



HAL
open science

Penser le soin phénomène, savoir & formation

Jean-Charles Haute

► **To cite this version:**

Jean-Charles Haute. Penser le soin phénomène, savoir & formation. Education. Université de Nantes, 2009. Français. NNT: . tel-00640506

HAL Id: tel-00640506

<https://theses.hal.science/tel-00640506>

Submitted on 14 Nov 2011

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université de Nantes
Département des Sciences de l'éducation et Didactique

Université Catholique de l'Ouest
Institut des Sciences de la Communication
et de l'éducation d'Angers

P E N S E R L E S O I N
phénomène, savoir & formation



Thèse

En vue de l'obtention du Doctorat en Sciences Humaines
de l'université de Nantes
- 2009 -

présenté par Jean-Charles Haute

Sous la direction de M. Constantin Xypas
et de M. Michel Fabre

*In Mémoriam: **Robert Haute** (1930-1984)*
Didacticien des mathématiques,
Chargé de recherche à l'OFRATEM

à: Annaïg et Loïc

Pour Laurence,
Mélissa, Kévin, Charlotte
et: Enzo et Liséa

Avec ma gratitude à Constantin Xypas

Et mes remerciements à:

- Michel Soëtard
- Bertrand Bergier
- Jean-Yves Robin

Ainsi qu'à l'ensemble des équipes de soin auxquelles j'ai
participé

« L'inégalité de puissance vient à être compensée par une authentique réciprocité dans l'échange, laquelle, à l'heure de l'agonie, se réfugie dans le murmure partagé des voix ou l'étreinte débile des mains » .

Paul Ricoeur.

(Soi-même comme un autre, Éditions du Seuil, 1990, p. 223)

Illustration de couverture : « Le Train des blessés », Henri Gervais (1852-1929)

Résumé de thèse

Université de Nantes

UFR Lettres et Langues *Sous la Direction de XYPAS Constantin et de FABRE Michel*

Département de Sciences de l'éducation

Doctorat en Sciences Humaines, Sciences de l'éducation

Soutenu par: HAUTE Jean Charles

Titre: Penser le soin,
Phénomène, savoir & formation

Mots-clefs: *Soin, savoir des soins, science infirmière, soin générale, soin infirmier*

Sous la Direction de XYPAS Constantin et de FABRE Michel

Résumé:

Le soin correspond à une forme particulière de savoir. Il diffère des sciences humaines en cela qu'il n'est pas issu de la philosophie. Le savoir du soin est aussi distinct de la médecine dans la mesure où il s'appuie sur un paradigme humaniste plutôt que sur la biologie. Né d'une activité empirique, le soin a cependant développé une ingénierie spécifique. L'absence d'une infrastructure théorique pose des difficultés quant au développement du savoir et à l'interprétation de la clinique. Le projet de recherche est de construire une approche spéculative et théorique du soin à partir d'une lecture philosophique de celui-ci, cela à partir d'une approche prenant le soin comme phénomène et selon différentes situations historiques de celui-ci. L'analyse permettant une description ce qui varie dans le soin selon les situations et d'y repérer les éléments de son essence, puis d'en décrire la construction et le fonctionnement. Le développement de concepts spécifiques, comme le soin général, le soin premier, le soin professionnel, permet de préciser comment le soin se construit. Il est dès lors possible de rendre compte du processus soin comme vecteur de la préservation et du développement de la personne soignée, plutôt que comme palliatif à la maladie ou au handicap. Il devient possible de rendre compte de contradictions apparentes et des particularités du soin comme dispositif de relation. Finalement la recherche conduit à poser les jalons du développement d'une éthique du soin et propose une voie de renouvellement de la recherche en soin.

The care is a particular form of knowledge. It differs from the human sciences in that it is not derived from philosophy. Knowledge of care is also separate from medicine in that it relies on a humanistic paradigm rather than on biology. Born of an empiric practice, however, care has developed a specific engineering. The lack of infrastructure pose theoretical difficulties for the development of knowledge and interpretation of the clinic. The research project is to build a speculative and theoretical for care from a philosophical reading of it, this from an approach that takes care as a phenomenon and in different historical situations of care. The analysis allows a description in which the care varies depending on the situation and to identify elements of its essence, then describe the construction and operation. The development of specific concepts, such as general care, care first, the care professional can specify how the task is being built. It is therefore possible to reflect the care process as a vehicle for the preservation and development of the person care rather than palliative for the disease or disability. I will be able to account for apparent contradictions and peculiarities of the device as caring relationship. At last the search led to laying the groundwork for developing an ethic of care and proposes a way of renewing the research carefully.

Sommaire

Introduction: Du soin à la question du soin.....	1
Construction de l'objet: le soin en question.....	14
/1 / Une affaire de soin.....	20
/2 / Les discours sur le soin.....	26
/3 / Les soins infirmiers en tant que savoir spécifique.....	53
/4 / Quatre approches épistémologiques.....	74
/5 / Vers une épistémologie constitutive du soin.....	108
Phénoménologie du soin.....	135
/1 / Approche méthodologique.....	136
/2 / Une épistémologie historique des soins.....	142
/3 / Le soin à la mesure de la réduction	188
De la théorie à la clinique du soin.....	236
/1 / Première scolie: des exceptions à la loi normale du soin?.....	238
/2 / Seconde scolie: La constitution du savoir dans le soin.....	248
/3 / Troisième scolie: Souffrance et intimité.....	251
/4 / Quatrième scolie: De la doxa à l'ontologie du soin.....	256
/5 / Des orientations éthiques pour le soin.....	260
/6 / De la théorie du soin général à la formation des soignants.....	266
Conclusion.....	302
Annexes.....	314
/1 / Bibliographie.....	315
/2 / Techniques de recherche et d'information.....	328

- Introduction: Du soin à la question du soin

Une longue pratique des soins infirmiers (près de trente ans) ne se déroule pas sans remettre en question sa pratique du soin. L'évolution professionnelle joue, bien entendu, son rôle: à moins de passer plus d'un quart de siècle dans le même établissement, voire dans la même unité de soin, évoluer dans sa pratique conduit à régulièrement aller à la découverte de nouveaux horizons. Mais aussi, ces découvertes, ces pratiques renouvelées, développent le désir d'aller plus loin, plus profond dans ce qui leur est commun. C'est là une évolution personnelle qui pousse à essayer de comprendre et de maîtriser (autant que faire se peut) la diversité rencontrée; de mettre en lumière ce qui est commun aux différentes situations de soin rencontrées, approfondir son expérience au-delà de cette diversité de pratique. Cela autour d'une intuition particulière: au-delà des techniques de soin réside une clinique spécifique; clinique qui ne peut se contenter d'explications et de commentaires empiriques.

Il est banal pour un professionnel expérimenté de ressentir le besoin de faire partager son expérience à de jeunes et futurs collègues. Mais, pour le soin, il y a une difficulté spécifique: on peut toujours expliquer, montrer,

démontrer les pratiques... Mais il est beaucoup plus difficile d'inviter à partager ce qui « fait fond ». De travailler avec le formé la question de ce qui justifie (en terme de raison) notre activité. Les questionnements fondamentaux sont fréquents chez les jeunes professionnels, en particulier dans un monde complexe et parfois déroutant comme celui de la santé. On ne peut indéfiniment se décider exemplaire et attendre de l'imitation une réelle formation de l'apprenant. Mais, il ne suffit pas que le maître lise à haute voix les meilleurs textes, les fasse réciter aux disciples pour former qui que ce soit; nous savons cela depuis le dépassement de la pédagogie scolastique, depuis que Rabelais et Rousseau nous l'ont montré. En tout cas pas on ne peut, par le seul exemple former à une chose complexe et délicate, si pleine de la relation humaine, comme l'éducation et à bien y penser comme le soin.

C'est donc dans un sentiment d'insatisfaction quant à la transmission de notre expérience clinique que nous avons entrepris d'y ajouter à une réflexion sur celle-ci, processus qui nous conduit ici à proposer le résultat de notre cheminement.

Entrer dans une démarche de recherche, c'est questionner le réel ; et le réel en question est usuellement celui que perçoit le chercheur du point de vue sensible et pragmatique. Mais au fil du développement du travail, il est fréquent que le chercheur lui-même « perde » ce point de départ, tant il est vrai que les questionnements s'affinent et que les outils de pensée se complexifient et imposent progressivement leur logique propre. Ainsi, par exemple, questionner le soin nous a amené à s'interroger sur la relation entre soi-même et autrui, puis à la question de savoir qui est ce *soi-même* et qui est cet *autrui* ; au risque de perdre de vue qu'il s'agissait d'une relation particulière: uniquement de celle qui s'établit à l'occasion du soin. Appelé, par le court de la réflexion, à nous intéresser de près à la phénoménologie, nous avons, à plusieurs reprises vu cette façon de questionner le réel s'imbriquer dans notre attitude personnelle vis à vis de ce qui nous entoure... Parfois au risque de laisser de côté la clinique quotidienne au profit d'une position « idéale » et de se distancier de l'indispensable action.

Il a donc été nécessaire, et à plusieurs reprises, de formuler une anamnèse de la recherche elle-même ; c'est-à-dire d'énoncer (ou de reformuler) comment, et pourquoi il est advenu un projet de recherche à partir de notre expérience clinique, finalement de redire ce qui amène le sujet et le développement de la thèse. Sachant que le résultat attendu est bien une clarification, une clarification « en travail », de ce sur quoi peut reposer cette clinique. Il nous a donc paru nécessaire de proposer au lecteur, en préambule, ces éléments d'anamnèse tels qu'ils se présentent aujourd'hui. Car nous avons appris que si toute recherche conséquente est située du point de vue de son objet et de son entourage théorique, ceux-ci sont en relation étroite avec « qui » est le chercheur. Ce dernier élément étant une pièce indispensable de l'appareil critique de la recherche en elle-même.

Les éléments à prendre en compte sont de deux ordres : ceux qui sont immanents au chercheur lui-même, et qui correspondent à la dimension sensible de sa relation à l'objet de recherche. Et, d'autre part ce qui transcende celui-ci : venant du milieu où il évolue, aux savoirs qu'il mobilise.

Le chercheur et son milieu

Être infirmier Diplômé d'État, donc « généraliste » des soins infirmiers, et travailler en santé mentale est une première particularité. En effet, si aujourd'hui, la profession évolue dans le cadre d'un unique diplôme, ce n'est le cas que depuis dix-neuf cent quatre-vingt-douze. Auparavant, et en particulier en dix-neuf cent quatre-vingt-deux, à de l'issue de notre formation initiale, les deux filières étaient nettement séparées, les programmes d'étude distincts. Venir, après treize ans d'expérience diversifiée (gériatrie, oncologie, soins à domicile) s'inscrire dans le champ réputé particulier de la santé mentale repose sur une démarche de questionnement de la pratique du soin. C'était, alors, que nous avons constaté que chaque terrain d'exercice appelait des techniques spécifiques : il y a peu de points communs entre la gestion d'un cathéter central destiné à l'administration veineuse de chimiothérapies anticancéreuses et l'accompagnement à la toilette d'une per-

sonne âgée souffrante de détérioration cognitive grave. Mais aussi que dans tous les cas, il existait quelque chose de particulier reliant les deux situations : Le fait que l'on ne saurait ignorer que c'est toujours *quelqu'un* que l'on soigne. Et certainement pas un cancer ou un accident vasculaire cérébral ; lesquels appellent un traitement, mais ne nécessitent pas de soin en eux-mêmes. Le constat est ainsi fait par tout soignant expérimenté que l'essentiel réside, non pas tant *dans*, mais surtout *autour* des techniques mobilisées.

Devenir cadre de santé, c'est-à-dire responsable d'un ensemble de soignant, modifie le point de vue. Participer indirectement aux soins de toute une équipe, et sans être directement impliqué dans leur réalisation, démultiplie les occasions « d'examiner du soin ». Dès lors, l'ensemble de l'expérience sensible et des conceptions empiriques personnelles s'enrichit de celle de toute une équipe. Ayant repris le chemin de la formation, et nous étant « frotté » à de nouvelles formes de réflexion, que ce soit à l'Institut de Formation des Cadres de santé ou à l'Université, il était désormais difficile, pour nous, de nous en tenir au sensible et à la seule exploration des praxis de soins. C'est ainsi qu'est advenu le projet de pousser plus avant la démarche d'exploration et d'élucidation du soin. Une première tentative (dans le cursus du diplôme des hautes études) nous a conduite à explorer méthodiquement le savoir des soins infirmiers, nous confrontant alors aux problèmes de l'épistémologie d'un champ émergent en forme de disciplinarisation. Piste fructueuse, non pas tant en terme de confirmation d'une hypothèse, mais plutôt par le renouvellement du questionnement. En effet, la conclusion de ce travail ouvrait sur une autre perspective : il était illusoire de résoudre la question du soin en nous en tenant au seul corpus du savoir infirmier, serait-il aussi élaboré que la Science du Soin. En même temps, la fréquentation assidue et approfondie de ce corpus durant trois ans construisait un renouvellement du questionnement. Pour ainsi dire de façon non consciente, des indices s'accumulaient montrant que l'intuition de départ (quelque chose de commun dans des pratiques différentes) était illustrée dans la diversité des approches théoriques sur lesquelles nous-nous penchions. Et surtout que cela ne devait rien au hasard : l'idée que le soin était

bien autre chose qu'un praxis sophistiqué se faisait jour. Prendre en compte cette dimension nous amenant à abandonner une conception du soin valorisant les actes techniques; démarche difficile tant ceux-ci sont hiérarchisés et souvent perçus comme plus ou moins valorisants. Ainsi l'usage fait qu'il est plus « prestigieux » de gérer un cathéter veineux central que de pratiquer une toilette... Usage qui se traduit aussi en termes de rémunération, car certains infirmiers spécialisés dans les techniques médicales sont mieux rémunérés que les autres.

Ainsi, au moment de construire un projet de recherche, au court du Master II, nous avons vu converger l'intuition sensible, la praxis et la réflexion épistémologique : il manque quelque chose du soin à l'ensemble de notre travail. Ce quelque chose est essentiel, c'est ce qui relie toutes les perceptions, toutes les expériences, toutes les réflexions que nous avons rencontrées; Quelque chose d'essentiel? Peut-être même quelque chose de l'essence du soin. Mais, s'il est possible comme nous l'avons fait, et moyennant quelques années à lui consacrer, de saisir le soin et de s'en faire une idée empirique relativement élaborée ; c'est un autre projet que d'en explorer l'essence. C'est un travail qui mobilise d'autres moyens, un autre environnement de réflexion, une autre temporalité de la recherche : c'est un sujet de thèse.

Les soins et ceux qui les dispensent ont considérablement évolué au fil du temps. Par exemple, au milieu du XIX^{ème}, les soignants sont soit des personnes soignées par l'établissement, guéries et ainsi réinsérées ; ou bien recrutés « à la campagne » ou encore au sein de familles bien connues de l'établissement. Ces soignants n'ont été systématiquement formés qu'à partir du XX^{ème} siècle, le niveau d'accès à la formation initiale tenait alors au fait de savoir « lire, écrire, compter ». Aujourd'hui les corps soignants sont constitués de fonctionnaires de catégorie A ou B, majoritairement formés sur la base du baccalauréat. Il s'agit pour une bonne partie de ce que l'on désigne comme des techniciens supérieurs, des cadres moyens, des cadres su-

périeurs. Les cursus vont jusqu'à plus de cinq ans¹ de formation spécialisée après le Baccalauréat. Les filières universitaires sont limitées, en France, à des diplômes d'université (hygiène hospitalière par exemple) ; mais des cursus plus complets (du type Licence Master Doctorat) sont de règle dans la plupart des pays comparables.

Ces évolutions ne sont pas dues au hasard, elles sont en rapport avec une évolution considérable des soins eux-mêmes, tant d'un point de vue quantitatif que qualitatif. Les hôpitaux d'aujourd'hui produisent beaucoup plus de soins directs aux personnes que par le passé, la nature de ceux-ci a considérablement évolué. Ainsi les soignants, qui étaient, vers 1850, assimilés à du personnel de service (les servantes des malades comme on les appelait parfois), ont vu leur rôle évoluer. Ils sont aujourd'hui initiateurs d'une part croissante de leur activité. Autonomie d'action autorisée par des compétences acquises en formation et sanctionnées par des diplômes d'État et/ou Européens le plus souvent.

Mais des difficultés se font jour à l'hôpital, difficultés qui concernent le soin. On pense ici à la « crise morale » ou celle des « vocations » si souvent évoquées dans les médias. Interrogées lors d'une enquête européenne, les infirmiers et les aides soignants disaient récemment leur difficulté autour de la question du sens du soin qu'ils pratiquent : *Le plus pénible pour moi c'est le fait de n'être plus en communion avec mon idéal du soin (prendre soin) et les soins qu'on nous demande d'accomplir.* Ou bien encore *Un respect mutuel de la fonction de chacun ; une communication réelle, parce que personne n'écoute entre monde médical et administration*². Cette atmo-

¹ Le niveau de formation minimum est celui des aides soignantes : bac facultatif et un an de formation. Le niveau le plus élevé est l'encadrement des infirmières spécialisées (anesthésie, bloc opératoire, puériculture) pour qui le bac est indispensable, les trois ans et demi de formation de base, l'année de spécialisation et l'année du diplôme de cadre de santé. Les formations complémentaires nécessitent toutes la validation d'acquis par l'expérience (de deux à trois ans).

² Phrases extraites des entretiens menés à l'occasion de l'étude « Nurses early exit stu-

sphère de crise est (dans la presse spécialisée) souvent mise en perspective comme un phénomène daté, contingent à des évolutions sociales culturelles et économiques particulières. Le « malaise soignant » serait alors le signe d'une crise globale de l'institution santé : crise d'organisation, défaut de financement, absence d'écoute des « cris d'alarmes » de la communauté médicale. Lorsqu'elle est convoquée, la parole des soignants est bien souvent retenue au titre de témoignage, rarement comme objet d'analyse. Nous avons montré, par ailleurs, comment lors de la crise sanitaire de la canicule la dimension soignante des difficultés étaient ignorée des différentes analyses³. Mais, à bien y regarder, quel aurait été une analyse soignante? Sur quoi reposerait-elle? Questions qui sont loin d'avoir des réponses simples.

Au sein des professionnels eux-mêmes, le soin est souvent pensé dans une problématique d'émergence, à partir de la pratique. Quelque chose de relativement nouveau et qui *doit* prendre *sa place* dans l'univers des soins hospitaliers. Les difficultés sont alors considérées comme transitoires ; et il suffirait d'insister avec assez de constance pour obtenir la reconnaissance tellement attendue (ce qui fonctionne d'ailleurs assez régulièrement du point de vue des carrières et des traitements des fonctionnaires concernés). Il va sans dire que cette pratique rencontre autant de résistance qu'elle mobilise d'énergie. L'hôpital, comme institution, existe depuis plus de sept cents ans (pour ce qui concerne l'occident) ; son organisation repose sur des équilibres complexes et subtils. L'émergence du soin comme participant à la pluridisciplinarité n'est pas forcément la bienvenue. Au sein même des professions concernées, et comme il s'agit d'un domaine en pleine évolution, les soignants sont loin de parler d'une même voix. Difficultés majorées par le fait que le savoir spécialisé actuel reste très discret sur ce qui commande la nécessité du soin. Cet ensemble de connaissances provoque des réactions

dy » (2002). Celle ci est éloquent : le nombre de soignants exprimant un désengagement, et reliant celui ci à des questions de sens est considérable. De 25 à 50% des soignants interrogés, et selon leur catégorie professionnelle, disent désirer changer de métier. 8%, en moyenne, y pensant chaque jour ou chaque semaine.

³J. C. Haute « Canicule » Art. In site internet @Cadredesante.com, 2003

vives, sans doute en rapport avec « l'insistance » des soignants à se faire reconnaître ; au risque parfois de pousser (voir acculer) la critique à disqualifier la notion même de savoir concernant les soins. On voit là s'instaurer un glissement conjoint : le savoir des soins vers une expertise et une citadelle (assiégée à bien des égards), la défense des soins vers une idéologie. Le glissement se fait sur un plan incliné, lequel est orienté vers la rupture de la collaboration au sein de l'institution.

Mais cette rupture est, par ailleurs, impossible dans l'organisation actuelle des soins hospitaliers. Les soins infirmiers en institution représentent, quantitativement, l'essentiel des soins donnés dans notre environnement. De ce point de vue, ils ont un *poids numérique* essentiel dans les institutions, situation qui fait contraste avec la sous-détermination de leur rôle, la justification de leur présence et aussi leurs critiques à l'égard du système.

Une approche pragmatique du soin permet ainsi de décrire une situation difficile, parfois insupportable sur le plan individuel (les horaires de travail, les repos jamais réguliers etc.) comme quelque chose « qui doit être réglé ». Elle décrit et explique certaines situations, mais ne parle pas du phénomène-soin *en lui-même*. Rien ne dit comment survient le soin, sa nécessité, ce qui le justifie, au-delà même du constat de son existence. Et évite ainsi quelques questions importantes comme :

- Qu'est-ce que le soin, que soigner ?
- Pourquoi y a-t-il du soin ?
- En vue de quoi et pour qui/quoi soigne-t-on ?
- En quoi est-ce important du point de vu humain ?
- De quel savoir a-t-on besoin pour le développer ?

Autant de questions qui demeurent en marge du soin. Nous sommes, ici, dans une acceptation du soin comme « un existant » de fait. Comme si pour le soin, son existence commandait l'essence; que celle-ci découlait de la présence au monde de celui-là. Il est, sur cette base, impossible de penser la « raison » du soin, et de là identifier ses difficultés, de comprendre ses besoins de développement, et finalement de prévoir, de façon raisonnée, une

quelconque évolution de celui-ci. D'ailleurs, les avancées qui se font jour travaillent surtout autour de la question du « transfert de compétences » au sein des professions de santé⁴. Ce sont pourtant les questions de sens que nous avons vues posées par les soignants eux-mêmes (enquête NEXT, opus cité). Ce sont ces questions qui se posent de façon de plus en plus pressantes.

Pour notre part, nous partons d'une idée particulière: celle de penser la *crise d'identité* comme un symptôme, plutôt qu'une maladie. De là il y a place (et intérêt) à modifier l'angle sur lequel on étudie habituellement les soins, singulièrement les soins infirmiers⁵ ; cela en vue de renouveler la compréhension du soin. C'est cette démarche que nous proposons de mener à partir de la question du sens, et non plus seulement à partir des pratiques observables. Notre position de départ donc d'essayer de *penser le soin en lui-même*, et au-delà des contingences de son exercice. Tâche plus particulièrement philosophique et dans une visée d'épistémologie constitutive. Il s'agit, dans notre recherche de mobiliser la philosophie et l'épistémologie pour leur demander comment et quoi penser du soin.

Nous entreprenons ici de nous appuyer sur la philosophie et de viser l'épistémologie pour sortir de *l'ignorance de ce que nous faisons* en leur demandant de témoigner ; témoigner de ce qui constitue un savoir reposant sur la raison et non plus sur le constat empirique d'une pratique. Il s'agit d'examiner, avec des méthodes qui s'appliquent à tout savoir, celui qui nous intéresse ; cela dans la perspective de renouveler la constitution de celui-ci. Bien entendu, les éléments : méthode, concepts, théories ne résident pas dans le savoir des soins infirmiers. Par contre, les éléments qui permettent de répondre (la matière) sont à chercher dans les situations de soins cliniques singulièrement ; nous le verrons, dans les soins infirmiers.

⁴ Voir à ce sujet, par exemple, Berland Y. & Coll. « Rapport de la mission coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences »

⁵ Il s'agit ici des soins infirmiers dans leur ensemble, c'est à dire de ceux qui sont réalisés par des infirmiers ou tout personnel qui leur est auxiliaire, cela quel que soit le statut de chacun. Les soins infirmiers sont donc pour l'instant à considérer comme « cas princeps du soin ».

