

**IV<sup>e</sup> Congrès mondial du SIDIEF, 7-11 juin 2009, Marrakech, Maroc**  
**Forum : le savoir infirmier, promoteur du développement humain**  
Lundi 8 juin 2009, salle Ministre

Modérateur: Clémence Dallaire

Présentateurs : Anne-Marie Champagne Bruxelles (Belgique), Michel Nadot Fribourg (Suisse),  
Jacinthe Pepin Montréal (Canada), Rima Sassine Kazan Beyrouth (Liban),

### Communication de Michel Nadot

## **AU-DELÀ DES MYTHES : UNE NÉCESSITÉ IMPÉRATIVE EN PHILOSOPHIE DES SCIENCES POUR STATUER SUR LE SAVOIR PROPRE À NOTRE DISCIPLINE.**

### **Introduction :**

La discipline des soins repose au moins sur six mythes et n'a jamais été « infirmière » chez les laïcs. Elle appartient aux sciences humaines et prend son origine de manière progressive sur le triptyque « *domus, familia, hominem* ». Ces mythes savamment entretenus masquent les réels fondements de notre discipline dans le langage francophone. Dépasser nos propres mythes devient alors une nécessité impérative en philosophie des sciences pour statuer sur le savoir propre à notre discipline.

Dans un **premier temps**, je rappellerai le rôle que jouent les mythes et la tradition soignante pour notre savoir. **Puis**, j'exposerai les six mythes sur lesquels repose la discipline infirmière de tradition francophone. **Enfin**, j'expliquerai pourquoi notre discipline peut avoir son objet inscrit derrière l'homme en sa positivité comme dirait Foucault (1966, 364), c'est-à-dire dans les sciences humaines.

### **Du mythe à la science**

« Toute science et toute philosophie sont du sens commun éclairé » disait Popper (1991, 85). Il est vrai que dès que l'on s'exerce à penser, y compris au sein des civilisations archaïques, deux modes de connaissances et d'action se côtoient. L'un symbolique/mythologique/magique, l'autre empirique/technique/rationnel ; d'une part, il y a distinction *de facto* très nette entre ces deux modes ; d'autre part, ils sont imbriqués complémentaires en un tissu complexe, sans que l'un atténue ou dégrade l'autre (Morin, 1986). Un lien entre pensée symbolique et démarche empirique est à faire et notre discipline est en train d'assumer ces deux mondes. 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. Pensons par exemple à l'imposition dogmatique de certaines théories de soins servant à la promotion de notre discipline. La science part des mythes et de leur critique (Popper, 1985, 85). Le mythe dispose d'une organisation, il acquiert la consolidation du réel, et il est intégré/intégrateur dans la vie d'une communauté. La pensée symbolique/mythologique a toujours un caractère existentiel. Elle répond, comme le fait remarquer Morin (1986, 171), « 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 ». La mythologie est humaine. Le mythe n'est pas une illusion primitive, née d'un emploi naïf du langage. Le mythe n'est que la forme d'un Arrière-

Esprit (Arkhe<sup>1</sup>-Esprit) et correspond selon Morin (1986, 169), à cette « conception symbolique/mythologique comme la manifestation et la conséquence polarisée des principes et processus fondamentaux de la connaissance ». Nous avons besoin de dépasser nos mythes pour accéder à la science. Il nous faut comprendre et expliquer nos fondements rationnels, avant de suivre aveuglement ou par effet de mode n'importe quel savoir. Dans ce sens, 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 langage 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). Les sciences, et notamment les sciences humaines, apparaissent dans l'élément d'une formation discursive et sur fond de savoir. Une fois constituée, une science ne reprend pas à son compte et dans les enchaînements qui lui sont propres tout ce qui formait la pratique discursive où elle apparaît ; elle ne dissipe pas non plus le savoir qui l'entoure. La science (ou ce qui se donne pour tel) se localise dans un champ de savoir et elle y joue un rôle. Rôle qui varie selon les différentes formations discursives et qui se modifie avec leurs mutations (Foucault, 1969, 249).

