

Dans : Sliwka, C. et Delmas, Ph. (Eds). (2009).

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.

Nadot Michel, inf., Ph.D., Michel NADOT est titulaire d'un doctorat en sciences de l'éducation et en sciences infirmières (Université Lyon 2) avec pour objet de thèse : l'histoire de la profession et les aspects épistémologiques de la discipline infirmière. Il est également en possession d'un postdoctorat en politiques de la recherche et de l'enseignement supérieur de l'École polytechnique fédérale de Lausanne (EPFL).

Intéressé par le questionnement philosophique autour du « savoir infirmier », fondateur de la médiologie de la santé, auteur d'un cadre conceptuel novateur en sciences infirmières, il propose suite à ses résultats de recherche, de remplacer le vieux terme ecclésiastique « infirmier » par celui de « médiologue de santé ».

Aujourd'hui, Michel Nadot, est responsable recherche et développement au sein de la filière infirmière de la haute école de santé de Fribourg (Suisse) qui fait partie de la Haute École Spécialisée de Suisse Occidentale (HES-SO), professeur d'université associé à la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval à Québec (Canada), professeur invité à la Faculté des sciences infirmières de l'université Saint-Joseph de Beyrouth (Liban) et chargé de cours en philosophie des sciences à la Faculté de biologie et de médecine (IUFRS) de l'université de Lausanne (Suisse).

Les constantes des pratiques professionnelles d'hier... au service de la discipline infirmière demain

Michel Nadot



Depuis fort longtemps, l'hôpital formate les pratiques

L'étude historique des pratiques soignantes laïques¹ et de la profession infirmière est riche d'enseignement. En effet, certaines pratiques demeurent invariantes à travers les âges, notamment celles qui consistent à prendre soin de la vie du domaine (*domus*), de celle du groupe (*familia*) et de celle de l'humain (*hominem*). Les soignants ne sont donc pas au service exclusif des malades (la clinique), comme on peut encore l'entendre aujourd'hui dans certaines revendications, notamment à propos du temps à disposition pour soigner. Aujourd'hui encore, lorsqu'on observe une infirmière au travail, on peut identifier une activité propre, intense et complexe pour répondre à des attentes liées aux différents registres du « prendre soin » (Nadot, 2008b, p. 373).

Avant l'arrivée des religieuses et des médecins au sein des hôpitaux, les soignants laïcs avaient déjà des responsabilités et certaines prérogatives : la responsabilité du matériel, des denrées alimentaires, des habits, les responsabilités économiques dans la gestion de fonds – par exemple, distributions mensuelles de piécettes à l'hôpital de Romont (Suisse) en 1733

1. En tant qu'infirmier laïc, c'est sur les pratiques laïques que nous portons notre regard. Nous évitons ainsi la domination culturelle imposée par l'Hôtel-Dieu et les Sœurs grises, qui ont une histoire et des valeurs propres et différenciées.

avec tenue de registres comptables et organisation du travail (gestion de l'espace-temps) –, la responsabilité principale demeurant, déjà au Moyen Âge, celle d'entretenir la vie, la raison de vivre et d'assurer la survie.

En fait, l'activité soignante est une standardisation d'anciennes traditions, mais, culturellement, cette notion de tradition est encore pensée dans nos milieux dans une logique de routine, c'est-à-dire comme « ce que nous avons toujours fait ». Ce n'est pas dans ce sens que le terme « tradition » doit être entendu ici. Se référer à la tradition n'est pas revenir aux modalités de « ce que l'on a toujours fait », mais repérer ce que nos traditions ont produit comme sources de nos compétences et de nos savoirs standardisés sur le long terme, car « c'est la tradition qui représente – si l'on exclut la connaissance innée – la source à l'évidence la plus importante, en qualité comme en quantité, pour notre savoir » (Popper, 1985, p. 53).

La recherche fondamentale est déficiente au sein de notre discipline, raison pour laquelle il est nécessaire de réinterroger la place occupée par les résultats de la recherche historique. Cette recherche fondamentale historique et disciplinaire devrait prendre le pas sur une histoire symbolique et mythique relevant du sens commun véhiculé par nos programmes de formation. Disons-le franchement : non ! le dévouement, la vocation, les bonnes sœurs, la médecine ou la philanthropie n'ont jamais été aux origines de notre activité. La réalité est plus triviale que ça, moins hagiographique, c'est-à-dire pas aussi élogieuse ou peu critique pour nos prétendus fondateurs de la profession (nos héros qui font figure de « saints » pour ce qu'ils ont fait), comme Jeanne Mance, saint Vincent de Paul, Valérie de Gasparin-Boissier ou Florence Nightingale, et elle n'est pas seulement issue des valeurs imposées par les femmes de la classe cultivée du XIX^e siècle. Accepter le passé éviterait aux infirmières de se noyer dans une hypothétique recherche d'identité professionnelle toujours plus idéalisée.

On comprend dès lors pourquoi, de manière redondante, les infirmières, appauvries durant leur formation par une histoire mythique ou bêtafiante qui sort directement des lieux communs, et par une recherche fondamentale sous-exploitée, recherchent leur identité professionnelle

(le patronyme de leurs parents professionnels) durant plus de vingt-cinq ans. À défaut de recherches fondamentales sérieuses en histoire sur la standardisation de la discipline, les représentations de cette dernière reposent sur des symboles, des croyances issues du passé, des subordinations culturelles, et sur ce qui caractérise d'une manière générale la nature féminine dans notre société. Alors que les historiens de la médecine font remonter les origines de la profession aussi loin qu'à l'Antiquité grecque et romaine, les infirmières, elles, font remonter leurs origines au XIX^e siècle (Bates *et al.*, 2005, p. 9).

L'hôpital laïc en tant que collectivité de vie n'a rien à voir à ses débuts avec la médecine et la maladie, ou la pratique de charité de l'Église exercée au sein de l'hôtel-Dieu (*domus Dei*). En tant qu'organisation, l'hôpital abrite et regroupe des humains « condamnés » à vivre ou à travailler ensemble. À ce titre, l'hôpital en tant qu'institution moyenâgeuse est déjà un lieu de distribution du pouvoir¹, et permet ainsi, au travers de normes explicites ou implicites, des ajustements cognitifs, individuels et collectifs, dans des situations sans cesse renouvelées. À la suite de De Munck (1999), nous savons qu'une institution « est toujours habitée par du pouvoir, qui sélectionne, trie, encourage, crée et détruit des possibilités d'apprentissage collectif ». En tant qu'organisation, l'hôpital confère déjà quelques attributs aux soignants, qui développent alors une fonction « d'institutionnalisation » comprise dans l'exercice du rôle professionnel. Dès le début de son existence, l'hôpital formate les procédures interprétatives des situations. La professionnelle en titre, c'est-à-dire celle qui prête serment « au commencement de chaque année de s'acquitter fidèlement de son emploi, et de rendre bon compte de ce qui lui est confié en signant l'inventaire des effets de tout ce qui lui aura été remis et dont elle sera responsable » (Nadot, 1992), a des responsabilités vis-à-vis de personnes, et des compétences variées qui demandent un certain doigté. Elle aura « son » auxiliaire à qui elle délèguera une partie de ses savoirs d'expérience et dont elle supervisera l'activité. L'auxiliaire du soin en Suisse se nomme « maître des basses œuvres » à l'hôpital rural laïc de la ville de Romont en

