



Chapitre 14

La fin d'une mythologie et le modèle d'intermédiaire culturel

Michel Nadot inf., Ph. D.

Plan du chapitre

14.1 Le mythe « infirmier »	360
14.2 Le mythe de l'activité domestique	361
14.3 Le mythe du « para » quelque chose	363
14.4 Le mythe de l'identité disciplinaire	363
14.5 Les préalables au modèle d'intermédiaire culturel	364
14.6 Le modèle	366
14.7 Quelques repères	366
14.8 La médiation de santé	368
14.9 L'intermédiaire culturelle	372

Objectifs du chapitre

À partir des fondements ethnohistoriques de l'activité soignante, les objectifs suivants devraient être atteints :

- ▶ Nommer les obstacles à la visibilité disciplinaire
- ▶ Démontrer que l'activité professionnelle ne s'arrête pas « aux soins »
- ▶ Distinguer les degrés de difficulté des pratiques professionnelles
- ▶ Évoquer la complexité des langages et des situations professionnelles qui accompagnent les prestations de service portées par l'exercice infirmier
- ▶ Expliquer le modèle d'intermédiaire culturel

Comme nous l'avons vu au chapitre 2, à défaut de travaux d'histoire sur le long processus de standardisation de nos savoirs et de nos pratiques, notre profession s'est construite sur une mythologie. Nos pratiques existent depuis fort longtemps, se sont standardisées avec le temps et peuvent se définir comme étant :

[...] une action humaine contrôlée et guidée par des éléments symboliques compris dans un système culturel (connaissances, valeurs, idéologies). La pratique, ne serait-ce que la pratique soignante, est alors une conséquence de la traduction et de la compréhension des valeurs dans des normes d'action. Les pratiques constituent l'aspect visible d'une sorte de « processus compromissaire » intégrant l'action prescrite et l'action réalisée (Nadot, 2003c, p. 118).

Tout un système de croyances et de valeurs s'est imposé insidieusement à l'insu de ceux que la fondatrice de la première école au monde de soignantes laïques (Valérie de Gasparin-Boissier), prix littéraire de l'Académie française, nommait encore en 1854 ces *pauvres vulgaires dévouements*. Représentées par les soignantes du passé, ces « gardes-malades sans titres, qui n'attirent pas un regard, et dont l'abnégation avec le persévérant amour n'ont rien à envier aux sœurs » (De Gasparin, 1855, p. 70) seront dans l'incapacité de conférer un sens durable à leur expérience. En dépouillant notre passé du brouillard spirituel qui l'entoure, nous pouvons donner à voir un modèle du « prendre soin » qui va sans dire, et c'est justement parce qu'il va sans dire, que cela ne se dit pas. Nous désirons sortir la profession du silence et, pour ce faire, nous commencerons par examiner quelques-uns des mythes sur notre profession.

14.1 | Le mythe « infirmier »

Pourquoi nos pratiques devraient-elles s'autoproclamer « infirmières » sans dommages pour la reconnaissance de l'expertise qu'elles soutiennent ? Si le terme *infirmière* est tout à fait justifié pour désigner le statut des religieuses engagées dans une communauté hospitalière, il ne l'est absolument pas pour qualifier les laïques. Nous avons de la peine à l'admettre, mais les valeurs qui participent à la construction du sens de ce terme ne nous appartiennent pas. « Le terme *infirmier* en tant que tic verbal n'est pas approprié pour qualifier aussi bien les pratiques de soins que les sciences de ces pratiques » (Nadot, 2003a, p. 62). Que veut dire alors la « pensée infirmière », lorsque ce qui la qualifie nous renvoie au mauvais et au malsain ? *Enferm* et *enfer* ont reçu un sens spécial que ne connaît pas le latin (Bloch et Wartburg, 1975, p. 338). « Rendons à César ce qui appartient à César. » C'est seulement au XVIII^e siècle, lorsque les congrégations hospitalières catholiques imposeront leur culture à l'intérieur de l'hôpital laïque qu'elles amèneront avec elles l'usage du terme et ses valeurs portées par les théories religieuses de soins (la charité pratique de l'Église catholique) et les règles d'action de l'époque. Comme le mentionne le *Dictionnaire historique de la langue française*, le terme *infirmier* est emprunté

à des dérivés ou composés de l'étymon (le plus souvent latin, par exemple : *infirmus*), mais réserve des surprises dans son usage au travers de relations aujourd'hui effacées (*Le Robert*, 1992, p. xvii et 1023). Le terme *infirmier* n'est donc pas construit uniquement à partir de *infirmus* ou *infirmitas*, comme le laisse parfois entendre avec précipitation la mémoire collective, professionnelle ou sociale. En fait, celle qui était en contact avec ce qui était perçu comme mauvais, malsain, l'infirmité, la déchéance devenait, en tant que soignante, une *enfermière*. Les règles inspirées, comme la plupart des règles des congrégations hospitalières, d'une lettre de saint Augustin, formeront une base normative d'enseignement à laquelle chaque hôpital ajoutera des prescriptions particulières (Imbert, 1947, p. 267). En philosophie, cette référence au mauvais est ce que Paul Ricœur (1988, p. 111) nomme *le difficile comme bien*. Associés à la promesse eschatologique de la religieuse, l'étiologie démoniaque des maladies et le corps vu comme réceptacle du mauvais et du malsain complèteront le tableau. Plus l'*enfermière* acceptait d'être en contact avec la puanteur, les excréments, l'expression de la misère, de la honte et de la souffrance, les plaies qui fourmillent de vers, plus elle pouvait espérer gagner son paradis. C'est en assumant d'affronter le difficile, le mauvais et le malsain que l'on devenait infirmière (*enfermière/enfer* = le mauvais). D'une manière générale, les religieuses hospitalières délégueront tout ce qui se rapporte aux activités de la vie quotidienne à leurs aides, *petites servantes* ou *sous-infirmières*. Au moment où l'hôpital de Fribourg (Suisse) va passer dans des mains religieuses (1771), les infirmières vont même engager un *infirmier* pour donner les soins intimes aux hommes et faire les lourds travaux. Au XIX^e siècle, et même au XX^e, l'infirmier était souvent l'employé non qualifié et laïque de la religieuse infirmière légitime (la sœur hospitalière ou sœur grise). Sa formation professionnelle au sein d'un milieu féminin restera tardive et minoritaire.

14.2 | Le mythe de l'activité domestique

Durant une longue période, on l'a vu, l'activité professionnelle a eu pour socle le triptyque *domus, familia, hominem* ou prendre soin de l'humain, prendre soin du groupe et prendre soin du domaine (Nadot, 2005, p. 37). Selon le regard porté sur l'activité, celle-ci peut donner à penser qu'elle est soit ménagère, soit domestique, soit familiale. Or, ni l'une ni l'autre de ces variables ne domine dans les ménages collectifs, mais il y a toujours une coordination de l'ensemble. À ce triptyque se superposent, par injonction, enjeux de pouvoir ou domination culturelle, des normes d'action issues de la culture institutionnelle déléguées aux soignantes par les autorités hospitalières, et celles issues de la culture médicale déléguées par les médecins. L'activité soignante est donc loin de se centrer uniquement sur les maladies et les personnes qui en souffrent.

En réduisant notre activité à une seule de ses variables (les soins de base ou autres, le ménage, l'accompagnement, la logistique, l'administration, la technique, la relation, etc.), nous taisons, réduisons et dévalorisons sa

complexité. Qui avait intérêt à ne stigmatiser qu'une seule des variables de l'activité soignante en vue de sa division ?

L'activité soignante prend ses racines dans les pratiques d'aide à la vie, voire, pour certaines situations, dans celles qui assurent la survie. Au XVIII^e siècle, la santé est un luxe. Extrêmement dépendante d'un contexte de vie structuré, normé, légitimé, réglementé, le statut de l'action reconnu aux acteurs est le reflet de son contexte. L'activité professionnelle d'une infirmière, qu'elle soit collective ou individuelle, dépasse largement le cadre exclusif d'un service offert à un seul des utilisateurs de l'institution de santé. Il faut aussi constamment gérer l'espace, le temps, les mouvements, la logistique, l'énergie, l'économique, les relations, l'information et la coordination du travail avec l'ensemble des acteurs concernés par ce qu'on peut maintenant appeler un système de santé.

