

Associazione Svizzera Infermieri
Scuola Superiore Cure Infermieristiche

Dr Michel Nadot :

L'implicite et l'explicite de l'activité soignante quotidienne

Le « soin », même « infirmier » est réducteur
de la complexité des prestations de service fournies par les soignantes

Aula Magna Centro San Carlo – Lugano Besso

Mardi 22 novembre 2005

Mesdames, Messieurs, chères (chers) collègues,

Comment rendre visible ce qui est souvent intangible et indicible? De quoi sont faites les prestations de service délivrées par les infirmières et qui en sont les principaux bénéficiaires ?

Pourquoi n'arrivons-nous pas à rendre visible le savoir accumulé depuis plus de 300 ans et quelle place occupe l'histoire de la discipline professionnelle dans les programmes de formation aujourd'hui ? Telles seront mes questions introductives pour le propos de ce jour.

« C'est le poids du passé qui rend possible l'invention du futur » (Schlanger, 1983)

- Pour savoir où l'on va, il faut savoir d'où l'on vient.
- Quelle place occupe l'histoire de notre discipline dans les programmes de formation? La vraie histoire, pas l'histoire hagiographique ou mythique que l'on nous sert depuis un siècle!

2

Lugano 22.11.2005

Dr Michel Nadot HEDS-FR

L'histoire est d'abord recherche. La recherche historique a pour fonction de révéler, à partir des traces dont on dispose, les faits du passé. Elle doit aussi permettre de nuancer, voire de corriger, les lieux communs et d'ouvrir des fenêtres sur ce qui est occulté. L'histoire évite aussi l'aliénation des générations futures et met en garde contre la production de « travailleurs consommateurs performants et des êtres sans mémoire, sans identité, sans racines »¹.

Bugnon-Mordant M. (2004). Cet endoctrinement qui passe par PISA. *La Liberté*, 16 décembre 2004

À l'approche du 21^e siècle, la profession infirmière est en crise

- « *La profession ne peut pas s'appuyer sur la législation ou sur ses théoriciennes pour s'en sortir. La professionnalisation des soins aurait dû conduire à l'autonomie mais, ni l'accès au statut de profession, ni l'accès à la formation universitaire n'ont encore réussi à redonner aux soignantes leur indépendance perdue au fil des siècles* »

(Rousseau, 1997)

3

Lugano 22.11.2005

Dr Michel Nadot HEDS-FR

Sans histoire de sa propre culture, la profession infirmière au début du 21^e siècle est en crise. C'est ce que révèlent les chercheurs nord-américains en sciences infirmières. Ils conseillent aux infirmières de concevoir « un modèle de professionnalisme qui soit différent du modèle biomédical » (Rousseau, 1997).

Les racines identitaires des pratiques

- En 1997, Nicole Rousseau insistait (et avant elle Marie-Françoise Collière en 1982) pour dire que les infirmières auraient avantage à prendre conscience des **racines historiques** de leur profession et à s'en inspirer pour mieux définir le type de services qu'elles peuvent rendre à la société. « *Il est important que les infirmières conçoivent un modèle de professionnalisme dans le domaine de la santé qui soit différent du modèle biomédical* » (Rousseau, 1997)

4

Lugano 22.11.2005

Dr Michel Nadot HEDS-FR

L'histoire de la discipline, lorsqu'elle est enseignée, prend souvent des aspects hybrides ou mythiques, ce qui ne permet pas d'intégrer réellement la matière et de saisir comment s'est effectuée la lente standardisation des pratiques et de la culture professionnelle d'aujourd'hui (GREHAS, 2005). L'histoire n'est pas duplication des mythes et des clichés. 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 excessivement réducteur. Les descriptions de fonctions du personnel soignant existent depuis le 14^e siècle et l'activité laïque professionnelle des soins trouve sa place dans un grand nombre d'hôpitaux. Mais peut-être avons-nous quelque chose d'inavouable à cacher ?

La peur de l'histoire de la discipline n'est-elle pas un obstacle à la visibilité de l'activité ?

