

Construction disciplinaire et épistémologique des sciences dites « infirmières »

M. Nadot

« L'histoire est la mère de toutes les sciences de l'homme » nous disait Michel Foucault. La discipline dite « infirmière » située dans l'ordre de l'humain au plan de la science a de la peine à dépasser ses propres mythes pour construire son savoir spécifique. Derrière le mythe du « tout infirmier » et ses clichés, les femmes soignantes francophones subissent encore au plan épistémologique une domination culturelle imposée à la fin du XVIII^e siècle. À la discipline de s'approprier son histoire et à définir son objet. La recherche fondamentale commence à se développer au sein des facultés de sciences infirmières et permet à de nouvelles connaissances de s'appuyer sur un savoir antérieur remis en question. Des pratiques et des savoirs profanes accompagnaient l'émergence de cette prestation de service collective réclamée par le « prendre soin », mais les dominations culturelles successives subies et la complexité d'une activité ordinaire font que la discipline des soins est toujours orpheline sur le plan identitaire ; pas de nomos, pas de logos. N'étant pas dans l'ordre de la nature ou du vivant, la science infirmière (que pour notre part, nous ne nommons pas telle), son histoire et son discours dans le monde de la science se trouvent derrière le trièdre épistémologique des sciences humaines remarquablement décrit par Foucault. Borné d'un côté par les sciences sociales et, de l'autre, par les sciences médicales, mais antérieur à ces deux entités, l'objet de la discipline soignante se trouve « à la fine pointe des sciences humaines ».

© 2010 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Nursing science ; Prendre soin ; Histoire ; Épistémologie

Plan

■ Introduction	1
■ La discipline et ses mythes	1
■ L'insidieuse médicalisation de l'hôpital	3
■ Fondements épistémologiques des sciences infirmières	3
■ Conclusion	4

■ Introduction

Un des plus gros défis que la discipline infirmière doit relever au XXI^e siècle est probablement de quitter le monde symbolique qui entoure ses connaissances disciplinaires et de sortir de sa pusillanimité pour accéder aux lieux légitimes de production du savoir scientifique. Ces lieux de production et de reconnaissance du savoir se nomment « université » (faculté des sciences infirmières) et non hôpital ou autres facultés. C'est généralement au sein des écoles doctorales en sciences infirmières impérativement situées au plus haut niveau du système éducatif que se développent la recherche fondamentale et les questionnements épistémologiques. Ces savoirs sont à leur tour utilisés pour

alimenter la recherche appliquée réclamée par la société au sein de nos hautes écoles.

À défaut de recherches fondamentales sérieuses en histoire sur la standardisation de sa propre discipline, la profession continue d'être alimentée par les clichés, le sens commun et repose sur des symboles et des croyances issus du passé ainsi que sur ce qui caractérise de manière générale les carrières féminines dans notre société. À l'heure de la mondialisation des connaissances, quel statut a notre discipline et dans quel registre se place-t-elle ? Dans l'ordre de la nature ou dans celui de l'humain ? Quelle place a l'histoire de la standardisation de nos traditions de langages dans les programmes de formation en sciences infirmières ? Comment nommer l'identité de notre propre discipline (logos et nomos particulier) ^[1] ? Question tardive lorsque cette dernière occupe stratégiquement depuis des générations le cœur du système de santé.

■ La discipline et ses mythes

La discipline infirmière repose sur une tradition de langage et des pratiques anciennes. Elle a, comme d'autres avant elle, une série de mythes fondateurs. La construction de notre discipline suit l'accès à l'écriture des femmes soignantes et accompagne la production du

savoir en milieu universitaire. Les mythes rapportés par la recherche en histoire montrent que notre discipline n'a jamais été « infirmière » ou paramédicale chez les laïcs que nous sommes. Ces mythes savamment entretenus masquent ses réels fondements dans le langage francophone. Dépasser nos propres mythes devient alors une nécessité impérieuse en philosophie des sciences pour statuer sur le savoir propre à notre discipline. Cette affirmation présentée lors du IV^e congrès mondial du Secrétariat international des infirmiers et infirmières de l'espace francophone (SIDIIEF) à Marrakech (Maroc) en juin 2009 [2] met en évidence que la science part des mythes et de leur critique et qu'une nouvelle connaissance s'appuie toujours sur un savoir antérieur remis en question [3].

