

Communication :

Tout se passe dans « l'ENTRE »

Métaphore révélatrice de la complexité et de la perpétuelle mouvance de l'activité soignante

Depuis la nuit des temps, des acteurs multiples gravitent autour de l'infirmière et de l'infirmier. Ces derniers ne réalisent pas toujours qu'ils occupent une posture stratégique centrale au cœur du système de santé. Les gestionnaires du système de santé continuent eux, de voir les infirmières et les infirmiers, comme des acteurs, plus « symboliques » que « scientifiques », de second rôle nommés « agents de santé, personnel sanitaire ou parasanitaire¹ ». Agents interchangeable ou modelables à souhait, en fonction des idéologies du monde politique, ces scientifiques de la santé payent un certain prix pour saisir le rôle qu'on veut leur faire jouer, ne serait-ce que par la surcharge mentale et émotionnelle imposée par l'ensemble des données (verbales et non verbales) que leur professionnalisme et les changements en cours obligent à traiter.

Pour saisir cette posture de « l'entre-deux », retournons si vous le voulez bien, aux fondements de nos traditions² professionnelles.

Par une lecture ethno-historique des fondements de la culture soignante, on peut mettre en évidence que c'est autour des « feux » que l'activité de prendre soin commence. On ne dénombre pas encore le volume d'une cité par ses « habitants ». Le feu devient plus tard le foyer et, au sein du foyer, il faut déjà prendre soin de l'humain, prendre soin du groupe (la famille) et prendre soin du domaine. Ici, le domaine correspond au latin *domus* à savoir « la maison ». Avec l'accroissement du nombre de feux et de foyers, le développement des cités, du même coup l'accroissement de la société civile, la « Maison » devient aussi le lieu de séjour d'une collectivité qui bénéficie d'une attention particulière.

Prendre soin de la maison et de ceux qui y vivent, individus ou groupes à tous les âges de la vie, marque les fondements dans lesquels on retrouve, dès le X^e siècle, les éléments composites d'origine de la discipline professionnelle infirmière. « *Domus/familia/hominem* », tel était en latin le fondement du « prendre soin ». Déjà au sein du foyer, si l'on ne voit pas plusieurs métiers s'exercer, on peut cependant observer plusieurs tâches effectuées.

Après le feu, le foyer, le domaine, la Maison, le Ménage, l'espace-temps du soin devient alors l'hôpital. Il est fait pour ceux qui sont hors du foyer, ceux qui n'ont plus de lieux dans lequel demeurer. L'hôpital est le miroir de la classe populaire et des servantes. La classe aisée a sa propre organisation de soins et d'autres lieux de vie: manoirs, demeures bourgeoises, luxueuses ou patrimoniales, châteaux, dépendances, etc.).

Soigner ou « prendre soin » a des variables tridimensionnelles indissociables du fondement de l'activité. Il faut en effet:

- prendre soin de l'humain à tous les âges de la vie.

¹ Organisation des Nations Unies, Conférence de Rio, Développement durable et Action 21.

² D'un point de vue épistémologique, lorsque je parle de traditions au pluriel, je veux mentionner cette culture qui oriente les pratiques de toute communauté professionnelle et qui représente selon la 4^e thèse de Popper (1985, 53), la source à l'évidence la plus importante en qualité comme en quantité, pour notre savoir.

- prendre soin de la vie du groupe car l'action soignante s'opère au sein d'une communauté.
- prendre soin de la vie du domaine, notamment avec ses aspects socio-économiques, logistiques et domestiques.