1. C'est toujours le cas aujourd'hui.

1733, « servante de la gouvernante » à l'hôpital urbain laïc de Genève en 1744, « petite servante » à l'hôpital urbain laïc de Fribourg en 1759, puis les termes « d'aide infirmière » et « d'aide-soignante » se généraliseront progressivement au cours du xx^e siècle dans l'ensemble des hôpitaux (Nadot, 2008a, p. 45), pour devenir en Suisse romande dès 2002 « assistante en soins et santé communautaire ».

Les fondements de la fonction indépendante du rôle professionnel d'aujourd'hui

Prendre soin est une activité qui va s'enraciner et se développer par analogie avec l'activité familiale, ménagère et domestique réclamée par l'évolution des conditions de vie des habitants des villes et des campagnes. D'abord une occupation ordinaire à caractère privé, prendre soin va devenir progressivement, dès le xii^e siècle, un métier¹ et s'institutionnaliser dans une société à trois étages : la classe cultivée, la classe populaire et les servantes. C'est dans les deux dernières catégories que l'hôpital va trouver sa raison d'être. En effet, on fonde un hôpital laïc dans les communautés urbaines et rurales dès le Moyen Âge pour ceux et celles qui n'ont plus de lieux dans lesquels demeurer, pour ceux et celles qui doivent se cacher pour vivre ou pour mourir, pour « protéger la société civile contre les défauts qui menacent sa tranquillité » (Proème, 1759), pour les voyageurs qui ne peuvent pas loger en auberge et pour lesquels on applique un devoir d'hospitalité et de solidarité, et enfin pour ceux et celles qui doivent être assistés pour faire face aux épreuves de la vie courante, fussent-elles liées à certaines maladies encore inconnues. L'hôpital laïc au xviii^e siècle est un espace spécialisé, urbain ou rural, dans lequel on tente tant bien que mal de prendre soin de ceux et de celles qui demandent « à s'y habberger ».

1. Ce n'est qu'au milieu du xx^e siècle que l'on passera du métier à la profession, avec notamment la production de connaissances propres par la recherche scientifique (théories descriptives ou prescriptives) et une formation longue, de préférence universitaire, donnée au plus haut niveau du système académique.

L'hôpital laïc est majoritairement le miroir de la classe populaire et des servantes. La classe aisée a sa propre organisation de soins (domesticité spécialisée) et d'autres lieux de vie : manoirs, demeures bourgeoises, luxueuses ou patrimoniales, châteaux, dépendances, etc. C'est lorsque l'on n'avait pas les moyens de se prendre en charge, de se soigner, d'assumer les activités de la vie quotidienne ou d'assurer sa survie et sa sécurité que l'on se tournait vers l'hôpital.

La dynamique hospitalière, à ses débuts, ressemble à la dynamique d'une habitation collective type domaine agricole (normal à une époque où la société n'est pas encore de type industriel), dans laquelle on offre des prestations de service (un abri, le gîte, le couvert, une protection, une attention à l'autre et une occupation). En échange de ses conditions laborieuses, le personnel soignant¹, qui sera assermenté, touchera des prestations annuelles en espèce, complétées par des prestations journalières ou mensuelles en nature², car il était prévu qu'il sera nourri, logé, chauffé, éclairé, blanchi et médicamenté (Nadot, 1992). Avoir un appartement, à manger, de quoi se vêtir et se chauffer, des chandelles pour l'éclairage, savoir s'occuper utilement, avoir un potager ou un jardin, des poules, une vache ou un cheval, c'est déjà presque un luxe au xviii^e siècle, en regard des conditions de vie de la classe populaire et des servantes habitant les cités ou campagnes environnantes.

Le contexte hospitalier est fait d'une « bonne maison » comme bâtisse principale, de terres, de vignes, de forêts, de troupeaux, de potagers, de chènevière, d'animaux domestiques, de greniers et d'activités collectives liées à la gestion dynamique du domaine. Une cave à vins et une boucherie complètent les installations. Plusieurs corps de métiers se côtoient et réclament organisation, coordination, collaboration, communication et différents contrôles : contrôles financiers, logistiques, contrôle des

1. Toujours une « Magistra » avec un qualificatif propre à la langue locale ou à la région, et son aide corvéable à merci (la petite servante).

2. N'oublions pas que le personnel se fait aussi rembourser au détail (note de frais ou *livrances*) les prestations et achats qu'il fait pour l'hôpital en vue d'assumer les tâches quotidiennes (huile, lessives, repassages, viande, beurre, tisanes, balais, corbeilles, chandelles, amidon, savon, etc.).

mouvements, entrées, sorties, états des bâtiments, décompte des denrées, inventaire du matériel sont des activités réclamées par le travail en collectivité. Comme ailleurs dans le pays, non seulement l'hôpital vend divers biens de consommation (vin, blé, laine filée), mais il tire également des revenus, en nature ou en argent, des nombreux biens immobiliers qu'il possède (maisons, granges, vignes, prés, four, etc.). L'hôpital de Bulle (Suisse) par exemple possède toute une montagne sur laquelle se trouvent ses champs (l'épetaudaz¹ ou epetodaz). Employés et pensionnaires vivent souvent sous le même toit et partagent leurs conditions de vie.

Prendre soin, c'est en quelque sorte aider à vivre en dépit des conditions adverses² et des misères qui affectent la vie. Pour cela, l'hôpital constitue un espace spécialisé, urbain ou rural, dans lequel on tente tant bien que mal de prendre soin de ceux et de celles qui « manquent de biens, de forces et de santé » (Proëme, 1759).

Au XVIII^e siècle, la santé est un luxe. L'activité laïque du « prendre soin » apparaît comme une longue et insidieuse entreprise de standardisation de l'aide quotidienne permettant parfois de vivre en harmonie avec un contexte, et surtout d'assurer la survie. C'est de cette standardisation que vont se structurer peu à peu les connaissances encore enseignées aujourd'hui. Mais ces connaissances étant inexorablement liées à un contexte, il est clair que les évolutions technologiques de nos environnements de travail vont influencer nos pratiques. Comme le fait remarquer Fourez (1996, p. 126), « la standardisation est une opération essentielle particulièrement pour les technologies intellectuelles que sont les sciences ».