La discipline se développe à des rythmes variés dans le monde entier et appartient aux sciences humaines. Elle se constitue progressivement sur le long terme, selon les orientations de nos sociétés et de leurs institutions. Elle repose sur les fondements historiques du triptyque « domus, familia, hominem », c'est-à-dire prendre soin de la vie du domaine (domus), prendre soin de la vie du groupe (familia). Et bien sûr, il faut aussi prendre soin de la vie de « l'homme (hominem) objet de soins » au sein d'un espace-temps institutionnel singulier [4].

La critique en science doit prendre pour objet les croyances existantes et requiert, à titre de matière première pour ainsi dire, la présence de croyances ou de théories auxquelles on adhère de manière plus ou moins dogmatique [3]. Nos traditions de langages insérées depuis des siècles dans le cours de la vie et du travail en milieu de soins « représentent la source à l'évidence la plus importante, en qualité comme en quantité, pour notre savoir » [3]. On parle ici d'une tradition de langage dynamique et non de « ce que l'on a toujours fait » dans le sens routinier du « faire ». C'est la tradition écrite légitime qui permet de transformer notre expérience en savoir. Notre profession ne peut en effet être véritablement fière de ses racines qu'à l'observation de ce qu'elles lui ont permis de produire tant bien que mal, et non à la contemplation de leur état de conservation [5]. Les sciences, et notamment les sciences humaines auxquelles appartient la discipline infirmière, constituent le terrain d'une formation discursive sur fond de savoir.

Approcher les mythes sur lesquels reposent plusieurs de nos croyances n'est pas affaire facile car critiquer un acquis, même si ce dernier relève du mythe, est une sérieuse remise en question de nos certitudes. Comme le fait remarquer Morin [6], « l'univers mythologique est un émetteur de messages et toute chose naturelle est porteuse de symboles. Dans ce sens, la pensée mythologique se caractérise par une prolifération sémantique et un excès de significations ». Au plan des excès de significations, nous ne sommes pas en reste. Pensons par exemple, aux 45 qualificatifs du mot soin utilisés par notre littérature institutionnelle et aux représentations qu'ils déclenchent. Comment s'y retrouver ? Soins généraux, soins psychiatriques, soins de base, soins continus, soins intensifs, soins relationnels, soins de soutien, soins techniques, soins physiques, soins thérapeutiques (simples ou complexes), soins aigus, soins en fin de vie, soins corporels, soins de confort, etc. ne sont que quelques exemples mis en évidence dans une recherche en 1990 [7]. Ces excès de qualification du mot « soin » ne permettent pas de comprendre de quoi est fait le savoir qui accompagne ce dernier. Comment voulons-nous, devant une telle prolifération sémantique, que la société, les dirigeants, les assureurs, les médecins et autres administrateurs, voire les soignants eux-mêmes, distinguent clairement l'objet de notre discipline, la nature de nos discours ou les qualifications

requises pour exercer nos pratiques au plan des ressources humaines ? Sans clarifier l'origine et la nature du savoir complexe qui se trouve derrière les actes anodins de la vie quotidienne, nous ne devrions pas nous étonner de voir fleurir un peu partout, surtout en période de pénurie, des formations disparates pour des filières moins exigeantes et coûteuses que celle d'infirmière.

Parmi les objets qui vont historiquement nous étonner, nous trouvons une série de six mythes et de croyances qui relèvent du sens commun [2]. Nous présentons dans cet article une synthèse du mythe principal : celui du « tout infirmier » (les soins sont infirmiers, la pensée est infirmière, la recherche est infirmière, la science est infirmière, nos écoles sont infirmières, le département des soins est infirmier, etc.) sur lequel repose notre discursivité. Ce mythe principal découvert en 1990 et qui bouscule l'ordre établi possède aussi ses pratiques discursives et ses enjeux de pouvoir.