Les dernières recherches effectuées sur les caractéristiques de l'activité soignante (Nadot et al. 2002, Gagnon, Dallaire 2004)³, mettent en évidence que l'infirmière et l'infirmier occupent une position singulière entre des acteurs et des cultures (valeurs, idéologies, connaissances, langages) qui ne sont pas en synergie. Même si explicitement il est affirmé que « tout le monde est là pour le bien des malades », force est de reconnaître qu'il y en a qui sont « là » plus que d'autres, ne serait-ce que pour donner à voir, aux décideurs politiques, ce qui devrait être privilégié en matière de priorité de santé. L'infirmière et l'infirmier, dans leur posture « d'intermédiaires culturels » au sein du système de santé sont les seuls à savoir que la tâche est lourde et quelle réclame une expertise tridimensionnelle. Ils n'en mesurent pas toujours les raisons et ne valorisent souvent qu'une partie de l'activité nommée pour la circonstance « soin » le tout, confortée par les discours dominants.

À l'hôpital laïc de la ville de Fribourg en 1759, les finalités de l'institution sont de « protéger la société civile contre les défauts qui menacent sa tranquillité ». Ces défauts sont « le manque de biens, le manque de forces et le manque de santé » (Nadot, 1992). Je vous laisse le soin de réfléchir si, aujourd'hui, nous ne continuons pas à « prendre soin » de personnes qui manquent de biens, de forces et de santé.

L'activité soignante se déroule au sein de relations asymétriques qu'un ensemble d'acteurs ont structuré sous forme de jeux. Ces jeux s'inscrivent au sein d'un tissu d'échanges politiques. « L'intermédier » date pour les infirmières, pourquoi diable, n'en parler qu'aujourd'hui ?

Dans l'histoire de notre discipline⁴ et ceci au sein d'un espace singulier, trois cultures vont chronologiquement et progressivement orienter l'activité soignante au travers de l'écriture : la culture institutionnelle, dès la fondation de l'hôpital, la culture médicale à partir du 14 frimaire de l'an III napoléonien, et la culture soignante non médicale dans un premier temps, dès qu'il faut « prendre soin » et dans un second, dès qu'il faut donner sens à cette activité. Ce qui permet de présenter un schéma statique du service rendu.

À la fin du XVIII^e siècle, les variables de l'activité professionnelles sont en place. On peut déjà remarquer que l'infirmière a une pratique « d'entretien de la vie » et que son activité principale est une pratique de traduction informationnelle d'indicateurs biologiques, psychologiques, sociaux et culturels. Elle doit néanmoins assumer sa posture entre trois systèmes de valeurs qui ne sont pas en synergie.

Les prestations de service délivrées par les infirmières sont issues de sources d'informations multiples et hiérarchisées: elles sont au cœur d'une hiérarchie institutionnelle, technique et administrative (SC1), d'une hiérarchie médico-chirurgicale (SC2) et de la pluralité culturelle et sociale portée par les personnes soignées et leur entourage (SC3).

Déjà au 18^e siècle, la soignante avait comme interlocuteurs une multitude d'acteurs de métiers différents, tous partageant l'espace-temps institutionnel. Soigner était déjà « être entre » et supposait d'établir des collaborations multiples. On peut voir par exemple que par une pratique de déplacement, l'espace-temps se modifie, les interlocuteurs se font plus nombreux. En 1828, par exemple, un infirmier (*frater*) pouvait quitter l'hôpital pour aller faire des visites « dans le lieu du domicile ». Notons que le jour, la visite était rétribuée 2 batz, et la nuit, 4 batz⁵.

La soignante employée à l'hôpital laïc de la ville de Genève ou à celui de Fribourg par exemple, et qui ne s'appelait pas, « infirmière » ni « Krankenschwester » car l'Eglise n'avait pas encore colonisé le champ laïc de la pratique des soins, devait évoluer au milieu de personnes au statut très

³ Cette recherche appliquée a obtenu un indice de pertinence de 5 sur 5 donné par « Aramis », le système de reconnaissance des activités de recherche de la Confédération helvétique.

⁴ Une discipline professionnelle est un ensemble de pratiques vues comme 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, 74).