1. *Épetau* signifie « hôpital » en patois gruérien (district de la Gruyère, Suisse) et *daz*, « champ ».

2. La maladie, la pauvreté, la perte d'autonomie, les conflits armés et les attentats, les accidents, l'exclusion sociale et l'abandon, les épidémies et les fléaux sociaux, les misères ordinaires et leurs expressions ; une rupture conjugale non assumée, le veuvage, les comportements suicidaires, l'isolement, le manque flagrant d'éducation et d'hygiène, les personnes sans domicile ; le handicap, les troubles mentaux, la perte de la raison de vivre, les troubles du vieillissement et la dégénérescence cérébrale, les événements naturels et climatiques, des « passages » de vie mal négociés, etc., ces conditions adverses sont identifiées à partir des traces laissées sur les raisons d'hospitalisation (XVII^e-XX^e siècle).

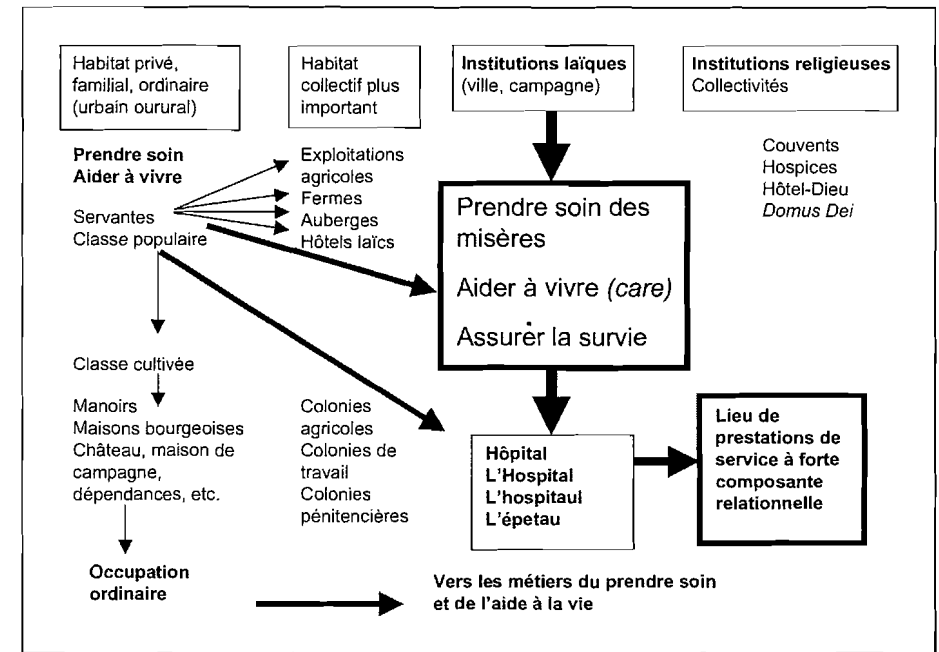


Figure 1 : Schéma du passage du prendre soin ordinaire au prendre soin institutionnalisé

En milieu hospitalier institutionnel, le contexte de l'action confère un statut à l'action. Prendre soin est une activité rythmant l'aide à la vie à partir du triptyque « *domus, familia, hominem* », que l'on peut repérer du XIII^e au XVIII^e siècle dans les hôpitaux laïcs et qui constitue la première modélisation de l'activité soignante (Nadot, 2005).

- **Domus** : prendre soin de la vie du domaine revient à une activité dite domestique (souvent associée à une activité ménagère), logistique, énergétique, économique (gestion de la richesse ou de la pauvreté, entretien du domaine), énergétique, et réclame un travail organisé contre rémunération.
- **Familia** : prendre soin de la vie du groupe (les habitants de l'hôpital) en tant qu'activité dite familiale, c'est aussi assurer une activité hygiénique collective, une organisation qui demande coordination, collaboration

et contrôle, la gestion du groupe et le respect des règles de vie en communauté, ainsi que la sécurité du groupe et des biens matériels.

• **Hominem** : prendre soin de l'homme qui vit dans le ménage, c'est établir une entrée en relation verbale ou non verbale en vue d'amorcer le premier acte de soin, parfois avec compassion, compréhension et respect de la personne. Cette activité a une composante éducative, elle peut porter sur l'activité hygiénique personnelle, la relation aux autres, et promouvoir la santé. Elle consiste alors à veiller à l'apprentissage des activités de la vie quotidienne ou au maintien de leur dynamique, à prévenir et à surmonter les maladies et les misères de la vie, à retrouver des forces, et parfois (mais c'est aussi ça, la vie) à accompagner la mort en respectant la dignité de la personne. Cette pratique ne fait pas l'objet de prescriptions et se trouve à la base de la fonction indépendante du rôle professionnel.

On le voit, l'activité professionnelle à partir du triptyque vu plus haut est loin de se centrer exclusivement sur ce qu'aujourd'hui certains nomment « la clinique »¹.

Le travail à l'hôpital se distingue du travail au domicile. Aussi bien la situation des personnes hospitalisées que celle des professionnels qui prennent soin d'elles restent très singulières par rapport aux situations de la vie quotidienne ordinaire. Au début des institutions de soins, ce sont effectivement les institutions, leurs statuts et leur contexte qui formatent les marges d'action et d'interprétation des acteurs (De Munck, 1999). Même si, à ses débuts, l'activité hospitalière imite l'activité domestique, familiale ou humaine de l'usage local, très vite, cette activité va se distinguer de cette dernière et dépendre du contexte de l'action, de son institutionnalisation² (valeurs, topographie, architecture, équipements, exigence cognitive, etc.), de ses règles (statuts, règlements, procédures,

1. De quel type de clinique parle-t-on ? Si l'on n'y prête garde, cette clinique est souvent en lien avec la recherche clinique biomédicale et perpétue un assujettissement retentissant et toujours renouvelé par rapport au paradigme biomédical. Cette colonisation médicale bien amorcée en sciences infirmières sert à maintenir la discipline et la profession infirmière dans des rôles de vassaux en regard de la médecine, et, par le fait même, les détournent de ce qui les en distingue (Holmes et Perron, 2008, p. 406).

2. Généralement, les institutions mettent en forme les contextes d'usage de l'action et les rendent accessibles à l'esprit (De Munck, 1999).

droits, devoirs, normes, etc.), ainsi que de la complexité des organisations avec leurs jeux de pouvoirs. Le pouvoir interne des acteurs au sein de cette collectivité hospitalière sera en fait le reflet du savoir distribué dans la société.

L'activité professionnelle d'une infirmière, qu'elle soit collective ou individuelle, dépasse largement le cadre exclusif d'un service offert aux malades. Les pratiques mobilisées dans l'exercice du rôle professionnel servent aussi constamment à gérer l'espace, le temps, les mouvements, la logistique, l'énergie, l'économie, les relations, l'évolution technologique et institutionnelle, l'information et la coordination du travail avec l'ensemble des acteurs concernés au sein du système de santé.