Alors il reste à se faire rencontrer une colline (le savoir des soins) et une montagne (celle de la philosophie). Comme nous gardons le sens pratique, nous allons *pelleter* la colline jusqu'à la montagne (le contraire est illusoire comme l'a montré Yves Thiébaud [1994], il est absurde de considérer une philosophie *spécifique* au soin comme à tout autre savoir). C'est pourquoi il ne s'agit pas de faire une philosophie du soin (pelleter la montagne sur la colline), dans ce cas la colline disparaît inexorablement sous le volume du savoir en question. Il s'agit plutôt de questionner et de déstabiliser le savoir du soin en le portant sur un support plus large que lui-même ; voire les réponses que l'on peut trouver aux questions que pose la clinique dans la dimension *sens* du soin. De le faire avec rigueur en travaillant les concepts, en entrant dans une réflexion qui approche *l'existence, l'essence, le fondement* du soin et de son savoir.

nous-nous proposons de construire cet exposé de notre recherche selon le plan suivant:

- Tout d'abord nous essayerons, de poser le soin en tant que question. Cela à partir d'un cas clinique caractéristique et en évoluant vers la formulation d'une question initiale. Explorant les lectures du soin que nous pouvons rencontrer, nous évaluerons leur apport en fonction de notre question de recherche. Il s'agit ainsi, de délimiter notre recherche en terme d'objet et de champ. De définir une discipline de référence.
- Nous Développerons ensuite l'organisation du travail de recherche en fonction de la méthodologie retenue. Puis examinerons l'épistémologie historique du soin; cela en vu de développer en cinq études successives une approche théorique du phénomène soin.
- Une troisième partie explorera les conséquences de la théorie développée en regard de la clinique des soins infirmiers. Ce travail nous conduira à formuler des réponses à des questionnements développés dans la partie exploratoire de ce travail.

– La conclusion s'appliquera à la mise en perspective de ce travail en regard des développements en cours ou en perspective du savoir des soins.

Travailler la « question du soin » présuppose que l'on est capable de l'identifier, au moins empiriquement, au sein du milieu dans lequel on peut le rencontrer. Nous essayerons donc, dans un hôpital, et à partir d'une situation ou des soins doivent être dispensés de faire cette rencontre.

Entrons dans l'enceinte de l'hôpital ; plus précisément sur le site d'hospitalisation à temps plein d'un établissement Public de Santé Mentale (un hôpital psychiatrique disait-on autrefois). Nous allons surtout y rencontrer des gens hospitalisés que rien ne distingue de la population générale ; c'est que la fréquentation de l'établissement regroupe aujourd'hui beaucoup de personnes déprimées, qui ont des difficultés avec leur consommation d'alcool, et de façon plus restreinte des personnes souffrantes de troubles graves du cours de la pensée.

- Construction de l'objet: le soin en question

Histoire de Martial

Si nous sommes attentifs, nous verrons aussi un ensemble de personnes qui se déplace d'une façon particulière. Certains utilisent des sentiers leur appartenant, passant par les pelouses et traversant autant que nécessaire les buissons et les parterres. Parfois ils emportent, dans leurs pérégrinations, une sorte de bagage : sacs de plastique, cabas, sacs de sport contenant leur « viatique » pour la demi-journée. Ils présentent un comportement particulier : ils semblent «chez eux dans l'institution, or celle-ci est un lieu de soin, pas un lieu de vie. D'ailleurs, aucun professionnel de l'établissement ne relève leurs petites transgressions des voies de circulations ; même le jardinier les salue en les croisant, sans prendre gare aux massifs qu'ils envahissent sans vergogne.

Un passage à la cafétéria du centre hospitalier à une heure choisie (le moment du café de 13 h 00, par exemple) nous permettra de retrouver bon nombre de ces passants particuliers. À cette heure, peu de chose distingue la

cafétéria d'un bar de village, tout au plus la présence de cette population particulière. Il y a un rapport singulier qu'entretient le personnel éducatif et d'animation avec eux ; mélange de familiarité bon enfant et de fermeté bienveillante, les injonctions et les mises en garde sont spécifiques :

- « *Bon, je te le donne, ton café, mais tu fais attention, hein ! TU FAIS ATTENTION* »

(l'interpellé vide souvent sa tasse en quittant le bar)

Ou bien encore :

- « *Martial, tu fais quoi, là ! Je te rappelle qu'on est à la cafétéria... Tu sais très bien ce que je veux dire.* » (Martial est en train de récupérer les mégots du cendrier pour sa consommation personnelle).

Si l'on fait remarquer ce ton particulier à l'éducateur présent, il nous rappelle « que Martial, c'est différent, on le connaît depuis quinze ans ». Martial⁶ est hospitalisé depuis Noël 1988... Il a bientôt soixante ans, d'ailleurs on songe à préparer son anniversaire (dans une cafétéria d'hôpital, un lieu singulier pour fêter un anniversaire). Il n'a pas été hospitalisé en continu, bien sûr, mais il a passé presque tout ce temps (plus de quatre-vingt-dix pour cent) dans l'établissement.

Que se passe-t-il pour Martial ?

En fait, Martial n'a plus de domicile personnel et est en quelque sorte un résident permanent de l'établissement. Il dépend entièrement de celui-ci

⁶ Martial est ici un personnage de composition. La nécessaire discrétion sur la vie des personnes hospitalisées nous interdit de décrire un cas concret. Nous avons donc construit le personnage de Martial à partir des dossiers d'une dizaine de personnes ; les faits que nous rapportons sont donc authentiques, mais ne peuvent être rattachés à une personne particulière.

pour se loger, se nourrir, se vêtir etc. Soyons précis, une lecture attentive de son dossier médical nous renseignera : Martial a souffert d'une psychose invalidante tardivement diagnostiquée et tardivement prise en charge. Aujourd'hui, il bénéficie d'une mesure de tutelle et un administrateur gère pour lui ses maigres ressources ; pour acheter un pantalon, toucher son argent de poche, il dépend aussi de la disponibilité des infirmiers. Il en va finalement ainsi, pour lui, de la majorité des gestes de la vie quotidienne.

Pourtant, dans le dossier médical, rien n'indique qu'il souffre encore de troubles graves, il ne semble pas vraiment capable de se mettre en danger ou de menacer autrui. En tout cas, il suffit de prendre les transports en commun d'une grande ville pour rencontrer des individus autrement plus inquiétants. Interrogé à ce sujet, son médecin confirme : le traitement de Martial est stabilisé depuis longtemps, il reste des troubles fonctionnels importants ; ceux-ci sont plutôt d'ordre cognitif. Ils résultent d'une maladie grave et longue (des séquelles), mais l'ensemble symptomatique est stable depuis cinq ou six ans. De plus les effets secondaires de son traitement sont plutôt bien maîtrisés et celui-ci ne pose pas de problème particulier; il est renouvelé tous les trois ou six mois.

Nous sommes perplexes : Martial n'est plus malade au sens aigu, mais plutôt handicapé par les conséquences de sa maladie. Son traitement varie peu (pas plus, en tout cas qu'un traitement contre le cholestérol). Que fait-il encore ici ? L'intuition nous dit qu'il y a autre chose que les conséquences de la maladie. Martial réalise bien des choses qui lui appartient de décider : Il choisit ce qu'il achète à la cafétéria, ce qu'il emporte dans ses déambulations et circule librement, il sait aussi s'opposer lorsque quelque chose ne lui plaît pas... C'est bien une personne comme nous, en tout cas pas dénué de toute liberté. S'il est tenu de respecter les règles de la vie hospitalière comme les heures de repas ou les heures d'ouverture et de fermetures des services qu'il utilise ; rien d'autre ne vient conditionner les activités qu'il pourrait entreprendre. Sortis, le matin, du pavillon, personne ne cherche à contrôler ce qu'il fait ni où il va dans le parc de l'établissement.

L'infirmier et l'infirmière qui sont ses référents (qui s'occupent plus particulièrement de lui) confirment que les soins dispensés à Martial conduisent à tenir, autour de lui une structure d'étayage (un cadre disent-ils) lequel permette à Martial de vivre le mieux possible. Le tout constitue en des soins infirmiers (aide et surveillance de l'hygiène, la vêtue, l'alimentation etc.). Du point de vue relationnel et éducatif, le cadre tient par une relation d'aide relativement souple et à travers des médiations toutes simples: faire des courses, aller à la banque etc. *Les soins relationnels et éducatifs constituent l'essentiel du travail avec lui.* Les rappels aux règles de la vie collective sont réguliers (on en relève jusqu'à une par trimestre) mais ne constituent pas une activité très soutenue. Il s'agit de quelque chose de très différent d'une hospitalisation de crise où le cadre institutionnel, pour être maintenu, demande de nombreuses interventions des soignants, des médecins et de l'encadrement des unités.

Il n'y a pas de prescription thérapeutique (traitement au long cours, mais aucune cure) prescrite par son médecin et aucun psychothérapeute ne travaille avec Martial. Il n'y a, d'ailleurs *aucune indication, puisque l'expérience clinique nous dit que nous sommes allés, avec lui, au bout du possible sur le plan thérapeutique.*

Martial habite donc un hôpital, alors qu'il n'est plus vraiment malade, il y bénéficie de soins qui ressemblent fort à ce que propose une maison de retraite. Qu'est-ce qui peut justifier sa présence dans cette institution ? D'autant plus que les lits disponibles pour les situations aiguës sont plutôt rares, que l'hôpital coûte très cher (ici plus de trois cent cinquante Euro par jour).

Au fil des discussions avec les personnes qui s'occupent de lui (médecin, infirmiers, cadre de santé, assistante sociale, tuteur etc.), on apprend que bien des projets et des tentatives de sorties de l'institution ont été menés : famille d'accueil, foyers spécialisés, même une maison de retraite a été tentée ; à chaque fois, Martial est revenu... Sans que l'on puisse, pour autant parler, de rechute de sa maladie. Il semble qu'il ne puisse se passer des

structures et infrastructures de l'hôpital. Que la présence des soignants lui est devenue indispensable, vitale même : il a bien failli mourir d'une de ces tentatives : il ne mangeait plus, ne se lavait pas, s'enfermait dans le noir dans sa famille d'accueil. Mais aussi, il devenait menaçant pour les autres pensionnaires de la maison de retraite. Il « refusait » de participer à la vie commune du foyer. C'est ce que l'on relève dans le dossier médical et dans le dossier de soins infirmiers. Ajoutons que cette situation est assimilée à un mouvement dépressif plus qu'à une recrudescence de l'activité délirante. Une forme de dépression réactionnelle liée à l'impossibilité de rompre des liens, une sorte de deuil dis-fonctionnel de l'hospitalisation.

Dans l'établissement, il ne tente jamais de sortir des murs de l'institution, il a « ses habitudes », le temps s'écoule sans avoir de prise apparente sur lui ; il y a à sa présence quelque chose d'immuable et tout le monde le connaît, il connaît aussi tout le monde. Si bien « intégré » qu'il va parfois saluer le directeur général dans le bureau de celui-ci, il y est alors accueilli avec sympathie et bienveillance : une foi de plus « tout le monde le connaît depuis si longtemps... ».

Tout se passe comme s'il était dépendant de l'institution globalement ; que les conditions, pourtant très précaires de la vie hospitalière, étaient devenues son milieu de vie normal. Bref, il est dépendant de l'institution pour satisfaire l'ensemble de ses besoins. Il est d'ailleurs inquiet à chaque synthèse le concernant : Il sait bien que c'est là le moment où les équipes reformulent les projets de soin. N'étant plus vraiment malade, il sait (intuitivement et parce qu'il connaît bien la vie institutionnelle) qu'un tel projet peut menacer l'équilibre de sa vie ici, finalement sa vie *à lui* et sa vie tout court. Certains soignants pensent même qu'un changement institutionnel important pourrait, finalement, provoquer son décès.

/1 / Une affaire de soin

Il se joue là quelque chose de particulier pour les équipes d'hospitalisation. Celles-ci sont constituées pour prendre en charge des troubles psychopathologiques graves qui interdisent, temporairement, la circulation des personnes dans la cité : Celles-ci sont alors dans une souffrance interdisant la vie, parfois elles sont alors une menace pour elle-même (auto agressivité, risque de suicide par exemple) ; soit qu'elles menacent l'intégrité d'autrui, voir l'ordre public. La mission globale de l'unité consiste à observer les troubles, poser un diagnostic, mettre en place un traitement (chimiothérapie, psychothérapie, mesures d'accompagnement social etc.). Au-delà de ces phases, la prise en charge s'accomplit à travers des consultations régulières (psychiatre, psychologue, infirmier), des soins ambulatoires, de courtes hospitalisations pour réajuster le traitement. Ça c'est l'hôpital tel qu'il est disposé en tant que institution. C'est là que réside sa logique, sa justification, son projet.

Martial (et les autres personnes dans son cas) sortent de ce cadre ; ils nécessitent des soins infirmiers de nature relationnels, éducatifs, des soins de base... Mais aucun soin technique. La psychopathologie, la psychologie clinique, la thérapeutique n'ont plus guère de propositions à faire à son sujet. D'ailleurs, le pronostic médical est dorénavant quasi inexistant : il est stabilisé, en rémission des troubles ayant justifié son hospitalisation.

Il est donc logique, puisque Martial relève essentiellement de soins in-

firmiers (ou peut être, même, qu'il en dépend), d'attendre de la *fonction soin* ce que ne peut plus nous apporter la médecine ou la psychologie : des grilles de lecture de la situation, un pronostic, une méthode d'adaptation des soins dispensés... C'est là que les choses se compliquent. En effet, nous pouvons repérer empiriquement que Martial relève surtout de soin (infirmiers en l'occurrence puisque nous sommes dans un hôpital). On sait très bien décrire en quels gestes consistent les soins en question ; certains travaux permettent même de les décrire minute par minute. Mais il est autrement délicat d'essayer de caractériser la situation à partir de la notion de soin : qu'est-ce que ce soin que l'on appelle infirmier⁷? Et même, qu'est-ce au juste que le soin ?

-1.1 / La question de la formation au soin

On voit se profiler la question de la formation au soin. Comment, en effet, enseigner quelque chose qui reste (pour une part) non déterminé? De plus, ce savoir doit prendre place dans une dynamique plus large, celle du système LMD tel qu'il est posé dans les accords de Bologne; lequel demande l'intégration des diplômes actuels des soignants dans le système LMD. Si l'on peut imaginer qu'une réflexion de fond sur le soin lui-même n'aurait qu'une d'incidence relative sur les soignants en exercice; et reposerait sur un effort spécifique de formation continue; les enjeux se situent plutôt dans la façon dont seront formés les soignants de demain. Et, plus particulièrement, dans la perspective du développement de formations supérieures (Master et Doctorat). Compte tenu de notre expérience de l'université, nous savons bien qu'une simple transposition des pratiques de formation (accompagnée d'un changement de dénomination) est illusoire. L'université ne se limite pas à la formation de professionnels qualifiés, elle forme au sens le plus noble du terme à l'esprit critique et produit de la recherche. Deux dimensions qui paraissent hors de portée du savoir actuel sur les soins, tel qu'il se présente en France. Questions qui s'adresse d'une part du soin et de la conception de celui-ci, bien sur, mais aussi question aux

⁷ Nous reprenons ici à notre compte la question fondamentale posée par W ; Hesbeen dans sa réflexion sur le prendre soin » (1988).

sciences de l'éducation tant il est vrai qu'il y a là tout à construire: corpus de savoir, objectif pédagogique, didactique.

-1.2 / Explorer le soin: du sens commun aux sciences humaines

Le soin est une donnée sensible et peut être facilement repérée de façon empirique, l'histoire de Martial nous l'a montré. Il existe ainsi de multiples formes de soin et de toutes aussi nombreuses façons de classer celui-ci. Ainsi, on peut le répartir selon les grandes fonctions auxquelles celui-ci s'adresse : soins physiques, soins psychiques, voir soin social dans la prise en charge d'urgence des grandes exclusions (comme dans les SAMU sociaux). On peut aussi utiliser la répartition des disciplines médicales : médecine interne, chirurgie, cardiologie etc. Ou bien encore les durées de séjours dans les unités de soin : soins aigus, de suite, de cure et/ou de réadaptation ou de long séjour. Mais, dans tous les cas il s'agit de quelque chose que l'on désigne par le mot « soin ». Qu'y a là une « mêmété » fondamentale. L'examen sommaire des formes usuelles de classement rend évident que ces différences viennent de l'infrastructure où s'exerce le soin plutôt que de celui-ci. De ce point de vue le soin n'est pas utilisé pour caractériser ce qu'il peut recouvrir.

-1.3 / Le soin : une approche empirique

Tentons, tout d'abord, une définition empirique. Se soigner, c'est remédier aux petits incidents de la vie quotidienne qui viennent porter atteinte à notre intégrité : Coupures, brûlures, troubles digestifs etc. C'est aussi prendre soin de soi-même dans les difficultés : la tension, les contrariétés, la fatigue nécessitent que l'on prenne soin de soi-même; car négligées, ces difficultés prennent une autre dimension. Ainsi, ne pas prendre soin de soi, c'est courir le risque d'une altération de sa santé, autrement dit de tomber malade. De plus, il est nécessaire, si l'on tombe malade, d'être traité pour la maladie en question, que le traitement s'accompagne d'une attention parti-

culière à soi même: il faut encore *se soigner*. Ainsi, lorsqu'on est « enrhumé », il convient de rester à l'abri, de s'habiller plus chaudement, de s'alimenter convenablement, de se reposer plus que d'habitude etc. Faute de ces précautions, il existe le risque d'une infection plus sévère : une rhinopharyngite, une pneumopathie par exemple. La guérison dépend alors beaucoup du traitement prescrit par le médecin, le retour à *la forme*, dépend essentiellement du soin que l'on aura mis à respecter le repos nécessaire : se soigner alors, c'est se préserver et reprendre des forces.

Le soin a aussi une dimension relationnelle ; tout le monde ne peut prendre soin de lui-même : le bébé, la personne handicapée ou très âgée... autant de cas où les soins ne sauraient être entièrement assurés par soi-même ; alors que ces situations ne constituent pas des maladies. Quelqu'un qui ne peut remplir ces fonctions bénéficie de la solidarité du groupe (famille, communauté de vie, collectivité territoriale, société). Cette solidarité étant généralement organisée au sein de celui-ci. Le soin a donc une dimension sociale. Il existe ainsi des spécialistes du soin : le médecin, l'infirmière, la sage femme... prennent soin de ceux qui en ont besoin. Au-delà, que penser du coiffeur (qui dit pratiquer des soins capillaires), de l'esthéticienne ou de l'auxiliaire de vie qui aide des personnes âgées ou handicapées à leurs domiciles? Mais, dans l'immédiat, nous avons rencontré le soin dans un hôpital, nous l'avons *constitué* sur notre observation des personnes soignées. Revenons sur ce milieu particulier et essayons donc de préciser la situation du soin dans les institutions hospitalières.

-1.4 / Les soins hospitaliers: une lecture plurielle

Le soin est repérable dans les institutions spécialisées, en particulier par le nombre de personnes qui y consacrent leur activité professionnelle. Ainsi, si l'on reprend la classification des professions de santé du rapport national sur la démographie médicale (Y. Berland & Coll. 2002), en France il y a 410.859 infirmières et ce nombre progresse régulièrement jusqu'en 2009 au moins. On ne dispose pas de chiffres aussi précis pour les aides soignantes,

les agents hospitaliers et les auxiliaires de vie; on peut néanmoins relever que les soignants constituent la plus grande partie des personnes employées par les institutions en charge du soin.

/2 / Les discours sur le soin

-2.1 / La question des valeurs : Une anomie du soin?

On sait que les professionnels sont en difficulté face aux impératifs de leur travail quotidien. On se souvient sans doute du mouvement de protestation de 1988-1991 où les infirmières, réunies en coordination, se retrouvaient autour du slogan « ni bonne, ni nonne, ni conne⁸ », les trois figures stigmatisant une difficulté spécifique de l'exercice professionnel en milieu hospitalier. Il s'agissait alors de protester contre les conditions d'exercice du soin. à l'époque le mouvement, largement relayé par les médias, était interprété selon le schéma suivant :

Les soignants étaient supposés revendiquer contre:

- Des conditions de travail pénibles (la position de « bonne »).
- Une logique quasi sacerdotale où toute demande d'évolution était renvoyée à la « vocation » des acteurs (la « nonne »).
- Le fait d'être le jeu des relations de pouvoirs entre l'administration et le pouvoir médical, faisant des soignants les « pions » des réorganisations de l'institution (la « conne »).

⁸ Voir à ce sujet le livre de B. Ouvry-Vial B., Bon-Saliba "Les infirmières ni bonnes, ni nonnes, ni connes" (1993) relatant l'histoire de la coordination infirmière.

Des réformes importantes ont débouché sur l'émergence des services de soins des hôpitaux publics, puis des établissements privés ainsi qu'une revalorisation des carrières ; l'ensemble des mesures porte essentiellement sur l'aspect matériel du travail, elles ont été négociées en concertation syndicats-État. Tout cela renvoie à l'idée que l'implication des professionnels repose sur leur statut de fonctionnaire, l'importance de leur salaire, les formations qu'ils ont reçues. Ou bien même, le nombre de techniques médicales qu'ils sont autorisés à pratiquer (ce qui est, probablement conçu comme une façon de leur « faire honneur »). En pratique quotidienne, il en va tout autrement ; tout infirmier, tout cadre de santé (et finalement tout soignant), sait bien que quelque chose d'essentiel se joue autour du sens que chacun peut donner aux soins qu'il dispense. Rappelons les faits : interrogés lors d'une enquête européenne, les infirmiers et les aides soignants disaient récemment leur difficulté autour de la question du sens du soin qu'ils pratiquent : « Le plus pénible pour moi c'est le fait de n'être plus en communion avec mon idéal du soin (prendre soin) et les soins qu'on nous demande d'accomplir. » Ou bien encore « Un respect mutuel de la fonction de chacun. Une communication réelle, parce que personne ne s'écoute entre monde médical et administration. »⁹ ; Autant d'expression d'une double difficulté : celle du sens et celle de la prise en compte de celui-ci par l'univers hospitalier.

On peut penser aujourd'hui, à la lumière de l'expérience, que le slogan de 1991 parlait tout autant de l'importance des conditions matérielles que d'un déficit de reconnaissance et de la possibilité d'investir celui-ci en lui-même; comme une fonction à part entière et non comme « nécessité » subordonnée à d'autres logiques du système hospitalier. Ceci nous conduit, à une nouvelle lecture du slogan de mille neuf cent quatre-vingt-huit. Nous proposons de reprendre les trois termes en disant que font aussi problème:

⁹ Phrases extraites des entretiens menés à l'occasion de l'étude « Nurses early exit study » réalisée par l'université de Wuppertal, department of Occupational Medicine, 2002 / sous projet Promouvoir en Europe Santé et Satisfaction des Soignants eu Travail (PRESST)

- La subordination du soin aux contingences de l'exercice (la position de *bonne*) et, par-là, l'assujettissement du soin à des logiques médicales ou administratives.
- La logique *sacerdotale* (la nonne) permettant d'enfermer dans une dimension *vocationnelle* les soins; ceux-ci devant *obéir* à leur vocation sans avoir à y réfléchir.
- La négation d'une capacité à penser le soin de façon autonome (la *conne*) qui conduisait à conditionner le développement des soins et leur enseignement aux seuls besoins technologiques (biomédicaux) ou de service (administratif).