### **La mythologie infirmière**

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 à la fois confondues et renforcées dans l'ombre les unes les autres au plan des valeurs et la force du discours a au moins 200 ans d'existence. Et bien sûr, critiquer un acquis, même si ce dernier relève du mythe, est une sérieuse remise en question de nos certitudes. Comme le fait remarquer Morin (1986, 160) « l'univers mythologique est un émetteur de messages et toute chose naturelle est porteuse de symboles. Dans ce sens, la pensée mythologique se caractérise par une prolifération sémantique et un excès de significations ». Au plan des excès de significations, nous ne sommes pas en reste. Pensons par exemple, aux 45 qualificatifs du mot soin utilisés par notre littérature institutionnelle et aux représentations qu'ils déclenchent (Nadot, 1990, 15). Pourquoi maintenir 45 qualificatifs pour préciser la nature de notre activité ? Comment voulons-nous, que devant une telle prolifération sémantique, la société, les dirigeants, les assureurs, les médecins et autres administrateurs, voire les soignants eux-mêmes, distinguent clairement l'objet de notre discipline, la nature de nos discours ou les qualifications requises pour soigner au plan des ressources humaines?

Parmi les objets qui vont historiquement nous étonner, nous trouvons une série de six mythes et de croyances qui relèvent du sens commun.

Un mythe principal se distingue :

*Les soins sont infirmiers.* NON ! Cette affirmation déjà évoquée lors du 1<sup>er</sup> congrès mondial du SIDIIEF<sup>2</sup> à Montréal en 2000 (Nadot & Rousseau, 2001) mettait en évidence que 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, la puissance des ténèbres, le séjour des damnés et le malsain (ENFER-mier). Il fait référence à une étiologie démoniaque de la maladie.

<sup>1</sup> Origine perpétuelle, fondement, commencement du monde (Grèce antique, 610-546 Av. J.-C.).

<sup>2</sup> Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone.

- 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) signifie la recherche du difficile comme bien selon une perspective paradisiaque et confère à la promesse eschatologique de la sœur hospitalière ou « sœur grise » une propriété exclusive (Nadot, 2003a et 2008).

Les valeurs qui sont derrière le mot « infirmier » vont avoir des conséquences architecturales et organisationnelles sur l'hôpital laïc de la ville de Fribourg (Suisse) à la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle. L'Église catholique impose ce terme et son statut dans un univers laïc jusqu'alors. « Infirmière » est un terme utilisé exclusivement par une communauté religieuse<sup>3</sup>, et le pouvoir des mots va pousser l'hôpital à modifier l'espace de travail. L'hôpital qui était un lieu de vie ouvert, va devenir, un lieu de soins fermé. On expulsera les « dormiaudes<sup>4</sup> » pour faire de la place au logement des religieuses et par la suppression des échanges avec l'extérieur, l'hôpital va se fermer et se renfermer un peu plus (Nadot, 1993, 189). Selon les notes prises par l'architecte, le « poêle des malades » va devenir une infirmerie et pour des raisons de « sécurité » on ferme plusieurs passages reliant l'hôpital à la Cité. Il va dès lors ressembler par son architecture et sa dynamique de vie aux maisons monacales. Avec l'arrivée d'un langage se référant au mauvais, à l'enfer, au malsain, au difficile, on ne s'étonne pas de trouver dès 1779 le « *Krankenstube* » ou « poêle des malades » devenir une infirmerie (enfermerie). Dès 1781, l'hôpital de Fribourg est de fait partagé en deux maisons, voire en deux organisations distinctes. Dans *la bonne maison* on trouve:

- L'hôpitalier et l'hôpitalière et leurs enfants
- Les servantes laïques (musshafera et la petite servante)
- Les prébendaires (pensionnaires et employés de l'hôpital)
- Les enfants (à la mamelle, en nourrice ou en apprentissage)
- Les passants (fuyards, voyageurs ou pèlerins).

Dans *la mauvaise maison* on trouve:

- Le logement des sœurs hospitalières (ou sœurs grises)
- L'infirmerie (enfermerie) et les malades

Ces deux maisons seront réunies en une seule en 1798 avec l'arrivée des officiers de santé des troupes d'invasion napoléoniennes. C'est aussi une seule organisation (pour une seule maison) qui va voir le jour par le nouveau règlement de la « Commission générale des secours » de la ville de Fribourg le 12 mars 1807 (Nadot, 1993, 281-287).

Comme on le voit, le terme « infirmier » relève du tic verbal. Il cheminera de manière instable au plan linguistique en concurrence de valeurs avec le terme garde-malade durant quelques années avant de se stabiliser autour des années 1920<sup>5</sup>. Ce terme nous a été imposé par des médecins français et leurs auxiliaires travaillant dans des « *Domus Dei* » ou Hôtel-Dieu (Paris) dans les années 1908-1912 (D. M. Bourneville et Cie.). Ces acteurs avaient comme « supporters » au plan linguistique les congrégations féminines à l'œuvre dans nos écoles (sœurs grises, hospitalières). L'utilisation renforcée du terme « infirmier » ne fait qu'appuyer la mythologie et ses effets. On construit sur du sable !