Soigner ne peut pas être réduit à une seule tranche de l'activité ancienne. L'activité, qui peut apparaître comme ordinaire, ménagère ou domestique dans un contexte institutionnel tel l'hôpital, ne consiste pas à ne « faire que ça ! » lorsque c'est dit de manière hautaine. Cela explique parfois pourquoi, au début du XX^e siècle, les infirmières rejetaient l'un ou l'autre terme qui, à leurs yeux, qualifiait péjorativement leur mission. Tant qu'à faire, pourquoi ne pas privilégier un point de vue qui en vaut la peine et adopter les valeurs des classes dominantes ? On pourrait toujours en retirer quelques bénéfices secondaires. Certaines infirmières se tourneront alors vers les grandeurs des professions voisines, en essayant d'en imiter les propos, les valeurs, les attributs et les orientations. Ce faisant, elles délègueront à un personnel moins formé des missions qui, sans vue d'ensemble des processus décisionnels ni possibilité de traduire des données complexes ou de gérer l'incertitude, risquent de ne plus garantir la sécurité. Dans une certaine mesure, la division du travail dans le monde de la santé n'est pas un gage d'économie, au contraire. Déjà en 1964, Virginia Henderson le présentait : « Inévitablement, lorsque les infirmières assurent le rôle du médecin, elles délèguent leur fonction première à un personnel qui n'est pas préparé comme il convient à cette fonction » (Collière, 1994, p. 27 et 84).

Ni ménagère, ni familiale, ni domestique, ni bénévole, ni caritative, ni philanthropique, ni paramédicale, ni sociale, l'activité qui permet de « prendre soin » dans un espace-temps singulier et légitimé est une activité intégrative d'un ensemble complexe, ou de l'ensemble des pratiques profanes standardisées sur le long terme.

Contrairement aux idées reçues, ce n'est pas une typologie diagnostique ni le type de malades dont elle s'occupe qui déterminent exclusivement la charge de travail d'une infirmière. L'activité soignante n'est jamais stabilisée. Elle reste dépendante de l'information transmise par les bénéficiaires de la prestation à mobiliser. Et, du XVIII^e au XXI^e siècle, les bénéficiaires des prestations soignantes ne sont pas que les malades. Évitions cette réduction simpliste qui masque une grande partie de l'activité et des compétences déployées.

14.3 | Le mythe du « para » quelque chose

Encore des idées reçues : 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. Il ne faut pas davantage chercher l'identité et le patrimoine de notre discipline du côté de l'Église, de la médecine ou de l'armée que les fondements de la culture locale africaine ne seraient à chercher dans l'entourage du roi Clovis (Nadot, 2003b, p. 96).

Aujourd'hui, compte tenu de l'évolution de nos savoirs et de la société, les sciences dites « infirmières », bornées d'un côté par les sciences sociales et, de l'autre, par les sciences médicales, se trouvent « à la fine pointe des sciences humaines » (Kim, 1997). Bien que cet aspect « humain » des soins fasse partie de la culture professionnelle depuis des siècles, on remarque qu'il est souvent difficile, dans cette situation, d'arriver à un positionnement clair par rapport aux études et de ne pas subir l'influence des cultures dominantes (sociales ou médicales) qui se trouvent aux frontières de la discipline. Comment affirmer sa différence si, à chaque occasion, on court se mettre à l'abri derrière d'autres disciplines au lieu de penser à établir de manière durable notre propre discipline ? Comme toute discipline, celle-ci est « une articulation historiquement ancrée d'éléments composites, pouvant faire sens de manière durable et se constituer comme instance rationnelle de connaissance » (Berthelot, cité par Vinck, 2000, p. 74). La discipline n'est pas liée à un pays, « elle est internationale » (Formarier, 2007, p. 35). Dans une société de la connaissance qui se met en place à l'échelle mondiale, quel statut a la science à l'intérieur de notre discipline et dans quel registre se situe-t-elle ?

14.4 | Le mythe de l'identité disciplinaire

Non seulement l'identité scientifique fait défaut, mais le discours sur notre activité, notre *logos*, en l'absence de notre suffixe *-logie*, a de la peine à trouver un radical univoque ou significatif pour qualifier nos connaissances propres et notre environnement de pensée. Quand on fait des études de psychologie, on se dit psychologue ; après des études de sociologie, on se présente comme sociologue ; après des études d'ethnologie, comme ethnologue, etc. Quand on étudie le soin, les sciences infirmières, on s'appuie sur quelle *-logie* en tant que branche principale ? Ne peut-on pas espérer être *-logue* d'un radical, lui-même objet de nos études et de nos questionnements ? Lorsque nous produisons de nouvelles connaissances par nos recherches, nous alimentons quelle discipline ? La nôtre prioritairement ou seulement celle des autres ? (Nadot, 2007, p. 40). Indépendamment du suffixe *-logie*, nous n'avons pas non plus choisi le suffixe *-ique*. Nous ne faisons pas de la « soignotique » et ne sommes pas « soignoticiens », bien que, pour Régis

Debray, l'*-ique* soit un amplificateur d'autorité. Pour le philosophe, l'*-ique* « durcit le mou et modernise l'ancien. On consomme ainsi avec informatique, télématique, robotique, domotique [...]. *-ique*: net suffixe de l'exact. *-logie*: suffixe liquide de l'approximatif [...]. Quand l'*-ique* dépanne, la *logie* déclame » (Debray, 1994, p. 85).

Même si les sciences infirmières font l'objet de classifications dans les bibliothèques et ont des facultés de même nom, on reste encore songeur sur la raison qui fait que ces sciences gardent leur qualificatif ecclésiastique. Ce dernier n'aide pas vraiment à savoir en quoi les sciences infirmières sont infirmières, surtout lorsque, parfois, elles ne trouvent leur place que dans des instituts qui dépendent de facultés de médecine. À la suite de Bourdieu, nous savons que « chaque discipline (comme champ) est définie par un *nomos* particulier, un principe de vision et de division, un principe de construction de la réalité objective irréductible à celui d'une autre discipline » (2001, p. 103). Comment définir notre propre discipline (sa - *logie*) alors qu'elle est portée par des acteurs qui occupent stratégiquement depuis des générations le cœur du système de santé? Sans *-logie*, sans *-ique*, la longue standardisation de nos pratiques et de nos savoirs est toujours orpheline sur le plan identitaire.

14.5 | Les préalables au modèle d'intermédiaire culturel

Comment les infirmières peuvent-elles dès lors trouver les ancrages du savoir accumulé depuis des siècles, sauvegarder les aspects identitaires d'une profession et être reconnues en tant qu'« expertes » au sein de cette société de la connaissance qui se met en place sur le plan mondial? Dans une société où la seule certitude est l'incertitude, l'unique source d'avantages concurrentiels durables est le savoir. Traduire le savoir tacite en savoir explicite implique de trouver un moyen d'exprimer l'inexprimable (Nonaka, 1999). Comment transformer en langage politique et scientifique explicite la culture implicite qui conduit nos pratiques et retrouver ainsi le référentiel métier de départ qui supporte aujourd'hui l'activité professionnelle?

Pour y arriver, on proposera un modèle permettant de rendre compte de la complexité qui accompagne les actes ordinaires (et les autres), de la vie quotidienne certes, mais qui, accomplis au sein d'organisations complexes, prennent une tout autre perspective.

Comme nous l'avons déjà vu, notre discipline ne pouvant se qualifier « d'infirmière », nous donnerons à l'étude systématique de nos pratiques le nom de *médiologie de la santé* (Nadot, 1992b). Cette expression remplace le vieux mot ecclésiastique *infirmier* (1398) construit sur enfer, mauvais et malsain (Nadot, 2003a, p. 60). La médiologie de la santé désigne l'étude des postures d'intermédiaires culturelles que sont les infirmières et du pouvoir symbolique des langages au sein d'une institution (Nadot, 2005). Ces langages entrent dans le champ de la médiologie « en tant que lieux et enjeux de diffusion, vecteurs de sensibilité et matrices de sociabilité » (Debray, 1994, p. 22). Dans son émergence, la médiologie de la santé intègre

divers éléments liés à la tradition soignante et rassemble ce que d'autres cherchent à dissocier en s'appuyant sur des valeurs et un positionnement idéologiques pas toujours explicites. Les services rendus par les infirmières sont des prestations dénivelées d'emblée « par un rapport institutionnel d'inégalité, qui donne précisément au message son indice de crédibilité » (Debray, p. 66). La construction théorique de la médiologie de la santé et du modèle d'intermédiaire culturel qui lui sert de fondements repose sur trois principes :

- ▶ Le pouvoir vu comme un milieu de valeurs (MEDIum) capable de « transcender » et, donc, de relier des entités diverses (De Munck, 1999) comprenant un ordre normatif accepté par les acteurs.
- ▶ Prendre soin et aider à vivre, c'est établir des MEDIations de santé. Douze critères servent à les définir (Nadot, 1993, 2002a).
- ▶ L'activité professionnelle n'est pas qu'un service rendu aux personnes soignées et à leur entourage, mais consiste en des prestations de service fournies aux acteurs de trois cultures distinctes, pas toujours en synergie. Prendre soin et aider à vivre dans un contexte précis (médium) et institutionnalisé, c'est aussi occuper une position « d'interMEDIaire culturelle » entre trois systèmes de valeurs (SC1, SC2, SC3) qui ne sont pas en synergie. Avec la médiologie de la santé et son radical MEDI, une *-logie (nomos)* qualifie l'étude de l'activité. L'infirmière pourrait aussi être une *médiologue de la santé*.