Les deux niveaux d'analyse sont complémentaires plutôt que contradictoires, le premier étant issu de « l'instant » de la contestation; le second de l'expérience vécue depuis les réformes entreprises. On sait que le premier a reçu un traitement considérable à travers l'organisation de l'institution hospitalière, la réorganisation de la formation et diverses mesures sociales. En revanche, le second niveau n'a pas fait l'objet d'un travail spécifique. Une telle réforme est délicate, elle suppose, en préalable, la possibilité de penser le soin en lui-même; ce qui, nous l'avons vu, est loin d'être acquis. D'ailleurs, pour développer cette seconde lecture, nous-nous sommes appuyés sur notre expérience d'infirmier et de cadre de santé ; ce qui signifie que le questionnement ainsi suscité est de nature empirique. De fait, l'idée que l'on peut se faire du soin aujourd'hui reste très « naïve » ; au sens où nous ne pouvons nous appuyer, pour l'essentiel, que sur l'expérience des pratiques de soin. Une nécessité de l'ordre du sens émerge pourtant au sein de la pratique, alors même que l'idée d'un sens possible reste un sujet de débat. Le soin est finalement prisonnier d'une anomie, non pas constituée par la disparition de ses valeurs fondamentales, mais plutôt liée à la difficulté de faire émerger celles-ci. C'est en cela que le soin fait aujourd'hui problème et qu'à son propos se développe une polémique.

-2.2 / Le soin, sujet polémique

Une difficulté apparaît aussi dans l'histoire où elle s'inscrit, et, pour situer ce qui nous préoccupe, rappelons la lecture qu'en donnait le Pr. Salomon, doyen de la Faculté de Médecine de Marseille en 1970, dans son rapport sur la réforme des études menant au diplôme d'état d'infirmier où il écrivait: « Aucune infirmière n'est autonome, elle dépend du médecin qui seul possède la responsabilité des soins ; seul il est autonome devant sa conscience, la morale et la loi. A lui seul incombe la responsabilité première ». On constate que ce discours est fondamentalement incompatible avec la proposition (contemporaine au moment du travail de sa thèse) de B. Walter et concernant le savoir infirmier (cf. B. Walter 1985). Elle, le décrivant comme une réalité en construction appelée à prendre place déterminante dans ce qui deviendra le « rôle propre »¹⁰. C'est sans doute cette difficulté qui a conduit le législateur à ne pas trancher dans le débat¹¹ ; et à encadrer strictement dans les textes l'exercice du soin en fonction d'une liste d'actes *à faire* et *à ne pas faire*. On relève qu'alors que l'un affirme que les infirmières n'ont aucune légitimité à penser le soin et aucune autonomie possible; l'autre relève, qu'au contraire, l'émergence du sens à partir des pratiques était un phénomène en marche et déjà très élaboré! Nous sommes à la source d'une polémique. Et même si certains tiennent celle-ci pour dépassée, on peut en voir une trace dans la réaction de rejet par certains syndicats médicaux lors de la transformation des infirmiers généraux en directeurs de

¹⁰ - La notion de rôle propre est particulière à la profession d'infirmière en France, elle se définit comme "Les fonctions de l'infirmière qui se voit reconnaître l'autonomie, la capacité de jugement et l'initiative. Elle en assume la responsabilité" (R. Magnon & G. Déchanoz 1995). La définition est posée en regard du décret n° 93-345 du 15 mars 1993 et de la loi n° 78-615 du 31 mai 1978. (Articles L.473, L.475, L.476 du code de santé publique).

¹¹ - Les travaux de B. Walter ont été prolongés de nombreux autres travaux universitaires, en particulier par la Thèse de L. Jovic « La clinique dans les soins infirmiers, naissance d'une discipline » (1998). La position du Doyen de la Faculté de Marseille n'a pas été retenue par le législateur.

soin dans les hôpitaux en 2003. Pour résumer ces positions, nous dirons que l'un pense le soin comme uniquement subordonné aux besoins du traitement de la maladie ; alors que l'autre repose sur une façon particulière d'aborder les problèmes de la personne (serait-elle malade), sans pour autant focaliser l'attention sur un diagnostic médical particulier. Les deux ne parlent pas de la même chose, mais sont, bien sûr, liés. Les points de vue divergent sur le fond et se développent sur des logiques nécessairement différentes.

L'infirmière (B. Walter) tend à analyser le soin dans le cadre des soins infirmiers (et sans dépasser le cadre de ce qu'elle maîtrise). Le médecin (le Pr. Salomon) nous parle de la situation hiérarchique et organisationnelle de l'infirmière. Il faut dire que le soin est ici strictement infirmier et que, dès lors, il est chargé d'enjeux qui dépassent le fait de s'occuper d'autrui. Le soin est confondu avec l'infirmière, et ce qui doit le déterminer dépend uniquement de la place de celle-ci. Hors, rien ne permet d'affirmer que le soin n'est qu'infirmier : bien d'autres formes de soin existent : comment dénier qu'il existe un soin maternel, dire que les kinésithérapeutes ne soignent pas, par exemple. De plus, la liaison hiérarchique médecin-infirmière¹², est présentée, par certains, comme une chose *naturelle* ; Pourtant ce lien n'a aucune réalité réglementaire. Le lien est différent (fonctionnel) : il est lié à la prescription de certains médicaments et la pratique exclusive d'une série d'actes médicaux. On peut penser que cette situation résulte finalement d'une histoire particulière de nos institutions ; Laquelle est caractérisée par la lutte ayant opposé les congrégations soignantes aux médecins militants laïcs au début du siècle. De là on peut retracer la postérité d'une situation souhaitée par D. Bourneville. Celui-ci, militant anticlérical convaincu, fonde les écoles publiques de soignants de la Salpêtrière et de Bicêtre en 1878. Il annonce son projet : « remplacer le personnel ignorant et intolérant par un personnel instruit et respectueux de la liberté de conscience » (G. Charles 1979). Il projetait alors de remplacer les religieuses et les religieux (suspects de prosélytisme) par un personnel obéissant au seul médecin ; c'est à dire

¹² Liaison qui existait dans certains cas de figure aujourd'hui disparus (lorsque le directeur de l'hôpital était médecin). Une infirmière dépend hiérarchiquement de son autorité de nomination (le directeur de l'établissement ou le Ministre de la Santé, selon le cas).

sans autre discours sur le soin que le respect de l'autorité du médecin. Là où les soins infirmiers se sont développés de façon plus autonome (en Angleterre, en Suisse ou en Amérique du Nord) la question ne se pose pas en ces termes. C'est d'ailleurs ce qui explique, en partie, la différence sensible de développement disciplinaire académique entre les autres pays développés et la France¹³ ; une pensée du soin qui ne repose pas sur un savoir spécifiquement médical serait alors suspecte de se référer à la charité, vertu théologale était difficile à intégrer dans la dynamique laïque et la rationalité scientifique des hôpitaux français du XX^{ème} siècle.

La confusion (entre le soin et l'infirmière) explique d'une part un certain enlèvement des débats dans la polémique (les infirmières contre les médecins et l'administration). Mais aussi l'impossibilité de la réforme : que faudrait-il réformer? Le système hospitalier, la médecine, la profession d'infirmière, les mentalités? Il est légitime de penser que ces questions participent à une atmosphère de *crise morale* ou des *vocations* si souvent évoquée dans les médias; laquelle tient, en partie, à l'indétermination du soin en lui-même. Le soin, dans sa dimension praxis, étant finalement pris dans un mécanisme où le doute est produit par des prises de positions polémiques ; lesquelles ne font que renforcer le doute et donc le malaise des soignants. C'est ce qui nous incite à chercher les sources de confusion entre les soins infirmiers et ce qui les entoure. Deux lectures spécifiques du soin : la médecine et la psychanalyse

Nous avons identifié les soins infirmiers et le développement d'une difficulté particulière autour de celui-ci, il reste cependant que les formes que prend le soin paraissent très variables : les médecins, les infirmières ou les aides-soignantes soignent, c'est le sens commun. S'agit-t-il de choses différentes ; ou plutôt : Quel niveau de généralité est supporté par la notion de soin ?

¹³ La France fait de plus en plus exception dans le monde par le cantonnement des formations au soin infirmier dans le domaine professionnel.

Pour la médecine, par exemple¹⁴, une relation thérapeutique se conçoit à travers le *dialogue singulier* entre un médecin et son patient (M. Tubiana 1995). Il s'agit d'une relation asymétrique où le médecin est posé comme détenteur d'un savoir très poussé sur des questions extrêmement complexes. Le dialogue singulier s'entoure d'un dispositif particulier. Le médecin prête serment en référence à l'éthique d'Hypocrates, héros fondateur dont la médecine reposait sur l'altération des humeurs de l'organisme. Serment d'un type particulier; celui du juge ou de l'élus repose sur son engagement face au peuple, ses pairs ou la Loi ; c'est à dire des choses évolutives et qui suivent les mouvements de la société. Le serment médical consiste à s'engager à respecter des règles et un savoir vieux de 2300 ans et qui sont réputées invariables depuis lors. Il y a là une dimension symbolique puissante : finalement proche d'une sacralisation. La possibilité de faire métier de la thérapeutique touche bien quelque chose de sacré tant celle-ci est en rapport avec les *mystères* de la vie et de la mort. Il serait présomptueux de transposer cette dimension sacrée à toute forme de soin. Le médecin est un soignant à bien des égards (autant, en tout cas, qu'il effectue des soins). Mais il est difficile d'étendre cette description aux soins de la vie quotidienne (comme les soins maternels) ou bien à ceux donnés par une aide soignante à une personne âgée. Les soins de type médicaux sont donc une catégorie particulière de soin, qui ne saurait être confondue avec les autres formes de soin. Il est, dès lors, abusif de chercher le sens d'autres formes (serait-ce les soins infirmiers) dans le soin médical.

La psychanalyse, pour sa part, permet de réfléchir à la situation réalisée par le soin en utilisant le concept de *transfert*. Celui-ci permet de rendre compte de certains phénomènes psychiques chez un sujet dans la substitution d'une personne à une autre et quant aux mouvements affectifs qui peuvent se développer ; « Cela signifie qu'il [le patient] déverse sur le médecin un trop plein d'excitation affectueuse souvent mêlé d'hostilité, qui

¹⁴ Nous-nous limitons ici à une description sommaire de l'approche médicale que nous ne considérerons, pour un instant, uniquement sous son aspect de pratique particulière de soin, c'est-à-dire celle qui vise essentiellement la guérison ; il s'agit de donner un des cas de figure qui illustre notre propos.

n'ont leur source ou leur raison d'être dans aucune expérience réelle » (S. Freud, 1989, p.66). L'usage est de dire, dans le domaine de la santé mentale tout au moins, que la relation entre soignant et soignée répond au modèle du transfert. C'est une approche centrée sur la psyché des sujets en relation; elle n'éclaire normalement pas le processus en dehors de la sphère de leur relation inter-personnelle. Ce qui ne nous renseigne pas au-delà, sur la dimension sociale du soin ou même sur sa dimension professionnelle. C'est donc un angle d'analyse qui présente une grille de lecture de la situation affective de la personne en soin et de celui qui la soigne. Toute tentative d'extension conduit cependant à transposer la relation psychanalytique au soin, c'est à dire penser que le soignant est une sorte de psychanalyste et le soigné toujours en analyse. Il s'agit là d'une transgression des règles fondamentales de l'analyse: l'analyste n'est pas n'importe qui, mais celui qui a suivi une analyse particulière justement destinée à le rendre capable (aux yeux de ses pairs) de pratiquer la psychanalyse. C'est en tout cas la position, clairement affichée par S. Freud: « Personne ne doit pratiquer l'analyse sans en avoir acquis le droit par une formation déterminée » (S. Freud 1985 p.183). A vrai dire, cette transposition repose sur l'affirmation de S. Freud selon laquelle toute relation d'amour peut être interprétée selon la clef du transfert (quoiqu'il reste à déterminer en quoi exactement l'amour et le soin sont en relation) ; ceci ne signifiant pas que tout un chacun peut *manipuler le transfert* impunément, situation contre laquelle il nous met en garde. Cette confusion entre l'existence du transfert comme *mécanisme naturel* et sa mobilisation dans les relations soignant-soigné est un *court circuit* fait à la psychanalyse. Toute démarche soignante est une action pour, sur, et par autrui ; dès lors, l'évocation du transfert appelle très rapidement son utilisation pour gérer la relation : ce qui est justement réservé, par S. Freud au psychanalyste. Hors, tant la psychanalyse est une démarche originale et particulière ; laquelle possède des règles précises de mise en œuvre, tant il serait abusif d'assimiler tout soignant à un psychanalyste. Finalement, l'approche psychanalytique ne peut qu'éclairer la notion de soin autant qu'elle est un processus intersubjectif, et il est hasardeux de réduire le soin à cette dimension ; il s'agit *d'une lecture d'un des éléments* du soin.

Puisque l'on ne peut confondre, la médecine d'une part et la psychanalyse d'autre part avec les soins infirmiers, nous devons nous interroger sur ce qui fait confusion. En particulier, comment le sens commun peut-il faire *agrégat* de choses que distingue la réflexion?

-2.3 / Le soin dans le sens commun

Le sens commun, du point de vue épistémologique constitue un point de résistance à l'élaboration d'un savoir construit et réfléchi. D'autant plus que l'on sait que le sens commun propose souvent des constructions explicatives autour des pratiques empiriques. Pour Gaston Bachelard, nous devons chercher dans le sens commun ses limites et le point où doit intervenir la coupure épistémologique. Nous allons donc définir plus précisément le concept de sens commun, puis caractériser ce qui concerne les soins pour donner une lecture critique de la notion afin de trouver un point précis où opérer la coupure épistémologique.

Savoir et sens commun

Un savoir de sens commun c'est, tout d'abord, celui qui se constitue à partir de nos expériences, mais aussi des informations, savoir, modèles de pensée que nous recevons et transmettons par la tradition, l'éducation, la communication sociale (S. Moscovici 1984 p. 364). Dans l'économie de ces savoirs, la représentation sociale joue un rôle déterminant. Celle-ci peut être défini comme *ce qu'un groupe élabore à propos de ce qu'il doit accomplir et qui définit, à ses membres, des buts et procédures spécifiques* (D. Jodelet 1984). Dans la société contemporaine, la science occupe une place particulière. Savoir de référence (tout ce qui est scientifique tend à être reçu comme vérité), des parties de connaissances scientifiques sont incluses dans le processus de production de notre pensée courante (S. Moscovici & M. Hewstone 1984). Cette circulation ne signifie pas que la science est la pensée commune, mais plutôt que les savoirs élaborés par les spécialistes se rendent autonome à travers un processus qui appartient à la formation du sens com-

mun. La diffusion de savoir d'origine scientifique rencontre un public de plus en plus large, alors que les mécanismes de construction des savoirs empiriques sont toujours bien en place. Certains d'entre nous acquièrent des connaissances détachées de leur contexte de contrainte méthodologique, de leur système conceptuel. Ils « vulgarisent » la science au sens péjoratif du terme alors même que leur démarche reste très spontanée (sans volonté de nuire à celle-ci). Il ne s'agit pas de *la science* en elle-même mais bien de parties (idées, approches, modes d'expressions) isolés de la science; nous dirons qu'il s'agit de savoir savant, par analogie avec les connaissances non systématisées telles que l'on peut les trouver dans une approche encyclopédique du XIV^{ème} au XVII^{ème} siècle. Ces éléments sont en fait mélangés dans leur incorporation à la pensée courante. Le nouveau sens commun qui se constitue est marqué par l'idée de raison et bénéficie d'une légitimité forte. Mais ce *recyclage* (selon l'expression de S. Moscovici & M. Hewstone 1984 p.553) ne fait pas l'économie d'une réorientation du savoir en question. Le savoir commun fonctionne alors par personnification des connaissances, figuration et *ontisation* (Ibid p.562 - 565). On observe ainsi que la psychanalyse devient celle de S. Freud (ou de J. Lacan), la relativité, celle de A. Einstein, le conditionnement le réflexe de Pavlov etc. Les objets de la science deviennent des figures métaphoriques : *les* ondes, *les* atomes, *les* classes sociales ou *le* cancer ; autant de concepts qui sont utilisés dans le langage courant où l'information de signalétique devient iconique. Enfin les mots et les idées sous-jacentes sont investis de qualités, de forces et les êtres logiques que sont les éléments de science (les concepts en particulier) deviennent des êtres aux vertus magiques. Dans le processus *toute distinction se change en contraste, toute relation en exclusion* (Ibid p.566). L'altération du contenu des savoirs ainsi *appropriés* s'accomplit par une altération de la structure cognitive (passage de la cognition informative à une cognition représentative) qui restitue une cohérence différente au savoir. A ce jeu, un malentendu s'installe, par exemple, entre la médecine scientifique et le sens commun ; c'est ainsi que l'on *attrape* l'infarctus comme *la* grippe...

Dans le cas qui nous occupe, le soin lui-même dépend fortement de l'environnement social où il s'exerce comme l'a montré Michel Nadot (1983,

1992, 1997). A partir des représentations sociales se condense un ensemble de significations, système de référence qui nous permet d'interpréter ce qui nous arrive, voir de donner un sens à l'inattendu. Le savoir de sens commun est une forme de connaissance spécifique dont les contenus manifestent l'opération de processus génératifs et fonctionnels socialement marqués. Ce sont des modalités de pensée pratiques orientées vers la communication, la compréhension et la maîtrise de l'environnement (C. Herzlich in S. Moscovici & Coll 1984 P. 386). Le sens commun est donc une source, mais une source à soumettre à une lecture critique minutieuse pour pouvoir être envisagée: c'est ce que nous dit G. Bachelard de façon plus poétique lorsqu'il indique « la connaissance du réel est une lumière qui projette toujours quelque part des ombres » (Gaston Bachelard 1967 p. 13). Cette critique repose sur une coupure épistémologique qui permette d'examiner les éléments constitutifs du sens commun pour ce qu'ils sont, et non plus de justifier celui-ci par la légitimité sociale de ses éléments. La science procède d'une discontinuité entre l'empirisme et la connaissance scientifique (G. Bachelard 1972, P. 207). Cette discontinuité est une rupture, une rupture de nature épistémologique ; cette *connaissance nouvelle* ne procède pas d'une lente maturation à partir du sens commun ou d'un étayage sur une intuition ancienne. Si Lucrèce a développé un discours sur sa conception corpusculaire de la matière, la théorie atomique issue de la physique moderne repose sur une rupture qui intervient à la fois sur la notion de nature, de matière et d'énergie. Il nous faut donc, pour notre part, situer la coupure entre le soin (notion empirique) et le soin comme concept à construire.

Aussitôt que l'on tente de penser le soin, jaillit une difficulté : l'indétermination même du soin confond empiriquement un vaste ensemble de pratiques centrées sur l'intervention auprès d'autrui ; l'esthéticienne, le coiffeur, l'infirmière et le médecin mènent-ils un soin superposable ? Le bon sens indique que non, bien entendu ; mais, au-delà de l'évidence se dissimulent des distinctions beaucoup plus difficiles à opérer. Ainsi, comment, dans la confusion que nous avons relevé autour des soins infirmiers, pouvons-nous essayer de faire la part des choses autour d'un futur concept de soin ?

-2.4 / La monade des soins hospitaliers

Les soins infirmiers ne sont pas un isolat, ni nécessairement le cas paradigmatique du soin. Ils prennent place dans un ensemble qui regroupe toutes les interventions pluridisciplinaires autour de la personne souffrante. Nous pouvons regrouper celles-ci sous la dénomination de sens commun de "soins hospitaliers". La perception usuelle fait des soins hospitaliers une monade; c'est à dire, dans une vision pythagoricienne, une unité parfaite qui est le principe de tout ce qui l'accompagne. Au sens de Leibniz, une substance simple, inétendue, indivisible, active. Les soins infirmiers sont l'un des éléments de la monade, indistincts pour le profane, et leur particularité ne va pas de soi. Le savoir, de ce point de vue se confond avec celui qui est le plus « saillant », c'est à dire, ici, la médecine. Au-delà de cette idée de sens commun, la médecine moderne et les soins infirmiers sont des objets de savoir contemporains qui entretiennent des relations serrées du point de vue historique. Nous devons délimiter notre champ en fonction de caractéristiques rationnelles et opérer, autant que possible, une distinction cohérente.

Une autre lecture : l'approche de santé publique

Pour opérer une distinction, nous devons nous approcher plus près des processus de soins pour opérer des distinctions entre ce qui relève des soins médicaux et des soins infirmiers. Les textes législatifs opèrent une séparation radicale¹⁵, mais il s'agit là de prescriptions qui sont de nature politique ; la position du législateur ne correspond pas forcément à une différence entre des savoirs, mais souvent à une répartition des rôles (par exemple entre celui de la police et de la justice, alors que les intervenants sont tous formés au droit) ; Cette séparation prend aussi en compte des éléments comme la gestion des carrières et des compétences qui n'appartiennent pas à notre champ de recherche. Nous préférons utiliser ici une approche de santé publique. Celle-ci a l'avantage d'appartenir au champ des soins (qu'ils soient infirmiers ou médicaux) et d'ignorer les considérations externes à celui-ci. Elle

¹⁵ voir à ce sujet les décrets N° 93-345 du 11 Février 2002 et N° 2002-194 du 11 Février 2002

permet de décrire le processus de prise en charge d'une maladie donnée en trois stades : le stade palliatif, le stade thérapeutique et le stade de l'éradication¹⁶. A chacun de ces stades correspond une structure et des actions de santé différentes. Nous pouvons relier à chacun de ces stades un ensemble fonctions de soin et un ensemble de fonctions thérapeutiques, en rappelant les conséquences et le vécu des patients.

Le premier stade : La dimension palliative au premier plan.

Face à une maladie donnée, la médecine cherche à définir l'entité morbide, la clinique est la technique médicale de référence. La définition de la maladie est, bien souvent, dite "essentielle". Les prescriptions visent les symptômes qui gênent la vie quotidienne. A ce stade la chirurgie est typiquement celle de l'amputation.

Les soins infirmiers cherchent à pallier les fonctions défaillantes, ils constituent un accompagnement dans les gestes de la vie quotidienne. Ils sont dits "contenants" lorsqu'ils essayent d'éviter les risques d'aggravation, "stimulants" lorsqu'ils visent le maintien ou la restauration de certaines fonctions. Comme nous l'avons démontré par ailleurs¹⁷, ce sont les "soins de base" qui représentent à ce stade jusqu'à soixante cinq pour cent de l'activité infirmière. Ils sont indissociables d'une fonction de soutien morale ou psychique au patient; les soins relationnels représentent vingt pour cent de l'activité. Les actions en faveur de la santé sont axées sur les soins infirmiers et plus marginalement sur la médecine.

Pour le patient, la menace vitale est au centre de tout ce qui se passe. Il sait qu'il a la maladie et que l'issue risque d'être fatale. Cette perception

¹⁶ - Nous appuyons, ici, sur un rapprochement entre l'histoire de la médecine (Tubiana 1995) et celle des soins infirmiers (Dubois Fresney & Perrin 1996). La description exposée ici repose sur notre formation de cadre de santé et en particulier sur le travail réalisé au cours de l'unité de valeur de santé publique à l'Institut de Formation des Cadres de Santé du C.H.U. d'Angers.

¹⁷ - Voir à ce sujet l'approche théorique de la mesure de la charge en soins (B. Denise 1984, J.C. Haute 1999).

structure son vécu et ses relations aux autres. Elle aggrave souvent le pronostic.

Nous sommes dans la situation actuelle de la maladie d'Alzheimer¹⁸, aussi de celle de la maladie de Creutzfeld-Jacob.

Dans un second temps : la dimension thérapeutique.

À ce stade la médecine a isolé une entité nosologique, le diagnostic précoce est possible dès que la maladie est présente. La connaissance du mécanisme s'accompagne de moyens d'actions correctifs au niveau des causes de la maladie. Les prescriptions palliatives demeurent mais s'accompagnent de prescriptions curatives. Les outils d'exploration fonctionnelle jouent un grand rôle, l'objectif diagnostique s'accompagne d'une visée pronostique. La chirurgie est une ortho-chirurgie qui vise à corriger des dysfonctionnements macroscopiques des organes.