<sup>3</sup> Les sœurs qui prendront possession des lieux à l'hôpital laïc de Fribourg arrivaient de Sion /VS et faisait partie de la communauté des Sœurs de Sainte Marthe de Beaune (via Pontarlier, Besançon en France voisine).

<sup>4</sup> Habitantes du dormiau (drumiau) soit dormoir ou dortoir. Ces lieux sont occupés par des personnes valides (prébendaires) qui travaillent à l'extérieur (parfois à l'hôpital même) et qui viennent à l'hôpital pour y recevoir à vie selon les accords passés, le gîte et la pitance. Dès l'arrivée des religieuses, on alloue aux dormiaudes une pension annuelle de 30 écus 9 batz, sur lesquels on leur fait une avance de 40 livres pour leur pension et loyer dans un lieu qu'il leur reste à trouver.

<sup>5</sup> En Suisse francophone, le terme garde-malade disparaîtra progressivement dès 1944.

2° mythe : *Les soins ne sont que domestiques* diront d'autres ! NON. Bien qu'à l'origine prendre soin, peut être associé à une activité domestique, ménagère ou familiale, individuelle et collective, cette activité se différencie grandement de l'activité ordinaire attribuée à la femme, mère ou épouse. 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 salaire en espèce et en nature en échange du travail réalisé, la soignante depuis le moyen-âge fonctionne dans un cadre prescriptif spécifique. Cette spécificité est liée aux seuls concepts vraiment scientifiques qui, pour Thom (1983, 122-123), sont ceux liés à la géométrie de l'espace-temps. « Nous ne connaissons et agissons en effet que localement ». L'espace est un espace institutionnel laïc, un domaine public qui s'appellera « hospital » dès le moyen-âge (Nadot, 2009, 111-112) et le temps est celui du prendre soin (*Care*) sur le long terme. Les normes institutionnelles déterminent un espace-temps de travail spécifique comme espace de jeux de pouvoirs avec lesquels on doit apprendre à jouer (Nadot, 2008, 362). L'activité soignante ressemble à s'y méprendre avec l'activité ordinaire d'une mère de famille. Mais attention, elle n'en possède absolument pas pour autant les mêmes caractéristiques. Les acteurs humains au sein d'une institution négocient en permanence des faces, des places et du pouvoir en général. L'organisation de soins a des finalités explicites différentes de 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 « ménage et métier de soin » c'est pareil. Préjugé qui dure depuis le 19<sup>e</sup> siècle et qui est inexact ! Il est temps d'en sortir !

3° mythe : *La profession est paramédicale*. NON ! 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<sup>6</sup> 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<sup>e</sup> 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 »<sup>7</sup>. Cette affirmation contenue dans la Circulaire du 28 octobre 1902 du Ministre de l'Intérieur et des Cultes (E. Combes) adressée aux préfets en France était encore défendue lors des journées romandes de soins infirmiers qui se tenaient à Genève en septembre 1982. Les clichés ont la vie longue, le symbolique, les mythes et les croyances populaires sont tenaces. On peut se demander quels bénéfices secondaires retirent les infirmières en se référant à cet « affreux mot, paramédical » dénoncé en France par le psychanalyste Michel Renault en 1991 (Moreau, 1991).

4° mythe : *La discipline est infirmière*. NON ! Pas plus que les soins. Compte-tenu de l'origine linguistique mentionnée précédemment comme mythe principal francophone, on ne peut pas parler comme nous l'avons-vu, d'une pensée « infirmière », d'une science infirmière ou d'une science des soins infirmiers, 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.

<sup>6</sup> Par exemple, les livres écrit par les médecins : manuel de psychiatrie à l'usage des infirmières, dictionnaire médical à l'usage des infirmières, manuel d'anatomie à l'usage des infirmières, abrégé de pathologie à l'usage des infirmières, etc.

<sup>7</sup> Journal officiel français du 30 octobre 1902, p. 7043.