⁵ Décret du 1^{er} février 1828. Tarif pour les médecins, chirurgiens, fraters et vétérinaires. Archives de l'Etat de Fribourg (AEF) *Bulletin des lois*, 1828, Cf. Nadot, 1993, 550.

divers. On trouve ainsi l'hospitalier et l'hospitalière, le secrétaire, un sautier⁶, des procureurs, des officiers chef des offices, des tailleurs, un fermier, un sommelier, des boulangers, des bouchers, un économe, des palefreniers, des portiers, un maître d'école, des apprentis, des vigneron, des médecins, des apothicaires, des maîtres chirurgiens, un visiteur (anatomo-pathologiste), des cuisiniers, des domestiques, des enterreurs, des servantes, des forestiers, un chantre, un aumônier, des charretiers, des chasseur et chasses coquins, etc.

Ce qui distinguait chacun à cette époque était la culture (connaissances, valeurs, idéologies) savante, profane, ou populaire. Cette culture orientait l'action au sein du contexte de travail singulier qu'est l'hôpital. Nous savons en effet que toute action humaine est culturelle⁷. Ce qui était valorisé l'était parce que celui qui détient ces éléments culturels était lettré, instruit ou avait la possibilité de l'être, alors que l'activité qualifiée de populaire, vulgaire ou mercenaire, était dévalorisée habituellement par autrui, parce que le statut de celui qui le donne l'était aussi. Dans cette aventure, ce n'est pas ce que l'on fait qui compte, mais la grandeur, la réputation, ou la valorisation du savoir qui y sont liés, ainsi que la possibilité d'accéder ou non à la source de ce savoir (Nadot, 1993, 26).

L'activité soignante n'est jamais stabilisée. Elle reste dépendante du langage des bénéficiaires de la prestation. Schématiquement, elle est de l'ordre du mouvement perpétuel et du mobile. Elle ne se laisse pas enfermer dans des protocoles et des routines présentées comme sécurisantes dans la mesure où on ne sait jamais, ni la nature du message, ni son intensité, ni le moment auquel il sera délivré.

Les infirmières et les infirmiers ont une posture au cœur de l'action orientée par les valeurs, les normes et les modes de pensée qui caractérisent à la fois leurs connaissances et le statut de leurs interlocuteurs. L'activité soignante est une fonction d'entremise destinée à réunir deux pôles. Comme le relevait Collière, soigner : c'est permettre de passer (passer une étape de vie, par exemple)...dépasser...trépasser...Les soignants sont des passeurs (1996, 184). La soignante a aussi la faculté et les compétences de passer, simultanément, d'un espace ou d'un niveau de communication à un autre. Lorsqu'elle quitte l'interaction déjà complexe avec la personne soignée, 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 ceci, d'autant plus qu'elles sont contradictoires, hétérogènes, hybrides ou polysémiques.

Un exemple, issu d'une recherche canadienne menée sur l'activité infirmière dans un service d'urgence en 2002, (Rocheffort, 2002, 70) peut servir, à illustrer le propos. Nous voyons en effet, que l'infirmière, dans cette fonction d'entremise qui requiert une pratique de déplacement, offre des prestations dans un espace-temps variable. Le schéma permet aussi de visualiser les zones de concentration de l'activité.

En fait, comme on l'a déjà exprimé, l'usager des prestations soignantes, quel qu'il soit, est toujours celui qui fournit l'information (mémorisée, directe ou différée) nécessaire à la conception et à la production du service. La soignante reste alors confrontée aux aléas de l'existence humaine, puisque les compétences réclamées par son activité, dépendent de l'information perçue, traitée et décodée. Cette information a de la peine à se plier à des protocoles prévus d'avance.

En médiologie de la santé⁸, les « entre-deux », c'est-à-dire ce qui se passe « entre », entre la personne soignée et son environnement de vie par exemple, constitue le plat quotidien.

⁶ Employé qui allait encaisser les revenus.