Les soins infirmiers voient la technique médicale investir leurs fonctions (jusqu'au tiers du temps consacré au patient). Les soins de base, les soins relationnels ne diminuent pas, ce sont les soins techniques qui augmentent. La régulation se fait par l'augmentation du nombre de soignants et l'apparition des aides soignantes¹⁹; en 1999, l'enquête emploi de l'INSEE évalue à 330 000 le nombre d'aides-soignants, en majorité des femmes (plus de 90 %). La progression des effectifs est considérable (53 % depuis 1983) Les soins spécifiquement infirmiers (dits du rôle propre), passent au second

¹⁸ La maladie d'Alzheimer reste au stade de la définition nosologique. Le développement récent des études sur la maladie à corps de Lewy, sur les DTF (dénecs temporo frontales), celui du concept d'état pré-démence montre qu'il est encore difficile de cerner avec précision l'entité nosologique en question. La situation reste évolutive comparativement à des pathologies telle que la maladie de Huntington où la génétique apporte une délimitation beaucoup plus précise de l'entité nosologique. [Voir à ce sujet les nombreux articles publiés dans la revue Neurotransmission en 2001 (3 numéros) Interligne, Paris 2001.]

¹⁹ Voir à ce sujet la lecture du processus qui est faite par T. Amouroux 1998.

plan.

Pour les patients ce stade est marqué par la notion d'espoir. Mais, bien souvent la douleur et la souffrance sont majorées par les gestes thérapeutiques. C'est cette majoration qui commande le maintien en volume des soins relationnels. Les thérapeutiques mises en œuvre ne sont pas anodines, leurs conséquences est l'objet des soins de base. Économiquement parlant c'est la phase des dépenses accrues. L'utilisation de méthodes diagnostiques performante et l'inflation des besoins en personnel viennent peser sur les budgets.

C'est la situation que nous connaissons pour certains cancers (sein, prostate, intestins) et la phase dans laquelle entre l'infection par le virus de l'immuno-dépression acquise (SIDA).

Le troisième temps : L'éradication en perspective.

À ce stade la médecine propose une méthode de test de susceptibilité utilisable à grande échelle et qui se situe en amont du processus pathogène. Il devient possible de dire qui risque d'être malade. Elle dispose aussi des moyens d'éviter la maladie (un vaccin par exemple). La prescription recule progressivement, parfois le rôle du médecin est plus en retrait. La chirurgie devient microchirurgie et plus souvent à visée préventive ou réparatrice. Un des aspects importants est l'apparition d'une chirurgie non sanglante (ultrasons, endoscopie par exemple).

Les soins infirmiers rencontrent toujours la maladie sous une forme symbolique, l'idée même de santé reste structurées par l'image du mal. Prendre en charge un patient atteint du sida comporte une attention (et des connaissances) quant à ce que sont la peste ou la lèpre (Dallaire & Coll 1994) ; la peste, la lèpre, le choléra ou la tuberculose structurent encore nos représentations de la maladie. Nous sommes dans les soins relationnels ; les soins techniques sont réduits (tests diagnostics, vaccinations) ; dans le cas de la tuberculose, le test diagnostic est un geste du rôle propre des infir-

mières depuis 1992; il a supplanté dans les soins infirmiers les tubages et les soins de pneumothorax que la plupart des infirmières seraient bien embarrassées de décrire aujourd'hui. Les soins éducatifs deviennent l'essentiel de l'activité à travers la dimension préventive; les soins de base tendent à disparaître.

Pour le patient, nous l'avons vu, la crainte de la maladie continue longtemps à structurer sa perception de la santé. Mais surtout la nature de sa demande évolue vers de nouvelles préoccupations. C'est ainsi qu'à ce stade, la recherche d'une réhabilitation prend toute son importance. Aménager sa vie pour celui qui risque une maladie grave demande bien souvent une aide qui relève des soins infirmiers (dimension éducative et relationnelle).

Économiquement, les coûts massifs de la phase précédente disparaissent, il s'agit de redistribuer les moyens en fonction des enjeux qui se profilent.

Actuellement la seule maladie pour laquelle (selon l'O.M.S.) on ne puisse parler d'éradication est la variole; ce stade est plus une perspective qu'une réalité. On le sait possible pour quelques maladies infectieuses, sans doute inaccessible pour beaucoup de maladies liées au vieillissement, problématique pour la plupart des pathologies.

Cette description s'applique à chaque maladie prise en particulier; elle s'applique aussi à la santé publique dans son ensemble. Le premier stade correspond à toutes les pathologies au XIX^{ème} siècle, le second à la situation actuelle, la dernière à la perspective fixée aux techniques de thérapie géniques.

Nous pouvons établir une description des soins relativement à ce que montrent les activités cliniques de différents acteurs de soin. Description qui permet d'écarter la notion de sens commun comme non-fondée ; et situer là la coupure épistémologique de notre travail de recherche. Ajoutons cependant que cette description n'indique pas que les rôles sont étanches, il s'agit

d'une manière d'opérer une distinction à partir des données de la réalité (un découpage du réel de nature épistémologie). Elle ne prédit rien, elle décrit la situation. Concrètement cela ne signifie pas que le médecin est seul à traiter les maladies ; ou que l'infirmière est seule à soigner. Il s'agit de classer les activités essentielles de chacun par rapport à deux pôles sémantiquement distincts et identifiés. Ce que nous venons de mettre en lumière correspond d'ailleurs à une distinction formulée en d'autres termes par Jean Watson (J. Watson, 1985): celle qu'elle construit entre deux dimensions du fait de soigner, entre *to cure* et *to care*. Cette distinction est pour elle à établir dans toute conception du soin et en prolégomènes à celle-ci; nous venons de montrer qu'elle réside dans le soin avant même que l'on questionne celui-ci. Le sens commun, en tant qu'il agrège deux choses qui doivent être distinguées, est vecteur de confusion. A ce titre, il doit être écarté comme fondement de la réflexion sur le soin.

-2.5 / Quel éclairage des sciences humaines?

Il existe par ailleurs de nombreux travaux scientifiques qui traitent du soin, nous examinerons ce qui ressort des sciences humaines.

Les soins infirmiers sont souvent utilisés comme terrain de recherche. En particulier dans les travaux réalisés par les professionnels à l'occasion de la reprise d'études universitaires. On voit assez couramment des travaux réalisés en sociologie, en anthropologie, en histoire sur ce sujet ; examinons ce corpus.

Une lecture sociologique, à partir de M.F. Gonnet (1992).

Cette lecture, issue de la sociologie des organisations²⁰ est centrée sur les relations entre les acteurs de l'hôpital. Elle décrit les difficultés comme la rencontre de la rationalité restreinte de ceux-ci, la maîtrise que chacun a des zones

²⁰ Inaugurée par les travaux de M. Crozier et E. Friedberg, 1977

d'incertitudes particulières. La question du savoir n'est pas abordée. Le fonctionnement du modèle en fait l'économie à la lumière de la critique des approches « culturelles » qu'elle entend dépasser (M. Crozier et E. Friedberg, opus cité). Il est hors de propos d'attendre de la sociologie des organisations une réponse fondamentale concernant la nature du soin. Elle ne parle pas de la personne soignée, ou plutôt, une lecture de ce type concernant les logiques du soignant et du soigné n'a pas été réalisée. La capacité heuristique de cette méthodologie est d'ailleurs ici discutable, car l'utiliser conduit à mobiliser un appareil d'analyse créé pour les institutions à la lecture d'une situation qui est aussi inter-personnelle : l'infirmière n'est pas seulement une professionnelle. C'est cette approche qui nous permet, en revanche, de comprendre le conflit latent au sein de l'hôpital entre les grandes catégories d'acteurs (médecin, soignant, administration).

Une lecture psychosociologies, avec C. Guimelli (1994)

Cette lecture étudie l'appropriation du savoir nouveau que constituent les outils des soins infirmiers contemporains (démarche en soins infirmiers pour l'essentiel). Des mesures très fines de cet investissement permettent d'évaluer un modèle théorique de l'appropriation des savoirs. Ces travaux permettent d'étudier comment se fait le transfert de l'ingénierie des soins à la pratique quotidienne des soignants; ils n'ont pas pour objet le contenu du savoir lui-même ou sa « validité ». L'équipe de C. Guimelli a judicieusement saisi l'apparition d'un savoir nouveau et modifiant de façon conséquente et fondamentale les pratiques (fait relativement rare) pour valider des hypothèses psychosociologiques. Du point de vue du soin en lui-même, on peut constater en quoi l'appropriation du savoir nouveau éclaire la pratique des infirmières concernées. Ce qui confirme l'idée, chez celles-ci, d'une recherche très forte de sens correspondant à leur pratique.

Une lecture anthropologique, avec F. Loux (1990) et F. Laplatine (1990)

La notion de soin n'est absente d'aucune société. F. Loux propose une lecture de la notion de soin à travers la société française, au-delà de la sphère biomédicale. Partant des données ethnographiques disponibles; elle trace un pa-

norama très complet des pratiques de soin rencontrées sur son terrain. Les soins infirmiers sont un cas particulier de soins; ils sont repérés comme une forme intermédiaire entre le soin “médical” et le soin “traditionnel”. Ces travaux confirment que le soin ne se cantonne pas dans un exercice particulier. Comme F. Laplantine l’a montré pour la maladie et la guérison, il existe bien des modalités distinctes qui dépendent de constructions selon *qui* est la personne soignée et *qui* est le soignant, et en particulier du point de vue de leurs environnements culturels respectifs.

Une lecture analytique: E. Enriquez (1992).

Les organisations de soins sont le lieu de rapports humains complexes. Il est, dès lors, légitime d’utiliser une lecture analytique des situations rencontrées. Cette approche conduit à décrire des instances dont le jeu constitue l’essentiel (et non conscient) des relations entre les intervenants. On pourrait en suivant cette voie explorer les pulsions (libidinales au sens freudien) qui poussent les infirmières à un conflit avec une certaine influence de la médecine sur leur savoir. Partant de l’hypothèse que la figure du père est celle du médecin, la figure de la mère celle du cadre infirmier; toute une perspective se dévoile. La construction du savoir menée par les infirmières serait une des traductions (un symptôme ?) spécifique du jeu de ces instances et marquerait un stade rappelant ce qui se joue dans la crise de l’œdipe. Bien entendu, la démarche ne consiste pas à porter un jugement sur le contenu du savoir ; elle explore les mécanismes de sa « survenance », s’attache à en décrire rationnellement le déroulement. C’est une lecture qui, sans le dévoiler, confirme l’analyse du quiproquo que nous relevions plus haut. Le projet développé par D. Bourneville au sujet de la laïcisation du personnel des hôpitaux constituant l’occasion de la construction symptomatique que réalise le conflit latent autour du soin. Mais cette information reste circonscrite au contexte des soins infirmiers dans l’hôpital contemporain ; rien ne permet d’affirmer que la situation en question ne soit consubstantielle au soin lui-même. La lecture analytique apporte donc une information intéressante sur la dynamique de la fonction infirmière mais n’éclaire pas le soin au-delà de la contingence actuelle de celui-ci.

-2.6 / Le soin infirmier: une mise en perspective des enjeux théoriques du soin

En France, et pour des raisons que nous développerons plus loin, le soin du point de vue académique est étudié essentiellement au sein des sciences de l'éducation. A ce titre, il est indispensable de leur consacrer un paragraphe particulier, distinct des autres sciences humaines.

De ce côté se situe donc une lecture particulière de celui-ci, laquelle diffère notablement de ce que l'on trouve dans la littérature Nord américaine. Différence que nous illustrerons par un exemple un exemple.

Dans un article de 2000²¹, Michel Vial nous entretient des relations que peuvent entretenir les sciences de l'éducation avec la santé. Il pose précisément ses conceptions concernant l'épistémologie que doivent se donner les Sciences de l'éducation *de telle manière que les problématiques de la santé soient perçues comme faisant partie de son champ*. Partant du constat qu'il existe, en fait, deux filières dans le département de l'Université d'Aix en Provence. Il désigne celles-ci comme :

- La filière « classique » (Licence, Master, Thèse). Dont la priorité est la recherche et débouche sur un troisième cycle (laboratoire CIRADE). Lequel se soucie aussi de la formation professionnelle des enseignants.
- La filière « professionnalisante » (Licence, Maîtrise, DESS). Qui est orientée vers tel ou tel type de professionnels (Formateurs, responsables de formation, personnel de santé et du travail social, chargé de missions d'évaluation et éducateur de la santé)? Cette filière comprenant l'initiation à la recherche ainsi que la formation par la recherche.

Ce qui motive, du point de vue académique de l'auteur, l'existence la seconde filière, c'est :

- La formation de partenaires de recherche à venir pouvant participer ac-

²¹ M. Vial « La recherche en Sciences de l'Éducation et la santé », Revue Spirale, N° spécial Éducation et Santé N° 25 pp. 119/142.

tivement à celles-ci.

- La formation de praticiens capables de se distancier par rapport aux routines.
- Développer la capacité des acteurs à lire de la recherche.

La recherche, finalement est pensée comme moyen de «professionnaliser» les acteurs de santé ; et de multiplier les références théoriques avec lesquels les professionnels étayent leur praxis professionnelle.

L'auteur indique que la santé ne peut être considérée que comme un terrain de recherche dans la première filière. À ce sujet, l'auteur précise dans le troisième paragraphe, sa position. Elle centre l'intervention des sciences de l'éducation autour d'une part, des questions de formations des professionnels, de l'autre autour des enjeux des institutions de soin. Abordant la question de la recherche en santé (chapitre 4), l'auteur critique l'idée d'une science infirmière, lui préférant l'idée d'une recherche professionnelle. Plaçant la production comme un « produit de recherche » et non selon une « catégorie de chercheurs ».

Ce texte intéresse évidemment notre recherche dans plusieurs mesures. Issu de notre propre milieu de recherche, les sciences de l'éducation, il aborde des questions qui touchent notre objet : le soin. Cependant, il ne s'agit pas pour nous d'un terrain. Nous verrons que si notre travail s'inscrit dans le tableau dressé par l'auteur des liens entre éducation et soin: notre recherche part du terrain du soin, passe ensuite par une lecture de celui-ci du point de vue des sciences de l'éducation. Mais nous opérons un « changement de régime » dans la démarche réflexive; cela en vue de rendre compte du soin et non des pratiques du terrain. Le terrain est plutôt constitué par les différentes conceptions du soin que l'on peut identifier.

Nous sommes donc dans une démarche différente de celle de M. Vial. Nous prendrons, en effet ici, la question du savoir des soins à travers une étude systématique de celui-ci. Étude où la science infirmière sera prise

comme un objet présent dans le champ de questionnement; soit sans limiter nos références à la méthodologie de la discipline en question²². En prenant ainsi en compte le fait que de nombreuses universités dans le monde comprennent un département spécifique. Et que, partant, la production de savoir appelée science du soin ne saurait être mise en cause en dehors de son cadre épistémologique, serait-ce dans celui des sciences de l'éducation. Nous situant dans le champ de celles-ci, il n'est pas question pour nous de porter un jugement de scientificité sur ce que nous observons. C'est donc bien, finalement à partir de constats de terrain et construits sur le mode sensible, que nous questionnerons le soin. Celui-ci ne constituant pas un terrain de recherche, mais plutôt un objet de savoir à définir, avant-même que d'envisager l'étude des modes de transmission ou de formation. Cette approche est sans doute aussi en rapport avec le laboratoire au sein duquel se déroule notre recherche, puisque le LAREF ne comporte pas, institutionnellement, la différenciation évoquée pour le CIRADE. De ce point de vue, notre recherche se situe bien dans le cadre de la citation que fait M. Vial de J.M. Van Der Maren, une certaine « contestation des dogmes et la transgression des savoirs », cela tant au niveau du savoir des soins infirmiers que des sciences de l'éducation quant à la vision que l'auteur donne du savoir en question.

²² A titre d'illustration, notre bibliographie de départ sur le sujet compte 161 ouvrages, dont 44 seront retenus dans la bibliographie de la thèse ; M. Vial ne cite qu'un seul ouvrage de méthodologie de recherche, celui de F. Fortin, lequel est un manuel à l'usage des étudiants de second cycle ;

/3 / Les soins infirmiers en tant que savoir spécifique

On peut voir dans l'examen de la situation de Martial qu'il existe une différence entre la liberté dont il dispose au sein du cadre institutionnel et l'autonomie qu'il manifeste. Une lecture de sa situation par les soins infirmiers impliquerait que ceux-ci soient en mesure de conceptualiser cette différence. Est-ce bien le cas ? Ou, plutôt, qu'est-ce que le soin a (ou aurait) à dire de ceci ? Car il serait très présomptueux d'affirmer que ce questionnement est absent de ce que pensent les soignants du soin.

Les soins infirmiers ont développé un savoir particulier et spécifique sur leur champ d'intervention. C'est normalement à celui-ci que nous adressons maintenant notre demande d'explication. De quoi s'agit-il et en quoi ce savoir répond-il à notre questionnement ?

Nous allons examiner l'apparition des soins infirmiers tels qu'il se présente aujourd'hui. L'apparition et la construction d'un savoir répondent à une logique en regard du milieu social où elle se produit ; logique de l'émergence d'un besoin, d'une dynamique d'un groupe social, économique ou même morale.

La guerre de Crimée fait référence comme date de l'apparition du savoir en soins infirmiers. F. Nightingale est le « héros fondateur » des soins infirmiers modernes. Elle a participé aux soins donnés aux blessés de la guerre de Crimée et contribue alors très activement à la réorganisation du

système de santé aux armées. C'est à son retour qu'elle entreprend de codifier et de décrire la fonction des infirmières. Elle définit, à cette occasion, le savoir particulier des infirmières, leur rôle et leurs interventions. Elle est la fondatrice des premiers enseignements en soin (en Angleterre). C'est aujourd'hui sa date de naissance qui fixe le jour de la fête des infirmières ; c'est son nom qui est le plus souvent choisi par les instituts de soins et les promotions de diplômés à travers le monde. Elle est l'auteur du serment que prêtent les infirmières du monde entier et qui sert de texte de base aux différents conseils d'ordre (à l'exception de la France, toutefois). Enfin, la lampe qui symbolise les soins infirmiers (l'équivalent de la couleuvre d'Esculape) fait référence à celle qu'elle utilisait pour surveiller les blessés de son hôpital de campagne à Scutari; les soldats l'avaient surnommé, dit-on, la dame à la lampe.

Au-delà des symboles que véhicule son nom, Florence Nightingale fixe en 1859 le cadre des préoccupations des infirmières auprès des « gens malades ». L'entreprise consistait déjà à fournir à la personne *le meilleur environnement possible pour que les forces de la nature permettent la guérison ou le maintien de la santé*²³. Cela, en considérant la personne selon ses composantes physiques, intellectuelles, émotionnelles et spirituelles, ainsi que sa capacité et sa responsabilité de changer la situation existante. Le fondement des soins infirmiers tient dans cette phrase; et ainsi défini, il n'a pas été remis en cause par les théoriciens qui le qualifient, *d'humaniste*.

-3.1 / La construction du savoir

C'est en fonction de ce projet que la construction de savoir va se développer. Ce cadrage ne variera pas durant le vingtième siècle et servira de point de départ au développement considérable du savoir durant la seconde moitié du siècle. Cette définition est posée au moment même où l'évolution

²³ Ici traduit par S. Kerouac in S. Kerouac 1994

de la médecine prend un tournant décisif : la généralisation de la médecine anatomoclinique (Maurice Tubiana 1995 p.640). Ces deux événements simultanés organisent durablement les relations entre les deux domaines, les savoirs respectifs étant pris dans le jeu des institutions et de leur développement.

Au cours du vingtième siècle, la technicisation médicale des soins a pris des proportions qui rendent difficile la continuité de la relation soignant-soigné. Celle-ci est reléguée derrière un dispositif technique, décrit comme nécessaire et parfois pensé comme suffisant. De nombreuses infirmières travaillent *à la tâche* et uniquement sur prescription : l'une fait les prélèvements sanguins, l'autre prépare les traitements, une troisième prend en charge les pansements du service etc. C'est le mode de fonctionnement de l'auxiliarat, lequel rend interchangeable les soignants. Cet auxiliarat est de moins en moins compatible avec la présence d'infirmières qui continuent à se définir par le soin à la personne ; les valeurs qui conduisent les infirmières à faire leur métier ne sont plus intégrées dans le fonctionnement des services.

Le développement du personnel des établissements entraîne la multiplication des aides soignants et des agents de service hospitalier; cette situation met les infirmières dans une position nouvelle, « en responsabilité » au sein des équipes. Une contradiction apparaît entre leur position « sociale », quoique non hiérarchique, au sein de l'équipe d'une part ; et l'absence (ou plutôt l'occultation) d'un discours sur la logique et la légitimité du soin. Cette difficulté est longtemps masquée par la présence de surveillants (aujourd'hui les cadres de santé) qui servent alors « d'intermédiaire » entre la logique médicale et celle des soins infirmiers; laquelle conditionne alors officiellement la vie des services et qui s'impose dans les gestes du quotidien. On retrouve dans de nombreux témoignages une marginalisation du savoir clinique des infirmières par le système institutionnel²⁴ ; mais celui-ci reste

²⁴ Voir à ce sujet l'enquête menée pour sa thèse par L. Jovic (1998)

très actif dans les soins et bien souvent déterminant pour l'observation médicale en raison de sa continuité. Ce savoir clinique concerne les soins de base (ceux de l'hygiène corporelle, par exemple) ; mais aussi les soins relationnels et éducatifs. Minimisé par le système de soin en place, leur contenu est alors « traduit » par le surveillant médiateur dans un langage « compatible » avec la logique d'action du service. Le médiateur ayant appris à traduire par l'expérience acquise en suivant la « visite » des médecins. Les surveillants, transpose les observations dans un sens ou dans l'autre. Ils sont alors nommés au choix par les médecins chefs de service, souvent en raison de leurs qualités de médiateur

Les soins infirmiers relationnels et éducatifs, les soins de base n'ont pas disparu. Indispensables, ils s'exercent « en creux » dans tout espace que laisse la technique médicale. Cet indispensable savoir clandestin continue à se développer comme l'a montré L. Jovic (1998) ; il se transmet, non pas sur les bancs de l'école, mais au sein même de l'activité : il n'est ni formalisé, ni écrit. Situation qui explique aussi le côté invisible relevé par Francine Saillant (1999).

Un savoir particulier et plus formalisé à travers la naissance d'une recherche spécifique et un enseignement académique se développe dans différents pays (Grande-Bretagne, Etats Unis, Suisse, Canada). Les soins infirmiers en Europe continentale ne font pas l'objet d'un tel développement. Le soin, en particulier son versant interpersonnel, est marginalisé sur le plan organisationnel et sur le plan conceptuel; une crise du savoir des soins se précise : où bien le savoir devient une technique médicale et la notion de soin infirmier est remise en cause car elle n'a pas de sens; où bien le savoir se structure sur quelque chose de différent. La tentative d'intégration à la discipline médicale menée dans les années quatre vingt par certaines facultés de médecine (à Bobigny par exemple) se heurte à des résistances conséquentes, résistance venant du côté de la médecine dont les institutions académiques redoutent l'instauration de « passerelles » entre les formations ; résistance du pouvoir politique bloquant jusqu'à présent le développement du savoir. Ainsi, la Direction ministérielle des hôpitaux s'est longtemps opposée à

celle de la santé. La première voulant conserver les formations au sein des hôpitaux la seconde développer des filières de formation de type classique, les enjeux économiques étant alors prédominants ; c'est ainsi que lors de l'allongement de la formation des infirmières à plus de vingt quatre mois, ont été déduites les vacances scolaires aux trente huit mois de formation. L'objectif étant de bloquer l'homologation du diplôme pour l'accès à la catégorie A des fonctionnaires (formation supérieure à Bac+3). A titre d'exemple, le choix d'une intégration des sages-femmes au cursus médical sera fait, sans doute du fait de l'indispensable passage à cinq ans de formation. Mais celui de l'intégration des autres soignants (kinésithérapeutes et infirmières en particulier) clairement écarté. Cette prise de position renvoyant l'impossibilité de créer des facultés spécifiques au sein des institutions académiques.

