

Conférence suisse des formations en soins infirmiers (CSFI)  
Association suisse des infirmières et infirmiers (ASI)  
Association suisse des Directrices et Directeurs des services infirmiers (ASDSI)

*Données de soins infirmiers/conséquences et utilité*  
Kinderspital Berne (Inselspital)  
24 Octobre 2005, Auditoire Ettore Rossi (EG/rez)

Dr Michel Nadot :

Les prestations de service du domaine de la santé  
ont-elles toutes à subir une « tardemidisation » issue de la métronomie ?

**Liminaires**

Mesdames, Messieurs, chers (ères) collègues.

Quelles « données infirmières » sont déterminantes et importantes ? Voici le thème que l'on me demande de traiter, plus précisément en lien avec le champ de la recherche. En dehors du fait que les données dites « infirmières » ne vont pas de soi sur le plan de la compréhension de ce qui les composent, on doit aussi et surtout se demander : déterminantes ou importantes pour qui ?

Docteur en histoire et en épistémologie en sciences infirmières, professeur HES spécialisé à la Haute école de santé de Fribourg, professeur associé à l'école doctorale de la Faculté des sciences infirmières de l'université Laval à Québec, fondateur de la médiologie de la santé, mon expérience en recherche, tant fondamentale qu'appliquée, conjuguée à une activité de responsable d'un réseau de compétences regroupant 35 chercheurs des domaines « santé-social » de la HES-SO, est indicative du lieu d'où je parle.

**En quoi les soins sont-ils « infirmiers » et les données qu'ils portent, « infirmières » ?**

Je rappelle que le terme « infirmière » est un terme religieux construit sur « enfer » (enfermière) qui veut dire « mauvais » et « malsain ». Ce terme a trois dimensions théologiques dans ses fondements sémantiques:

- L'étiologie démoniaque de la maladie
- Le corps comme réceptacle du mauvais et du malsain
- La recherche du « difficile comme bien » dans la promesse eschatologique de la religieuse hospitalière (Nadot, 2003a).

Chez l'infirmière religieuse, le bénéfice de l'action est spirituel et céleste, alors que chez la soignante laïque d'aujourd'hui que je nomme « médiologue de santé »<sup>1</sup>, il est économique et terrestre. Pourquoi continuons-nous, en tout cas dans les pays d'expression française, à utiliser un langage significatif de la domination culturelle symbolique des pratiques de charité de l'Eglise ? Ce n'est pas l'objet de notre discussion

<sup>1</sup> Celle qui utilise la médiologie de la santé et les traditions soignantes pour guider ses prestations de service.

aujourd'hui, mais puisqu'il semble que les soins se qualifient « d'infirmiers » et que, par conséquence, il y aurait des données « infirmières », autant en relever les glissements de sens.

Comment se fait-il qu'après des siècles d'activité laïque et de standardisation de nos pratiques, on soit toujours en train de se demander de quoi sont-elles faites ?

Qu'avons-nous fait de nos traditions, du patrimoine culturel qu'elles portent, et des compétences acquises et transmises au fil des siècles ? Quel rôle joue l'histoire de notre discipline lorsqu'on en vient encore à écrire, comme je viens de le lire dans le dernier numéro de notre revue professionnelle (10/2005), que Florence Nightingale serait la mère des soins infirmiers professionnels ? Ce qui est faux.

L'histoire de notre discipline nous indique que, contrairement aux 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 (Nadot, 2003c). Pourquoi toujours se positionner en « profession auxiliaire », dépendre de cultures dominantes ou se présenter comme « para quelque chose » ? Pourquoi notre langage ou les méthodes constitutives de nos sciences vont parfois jusqu'à imiter les langages de cultures dominantes, notamment celui de la culture médicale ? Pourquoi les infirmières ne trouvent-elles rien à redire, lorsqu'on les affuble du qualificatif de « personnel paramédical » ? Sans réponse à ces questions, on se retrouve aujourd'hui pris en otage par une loi et son ordonnance d'application qui place l'infirmière et ses auxiliaires dans les « fournisseurs de soins dépendants de la prescription ou du mandat médical » (art. 35 LAMal, 1994).