Cette découverte, présentée lors du premier congrès mondial du SIDIIEF à Montréal [8], mettait en évidence que le terme infirmier est un terme théologique appartenant aux congrégations religieuses hospitalières catholiques. Dire que le soin est infirmier provoque une utopie identitaire porteuse d'une aporie, c'est-à-dire une difficulté d'ordre rationnel paraissant sans issue qui reproduit un blocage épistémologique entraînant une prolifération de modèles théoriques qui n'ont rien d'infirmiers, puisque leurs fondements sont puisés dans des disciplines ne nous appartenant pas [9].

Au plan étymologique, le terme « enfermier » dans l'ancien français, est une réfection entre le latin « infirmitas » (faiblesse) et « enferm » (mauvais, malsain) et l'ancien français « enfern » (séjour des damnés), « inferi » (enfers païens), « infernum » (lieux d'en bas), « enfer » (malsain, mauvais).

Par succession de temps, le « i » latin a pris le dessus. Infirmité ou infirme ne continuent pas exactement les mots de l'ancien français et ont reçu dans le langage un sens spécial que ne connaît pas le latin [10]. Le terme infirmier est conceptualisé derrière trois principes religieux catholiques du même ordre :

- il qualifie le mauvais, la puissance des ténèbres, le séjour des damnés et le malsain (ENFER-mier). Il fait référence à une étiologie démoniaque de la maladie. L'eau bénite qui se trouvait encore dans certaines pharmacies d'unités de soins dans les années 1970 ne symbolisait-elle pas les vertus thérapeutiques de lutte contre le mal et la possession démoniaque ?
- il permet de voir le corps comme réceptacle du mauvais derrière « des plaies qui fourmillent de vers ou la pauteur qui sort du corps humain » et place l'âme comme dotée d'une vertu supérieure à celle du corps, elle est donc « plus chère à Dieu » [11] ;
- il signifie la recherche du difficile comme bien selon une perspective paradisiaque et confère à la promesse eschatologique de la sœur hospitalière ou « sœur grise » une propriété exclusive [10, 12].

Le terme « infirmier » utilisé aujourd'hui relève du tic verbal. Il cheminera de manière instable au plan linguistique en concurrence de valeurs avec le terme garde-malade durant quelques années avant de se stabiliser en France autour des années 1920. Ce terme masquant des enjeux de pouvoir a été imposé par des médecins français et leurs auxiliaires travaillant dans des « domus dei » ou Hôtel-Dieu (Paris) dans les années 1900-1914 (docteur Désiré Magloire Bourneville et al.). En effet, durant cette période de laïcisation des hôpitaux, on assiste en France à une controverse sur la place publique (lors de congrès nationaux d'assistance publique et de bienfaisance privée, au sein du Conseil supérieur de l'Assistance publique et auprès des directions des hôpitaux) qui voit s'affronter ceux qui tiennent à conserver une infirmière identifiée aux souffrances du Christ ou aux familles souffrantes, domestique et ménagère par

vocation, corvéable à merci, « l'infirmière plébéienne dépourvue de morgue et de dédain » (docteur Bourneville, Paris) et ceux qui veulent une garde-malade d'origine bourgeoise éduquée (demi-savante) et sur laquelle le corps médical compte s'appuyer afin d'avoir le pouvoir de déléguer son savoir (docteur Hamilton et docteur Lande, Bordeaux) [13]. Précisons que dans les régions francophones du Canada, c'est l'inverse qui se produira. La « garde-malade » était « l'illettrée » et l'infirmière « la moderne » en fonction du rôle joué et du pouvoir pris par les religieuses hospitalières infirmières dans la promotion des soins et des savoirs.