Loin de ces contingences économiques et politiques, le système d'éducation canadien intègre les soins infirmiers comme département des facultés de médecine, en France, la formation est centrée sur les instituts des établissements hospitaliers ; le maintien d'une formation de type « professionnelle » est un enjeu considérable : il permet de limiter les responsabilités hiérarchiques, les salaires et le développement d'une formation supérieure. Conséquence aussi, il empêche la création d'instituts de recherche et de formation. La demande de formation de haut niveau est, pour les infirmières est renvoyé à la seule équivalence possible ; celle attribuée à l'accès au cursus de second cycle de Sciences de l'Éducation, équivalence attribuée depuis 1968 aux diplômes éducatifs et sanitaires. Rappelons que les formations résultant de ce processus ne sont pas prises en compte dans les carrières : Il est impossible d'exercer des responsabilités dans la filière soin d'un hôpital au titre d'un DEA ou d'un Doctorat en Sciences de l'Éducation serait-ce la fonction de formateur dans un Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI); le diplôme de référence est alors celui de cadre de santé.

Dans le même temps la recherche se développe, en Amérique du Nord dans un premier temps, en Europe dans un second temps. Une double rupture épistémologique se met en place. Le savoir infirmier questionne les

conceptions du soin d'une part, et rompt d'avec le sens commun, mais aussi vis-à-vis de la conception médico-technique du soin. Ces ruptures s'appuient sur un ensemble d'éléments issus des sciences de l'homme. S. Kérouac et son équipe, lorsqu'ils étudient la « pensée infirmière » en 1994, s'appuyant notamment sur les travaux de A. Marriner-Tomey en 1989 donnent de nombreuses indications à ce sujet.

Les contacts ne seront jamais rompus entre les infirmières françaises et leurs homologues de Suisse d'Angleterre ou des États Unis; à plus forte raison avec celles du Québec. Les deux grands conflits mondiaux seront l'occasion de brassage qui maintiendront l'idée d'un savoir des soins infirmiers (qui est souvent appelé nursing en référence aux infirmières qui l'enseignent et le développent). Lorsque l'Union Européenne conduira la négociation concernant la libre circulation des professionnels de santé (1976-1978), deux difficultés se poseront en France. D'une part la formation des infirmières y est trop courte pour être homologuée (vingt-quatre mois). D'autre part la formation n'intègre pas d'enseignement spécifique sur les soins infirmiers. Alors que le système de santé français est pensé (en France) comme le meilleur du monde, la négociation révèle que ses infirmières sont sous-formées, voire non formées à leur métier. Une réforme s'impose donc qui nécessitera l'introduction d'un certain nombre d'éléments de savoir spécifiques (démarche de soin en 1982, puis diagnostics infirmiers en 1992). Réforme qui laisse l'enseignement des théories de soin à l'instigation des formateurs, sans mettre en place de temps et d'objectifs spécifiques. Il n'existe pas en France d'enseignement institutionnalisé ou académique théorique en soins infirmiers. Les futurs professionnels ou les futurs formateurs qui souhaitent développer leurs connaissances sur le sujet le font généralement au Québec, en Suisse ou en Belgique ; ce sont d'ailleurs dans ces pays qu'on a été délivrés les Doctorats de science infirmière ou de santé publique dont disposent quelques infirmières françaises. Finalement on constate que les formations actuelles des infirmières se basent sur les éléments les mieux documentés dans notre pays : Les instituts, dans leur projet de formation font plutôt appel à des approches théoriques anciennes (comme les besoins fondamentaux décrits par V. Henderson) et sans ensei-

gner systématiquement l'ensemble du paysage théorique des soins infirmiers. Pourtant l'ensemble de savoir concerné est beaucoup plus vaste et dispose d'un ensemble d'approche diversifié et cohérent. Rappelons que son enseignement au Québec, par exemple recouvre la totalité du cursus de Master II dans de nombreuses universités.

-3.2 / Le développement du savoir

Le questionnement initial que posaient les premières infirmières tournait autour de la définition du soin infirmier d'une part, et de la relation de soin d'autre part. V. Henderson travaillant la première question, H. Peplau la seconde ; les premiers écrits de forme scientifique apparaissent entre 1948 (H. Peplau) et 1950 (V. Henderson). Ces premiers développements font appel essentiellement aux sciences humaines où sont trouvés concepts et approches théoriques. Ces « emprunts » inscrivent la recherche en soins infirmiers dans les sciences de l'homme (alors que la médecine contemporaine puise davantage dans la biologie ou la physique).

L'orientation vers la personne est contemporaine de la psychologie individuelle d'Adler (1935). Cette orientation est déjà bien établie lorsque paraissent les travaux de C. Rodgers (1951) et de Maslow (1943 ; 1954). V. Henderson a côtoyé ces deux auteurs (ils fréquentent les mêmes universités) ; la description des besoins fondamentaux date de cette époque. V.-Henderson cite le physiologiste Stackpole et le psychologue Thorndike (V. Henderson 1955) comme particulièrement important dans le développement de la conception bio-psycho-sociale de la personne.

Les préoccupations de type épistémologiques ne sont pas absentes, et cela très précocement. Ainsi pour D. Orem, la discussion de Nagel sur la structure de la science a contribué à sa tentative d'élaborer une théorie générale pour la pratique infirmière. Arnold a influencé l'idée de la capacité d'action délibérée de la personne (S. Kérouac 1994).

H. Peplau est infirmière et aussi spécialiste de la psychologie interpersonnelle (c'est là son cursus académique initial). Elle développe sa conception disciplinaire, entre autres, à travers plusieurs modèles d'intervention thérapeutique ; celui proposé par H. Stack Sullivan semble le plus important. Elle est manifestement influencée, dans ses écrits par A. Maslow et S. Freud (Marriner-Tomey 1989).

La théorie de l'adaptation de Helson (1964) et la théorie des systèmes de Von Bertalanffy (1968) ont influencé C. Roy dans son travail sur l'adaptation et les effets souhaités. M. Allen, qui a développé la question de la promotion de la santé (modèle dit de Mc.Gill du nom de l'université où il s'est développé), utilise la théorie de l'apprentissage social de Bandura (1977). Elle privilégie une approche systémique du soin.

La notion d'être humain unitaire, développée surtout par M. Rogers, est issue de multiples rencontres ; sa recherche s'est développée en relation avec des travaux d'horizon divers. Elle cite à ce propos l'influence de A. Einstein (théorie de la relativité), de Burr et Northrop (L'organisation du champ électrodynamique), de Von Bertalanffy. M. Rogers établit la spécificité de la discipline infirmière sur la notion de « science de l'être humain unitaire » ; Pour les analystes, elle mobilise ainsi des connaissances personnelles sur la sociologie, la psychologie, et même l'astronomie ou la philosophie (Marriner-Tomey 1989). La personne soignée est justement pour elle cet être humain unitaire que rencontre le soignant. Elle précède (et annonce) ainsi la conception de l'être en devenir de R. Rizzo Parse (1987). Celle-ci travaille autour des écrits de Heidegger, de Sartre et de Merleau-Ponty. Elle ouvre le champ sur les valeurs de la personne soignée, introduit la question du devenir et de l'advenir. La notion d'expérience de santé et celle d'actualisation de potentiels sont confortées par ses travaux.

Les travaux les plus récents, ceux qui développent l'idée de caring, sont en relation étroite avec une approche phénoménologique développée par J. Watson (1985). L'anthropologie, quant à elle, est pour beaucoup dans la prise en compte du relativisme culturel tel qu'on le retrouve dans le soin

transculturel selon M. Leininger (1988).

-3.3 / La science du soin

Nous avons vu que le discours scientifique est, de notre temps, la moins contestée sur le plan social. D'un certain point de vue, la science est pensée comme source de vérité parfois aussi transcendante que le serait une religion. On peut donc suspecter que les savoirs nouveaux la revendiquent pour se mettre à l'abri des évolutions épistémiques qui les menaceraient ; Prévention particulièrement sensible pour les savoirs émergents d'une pratique comme les soins infirmiers. Il est tout à fait plausible qu'une accumulation de savoir empirique et technique s'abrite derrière un pseudo-paradigme scientifique pour préserver sa légitimité. C'est la proposition défendue par certains critiques de la notion de science infirmière. Cette position comporte, sans doute, une part de jugement de valeur qui permet de disqualifier tel ou tel savoir en s'appuyant sur une réification de la science, alors pensé comme seul savoir réellement légitime. Repousser un savoir en dehors de la rationalité scientifique permet de le priver d'une bonne part de son crédit. Plus objectivement on peut penser que les savoirs en question s'organisent à travers des îlots de rationalité interdisciplinaires comme le décrit G. Fourez (1997). Ceux ci correspondent à des questions qui ne relèvent pas du champ d'une seule discipline, les savoirs ainsi construits procèdent par emprunts conceptuels et méthodologiques à des disciplines connexes sans nécessiter une construction théorique particulière. On peut, dans ce cas de figure, penser le savoir des soins infirmiers comme un regroupement de pratiques empiriques et de techniques paramédicales qui se serait constitué au fil du développement des besoins en personnel des hôpitaux. Ensemble auquel il convient d'ajouter des apports marginaux depuis la psychologie, la sociologie, voire la philosophie. Le savoir des soins infirmiers devient alors une construction à posteriori, qui ne pourrait être étudiée qu'à partir d'une conception multi-référentielle du savoir. Traitant de l'homme, objet opaque par nature, et qui ne peut être l'objet d'une science unique, le savoir des soins infirmiers seraient un exemple de savoir complexe. Confronté à un ob-

jet inconnaissable, le savoir des soins infirmiers mettrait en œuvre des approches croisées qui réalisent une praxéologie particulière. Il serait alors une articulation, spécifique à certaines conditions de travail, de la médecine et des sciences humaines. Cette terminologie est issue d'une conception qui paraît développée à partir des cours donnés par E. Morin à l'Institut Supérieur de Lyon de 1970 à 1975. Elle se retrouve dans certains mémoires d'étudiants des Instituts de Formation des Cadres ; elle n'est en revanche reprise par aucune des thèses que nous avons consultées sur le sujet.

Cette description se heurte à une objection épistémologique formulée par B. Charlot (1995 & 1998) : les sciences ne traitent pas directement de leur objet référentiel, elles construisent ceux-ci sur lesquels elles produisent des énoncés. Les soins infirmiers opèrent une rupture d'avec le sens commun (c'est, en tout cas, l'affirmation unanime des écrits théoriques que nous avons étudié) et nous avons vu comment cette coupure peut être constituée. A ce titre, il ne peut s'agir d'une intention praxéologique qui découlerait de l'objet référentiel lui-même, constituant une articulation " locale " de savoirs externes. Il convient donc d'examiner le savoir en question sans l'à priori praxéologique, c'est à dire, aller vérifier l'existence d'une rupture épistémologique, et le développement d'un discours théorique construit sur la base de celle-ci.

Les éléments fondamentaux

A l'examen du savoir produit apparaît une cohérence forte sur des points fondamentaux. Ainsi, la plupart des documents font référence à une approche *humaniste* des soins infirmiers. Celle-ci se traduit, dans les textes, par une dimension éthique reposant sur la priorité de la personne soignée dans toutes les approches et tous les exposés (sans que nous ayons rencontré un dénis ou une mise en cause de cette notion). Il s'agit donc d'un point central. Cette imprégnation est si forte qu'on la retrouve formulée jusque dans des documents très techniques, destinés à l'administration des services de soin. Ainsi, les projets de soins infirmiers que nous avons pu examiner et concernant une dizaine d'établissements français ou européens réaffirment

cette approche en préambule. Il en va de même au Québec où le travail sur l'approche éthique des soins infirmiers est plus développé : finalement, les textes que nous avons pu consulter ne remettent jamais en cause la nature humaniste du savoir des soins infirmiers.

Un document montre, de façon synthétique, en quoi peut constituer cette approche. Il a été rédigé par Y Thiébaud en 1994 et précise, entre autre, en quoi le savoir des soins infirmiers accompagne la construction du concept de personne soignée d'un souci éthique issu d'une conception humaniste. Il montre comment, aussitôt qu'un concept sur la personne est posé, surgit une difficulté : il s'agit de l'être humain. Comme le remarque l'auteur, on connaît le concept d'homme qui réunit *l'ensemble des prédicats généraux et universels définissant ce que l'on peut nommer un homme dans sa réalité physique et dans ses capacités mentales théoriques*. Ce concept se doit d'être objectif, c'est à dire mettre de côté les particularités individuelles, afin de permettre (par exemple) de distinguer un homme d'un animal ou d'un végétal. Tout autre chose est l'homme concret pour qui on ne saurait écarter aucun élément de son individualité. Il en va de même avec tout concept de personne que l'on puisse forger, il faut donc en user avec prudence, de peur de réduire la personne au concept de personne soignée. Pour Yves Thiébaud, soigner est la rencontre d'autrui, dès le premier temps du soin. C'est dire que les soins infirmiers ne sauraient s'adresser qu'à la personne qui *est là* ; ils ne peuvent soigner le concept ou même la personne comme une incidence de celui-ci. Dans la perspective heideggerienne de l'auteur, la personne soignée est aussi, et avant tout, cette *personne là* qui se manifeste comme *existant* (Dasein). La personne acquiert alors des caractéristiques qui débordent le concept. C'est cette personne *là-aussi* et une *personne-avec* qui participe à la rencontre ; la *co-existence* ne se limite pas à une multiplication des occurrences du concept [personne soignée]. Le concept n'est qu'un outil de connaissance du réel qu'est la personne ; il n'épuise jamais celle-ci dans une description synthétique. C'est un élément central qui traduit le paradigme des soins infirmiers. Il se décline dans le concept de personne soignée comme nous le verrons plus loin. Il s'agit là d'un développement récent (1994) d'une réflexion fondamentale sur le

soin ; elle est « continentale », ce qui veut dire européenne. Concrètement elle s'appuie sur la philosophie, en particulier une phénoménologie de la personne soignée, plus spécifiquement une perspective heideggerienne (avec la présence forte du Dasein). Il reste à vérifier que cette approche de la question du soin est bien partagée, en particulier là où la philosophie est plutôt « analytique », principalement en Angleterre et en Amérique du Nord.

Si nous reprenons la phrase de F. Nightingalee citée précédemment : *en considérant la personne selon ses composantes physiques, intellectuelles, émotionnelles et spirituelles, ainsi que sa capacité et sa responsabilité de changer la situation existante*, nous relevons que la conception de la personne intègre aussi la notion de responsabilité et celle de progrès possible. Ces deux dimensions font l'objet de très nombreux développements théoriques ultérieurs. C'est à partir de cette approche que travailleront tous les théoriciens des soins infirmiers. Logiquement, si l'approche humaniste est essentielle, elle doit jouer un rôle déterminant dans l'aspect paradigmatique du savoir en question. Cet ensemble constitue une conception particulière ; elle n'est pas, tout d'abord, issue d'un courant de la médecine contemporaine. Il existe certaines similitudes entre la conception de la personne dans les soins infirmiers avec un modèle holiste issue de la psychiatrie communautaire. Ce modèle médical est explicité par Engel aux Etats Unis en 1977. (Lalonde & coll. 1999) il prend ses sources aux travaux de H. Hey (1952) et son approche organo-dynamique. Ce modèle diffère cependant de celui des soins infirmiers par la conception sur laquelle il repose. Il vise en effet, à identifier la part relative de facteurs des maladies de la nosographie médicale ; en dehors du champ délimité du psychisme du sujet, et de relier, en situation clinique, les éléments sociaux, physiques et psychiques qui jouent un rôle éventuel dans la physiopathologie de l'entité morbide. A ce titre, il s'agit d'une extension du champ de l'observation médicale, d'ailleurs en conformité à ce qu'annonçaient déjà les tenants de la médecine anatomo-clinique du XIX^e. Cette approche ne repose pas sur une rupture épistémologique au sein de la médecine ; elle est donc à distinguer des soins infirmiers.

Le paradigme

Reprenant les deux volets que nous venons de décrire, nous caractériserons le paradigme comme humaniste, en regard de l'approche philosophique revendiquée et assumée par les différents auteurs. Ce paradigme, que définit S. Kerouac (1994) comme celui de la transformation, permet d'analyser le phénomène observé comme présentant des similarités avec d'autres phénomènes comparables. Mais il reste unique au sein d'un ensemble, aucun ne pouvant être tout à fait réduit à une autre occurrence de celui-ci. Chaque phénomène appartenant à l'ensemble par une structuration particulière de sa constitution. C'est une unité globale et en interaction réciproque et simultanée avec une autre unité globale, plus large : le monde qui l'entoure. (S ; Kerouac & Coll. , 1994). Le paradigme des soins infirmiers comprend donc finalement une affirmation constructiviste et une affirmation de relation. La personne soignée est un construit (et à plusieurs égards, comme nous le verrons, toujours en construction) et cela en relation étroite avec son milieu.

Les énoncés

Le premier énoncé est développé entre 1950 et 1975 (S. Kérouac & Coll 1994 p.9) le contexte est celui des suites de la crise économique des années 30 et de la seconde guerre mondiale. Le soin se définit par la prise en compte d'une conception de la santé intégrant la question de la santé physique, mentale et sociale. Le premier énoncé découle de cette perspective : la personne est *un tout formé de ses parties qui sont inter-reliées* (ibid).

Le second énoncé touche la conception de la santé. Celle-ci n'est pas un *état*, mais une *expérience* englobant l'unité être humain-environnement. Elle fait partie de la dynamique de l'expérience humaine et de l'expérience individuelle. Elle peut être *promue* lorsque la personne *s'engage* et *participe* en vue d'améliorer le bien-être (ibid. p. 13).

Le troisième énoncé fondamental précise que les relations entre la personne et son environnement sont celles d'une *coexistence*. La situation de santé résulte, en partie de l'amplitude et de la vitesse des adaptations de la personne et de son environnement (ibid. p.16).

Le dernier énoncé fondamental est que la personne peut acquérir constamment des éléments qui lui permettent d'améliorer l'amplitude et la vitesse de son adaptation aux évolutions de son environnement. Le soin est une intervention *avec* la personne (et non pas une intervention *pour* la personne).

Les concepts fondamentaux

Les cinq énoncés fondamentaux que nous venons de relever reposent sur des concepts précis. Il s'agit de celui de *personne*, de *santé* et d'*environnement*. Nous devons y ajouter les concepts d'*auto soin*, de *soins* qui permettent de préciser le champ d'action des soins infirmiers.

Les concepts scientifiques supposent une définition précise et univoque. Mais ils prennent aussi place dans un appareil conceptuel qui montre en quoi ils sont articulés entre eux pour former un tout cohérent. Pour chaque concept nous indiquerons comment il est défini, sommairement l'histoire de sa formulation (période historique et auteur) ainsi que ce qui le situe dans l'appareil conceptuel des soins infirmiers.

Personne

La personne est décrite comme un Être humain unitaire (M. Rogers 1970) qui dépasse la réunion des parties qui peuvent être distinguées : le corps, le psychisme, la sociabilité. De plus, la personne est un être en devenir (R. Rizzo-Parse 1981). Elle se caractérise par sa capacité à faire des choix dans la signification de chaque situation qu'elle rencontre. Elle participe à la constitution de configurations de ses relations avec l'environnement dans un échange mutuel et simultané. On reconnaît une personne donnée à la *configuration* qu'elle présente et qui est le résultat de son expérience de la vie et

des choix qu'elle a fait. On résumera ces éléments du concept dans la définition qu'en donne H. Peplau (1952) qui nous dit que *la personne est un être bio-psycho-social qui est en développement constant*. Ce concept est particulier : c'est un concept central auquel vont être reliés les autres concepts des soins infirmiers : lorsque nous parlerons de santé ou d'environnement, ce sera toujours en référence implicite ou explicite à la personne soignée et à rien d'autre. C'est à partir de la personne soignée que se définira, plus loin, le champ des soins infirmiers. C'est, enfin, à la personne soignée que s'appliqueront les lois qui seront énoncées et à laquelle s'adresseront les prévisions que l'on pourra faire. C'est l'application du paradigme de la transformation à l'objet personne-soignée qui permet de produire l'architecture théorique du savoir.

Santé

La santé représente un état et un processus (C. Roy 1991). En tant que processus, la santé est ce qui permet à la personne d'être ou de devenir intégrée et unifiée. La santé comme état est le mode d'adaptation réussi de la personne aux variations de son milieu. Elle se traduit par une valeur qui varie selon les personnes et les cultures (M. Rogers 1983), elle fait référence au bien être, à la réalisation de soi, à l'actualisation du potentiel de la personne. Elle exprime la façon personnelle de vivre des expériences (R. Rizzo-Parse 1987) ; il n'y a pas de niveau optimal de santé ni de santé quantifiable. Il s'agit d'un processus en mouvement qui incarne, à un moment donné, la façon d'être d'un individu. Elle est vécue selon la signification que donne la personne aux situations qu'elle rencontre. Elle est aussi le résultat d'un engagement de la personne dans son existence.

C'est dans son milieu que la personne puise les ressources indispensables à sa santé ; ces ressources correspondent à ce qu'autrefois les infirmières nommaient les besoins fondamentaux (définis initialement par V. Henderson en 1958). La santé s'évalue aujourd'hui en définissant la situation en terme de diagnostics infirmiers, posés en explorant les modes fonctionnels de la personne (M. Gordon 1989).

Environnement.

L'environnement est le contexte, l'ensemble des circonstances et d'influences pouvant modifier ou influencer l'apparition de réaction chez la personne. (C. Roy 1991). Il fournit des stimuli ou des données²⁵ à la personne qui les interprètes et/ou les utilise dans le processus-santé qu'elle développe. C'est un système ouvert (M. Rogers 1983) où les événements tendent vers une diversité croissante des perceptions de la personne. L'environnement et la personne co-participent à leur création réciproque (R. Rizzo-Parse 1987) en tendant vers une complexité accrue, ils sont inséparables du fait de l'interaction permanente qu'ils développent. Il ne se limite pas aux abords de la personne mais s'étend à l'ensemble de la société, de la nature et de la culture (J. Watson 1988).

Auto-soins et soins infirmiers

Les auto-soins correspondent à tous les gestes de la vie quotidienne *qu'une personne* décide et accomplit pour elle-même en vue de maintenir et promouvoir sa santé (AMIEC 1995 , D. Orem 1991).

Bien entendu, ils s'exercent dans l'autonomie complète de la personne. Si cette *faculté d'assumer une responsabilité personnelle à l'égard de sa santé* (AMIEC 1995) n'est pas réalisée, la personne a recours à un tiers : ce peut être une infirmière. Pour soigner l'infirmière mobilise *l'ensemble des connaissances, des compétences et de techniques relatives à la conception et la mise en œuvre d'actes infirmiers* (Ibid). Les actes infirmiers sont autant de moyens, de méthodes visant à favoriser la qualité de la vie telle qu'elle est perçue par la personne en s'appuyant su la participation qualitative aux expériences qu'elle rencontre (R. Rizzo-Parse 1989). L'infirmière établie une relation interpersonnelle où elle mobilise son savoir dans une perspective d'aide à la personne.

²⁵ Il s'agit là de *ce qui est donné* par le milieu, et non de *données* au sens d'informations sur le milieu

Le champ

Le champ des soins infirmiers est délimité par les concepts cardinaux que nous venons d'indiquer. Le premier élément de délimitation tient au concept de personne : les soins infirmiers s'adressent à la globalité du phénomène, sans se limiter à un aspect particulier de celui-ci (le corps, le psychisme, les relations sociales etc.). Le champ est aussi délimité par le concept de santé, les soins infirmiers étudient le phénomène-santé en tant que processus et en fonction des échanges de la personne et de son environnement. Les limites du champ tiennent à la conception de la maladie qui découle du concept de santé ; la maladie est un des aspects du processus-santé, elle n'est pas définie dans les soins infirmiers comme elle peut l'être en médecine en tant que phénomène nosologique. Le concept de santé n'ouvre pas sur la définition d'un ensemble de phénomènes-maladie auxquels il doit être recherché une cause et un remède ; il ouvre sur la santé conçue comme un ensemble de modes relationnels personne-environnement qui se manifestent par des configurations particulières (qui sont l'objet des diagnostics infirmiers) et que l'on cherchera à favoriser dans le sens de l'actualisation des potentiels de la personne.