Dans notre milieu de pensée, « le *-logie* » est quasiment absent, même lorsqu'on essaye de classer nos savoirs entre un courant positiviste (paradigme de la totalité) ou un courant issu de la philosophie existentialiste, phénoménologique ou herméneutique (paradigme de la simultanité). En tout état de cause, nous ne faisons ni de « l'infirmiérologie » ni de la « soignotique ». Sans *-logie*, sans *-ique*, la longue standardisation de nos pratiques et de nos savoirs est toujours orpheline sur le plan identitaire (Nadot, 2008, 364). D'où notre proposition de nommer « médiologie de la santé<sup>8</sup> et médiologue de santé » notre discipline propre et celui ou celle qui s'en sert. Mais cette révolution sémantique provoquera sûrement une résistance des milieux conservateurs.

5<sup>e</sup> mythe : *Le soin est l'objet de la discipline*. NON ! 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, parce que l'objet de la discipline est l'homme vivant, objet de soins dans un espace-temps spécifique. On prend soin de l'ensemble et non seulement de l'une de ses parties. 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). 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). En se centrant exclusivement sur « le soin » de l'homme, la profession laisse de côté les compétences requises pour que l'homme objet de soins, puisse recevoir correctement ces derniers. Cela ne sert à rien de concevoir des théories de soins et de faire de grandes déclarations sur la nature des soins si le contexte (architectural, technologique, institutionnel, économique, politique) ne permet pas de réaliser ces derniers. Depuis au moins 400 ans, le soin professionnel et son discours sont formatés par la logique institutionnelle et ses finalités. Le soin n'est qu'un fragment de l'activité scientifique et professionnelle journalière (entre 25% et 33%). Les prestations délivrées à l'ensemble des interlocuteurs impliqués dans les soins sont d'une nature encore plus exigeante que celle portée par nos écoles de pensée<sup>9</sup> traditionnelles mentionnées précédemment. Il y en a un troisième. Au paradigme de la simultanité, nous ajouterons le paradigme de l'antériorité et de la continuité qui valorise le contexte du soin, son histoire et son évolution ainsi que l'activité globale des soignants qui nous ont précédés. En ne voulant pas voir le travail réalisé par les précurseurs hospitaliers (laïcs), on s'achemine vers une recherche d'identité permanente. Il nous faudra dépasser le mythe fondateur métapsychologique universel de Florence Nightingale et apprécier à sa juste valeur les éléments culturels transgénérationnels des pratiques laïques patrimoniales arrivées jusqu'à nous. (Gilloz, 1992.)

6<sup>e</sup> mythe : *L'infirmière est là pour le bien des malades*. Pas que... ! Depuis fort longtemps, l'hôpital formate les pratiques. L'étude historique des pratiques soignantes laïques et de la profession infirmière est riche d'enseignement. En effet, certaines pratiques demeurent invariantes à travers les âges. Les soignants ne sont donc pas au service exclusif des malades comme on peut encore l'entendre de nos jours. Aujourd'hui encore, lorsqu'on observe une infirmière au travail, on peut identifier une activité propre, intense et complexe pour répondre à

<sup>8</sup> Cette théorie à large spectre est basée sur le fait que notre activité s'exerce depuis nos pratiques profanes au sein d'un milieu spécifique (médium) en vue d'établir des médiations de santé dans une posture d'intermédiaire culturelle.

<sup>9</sup> Ces écoles de pensée américaines qui distinguent un paradigme de la totalité et un paradigme de la simultanité utilisés par les praticiens et chercheurs (Leplège et Debout, 2007) ne parlent que de la promotion de la santé, des soins et de la guérison, alors que le champ de pensée et d'exercice est beaucoup plus ancien et plus vaste.

des attentes liées aux différents registres et cultures mobilisées autour du « prendre soin » (Nadot, 2008, 373).

En fait, le travail infirmier reste une prestation de service, dont l'usager de la prestation, quel qu'il soit, 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). Avec l'institution, le corps médical, les personnes soignées et leur entourage, ce sont trois ensembles bénéficiaires des prestations soignantes qu'il faut impérativement coordonner et qui vont façonner les exigences de la fonction. Le réductionnisme représenté par « soin des malades » mutile la reconnaissance des compétences exercées. Le service rendu au système de santé pour assurer le fonctionnement institutionnel optimal ainsi que le service rendu au corps médical restent dans l'ombre. 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 et décodée 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).

### **Notre discipline dans l'ordre humain**

La science infirmière se constitue au fur et à mesure qu'elle s'extrait d'autres sciences, notamment de ce que l'on nomme une science réflexive comme la philosophie par exemple, et qu'elle construit sa différence.