L'entrée dans le xx^e siècle verra plusieurs courants polémiques s'affronter au sein de la profession, entre femmes consacrées et pieuses laïques, entre institutions religieuses et institutions civiles, entre femmes soumises et femmes émancipées, entre femmes de la classe cultivée et de « vulgaires dévouements », entre infirmières auxiliaires médicales et infirmières autonomes à qui l'on délègue certaines fonctions.

À son arrivée dans l'hôpital (fin xviii^e siècle), le corps médical va devoir déléguer progressivement à la soignante une nouvelle culture faite de connaissances, de valeurs, d'idéologies, permettant à la fonction « médico-déléguée » du rôle professionnel d'aujourd'hui d'assurer son existence. En plus des activités liées au « prendre soin » ordinaire, la soignante va alors se trouver dans une nouvelle posture « d'agent double » au service du médecin : agent collecteur de données en vue d'une analyse médicale (observation, évaluation de l'état du malade et transmission à faire dans la langue légitime), agent applicateur des prescriptions médicales au travers de connaissances techniques déléguées et imposées ultérieurement à l'occasion d'un cours ou par des manuels de soins « à l'usage des infirmières » selon la formule consacrée, qui montre bien, ici, le pouvoir qu'a le médecin de déléguer à celle qu'il considérera inexorablement comme son auxiliaire¹ une partie fragmentaire ou résiduelle de son savoir.

1. « Collaboratrice intelligente mais disciplinée » du corps médical, entendrons-nous de 1786 à 1986.

Des pratiques du XVIII^e siècle à celles d'aujourd'hui

En fait, dès la fin du XVIII^e siècle, les pratiques nécessaires à l'exercice du rôle professionnel¹ sont en place. Ces pratiques se transmettront sans discontinuité aux générations suivantes, en épousant l'évolution du contexte de travail et de la société. Par « pratiques », nous entendons « une action humaine contrôlée et guidée par des éléments symboliques compris dans un système culturel (connaissances, valeurs, idéologies). Une pratique est nécessairement culturelle. Aujourd'hui, la culture qui oriente la pratique est dispensée à l'école lors de la formation, elle est formatée ou modelée par l'institution de travail lors de l'engagement professionnel. 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, 2003, p. 118).

Ne faisant pas l'objet d'une ordonnance quotidienne, les premières pratiques prescrites implicitement par l'institution hospitalière lors de l'engagement seront alors un service important et central rendu à l'institution. Ce système culturel institutionnel déjà complexe pour l'époque réclame un ensemble de compétences pour communiquer, transmettre des informations orales et écrites, accueillir, rassurer, informer, contrôler, gérer le matériel, contrôler les mouvements des « habitants » d'une institution de soins (entrées, sorties, transferts, engagements, licenciements, départs) et assurer l'économie domestique (organisation, sécurité, financement et logistique). Aujourd'hui, le fait par exemple de commencer son travail à 7 heures du matin dans tel service, de se mettre en tenue, de se laver les mains selon une procédure spéciale et de participer au colloque de prise de service en comprenant ce qui s'y joue détermine déjà un ensemble de gestes, d'attitudes et de compétences élémentaires. En fonc-

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

tion de la culture déléguée par l'institution depuis des siècles, le soignant permet à l'institution de fonctionner¹, mais il n'est pas au service exclusif de cette dernière.

Parmi les premières pratiques² mentionnées par les textes organisationnels des hôpitaux, on peut déjà repérer plusieurs groupes : les pratiques de gestion de l'information, les pratiques de récolte d'informations, les pratiques d'ordre et de discipline (que nous nommerons ultérieurement « pratiques de gestion et de coordination »), les pratiques de déplacement, les pratiques hôtelières (d'auberges) et d'accueil, les pratiques d'hygiène (intime, individuelle, collective), les pratiques d'approvisionnement et de rangement (y compris les pratiques liées à la logistique et à la culture des jardins, à la gestion des produits de la terre et des travaux des champs), les pratiques d'élimination des déchets organiques, les pratiques d'assistance face aux besoins quotidiens des pauvres³ assistés. La notion de réponse à apporter à des besoins est, du reste, déjà mentionnée en 1786 dans certains manuels de soins. Relevons que cette notion de besoin existait bien avant les études de Maslow ou la théorie de soins de Virginia Henderson pour faire valoir ses exigences. On peut également deviner au sein de l'espace de travail une pratique professionnelle individualisée de la relation « orientée » faisant de « l'entrée en relation » le premier acte de soins compris dans une prestation de service. Cette pratique est liée au statut et aux prérogatives accordées aux professionnels au sein de cet espace singulier qu'est l'institution de soins.

Puis, avec la pénétration progressive de la culture médicale dans l'hôpital (dès 1771 en Suisse romande), une pratique technologique du soin, qui demande la compréhension de nouvelles normes linguistiques, va être déléguée aux soignantes par le médecin. Liée à la prescription médicale, une exigence concernant l'information attendue sur les effets des thérapeutiques ou le comportement des malades sera

1. Il s'agit en effet d'assurer collectivement ou individuellement la bonne marche du service ou le bon déroulement des activités prévues et/ou imprévues.

2. Mentionnons que ces pratiques ont fait l'objet d'études scientifiques par des chercheurs canadiens et suisses en sciences infirmières. Elles peuvent donc s'observer aujourd'hui encore et elles font l'objet d'une définition théorique actualisée. Voir à ce sujet l'ouvrage récent sur le savoir infirmier et l'activité soignante de Nadot (2008b, p. 374-377).

3. On appelle « pauvres » aux XVII^e et XVIII^e siècles les personnes qui n'ont que leur travail pour vivre.

attendue. Ce groupe de pratiques « technologiques » sera le plus connu ou le plus valorisé, aussi bien dans l'imaginaire collectif (encore aujourd'hui) que par les professionnels se réclamant du paramédical. Selon la culture déléguée, le soignant permet 24 h/24 au corps médical d'ajuster ses interventions dans des conditions optimales, mais n'est en aucun cas mandaté pour décharger ce dernier de ses obligations ou pour pallier les manques auxquels l'exercice de sa profession le confronte. Il faut en effet éviter, comme le préconisent Holmes et Perron (2008, p. 406), « l'ingérence de la profession médicale dans la pratique infirmière qui menace l'intégrité du nursing et son développement en tant que discipline et profession distinctes de la médecine ».