/4 / Quatre approches épistémologiques

Le soin, et le savoir des soins infirmiers qui s'attache à lui, ont développé des lectures épistémologiques du savoir en question ; on retrouve ainsi des approches différentes. Celles qui s'attachent à chercher quelle sont les conditions premières de l'existence du savoir en question, en particulier les travaux de L. Jovic. Une autre approche tend à essayer de dépister la forme de rationalité mise en œuvre, c'est le cas de F. Sailland. Une troisième démarche, dans le champ historique travaille l'histoire des constructions de savoir successives sur le soin, comme chez M. Nadot. On retrouve enfin une description fine des étapes de la construction du savoir, comme chez A. Marriner-Thomey ou S. Kerouac. L'ensemble de ces analyses constitue l'essentiel des travaux sur la question et dont il convient de donner un aperçu synthétique et d'en examiner les limites.

Les soins infirmiers, discipline clinique pour L. Jovic (1998)

Partant d'une analyse très fine de la réalité des observations des infirmières, L. Jovic (1998) prend en compte les acquis de B. Walter (1988) sur la question de l'existence d'un savoir des soins infirmiers. Elle projette, dans sa thèse, de qualifier ce savoir dans une approche comparative avec les différentes conceptions de ce qu'est une clinique dans la littérature, elle réalise une enquête (de type sociologique) dont l'analyse et l'interprétation montrent l'importance de la dimension clinique des soins infirmiers. La recherche est tout à fait convaincante : nous sommes bien face à une clinique

spécifique ; elle présente des caractéristiques qui font son originalité. Cependant, et sur ce qui nous occupe, l'appartenance des soins infirmiers à la catégorie « savoir cliniques » ne nous dit rien de ce qui fonde et construit le soin. D'un certain point de vue, la lecture des lignes de la main est aussi une « activité clinique », le voyant tient bien la main du consultant et essaye de pénétrer dans sa sphère intime ; mais ceci ne dit rien de la méthodologie et du savoir mis en œuvre ; pour le moins, nous ne sommes pas dans les sciences de l'homme... La catégorie « clinique » nous donne des indications précieuses quant à la démarche que le savoir d'un soin spécifique entreprend pour connaître son objet, de quelle façon se détermine le champ à considérer. C'est la perspective d'une épistémologie centrée sur la question méthodologique, une épistémologie fonctionnelle qui nous apporte un appareil critique précieux. En revanche, d'un point de vue fondamental, la dimension « constitutive » du savoir (comment survient le savoir, à quoi il répond, comment se construit-il ainsi, par exemple) ne se résout pas au niveau logique de la méthodologie mise en œuvre ; on ne peut préciser le champ disciplinaire, d'où nous pouvons déployer une méthodologie. Le chemin inverse n'est pas assuré : ce n'est pas parce que l'on constate la présence d'une méthode que nous savons de quoi il retourne. La démonstration de L. Jovic apporte des éléments décisifs aux soins infirmiers : l'existence d'une rationalité, celle d'une approche particulière et qui n'est pas empirique ; éléments essentiels qui justifient de chercher quelle épistémologie constitutive « commande » la construction d'un savoir clinique.

Le soin, savoir invisible chez Francine Saillant (1999)

Francine Saillant est anthropologue et, au fil de ses travaux, elle pose la question de l'épistémologie qui peut conduire l'étude des soins. Elle relève ainsi une particularité du soin, sa banalisation dans ce qu'elle désigne comme le social. Pour elle, le soin est quelque chose d'étroitement socialisé et qui, à ce titre, devient invisible. Invisible pour ceux qui le pratiquent et qui n'ont l'impression de ne rien faire de particulier lorsqu'ils soignent ; cela au point que certains enquêtés disent « On ne fait rien de spécial... ». Pour F. Saillant réside là une difficulté d'ordre épistémologique, laquelle

nous semble, pour notre part, faire difficulté essentiellement pour une démarche anthropologique. En effet, mettre en évidence quelque chose qui n'est pas identifié dans leur pratique par les acteurs-même d'un agir relève au moins d'une ethnographie de la question. Francine Saillant, elle, partant de ce constat entreprend une lecture critique des savoirs produits sur le soin, essentiellement des approches théoriques des soins infirmiers ; mettant ainsi au même niveau logique les savoirs construits et les soins « domestiques » des aidant naturels.

Elle classe ainsi les approches qu'elle rencontre selon plusieurs catégories :

- Celles qui relèvent de la science
- La perspective des études féministes.
- Celle des études politiques.
- Celle du *caring* (la relation d'aide de la psychologie par exemple).
- Celle du self-care se rattachant à la dimension éducative du soin.
- La perspective anthropo-sociologique : le soin comme complément du travail médical.
- Celles qui relèvent des idéologies à propos des soins
- L'humanisation des soins.
- L'autonomisme qui serait la conséquence des politiques publiques orientant la santé vers le domicile des bénéficiaires.
- Celles qui relèvent du sens commun
- Le *rien* qui consiste à expliquer le soin « de l'intérieur », par ceux qui le dispensent.
- Le *pratico-pratique*, les soins, conditionnés par leur finalité.

Nous pouvons dire qu'il s'agit bien là d'une classification à visée épistémologique qui, en tant que telle, s'adresse à des savoirs scientifiques structurés; de type scientifique ou bien même pour la seconde catégorie de type politique... Alors que nous avons vu plus haut qu'une partie des constats reposent sur des données de type sociologique (enquêtes) ou ethnographique (observations participantes).

L'examen de cette description montre qu'elle est marquée par le ter-

rain où elle est produite. Si, en effet, les soins que F. Saillant répartit en professionnels ou domestiques, prennent en compte des notions comme le *car-ing* ou le *self-care*, c'est bien dans une situation Nord Américaine. Le fait de penser l'autonomie comme issue des politiques publiques correspond à ce que les Canadiens désignent comme le « virage ambulatoire » donné aux institutions du pays par une volonté politique déterminée. Les notions de *car-ing* et de *self-care* sont généralement ignorées en Europe à l'exception de quelques spécialistes suivants particulièrement l'évolution des facultés de science infirmière d'Amérique du Nord. Nous pouvons témoigner personnellement, et pour l'avoir expérimenté en formation, qu'il est extrêmement difficile de faire comprendre ces notions telles quelles à des soignants européens. Cela d'autant plus que la traduction des textes fondamentaux de cette recherche est un exercice fort complexe²⁶.

Quant à les mettre en évidence dans les pratiques de soin que nous pouvons observer, c'est une affaire complexe. En particulier dans la mesure où les dispositifs organisationnels ne tiennent pas compte de ces concepts dans leur construction. Si nous avons pu, dans un travail antérieur, les utiliser dans l'analyse du fonctionnement d'un service de soin québécois (Haute 1999b), l'organisation même des soins que nous pouvons rencontrer ici interdit de les utiliser comme concepts opératoires.

Mais qu'en est-il de ces catégories en Europe ? L'autonomie n'est pas un enjeu de politique publique, il existe ici, en revanche, une politique de concentration des institutions de santé (fermeture des établissements de petite taille, création de groupes hospitaliers autour des grands centres etc.). De plus les soins ambulatoires sont exercés de façon très majoritaire par le secteur libéral depuis plus d'un siècle ; cette orientation est actuellement plutôt renforcée que mise en cause. De plus, la notion de soin domestique est nécessairement différente selon les institutions qui incarnent le soin.

²⁶ Voir à se sujet, en annexe 3 la traduction d'un article scientifique et l'analyse des difficultés afférentes à la transposition des savoirs du soin Nord Américains en Europe Francophone.

Leur densité en Europe minimise, et parfois « folklorise » les soins domestiques ; il est ainsi rare de se trouver à plus d'une dizaine de kilomètres d'un établissement ou d'un cabinet permettant des soins professionnels. Il peut, en revanche, se produire au Canada, que certains bassins de population sont à plus de trois cents kilomètres de toute institution les soins domestiques n'ont pas alors la même importance quantitative. L'institution généralisée de la protection sociale a amené, (en dehors du Canton de Vaux en Suisse où les guérisseurs traditionnels ont une existence reconnue) la marginalité des soins traditionnels. Les observations sur lesquelles se fonde F. Saillant sont donc à reconsidérer, avec prudence, pour l'Europe en tout cas.

Au-delà de ces limites, inhérentes aux observations qu'a pu réaliser Francine Saillant, ses remarques épistémologiques sont à considérer sérieusement. Nous dirons qu'elle a montré que les discours sur le soin relèvent tour à tour de logiques particulières. Dans le tableau qu'elle trace, nous voyons ainsi se déployer :

- Un biais idéologique (avec tour à tour une dimension féministe, politique, humaniste, militante pour les soins).
- Un biais empiriste qui se manifeste par la tentative de justifier les soins par la pratique, voire de construire et de légitimer celui-ci par celle-là..
- Un biais fonctionnaliste qui les justifie par l'utilité du soin et la place qui lui est accordée dans l'espace social.
- Un biais institutionnel qui tend à circonscrire le soin dans des institutions (au sens large) et lui donner sens « au nom » des institutions en question.
- Un biais rationaliste qui tend à privilégier une approche par la rationalité des sciences dites exactes, utilisant un paradigme « bio-médical » (selon l'expression de F. Laplantine, 1990).

Cette relecture paraît, à priori, plus « générale » que la description de F. Saillant. Elle nous donne l'indice que des logiques hétérogènes au soin viennent perturber l'idée spontanée de celui-ci.

L'histoire des savoirs appliqués aux soins, M. Nadot (1997)

M. Nadot décrit de grandes étapes dans l'organisation sociale des soins (M. Nadot 1983, 1992, 1997). Ceux-ci reçoivent successivement la tutelle de la religion, des institutions civiles et de la médecine. Relisant sa thèse, on voit que chaque institution donne aussi la définition du savoir qui lui paraît convenir au soin. Ces lectures successives inscrivent, à chaque étape, quelque chose de particulier au centre du soin. Celui-ci étant tour à tour en rapport avec le don de soi, la discipline, le respect de la prescription ou bien l'intérêt pour la personne soignée. Pour repérer les structurations successives, Michel Nadot nous invite à chercher, dans chaque *figure*²⁷ du soin, la condition qui est faite à celui-ci. Cette condition dépend des cadres de pensée qui forment le soubassement du discours sur le soin à chaque époque.

Nous relèverons, chez Michel Nadot, que le soin n'est pas quelque chose qui apparaît subitement au XIX^e siècle, tout armé et structuré à travers le soin infirmier, mais qu'il est possible et fructueux de suivre les évolutions successives du soin. M. Nadot nous montre aussi que le soin est quelque chose de souple, en ce sens qu'il peut prendre une réalité différente selon l'environnement où il se trouve ; mais aussi que le soin est quelque chose d'incontournable : quelque soit la période historique, du soin existe et est structuré ; le soin n'est jamais laissé pour tel, il est toujours l'objet d'une structuration.

La construction du savoir des soins infirmiers, A. Marriner-Thomey (1989), S. Kerouac et coll. (1994)

L'ouvrage de S. Kerouac, F. Ducharme ; A. Duquette et F. Major, constitue une étude " des conceptions et stratégies " développée autour de la discipline en question. Il comprend six chapitres qui détaillent *comment à travers les temps, la discipline infirmière a évolué et comment elle se pré-*

²⁷ Figure, au sens de ce qui figure du soin dans les documents historiques analysés.

sente, cela en 1994. Il s'agit de la présentation d'un ensemble de recherche menées dans les facultés de science infirmière de l'Université de Montréal, l'Université de Laval, l'université de Sherbrooke au cours des années quatre-vingt. L'ouvrage, de 131 pages de texte, comprend une première partie (p. 2 à 71) présentant les courants de pensée qui ont présidé au développement disciplinaire, les différentes conceptions qui ont été développées et présente une synthèse en neuf principes délimitant " l'essentiel de la discipline ".

Le questionnement qui sous-tend, pour les auteurs l'ensemble du savoir est explicité dans l'avant-propos : " Qui sont les infirmières, que font-elles "; questionnement qui est, selon cette approche au centre du développement disciplinaire. L'analyse menée suit les développements du savoir de façon chronologique. Situait l'apparition, explicite ou implicite, des concepts fondamentaux (soin, personne, santé, environnement) dès 1859, les auteurs organisent le savoir selon des catégories précises. On trouve ainsi trois *paradigmes* successifs, la catégorisation, l'intégration et la transformation, lesquels donnent lieux au développement de conceptions du soin caractérisés par des *postulats* spécifiques; postulats donnant lieux au développement de *modèles conceptuels* particuliers ; le savoir produit pouvant se répartir entre six écoles.

Dans cette brève description, nous avons mis en italique certains termes. En effet, si certains sont d'usage courant, les auteurs prennent soin de les définir dans le texte lui-même et dans un glossaire en fin d'ouvrage. Il s'agit sans doute d'une intention pédagogique, mais à bien examiner les définitions, nous constatons qu'il s'agit de concepts plus que de simples notions. Ainsi, par exemple, la méta-théorie est définie comme la *discussion des aspects généraux d'une ou plusieurs théories dans le but d'éclairer leur contribution possible au développement de la science infirmière*. Théorie se définit comme *l'ensemble d'énoncés, de propositions, formé de concepts et de relations entre ces concepts, organisés de façon cohérente et systématique qui tentent de décrire, d'expliquer ou de prédire un phénomène*. Un concept est une *représentation intellectuelle, générale et abstraite d'un phénomène (objet, propriété, événement), formé d'un ensemble d'attributs per-*

çus par l'esprit. Les concepts sont les composantes à la base d'une théorie. Ces définitions évoquent une épistémologie constitutive et critique du savoir infirmier, dimension jamais cependant explicitée ou revendiquée par les auteurs.

Lorsque les auteurs fixent le cadre théorique de leur étude, ils en appellent à des auteurs spécialisés comme, par exemple S. K. Donaldson et D. M. Crowley et leur article " The discipline of nursing ", publié dans Nursing Outlook (1978). Les citations que nous avons données ci-dessus sont référencées aux travaux de M.A. Newman et de ses collaborateurs, lesquels sont aussi des spécialistes de la théorie du soin. Il s'agit donc, en quelque sorte, d'une épistémologie " locale " dont la dimension critique est naturellement limitée : la mise en perspective de l'épistémologie à l'œuvre vis-à-vis d'autres savoir par exemple, n'est pas directement envisagée.

Nous pouvons attendre que la science des soins, développée essentiellement en Amérique du Nord, réponde à une épistémologie proche de celle de T. S. Kuhn; Laquelle est largement contemporaine des développements en question. Pour T. S. Kuhn, les changements de paradigme sont en relation avec des bouleversements dans la façon de penser les choses. Il explique ainsi (1970) que la science procède d'un certain nombre de ruptures dans les schémas servants à penser les objets et les champs de connaissance. Changements en rapport avec des bouleversements culturels de grande ampleur et qui débouchent sur une mise en cause des schémas explicatifs antérieurs (conception sans doute à rapprocher des épistémès utilisés par Michel Naudot). La présence, dans l'analyse de nos collègues, de trois paradigmes différents de 1950 à 1980, pose donc un problème. Si la rupture paradigmatique est bien le grand événement qui vient changer la nature des savoirs, cela dans une perspective " kuhnienne " ; le rythme du changement dans la science du soin est singulier, voire suspect : Une durée de validité de dix ans est un délais bien court pour un tel paradigme. Cela, alors même que la définition donnée par les auteurs semble se recommander de la conception de T. S. Kuhn. Avant que d'accuser les auteurs de contre-sens, il convient de nous rappeler qu'à aucun moment ils ne revendiquent explicitement une approche

épistémologique. Il s'agit donc bien d'une utilisation localisée d'un vocabulaire philosophique, et plus précisément épistémologique dans le but de présenter une organisation compréhensible du savoir étudié. On pourrait, d'ailleurs mener une analyse similaire quant à l'utilisation du terme " phénomène ", lequel est défini comme la représentation d'une réalité ; au prix, sans doute, d'une ambiguïté avec le noumène.

Si nous-nous reportons, d'une façon générale, à l'ensemble des travaux portant sur la science infirmière, nous voyons que l'appareil critique que nous avons développé ci-dessus est généralisable. La science du soin ne dispose pas d'une épistémologie solidement constituée. Ce qui est sans doute en lien avec la relative rareté de la réflexion philosophique au sujet du soin, dimension de réflexion plus particulièrement développée en Europe, par exemple chez Yves Thiébaud, W. Hesbeen ou B. Honoré. Ces auteurs sont plutôt dans une orientation phénoménologique, ils ne s'inscrivent pas facilement dans le cadre de la philosophie analytique qui prévaut en Amérique du Nord. Là peut résider une difficulté : le développement d'une approche phénoménologique permet une prise en compte du soin ; mais c'est une tâche délicate dans le cadre analytique qui prévaut là où le savoir en question s'est le plus développé. Situation qui explique que le soin infirmier, surtout Nord américain dans ses développements théoriques, ne dispose pas complètement d'une approche par la raison et ne présente guère de réflexion sur sa cause finale. Particularité qui ouvre à bien des confusions dans la critique de la science des soins.

-4.1 / Épistémologie critique du savoir des soins infirmiers

Le savoir des soins est l'objet de nombreuses critiques et mise en questions. D'une part en « interne », comme remise en cause au fil des développements du savoir. Mais, plus radicalement de sources externes au milieu de recherche spécifique, cela avec des enjeux qui ne concernent pas uniquement le soin. Bien entendu nous détaillerons ces résistances « en continue » au fil de notre recherche et selon l'argument que nous serons en train

de traiter. Il est cependant utile de résumer les prises de position qui mobilisent un argument épistémologique.

Les critiques fondamentales : la science des soins est-elle légitime ?

Le savoir infirmier en question est, en France en particulier, parfois marginalisé ou même dénié de tout fondement. A tel point que certains auteurs en viennent à en contester la rationalité. Ainsi O. Louis (1995) affirme qu'il s'agit d'un sous-produit des théories " cognitivo-comportementaliste " issue de la psychologie nord-américaine des années soixantess. Plus précisément il donne un rattachement, fréquemment évoqué par ailleurs, entre l'école de Palo-Alto et l'ensemble des écrits de la science du soin. C'est là faire une confusion dans les dates. Les premiers travaux de ce courant datent bien des années soixantess ; en tout cas si l'on prend l'article de J. Austin en 1962 : « How to things with words ? » Comme point de départ des travaux du centre de Palo-Alto. 1967 si nous considérons la première parution de « cognitive psychologie » de U. Neisser ; en revanche les écrits qui construisent le savoir infirmier à ses débuts sont antérieurs à ce mouvement. D'une part, la référence fondatrice est bien F. Nightingalee, ce qui nous reporte au XIXème. D'autre part, les développements théoriques incriminés nous ramènent à H. Peplau, dont les écrits fondateurs spécifiques datent de 1948 à 1952 et D. Orem de 1950 à 1960. De ce fait, on pensera plutôt à des similitudes dues à « l'ambiance intellectuelle » en Amérique du Nord au milieu du XXème siècle plus qu'une référence non explicite à l'école de Palo-Alto. On pourrait d'ailleurs se demander pourquoi cette référence là ne serait pas explicite, alors que les différents auteurs en question citent à de nombreuses reprises ce qui leur semble déterminant dans le cheminement de leur recherche.

L'idée même d'un savoir scientifique des soins infirmiers est aussi contestée par J.L. Gérard pour qui il " n'existe pas de théorie du soin " (1990) et qui privilégie une approche empirique en convoquant, autant que de besoin, des éléments divers issus de la psychanalyse, de la psychologie comportementale ou de la médecine psychosomatique ; le même auteur uti-

lise pourtant les diagnostics infirmiers dans ses travaux (Gérard 1993). Cette mise en cause ignore pourtant deux faits essentiels. D'une part l'enseignement, les dispositifs réglementaires, les formes institutionnelles du soin, fonctionnent en référence aux techniques de soins issues du courant de pensée mis en cause. Même si les éléments fondamentaux ne sont pas enseignés formellement en France, il est difficile de conserver les techniques et de disqualifier les approches théoriques dont elles sont le produit. Il y a là une solidarité que semblent ignorer certains auteurs. D'autre part, l'approche théorique Nord américaine revendique la mise en œuvre d'un savoir scientifique ; lequel peut toujours être falsifié par l'expérience ou un renouvellement de l'approche. Il ne peut, de toute façon, n'être disqualifié qu'en respectant la forme de la pensée scientifique. Ainsi, par exemple, que cela plaise où non, l'idée de race humaine trouve sa contradiction absolue dans les connaissances scientifiques de la biologie et plus précisément de la génétique. Tant que ces connaissances ne sont pas mises en cause, falsifiées par l'évolution du savoir, l'idée de race humaine ne dispose d'aucune légitimité scientifique et ne peut accéder au statut de concept. Il en est de même pour tout savoir scientifique ; il ne peut être définitivement remis en cause qu'en regard de ses " performances épistémologiques " ; que cela se pose en regard d'un développement théorique nouveau ou bien d'une expérience cruciale. Tant que la production de savoir (et, partant, la technique en découplant) n'est pas invalidée par l'expérimentation, le savoir théorique est réputé valide : c'est la " meilleure hypothèse " qui l'emporte.

Concernant les soins infirmiers et comme nous l'avons montré plus haut, les milieux universitaires d'Amérique du Nord, nous fournissent un ensemble de travaux épistémologiques qui se développent depuis une trentaine d'années (en langue française principalement au Canada). Cependant, nous avons vu que cette production ne répond que partiellement à la question de la structuration du savoir. Il s'agit, dans les textes de l'école Nord américaine, de travailler selon l'ensemble des documents se réclament de la science du soin, d'utiliser des critères de scientificité et d'en vérifier la positivité à partir d'une description historique du savoir. Cela sans poser autrement de questions sur ce qui explique le soin en lui-même. Cette approche

est sans doute en rapport avec l'environnement académique où l'intégration des soins infirmiers dans les disciplines universitaires est un fait établi. La légitimité académique limitant, d'une certaine façon, la nécessité d'une épistémologie plus dense et construite. Le problème est différent dans notre contexte ; là où l'inscription académique n'est pas établie, aucune institution de recherche ne vient « garantir la scientificité » des travaux en question ; la situation en Europe est de ce point de vue très différente. Symétriquement, il est des questions qui se posent en France et qui n'interpelle pas de la même façon dans les principaux lieux de développement du savoir.

Retenons, du point de vue de la critique fondamentale, qu'il y a contradiction entre les critiques portées et la déclaration d'intention des théoriciens du soin. Cette contradiction est au cœur d'un débat très vif au sein de la profession, il suffit de parcourir les pages des sites Internet consacrés au soin infirmier pour le constater.

Une autre dimension critique : la question de l'épistémologie constitutive.

La critique du savoir des soins peut partir de trois sortes d'approche du savoir qui correspondent à des formes d'épistémologie particulières.

- Une première forme de l'épistémologie s'occupe de la critique des principes, des méthodes et des conclusions scientifiques ; l'épistémologie critique répond de cette connaissance particulière du réel que constitue la science. Elle est fondée par le fait que « la connaissance du réel est une lumière qui projette toujours quelque part des ombres » (G. Bachelard 1967 p. 13). C'est le rapport entre l'ombre et la lumière qui fait l'objet de la lecture critique de l'épistémologie.