Dans les civilisations anciennes, 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 ».

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<sup>e</sup> siècle, les éléments composites d'origine de la discipline professionnelle infirmière. « *Domus/familia/hominem* », tel était en latin le fondement du « prendre soin ».

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 affrontent les misères ordinaires de la vie et 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, ne consiste pas qu'à rendre un service exclusif à des personnes communément nommées « malades ». Prendre soin exige des compétences supérieures à ces seules représentations (Nadot, 2002a). Par méconnaissance de l'histoire de sa propre discipline et par rejet de fonctions dévalorisées à ses yeux, la profession infirmière s'appuie souvent sur des textes réducteurs de son activité. Il n'est déjà pas facile de prendre soin de sa propre famille lorsqu'on a la chance d'en avoir une, alors imaginez la complexité qui attend celles et ceux qui, dans nos institutions, aident à franchir les passages difficiles de la vie. Ces derniers frappent sans toujours avertir et déterminent ainsi le moment où l'appel à l'aide deviendra effectif.

En cette année de la visibilité des soins mentionnée par notre association professionnelle (Wagner 2005) arrêtons de ne parler que du « soin ». Le soin est réducteur de la complexité des prestations de service offertes et nous mène à des impasses. L'activité professionnelle comprend le soin, mais non l'inverse. Nous avons oublié le patrimoine culturel qui accompagne nos activités. Prenons l'exemple des « soins de base ». Pour une majorité d'infirmières et de cadres, « soins de base » signifie « soins élémentaires de soins thérapeutiques simples ou complexes ». Alors qu'à l'origine, les « soins de base » sont ceux qui constituent la base de la discipline soignante et structurent la fonction indépendante du rôle professionnel. Résultat des courses : aujourd'hui ces soins sont dévalorisés et ne réclament qu'une contribution de la part des caisses maladies au lieu d'être financés en fonction de leur complexité. L'aide à la vie n'est pas spectaculaire, elle est tenue pour insignifiante alors qu'elle est vitale. Ce glissement de sens dans le langage professionnel à propos des « soins de base », enlève aux soignantes ce qu'il leur reste de leur autonomie sans que la profession infirmière ait réalisé qu'elle en était affectée, comme le relevait Collière en 1994 (1994, 20-21). Il se trouve

que, justement 1994, est l'année d'entrée en vigueur de la LAMal. Pourquoi ne citer qu'un groupe bénéficiant de nos prestations alors qu'il y en a trois au minimum ?

En 1992, une recherche fondamentale en histoire et épistémologie en sciences infirmières, donnait naissance à un modèle de l'activité soignante, connu aujourd'hui sous l'intitulé « modèle d'intermédiaire culturel ». Ce modèle ethnohistorique et sa théorie intitulée « médiologie de la santé », nomme ce qui se passe dans les MÉDIATIONS de santé et dans la posture d'interMÉDIAIRE culturelle occupée traditionnellement par les infirmières et infirmiers (1992, 2002a, 2002b)<sup>2</sup>. Il donne alors à voir l'activité soignante comme beaucoup plus complexe, que ce que l'on peut en dire habituellement. Le modèle démontre que si le rôle professionnel consiste à faire parfois des « interventions »<sup>3</sup>, ces dernières ne reflètent cependant pas la globalité de l'activité soignante et sont de ce fait réductrices. Notre activité professionnelle se déroule au sein de relations asymétriques qu'un ensemble d'acteurs ont structurées sous forme de jeux. Ces jeux s'inscrivent au sein d'un tissu d'échanges politiques.

Le service rendu par les infirmières, infirmiers et leurs auxiliaires, a des variables tridimensionnelles. Il faut en effet:

- prendre soin de l'humain à tous les âges de la vie.
- 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, domestiques et dans la transmission du patrimoine (relève académique et professionnelle).

Dans l'histoire de notre discipline, trois cultures vont chronologiquement et progressivement orienter l'activité soignante : la culture institutionnelle, dès la fondation de l'hôpital, la culture médicale lors du développement de la clinique, et la culture soignante non médicale dès qu'il faudra « aider à vivre ».