Dès 1760, on retrouve les traces d'une pratique de formation à l'hôpital laïc de la ville de Fribourg (Suisse). Même s'il n'y a pas d'écoles, cette instruction se fait selon une transmission horizontale. Elle part de celle qui possède des savoirs d'expérience en direction de la novice profane qui commence son activité. Elle se trouvait encouragée par les autorités de l'hôpital au XVIII^e siècle¹. La pratique de formation est très ancienne. Preuve qu'il y a bien un savoir spécifique à se transmettre. Cette pratique est toujours de la responsabilité des infirmières dans leur rôle professionnel vis-à-vis des étudiantes infirmières ou stagiaires présentes dans nos hôpitaux. La dotation des effectifs doit aussi tenir compte de cette prise en charge. En effet, 20 malades et deux stagiaires dans une unité de soins, c'est 22 personnes à prendre en charge. Enfin, une pratique de régulation² permettant de récupérer un peu de forces pour avoir les moyens de continuer à travailler verra inégalement et progressivement le jour.

1. Nous avons eu la chance dans nos recherches de retrouver des prescriptions sur cette pratique dans un document hospitalier du XVIII^e siècle : « La Musshafera ou gouvernante des malades ayant resté quelques mois outre le terme pour lequel elle avait demandé son congé, pour instruire celle qui devait la remplacer, la Chambre a ordonné, qu'outre le prorata du tems qu'elle a fait de plus que son terme lui serait donné un louis d'or neuf de gratification en reconnaissance tant de ses services qu'en égard aux infirmités que son dit service lui a attirées » (Manual de la Chambre de l'hôpital, 1759-1761, 29'). Un louis d'or neuf = 168 batz (baches). Pour rappel, le salaire annuel de la Musshafera en 1700 était de 32 livres et demie, soit 163 batz environ.

2. Cette pratique est génératrice d'énergie de récupération dans la prévention des surcharges de travail : pas d'énergie de production sans cette énergie de récupération.

➤ Les pratiques au service de la discipline... demain

En fait, le travail infirmier reste une prestation de service, dont l'usager, quel qu'il soit, est toujours celui qui fournit l'information (mémemorisée, directe ou différée) nécessaire à la conception et à la production du service (Nadot, 2005, p. 39). Avec l'institution, le corps médical, les personnes soignées et leur entourage, ce sont trois ensembles bénéficiaires des prestations soignantes qui vont façonner les exigences de la fonction. Le service rendu des infirmières ne concerne pas que le service rendu aux malades. Ce réductionnisme mutile la reconnaissance des compétences exercées et laisse dans l'ombre le service rendu au système de santé pour assurer le fonctionnement institutionnel optimal, ainsi que le service rendu au corps médical (fonction médico-déléguée du rôle professionnel). Les infirmières depuis toujours anticipent et répondent aux demandes du corps médical, toutes hiérarchies et spécialités confondues, à celles de la direction des ressources humaines (DRH) et de l'encadrement (par exemple, introduction d'un nouveau système de gestion, service qualité, informatisation des bases de données, attribution de nouveaux postes, introduction de nouveaux équipements, activités de représentation à l'extérieur, consultations diverses, etc.), des services médico-thérapeutiques et médico-techniques, des services de maintenance ou d'intendance (lors d'incidents techniques, au départ de patients, lors de décontamination à effectuer, etc.), des services d'évacuation sanitaire (ambulances, SAMU, etc.) ; elles anticipent ou coordonnent leurs informations avec les services d'admission, elles anticipent et répondent aux demandes de consultants externes, d'instances de toutes sortes (judiciaires, juridiques, économiques, financières, administratives, sociales, associations de patients, services de santé communautaires, etc.), et, bien sûr, elles anticipent et répondent aux demandes parfois stratégiques de tiers (famille, proches, amis, voisins, conjoints, concubines, maîtresses des personnes soignées).

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 dis-

tribuée, perçue, traitée et décodée. Cette information a de la peine à se plier à des protocoles et à 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, 2003, p. 122). Dans l'échange entre la personne soignée et la personne soignante, ou dans celui entre la soignante et l'environnement de vie et les systèmes culturels des acteurs en présence, on peut observer que la consommation du service se fait parfois en même temps qu'une partie plus ou moins importante de sa production (Bancel-Charensol *et al.*, 1999, p. 37).

Suite à diverses recherches fondamentales ou appliquées réalisées à partir de notre modèle et cadre de référence (Gagnon et Dallaire, 2004; Nadot *et al.*, 2002a; Pelletier, 2007; Piguët, 2008; Rochefort, 2002), on peut confirmer que l'activité soignante consiste à mobiliser des compétences en vue d'occuper une posture « d'intermédiaire culturel » qui peut se décliner sur le terrain en une articulation de 14 groupes hétérogènes de pratiques professionnelles au sein de neuf groupes de variables (Nadot, 2008b, p. 377).

On y retrouve¹ :

- (A) des pratiques de gestion de l'information (26 % d'une journée de travail). Une des plus complexes sur le plan sémiotique et linguistique. Le colloque de prise de service le matin ou les remises de services en sont des exemples emblématiques. Si l'on ne comprend pas les messages échangés lors de ces colloques de service, on peut s'attendre à des dysfonctionnements, voire à de graves erreurs professionnelles ;
- (B) des pratiques de récolte d'informations (10 %). Ici, une recherche de sources d'information (documentaire, orale, téléphonique, informatique, etc.) ;
- (C) des pratiques d'ordre et de discipline (4 %) ;

1. Ces pratiques ont déjà fait l'objet d'au moins trois publications : Nadot M., « Médiologie de la santé. De la tradition soignante à l'identité de la discipline » (29-86), *Perspective soignante*, 13, Séli Arslan, Paris, 2002 ; Nadot M., « Mesure des prestations soignantes dans le système de santé », *Recherche en soins infirmiers*, 73, 2003, p. 116-122 ; Nadot M., « La fin d'une mythologie et le modèle d'intermédiaire culturel », Dallaire C., *Le Savoir infirmier, au cœur de la discipline et de la profession*, Gaëtan Morin, Montréal, 2008, p. 359-382. On évitera ainsi de les développer de nouveau en entrant dans le détail.

- (D) des pratiques de régulation (12 %), qui comprennent les pauses¹, l'intervision, la supervision, parfois la consultation de sources d'expertise ;
- (E) des pratiques de déplacement (11 %). On ne se déplace pas n'importe comment dans une institution de santé, cela s'apprend ;
- (F) des pratiques hôtelières (4 %). Très souvent déléguées, il n'en demeure pas moins que l'on en garde la responsabilité ;
- (G) des pratiques d'hygiène collective (2 %) ;
- (H) des pratiques de réapprovisionnement (4 %) ;
- (I) des pratiques d'élimination (1 %) ;
- (J) des pratiques d'assistance (12 %).

Peuvent également être observées :

- (K) la pratique professionnelle de la relation (20 %). Pratique importante que l'on soit en psychiatrie ou en chirurgie, par exemple ;
- (L) la pratique technologique du soin liée à la prescription médicale, groupe de pratique le plus connu ou le plus valorisé (15 %) ;
- (M) des pratiques de formation (2 %), proportionnelles au nombre de stagiaires à encadrer ;
- (N) et enfin des pratiques paradoxales nommées « pratiques d'inactivité » (4 %). On attend par exemple un ascenseur qui ne vient pas ou l'on est paralysé dans notre activité par un médecin qui devait venir voir la plaie d'une personne désorientée et qui tarde à venir.