- Une seconde forme est de nature historique. Elle s'intéresse aux liens que l'on peut établir entre les différentes constructions scientifiques, liens successifs dans une perspective temporelle. Elle permet de mettre en lumière l'existence de liens entre les évolutions scienti-

fiques et le monde dans lequel elles se déroulent.

- Une troisième forme de l'épistémologie est de nature *constitutive* (M.C. Bartoly & coll. 1978 P.12). Il s'agit alors d'étudier la construction de la science et des éléments qui sont nécessaires à son élaboration et sa reconnaissance comme telle. C'est cette troisième forme qui permet, usuellement de situer un savoir donné ; savoir s'il s'agit, par exemple, d'une technique, d'une science ou d'un savoir traditionnel.

Les soins infirmiers, nous l'avons vu, ont développé un ensemble de connaissances spécifiques aux soins. Ils sont partis, fin XIXème du fait brut que constituait l'émergence des soins infirmiers et de leur institutionnalisation (F. Nightingale en 1859) ; s'inscrivant dans une démarche empirique relativement radicale, les soins infirmiers ont distingué des éléments fondamentaux du soin comme la *personne soignée, sa situation, l'environnement, l'autonomie et l'adaptation* de celle-ci. Ils ont finalement créé sur cette base un construit abstrait original. Élaboration rassemblées par les spécialistes comme autant de « modèles conceptuels » d'un même savoir (S. Kerouac & coll. 1994). On dénombre ainsi actuellement 19 *modèles conceptuels*²⁸ courants qui s'appliquent à différentes figures particulières de soins infirmiers ; allant ainsi de l'apprentissage des auto-soins aux soins communautaires ou aux soins transculturels. Nous avons pu montrer, par ailleurs, comment cette production évoluait (du point de vue d'une épistémologie historique et constitutive) dans le sens d'une disciplinarisation²⁹ des savoirs en question. Nous avons pu, alors, identifier, dans un corpus d'écrits spécialisés (ouvrages, articles et travaux universitaires) l'émergence d'un champ, d'un objet, de méthodes particulières. La construction d'une taxinomie décrivant le comportement de l'objet dans le champ considéré ; celle-ci est développement constant et constitue un thème de recherche sur lequel travaillent de nombreuses équipes spécialisées. Le tout faisant montre d'une

²⁸ Chiffre établis selon des travaux réalisés par l'Université de Mocton au Québec en 2001

²⁹ J. C. HAUTE « Les soins infirmiers : Quel savoir? - éléments d'épistémologie du savoir des soins infirmiers » Mémoire Diplôme des Hautes Etudes, LyonII 2003b.

grande cohérence.

Mais, plus précisément, nous décrirons tout ceci aujourd'hui comme un ensemble de techniques, parfois très pointues, constituant un savoir cohérent et concernant les professions concernées (infirmier, sage femme, puéricultrice, aides soignants, auxiliaires de puéricultures, aide médico-psychologique etc.) ; intéressant plus marginalement des champs proches du soin comme l'éducation spécialisée. Le tout réalise une ingénierie centrée sur la rationalisation des pratiques de soin. A ce titre, il s'agit d'une expertise d'une forme particulière de soin. Le savoir des soins infirmiers rend compte du phénomène *soins-infirmiers* avec une grande précision ; les gestes mentaux, les actes pratiqués, le mode d'observation et d'analyse des données sont répertoriés dans des nomenclatures, une taxinomie très précise. En revanche, le savoir produit ne « rend pas raison » du soin en laissant relativement vacantes des questions telles que « qu'est-ce que soigner ? », « Qui est-ce que je soigne ? », « Quelle relation me lie au soigné ? », « Quelle relation ais-je au savoir ? » etc. En tout cas il est impossible de trouver une lecture de l'ensemble de ces questionnements, la plupart des éléments les concernant sont répartis à travers un large éventail de travaux. Il n'y a pas d'approche théorique globale de la question. De plus, les tentatives allant dans cette direction sont relativement rares ; dans les institutions académiques Nord-américaines ce type de questionnement ne se développe que marginalement et au sein d'une recherche centrée sur la dimension « action » des soins infirmiers ; avec toutefois, une orientation vers l'éthique des soins particulière, en particulier à travers les problèmes de la pratique du soin face à une personne soignée (et non un patient ou un organe malade). Au sein même des recherches historiques (les plus européennes de toutes les dimensions de la recherche), on s'aperçoit que la grande majorité des travaux partent de l'infirmière. Ils n'abordent le soin que comme phénomène second, étudié alors sous l'angle spécifique du soin infirmier. Quelque chose échappe ainsi au savoir produit, quelque chose qui tient au « fondement » et qui n'appartient pas forcément aux seuls soins infirmiers. Pourtant, le soin n'est pas uniquement infirmier, ou, en tout cas, ne l'a pas toujours été. En effet, nous l'avons vu, les soins infirmiers tels que nous les trouvons aujourd'hui, ne sont tels que depuis le XIX^{ème} siècle. Ce qui ne nous dit rien de ce qui se pratiquait auparavant ; alors même, qu'il est difficile d'imaginer un soin infirmier surgissant,

tout armé et sans histoire (ou préhistoire) dans un hôpital de campagne, serait-il situé en Crimée et durant une guerre.

La science du soin comme ingénierie du soin

Finalement, si l'on ne peut résoudre le soin aux soins infirmiers, il n'est pas étonnant que ceux-ci ne puissent rendre compte des questions qui touchent le soin « en général ». s'explique aussi le fait qu'ils sont restreints au soin particulier des infirmières. Mais ceci se comprend lorsque l'on considère en tant qu'expertise le savoir des soins infirmiers. A ce titre, le savoir est toujours menacé d'écarter les mises en questions fondamentales car ils est amené à privilégier une logique instrumentale (au sens de Jurgen Habermass). On voit celle-ci à l'œuvre dans l'utilisation récurrente d'une même méthode (qui s'apparente, selon certains, à celle de résolution de problème) ou bien dans la mise en forme des actions par protocoles ; démarche objectivante qui prend le risque d'écarter la subjectivité et l'interrelation dans la démarche clinique de l'infirmière. Subjectivité que, par ailleurs, les rares travaux philosophiques sur le soin mettent au centre de la réflexion³⁰ ; que les premiers textes théoriques des soins infirmiers considèrent comme fondement disciplinaire (H. Peplau en 1948, par exemple). Au final se profile le risque de considérer l'expertise comme seule expression de la raison et de tendre vers une idéologie du soin « parfaitement réalisé ». Risque qui était déjà bien cerné par Yves Thiébaud lorsqu'il cherchait à passer du soin à la personne soignée en développant une conceptualisation de celle-ci. Simultanément, une tentation d'utiliser le soin infirmier comme seule approche théorique risque de provoquer une saturation du substantif *soin* par l'adjectif *infirmier* en en faisant *le cas princeps*, comme *monographie* de laquelle se déduirait toute autre forme de soin. Démarche que sous tend l'hypothèse que le soin infirmier serait un microcosme (au sens médiéval) dans lequel se reflète tout le soin possible (le macrocosme). Sans que cette situation soit tout à fait établie, on peut suspecter dans certaines approches très *totalisantes* une orientation de ce type ; c'est en tout cas ce qui se profile, en particulier dans la notion de soin féminin développée dans les années quatre-vingts. Le grand succès de celles ci ne peut dissimuler qu'elles appellent une expertise

³⁰ Voir à ce sujet Y. Thiébaud 1994, W, Hesbeen ou B. Honoré

forte et qu'elles excluent bien des formes de soin du champ même de celui-ci³¹ ; à commencer par le soin *masculin*.

-4.2 / La question posée au soin

L'élucidation du soin n'est finalement pas possible en utilisant uniquement le savoir des soins infirmiers. Il *fait résistance* dans la mesure où même un inventaire scrupuleux de son contenu, serait-ce en situation clinique, n'éclaire pas sa nature. Il s'agit donc de quelque chose de plus complexe qu'une collection de pratiques juxtaposées. C'est, à ce titre, un savoir du domaine technique selon la description de A. Koyré (1973), et se distinguant par-là dans le champ des sciences de l'homme.

Pourtant, en ce domaine, les techniques non étayées par une théorie sous-jacente sont rares ; ainsi l'économie pourrait se trouver dans une situation similaire : former un ensemble très subtil de techniques de manipulation de la situation matérielle d'une population. Si c'était le cas, elle se résoudrait à une supergestion de la dimension matérielle du vivre ensemble. Mais l'économie comporte une dimension fondamentale ; celle par laquelle Keynes, par exemple, a pu développer une réflexion, certes orientée vers l'action politique, mais où s'entendent des préoccupations plus fondamentales. C'est à ce niveau que se situe la question du sens de l'économie : pour Keynes le développement prend visiblement sens dans la satisfaction des besoins humains et vise à la liberté de l'acteur économique. C'est justement, toutes proportions gardées, cette dimension qui semble en défaut dans les soins infirmiers.

Le savoir des soins infirmiers révèle ici une limite interne inhérente à la difficulté de dépasser le cadre de sa propre ingénierie. Il montre une limite externe à rendre compte de la dimension générale du soin. C'est justement à ce point crucial que s'opère la confusion entre soin et infirmière, à la source des polémiques que nous avons identifiées plus haut.

³¹ Voir à ce sujet la première partie de l'ouvrage de M.F. Collière (promouvoir la vie) où l'auteur développe une très vaste conception de la notion de soin. Nous donnerons notre analyse de cette approche dans un chapitre postérieur de notre travail.

Le niveau où s'opère la rupture épistémologique de notre recherche repose sur un changement dans le régime de réflexion, un saut d'un niveau logique (centré sur la praxis d'une manière ou d'une autre) à un autre niveau constitué dans l'intention réflexive : ce que nous entendons par « Penser le soin »³².

Nous venons de problématiser le soin à partir de l'exploration de ses aspects les plus saillants. Nous devons désormais déterminer la façon dont nous pouvons travailler la problématique du soin.

Notre question de recherche, formulée de façon générale, est donc la suivante:

« Quelle est la raison du soin? »

Question qui est en rapport avec celle de W. Hesbeen lorsqu'il s'interroge, à propos des soins infirmiers, demandant quel est ce soin que l'on ne peut décrire en dehors de ceux qui le pratiquent. Nous sommes dans l'orientation qu'il définit comme une recherche « fondamentale » sur le soin, recherche qui débute ici par la question de l'épistémologique du savoir en question.

La situation globale que nous venons de décrire provoque une incertitude sur le soin qui, comme nous l'avons vu, rejailli sur toute pratique de soin ; avec en exergue la difficulté de la situation de soignant. Mais surtout elle pose la question de la formation des futurs soignants ; que peut-on dire d'un enseignement reposant sur des prémices jamais énoncés (ou plutôt non-énonçable puisque non déterminés) ? La formation des soignants appelle le dépassement de l'empirisme actuel du savoir en question. D'une part en matière d'enseignement direct, comme espace d'ouverture des formés à leur futur dialogue avec des disciplines connexes. Mais aussi comme

³² Nous adoptons ici une forme typographique particulière. La fonte italique et le filet à gauche indiquent ici qu'il s'agit d'une phrase importante pour la suite du raisonnement et de son exposé. Nous utiliserons, par la suite cette présentation à chaque fois qu'une étape importante sera franchie.

ce qui doit influencer tout enseignement en matière de but et d'objectif de formation. En un temps où la question du développement des formations universitaires pour le soin se pose de façon plus pressante, il est urgent de travailler la question du fondement du savoir à développer.

Sortir de l'approche empirique, c'est faire coupure avec celle-ci. Coupure de nature épistémologique nous dit G. Bachelard. Il nous rappelle qu'« Il suffit que nous parlions d'un objet pour nous croire objectifs » (1981, ChI, p.9). Mais que la pensée spontanée que nous avons d'un objet « ne sont que des confidences sur la jeunesse de notre esprit ». Tout objectivité devant travailler ce premier contact en critiquant la sensation, le sens commun, la pratique même la plus constante, l'étymologie (Ibid.). Cependant, le sens commun ne doit pas être « évacué », mais être exploré plus précisément. Nous avons en effet démarré notre réflexion à partir d'une identification sensible du soin. Il nous faut donc vérifier si le soin n'est pas un objet d'évidence ; un objet dont l'existence ne poserait finalement que fort peu de question. C'est le statut particulier que donne au sensible et au sens commun notre approche initiale (l'histoire de martial) ; laquelle nous amène à considérer, finalement et après l'examen des lectures élaborées, que nous devons examiner le soin d'une manière relativement nouvelle. Il reste à voir si le sens commun en lui-même donne une notion empirique (ou même un concept) du soin qui viendrait clore la question. D'ailleurs, le fait que le soin soit un objet pour les sciences humaines pourrait très bien signifier qu'il ne s'agit pas tant d'une question que d'un fait, une donnée, voir un terrain où se manifestent des phénomènes généraux (liés par exemple à la socialité ou la psyché). Mais, dans cette position, nous pouvons relever que les descriptions externes indiquent plusieurs mécanismes contribuant à constituer une crise au sein du soin; Elles ne nous renseignent pas sur les raisons de celle-ci. Mais ne disent rien de ce qui pourrait rendre raison du soin.

Nous trouvons donc :

- Des lectures ponctuelles de certaines situations de soin.
- Et/ou de certaines parties de la relation qui s'établit entre les personnes.

- Des lectures de certains éléments du soin.
- Des descriptions des mécanismes sociaux, psychologiques qui sont à l'œuvre.

Le tout, comme autant de lectures d'éléments de celui ci, alors même que nous savons que le phénomène prend des formes très différentes à travers la société; tout en utilisant le même mot !

De plus, nous pouvons envisager que la notion empirique que nous pouvons avoir du soin est, au moins en partie influencée par des *lectures* qui viennent orienter l'image que nous avons de celui-ci. Nous sommes face à un ensemble de données (parfois contradictoires) qui reposent sur des rationalités hétérogènes. Le tout constituant une sorte de notion du soin qui est finalement de nature empirique. Celle ci ne pouvant rendre compte de la raison d'être du soin, pas plus qu'en orienter le développement.

Sortir de ces déterminations externes, questionner sur la raison, vouloir approcher la cause du soin, c'est nécessairement se situer dans le champ philosophique : tenter une lecture du soin sur un questionnement fondamental relativement radical et, comme nous l'avons problématisé, dans une dynamique réflexive.

-4.3 / De l'objet-soin au phénomène-soin

Se situer dans le champ de la philosophie conduit, comme nous l'avions indiqué en préambule, à *pelleter* la colline soin jusqu'à la montagne philosophie. Si nous qualifions ici la philosophie de *montagne*, c'est bien qu'il s'agit d'un ensemble de savoir très vaste, et qui n'est pas organisé en vue de notre objet de recherche, donc « inorganisé » en regard de la mobilisation que nous comptons en faire ; Il est donc indispensable de préciser dans quelle approche philosophique nous-nous situons.

Notre objet de recherche est, nous l'avons vu, pris dans un processus de déterminations tant qu'il est objet de recherche par les sciences hu-

maines ; cela selon un facteur structurel lié aux sciences en question: il constitue à chaque fois un lieu de recherche plutôt qu'un objet. Du point de vue des savoirs plus spécifiques (médecine, psychanalyse, soins infirmiers), l'approche est toujours partielle : ici parce qu'elle ne parle que d'un aspect de la question, là parce qu'elle se centre sur la description de pratiques. Enfin, le sens commun est construit sur une idée composite qui peine à recouvrir tout ce qu'est le soin. Nous dirons que le soin, tel que nous pouvons ainsi l'observer, est surdéterminé, cela au sens philosophique du terme ; soit que, le soin est sujet d'une détermination selon des facteurs ayant entre eux des liens structurels. Cette surdétermination venant, finalement, masquer l'essentiel du soin ; masquage problématique puisqu'il rend difficile l'accès à une réflexion fondamentale : comment réfléchir au sens du soin, alors que l'idée que nous en avons est ainsi surdéterminée ?

Nous devons donc observer autre chose que la (ou les) surdétermination(s) du soin, ou que l'effet de celle(s) ci. Il faut abandonner le soin en tant que *objet* (ou sujet de réflexion) pour le considérer tel qu'il se présente. Préciser ce qu'est le soin en tant que phénomène (tel qu'il apparaît) et non comme pseudo-noumène; tel que nous l'avons en tant qu'idée, ici conditionnée par la surdétermination. La dimension phénoménologique de notre recherche apparaît comme un élément fondamental.

Nous situant dans une perspective épistémologique, nous sommes aussi dans le champ philosophique; cela d'autant plus que notre constat de départ montre l'importance d'une position phénoménologique quant au questionnement du soin. Mais il n'existe pas réellement une « littérature philosophique » abondante au sujet du soin. Nous devons donc naviguer au sein de la philosophie (et dans le respect de notre approche théorique) pour y trouver des éléments (concepts, raisons etc.) et organiser un dispositif propre à notre étude. Comment cette navigation peut-être conçue, sans s'égarer dans des contre sens et des contradictions?

Cette question recouvre deux aspects : la question « fondamentale » de *la* philosophie que nous pouvons mobiliser. Puis, dans un second temps,

la question de sa mise en œuvre (méthodologie de recherche).

Maurice Merleau-Ponty (1960), un jour chargé de rédiger l'introduction d'un ouvrage « général de philosophie³³ », développe ce qu'est la confrontation des différentes approches autour d'un objet ou d'une question particulière. Il propose de considérer alors la philosophie en tant que *pensée ouverte* qui « ne croit pas tant à des essences qu'à des nœuds de significations qui seront défaits et refaits autrement dans un nouveau réseau de savoir » (M. Merleau-Ponty, 1960, p. 230). Il ne s'agit non pas de nier les oppositions et incompatibilités théoriques, mais de les prendre « en perspective » de ce qui les relie et les sépare. La philosophie est alors « applicable » à un objet de savoir tel que le soin; dans la mesure où cette mise en perspective permet d'appeler, en quelque sorte « à témoigner », les pensées philosophiques pour constituer un nouveau nœud de savoir, un nouveau réseau centré sur un objet spécifique³⁴. C'est donc une nouvelle configuration du réseau de savoir qui se profile dans le projet d'appliquer une approche philosophique à l'objet « soin »; et c'est en ce sens que nous pouvons parler de *tâche philosophique* (et non d'une philosophie du soin). C'est finalement considérer les idées au sein de la philosophie comme « les moments d'une seule doctrine en marche [dans l'unité d'un] système philosophique globale » (M. Merleau-Ponty, 1960 p. 204). Et qu'il n'y a pas là à considérer *des* philosophies ou *une* philosophie, mais que *la* philosophie est toute entière dans chaque *moment philosophique* que nous évoquons (ibid p.206). Sans oublier que l'on ne peut recevoir un héritage d'idées sans le transformer par le fait même d'en prendre connaissance, sans y injecter quelque chose de nous même (ibid. p.365).

Tout au long de notre recherche, c'est donc le soin qui sera question-

³³ Il s'agit de l'ouvrage collectif « Les philosophes célèbres » aux Éditions L. Mazerod.

³⁴ Cette conception n'est sans doute pas sans rapport avec la recherche herméneutique contemporaine au sens de H. Gadamer ou de P. Ricoeur lorsqu'ils travaillent à penser les réseaux de signifiants pour en dégager le sens ; nous verrons comment ce lien peut être fructueux.

né, mais aussi le rapport que la philosophie peut entretenir avec celui-ci; soit que, réciproquement, se profile une configuration particulière (un moment philosophique) du réseau même de savoir que constitue la philosophie en elle-même; cela, autour de la question du soin.

Pour F. Saillant³⁵, comme nous l'avons vu, le soin est en partie « invisible » du fait de son insertion dans la sociabilité où nous vivons. De plus nous avons identifié des logiques de lecture, des rationalités hétérogènes au soin lui-même et qui concourent à la construction du sens commun. On peut penser ces logiques comme autant « d'erreurs de jugement », et ainsi réfuter, dans une position radicale toute pensée du soin antérieure. C'est là faire preuve d'une certaine naïveté : la réfutation s'assoyant alors sur les acquis antérieurs, alors même que ceux-ci précèdent la réflexion et, finalement, sont la condition de la rupture épistémologique. Notre position sera donc de les considérer comme autant d'observation, plus ou moins contingentes, du phénomène; d'en construire l'appareil critique et d'en évaluer les conclusions aux vues de ce que nous aurons établis.

Travaillant la question du sens, alors même que nous savons que l'objet de recherche est surdéterminé comme nous l'avons vu plus haut, appelle une démarche particulière. Il s'agit d'une part de trouver une voie de lecture critique des facteurs de surdétermination, sans remettre en cause pour autant la part de réalité qu'ils recouvrent. Mais aussi de construire « autre chose », inscrit résolument dans une démarche réflexive et qui vienne rendre compte de notre objet de recherche ; plutôt que de *dire* une réalité construite pour l'occasion. Le mode de questionnement dépend donc de la réflexivité, de la capacité de l'approche à travailler au niveau du phénomène soin en lui-même et de proposer une interprétation de celui-ci. C'est bien d'une approche phénoménologique que nous avons besoin en premier lieu. Mais il s'agit aussi de conduire l'interprétation des différences constatées comme

³⁵ F. Saillant, anthropologue, questionne la question d'une approche épistémologique du soin en partant d'un travail d'enquête auprès des aidant naturels des personnes soignées.

autant de témoignages de ce que nous avons trouvé à propos du soin. Et donc de poursuivre le travail au-delà de la réduction phénoménologique.

Nous sommes, de fait, dans une dimension triple : réflexive, phénoménologique, herméneutique. Ce qui évoque P. Ricœur lorsqu'il revendique cette triple orientation³⁶. C'est en relisant certains articles de P. Ricœur (dans lectures 1 et 2, ainsi que sa synthèse panoramique) que nous avons entrevu la nécessité de faire succéder à la réduction phénoménologique une perspective interprétative de l'ordre de l'herméneutique ; l'inscription dans la réflexivité étant conforme à notre souci de la raison du soin ; Soit ce qu'il appelle *la triple approche*³⁷.

La dimension réflexive est pour lui le mouvement de l'esprit humain par lequel celui-ci tente de retrouver sa puissance d'agir, de penser, de sentir « puissance en quelque sorte enfouie, perdue, dans les savoirs, les pratiques, les sentiments qui l'extériorisent par rapport à lui-même »(M. Foessel & O. Mongin, 2005). La phénoménologie désignant l'ambition d'aller « aux choses elles-mêmes » dépouillées des constructions accumulées autour de celle-ci. Le dernier temps étant celui de l'interprétation qui constitue la perspective finale de la démarche.

Notre travail s'inscrit dans une conception de la philosophie comme pensée ouverte; et utilisera :

Une dimension réflexive dans le projet global de rendre compte du soin en lui-même.

Une démarche phénoménologique pour le déterminer en dehors des contingences qui le surdéterminent, comme phénomène.

La perspective est de développer un discours théorique restituant son sens au soin; dans une visée épistémologique.

³⁶ Voir à ce sujet sa « synthèse panoramique »

³⁷ Voir à ce sujet « Paul Ricœur », ADPF, Paris 2005

-4.4 / La théorie du soin: entre Sartre et Merleau-Ponty

Lorsqu'on examine les références citées par les auteurs qui ont travaillé la question du soin en prenant en compte la philosophie, certains posent question. Ainsi, M. Rogers cite volontiers (parmi ses sources d'inspiration) J. P. Sartre et M. Merleau-Ponty. Elle dit, notamment que sa conception de l'être en devenant se réfère à ces deux auteurs, cette position est confirmée par Roemary Rizo-Parse qui a poursuivi sa réflexion et Elizabeth Ann Manhart Barrett dans un article plus récent (2000). Si l'inspiration philosophique existentialiste semble bien déterminante dans le questionnement, en revanche, la double référence à J.P. Sartre et M. Merleau-Ponty nous semble plus discutable; voir difficilement conciliable sur certains points. C'est à partir de cette réflexion que nous précisons nos références théoriques.