Après une première modélisation abordée dans le chapitre 2, nous observons un deuxième essor de l'activité professionnelle. Dès le début de l'hôpital, il existait un premier système culturel qui prescrivait par écrit aux soignantes les activités institutionnelles à mettre en œuvre (SC1). Puis, dès que le médecin a été autorisé à travailler à l'hôpital, un deuxième système culturel a prescrit à son tour aux soignantes ce qui devait être fait pour appliquer des thérapeutiques et rendre compte de l'état des malades (SC2). Enfin, le dernier système culturel (SC3) a vu formellement le jour aussitôt que la profession a été en position de produire des connaissances légitimes, de donner un sens à ses pratiques et de mettre par écrit un corpus de connaissances élaboré par la recherche au sein de la discipline. Dès 1859, Florence Nightingale a laissé des traces de ce dernier système culturel (*Notes on Nursing*), mais c'est surtout à partir de 1923 (doctorat pour infirmières à l'Université Columbia, New York) que le quatrième champ pratique de notre profession a commencé à se mettre en place (celui de la pratique de la recherche, de la pratique de construction, de reconnaissance et de diffusion des connaissances). Remarquons que nos pratiques et nos connaissances profanes étaient en place avant le SC2, mais, comme dans une partie de l'Europe, il « fallait faire de la place » à l'évolution de la clinique médicale, c'est seulement vers 1960, aux États-Unis, que la profession a pu commencer à produire ses connaissances (Loiselle et Profetto-McGrath, 2007, p. 9). Comme le fait remarquer judicieusement Bourdieu (2001), dans un champ scientifique, on a :

[...] premièrement l'émergence d'une pratique de recherche, c'est-à-dire d'agents dont la pratique repose plus sur la recherche que sur l'enseignement, et l'institutionnalisation de la recherche à travers la création des conditions favorables à la production du savoir, deuxièmement, la constitution d'un groupe reconnu comme socialement distinct et d'une identité sociale soit disciplinaire à travers la création d'associations scientifiques, de revues, etc. Les scientifiques se dotent de représentants officiels qui leur donnent une visibilité sociale et défendent leurs intérêts (p. 100).

Cela n'exclura pas la « recherche au noir » pour laquelle on avait, à certains endroits, tacitement « carte blanche ». Le résultat en sera une production de « connaissance grise », qui qualifie en général des « connaissances licitement accessibles (manuels, photocopiés), mais caractérisées par des difficultés dans la connaissance de son existence ou de son accès » (Hermel, 2001, dans Nadot, 2007, p. 47).

14.6 | Le modèle

Le modèle que nous proposons est construit à partir des éléments culturels qui structurent l'activité professionnelle dans le milieu de la santé et qui se sont transmis au fil du temps. Selon Pelletier (2007, p. 48), ce modèle théorique « favorise la prise de conscience de la complexité du rôle professionnel avec ses enjeux sociaux, politiques, stratégiques, scientifiques et économiques ».

14.7 | Quelques repères

Nos pratiques se sont progressivement structurées autour de trois systèmes culturels que nous pourrions appeler « ordres », comme le préconisait jadis Parsons. Dans le contexte d'une « société infirmière » (nous avons des ordres infirmiers), un ordre « contient des valeurs et des normes différenciées et particularisées, qui toutes requièrent des références culturelles afin d'avoir un sens et une légitimité. En tant que collectivité, il possède un ensemble de règles régissant le statut de membre et permettant de distinguer qui y appartient et qui en est exclu » (Parsons, 1973, p. 13). Ces références culturelles seront présentes dans un système culturel (SC) contenant essentiellement des éléments symboliques (connaissances, valeurs, idéologies). Ceux-ci ont comme particularité de guider et de contrôler l'action soignante exclusivement par l'information qu'ils véhiculent.

14.7.1 La dynamique SC1

Le premier ordre à voir le jour sera l'ordre hospitalier (SC1) ou institutionnel, premier à dresser une liste de règlements à faire appliquer. Notre numérotation des systèmes culturels correspond à l'arrivée de l'écriture et à son utilisation au sein du système de santé. Bien que ne faisant pas l'objet d'une prescription quotidienne, les actions soignantes seront alors un service rendu

à l'institution. Ce système culturel institutionnel réclame des compétences pour communiquer, transmettre des renseignements oraux et écrits, accueillir, rassurer, informer, contrôler, gérer le matériel, contrôler les mouvements des *habitants* (entrées, sorties, transferts, engagements, licenciements, départs) de l'hôpital et assurer l'économie domestique (organisation, financement et logistique). Selon la culture déléguée, la soignante permet à l'institution de fonctionner, mais n'est pas au service exclusif de cette dernière. Du reste, la direction de l'hôpital n'a généralement qu'une idée relative de ce qui se joue dans cet espace précis de travail.

14.7.2 La dynamique SC2

En synergie avec l'Église catholique, à partir de la moitié du XVIII^e siècle, une autre culture influera sur nos pratiques. C'est l'ordre médical (SC2), deuxième à transformer l'expérience en savoir par le jeu de l'écriture; il s'appropriera l'espace hospitalier en vue de développer la clinique, des typologies diagnostiques, des moyens thérapeutiques et des connaissances médicales. Le corps médical sera alors en mesure de déléguer à la soignante de nouvelles connaissances de façon qu'elle devienne un « agent double » à son service: agent collecteur de données en vue d'une analyse médicale (observation, évaluation de l'état de la personne malade et transmission dans la langue légitime), agent applicateur des prescriptions médicales au travers de connaissances déléguées et imposées ultérieurement à l'occasion d'un cours ou par des manuels de soins dits « aux malades ».

Après avoir observé, il fallait encore transmettre, ce qui allait demander à la soignante de s'initier à de nouvelles normes linguistiques afin que le sens du message ne soit pas trop éloigné du système de référence de la personne à qui ce message était destiné. On le sait, la terminologie propre à la gynécologie n'est pas la même que celle qui a trait à la psychiatrie ou à la chirurgie orthopédique. Selon la culture qui lui sera déléguée, les soignantes rendront service au corps médical, sans pour autant être mandatées pour décharger ce dernier de ses responsabilités.

14.7.3 La dynamique SC3

L'institution recevra ses premiers clients en vue de « protéger la société civile contre les défauts qui pouvaient altérer le repos de cette société » (*Proème*, 1759). La soignante, que l'on nomme aujourd'hui *infirmière*, était alors en mesure d'établir des relations, de capter des émotions, de l'information et de transformer (ou pas) ces dernières en actes et en paroles.

On voit alors un ordre des soignantes, qui sera le deuxième à entrer en activité, mais le dernier à transformer son expérience en savoir par le jeu de l'écriture (SC3). Comme il a déjà été mentionné, c'est en effet tardivement (1960) que la profession pourra donner un sens à son activité sur le plan des études. Dans cette rencontre avec l'autre, deux pôles de pensée se rencontrent: le pôle client « A » et le pôle soignant « B ». C'est à partir de cette zone d'interaction que se construiront les premières « théories de soins ».

14.8 | La médiation de santé

Dans son espace de travail, la soignante pouvait alors se constituer une expérience du champ des misères que l'hôpital abritait. Contrainte de vivre avec et pour des humains mais consentante à le faire, la soignante devait faire face à l'incertitude de leurs réactions, de leurs comportements, de leurs motivations à vivre ou à mourir, ou de leurs désirs. On a ici les éléments propres à la fonction indépendante du rôle professionnel. Le soin en tant que médiation de santé, qui représente un premier degré de difficulté, se donne à l'initiative et sous la direction des soignantes. Ces actions sont un service particulier rendu à la personne soignée et à son entourage.