Les acteurs qui vont imposer le terme « moderne » infirmier dans la communauté francophone avaient comme « supporters » au plan linguistique les congrégations féminines à l'œuvre dans nos écoles (sœurs grises, hospitalières) et les directions hospitalières qui utilisaient les services de domestiques bon marché. Notons qu'en Suisse francophone, le terme garde-malade en place depuis 1770 dans les hôpitaux disparaîtra progressivement dès 1944 au profit du terme infirmier. De la fin du XIX^e siècle à 1944 environ, il n'est pas rare d'assister à un mélange de termes et de significations liés à un statut instable. Tout indique le changement qui s'annonce. « Sœurs », « infirmières », « sœurs grises », « sœurs infirmières » ou « sœurs hospitalières », « gardes-malades » diplômées ou non, ou « sœurs gardes-malades » emprunteront leur sens au gré des enjeux de pouvoir implicites qui formateront le contrôle des soins dans l'espace institutionnel des villes. Face à ces pratiques discursives, nous nous trouvons bien devant « un ensemble de règles anonymes, historiques, toujours déterminées dans le temps et dans l'espace qui ont défini à une époque donnée, et pour une aire sociale, économique, géographique ou linguistique donnée, les conditions d'exercice de la fonction énonciative » [14]. Il n'empêche que les seules à être autorisées conceptuellement à se dénommer infirmières étaient les religieuses hospitalières, pour qui leur activité et les vœux qu'elles formulaient conféraient un sens spécifique à leurs actions. Les religieuses sont les seules infirmières. « Sans complexe, elles étendent leur territoire le plus naturellement du monde, ne considèrent ni qu'elles l'occupent, moins encore qu'elles le conquièrent. Elles assument avec tranquillité et assurance le rôle qu'elles se sont choisi » [15]. Pas étonnant d'avoir le terme symbolique « vocation » ou « dévouement » qui colle encore à la peau des infirmières, alors que ces dernières accèdent en ce début de XXI^e siècle, en Suisse romande, à une formation académique en sciences infirmières (bachelor, master, doctorat).

Les laïques, quant à elles, se dénommaient « gardes-malades », « gardiennes » de l'hôpital, « gouvernantes ou servantes » des malades et non infirmières avant que l'Église n'impose son vocabulaire aux institutions publiques. Évitions les amalgames. Le bénéfice de l'action était spirituel et céleste chez l'infirmière hospitalière religieuse. Il est économique et terrestre chez la professionnelle laïque du XV^e siècle à nos jours.

■ L'insidieuse médicalisation de l'hôpital

C'est surtout vers la fin du XVIII^e siècle que le vocabulaire médical commence insidieusement à s'imposer et à prendre de l'ampleur, ceci même en l'absence de médecins dans les murs de l'hôpital. Les manuels à l'usage des gardes-malades commencent aussi dès 1775 à devenir le support de valeurs et d'idéologies. À partir du 14 frimaire de l'An III napoléonien, qui correspond au décret sur la création de trois écoles de médecine en France (Paris, Montpellier, Strasbourg) selon le rapport

Fourcroy à la Convention, le phénomène va s'amplifier, et ceci durant tout le XIX^e siècle.

Dès son arrivée dans l'hôpital, le corps médical va déléguer progressivement à la soignante un langage spécialisé permettant à la fonction « médico-déléguée » du rôle professionnel d'aujourd'hui d'assurer son existence. En plus de ses activités liées au « prendre soin », la soignante va alors se trouver dans une nouvelle posture d'« agent double » au service du médecin : agent collecteur de données en vue d'une analyse médicale (observation, évaluation de l'état du malade et transmission à faire dans la langue légitime), agent applicateur des prescriptions médicales au travers de connaissances déléguées et imposées ultérieurement à l'occasion d'un cours ou par des manuels de soins.

L'activité soignante prend ses racines dans les pratiques d'aide à la vie. Extrêmement dépendante d'un contexte de vie, structuré, normé, légitimé, réglementé, le statut de l'action reconnu aux acteurs est le reflet de son contexte. Prendre soin, c'est aussi constamment gérer l'espace, le temps, les mouvements, la logistique, l'énergie, l'économique, les relations et la coordination du travail avec l'ensemble des acteurs concernés, parce qu'aujourd'hui, on peut nommer un système de santé.