Notons que l'on voit bien sur ce schéma, qui bénéficie du service rendu. Pourquoi toujours placer nos interventions dans la colonne du milieu et laisser dans l'ombre les autres bénéficiaires ?

La culture institutionnelle (SC1) qui prévaut à la fondation de l'hôpital va orienter les premières pratiques.

Puisque je parle de pratiques, j'en donne aussi leur définition. On entend par pratique une action humaine contrôlée et guidée par des éléments symboliques compris dans un système culturel (connaissances, valeurs, idéologies). La pratique est une conséquence de la traduction et de la compréhension de valeurs dans des normes d'action (Nadot, 1993, 164).

La culture soignante (SC3) qui consiste à « prendre soin » et « aider à vivre » est une activité réflexive et reste majoritairement une pratique profane jusqu'en 1860, voire 1950.

La culture médicale (SC2) est progressivement prescrite aux soignantes dès la fin du 18<sup>e</sup> siècle, notamment à partir du 14 frimaire de l'an III napoléonien.

Nous obtenons alors au plan méthodologique une catégorisation ethnohistorique à neuf groupes de variables. Ces 9 groupes ont récemment été utilisés dans une recherche appliquée qui a obtenu un indice de pertinence de 5 sur 5 donné par « Aramis », le système de reconnaissance des activités de recherche de la

<sup>2</sup> 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 remplace avantageusement de par les précisions apportées les anciennes 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 et rassemble ce que d'autres cherchent à dissocier au travers de valeurs et de positionnements idéologiques pas toujours explicites. Dans médiologie, « médio » ne dit pas média ni médium mais médiation, soit l'ensemble dynamique des procédures qui s'interposent entre une production de signes et une production d'événements. Les services rendus sont « d'emblée dénivélés par un rapport institutionnel d'inégalité, qui donne précisément au message son indice de crédibilité » (Debray, 1994, 66). L'infirmière médiologue de santé est alors obligée d'utiliser ses stratégies relationnelles pour faire face à la complexité de son « espace-temps » en tant que « lieux et enjeux de diffusion, vecteurs de sensibilités et matrices de sociabilité » (Debray cité par Nadot, 1993, 478).

<sup>3</sup> Le terme intervention ne réfère ni à une pratique spécifique, ni à une profession particulière, pas plus qu'à un secteur d'activité bien circonscrit. L'intervention est une catégorie générale synthétique regroupant des perspectives, des états d'esprits, des manières de penser et de faire (Couturier, 2001, 21).

Confédération. Cette recherche, menée sur deux continents, montre que ces neuf groupes de variables peuvent à leur tour rendre compte et orienter 14 groupes de pratiques quotidiennement mobilisées par les infirmières. Ces pratiques, sont indicatives à la fois, de la tradition et de la complexité des prestations de service, le tout systématiquement et extrêmement dépendant du contexte.

À la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle, les variables de l'activité professionnelles sont en place. On peut déjà remarquer que la soignante a une pratique « d'entretien de la vie » et que son activité principale consiste en une 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. Nous avons comme interlocuteurs privilégiés : une hiérarchie institutionnelle et administrative (SC1), une hiérarchie médico-chirurgicale (SC2) et une pluralité culturelle et sociale portée par les personnes soignées et leur entourage (SC3).

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 qui met en œuvre la prestation de service, ni son intensité, ni le moment auquel il sera délivré. Les prestations de service étant souvent intangibles et indicibles, difficiles à photographier, elles ne méritent pas d'être manipulées par cette sorte de « tarmedisation<sup>4</sup> » sociale et politico-économique portée par la métrique.

En médiologie de la santé, l'activité est dépendante des flux et des types d'informations à traiter entre différents pôles : Pôles A-B et types SC1, SC2, SC3 ainsi qu'un type nommé « médiologique » c'est-à-dire lié à la posture d'intermédiaire culturelle. Dans certains corps de métiers, ceux du bâtiment par exemple, une personne au bénéfice d'un CFC peut facturer ses prestations à celui qui bénéficie de ses services. Pourquoi une infirmière au bénéfice d'un bachelors ou d'un diplôme HES ne peut-elle pas facturer ses prestations ? À l'institution dans le cadre des pratiques SC1, coûts répercutés sur les frais de fonctionnement. Au corps médical en ce qui concerne les pratiques de type SC2, coûts répercutés sur les caisses maladie. Enfin, aux personnes soignées en ce qui concerne les prestations de type SC 3, coûts répercutés sur les assurances sociales ? Un forfait en tant que socle, restant à définir pour les activités simultanées. Pourquoi ne pas étudier cette possibilité pour le futur ?