- **Les infirmières et infirmiers ignorent les publications d'histoire, n'en voient pas l'intérêt ou ne se sentent pas concernés. Ce n'est d'ailleurs pas le souci des leaders professionnels qui, dans leur majorité, méconnaissent l'histoire ou en craignent les interrogations** (Collière, 1992, 29).

5

Lugano 22.11.2005

Dr Michel Nadot HEDS-FR

N'en déplaise à certains esprits chagrins, les « infirmières » d'aujourd'hui n'étaient pas les religieuses du passé. Nous prendrons donc la précaution de ne pas mélanger la culture religieuse qui relève de la théologie et dont le bénéfice de l'action est spirituel et céleste, avec la culture profane dont les finalités sont économiques et terrestres.

Les valeurs sacrées ne sont pas les valeurs profanes

- Dans quelle culture s'inscrit la recherche en histoire de la discipline soignante ?

Soignants séculiers? Culture profane	Sœurs hospitalières? Culture sacrée
L'Hôpital laïc La « prébende » Bénéfice économique et terrestre	Hôtel-Dieu (<i>Domus Dei</i>) Les « œuvres » Bénéfice spirituel et céleste

6

Lugano 22.11.2005

Dr Michel Nadot HEDS-FR

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

C'est donc à partir de mes travaux d'histoire du Nursing, et d'une recherche fondamentale sur notre discipline que je baserai mon exposé.

Enfermière = mauvais et malsain

- Trois concepts de base dans les théories de soins religieuses :
 - L'étiologie démoniaque de la maladie
 - Le corps comme réceptacle du mauvais et du malsain
 - La recherche du difficile comme bien chez la religieuse hospitalière (La promesse eschatologique de l'infirmière)

7

Lugano 22.11.2005

Dr Michel Nadot HEDS-FR

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, 2003).

Pourquoi une « para » quelque chose ?

- Contrairement aux idées reçues, l'infirmière n'a pas plus une tradition parareligieuse, paramilitaire ou paramédicale que le petit africain n'avait des ancêtres gaulois aux yeux bleus et aux cheveux blonds

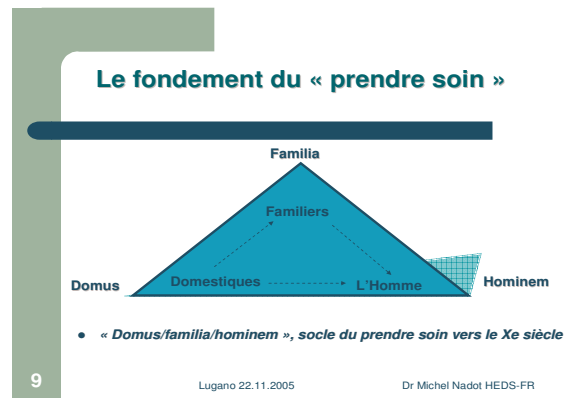
8

Lugano 22.11.2005

Dr Michel Nadot HEDS-FR

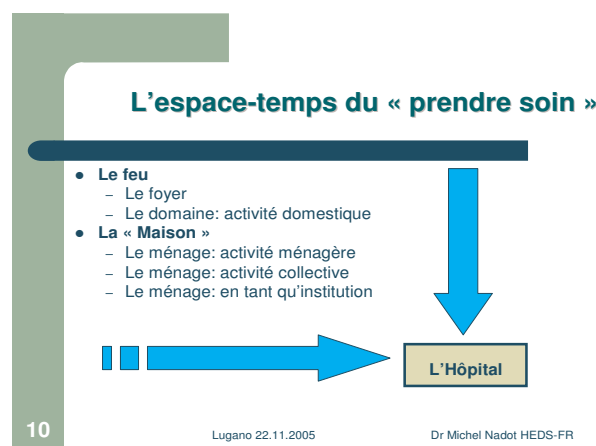
L'histoire de notre discipline nous indique que, contrairement aux idées reçues, l'infirmière d'aujourd'hui n'a pas plus une tradition parareligieuse, paramédicale ou paramilitaire que le petit Africain n'avait des ancêtres gaulois aux yeux bleus et aux cheveux blonds, à en croire les manuels scolaires 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 dominants, notamment celui de la culture médicale ? Pourquoi les infirmières ne trouvent-elles rien à redire, lorsqu'on les affuble du qualificatif de « personnel paramédical » (Renault cité par Moreau, 1991, 21) ? 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 » pour l'ensemble de leurs prestations (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 Xe^e 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. Pouvons-nous à l'avenir, contrôler le sens du vocabulaire que nous employons ? Qu'est-ce que c'est que ces « soins de traitement » que l'on nous présente aujourd'hui (ASI, 10/2005) et qui viennent, tel un « oxymoron », s'ajouter aux 45 qualificatifs que nous employons déjà dans notre littérature professionnelle. Que comprennent nos différents interlocuteurs devant un tel langage ?