⁷ Toute communauté professionnelle est porteuse d'une culture, ensemble de savoirs, de valeurs, de normes qui forment les actions professionnelles et qu'en retour ces dernières contribuent à faire vivre et évoluer. La culture est donc appréhendée par rapport aux acteurs, comme un ensemble d'unités cognitives utiles pour l'action qui convient au sens où elle satisfait des normes et des valeurs d'un groupe social constitué, et des contraintes d'efficacité en vue de l'atteinte d'un but (Thévenot cité par Durand et al. 2002).

⁸ À partir des travaux de Régis Debray (1991, 1994, 2000), ce terme, issu des recherches fondamentales développées par Nadot (1993) désigne la discipline composée des théories et des pratiques soignantes. Son utilisation en formation et en recherche a démontré qu'il peut remplacer avantageusement de par les précisions apportées les anciennes

Remarquons aussi, comme le montrent des recherches menées par le CNRS en France, que les infirmières sont aux cœurs des contradictions du système de santé, elles doivent faire face aux lacunes de l'organisation, elles reçoivent les plaintes, doléances et questions, elles en mesurent le degré d'acceptabilité auprès des patients et des familles et pallient les manques au quotidien (Grosjean et Lacoste, 1999, 55 ; Borzeix et Fraenkel, 2001, 25).

Comment dès lors, continuer de faire entendre son point de vue professionnel, au sein d'équipes pluridimensionnelles, sans marcher sur les plates-bandes du voisin et apporter la dimension singulière de notre patrimoine de l'aide à la vie ?

Comment éviter cette mort symbolique, l'impossibilité d'arriver au sens pour soi dans les relations quotidiennes sans perdre son identité ? (Sainsaulieu, 1985). Nous savons que cette dernière se construit progressivement au sein d'un long processus porté par la tradition et renforcé par la socialisation. Comment rendre compte des caractéristiques de l'activité professionnelle sans réduire cette dernière qu'aux « soins » ? Répondre à la question n'est pas sans conséquences sur l'évolution des professions de l'aide et des services. En effet, aux prises avec les coûts de la santé ou le développement durable, des logiques utilitaristes, voire industrielles pour le management des prestations de service, le maintien des identités collectives, qui n'est surtout pas à confondre avec un repli corporatiste au nom d'une construction identitaire, permet le fonctionnement harmonieux d'une personne dans son environnement tout autant qu'à la cohésion des groupes (Rocher, 1968). Comme le relève Popper (1985), les ennemis actuels de la raison veulent détruire la tradition de la discipline qui s'impose de penser et de parler de manière claire, et empêchent ainsi d'assumer la prestigieuse tradition de la responsabilité intellectuelle. Prenons le cas, par exemple, de l'interdisciplinarité. Cette dernière est parfois présentée comme un remède, voire comme le seul avenir souhaitable pour les sciences en vue d'éviter l'enfermement des disciplines dans leurs propres conceptions, traditions et langages. L'on tombe alors dans le slogan avec au moins trois registres de justification. Le premier concerne la créativité scientifique, laquelle « est d'autant plus féconde qu'elle passe par des rapprochements inattendus et par des emprunts à des domaines hétérogènes. Le second fait valoir le savoir comme un empire en expansion. Quant au troisième, il pose la question de la pertinence du travail scientifique vis-à-vis du développement technologique, économique et social » (Vinck, 2000, 57). On entend ici les appels inspirés du plan d'Action 21 de la convention de Rio sur le développement durable. La contribution des sciences à un développement durable passe par un meilleur dialogue entre sciences et sociétés, ce qui suppose de dépasser les cloisonnements actuels des sciences (Vinck, 2000, 58). On oublie seulement une chose dans cette logique. C'est qu'en tant que dogmes et idéologies, ces discours risquent d'être catastrophiques pour le développement des sciences, notamment des sciences infirmières. Comme le fait remarquer Dominique Vinck, « la créativité scientifique est bienvenue, mais seulement dans la mesure où elle reste ancrée dans la discipline. L'originalité est appréciée dans les sciences tant que le chercheur donne des garanties quant à son identité disciplinaire » (Ibid.).