Les infirmières et les infirmiers ont une posture au cœur de l'action sanitaire orientée par les valeurs, les normes et les modes de pensée qui caractérisent leurs compétences.

La standardisation de nos pratiques séculières met en évidence, que l'activité soignante relève de la gestion d'informations d'un type particulier (langage spécialisé) en provenance de trois sources langagières. Les bénéficiaires de l'activité soignante tireront profit de l'information analysée, traitée, et réutilisée, c'est-à-dire transformée en actes et en paroles. Si l'on veut savoir ce que fait une infirmière et ses auxiliaires, et qui bénéficie de ses prestations, il faut identifier les sources du langage (verbal et non verbal) qui déclenchent l'activité.

Notre rôle professionnel comprend deux fonctions déléguées prescriptives (institutionnelle et médicale) et une fonction non prescriptive (réflexive) et indépendante car, gouvernée par nos cadres théoriques fondamentaux ou nos connaissances appliquées. Dans une fonction déléguée, ce qui se délègue n'est pas l'acte, mais la culture qui en permet sa réalisation. Cette culture peut se transmettre directement dans le milieu de soins ou en différé lors de la formation au sein de nos écoles. La prescription qui est déléguée est un service rendu (à terme) à celui qui la délègue, c'est-à-dire au détenteur de la culture qui a le pouvoir de délèguer l'action (Nadot, 2002b, 82 et 2003b, 121). D'où l'importance de bien étudier le statut de l'action déléguée dans une profession comme la nôtre, car l'usage délègue effectivement à l'infirmière de nombreuses fonctions depuis que l'activité s'exerce. Et l'infirmière délègue à son tour, une partie de ses fonctions aux différentes auxiliaires qu'elle forme.

<sup>4</sup> Référence à Tarmed (système de tarification des prestations médicales).

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 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.

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. De plus, la soignante reste 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 santé, « l'Entre », les « entre-deux », voire les « entre trois » du travail sur autrui qui symbolise chez DUBET (2002, 265) l'activité des infirmières et des travailleurs sociaux, constituent le plat quotidien de l'activité. L'on doit rendre service à une institution sans être exclusivement à son service, on doit rendre service au corps médical sans être mandaté par ce dernier pour le décharger de ses responsabilités et on doit rendre service aux personnes soignées et à leur entourage tout en tenant compte des contradictions inhérentes à se trouver entre des cultures qui ne sont pas en synergie.

Depuis 1976, suite aux travaux en économie de Porat, on voit qu'entre 57% et 72% de notre activité serait faite de pratiques informationnelles (Delaunay et Gadrey, 1987, 147). Pourquoi dès lors doter en personnel, des services de soins en fonction de l'état des patients, et non en fonction des flux d'information et de la nature des messages à traiter en provenance de cette trilogie perpétuelle : l'organisation, le corps médical, les personnes soignées et leur entourage ?

Comme le montrent des recherches menées par le CNRS en France, 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 ; Borgeix et Fraenkel, 2001, 25).

Certes, parfois, on peut être appelé à fournir des données probantes sur l'utilité de certaines prestations, repérer de bonnes pratiques en vue d'une certaine efficacité ou développer des pratiques avancées dans le cadre de spécialisations cliniques au service du corps médical. Dans tous les cas cependant, nous avons le devoir de rester lucide sur les bénéficiaires de nos résultats de recherche ou sur les valeurs qui accompagnent nos discours. Depuis le 18<sup>e</sup> siècle, nous sommes un important fournisseur de prestations du domaine de la santé.

Le sens de l'activité soignante étant polysémique, on peut être porté à la confusion en fonction des valeurs implicites ou explicites 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 (Foucault, Ricoeur, Debray), c'est au niveau des sciences humaines que l'activité de « prendre soin » ou « d'aider à vivre » (SC3) trouve alors ses ancrages. C'est du reste, la division I du Fonds national suisse de la recherche scientifique (sciences humaines et sociales) qui est justement l'agence fédérale de moyens pour les recherches menées dans nos HES santé.