13

Lugano 22.11.2005

Dr Michel Nadot HEDS-FR

Nous avons l'habitude de différencier ce qui relève de « l'aide à la vie », « le soin », des thérapeutiques en usage, le « traitement ». Comme la nature, pour vivre on a toujours besoin de soins, mais pas toujours besoin de traitement. Mais lorsqu'il y a traitement, on redouble de soins (Collière, 1996, 174). Ne mélangeons pas « Care » et « Cure ». Leurs traditions les distinguent depuis l'Antiquité gréco-romaine.

La forêt des soins: Derrière quelle essence se cachent les fondements de nos connaissances ?

- Soins de base
- Soins préventifs
- Soins de confort
- Soins internes
- Soins spéciaux
- Soins psychiatriques
- Soins somatiques
- Soins physiques
- Soins d'hygiène
- Soins maternels
- Soins corporels
- Soins infirmiers
- Soins appropriés
- Soins adéquats
- Soins d'assistance
- Soins curatifs
- Soins individualisés
- Soins routiniers
- Soins fonctionnels
- Soins esthétiques
- Soins fractionnés
- Soins continus
- Soins de soutien
- Soins en... suivis d'un milieu
- Soins à ...suivis d'une personne
- Soins en ...suivis d'une spécialité médicale
- Soins relationnels
- Soins éducatifs
- Soins naturels
- Soins d'apaisement
- Soins en fin de vie
- Soins simples
- Soins complexes
- Soins thérapeutiques
- Soins de maintien
- Soins palliatifs
- Soins généraux
- Soins de santé
- Soins encadrés
- Soins d'enveloppement
- Soins d'accompagnement
- Soins de traitement etc.

11

Lugano 22.11.2005

Dr Michel Nadot HEDS-FR

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 » reflètent l'activité qui constitue la base de la discipline soignante et structurent la fonction indépendante du rôle professionnel. Résultat des courses : aujourd'hui ces soins sont dévalorisés ou confiés à nos auxiliaires 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). Pourquoi ne citer qu'un groupe bénéficiant de nos prestations alors qu'il y en a trois au minimum ?

En 1992, mes travaux en recherche fondamentale donnaient naissance à un modèle de l'activité soignante, connu aujourd'hui sous l'intitulé « modèle d'intermédiaire culturel ». Le modèle démontre que si le rôle professionnel consiste à faire parfois des « interventions² », 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 sociologiques. Ces jeux s'inscrivent au sein d'un tissu d'échanges politiques.

Prendre soin en 3 dimensions: 1^{ère} modélisation

- Prendre soin **de l'humain** lorsque des conditions adverses à la vie le menace.
- Prendre soin **du groupe** (gestion et coordination de l'espace, du temps et des mouvements; promotion de l'ordre, prévention du chaos, des conflits).
- Prendre soin **du domaine** (entretien, précautions, économie, logistique, énergie, réparation, remplacement des équipements, aménagement des conditions de vie, etc.).

16
Lugano 22.11.2005
Dr Michel Nadot HEDS-FR

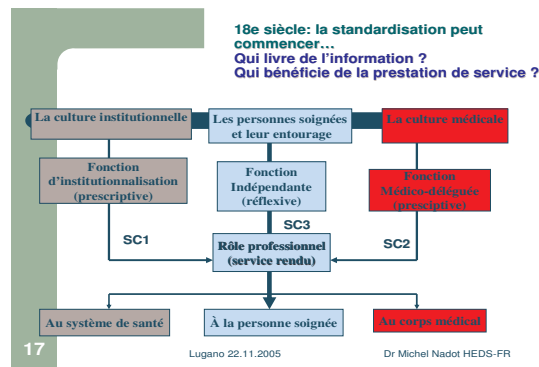
Le service rendu par les infirmières, infirmiers et leurs auxiliaires, a des variables tridimensionnelles. Il faut en effet:

- 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 ?