Devons-nous subir l'endoctrinement ultralibéral animé par l'OCDE et qui a pour but l'aliénation des générations futures ? À en croire Michel Bugnon-Mordant, dans son livre : « Etats-Unis, manipulation planétaire » (2003) la mise en conformité des systèmes scolaires au sein d'un projet euro américain promu par la Commission de Bruxelles, a pour but de faire des futurs étudiants, des travailleurs consommateurs performants et des êtres sans mémoire, sans identité, sans racines (Bugnon 2004).

L'identité professionnelle et l'identité d'une discipline sont à préserver pour pouvoir travailler ensemble. Nous savons déjà que l'interdisciplinarité n'est pas à confondre avec un affichage de

appellations génériques souvent équivoques ou symboliques comme « *Sciences infirmières* », « *Nursing science* » ou « *Pflegewissenschaft* ». La médiologie de la santé, dans son modèle théorique « d'intermédiaire culturel » intègre divers éléments liés à la tradition soignante. Classant les flux d'informations à traiter en deux degrés de difficulté : (I) le soin en tant que *MEDIA*tion de santé. (II) la posture professionnelle en tant qu'inter*MEDIA*ire culturelle, cette conception de l'activité rassemble ce que d'autres cherchent à dissocier au travers de valeurs et de positionnements idéologiques pas toujours explicites. Dans médiologie de la santé, *médio* ne dit pas *média* ni *médium*, mais médiations, soit l'ensemble dynamique des procédures et corps intermédiaires qui s'interposent entre une production de signes et une production d'événements (Debray, 1994, 29).

façade et la simple juxtaposition de points de vue comme on peut le voir parfois au sein d'équipes hospitalières dites « interdisciplinaires ». En effet, l'interdisciplinarité ne prend pas racine en n'importe quel lieu et n'existe que si il y a des disciplines, c'est-à-dire des dynamiques d'approfondissement et d'accumulation des connaissances le long d'axes féconds et consolidés (Vinck, 2000, 59, 85).

Depuis qu'elle est institutionnalisée, l'activité des infirmières et infirmiers a toujours été enracinée et confrontée à la complexité de l'humain en interaction avec son environnement de vie. Evitons que cette activité ne se transforme en discours laissant paraître que « prendre soin » ou « aider à vivre » c'est faire « un peu de tout, n'importe quoi et rien de spécial » (Adam, 1983). Même si l'on peut s'inscrire dans une attention portée au monde, nous ne connaissons et agissons que localement (Thom, 1983), de ce fait, les sciences infirmières sont aussi dépendantes de la géométrie de l'espace-temps. Dans leur espace-temps singulier, les sciences infirmières sont à la fine pointe des sciences humaines (Kim, 1997), et leur finalité professionnelle demeure « prendre soin de l'humain » pour qu'il puisse mener sa vie en dépit des conditions adverses l'affectant (Nadot, 2003). Dans les turbulences qui agitent l'espace de la formation autour des accords de Bologne, posons-nous quelques questions : dans quel champ disciplinaire une infirmière ou un infirmier qui dirige une recherche est-il convié à participer au développement de la science ? Lorsque l'on développe une formation universitaire pour infirmière avec accès à une formation doctorale, peut-on espérer avoir une faculté de sciences infirmières indépendante, ou faut-il nécessairement subordonner cette dernière à une faculté de médecine ou de sciences sociales ? Qui produit les savoirs enseignés dans nos écoles et sur quels savoirs légitimes s'adosent la fonction indépendante non prescriptive du rôle professionnel ? Lorsque la recherche fondamentale en science infirmière fait apparaître que la tradition soignante appartient aux sciences humaines, comment utilisons-nous ou valorisons nous ces résultats au sein de nos quatre champs d'activité professionnels ?