Aux prises avec les misères de la vie, les personnes soignées et leur entourage ont besoin de médiation pour être en mesure de traiter leurs expériences et d'organiser leurs actions, de moduler et de différer leurs réponses, ou tout simplement de développer des aptitudes pour mener leur vie malgré les conditions adverses. Pour désigner l'aspect premier du soin, cet aspect relationnel et informationnel, nous parlerons de *médiation de santé*. Terme construit sur *biomédiation*, assemblant le *bios* grec qui se rapporte à la vie et à la médiation de fait, occupée par les soignantes dans leur position particulière d'intermédiaires culturelles. Rappelons ici que le soin repose initialement sur une entrée en relation verbale ou non verbale à un moment donné, dans un espace donné. En tant que médiation, ce soin est un processus mobilisé par un tiers, qui favorise la mise en relation de la personne soignée avec des bénéfiques de vie, c'est-à-dire un état de « mieux-être » par rapport au moment où une prestation de service s'impose (offre en soins). Chaque médiation de santé est unique et incompatible avec une procédure stéréotypée ou une limite temporelle imposée par une autorité. La médiation de santé ne se confond pas avec la négociation ni avec les méthodes de résolution de problèmes. Une médiation de santé en tant qu'acte initial du soin est la plus petite entité de ce dernier. C'est peut-être pour cette raison qu'on a de la peine à la voir. Comme le mentionne Guillaume-Hofnung (1995) :

[...] pour exister la médiation n'a besoin que du tiers et de son processus propre. La médiation est un procédé qui repose entièrement sur l'autonomie des participants [...], elle est un travail de terrain, de fourmi en quelque sorte. La médiation la plus efficace étant, presque par définition, la plus mal connue (p. 14).

Dans ce premier degré de difficulté relevant de la médiation de santé et reliant la personne soignée à son environnement de vie, les soignantes avaient la possibilité d'offrir aux personnes soignées un réconfort, la possibilité de donner un sens à leur expérience et de leur proposer, à tous les âges de la vie, un ensemble de moyens pertinents pour leur « bien-être », leur rétablissement, d'entretenir avec elles aussi bien la vie que la raison de vivre ou parfois – et c'est aussi cela la vie – d'offrir une digne fin de vie.

À la suite de Marti et Moulira (1991-1992), nous pouvons tout à fait utiliser la grille de lecture que propose Feurstein pour l'action de médiation, en l'adaptant à la médiation de santé.

Tableau 14.1 La grille de lecture de Feurstein

Critères	Types de médiation
<p>liés à la personne soignée elle-même</p>	<p>La médiation du sentiment de compétence: la soignante entretient chez la personne le sentiment qu'elle est compétente.</p> <p>La médiation du défi: la soignante donne l'occasion à la personne de réussir quelque chose de difficile pour elle, mais qui reste dans sa « zone proximale de développement » (expression empruntée à Vygotski et qui caractérise l'écart entre la possibilité de s'élever dans la collaboration avec quelqu'un à un niveau de compétence supérieur à la performance habituellement réalisée sans aide).</p> <p>La médiation de la conscience du changement: la soignante aide la personne à se rendre compte qu'elle a changé et à supporter l'écart entre cette nouvelle image d'elle-même et l'ancienne que son environnement garde d'elle.</p>
<p>liés à la situation de soins elle-même</p>	<p>La médiation de l'intentionnalité et de la réciprocité: la soignante annonce ses intentions de façon claire et précise et tient compte des réponses pour réajuster ses intentions.</p> <p>La médiation de la signification: la soignante donne le sens de ce qui est fait.</p> <p>La médiation de la transcendance: la soignante aide à dépasser la situation présente en établissant des liens avec d'autres situations.</p>
<p>liés aux rapports entre l'individu et les autres</p>	<p>La médiation du partage: la soignante aide la personne à tenir compte des autres et de leur point de vue.</p> <p>La médiation de l'individuation: la soignante aide la personne à prendre conscience de sa différence et de son originalité.</p> <p>La médiation du sentiment d'appartenance: la soignante aide la personne à se percevoir comme appartenant à des groupes à des degrés divers, avec leurs règles et leurs valeurs propres.</p>
<p>liés aux rapports entre l'individu et son environnement</p>	<p>La médiation de la régulation du comportement: la soignante aide la personne à maîtriser son comportement et à l'adapter aux situations qu'elle rencontre.</p> <p>La médiation des buts: la soignante aide la personne à planifier son action pour réaliser un projet.</p> <p>La médiation de la vision optimiste du monde: la soignante aide la personne à se percevoir comme actrice du changement et à s'attendre à autre chose qu'à « recevoir le ciel sur la tête ».</p>

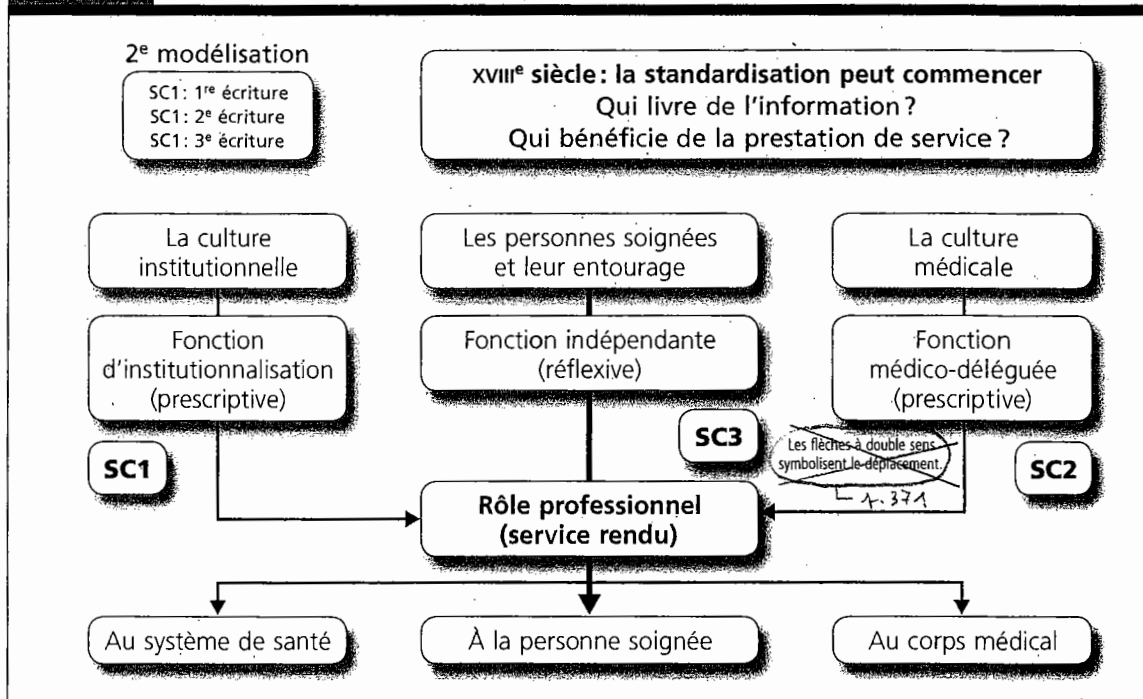
Source: Nadot, M. (2002b). « Méthodologie de la santé. De la tradition soignante à l'identité de la discipline ». *Perspective soignante*, n° 13, p. 56-57.

Médiologie

La prestation de service, que nous nommons « médiation de santé », se distingue de la prestation de service globale liée à la posture d'intermédiaire culturelle.

Contrairement aux idées reçues et soutenues encore aujourd'hui, il est faux de prétendre que le rôle professionnel de celle que l'on nomme *infirmière* a comme seul et ultime but le bien des malades ou leur service. On ne peut indéfiniment enfermer les infirmières exclusivement dans ce rôle hautement symbolique. Les compétences requises par la discipline des soins exigent que l'infirmière soit en position de percevoir, de diffuser, de gérer et d'utiliser de l'information spécialement codifiée. Une deuxième modélisation met en évidence trois milieux (et non un seul) qui vont tirer profit de cette information alors transformée en actes ou en paroles. Certes, la personne soignée et son entourage vont bénéficier de prestations, mais aussi le corps médical et l'institution de soins. En effet, les acteurs SC1 et SC2 ne délèguent pas des actions, mais la culture qui en permet la réalisation. Celui ou celle qui délègue garde le contrôle et la responsabilité de droit (et non de fait) des décisions. L'exécution d'une action déléguée est un service rendu à la personne qui a le pouvoir de la déléguer (Nadot, 2002a, p. 43). C'est une gestion d'information d'un type particulier qui détermine la complexité du rôle professionnel, et non l'utilisation d'une haute technologie mise au point par l'ingénierie médicale ou le service ultime à des personnes communément nommées *malades*.