² 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).



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^e siècle, notamment à partir du 14 frimaire de l'an III napoléonien.

Une catégorisation à 9 groupes de variables: 2^e modélisation

	Culture institutionnelle (activité prescriptive) SC1	Culture médicale (activité prescriptive) SC2	Culture « infirmière » (Activité réflexive) SC3
Prendre soin de la vie de l'humain	<ul style="list-style-type: none"> Ordre Contrôle Enregistrement Accueillir, informer, rassurer 	<ul style="list-style-type: none"> Agent informateur du corps médical Agent applicateur de la prescription 	<ul style="list-style-type: none"> Aider à vivre Accompagner la vie et la mort Prendre soin Préserver l'autonomie Prévention de la maladie Soulagement de la souffrance
Prendre soin de la vie du groupe	<ul style="list-style-type: none"> Organisation du travail Gestion de l'espace et du temps Assurer la relève professionnelle 	<ul style="list-style-type: none"> Visite médicale et ses modalités Coordination et transmission de l'info. Constitution de dossiers 	<ul style="list-style-type: none"> Préservation de l'identité, de l'appartenance, des liens avec l'entourage Gestion de la promiscuité ou de l'isolement
Prendre soin de la vie du domaine	<ul style="list-style-type: none"> Propreté et hygiène collective Aspects logistiques et économiques Maintien de l'organisation Activité domestique 	<ul style="list-style-type: none"> Maintien en état de l'appareillage technologique Rangement stratégique des équipements 	<ul style="list-style-type: none"> Soins de l'espace de vie quotidien protection et gestion des biens, valeurs et effets personnels, intimes, affectifs

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 Confédération. Cette recherche, soutenue par le Fonds national suisse de la recherche scientifique (FNS) et par la Commission de la technologie et de l'innovation (CTI), menée sur deux continents (Suisse-Canada), 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. Dans une recherche que je dirige aujourd'hui sur les hôpitaux disparus dans le canton de Fribourg, recherche également financée par le Fonds national suisse de la recherche scientifique, on voit que l'hôpital médiéval est en place dans des cités de 1114 habitants en moyenne³ et que son rôle consiste à « protéger la société civile contre les défauts qui menacent sa tranquillité ». Ces défauts sont en 1759, le manque de biens, le manque de forces et le manque de santé. Je me demande parfois : qu'en est-il aujourd'hui ? Dans l'hôpital laïc du passé, l'institution et sa logistique reflètent la société civile qui l'héberge.

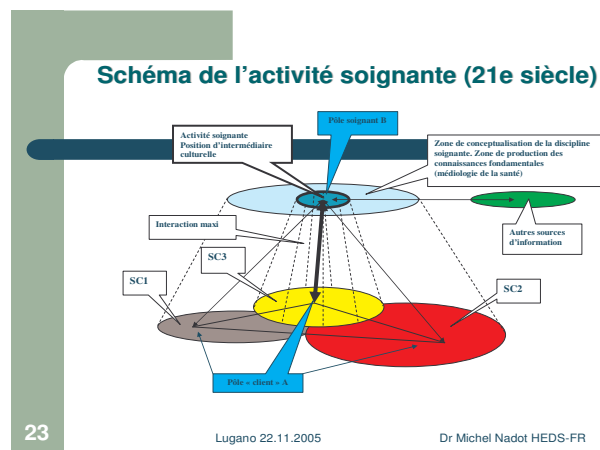
À la fin du XVIII^e siècle, les variables de l'activité professionnelles sont en place. On peut déjà remarquer que la soignante a une pratique « d'entretien de la vie » et que son activité principale consiste en une traduction

³ Moyenne des villes de Bulle, Romont et Estavayer-le-Lac en 1811.