La médiologie de la santé, peut remplacer l'intitulé « sciences infirmières » en tant que nouveau paradigme de l'activité soignante. Elle est d'une plus grande autonomie disciplinaire que les « théories de soins ». Sur le plan de la tutelle scientifique de ses publications, elle est plutôt à rattacher aux sciences humaines, même si elle compose avec des éléments bio-physiologiques (puisque prendre soin de l'humain, dans un contexte singulier, est son objet). En Suisse, cela correspond à la division I du Fond national suisse de la recherche scientifique (FNS) celle des sciences humaines et sociales. Cette division est l'instance d'incitation de la recherche pour nos Hautes écoles spécialisées en santé. Certes, le sens de l'activité soignante étant polysémique, on peut être porté à mettre le projecteur sur un point ou sur un autre en fonction des valeurs que nous privilégions. Si nous valorisons les variables liées à l'organisation de type SC1, on peut penser que l'activité soignante fait partie des sciences sociales. Si nous plaçons le projecteur sur la médecine, de type SC2, on peut penser que l'activité est de type paramédicale. Mais ces sciences sont-elles vraiment nos sources de connaissances fondamentales ? La science réflexive utilisée à l'émergence de la médiologie de la santé (1992) étant la philosophie, c'est au niveau des sciences humaines que l'activité de « prendre soin » ou « d'aider à vivre » (SC3) trouve alors ses ancrages.

Il semble important de retrouver ces derniers, car l'activité soignante étudiée au travers de ses médiations multiples et de sa posture d'intermédiaire culturelle, n'anticipe t-elle pas avant l'heure, « la théorie des grandeurs » et ses différents mondes élaborée par Boltanski et Thévenot (1991) et dans laquelle nos trois systèmes culturels peuvent trouver leur place entre la « Cité marchande », la « Cité industrielle » et la « Cité domestique » ? Position inconfortable mais inévitable, comme le dirait Debray (1994, 30).

Conclusion :

Un des plus gros défi que nous ayons à relever aujourd'hui, est probablement de quitter la culture implicite et de sortir de notre pusillanimité pour accéder aux lieux de production de la culture scientifique écrite.

Comme le mentionne Nonaka, (1999), traduire le savoir tacite en savoir explicite implique de trouver un moyen d'exprimer l'inexprimable. Dans une société où la seule certitude est l'incertitude, l'unique source d'avantage concurrentiel durable est le savoir. Il me semble urgent au

plan de l'autonomie de la production de nos connaissances, de pouvoir se positionner au sein de la cité scientifique et de participer à la compétition engagée en terme de recherche d'avantage concurrentiel, autrement, d'autres se chargeront de le faire en nous imposant comme par le passé, une domination culturelle scientifique ne nous appartenant pas.

Pour éviter l'affichage de façade du discours interdisciplinaire parfois à la mode, ou lorsqu'il s'agit de repenser un nouveau maillage professionnel à chaque fois renouvelé, il est évident comme nous le rappelle Avanzini (1996), que la sauvegarde de l'identité des disciplines conditionne l'authenticité de l'interdisciplinarité, voire l'efficacité de l'activité légitime revendiquée au sein d'un regroupement d'acteurs.

Vous l'aurez remarqué, « prendre soins de l'humain » fait que tout se passe dans « l'ENTRE ». Dans cette logique qui nous oblige à redimensionner le champ de l'activité clinique, l'infirmière et l'infirmier sont comme le « disque dur » du système de santé. Couplé à une cellule photoélectrique chargée de capter et de traiter la manifestation des émotions, ce disque dur contient les informations que l'infirmière « experte » va décoder et transformer en actes et en paroles. Cette métaphore « informatico-technique » n'est-elle pas alors révélatrice de la complexité et de la perpétuelle mouvance de l'activité soignante ?