Figure 14.1 Le schéma de l'activité professionnelle au début du XIX^e siècle

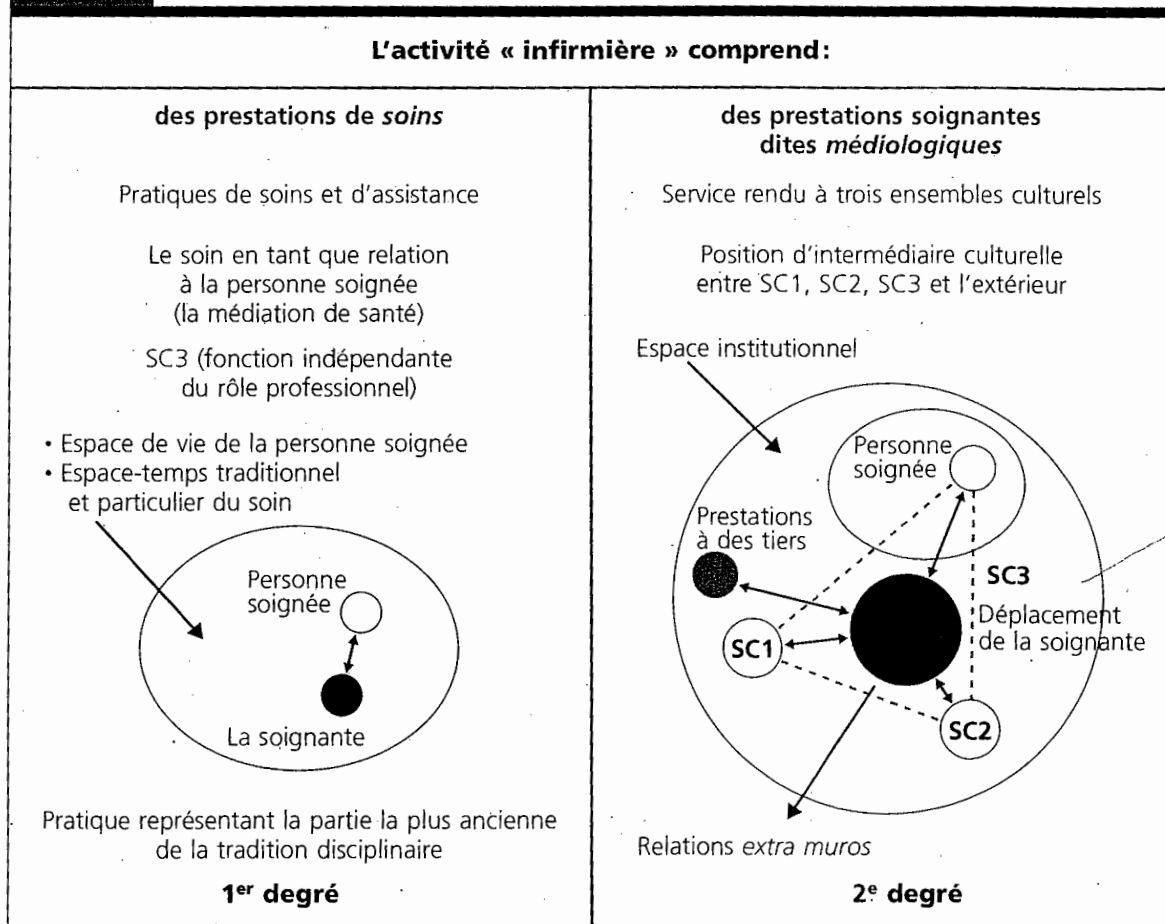


Source: Nadot, M. (2005). « Au commencement était le "prendre soin" ». *Soins, la revue de référence infirmière*, n° 700, p. 38.

Dans la figure 14.1, il est tout à fait possible de mesurer l'importance de la posture d'intermédiaire culturelle occupée par l'infirmière. Cette posture demande d'assumer une fonction entre trois systèmes de valeurs qui ne sont pas en synergie. En effet, les prestations de service fournies par les infirmières sont issues de sources de renseignements multiples et hiérarchisées. Hiérarchie institutionnelle, technique, administrative (SC1), hiérarchie médico-chirurgicale (SC2) et pluralité culturelle et sociale portées par les personnes soignées et leur entourage (SC3) placent les infirmières au cœur du système de santé (Nadot, 2005, p. 38).

Cette deuxième modélisation, (voir la figure 14.2), intégrant la première (*domus, familia, hominem*) permet de distinguer deux degrés d'intervention dans les prestations de service de nature et de complexité variables: les prestations de soins (le soin, la médiation de santé ou posture d'intermédiaire culturelle de degré I) et les prestations soignantes dites médiologiques, ou posture d'intermédiaire culturelle avec un degré de complexité II.

Figure 14.2 Les deux degrés de difficultés de la soignante (intermédiaire culturelle de types 1 et 2)



Source: Nadot, M. (2002b). « Méthodologie de la santé. De la tradition soignante à l'identité de la discipline ». *Perspective soignante*, n° 13, p. 54.

14.9 | L'intermédiaire culturelle

Plus l'espace relationnel s'élargit, plus la position d'intermédiaire culturelle demande des compétences et génère autant de bruits divers que d'imprévus. Pensons par exemple à l'espace relationnel d'une maison pour personnes âgées ou d'un centre de santé communautaire en comparaison avec l'espace relationnel d'un centre hospitalier universitaire de 1200 lits. Pensons aussi à notre espace perceptuel et relationnel qui s'élargit lorsque nous quittons l'espace intime lié à la distance relationnelle « soigné-soignant » pour quitter la chambre d'une personne soignée. Par une pratique de déplacement, nous passons dans les espaces communs de l'institution ou au bureau de soins dans lequel un collectif d'acteurs est au travail.

Outre la relation « soigné-soignant » dépendant des médiations de vie et de santé (SC3) et les actions dépendantes de la culture déléguée (SC1, SC2), les soignantes seront progressivement contraintes de mettre en œuvre des prestations pour des tiers. Le rôle professionnel étant aussi large que complexe, et l'environnement technologique hospitalier en pleine expansion demandant de plus en plus de compétences pointues, de nouveaux corps de métiers voient le jour à partir de la moitié du xx^e siècle. Les soignantes ne peuvent plus continuer à tout faire. Des fonctions qui relevaient jadis de la compétence des soignantes sont alors confiées à d'autres corps de métiers (agents hospitaliers, autres professionnels de la santé, service d'intendance, etc.). Aujourd'hui, une part non négligeable de l'activité soignante, notamment dans les centres de soins d'importance, consiste à rendre aussi service à des unités médico-thérapeutiques et médico-techniques. De multiples prestations de service sont ainsi fournies à des tiers.

L'activité soignante devient alors une fonction d'entremise destinée à réunir deux pôles. Ces entre-deux s'apparentent à des hybrides, médiations à la fois techniques, culturelles et sociales. L'infirmière a la faculté et les compétences de passer, simultanément, d'un espace et d'un niveau de communication à un autre. C'est le champ de pensée, l'effort mental et la charge nerveuse qui s'élargissent, car les données en mémoire occupent une grande place, et ce, d'autant plus qu'elles sont contradictoires, hétérogènes, hybrides ou polysémiques. Pensons, par exemple, aux sources potentielles de l'information et à ses modes d'expression auxquels nous sommes exposés quotidiennement.

Cette information peut être :

- ▶ subie ou recherchée ;
- ▶ verbale et non verbale, audible, visuelle, olfactive, gustative, kinesthésique ;
- ▶ téléphonique, bureautique, documentaire, informatique, sonore, musicale, esthétique ;
- ▶ en provenance d'un espace-temps précis, d'un groupe (colloque d'équipe ou visite médicale, par exemple), d'un individu, de

l'environnement de travail ou externe à lui, d'un positionnement égalitaire ou hiérarchique, politique ou stratégique, etc.