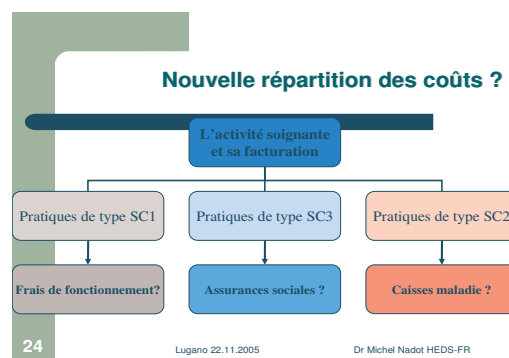
informationnelle d'indicateurs biologiques, psychologiques, sociaux et culturels. Elle doit néanmoins assumer sa posture entre trois systèmes de valeurs qui ne sont pas en synergie.

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 de se laisser manipuler par cette sorte de « tarmedisation⁴ » sociale et politico-économique portée par la métronomie.



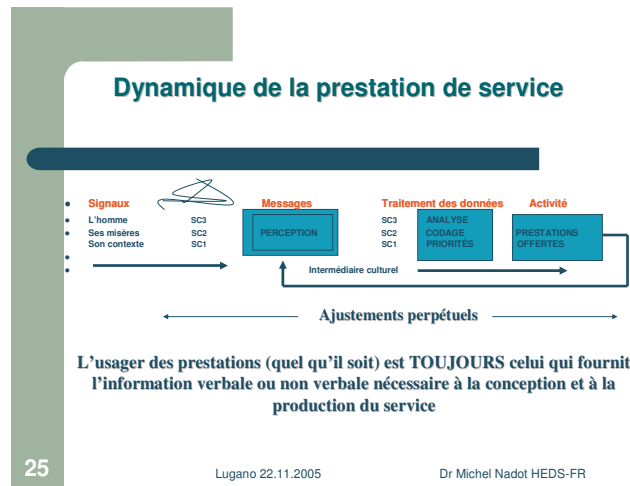
En médiologie de la santé, l'activité est dépendante des flux et des types d'informations à traiter entre différents pôles : Pôles A-B et types SC1, SC2, SC3 ainsi qu'un type nommé « médiologique » c'est-à-dire lié à la posture d'intermédiaire culturelle. Dans certains corps de métiers, ceux du bâtiment 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 bachelor ou d'un diplôme HES ne peut-elle pas facturer ses propres 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 SC3, coûts répercutés sur les assurances sociales ? Un forfait en tant que socle, restant à définir pour l'investissement en formation ou 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.

⁴ Référence à Tarmed (système de tarification des prestations médicales).

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 déléguer l'action (Nadot, 2002, 82 et 2003, 121). D'où l'importance pour le futur 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.

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 (mémoires, directe ou différée) nécessaire à la conception et à la production du service.

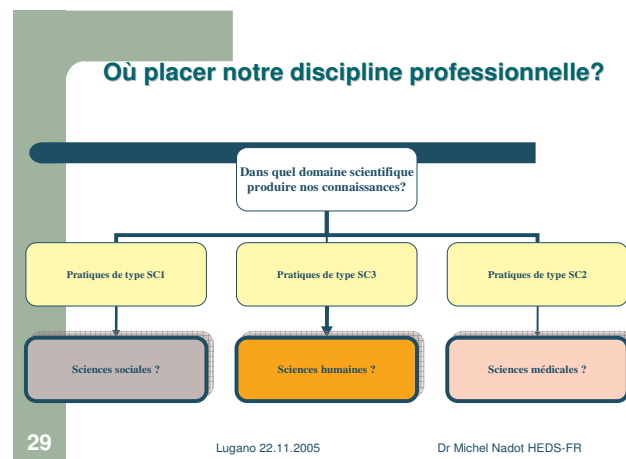
En médiologie de la santé, « l'Entre », les « entre-deux », voire les « entre trois » du travail sur autrui qui symbolise chez Dubet (2002, 265) l'activité des infirmières et des travailleurs sociaux, constituent le plat quotidien de l'activité. L'on doit rendre service à une institution sans être exclusivement 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 différentes cultures.

Pourquoi dès lors doter en personnel, des services de soins en fonction de l'état médical des patients, et non en fonction des flux d'informations 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 ; Borzeix 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^e 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.



