paris : Seli Arslan (94-110).
- Nadot M. (2003c). Variation : Mesure des prestations soignantes dans le système de santé. *Recherche en soins infirmiers*, 73, 116-122.
- Nadot M. (2005). Au commencement était le prendre soin. *La revue de référence infirmière, Soins*, 700, 37-40.
- Nadot M. (2007). Leviers et obstacles à l'activité du chercheur en sciences infirmières. *La revue de référence infirmière Soins*, 717, 37-40.
- Nadot M. (2008). Prendre soin : aux sources de l'activité professionnelle, chapitre 2, (27-51). In Clémence Dallaire, (Dir. par). *Le savoir infirmier : au cœur de la discipline et de la profession*. Montréal : Gaëtan Morin éd.
- Nadot M. (2008). La fin d'une mythologie et le modèle d'intermédiaire culturel, chapitre 14, (359-382). In Clémence Dallaire, (Dir. par). *Le savoir infirmier : au cœur de la discipline et de la profession*. Montréal : Gaëtan Morin éd.
- Nowotny H., Scott P., Gibbons M. (2003). *Repenser la science*. Paris: Belin.
- Popper K. (1985). *Conjectures et réfutation. La croissance du savoir scientifique*. Paris : Payot.
- Rousseau N. (1997). De la vocation à la discipline. *Infirmière canadienne, Vol. 93*, 5, 39-44.
- Soler L. (2000). *Introduction à l'épistémologie*. Paris : Ellipses éd.
- Vinck D. (1995). *Sociologie des sciences*. Paris : Armand Colin.
- Vinck D. (2000). *Pratiques de l'interdisciplinarité, mutations des sciences, de l'industrie et de l'enseignement*. Grenoble : Presses universitaires.
- Zelizer V. (2009). Le commerce de l'intimité (Interview de Xavier de la Vega). *Sciences humaines (spécial)*, 200, 77-78.