En fait, comme on l'a déjà exprimé, la personne qui utilise des prestations soignantes, quelle qu'elle soit, est toujours celle qui fournit l'information (mémorisée, directe ou différée) nécessaire à la conception et à la production du service (Nadot, 2005). On reste ainsi soumis aux aléas de l'existence humaine et aux contraintes des organisations de santé, puisque les compétences réclamées par l'activité dépendent de l'information perçue, traitée et décodée. Cette information a de la peine à se plier à des protocoles prévus. Dans l'échange entre la personne soignée et la soignante, ou entre la soignante et l'environnement de vie et les systèmes culturels en présence, on peut observer que la consommation du service se fait en même temps qu'une partie plus ou moins importante de sa production (Bancel-Charensol et autres, 1999, p. 37).

L'activité soignante consiste souvent à prendre des microdécisions dans des zones d'incertitude et à combiner de l'information en vue d'une utilisation différenciée. Les prestations soignantes ne consistent pas qu'à soigner, et le soin ne peut pas contenir la totalité de ces prestations. Autrement dit, la médiologie de la santé étudie l'ensemble des interactions réclamées par l'activité soignante, mais n'étudie pas que les médiations de santé ou les soins. Les entre-deux constituent son plat quotidien. La médiologie de la santé étudie les pratiques informationnelles qui composent le rôle professionnel et les médiations de santé (aider à vivre), mais les médiations de santé et, notamment, ce que l'on appelle « soin » ou « *nursing* » ne composent pas exclusivement le rôle professionnel et les compétences demandées.

À la suite de diverses recherches réalisées en s'inspirant de notre modèle, (Nadot et autres, 2002; Rochefort, 2002; Gagnon, Dallaire, 2004; Pelletier 2007), nous pouvons confirmer que l'activité soignante peut se subdiviser en 14 groupes de pratiques. Un lexique réalisé avec 50 infirmières en provenance de 11 services de soins différents et participant à nos travaux (Nadot et autres, 2002) nous décrit ces 14 pratiques et présente une définition théorique de chacune d'elles.

On y trouve des pratiques de gestion et de collecte de l'information, d'ordre et de discipline, (que nous nommerons ultérieurement pratiques de gestion et de coordination), de régulation, de déplacement, des pratiques hôtelières, d'hygiène collective, d'approvisionnement et de rangement, d'élimination, d'assistance. Peuvent également être observées la pratique professionnelle de la relation, la pratique technologique du soin liée à la prescription médicale (groupe de pratique le plus connu ou valorisé), la pratique de formation et, enfin, une pratique paradoxale nommée pratique d'inactivité.

Tableau 14.2 L'activité soignante

	Pratique	Définition théorique
A	Pratique complexe de gestion de l'information (SC123)	Ensemble des activités qui consistent simultanément à recueillir, stocker, analyser, redistribuer, diffuser et effectuer un traitement spécial de l'information en vue de transformer cette dernière en actes ou en paroles. Cette gestion d'information peut être induite ou déléguée par la culture SC1-SC2 ou sur initiative propre de l'infirmière (SC3). La complexité de cette pratique est due au mélange des renseignements provenant des trois cultures et des valeurs hétérogènes dont elles sont porteuses. Cette pratique baigne parfois dans le bruit, l'incertitude, l'imprécision, l'impuissance et le questionnement. Sa complexité résulte du mélange des données à traiter. Après traitement (transformation en actes ou en paroles), la transmission de l'information requiert à son tour des compétences linguistiques et culturelles pour que le sens des messages ne soit pas trop éloigné du système de référence de la personne à qui le message est destiné.
B	Pratique de récolte de l'information (SC123)	Ensemble des activités visant la collecte de l'information (par l'écoute, sur demande ou par recherche) et dont l'infirmière a besoin pour agir. Requiert de la soignante une consultation de sources multiples (téléphonique, documentaire, informatisée, technique, humaine, verbale ou non verbale, etc.).
C	Pratique d'ordre et de discipline (SC13) Nommée par la suite pratique de gestion et de coordination	Ensemble des activités qui touchent la gestion du temps, de l'espace et des mouvements nécessaires à la gestion du personnel et à l'organisation du travail, ainsi que le management des personnes présentes dans l'institution, en vue d'éviter le chaos. Cette pratique suppose un contrôle de la culture déléguée par les soignantes au personnel qui les assiste dans leurs fonctions.
D	Pratique de régulation (SC123)	Ensemble des activités visant à prévenir ou à gérer les conflits humains dans l'organisation et à maintenir l'équilibre dans l'activité de l'infirmière entre l'énergie de production (activité soignante) et l'énergie de récupération. Sans la prise en compte de cette pratique, on peut assister à des dysfonctionnements institutionnels et à un accroissement des risques. Outre la supervision et les processus de réassurance, ou la gestion des conflits, cette pratique comprend différentes pauses et d'éventuels moments de détente (qui n'en sont jamais) pour faire face aux tensions et aux contraintes de l'exercice professionnel.
E	Pratique de déplacement (SC123)	Ensemble des activités permettant aux infirmières de mettre en rapport divers interlocuteurs et espaces qui, sans leur intermédiaire, n'existeraient pas. Cette pratique sert à transmettre des renseignements, à déplacer des objets d'un lieu à l'autre ou à accompagner une personne en déplacement.
F	Pratique hôtelière (SC1)	Ensemble des activités s'articulant autour de l'économie domestique ou familiale selon les caractéristiques des personnes soignées. Pratique logistique alliée aussi à une pratique de confort.

(suite)

G	Pratique d'hygiène collective (SC1)	Ensemble des activités et des principes qui gravitent autour de la prévention des infections nosocomiales.
H	Pratique de réapprovisionnement et de rangement (SC123)	Ensemble des activités logistiques en vue d'appuyer et de soutenir la production des prestations de services liées à l'activité soignante. Comprend les inventaires, le réapprovisionnement des stocks, la comptabilité économique du matériel utilisé (linge, matériel, documents, formulaires, médicaments, appareillages et substances diverses). Demande des compétences pour distinguer les objets de leur usage ou les conditions de conservation des conditions d'approvisionnement.
I	Pratique d'élimination (SC1)	Ensemble des activités ayant pour but d'éliminer des déchets organiques corporels et d'assumer les pratiques déodorantes. Parfois associée à la pratique G.
J	Pratique d'assistance (SC123)	Ensemble des activités ayant pour but d'aider les acteurs engagés de l'un ou l'autre des trois systèmes culturels. Aider un collègue (SC1), aider le médecin (SC2) pour des interventions qui requièrent des habiletés « à plusieurs mains », aider les personnes soignées ou leurs proches (SC3) dans les activités de la vie quotidienne et aussi dans la promotion de l'autonomie.
K	Pratique professionnelle de la relation (SC3)	Pratique informationnelle de base liée à la dynamique institutionnelle et à ses finalités. Ensemble des activités verbales ou non verbales liées aux choses de la vie, à la promotion de l'autonomie et de la sécurité, et de l'accompagnement. Cette pratique comprend la présence structurante ou sécurisante, la médiation de santé, le toucher, l'écoute active (empathique), l'accompagnement en fin de vie, l'information donnée à la personne soignée (et à son entourage) afin qu'elle soit mieux renseignée, orientée, formée à se prendre en charge et à devenir plus autonome.
L	Pratique technologique du soin (SC2)	Ensemble des activités déléguées par le SC2 et visant l'application de la prescription médicale (agent applicateur). Cette pratique comprend la préparation du soin, son exécution, l'installation et l'utilisation d'appareils, les soins de plaies, les moyens d'investigation.
M	Pratique de formation (SC3)	Ensemble des activités permettant à la profession d'assurer et de renforcer la transmission de la culture professionnelle (valeurs, idéologies, connaissances) par l'accueil, le soutien, l'accompagnement des étudiants et étudiantes en formation, pour du nouveau personnel ou pour démontrer, évaluer, exposer des connaissances en vue de développer des compétences. Ces activités relèvent de l'initiative et de la responsabilité exclusive des soignantes dans leur champ disciplinaire scientifique.
N	Pratique d'inactivité (SC1)	Pratique paradoxale « flottante ou hésitante » comprenant l'ensemble des valeurs ou des événements paralysant l'action (perte de temps par dysfonctionnement technique, humain ou institutionnel, désorganisation ou désinformation).

Source: Nadot, M. (2002b). « Méthodologie de la santé. De la tradition soignante à l'identité de la discipline ». *Perspective soignante*, n° 13, p. 66-72; Pelletier, F. (2007). *L'activité infirmière dans deux groupes de médecine de famille (GMF) de la région de Québec* (p. 41-42). Mémoire de maîtrise inédit. Québec: Université Laval.