Sur cet ensemble, 27 % des pratiques peuvent se manifester sous forme de pratiques simultanées (une pratique associée à d'autres). Toutes ces pratiques restent formatées par l'institution et vont suivre l'évolution de cette dernière.

On constate aussi que les 14 groupes de pratiques portées par notre modèle d'intermédiaire culturel 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 le groupe A (gestion de l'information). Ce groupe, très souvent, porte les trois systèmes culturels imbriqués les uns dans les autres, et doit

1. Nous avons constaté que même durant les pauses, les infirmières continuent à travailler, notamment en ventilant les émotions, en partageant des informations, en ajustant leur plan de travail, etc.

aussi traiter des informations « parasites » ou externes aux préoccupations professionnelles. Ce type de pratiques associé à d'autres (pratique de récolte d'information, pratique de gestion et de coordination, pratique de régulation, pratique professionnelle de la relation) donne naissance à un groupe « pratiques informationnelles », qui peut représenter jusqu'à 72 % de la journée de travail d'une infirmière (Nadot *et al.*, 2002a)¹.

Sans accès à l'écriture, sans recherches fondamentales sur leur propre discipline pendant de longues années, les soignantes étaient condamnées à « peu lire, beaucoup voir, beaucoup faire »². Passant sous silence le travail accompli et les services rendus à d'autres bénéficiaires de leurs prestations (notamment le corps administratif et le corps médical d'une institution), les soignantes prendront l'habitude de réduire les compétences mobilisées dans leurs activités quotidiennes au seul service des malades et de leur entourage. Ce qui, convenons-en, n'est déjà pas une mince affaire.

Notons encore que l'arrivée des valeurs de l'Église dans l'organisation (fin XVIII^e siècle) ne va pas supprimer les anciennes pratiques, mais leur donner un sens nouveau ; l'arrivée de la médecine dans l'organisation (1790) ne va pas supprimer les anciennes pratiques, mais en ajouter de nouvelles (en attendant que le médecin institue parfois ou participe à la formation) ; le développement technologique et socioculturel de la société (XIX^e et XX^e siècle) ne va pas supprimer les anciennes pratiques, mais modifier l'espace-temps de travail, c'est-à-dire le formatage des pratiques, des normes, des missions, l'apparition de nouveaux objets utilitaires, une modification de la nature des actes à réaliser et un accroissement du volume des informations à traiter ainsi que des compétences à déployer ; enfin, le développement de la recherche en soins (dès 1860-1950) ne va pas supprimer les anciennes pratiques, mais leur donner un sens nouveau, de par la production du savoir (fondamental, appliqué, clinique) et le statut des connaissances à disposition.

1. Selon une étude « budget-temps » qui date déjà, menée aux USA en 1976, la pratique informationnelle des infirmières représentait déjà 60 % de l'activité journalière.

2. Petite phrase du médecin Antoine-François Fourcroy pour symboliser l'état des connaissances du corps médical français en 1794.

➤ Comment valoriser ce qui est occulté et très souvent soustrait au regard ?

Comment valoriser, en effet, ce que la société écarte de manière politiquement correcte, parce qu'elle se doit de ne pas valoriser ce qui est occulté et très souvent soustrait au regard ? Nous voulons parler ici par exemple de la relation à la mort et à la nudité rencontrée au quotidien, des déjections et de leurs odeurs, de la misère, de l'injustice et de son expression, de la souffrance ou de ses manifestations, du suicide, des malformations, de la folie, des troubles démentiels, des séquelles d'attentats dus à la folie meurtrière des hommes, etc.). Un déni particulier s'exerce sur les responsabilités assumées par les soignantes depuis des siècles, il continue aujourd'hui, du reste¹, et se trouve d'autant plus fort que le discours utilise des éléments symboliques difficiles à rejeter plutôt que des éléments scientifiques². On ignore, on veut surtout ne pas voir (ça pourrait faire augmenter les coûts de la santé), ce que les soignants doivent en permanence assurer derrière les murs institutionnels avec de réelles compétences, alors qu'habituellement ces compétences passent pour des qualités humaines particulières, un amour du prochain, une gentillesse

1. Cf. Frôté Y., « Profession sous-estimée », *Journal Le Temps*, 27 juin 2008.

2. Relevons au passage que ce déni touche aussi, dans une moindre mesure, l'activité ordinaire d'une mère de famille qui assume souvent dans l'ombre la bonne marche du ménage, l'éducation des enfants, et parfois les soins à un parent âgé ou à son conjoint.

naturelle et gratuite, de la bonté, une vocation ou des caractéristiques maternelles, voire maternantes, quand il ne s'agit pas tout simplement d'une indifférence générale face à d'autres valeurs de société qui dominent (scientifiques ou économiques par exemple). L'expression de tels propos symboliques et leur redondance peuvent tout simplement, et paradoxalement, apparaître comme un manque flagrant de respect des acteurs et du travail accompli par ces derniers, en permettant à des euphémismes d'adoucir et de masquer la lourdeur et la complexité de la tâche. Les activités à base relationnelle comme les prestations de service hospitalières ou de soins sont souvent occultées par un monde axé sur la mesure de la tâche selon des valeurs industrielles ou des procédés métrologiques. Nous sommes passés en cinquante ans, pour ce qui concerne la gestion du travail et l'attribution des ressources, par une organisation en journée d'hospitalisation à la notion de flux ou d'objets traités, pour en arriver à la notion de traitement médical par cas (*case-mix*) plus ou moins complexes. La définition de la productivité à l'hôpital à partir des « *diagnosis related groups* » (DRG) est essentiellement (et encore une fois) une domination médicale¹ sur l'activité du soin. Mais la contribution du « prendre soin » n'a pas sa place dans ce type de mesure. Comme le précisent du reste Gadrey et Zarifian (2002, p. 75), les dimensions relationnelles des soins ne font pas partie de la définition du produit et de la performance, et sont plutôt un frein à la productivité. On oublie alors l'impact du travail infirmier qui a pour premier acte de soin une entrée en relation dans un espace-temps singulier, et sa contribution à la guérison, à la prévention des rechutes et réhospitalisations, à une meilleure prise en charge du patient par lui-même et par ses proches, sans oublier son impact sur la satisfaction au travail.

Faute d'utiliser nos traditions² comme mythes à combattre en vue de développer nos théories ultérieures (connaissance objective), nous avons

1. Cela a déjà été démontré par Bourdieu avec sa notion de champs et l'on sait aussi que le fait « que les plus forts parviennent de toute façon à infléchir l'évaluation en leur faveur n'est pas une découverte » (Gadrey et Zarifian, 2002, p. 82).