Il n'y a pas encore d'école et de formation systématique pour les soignants au XVIII^e siècle. N'allons pas croire cependant qu'il n'y avait pas de pratiques de transmission du savoir. La direction de l'hôpital de Fribourg, par exemple, se rend compte du capital représenté par le savoir pour la marche de l'établissement. Si la « Musshafera ou gouvernante des malades » est d'accord de prendre le temps de transmettre son savoir, elle touche pour 3 mois l'équivalent en espèce d'une année de salaire. C'est ce que l'on appelle une pratique de transmission horizontale du savoir. Ce savoir est un savoir d'expérience, de bon sens, avec quelques bribes de savoirs populaires, de traités de vulgarisation médicale et autres coutumiers.

■ Fondements épistémologiques des sciences infirmières

Parler de construction disciplinaire demande de poser les fondations de cette construction au sein d'un espace-temps spécifique. Pour Thom en effet, les seuls concepts vraiment scientifiques sont ceux liés à la géométrie de l'espace-temps. « Nous ne connaissons et agissons que localement » [16]. L'espace dont il sera question pour la discipline infirmière est un espace institutionnel laïc, un domaine public qui s'appelait « l'hospital », « l'ospital » en 1452 ou « l'épetau » en patois fribourgeois dès le moyen-âge [17] et le temps est celui du prendre soin (*care*) sur le long terme.

Espaces socioscientifiques anciens et mouvants, les disciplines, quant à elles, sont aussi vues comme une « articulation historiquement ancrée d'éléments composites, pouvant faire sens de manière durable et se constituer en instance rationnelle de connaissance » [18]. Le développement d'une discipline est aussi en résonance avec les conditions culturelles, économiques et sociales d'une époque et d'une région, mais n'appartient pas exclusivement à un pays. Bien qu'une discipline scientifique naissante soit une nouvelle manière de considérer le monde, cette discipline part souvent des présupposés des chercheurs et autres producteurs de savoirs, de normes, de manières de voir, voire de mythes, qui donnent sa physionomie au savoir que cette discipline structurera. Ce sont effectivement « les disciplines qui définissent leur objet, et non l'objet qui définit la discipline. L'objet d'une discipline n'existe donc pas avant que cette discipline n'existe ; il est

construit par elle » [19] ou plus précisément par ses acteurs au sein d'une communauté pensante.

L'objet de la discipline n'est pas le soin, mais l'homme vivant objet de soins dans un espace-temps spécifique [2]. On prend soin de l'ensemble, environnement de vie et collectivité en interaction avec l'individu, et non seulement de l'une de ses parties. Ce n'est pas sur la maladie et les traitements que commence la standardisation de nos savoirs, mais sur l'accueil et le prendre soin de l'humain en difficulté (*care*). En se centrant exclusivement sur « le soin », la profession laisse de côté les compétences requises pour que l'homme objet de soins puisse recevoir correctement ces derniers.

La discipline des soins, comme d'autres, s'appuie sur une tradition et une longue standardisation de la langue, langage qui parle des pratiques, langage révélateur de savoirs, c'est-à-dire d'une culture professionnelle.

Après le feu, le foyer, la maison, le domaine, le ménage, l'espace-temps du métier de soin devient l'hôpital. Il est conçu pour ceux qui sont hors du foyer, ceux qui n'ont plus de lieu dans lequel demeurer [4]. C'est une organisation qui prend en charge et exploite les misères dans la proximité. Les maisons de soins sont en pierre, ce qui n'est pas forcément le cas de l'ensemble des habitations du lieu, un jardin potager permet de se nourrir, des forêts, des champs, des chênèvières, des troupeaux de moutons ou de bovins et des vignes rapportent de l'argent aux « sieurs hospitaliers », « engraisent » les bourgeoisies locales et permettent d'assumer l'ordinaire à l'hôpital. Dans ce contexte, la santé est un luxe. Au milieu des abus de pouvoirs quotidiens, on assure tant bien que mal, avec quelques rudiments de médecine domestique (parfois 3 000 pages en sept volumes) [20], plutôt la survie que la vie et l'on protège les plus vulnérables. Avoir un logement de fonction, des bougies pour s'éclairer, une vache pour le lait à donner aux enfants abandonnés, un cheval pour les déplacements ou faire « le charroir des pauvres » et quelques poules et des œufs pour les malades tel que l'on peut le voir en 1733 à l'hôpital laïc de la ville de Romont (Suisse), c'est déjà presque un luxe au sein de petites cités rurales de l'ère pré-industrielle [21].