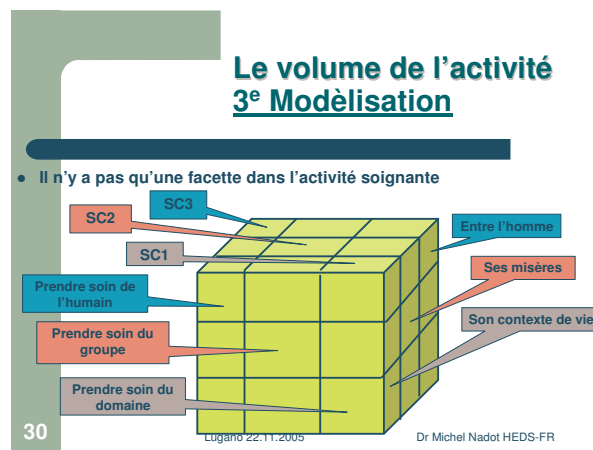
Depuis qu'elle est institutionnalisée, c'est-à-dire aux environs du 13^e siècle, l'activité laïque des infirmières et infirmiers a toujours été enracinée et confrontée à la complexité de l'humain en interaction avec son environnement de vie. Dans leur espace-temps singulier, les sciences infirmières 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, 2003).

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 avons 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 de production du savoir 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. Comment transformer en langage politique le langage scientifique qui conduit nos pratiques ? 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.

On peut par exemple s'attendre à trouver dans le futur, des études qui montrent quelle est la part de l'activité qui consiste à rendre service aux divers interlocuteurs occupant la médiasphère⁵ de l'activité soignante. Quels pourcentages de l'activité est au service du corps médical, de l'organisation, donc indirectement du système de santé, et bien sûr des personnes soignées et de leur entourage ? D'autres, qui montreraient comment les infirmières gèrent l'incertitude qui les entoure et à partir des théories de l'action, comment en viennent-elles à maintenir le fonctionnement des institutions ou à prendre les moins mauvaises décisions possibles ? Comment se prennent les micro-décisions quotidiennes indispensables à la logistique de l'activité ? Comment par exemple, malgré des contradictions de logiques, parvenir à éviter des catastrophes et des dysfonctionnements majeurs dans le système ? Vous l'aurez compris, si le soin est important, sa logistique ne l'est pas moins. Si on doit comprendre ce que les malades essayent de nous dire, on doit aussi comprendre le langage médical. Si on doit comprendre le langage médical on doit aussi comprendre le langage de l'institution qui le porte. Le soin à lui tout seul ne peut rendre compte de l'ensemble des compétences réclamées pour que le système fonctionne.



Conclusion

J'en viens à me demander, 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, plus symboliques que scientifiques, 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 ».

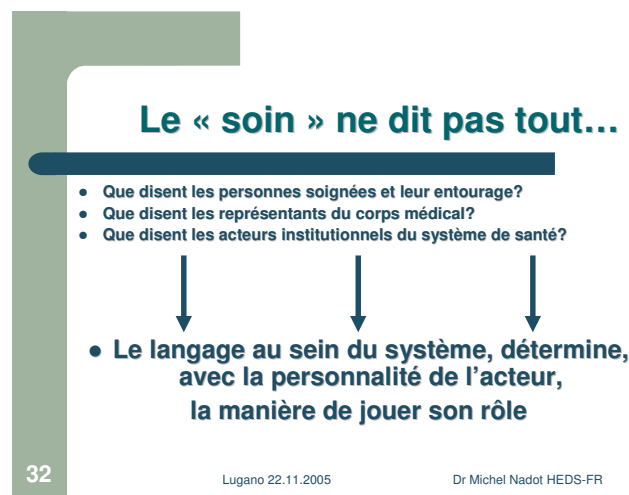
N'y aurait-il pas en fin de compte derrière tous nos débats, nos modes multiples et éphémères ou prises de bec futiles, les tabous refoulés que la société projette sur l'aide à la vie, la santé et le soin de l'humain ? Nos professions sont des professions symboliquement chargées par le fait que ce que 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 tracas 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

⁵ Une médiasphère a pour armature un certain outillage communicatif qui fixe une hiérarchie de lieux et milieux de sociabilité intellectuelle dans lesquels a correspondu un discours spécialisé, propre à une profession par exemple (Debray, 1991 cité par Nadot, 1993, 480).