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 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. Les docteurs en sciences infirmières attendent encore quelques disciples (corps intermédiaire) pour assurer judicieusement le développement de leur propre discipline. La posture d'intermédiaire culturelle que nous occupons depuis des siècles 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 se trouvent même « à la fine pointe des sciences humaines » pour Kim (1997). Nous prenons soin de l'humain tous les jours dans un espace institutionnel spécifique. Cet espace-temps de travail est institutionnalisé depuis le Moyen-âge et a subi successivement d'importantes transformations. Cet environnement est-il un espace favorable à l'accompagnement et à la promotion de la vie ? 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 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, la coordination 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. Les conditionnements subis

s'apparentent ici à un habitus, c'est-à-dire à cette « espèce de machine transformatrice qui fait que nous reproduisons les conditions sociales de notre propre production » (Bourdieu, 1984, 134). 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 et son spectacle depuis des générations. À la suite de Fawcett et Kim, on voit nos savoirs propres au cœur des quatre concepts paradigmatiques (santé, personne, environnement et soin) liés à la tradition américaine de la science infirmière (Dallaire & Aubin, 2008, 14-15). Nos connaissances évoluent et se développent depuis plusieurs années dans l'ordre de l'humain. Nous pouvons même associer nos traditions et éléments ethnographiques représentant le « prendre soin » (*Domus, familia, Hominem*) au trièdre épistémologique des sciences humaines. Ainsi *hominem* caractérise l'aide à la vie et à ses manifestations, *familia* au plan collectif touche à l'organisation du travail et ses lois, et *domus* permet dans un espace-temps spécifique l'éclosion d'un langage lié au milieu (médium) au sein duquel il se construit. Ni dans la médecine, ni dans les sciences du vivant ou les sciences sociales, nos énoncés, nos règles de la pratique discursive peuvent former des groupes d'objets, des ensembles d'énonciations, des jeux de concepts, des séries de choix théoriques permettant de s'attaquer au fonctionnement idéologique d'une science (Foucault, 1969, 252).

Depuis le XVIII<sup>e</sup> siècle, nous sommes un important fournisseur de prestations de service<sup>10</sup> du domaine de la santé (prendre soin de l'humain) et comptons bien le rester (Nadot, 2007, 38).

### Conclusion :

Pour reconnaître les mythes derrière lesquels la profession infirmière s'abrite, il faut déjà admettre qu'il y a des mythes tout en percevant leur utilité dans le développement de la pensée rationnelle. Le mythe est émouvant comme le relève Morin (1986, 163). « Il s'adresse à la subjectivité, concerne la crainte, l'angoisse, la culpabilité, l'espoir, et leur apporte réponse ». Crainte de ne pas savoir comment parler de l'activité du soin. Culpabilité de notre propre subjectivité dans un monde où la science l'emporte sur la croyance. Angoisse du vide devant des soins infirmiers qui ne seraient « qu'un peu de tout, n'importe quoi et rien de spécial » (Adam, 1983, 110). Espoir enfin, d'une reconnaissance acquise par un discours infirmier « écran de fumée » pour une activité colonisée et détournée par des pensées dominantes (l'Église, la Médecine, l'Armée). Une fois compris que les mythes remplissent les énormes brèches que découvre l'interrogation humaine, on peut aussi admettre que cette interrogation doit se poursuivre. La recherche ou la réflexion sur les fondements de notre discipline et l'interrogation sur cette aide à la vie institutionnalisée il y a fort longtemps, doivent pouvoir se poursuivre. N'ayons crainte d'imaginer l'avenir en construisant sur la mémoire.

Pour arriver à produire une pensée dite « infirmière » crédible, il nous faut probablement quitter une mythologie ontologique (ce qui est), épistémologique (nature du savoir) et axiologique (les valeurs ou grandeurs)? Cela n'empêche aucunement notre savoir de se développer en tenant compte des valeurs centrales de notre discipline, mais on peut affiner ces dernières notamment par des recherches fondamentales, philosophiques, historiques et ethnographiques.

Faute d'utiliser nos traditions<sup>11</sup> comme mythes à combattre en vue de développer nos théories ultérieures (connaissance objective), nous avons emprunté et plaqué une somme de savoirs impressionnants sur nos activités sans toujours en vérifier la pertinence et 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. Quelles recherches fondamentales dans le futur viendront critiquer ou contredire nos théories d'aujourd'hui en vue de les enrichir ? Comment la

<sup>10</sup> Nos institutions appartiennent effectivement aujourd'hui au secteur économique des services (secteur tertiaire).