2. Nous ne parlons pas ici de « la routine » ou de « ce que l'on a toujours fait », comme déjà mentionné plus haut, mais de la tradition du langage, cette connaissance objective, qui peut parfois remonter jusqu'aux mythes.

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 dans le futur viendront critiquer ou contredire nos théories d'aujourd'hui en vue de les enrichir ? Comment la profession infirmière va prendre (seule) 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 ? Que savons-nous du développement et de la nature de la science de manière générale ? Au moment où vient de se créer à l'université de Lausanne (Suisse), en date du 30 juin 2008¹, le deuxième programme du monde francophone pour le grade de docteur ès sciences infirmières (Ph.D.), quelles orientations prennent nos formations pour permettre à nos chercheurs de produire, comme le mentionnent Dallaire et Aubin (2008, p. 13), des théories descriptives ou explicatives des phénomènes qui intéressent la discipline ou des théories prescriptives issues de recherches cliniques selon une perspective en science infirmière ? Il nous appartient de développer notre propre savoir, de le faire reconnaître aussi bien par la cité scientifique que par les politiques de santé, et de lui trouver une place, un espace de parole et de visibilité au sein de nos institutions. Pourquoi ? Tout simplement pour éviter de nous voir imposer des normes politiques, économiques ou scientifiques de fonctionnement, d'une nature scientifique souvent autre que nos propres normes scientifiques et sans pouvoir toujours en situer les sources et les orientations et en anticiper les enjeux. Comme la science en général, la science infirmière doit étudier les problèmes relatifs à ses théories.

« La science ne commence que s'il y a problème. Ceux-ci surgissent avant tout lorsque nos attentes se trouvent déçues ou que nos théories nous conduisent à des difficultés, à des contradictions. Celles-ci peuvent apparaître au sein d'une même théorie, résulter de la mise en relation des

1. Règlement pour l'obtention du grade de docteur ès sciences infirmières (Ph.D.) au sein de l'Institut universitaire de formation et recherche en soins (IUFRS) de la faculté de biologie et de médecine de l'université de Lausanne (Suisse). Ouverture des cours du préalable au doctorat le jeudi 2 octobre 2008 sous la direction de Céline Goulet, inf., Ph.D.

deux théories différentes ou provenir d'un conflit entre nos théories et nos observations. En outre, c'est seulement à travers les problèmes que nous prenons conscience de notre adhésion à une théorie. Ce sont eux qui nous incitent à apprendre, à faire progresser notre savoir, à procéder à des expérimentations et à observer. La science part donc de problèmes et non pas d'observations, même si celles-ci peuvent faire apparaître un problème. » (Popper, 1985, p. 329)

Ne nous trompons pas de cible. Dans le développement de la science, notamment de nos théories à large spectre, ce ne sont pas toujours les problèmes des malades qui sont du premier intérêt, mais les problèmes posés par nos théories, notre savoir objectif, *celui qui sert à guider nos pratiques* et qui se trouve au cœur de l'ensemble « paradigmatique de notre discipline, *person, environment, health, nursing* » (Fawcett cité par Dallaire et Blondeau, 2002, p. 292). Comme le mentionnent explicitement le règlement de l'université de Lausanne¹ et les directives du doctorat, ce sont nos universités, avec leurs facultés ou instituts de sciences infirmières, qui ont pour mission de préparer les scientifiques à une compréhension étendue des fondements théoriques de la discipline infirmière. Au plan académique, il s'agit avant tout de « proposer aux professionnels infirmiers une consolidation de leur formation et [de] les positionner favorablement sur la scène européenne et internationale ».

Certes, rien n'est jamais gagné. Il faut constamment spécifier l'apport de notre discipline à la promotion de la santé, et expliquer en quoi consiste l'aide à la vie apportée à ceux qui sont dépossédés de certains pouvoirs du fait de leur maladie (Nadot, 2008b, p. 377). Mais en vue de contrer les quelques sceptiques qui doutent de l'existence de notre discipline ou ceux qui s'ingénient à couper habituellement la branche sur laquelle ils se trouvent, il n'est pas inutile de prendre conscience de laquelle ils se trouvent, il n'est pas inutile de prendre conscience de l'évolution des mentalités et de se remémorer la représentation qu'ont, par exemple (quelques extraits), les sociétés médicales suisses sur la place occupée par les infirmiers au sein du système de santé, notamment en lien avec les échelons de la formation académique reconnue dans toute

1. Préambule du règlement pour l'obtention du grade de docteur ès sciences infirmières, université de Lausanne, faculté de biologie et de médecine, 30 juin 2008.

l'Europe (Accords de Bologne, 1999) : « Les soins professionnels ont leur raison d'être dans toutes les phases de la vie. Leur contenu est fondé sur des preuves scientifiques, l'expérience réfléchie et les préférences des personnes prises en charge. Dans son activité, le personnel soignant tient compte des ressources et des besoins des personnes prises en charge, définit des objectifs, planifie les soins, dispense ceux-ci (en mobilisant les capacités relationnelles et techniques nécessaires) et en évalue le résultat. » (Rapport ASSM, 2004, p. 23)

« La manière de voir des infirmiers est davantage centrée sur la condition liée à la maladie que sur la maladie proprement dite, et s'oriente sur l'assistance qui permettra la maîtrise au quotidien des déficiences, résultant des perturbations de la santé. Leur raisonnement est influencé par leur lien avec le patient et son quotidien. Au niveau professionnel, un infirmier détient un diplôme de niveau baccalauréat universitaire [...]. Les soignants avec un niveau baccalauréat universitaire exécutent les soins, en pratique, sur la base de preuves scientifiques. Pendant leur formation, ils apprennent à adopter une démarche et des méthodes de travail scientifiques. Leur collaboration à des projets de recherche est, de ce fait, souhaitable. En revanche, les étudiants au niveau de la maîtrise universitaire sont tenus de participer à des projets de recherche sous la direction d'un responsable. Une carrière scientifique autonome est possible après l'obtention d'un doctorat. Les soignants titulaires d'une formation de niveau maîtrise universitaire peuvent briguer ce titre [...]. Le baccalauréat (*bachelor*) universitaire doit devenir – également en Suisse alémanique et au Tessin – le diplôme normal du personnel soignant (en vigueur en Suisse romande depuis 2002). Il convient de promouvoir des possibilités de formation pouvant mener à la maîtrise universitaire ou au doctorat. » (Bulletin des médecins suisses, 2007, p. 1949-1951)

➤ Conclusion

Ni ménagère ni familiale, ni domestique, ni bienveillante, 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. Les pratiques forment le tout et sont indissociables de l'activité professionnelle, même une fois déléguées à nos auxiliaires.