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 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).

La soignante n'est pas seulement en interaction avec des patients, c'est même une activité réduite face à l'activité complexe et collective des secours dans l'hôpital laïc ancien. Encore faut-il pouvoir rendre compte de cette complexité et arrêter les simplifications outrancières.



En permanence nous sommes dans « l'ENTRE », aider à vivre c'est aider dans les grands passages de la vie, aider à passer, dépasser, trépasser, (Collière, 1996, 163). Il n'y a pas qu'une facette à l'activité soignante et c'est bien à cette difficulté que nous sommes confrontés. Ni chez l'un, ni chez l'autre, mais « entre ». Entre les discours institutionnels, ceux du corps médical, ceux des personnes soignées et de leur entourage pour la médiologie de la santé (Nadot, 1992), entre la Cité marchande, la Cité industrielle et la Cité domestique chez Boltanski et Thévenot (1991), entre le Monde social, le Monde technique et le Monde subjectif chez Dubet (2002).

L'espace tridimensionnel des activités soignantes (étude comparative)

	Le modèle d'intermédiaire culturel et la médiologie de la santé chez: Nadot M. (1992) Une médiologie de la santé comme science, <i>Recherche en soins infirmiers</i> , 30, (27-36).	Les Cités et la philosophie politique chez: Boltanski L. & Thévenot L. (1991) <i>De la justification. Les économies de la grandeur</i> . Paris: Gallimard.	Les trois mondes et la sociologie de l'expérience chez: Dubet F. (2002). <i>Le déclin de l'institution</i> . Paris: éd. Du Seuil.
L'institution	SC1	La Cité marchande	Le Monde social et l'arrivisme des technocrates
Le corps médical	SC2	La Cité industrielle	Le Monde technique et la prétention des techniciennes
La discipline infirmière	SC3	La Cité domestique	Le Monde subjectif et la bouillie psychologique des relationnelles

34

Lugano 22.11.2005

Dr Michel Nadot HEDS-FR

Notre profession, ne peut être « véritablement fière de ses racines, qu'à l'observation de ce qu'elles lui ont permis de produire et non à la contemplation de leur état de conservation » (Meirieu, 1989, 27).

• Je vous remercie de votre attention

- 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 19e siècle*. Genève: Ed. Zoé.
- 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 (2002c). La Professionnalisation du métier et des savoirs infirmiers. D'une activité soignante profane à une formation scientifique en Haute école spécialisée (p. 55-65). In *Les Divisions du monde de la formation, Traverse. Zeitschrift Für Geschichte/ Revue d'histoire*. Zürich: Chronos Verlag.
- 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.
- Nadot M. (2005). Au commencement était le « prendre soin ». *Soins*, 700, (37-40), Paris: Masson.