« Prendre soin » (au XVIII^e siècle, comme au XXI^e siècle du reste), c'est aussi capter des informations, des langages, développer des savoir-faire non dénués de sens qui permettent de gérer l'espace (activité logistique, organisationnelle et domestique), prendre soin du groupe (activité sociale non exempte de conflits, de bagarres, d'ordre) et prendre soin de l'humain (dans le sens porter son attention à...) et assurer une aide spécialisée d'intermédiaire culturel dans les activités de la vie quotidienne.

La discipline, pas plus que les soins, n'est infirmière. Compte tenu de l'origine linguistique mentionnée précédemment comme mythe principal francophone, on ne peut pas parler comme nous l'avons vu, d'une pensée « infirmière », d'une science infirmière ou d'une science des soins infirmiers, et nous ne voyons pas sur quel radical univoque peut s'insérer un suffixe de « -logie » qui représente souvent le « nomos » du discours savant que tient toute discipline. Dans notre milieu de pensée, le « -logie » est quasiment absent. En tout état de cause, nous ne faisons ni de « l'infirmiologie » ni de la « soignotique ». Sans « -logie », sans « -ique », la longue standardisation de nos pratiques et de nos savoirs est toujours orpheline sur le plan identitaire. D'où notre proposition de nommer « médiologie de la santé et médiologie de santé » notre discipline propre et celui ou celle qui s'en sert [12]. Conceptualisé à partir d'un espace-temps spécifique (médium), de médiations de santé et d'une posture d'intermédiaire culturel [12, 17, 22], ce synonyme à la science infirmière est « au singulier puisque le territoire théorique examiné

est celui dans lequel se trouve seulement le savoir propre, soit celui élaboré de l'intérieur de la discipline » [23]. Mais cette révolution sémantique provoquera sûrement une résistance des milieux conservateurs.

L'étude historique des pratiques soignantes laïques montre que si la société, l'habitat, la technologie évoluent, certaines pratiques demeurent invariantes à travers les âges. Aujourd'hui encore, lorsqu'on observe une infirmière au travail, on peut identifier les 14 groupes de pratiques mobilisés dans le « prendre soin » pour répondre à des attentes liées aux différents registres et cultures mobilisés [12, 17, 22].

En fait, soigner reste une prestation de service, dont l'usager de la prestation, quel qu'il soit, est toujours celui qui a le pouvoir de fournir l'information verbale ou non verbale (mémemorisée, directe ou différée) nécessaire à la conception et à la production du service [4]. Avec l'institution, le corps médical, les personnes soignées et leur entourage, ce sont trois ensembles bénéficiaires des prestations soignantes qu'il faut impérativement coordonner et qui vont façonner les exigences de la fonction. Par le passé comme dans le futur, on reste confronté aux aléas de l'existence humaine et aux contraintes des organisations de santé, puisque les compétences réclamées par l'activité dépendent de l'information perçue, décodée, traitée et distribuée dans un environnement particulier. Cette information a de la peine à se plier à des protocoles et des routines présentés comme sécurisants dans la mesure où on ne sait jamais, ni la nature du message, ni son intensité, ni le moment auquel il sera délivré [4].

La science infirmière se constitue au fur et à mesure qu'elle s'extrait d'autres sciences, notamment de ce que l'on nomme une science réflexive comme la philosophie par exemple, et qu'elle construit sa différence.