Depuis qu'elle est institutionnalisée, c'est-à-dire aux environs du 13<sup>e</sup> siècle, l'activité laïque des infirmières et infirmiers a toujours été enracinée et confrontée à la complexité de l'humain en interaction avec son environnement de vie. Dans leur espace-temps singulier, les sciences infirmières sont pour Kim (1997) à la fine pointe des sciences humaines, 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, 2003c).

Nous sommes malheureusement condamnés à rester dans « l'ENTRE ». Ni chez l'un, ni chez l'autre, mais toujours entre les hommes, leurs misères et leur contexte de vie. Les indicateurs de notre activité proviennent de ce qui se dit et ce qui se passe entre différents interlocuteurs. Position inconfortable mais inévitable comme le dirait Debray (1994, 30).

Un des plus gros défis que nous ayons à relever aujourd'hui, est probablement de quitter la culture implicite ou symbolique et de sortir de notre pusillanimité pour accéder aux lieux de production de la culture scientifique écrite. Ces lieux sont aujourd'hui légitimés par nos hautes écoles.

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.

Comme le mentionne Avanzini, les sciences infirmières ou la médiologie de la santé en tant que « sciences praxéologiques, n'ont pas à emprunter à d'autres leurs modèles de validité mais à les inventer ; non à s'appliquer à reproduire des formes de rigueur étrangères à leur objet, mais à définir celles qui lui conviennent » (1996, 14).

## Conclusion

Je me demande toutefois, si les professions du travail sur autrui, n'assument pas implicitement une mission de « catharsis » qui, au nom de la vocation, de l'abnégation ou d'autres emblèmes symboliques, permet à la société de se donner bonne conscience ?

Comment se fait-il que l'on ait tant de peine à visibiliser ce que l'on sait ? Certes il y a des prestations intangibles et indicibles. Disons surtout que l'activité professionnelle touche différents registres de communication tant la complexité de notre posture est élevée. Mais, le statut de cette position « d'intermédiaire culturelle » occupée depuis des siècles, semble magnifiquement ignorée des politiques d'économie de la santé. Il est vrai qu'il ne faut guère attendre de la communauté scientifique, comme le relève Perraut Soliveres (2002, 206), « qu'elle saute de joie devant nos tentatives pour la pénétrer à partir d'autres codes, d'autres intérêts, d'autres méthodes ».

N'y aurait-il pas en fin de compte derrière tous nos débats, nos modes multiples et éphémères ou prises de bec futiles, les tabous refoulés que la société projette sur l'aide à la vie, la santé et le soin de l'humain ? Nos professions sont des professions symboliquement chargées par le fait que ce que la société cherche à évacuer, est au cœur de notre activité. En effet, comment valoriser 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 ? C'est autour de ce qui est occulté et de la logistique qui permet d'y faire face, que se construit le quotidien de l'activité professionnelle du travail sur autrui. Je veux parler ici, de l'accompagnement de la mort comme de la vie, du suicide, des déjections et de leurs odeurs, des souillures du corps qu'il faut nettoyer, de la nudité, des sévices subits par les plus faibles, des troubles démentiels, des séquelles d'attentats dus à la folie meurtrière des hommes, du handicap, des tracasseries des familles qu'il faut partager, de l'expression intime et insupportable de la souffrance et de la misère, de la déchéance des corps et des fonctions mentales, bref, du lot quotidien des misères de la vie, qui vient tel une mer déchaînée, heurter de ses vagues déferlantes nos pratiques et nos consciences, et nous rappelle à cette occasion, un quotidien que nous devons assumer depuis la nuit des temps.