• www.heds-fr.ch/crp/

Lugano 22.11.2005

Dr Michel Nadot HEDS-FR

36

Références bibliographiques

- Adam E. (1983). *Être infirmière*. Montréal : éd. HRW Ltée.
- Borzeix A ; Fraenkel B. (2001). *Langage et travail, communication, cognition, action*. Paris : CNRS Editions.
- Boltanski et Thévenot (1991). *De la justification, les économies de la grandeur*. Paris : Gallimard.
- Bourdieu P. (1984). *Questions de sociologie*. Paris : Les éditions de minuit.
- Bugnon-Mordant M. (2004). Cet endoctrinement qui passe par PISA. *La Liberté, 16 décembre*.
- Collière M.-F. (1992). Difficultés rencontrées pour désentraver l'histoire des femmes soignantes. In Walter François, *Peu lire, beaucoup voir, beaucoup faire. Pour une histoire des soins infirmiers au 19^e siècle*, Genève : éditions Zoé, (13-31).
- Collière M.-F. (1994). *Virginia Henderson, la nature des soins infirmiers*. Paris : InterEditions.
- Collière M.-F. (1996). *Soigner...Le premier art de la vie*. 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.
- GRHEAS Groupe romand pour l'histoire de l'éducation et de l'action sociale et sanitaire. (2005). *La place de l'enseignement de l'histoire dans les filières santé-social de la HES-SO*.
- 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.
- Meirieu Ph. (1989). *Enseigner, scénario pour un métier nouveau*. Paris : éd. ESF.
- Moreau C. (1991). L'infirmière d'abord une hospitalière. *Revue de l'infirmière, 2*, (21-23).
- 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 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*. aris : Seli Arslan.
- Nonaka I. (1999) L'entreprise créatrice de savoirs (p. 35-64). In *Le Knowledge management, Harvard Business Review*. Paris: éd. d'Organisation.
- Perraut Soliveres A. (2001). *Infirmières, le savoir de la nuit*. Paris : PUF.
- Rousseau N. (1997). De la vocation à la discipline. *Infirmière canadienne, mai*, (39-44).
- Schlanger J. (1983). *Penser la bouche pleine*. Paris : Fayard.
- 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

La profession infirmière se trouve dans l'incapacité de définir ses orientations et se laisse entraîner dans toutes sortes de modes éphémères sans pouvoir discerner ce qui lui appartient et ce qui lui est imposé culturellement par les cultures dominantes, que ces dernières soient issues de la théologie, de l'art militaire, de la médecine (dès le 19^e siècle), des sciences humaines, sociales, économiques ou politiques (fin 20^e siècle). Comme le font remarquer les chercheuses nord-américaines, « à l'approche du 21^e siècle, la profession infirmière est en crise et ne semble pas pouvoir s'appuyer sur la législation ou sur ses théoriciennes pour s'en sortir. La professionnalisation des soins aurait dû conduire à l'autonomie mais, ni l'accès au statut de profession, ni l'accès à la formation universitaire n'ont encore réussi à redonner aux soignantes leur indépendance perdue au fil des siècles. Les infirmières auraient avantage à prendre conscience des racines historiques de leur profession et à s'en inspirer pour mieux définir le type de services qu'elles peuvent rendre à la société. Il est important que les infirmières se mettent à concevoir un modèle de professionnalisme dans le domaine de la santé qui soit différent du modèle biomédical » (Rousseau, 1997, 43-44).

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 dominants, notamment celui de la culture médicale ? Pourquoi les infirmières ne trouvent-elles rien à redire, lorsqu'on les affuble du qualificatif de « personnel paramédical » (Renault cité par Moreau, 1991, 21) ? 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 » pour l'ensemble de leurs prestations (art. 35 LAMal, 1994).

Depuis le 18^e siècle, 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).

La soignante n'est pas seulement en interaction avec des patients, c'est même une activité réduite face à l'activité complexe et collective des secours dans l'hôpital laïc ancien. Encore faut-il pouvoir rendre compte de cette complexité et arrêter les simplifications outrancières.

En permanence, les professionnels des soins et leurs auxiliaires sont dans « l'ENTRE », aider à vivre c'est aider dans les grands passages de la vie, « aider à passer, dépasser, trépasser » (Collière, 1996, 163). Il n'y a pas qu'une facette à l'activité soignante et c'est bien à cette difficulté que nous sommes confrontés. Ni chez l'un, ni chez l'autre, mais « entre ». Entre les discours institutionnels, ceux du corps médical, ceux des personnes soignées et de leur entourage pour la médiologie de la santé (Nadot, 1992), entre la Cité marchande, la Cité industrielle et la Cité domestique chez Boltanski et Thévenot (1991), entre le Monde social, le Monde technique et le Monde subjectif chez Dubet (2002).

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 ?

N'oublions jamais que notre activité professionnelle se déroule au sein de relations asymétriques qu'un ensemble d'acteurs ont structurées sous forme de jeux sociologiques. Ces jeux s'inscrivent au sein d'un tissu d'échanges politiques. L'inconscient d'une discipline, c'est son histoire disait Bourdieu. « On a quelque chance de comprendre les enjeux des jeux scientifiques du passé que si l'on a conscience que le passé de la science est un enjeu des luttes scientifiques présentes » (1984, 80-81).