Après l'accès à l'écriture, nous accédons aujourd'hui, par la recherche et la production de connaissances fondamentales, à l'ordre de l'humain au plan de la science. Ce n'est que depuis quelques années que nous pouvons produire de la connaissance reconnue, préservée, enseignée, développée dans nos universités et hautes écoles, c'est-à-dire dans des institutions financées par l'argent public. Les docteurs en sciences infirmières attendent encore quelques disciples (corps intermédiaire universitaire) pour assurer judicieusement le développement de leur propre discipline. La posture d'intermédiaire culturel que nous occupons depuis des siècles permet une analyse permanente des langages « qui s'étend entre ce qu'est l'homme en sa positivité (être vivant, travaillant, parlant) et ce qui permet à ce même être de savoir (ou de chercher à savoir) ce que c'est que la vie, en quoi consistent l'essence du travail et ses lois, et de quelle manière il peut en parler » [24].

La science infirmière se trouve derrière ce trièdre épistémologique des sciences humaines remarquablement décrit par Foucault. Bornées d'un côté par les sciences sociales et, de l'autre, par les sciences médicales, nos connaissances propres se trouvent même « à la fine pointe des sciences humaines » pour Kim [25].

■ Conclusion

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

La vie, le travail et le langage constituent le quotidien du soignant et son spectacle depuis des générations. À la suite de Fawcett et Kim, on voit nos savoirs propres au cœur des quatre concepts paradigmatiques (santé, personne, environnement et soin) liés à la tradition

américaine de la science infirmière [23]. Les éléments ethnographiques et traditionnels sur lesquels repose notre discipline représentent le « prendre soin » (domus, familia, hominem) et sont tout à fait compatibles avec le trièdre épistémologique des sciences humaines. Ni dans la médecine, ni dans les sciences du vivant ou les sciences sociales, nos énoncés, nos règles de la pratique discursive ne peuvent former des groupes d'objets, des ensembles d'énonciations, des jeux de concepts, des séries de choix théoriques permettant de s'attaquer au fonctionnement idéologique d'une science [14]. La partie profane de nos savoirs enrichie par les savoirs contemporains honore ainsi, dans un paradigme d'antériorité et de continuité, les habiletés, activités et connaissances des soignants qui nous ont précédés.