Pas de solution miracle à nos questionnements. Pour savoir où l'on va il faut savoir d'où l'on vient (rôle de l'histoire dans l'émergence de nos professions, de nos savoirs et de la standardisation de nos pratiques) et résister à cette double tentation mentionnée par Dubet à savoir : « l'impossible retour à un âge d'or qui n'a jamais existé, et celle de la dissolution du travail professionnel sur autrui dans un simple enchevêtrement de services » (2002, 17). Evitons évidemment que notre activité professionnelle ne se transforme en discours laissant paraître que « prendre soin » ou « aider à vivre » voire faire de la recherche, c'est faire un peu de tout, n'importe quoi et rien de spécial (Adam, 1983). Mais la mise en conformité de nos pratiques ou de nos systèmes scolaires ne me semble pas devoir suivre aveuglément l'endoctrinement ultralibéral animé par l'OCDE et aboutir à faire de nos futurs étudiants, des travailleurs consommateurs performants et des êtres sans mémoire, sans identité, sans racines (Bugnon 2004).

Aussi bien dans les sciences infirmières, en médiologie de la santé que dans les autres disciplines scientifiques ou professionnelles, on ne doit peut-être pas oublier que la science est une série de pratiques complexes qui sont profondément emmêlées, intégrées et impliquées dans la société. De ce point de vue, la

science n'a rien de spécial. En tant que système de croyance, Novotny (2003, 295) nous rappelle que l'on doit comprendre d'où provient ce système, les visions de la science, comment elles sont façonnées, et par qui.

Je vous remercie de votre attention.

---

## 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.
- Borzeix A ; Fraenkel B. (2001). *Langage et travail, communication, cognition, action*. Paris : CNRS Editions.
- Bugnon-Mordant M. (2004). Cet endoctrinement qui passe par PISA. *La Liberté*, 16 décembre.
- Collière M.-F. (1994). *Virginia Henderson, la nature des soins infirmiers*. Paris : InterEditions.
- Couturier Y. (2001). Constructions de l'intervention par des travailleuses sociales et infirmières en C.L.S.C. et possibles interdisciplinaires. *Thèse de doctorat* en sciences humaines appliquées, Faculté des études supérieures, Université de Montréal.
- 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.
- Delaunay J.-C., Gadrey J. (1987). *Les enjeux de la société de service*. Paris : Presses de la fondation nationale des sciences politiques.
- Dubet F. (2002). *Le déclin de l'institution*. Paris : Seuil.
- 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.
- *Loi fédérale sur l'assurance maladie (LAMal)*. Berne : 18 mars 1994.
- 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<sup>e</sup> siècle*, Genève, Ed. Zoé.
- Nadot, M. (1993). *Des médiologues de santé à Fribourg*, Thèse de doctorat en sciences de l'éducation (Histoire et épistémologie des pratiques soignantes), Université Lyon 2, sous la direction de Daniel Hameline, professeur à l'université de Genève. Lille : Atelier national de reproduction des thèses (590p.).
- Nadot, M., Auderset, P.-B., Bulliard-Verville, D., Busset, F., Gross, J., 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 (pp. 29-86). In *Perspective soignante*, 13. Paris : Seli Arslan.
- Nadot M. (2003a). Les soins infirmiers, ça n'existe pas ! *Soins Cadres*, 46, (59-62).
- Nadot M. (2003b). Variation : Mesure des prestations soignantes dans le système de santé. *Recherche en soins infirmiers*, 73, (116-122).
- Nadot M. (2003c). 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.
- Nowotny H., Scott P., Gibbons M., (2003). *Repenser la science*. Paris: Belin.
- Perraut Soliveres A. (2001). *Infirmières, le savoir de la nuit*. Paris : PUF.
- Wagner P.-A. (2005) Visibilité pourquoi cette campagne ? Conférence présentée à l'Assemblée générale de la section de Neuchâtel/Jura de l'Association Suisse des infirmières et infirmiers.
- Wandeler E. (2005). La valeur des soins infirmiers, Careholder-value, baromètre d'une politique de santé. *Krankenpflege/soins infirmiers*, 10, (52-55).

## Résumé

Comment se fait-il qu'après des siècles d'activité laïque et de standardisation de nos pratiques, on soit toujours en train de se demander de quoi sont-elles faites ?