<sup>11</sup> Nous ne parlons pas ici de « la routine » ou de « ce que l'on a toujours fait » comme déjà mentionné, mais de la tradition du langage. Cette connaissance objective peut parfois remonter jusqu'aux mythes.

profession infirmière va prendre (seule et non asservie) la place qui lui revient dans cette société de la connaissance qui se met en place à l'échelle mondiale ? Comment allons-nous situer nos sciences propres au sein des disciplines existantes ?

En nous appuyant sur la philosophie des sciences en vue de comprendre le processus évolutif de ces dernières, on peut donner un sens durable à nos expériences. Par un accès à l'écriture, nous pouvons transformer ces dernières en savoirs tout en comprenant l'intérêt qu'il y a à dépasser les mythes fondateurs. La partie profane de nos savoirs constitue les fondements d'une partie de nos connaissances propres disciplinaires à l'œuvre depuis des générations au sein de nos institutions qui sont des institutions laïques d'accueil et d'hospitalité. Ils honorent ainsi dans un paradigme d'antériorité et de continuité, les habiletés, activités et connaissances des soignants qui nous ont précédés. D'une manière générale, ce savoir intergénérationnel a inexorablement, toujours été promoteur du développement humain et culturel de nos sociétés.

---

## Références bibliographiques

- Adam, E., (1983). *Être infirmière*. Montréal : éd. HRW ltée.
  - Bourdieu P. (1984). *Questions de sociologie*. Paris : éd. De Minuit.
  - 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.
  - Foucault M. (1966). *Des mots et les choses*. Paris : Gallimard.
  - Foucault M. (1969). *L'archéologie du savoir*. Paris : Gallimard.
  - Gilloz S. (1992, Mars). L'infirmière et son identité. *Journal Croix-Rouge suisse*, 15-17.
  - Halpern C. (2009). L'ère du care. *Sciences humaines (spécial)*, 200, 73-74.
  - Kim H.S. (1997). « Terminology in structuring and developing nursing knowledge ». In I.M, King et J.Fawcett (sous la dir. de), *The Language of Nursing Theory and Metatheory*, Indianapolis, Sigma Theta Tau International.
  - Leplège, A & Debout, C. (2007, Mars). Mesure de la qualité de vie et science des soins infirmiers. *Recherche en soins infirmiers*, 88, 18-24.
  - Meirieu Ph. (1989). *Enseigner, scénario pour un métier nouveau*. Paris : éd. ESF.
  - Moreau C. (1991, Janvier), L'infirmière, d'abord une hospitalière. *Revue de l'infirmière*, 2, 21-23.
  - Morin E. (1986). *La méthode, 3, la connaissance de la connaissance*. Paris : Seuil.
  - Nadot M. (1990). En quoi les soins infirmiers sont-ils infirmiers ? *Krankenpflege/Soins infirmiers*, 10, (15-19).
  - Nadot M. (1993). *Des médiologues de santé à Fribourg, histoire et épistémologie en sciences infirmières*. Thèse de doctorat inédite, Université de Lyon 2.
  - Nadot M & Rousseau N. (2001). Montréal 2000, La discipline infirmière, mythe ou réalité ? *Soins hors série, janvier 2001*, (16-17).
  - 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. (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). La fin d'une mythologie et le modèle d'intermédiaire culturel, chapitre 14. Dans C. Dallaire (Éd.), *Le savoir infirmier : au cœur de la discipline et de la profession*, (pp. 359-382). Montréal : Gaëtan Morin éd.
  - Nadot M. (2009). Les constantes des pratiques professionnelles d'hier...au service de la discipline infirmière demain (pp. 107-131). Dans: Sliwka, C. et Delmas, Ph. (Eds). *Profession infirmière: quelle place et quelles pratiques dans l'avenir ? Perspectives professionnelles, pratiques innovantes, formation universitaire, recherche en soins*. Paris: Lamarre et Wolters Kluwer France.
  - Popper K. (1985). *Conjectures et réfutation. La croissance du savoir scientifique*. Paris : Payot.
  - Popper K. (1991). *La connaissance objective*. Paris : Aubier.
  - Soler L. (2000). *Introduction à l'épistémologie*. Paris : Ellipses éd.
  - Thom R. (1983). *Paraboles et catastrophes, entretien sur les mathématiques, la science et la philosophie*. Paris : Flammarion.
-