Références

- [1] Bourdieu P. *Science de la science et réflexivité. (Cours du Collège de France, 2000-2001)*. Paris: édition Raisons d'agir; 2001.
- [2] Nadot M. Au-delà des mythes : une nécessité impérative en philosophie des sciences pour statuer sur le savoir propre à notre discipline. Forum : le savoir infirmier, promoteur de développement humain. IV^e Congrès mondial du secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone (SIDIEF); Marrakech, Maroc, 7-11 juin 2009.
- [3] Popper K. *Conjectures et réfutation. La croissance du savoir scientifique*. Paris: Payot; 1985.
- [4] Nadot M. Au commencement était le « prendre soin ». La revue de référence infirmière. *Soins* 2005(700):37-40.
- [5] Meirieu P. *Enseigner, scénario pour un métier nouveau*. Paris: ESF; 1989.
- [6] Morin E. *La méthode : 3. la connaissance de la connaissance*. Paris: Seuil; 1986.
- [7] Nadot M. En quoi les soins infirmiers sont-ils infirmiers? *Krankenpfl Soins Infirm* 1990(10):15-9.
- [8] Nadot M, Rousseau N. La discipline infirmière, mythe ou réalités ? La revue de référence infirmière. *Soins* 2001:16-7 (n°hors série).
- [9] Rousseau N. De la vocation à la discipline. *Infirm Can* 1997(mai):39-44.
- [10] Nadot M. Les soins infirmiers, ça n'existe pas ! La revue de l'encadrement et de la formation. *Soins Cadres* 2003;46: 59-62.
- [11] Nadot M. Des médiologues de santé à Fribourg, histoire et épistémologie en sciences infirmières (1744-1944). [thèse de doctorat], Université Lyon 2, 1993.
- [12] Nadot M. La fin d'une mythologie et le modèle d'intermédiaire culturel. In: Dallaire C, editor. *Le savoir infirmier, au cœur de la discipline et de la profession*. Montréal: Gaëtan Morin; 2008. p. 359-82.
- [13] Diebolt E. *La Maison de santé protestante de Bordeaux (1863-1934)*. Toulouse: Erès; 1990.
- [14] Foucault M. *L'archéologie du savoir*. Paris: Gallimard; 1969.
- [15] Turin Y. *Femmes et religieuses au XIX^e siècle, le féminisme en religion*. Paris: Nouvelle Cité; 1989.
- [16] Thom R. *Paraboles et catastrophes, entretien sur les mathématiques, la science et la philosophie*. Paris: Flammarion; 1983.
- [17] Nadot M. Les constantes des pratiques professionnelles d'hier...au service de la discipline infirmière demain. In: Sliwka C, Delmas P, editors. *Profession infirmière : quelle place et quelles pratiques pour l'avenir? Perspectives professionnelles, pratiques innovantes, formation universitaire, recherche en soins*. Paris: Lamarre et Wolters Kluwer; 2009. p. 107-31.
- [18] Vinck D. *Pratiques de l'interdisciplinarité, mutation des sciences, de l'industrie et de l'enseignement*. Grenoble: Presses universitaires; 2000.
- [19] Fourez G. *La construction des sciences. Les logiques des inventions scientifiques. Introduction à la philosophie et à l'éthique des sciences*. Bruxelles: De Boeck Université; 1996.
- [20] Buchan G. *Médecine domestique ou traité complet des moyens de conserver la santé, et de guérir les maladies par le régime et les remèdes simples : ouvrage mis à la portée de tout le monde*. Paris: Froullé libraire; 1789.
- [21] Nadot M. Prendre soin : aux sources de l'activité professionnelle. In: Dallaire C, editor. *Le savoir infirmier, au cœur de la discipline et de la profession*. Montréal: Gaëtan Morin; 2008. p. 27-51.
- [22] Nadot M. Mesure des prestations dans le système de santé. *Rech Soins Infirm* 2003(73):116-22.
- [23] Dallaire C, Aubin K. Les soins infirmiers, les sciences infirmières ou la science infirmière. In: Dallaire C, editor. *Le savoir infirmier, au cœur de la discipline et de la profession*. Montréal: Gaëtan Morin; 2008. p. 3-26.
- [24] Foucault M. *Les mots et les choses*. Paris: Gallimard; 1966.
- [25] Kim HS. Terminology in structuring and developing nursing knowledge. In: King LM, Fawcett J, editors. *The language of nursing theory and metatheory*. Indianapolis: Sigma Theta Tau International; 1997. p. 17-26.

Pour en savoir plus

- Dallaire C, Toupin I. Les théories à spectre modéré, les théories propres aux situations et les interventions infirmières. In: Dallaire C, editor. *Le savoir infirmier, au cœur de la discipline et de la profession*. Montréal: Gaëtan Morin; 2008. p. 239-64.
- Pepin J. L'évolution du savoir infirmier au Québec. In: Dallaire C, editor. *Le savoir infirmier, au cœur de la discipline et de la profession*. Montréal: Gaëtan Morin; 2008. p. 71-91.
- Soler L. *Introduction à l'épistémologie*. Paris: Ellipses éditions; 2000.

M. Nadot, Infirmier Ph D, Professeur d'histoire et d'épistémologie en science infirmière, professeur associé à la faculté des sciences infirmières de l'université Laval à Québec, chargé de cours en philosophie des sciences à la faculté de biologie et de médecine de l'université de Lausanne (michelnadot@hispeed.ch).

Haute école de santé, filière en soins infirmiers, route des Cliniques 15, 1700 Fribourg, Suisse.

Toute référence à cet article doit porter la mention : Nadot M. Construction disciplinaire et épistémologique des sciences dites « infirmières ». EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Savoirs et soins infirmiers, 60-010-M-80, 2010.

Disponibles sur www.em-consulte.com



Arbres décisionnels



Iconographies supplémentaires



Vidéos / Animations



Documents légaux



Information au patient



Informations supplémentaires



Auto-évaluations



Cas clinique