Ces 14 groupes de pratiques requièrent tous des compétences particulières et des savoirs multiples, mais le groupe de pratiques qui semble le plus exigeant et le plus représenté dans cette typologie est sans aucun doute celui de la pratique « A » (gestion de l'information). Cette gestion de l'information consiste simultanément à recueillir, à stocker, à analyser, à redistribuer, à diffuser et à effectuer un traitement spécial de l'information en vue de transformer cette dernière en actes ou en paroles. Ce groupe « gestion de l'information » se présente très souvent avec les trois systèmes culturels imbriqués les uns dans les autres et doit aussi traiter des renseignements « parasites » ou externes aux préoccupations professionnelles. Ce type de pratique associé à d'autres (pratique de collecte d'information, pratique de gestion et de coordination, pratique de régulation, pratique professionnelle de la relation) donne naissance à une « pratique informationnelle » qui peut représenter jusqu'à 72 % de la journée de travail d'une infirmière (Nadot et autres, 2002). Qui prend économiquement en charge le temps passé à exercer cette pratique? Elle réclame l'attention de la soignante, de grandes capacités d'observation et relève aussi bien de son expérience, de sa culture que de sa pratique. Dans cette pratique, la gestion de l'information baigne parfois dans le bruit, l'incertitude, l'imprécision, l'impuissance et le questionnement. Cette pratique est aussi source de distorsions et d'erreurs d'information (erreurs de messages, interlocuteurs non visés, dysfonctionnements technologiques, etc.).

Notre deuxième modélisation sera associée à la première, c'est-à-dire à la pratique traditionnelle et indépendante du rôle professionnel (*domus, familia, hominem*). On obtient ainsi la totalité de l'activité soignante, qui peut être présentée dans une grille que nous appellerons médiologique bitriptyque (tableau 14.3, 3^e modélisation).

Conclusion

Trois modélisations de l'activité permettent de mieux comprendre pourquoi la posture d'intermédiaire culturelle de l'infirmière est complexe, pas toujours visible et génère de l'incompréhension, de l'agressivité ou de la frustration, des conflits de personnes, de rôles ou d'intérêts. Comme le mentionnent Delaunay et Gadrey (1987, p. 313), « le rapport social de service n'est pas seulement un rapport d'échange interpersonnel fondé sur l'utilité fonctionnelle de la prestation. Il véhicule, sous diverses formes, des rapports représentatifs de l'organisation et de la structure hiérarchique de la société ». Debray (1991, p. 238) présente aussi cette idée dans la notion de médiasphère, qu'il définit comme un espace-temps relationnel ayant pour « armature un certain outillage communicatif ». Cet espace-temps « fixe une hiérarchie de lieux et de milieux de sociabilité intellectuelle, le lieu dominant étant le lieu de la plus forte communication publique (ou professionnelle) et donc de la plus grande concurrence entre producteurs de messages, là où l'acoustique et la visibilité sociales sont les meilleures, et donc les plus efficaces ». Ce qui veut dire que, dans sa position d'intermédiaire culturelle ou de « médiologue de

Tableau 14.3 La grille médiologique bitriptyque

Une catégorisation à neuf groupes de variables: 3^e modélisation

Grille médiologique bitriptyque®

	Culture institutionnelle (activité prescriptive) SC1	Culture médicale (activité prescriptive) SC2	Culture « infirmière » (activité réflexive) SC3
Prendre soin de la vie de l'humain <i>Hominem</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Ordre • Contrôle • Enregistrement • Accueil, information, réconfort 	<ul style="list-style-type: none"> • Agent informateur du corps médical • Agent applicateur de la prescription • Assistance du corps médical 	<ul style="list-style-type: none"> • Aider à vivre • Accompagner la vie et la mort • Prendre soin • Préserver l'autonomie • Prévenir la maladie • Soulager la souffrance
Prendre soin de la vie du groupe <i>Familia</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Discipline, respect des règles établies • Organisation du travail • Gestion de l'espace et du temps • Relève professionnelle à assurer 	<ul style="list-style-type: none"> • Visite médicale et ses modalités • Coordination et transmission de l'information • Constitution de dossiers 	<ul style="list-style-type: none"> • Préservation de l'identité, de l'appartenance, des liens avec l'entourage • Gestion de la promiscuité ou de l'isolement
Prendre soin de la vie du domaine <i>Domus</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Propreté et hygiène collectives • Aspects logistiques et économiques • Maintien de l'organisation • Activité domestique 	<ul style="list-style-type: none"> • Maintien en état de l'appareillage technologique • Rangement stratégique des équipements 	<ul style="list-style-type: none"> • Soin de l'espace de vie quotidien • Protection et gestion des biens, valeurs et effets personnels, intimes, affectifs

Source: Nadot, M. (2007a). « Pour savoir où l'on va, il faut savoir d'où l'on vient ». Premier congrès international de la Faculté des sciences infirmières de l'Université St-Joseph (USJ) de Beyrouth et First International Conference of the Scientific Association of the Arab Nursing Faculties. Beyrouth (Liban), 4, 5, 6 mai 2006. *Actes du Congrès* (p. 142-148). Beyrouth : Faculté des sciences infirmières, Université St-Joseph.

santé », l'infirmière doit aussi mettre en œuvre des stratégies relationnelles lui permettant non seulement de communiquer avec des clients dépossédés de certains pouvoirs du fait de leur maladie, mais aussi de communiquer avec d'autres instances (médicales, administratives ou liées aux politiques de santé) qui occupent souvent, comme chacun le sait, et depuis un certain temps, une position dominante dans le système de santé.

On l'oublie trop souvent : le bon fonctionnement du système de santé et de ses institutions est dépendant des informations professionnelles multiples transmises, décodées, traitées et transformées en actes et en paroles par les infirmières, seules professionnelles à avoir depuis longtemps un savoir et une vue d'ensemble sur ce système complexe. Les images sont symboliquement plus fortes que les mots. Au XXI^e siècle, une métaphore décrit l'activité professionnelle d'une infirmière médiologue de santé comme étant le « disque dur » du système de santé. Couplé à une cellule photoélectrique chargée de capter et de traiter la manifestation des émotions issues d'une clinique de l'humain, ce disque dur contient l'histoire des connexions et de la dynamique des données à décoder et à transformer en actes et en paroles (Nadot, 2005, p. 40). Si le disque dur est plein, fragilisé ou hors service, ne risque-t-on pas un dysfonctionnement majeur du système de santé ?

Tous les indicateurs qui définissent une discipline sont présents. On peut aussi reconstituer historiquement les éléments composites de notre activité. Sur le long terme, ces derniers sont apparents de manière durable. Mais ils ne semblent pas encore suffisamment intériorisés en tant qu'instance rationnelle univoque ou corps de connaissances. La recherche fondamentale est encore à promouvoir dans notre champ de pensée car, si les pratiques sont très anciennes, la discipline est jeune. Précisons aussi que nos recherches fondamentales, sans bouleverser les concepts centraux de notre discipline et les propositions qui les relie (« Métaparadigme », Provencher et Fawcett, 2002), modifient et précisent encore plus ces derniers. Ainsi :

- ▶ le concept personne, se rapporte à tous les bénéficiaires du service dit « infirmier », mais ce « tout » exposé dans notre modèle devient l'acteur individuel ou collectif qui bénéficie de nos prestations de service ou qui les délivre ;
- ▶ le concept environnement ne fait pas référence à n'importe quel environnement, mais à un environnement institutionnel qui donne un statut à nos pratiques, les régule ou les fixe ;
- ▶ le concept santé devient « la vie » ou ce qui sert à la préserver dignement jusqu'au bout ;
- ▶ le concept soins est présent dans le « prendre soin » initial (*domus, familia, hominem*) en place dès le début de l'institutionnalisation de notre fonction au sein de la société.

Pour Gérard Fourez, des théories, des lois ou des modèles sont des « représentations que l'on se donne au monde. Les modèles théoriques essaient d'organiser le monde de manière féconde par rapport à nos projets » (Fourez, 1996, p. 47-49). La représentation de notre monde professionnel et de nos traditions peut sembler pour certains trop idéaliste ou trop révolutionnaire ? De notre point de vue, elle n'est pas irréaliste. Nous pouvons aussi penser à la suite de Bourdieu « qu'un (vrai) révolutionnaire en matière de science est quelqu'un qui a une grande maîtrise de la tradition (et non quelqu'un qui fait table rase du passé ou qui, plus simplement, l'ignore » (Bourdieu, 2001, p. 38).