Références bibliographiques

- Adam E. (1983). *Être infirmière*. Montréal : éd. HRW Ltée.
- Avanzini G. (1996). « Les sciences de l'éducation » *Cahiers Binet Simon*, 645, Ramonville Saint-Agne : éd. Erès.
- Boltanski L. & Thévenot L. (1991). *De la justification. Les économies de la grandeur*. Paris : Gallimard.
- Borzeix A ; Fraenkel B. (2001). *Langage et travail, communication, cognition, action*. Paris : CNRS Editions.
- Bourdieu P. (1984). *Questions de sociologie*. Paris : éditions de Minuit.
- Bugnon-Mordant M. (2003). Etats-Unis, manipulation planétaire. Lausanne : Favre
- Bugnon-Mordant M. (2004). Cet endoctrinement qui passe par PISA. *La Liberté*, 16 décembre 2004.
- Collière M.-F. (1996). *Soigner...Le premier art de la vie*. Paris : InterEditions.
- Dallaire C., Gagnon J. (2004). Que font les infirmières dans les milieux de soins ? Mesure des prestations soignantes (106-109). *Perspective soignante*, 19. Paris : Seli Arslan.
- Debray, R. (1991). *Cours de médiologie générale*. Paris: Gallimard.
- Debray, R. (1994). *Manifestes médiologiques*. Paris: Gallimard.
- Debray, R. (2000). *Introduction à la médiologie*. Paris: PUF.
- Durand M.; Ria L.; Flavier E. (2002). La culture en action des enseignants. *Revue des sciences de l'éducation*, 1, (Vol. XXVIII), 83-103.
- Grosjean M., Lacoste M. (1999) *Communication et intelligence collective, le travail à l'hôpital*. Paris : PUF.
- Kim H.S. (1997). « Terminology in structuring and developing nursing knowledge ». In I,M, King et J. Fawcett (sous la dir. de), *The Language of Nursing Theory and Metatheory*, Indianapolis, Sigma Theta Tau International.
- Nadot, M. (1992). La formation des infirmières, une histoire à ne pas confondre avec celle de la médecine (pp. 153-170). In *Walter F. Peu lire, beaucoup voir, beaucoup faire, pour une histoire des soins infirmiers au 19^e siècle*, Genève, Ed. Zoé.
- Nadot, M. (1993). *Des médiologues de santé à Fribourg*, Thèse de doctorat en sciences de l'éducation (Histoire et épistémologie en sciences infirmières), Université Lyon 2, sous la direction de Daniel Hameline, Lille : Atelier national de reproduction des thèses (590p.).
- Nadot, M. (2003). Ces « pauvres vulgaires dévouements » qui nous permettent de renouer avec les traditions soignantes (pp. 94-110). In *Perspective soignante*, 18. Paris : Seli Arslan.
- Nonaka I. (1999) L'entreprise créatrice de savoirs (p. 35-64). In *Le Knowledge management, Harvard Business Review*. Paris: éd. d'Organisation.
- Saisaulieu R. (1985). *L'identité au travail*. Paris : Presses de la fondation nationale des sciences politiques.
- Popper K. (1985). *Conjectures et réfutations, la croissance du savoir scientifique*. Paris : Payot.
- Rochefort Ch. (2002). *Etude exploratoire descriptive de l'activité infirmière et de ses bénéficiaires dans le contexte d'une salle d'urgence*. Travail de maîtrise ès sciences, Faculté de sciences infirmières de l'Université Laval à Québec.
- Rocher G. (1968). *Introduction à la sociologie générale, I, L'action sociale*. Paris : Editions HMH.
- Thom R. (1983). *Paraboles et catastrophes, entretiens sur les mathématiques, la science et la philosophie*. Paris : Flammarion.
- Vinck D. (2000). *Pratiques de l'interdisciplinarité, mutations des sciences, de l'industrie et de l'enseignement*. Grenoble : Presses universitaires.