Qu'avons-nous fait de nos traditions, du patrimoine culturel qu'elles portent, et des compétences acquises et transmises au fil des siècles ? Quel rôle joue l'histoire de notre discipline lorsqu'on en vient encore à écrire, comme je viens de le lire dans le dernier numéro de notre revue professionnelle (10/2005), que Florence Nightingale serait la mère des soins infirmiers professionnels ? Ce qui est faux.

L'histoire de notre discipline nous indique que, contrairement aux 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 (Nadot, 2003). Pourquoi toujours se positionner en « profession auxiliaire », dépendre de cultures dominantes ou se présenter comme « para quelque chose » ? Pourquoi notre langage ou les méthodes constitutives de nos sciences vont parfois jusqu'à imiter les langages de cultures dominantes, notamment celui de la culture médicale ? Pourquoi les infirmières ne trouvent-elles rien à redire, lorsqu'on les affuble du qualificatif de « personnel paramédical » ? Sans réponse à ces questions, on se retrouve aujourd'hui pris en otage par une loi et son ordonnance d'application qui place l'infirmière et ses auxiliaires dans les « fournisseurs de soins dépendants de la prescription ou du mandat médical » (art. 35 LAMal, 1994).

En cette année de la visibilité des soins mentionnée par notre association professionnelle (Wagner 2005) arrêtons de ne parler que du « soin ». Le soin est réducteur de la complexité des prestations de service offertes et nous mène à des impasses. L'activité professionnelle comprend le soin, mais non l'inverse. Pourquoi ne citer qu'un groupe bénéficiant de nos prestations alors qu'il y en a trois au minimum ?

En 1992, une recherche fondamentale en histoire et épistémologie en sciences infirmières, donnait naissance à un modèle de l'activité soignante, connu aujourd'hui sous l'intitulé « modèle d'intermédiaire culturel ». Il donne alors à voir l'activité soignante comme beaucoup plus complexe, que ce que l'on peut en dire habituellement. Le modèle démontre que si le rôle professionnel consiste à faire parfois des « interventions »<sup>5</sup>, ces dernières ne reflètent cependant pas la globalité de l'activité soignante et sont de ce fait réductrices. Notre activité professionnelle se déroule au sein de relations asymétriques qu'un ensemble d'acteurs ont structurées sous forme de jeux. Ces jeux s'inscrivent au sein d'un tissu d'échanges politiques.

Pas de solution miracle à nos questionnements. Pour savoir où l'on va il faut savoir d'où l'on vient (rôle de l'histoire dans l'émergence de nos professions, de nos savoirs et de la standardisation de nos pratiques) et résister à cette double tentation mentionnée par Dubeat à savoir : « l'impossible retour à un âge d'or qui n'a jamais existé, et celle de la dissolution du travail professionnel sur autrui dans un simple enchevêtrement de services » (2002, 17). Evitons évidemment que notre activité professionnelle ne se transforme en discours laissant paraître que « prendre soin » ou « aider à vivre » voire faire de la recherche, c'est faire un peu de tout, n'importe quoi et rien de spécial (Adam, 1983). Mais la mise en conformité de nos pratiques ou de nos systèmes scolaires ne me semble pas devoir suivre aveuglément l'endoctrinement ultralibéral animé par l'OCDE et aboutir à faire de nos futurs étudiants, des travailleurs consommateurs performants et des êtres sans mémoire, sans identité, sans racines (Bugnon 2004).

Aussi bien dans les sciences infirmières, en médiologie de la santé que dans les autres disciplines scientifiques ou professionnelles, on ne doit peut-être pas oublier que la science est une série de pratiques complexes qui sont profondément emmêlées, intégrées et impliquées dans la société. De ce point de vue, la science n'a rien de spécial. En tant que système de croyance, Novotny (2003, 295) nous rappelle que l'on doit comprendre d'où provient ce système, les visions de la science, comment elles sont façonnées, et par qui.

Berne, 24 Octobre 2005. Dr Michel Nadot, HES-SO Fribourg, filière infirmières et infirmiers

<sup>5</sup> Le terme intervention ne réfère ni à une pratique spécifique, ni à une profession particulière, pas plus qu'à un secteur d'activité bien circonscrit. L'intervention est une catégorie générale synthétique regroupant des perspectives, des états d'esprits, des manières de penser et de faire (Couturier, 2001, 21).