Points à retenir

- L'infirmière laïque 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.
- Ni ménagère, ni familiale, ni domestique, ni bénévole, ni caritative, ni philanthropique, ni paramédicale, ni sociale, l'activité soignante, parfois jugée dégradante et non scientifique, permet de « prendre soin » dans un espace temps singulier et légitimé. Prendre soin réclame une expertise complexe mettant en relation des personnes avec elles-mêmes, entre elles et avec leur environnement de vie.
- Le bon fonctionnement du système de santé et de ses institutions est dépendant des renseignements multiples transmis, décodés, traités et transformés en actes et en paroles par les infirmières et infirmiers, seuls professionnels à avoir depuis longtemps des pratiques, un savoir et une vue d'ensemble sur ce système complexe.
- Pour remplacer le vieux mot ecclésiastique « infirmier » qui sert de qualificatif aussi bien aux pratiques de soins, qu'aux sciences de ces pratiques, on peut utiliser l'expression « médiologie de santé » fondée sur nos traditions culturelles et qui valorise :
 - le milieu de travail vu comme médium et lieu d'exercice d'un pouvoir ;
 - les médiations de santé permettant d'aider à vivre ;
 - une posture obligée d'intermédiaire culturelle occupée depuis toujours par les soignantes entre trois systèmes de valeurs qui ne sont pas en synergie.
- La médiologie de la santé, en tant que « *nomos* » particulier donné à la discipline des soins, désigne l'étude des postures d'intermédiaires culturelles et du pouvoir symbolique des langages au sein d'une institution. Comme champ d'étude, elle favorise la prise de conscience de la complexité du rôle professionnel avec ses enjeux sociaux, politiques, stratégiques, scientifiques et économiques (Pelletier, 2007).

Étude de cas

La standardisation des activités de soins a tendance à masquer les imprévus issus de l'interaction « humains-systèmes ». Les pratiques étant fixées par l'institution, nous savons que cette dernière peut contraindre ses acteurs à suivre des normes imposées du dehors (économie de la santé ou développement durable, par exemple) plutôt que des normes issues d'une autonomie de fonctionnement et d'une anticipation des risques maîtrisés par les acteurs en fonction de leur expérience, de leur expertise, de leurs savoirs et des traditions disciplinaires.

Q. À partir d'une situation de travail quotidienne, recherchez et nommez les indicateurs et les variables non pris en compte dans votre activité journalière, puis expliquez en quoi vos actions « invisibles » ou cachées assurent une présence humaine indispensable tout en contribuant à la sécurité des prestations fournies par le système de santé.

Références

- Bancel-Charenol, L., Delaunay J.-C. et Jogleux M. (1999). Une société de services. Comment gérer des biens invisibles? *Sciences humaines*, 91, 36-39.
- Bloch, O. et Wartburg, W. (1975). *Dictionnaire étymologique de la langue française*. Paris: Presses universitaires de France.
- Bourdieu, P. (2001). *Science de la science et réflexivité. (Cours du Collège de France, 2000-2001)*. Paris: Éditions Raisons d'agir.
- Collière, M.-F. (1994). *Virginia Henderson, la nature des soins infirmiers*. Paris: InterÉditions.
- Dallaire, C. et Gagnon, J. (2004). Que font les infirmières dans les milieux de soins? Mesures des prestations soignantes. *Perspective soignante*, 19, 106-109.
- Debray, R. (1991). *Cours de médiologie générale*. Paris: Gallimard.
- Debray, R. (1994). *Manifestes médiologiques*. Paris: Gallimard.
- De Gasparin, V. (1854-1855). *Des corporations monastiques au sein du protestantisme* (2 vol.). Paris: Librairie Meyrueis.
- Delaunay, J.-C., Gadrey, J. (1987). *Les enjeux de la société de service*. Paris: Presses de la fondation nationale des sciences politiques.
- De Munck, J. (1999). *L'institution sociale de l'esprit*. Paris: Presses universitaires de France.
- Formarier, M. (2007). La recherche en soins infirmiers, d'aujourd'hui à demain. *Soins, la revue de référence infirmière*, 717, 34-36.
- Fourez, G. (1996). *La construction des sciences. Les logiques des inventions scientifiques. Introduction à la philosophie et à l'éthique des sciences*. Bruxelles: De Boeck Université.
- Guillaume-Hofnung, M. (1995). *La médiation*. Paris: Presses universitaires de France.
- Hermel, L. (2001). *Maîtriser et pratiquer la veille stratégique*. Paris: Afnor.

- Imbert, J. (1947). *Les hôpitaux en droit canonique*. Paris : Librairie philosophique J. Vrin.
- Kim, H.S. (1997). Terminology in structuring and developing nursing knowledge. Dans I. M. King et J. Fawcett (sous la dir. de), *The Language of Nursing Theory and Metatheory* (p: 17-26). Indianapolis : Sigma Theta Tau International.
- Le Robert* (1992). *Dictionnaire historique de la langue française* (sous la dir. d'Alain Rey). Paris : Le Robert.
- Loiselle, C.-G. et Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières, approches quantitatives et qualitatives*. Saint-Laurent : Éditions du nouveau pédagogique.
- Marti, J.-F. et Moulira, F. (1991-1992). Le mythe du métier charmant. *Education permanente*, 109/110, 79-90.
- Nadot, M. (1992b). Une « médiologie de la santé » comme science. *Recherche en soins infirmiers*, 30, 27-36.
- Nadot, M. (1993). *Des médiologues de santé à Fribourg, Histoire et épistémologie d'une science soignante non médicale (1744-1944)*. Lille : Atelier national de reproduction des thèses. Thèse de doctorat en sciences de l'éducation et en sciences infirmières, sous la direction de Daniel Hameline, professeur de philosophie de l'éducation et d'histoire des idées pédagogiques à l'Université de Genève, directeur de recherche à l'Université Lumière, Lyon 2.
- Nadot, M., Auderset, P.-B., Bulliard-Verville, D., Busset, F., Gross, J. et Nadot-Ghanem, N. (2002a). *Mesure des prestations soignantes dans le système de santé*. Rapport scientifique DORE 01008.1/CTI 5545.1 FHS, recherche conduite avec le soutien de DORE, initiative conjointe de la Commission de la technologie et de l'innovation (CTI) et du Fonds national suisse de la recherche scientifique (FNS), Fribourg, HEdS-FR, filière soins infirmiers.
- Nadot, M. (2002b). Médiologie de la santé. De la tradition soignante à l'identité de la discipline. *Perspective soignante*, 13, 29-86.
- 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*, 18, 94-110.
- Nadot, M. (2003c). Variation : Mesure des prestations soignantes dans le système de santé. *Recherche en soins infirmiers*, Lyon : Mallet Conseil.
- Nadot M. (2005). Au commencement était le « prendre soin ». *Soins, la revue de référence infirmière*, 700, 37-40.
- Nadot, M. (2007). Leviers et obstacles à l'activité du chercheur en sciences infirmières. *Soins, la revue de référence infirmière*, 717, 35-38.
- Nonakam, I. (1999) L'entreprise créatrice de savoirs. Dans *Le Knowledge Management. Harvard Business Review* (p. 35-64). Paris : Éditions d'Organisation.
- Parsons, T. (1973). *Sociétés, essai sur leur évolution comparée*. Paris : Dunod.
- Pelletier, F. (2007). *L'activité infirmière dans deux groupes de médecine de famille (GMF) de la région de Québec*. Mémoire de maîtrise inédit. Québec : Université Laval.
- Proème*, 15 avril 1759. Titre d'un parchemin ancien dans lequel on trouve cette citation. Archives de l'État de Fribourg, Fonds de l'hôpital Notre-Dame, 16 pages manuscrites en langue française, dont seul le recto est numéroté.
- Provencher, H. et Fawcett, J. (2002). Les sciences infirmières : une structure épistémologique. Dans O. Goulet et C. Dallaire. *Les soins infirmiers. Vers de nouvelles perspectives* (p. 315-336). Boucherville : Gaëtan Morin Éditeur.

Rocheffort, C. (2002). *Étude exploratoire descriptive de l'activité infirmière et de ses bénéficiaires dans le contexte d'une salle d'urgence*. Mémoire de maîtrise inédit. Québec: Université Laval.

Ricœur P. (1988). *Philosophie de la volonté, le volontaire et l'involontaire* (tome 1). Paris: Aubier.

Vinck, D. (2000). *Pratiques de l'interdisciplinarité, mutations des sciences, de l'industrie et de l'enseignement*. Grenoble: Presses universitaires.