Après avoir été dominé par l'Église (la bonne sœur), l'Armée (la Croix-Rouge) et la Médecine (les paramédicales), la discipline infirmière doit encore se préserver de la domination d'autres grandeurs, voire du retour de la colonisation médicale au travers des « données probantes », instrument du gouvernement ou de l'État justifiant, comme le relèvent Holmes et Perron à la suite de Traynor (2008, p. 405), « certaines priorités en matière de santé et [...] des suppressions de programmes ne s'inscrivant pas dans celles-ci ». En effet, les sciences infirmières constituent leur savoir à partir de la pratique et ne consistent pas en un savoir préalable dont celle-ci n'aurait qu'à déduire ses démarches. Elles ne sont pas non plus le lieu d'exercice ou d'entraînement de disciplines annexionnistes. La singularité de nos champs de recherches est déterminée par cette posture d'intermédiaire culturelle occupée depuis des siècles. L'infirmière, dans sa position centrale d'intermédiaire culturelle ou « médiologue de santé », doit aussi développer des stratégies relationnelles lui permettant de communiquer non seulement avec des patients dépossédés de certains pouvoirs du fait de leur maladie, mais aussi 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 et infirmiers, seuls professionnels à avoir depuis longtemps un savoir et une vue d'ensemble sur ce système complexe.

Pour conclure, la petite révolution que nous provoquons en remplaçant le terme ecclésiastique « infirmier » par celui novateur de « médiologue de santé » introduit une transformation radicale tout en conservant les acquis antérieurs. Comme d'autres, « ce sont donc des révolutions qui

conservent les acquis, sans être des révolutions conservatrices, visant à bouleverser le présent pour restaurer le passé. Elles ne peuvent être accomplies que par des gens qui sont en un sens des capitalistes spécifiques, c'est-à-dire des gens capables de maîtriser tous les acquis de la tradition » (Bourdieu, 2001, p. 126-127).

Bibliographie

- BANCEL-CHARENSOL L., DELAUNAY J.-C., JOUGLEUX M., « Une société de services. Comment gérer des biens invisibles? », *Sciences humaines*, 91, 1999, p. 36-39.
- BATES Ch., DODD D., ROUSSEAU N., *Sans frontières, quatre siècles de soins infirmiers canadiens*, Presses de l'Université, Ottawa, 2005.
- BOURDIEU P., *Science de la science et réflexivité, cours du Collège de France, 2000-2001*, éd. Raisons d'agir, Paris, 2001.
- , « Les futurs profils professionnels des médecins et des infirmiers dans la pratique ambulatoire et clinique », *Bulletin des médecins suisses*, 46, 2007, p. 1942-1952.
- DALLAIRE C., BLONDEAU D., « Le savoir infirmier : une problématique », GOULET O., DALLAIRE C. (dir. par), *Les Soins infirmiers, vers de nouvelles perspectives*, Gaëtan Morin, Montréal, 2002, p. 279-300.
- DALLAIRE C., AUBIN K., « Les soins infirmiers, les sciences infirmières ou la science infirmière », DALLAIRE C. (dir. par), *Le Savoir infirmier, au cœur de la discipline et de la profession*, Gaëtan Morin, Montréal, 2008, p. 3-26.
- DE MUNCK J., *L'Institution sociale de l'esprit*, PUF, Paris, 1999.
- FOUREZ G., *La Construction des sciences. Les logiques des inventions scientifiques. Introduction à la philosophie et à l'éthique des sciences*, De Boeck Université, Bruxelles, 1996.
- GADREY J., ZARIFIAN Ph., *L'Émergence d'un modèle du service : enjeux et réalités*, éd. Liaisons, Paris, 2002.

- GAGNON J., DALLAIRE C., « Que font les infirmières dans les milieux de soins ? Mesure des prestations soignantes », *Perspectives soignantes, pour une pratique porteuse de sens et respectueuse des personnes*, 19, Seli Arslan, Paris, 2004, p. 106-109.
- HOLMES D., PERRON A., « L'infirmière praticienne en soins de première ligne : entre colonisation et affranchissement », DALLAIRE C., *Le Savoir infirmier, au cœur de la discipline et de la profession*, Gaëtan Morin, Montréal, 2008, p. 403-414.
- , *Manual de la Chambre de l'hôpital 1759-1761, Archives de l'État de Fribourg (AEF)*.
- NADOT M., « La formation des infirmières, une histoire à ne pas confondre avec celle de la médecine », WALTER F., *Peu lire, beaucoup voir, beaucoup faire, pour une histoire des soins infirmiers au XIX^e siècle*, éd. Zoé, Genève, 1992, p. 153-170.
- NADOT M., AUDERSET P.-B., BULLIARD-VERVILLE D., BUSSET F., GROSS J., NADOT-GHANEM N., « 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, 2002a.
- NADOT M., « Variation : mesure des prestations soignantes dans le système de santé », *Recherche en soins infirmiers*, 73, éd. Mallet Conseil, Lyon, 2003, p. 116-122.
- NADOT M., « Au commencement était le "prendre soin" », *La Revue de référence infirmière, Soins*, 700, 2005, p. 37-40.
- NADOT M., « Prendre soin : aux sources de l'activité professionnelle », DALLAIRE C., *Le Savoir infirmier, au cœur de la discipline et de la profession*, Gaëtan Morin, Montréal, 2008a, p. 27-51.
- NADOT M., « La fin d'une mythologie et le modèle d'intermédiaire culturel », DALLAIRE C., *Le Savoir infirmier, au cœur de la discipline et de la profession*, Gaëtan Morin, Montréal, 2008b, p. 359-382.
- PELLETIER F., *L'Activité infirmière dans deux groupes de médecine de famille (GMF) de la région de Québec*, mémoire de maîtrise en sciences infirmières, Faculté des sciences infirmières de l'université Laval, Québec, 2007.
- PIGUET C., *Autonomie dans les pratiques infirmières hospitalières. Contribution à une théorie agentique du développement professionnel*, thèse de doctorat en sciences de l'éducation et en sciences de la santé publique, université Paris X Nanterre et université catholique de Louvain, école de santé publique, 2008.
- POPPER K., *Conjectures et réfutation. La croissance du savoir scientifique*, Payot, Paris, 1985.
- PROËME, AEF, *Fonds de l'hôpital Notre-Dame*, 16 pages manuscrites en langue française dont seul le recto est numéroté, 5 avril 1759.
- , *Rapport des experts de l'Académie suisse des sciences médicale (ASSM), de la Fédération des médecins suisses (FMH) et des cinq facultés de médecine. Buts et missions de la médecine au début du XXI^e siècle*, Bâle, 2004.
- ROCHFORT Ch., *Étude exploratoire descriptive de l'activité infirmière et de ses bénéficiaires dans le contexte d'une salle d'urgence*, mémoire de maîtrise en sciences infirmières, Faculté des sciences infirmières de l'université Laval, Québec, 2002.