Tout d'abord, relevons que si l'émergence du paradigme du soin infirmier remonte au XIX^{ème}, comme nous l'avons montré plus haut, le développement du savoir est presque exactement contemporaine des deux auteurs cités. En effet, les soins infirmiers se sont déployés sous forme de savoir essentiellement à partir de 1945, date de la parution de « La structure du comportement » de Maurice Merleau-Ponty; les principaux éléments du savoir du soin étaient déterminés en 1960 à son décès. Nous verrons dans cette conjonction, sans doute la marque de la pensée d'une époque. M. Merleau-Ponty est donc à plusieurs reprises et chez différents auteurs comme « source de leur inspiration ». Chez Martha Rogers, il semble bien avoir été cependant moins décisif que J.P. Sartre auteur qu'elle évoque au titre de l'existentialisme et de ses relations avec le concept d'homme en devenir. Cette référence nous semble cependant relativement discutable. En effet, si ce que les auteurs mettent dans leurs commentaires à ce sujet nous semble bien correspondre à l'air du temps, serait-il existentialiste, il n'est pas si sûr qu'une lecture attentive de J. P. Sartre soit la référence fondamentale. Considérons seulement que si la formule « l'essence précède l'existence » enthousiasme les théoriciens et leur paraît décrire la réalité qui les préoccupe. il y a contradiction dans la description de celui-ci. Faisant appel à la notion d'es-

prît, d'énergie et de spiritualité, plusieurs auteurs semble méconnaître une forme de négation de Dieu chez J. P. Sartre. Négation fondamentale puisque c'est justement de cette absence (il n'y a pas de Dieu) qu'il tire que l'homme n'a pas d'âme déterminée et donc sa liberté. Enfin, d'autres concepts que développe J. P. Sartre semble mal cadrer dans le contexte de la science des soins; citons par exemple, *l'angoisse* et la *mauvaise foi* qu'il est difficile de faire cohabiter avec le constructivisme humaniste des approches fondamentales du soin, l'idée d'un homme fondamentalement sain. Pour avoir approfondi, au cours d'un travail précédent (Haute 2005), la triple lecture du corpus théorique de la science du soin, de l'œuvre de M. Merleau-Ponty et de celle de J. P. Sartre; nous pouvons dire qu'il y a là beaucoup plus de convergence vis à vis de « Phénoménologie de la perception » que de « L'être et le néant » par exemple. Maurice Merleau-Ponty nous apparaît ainsi, sûrement à son insu, avoir contribué de façon importante au schéma de représentation des relations corps-esprit chez les infirmières théoriciennes nord Américaines; il est en revanche discutable que cet apport ait été complètement assumé. Il est curieux que les théoriciens en question, se situant plutôt dans un contexte Nord-américain se soient penchés sur la phénoménologie (éminemment continentale) plutôt que sur la philosophie analytique qui est plus proche d'eux. Cela s'explique par le fait que la philosophie analytique, dans sa quête de rigueur, délaissait volontiers les questions fondamentales de l'être, du temps, de l'esprit; autant de questions nécessaires aux théoriciens en question pour leurs développements. La philosophie européenne contemporaine, surtout celle d'inspiration phénoménologique, centrait sa réflexion sur ces thèmes. De plus, celle-ci n'est pas née, mais s'est diffusée dans la culture ambiante. L'Amérique du Nord n'a pas connus d'auteurs de la stature de Husserl ou d'Heidegger. Cette approche constituait donc une relative nouveauté pour nos chercheurs en soin. L'activité intellectuelle des années soixantes était marquée par le succès d'une certaine philosophie européenne qui voyait s'exporter des approches vers le nouveau monde: J. P. Sartre y connaissait une renommée importante et durable il est logique que comme figure saillante de la sphère intellectuelle européenne dans les années soixantes en Amérique du nord, ce soit sa vision phénoménologico-existentielle de l'homme qui ait focalisé l'attention de nos théoriciens. Rappelons

nous aussi que J. P. Sartre à survécu à son condisciple M. Merleau-Ponty et qu'il est longtemps resté dans sa démarche d'une conciliation avec le marxisme; conciliation qui semblait sans doute incontournable jusque dans les années soixantes-dix à certains, mais qui fragilise tout de même aujourd'hui ses positions. L'œuvre de M. Merleau-Ponty (et sa critique du marxisme) est restée en retrait, ne pouvant pas évoluer et être défendue par l'intéressé. Avec le recul que donne un siècle nouveau, et à la lumière des événements de la fin du précédent, c'est pourtant M. Merleau-Ponty qui paraît le plus clairvoyant. Nous avons, dans notre champ, montré les difficultés de la référence à J. P. Sartre, nous montrerons plus loin qu'il n'en est pas de même avec M. Merleau-Ponty. On comprend, bien entendu, la référence des théoriciens du soin du milieu du XX^{ème} siècle qui se réfèrent volontiers à J. P. Sartre lorsqu'ils essaient de délimiter la question de l'homme en devenir; soulignant au passage les citations de l'auteur qui correspondent le mieux à leurs positions, quitte à marginaliser certaines contradictions; cela pour des raisons de notoriété, et d'actualité. Mais les limites sont rapidement atteintes, et nous allons montrer comment on peut s'en affranchir. L'approche théorique du soin général ne pouvant se référer que partiellement à sa source principale, nous écarterons donc la référence à J. P. Sartre comme historiquement marquée, pour nous centrer sur M. Merleau-Ponty. Mais, puisqu'il s'agit d'une œuvre interrompue, nous devons aussi prendre en compte des développements plus contemporains: les travaux de Pierre Guenancia concernant la phénoménologie d'une part; démarche qui permet de nous assurer que nous n'utilisons pas une approche dépassée par des développements récents. D'autre part l'œuvre de P. Ricœur concernant l'approche des relations inter-individuelles. Cette dernière référence s'appuyant sur le rôle que ce dernier donne aux travaux de M. Merleau-Ponty dans la genèse de ses différents travaux sur la question.

Faire appel à la philosophie est un vaste projet qui pourrait bien constituer quelque chose de vague (aux contours flous); cela d'autant plus que l'inscription dans les trois courants ci-dessus expose à la critique, une certaine absence d'unité thématique pourrait nous être reprochée. Nous dirons qu'il s'agit, nous situant sur une position théorique issue de M. Mer-

leau-Ponty, de travailler sur une unité de questionnement ; en respectant, autant que faire se peut une *voie longue*, décrite et pratiquée par P. Ricœur, qui consiste à suivre le plus loin possible le questionnement, sans éviter les obstacles et en tirant parti de toutes les occasions de réflexion rencontrées: comprendre plus pour, finalement, mieux décrire.

Si c'est une chose que de questionner un sujet philosophique comme la nature de la relation à autrui; que ce soit chez Maurice Merleau-Ponty (dernier chapitre de la phénoménologie de la perception) ou même chez Paul Ricœur (Soi-même comme un autre). C'en est une autre que de travailler au sens du soin. Dans le premier cas nous sommes sur le terrain électif de la philosophie, sur un thème de recherche où de nombreux auteurs se sont penchés. Pour notre part, et quant au soin, nous sommes sur une exploration d'un terrain inconnu, armés du regard et du questionnement de la philosophie. A ce titre, nous devons adapter, transposer, étendre les analyses données par les philosophes jusqu'à notre champ particulier de recherche. Soit, relever d'une part les cheminements qu'utilisent nos auteurs de référence, l'organisation de leur réflexion et de leur argumentation. Prendre en compte, d'autre part, les nombreux apports qu'ils peuvent faire à notre problématique. Ainsi, par exemple, nous rencontrerons des questions comme celle d'une relation particulière, celle de l'autonomie, celle de la construction d'un savoir; autant d'occasions de trouver chez les philosophes un mode de questionnement, une démarche de réflexion, et aussi des « matériaux conceptuels » qui viendront nourrir notre réflexion.

Nous avons vu en quoi la philosophie constitue une armature intéressante pour notre travail, il reste à déterminer comment celle-ci peut se mettre en œuvre sur notre terrain de recherche. Ajoutons que la perspective de construction d'un savoir renouvelé sur le soin appelle une épistémologie de celui-ci qui ne reste pas implicite. Nous avons retenu et travaillé ces deux aspects en suivant un position théorique issu de l'œuvre de Maurice Merleau-Ponty (à partir de sa conception de la philosophie, comme indiqué ci-dessus); et, d'autre part, en mobilisant une matrice épistémologique issue des Sciences de l'Éducation. Ce sont ces deux démarches que nous allons dé-

tailler maintenant.

/5 / Vers une épistémologie constitutive du soin

Épistémologie signifie primitivement *étude de la science* ; branche relativement récente de la philosophie, elle est, aux plus loin, contemporaine du développement des sciences que nous connaissons aujourd'hui. Nous savons que l'épistémologie recouvre différentes voies d'étude du savoir scientifique : l'épistémologie critique, l'épistémologie constitutive, l'épistémologie historique. L'épistémologie connaît aussi deux grands champs de réflexion : l'épistémologie dite générale et des épistémologies que certains disent « régionales » (nous l'avons rencontré dans celle de la science du soin). Pour notre part, nous sommes dans une problématique d'épistémologie constitutive, puisque notre intérêt se porte sur ce qui est la raison même du soin. Nous n'ignorons cependant pas que les dimensions historiques et critiques sont consubstantielles de toute épistémologie. Il ne s'agit pas d'énoncer le soin « à priori » mais de mettre en lumière ce qui lui est essentiel, et selon ce qui l'a constitué (dimension historique) et ce qui le sur-détermine (dimension critique). Nous-nous référons à une épistémologie générale plutôt que régionale ; particulièrement à celle de G. Bachelard.

Nous précisons notre intention avec le projet de mobiliser une matrice disciplinaire qui nous fournira une structure à laquelle nous puissions nous référer. Matrice au sein de laquelle pourra jouer la démarche philosophique comme moteur de la production conceptuelle et théorique. Cette matrice est en charge de nous fournir des indications sur les objets fondamentaux qui habitent (ou doivent être retrouvés) dans le territoire que nous au-

rons déterminé.

Pour le soin, comme nous l'avons vu, il n'existe pas d'inscription disciplinaire spécifique. Il nous faut donc disposer notre approche de façon à ce qu'elle réponde à quelques caractéristiques déterminantes ; soit en choisissant une matrice (matrice disciplinaire) qui corresponde à notre objet de savoir.

D'une part, les soins infirmiers ont établi que prendre soin d'autrui suppose de dépasser une certaine forme de découpage de l'objet (la personne soignée et sa situation de santé) en autant de savoir particuliers. Ils s'inscrivent dès lors dans une approche paradigmatique distincte, par exemple de celle de la bio-médecine³⁸, rappelons brièvement en quoi consiste cette distinction...

L'évolution de la science médicale a montré la fécondité d'une conception cartésienne (ou plutôt cartésianiste car dépassant largement le cadre de l'œuvre de Descartes) de la connaissance de l'homme. Pour saisir l'anatomie puis la physiologie, il est nécessaire *d'isoler* ces dimensions de la personne au sein de tout ce qui fait sa vie réelle. On constate, à terme, que ce découpage³⁹ repousse au-delà de l'horizon phénoménal du savoir le fait que la personne est aussi constituée à travers son psychisme, sa culture etc. Rappelons que cette césure au sein du réel permet la compréhension de phénomènes déjà très complexes isolément ; c'est une façon d'éclairer un champ de recherche en objectivant une partie du corps. Processus qui ne fait pas l'économie d'une *objectisation* de celui-ci⁴⁰. Incidemment, elle permet

³⁸ Nous utilisons ici la définition donnée de la médecine contemporaine par F. Laplantine qui distingue ainsi les différentes formes de médecine.

³⁹ Ce clivage intervient comme l'avait prévu G Canguilhem (1972). Il est indissociable d'une forme de progrès et pose une difficulté particulière très bien exposée dans un ouvrage collectif autour textes de P. Valery (xxx).

⁴⁰ Cette dynamique est régulièrement remise en cause par la *subjectisation* consistant à re-

l'expérimentation et la mise en place d'un traitement des dysfonctionnements cernés; confirmant ainsi le bien fondé de la démarche expérimentale définie par Claude Bernard, laquelle se fonde plutôt sur des critères et des indicateurs quantitatifs. Elle conduit aussi, de par la rationalité mise en œuvre, à éliminer ce qui est hors de son champ : considérant toute autre condition comme épiphénomènes pris en compte « toutes choses égales par ailleurs »⁴¹. Les conditions ainsi *externalisées* s'expriment plutôt sur le mode qualitatif, mode toujours relativement difficiles d'accès, à une démarche de *science dure*. Elles échappent ainsi, en quelque sorte, au champ de l'analyse biomédicale. L'importance de ces conditions se rappelle à la réalité pour le soin dans la mesure où celui-ci consiste justement à aménager la situation de la personne en vue de son autonomie. D'ailleurs, celui qui étudie exclusivement le corps se trouve dans une situation paradoxale. Il doit porter son attention sur un objet qui n'en est pas vraiment un : le corps participe de quelque chose de plus large, sans lui, il n'y a plus de psychisme (pour autant que l'on sache) ni de relations sociales ; ou bien s'il en est, c'est un objet créé pour et par une abstraction et non un corps vécu. Alors pourtant que pour penser, il *faut être*, selon l'énoncé de Descartes, lequel fonde ce type de démarche (M. Merleau Ponty 1960, p. 38 à 40). Position impossible pour ce qui est du soin dans la mesure où celui-ci ne s'adresse pas seulement à une partie de nous même, serait-elle notre corps ou notre esprit.

Notre matrice disciplinaire de référence ne saurait donc être l'une des sciences opérant un tel découpage. Même si la médecine la plus contemporaine produit des efforts considérables pour élargir son champ d'analyse, la rupture épistémologique en question répartit de façon quasi fonctionnelle les

mettre la personne considérée dans le champ, en tant que sujet. Mais nous parlons ici d'une tendance forte et non d'un constat général.

⁴¹ Nous parlons ici du savoir tel qu'il se manifeste en de nombreuses occasions (articles, ouvrages spécialisés). Il en va autrement en pratique ; la médecine clinique (en particulier la médecine interne et la médecine générale et certaines approches de la psychiatrie) comportent une dimension soignante qui ne saurait être ignorée, même si elle est plus rarement décrite.

champs de compétences des savoirs concernés. Seule une révolution conjointe dans les savoirs de la neurobiologie de la médecine sociale et de la psychiatrie pourraient remettre en question les pratiques qui en découlent ; s'il était possible de prouver une étiologie organique et un mécanisme physiologique à l'exclusion sociale par exemple. C'est d'ailleurs la rupture épistémologique fondamentale qu'ont opérée les théoriciens du soin infirmier (dés 1948 pour H. Peplau, par exemple) ; la prise en compte de la personne dans sa globalité et compte tenu de la relation de soin est au cœur du paradigme mobilisé par les chercheurs depuis cinquante sept ans. Cette limite répond finalement à une phénoménologie de la vie dans la perspective de H. Jonas (1966). Précisément lorsqu'il pense celle-ci comme quelque chose qui ne peut se nier en tant que sujet vivant sans mobiliser une ontologie de l'inerte, et finalement une « ontologie de la mort » qui rend la vie inintelligible. Le soin, de ce point de vue, correspondant plutôt à une « ontologie de la vie » (militante bien souvent), reposant sur l'idée d'un sujet vivant et celle de l'unité de celui-ci.

D'autre part, le soin correspond à une pratique, des techniques (seraient-elles empiriques), à un statut social particulier du soignant (qui permet le contact corporel sans ambiguïté par exemple). Cette importance de l'aspect concret du soin appelle une référence à un champ disciplinaire dont la recherche rencontre une pratique établie avant que de structurer le savoir correspondant. A titre d'exemple, ce n'est pas le cas pour la psychologie qui se dégage de la philosophie (fin du XIX^e) pour, ensuite, développer des applications cliniques.

Nous avons ci-dessus, introduit l'idée que le soin a pour visée l'autonomie (ou plutôt l'automatisation) de la personne dans ses soins personnels, conception partagée par l'ensemble des approches théoriques issues des soins infirmiers. Il y a là un élément partagé par le fait de soigner et celui d'éduquer ; les travaux des chercheurs en soins infirmiers laissent d'ailleurs transparaître une perspective constructiviste (évoquant un lien vis-à-vis des travaux de J. Piaget à bien des égards) qui, quoique non revendiqués, est proche de certaines conceptions de l'éducation.

Nous-nous appuyons sur les Sciences de l'Éducation à titre de « modèle ». Nous y trouvons en effet à la fois une approche globale (et pluridisciplinaire) de l'être humain, une présence importante d'une pratique éducative même en amont de la construction disciplinaire, une approche constructiviste qui est en résonance avec le savoir des soins infirmiers.

Il reste à préciser quelle épistémologie des sciences de l'éducation apporte les éléments de structuration nécessaires et en quoi ceux-ci sont pertinents dans notre travail. Nous-nous référerons ainsi aux travaux de Bernard Charlot; et en particulier à la conception épistémologique qu'il a développé pour les sciences de l'éducation (1993, 1995, 1998). Abordant le problème par la question délicate de d'attribution du qualificatif "science" au savoir en question, B. Charlot propose de ramener le questionnement à la réalité concrète: ce que produisent les recherches en question. Il s'agit alors de définir plus un "programme de recherche", cela en vue de tenir à distance des enjeux idéologiques qui menacent de submerger le champ de réflexion. Il convient donc de penser le questionnement et *l'horizon problématique* du savoir en question; Plus que de travailler l'objet ou la méthode observable. C'est ce que B. Charlot nomme un *front de recherche* et qui repose sur une coupure épistémologique spécifique à la science en question. Situation que nous avons retrouvée dans la science du soin et qui permet d'en comprendre certaines difficultés. Nous sommes là loin des sciences de la nature ou des sciences formelles; mais dans une dynamique qui correspond mieux aux sciences humaines, en particulier à celle de l'éducation, et par la proximité que nous avons explorée plus haut à celle du soin.

-5.1 / L'approche constructiviste

Mener une recherche en sciences de l'éducation est une chose.
Mobiliser l'épistémologie et plus précisément celle du champ en question

en est une autre. Nous avons indiqué que nous-nous situons dans l'orientation générale de B. Charlot, c'est-à-dire dans une épistémologie plutôt ouverte sur la production de recherche qu'une vision formelle de celle-ci. Nous sommes aussi dans un champ particulier; d'une part parce que nous travaillons un savoir relativement nouveau (considérant qu'il s'est vraiment développé après 1948). D'autre part parce que nous sommes dans une démarche réflexive avec les implications qui en découlent. Nous visons la théorie, et non la pratique, nous sommes dans une orientation spéculative et centrée sur l'eidos du soin, et non dans celle d'une construction sur le factuel. Il nous faut donc trouver où se situent ces orientations particulières dans les sciences de l'éducation.

Un long article québécois de 2001, paru dans la revue " Recherche quantitative " (Vol. 32 pages 3-32), écrit par trois chercheurs (Stéphane Martineau, Denis Simard et Clermont Gauthier) nous présente un cadre proche de nos préoccupations. Les auteurs proposent leur réflexion sur les aspects méthodologiques liés aux recherches théoriques et spéculatives en science de l'éducation. Ils caractérisent trois axes essentiels : ceux de l'interprétation, de l'argumentation et du récit⁴².

⁴² Les auteurs disent « le raconter », ce qui à un québécoisisme savoureux à nos oreilles, mais nous semble bien être rattaché à l'idée de récit que nous avons rencontré dans notre fréquentation de l'herméneutique européenne.

Selon le premier axe, ils remarquent que l'écrit (le texte) constitue la source première des énoncés utilisables, suivant ici J. M. Van Der Maren (1995). Ce qui conduit à la seconde caractéristique et à la remarque suivante : ce type de recherche ne correspond pas à une démonstration à partir d'un réel (plus ou moins construit, bien entendu, par le chercheur) lequel est déterminé comme observable et mesurable. Il s'agit plutôt de montrer, voir mettre en scène, peser le pour et le contre, puis faire des choix et les argumenter ; soit, se situer dans la distinction argumentatif/démonstratif. Enfin, la dernière caractéristique renvoie au fait qu'il s'agit d'une "œuvre intellectuelle" dans la description qu'en donne Julie Sclander (1983), soit celle qui comprend une dimension cognitive, visant la connaissance, une dimension discursive qui s'investit intellectuellement dans un énoncé, inscrite dans une œuvre ; S'objectivant dans une construction particulière qui dépasse son auteur (la thèse, ici n'est pas *destinée* à son auteur, mais à la communauté des chercheurs à laquelle il appartient, nous retrouvons là le rôle de la communauté de recherche de B. Charlot). On peut en déduire un schéma fonctionnel particulier :

<i>Données textuelles > Interprétation > Argumentation > Narration</i>

L'interprétation étant une proposition, qui est argumenté (avec une dimension critique) visant à rendre compte de la question sous forme

de problématique; Laquelle se traduit concrètement dans un discours (une narration, un récit particulier).

Les auteurs relèvent la difficulté qu'il y a à documenter la méthode de ce type de recherche (et pas seulement en sciences de l'éducation). Difficulté à laquelle nous-nous sommes aussi confronté. Les ouvrages spécialisés traitant de la méthodologie (les auteurs en ont exploré une quinzaine) sont fort discrets à ce sujet ; ils s'en tiennent souvent à évoquer la recension des écrits avec un chapitre sur l'analyse de texte; Cela sans relier spécifiquement les deux opérations⁴³. Il se trouve que ces deux éléments du projet de recherche sont au cœur de la démarche pour les recherches théoriques et spéculatives. Pour notre part, nous avons étendu l'enquête à la philosophie, pour des questions de pertinence de l'approche que nous employons; nous verrons que la difficulté est tout aussi présente.

Dans ce domaine, les rapports qu'entretiennent le problème et la méthode sont particuliers. En effet, dans la plupart des recherches, ces rapports s'ordonnent de façon séquentielle : posant le problème, le chercheur trouve la méthode adéquate puis, en applique les instruments indiqués. Dans notre type de recherche, les choses ne se

⁴³ Nous faisons un constat similaire avec les ouvrages que nous avons utilisé durant nos différents travaux : G. De Lanssheere (1982), ou R. Quivy & Van Campenhoudt (1995), M. C. Bartholy J.P. Despin & G. Grandpierre (1978) desquels nous avons une pratique qui nous ont accompagnés depuis le cursus du diplôme des Hautes Études.

passaient pas ainsi. Ici, le problème ne surgit qu'en fonction de la façon dont on aborde le réel. Ainsi notre question est construite uniquement lorsque la décision est prise de ne pas s'en tenir à la praxis du soin; ce qui est déjà une démarche méthodologique orientée (la réflexivité est en jeu *dés avant* la formulation du problème). Ce qui a, d'ailleurs, constitué une difficulté : les choses se sont construites dans un vase et vient continue méthode/question durant la première partie de notre travail. Les choix de méthode qui semblaient découler de la question modifiaient sans cesse la question. Réciproquement, la question ouvrait sur une quantité d'options vertigineuses (philosophie analytique ou continentale... Phénoménologie Kantienne stricte, s'en tenir à Hegel ou bien Husserl ou encore assumer la critique de Michel Henri...). C'est les méthodes de travail qui ont fini, en quelque sorte, de clore la question. Pris simplement, tout ceci a l'allure de *difficultés personnelles* avec la démarche de recherche. Au point que cette question constituait une part importante de la conclusion de notre mémoire de Master (comme une découverte naïve de notre part). Mais si l'on prend en compte l'article de Stéphane Martineau, Denis Simard et Clermont Gauthier, il s'agit d'une caractéristique de ce type de recherche. Ils expliquent ainsi une part des difficultés spécifiques de cette catégorie de recherche par l'habitude que nous avons tous de penser les problématiques, tantôt dans une perspective objectiviste (cherchant à identifier des lois à partir

de régularités identifiables) ; tantôt sur des positions subjectivistes (une compréhension du phénomène qui s'épuiserait dans l'élucidation des représentations et des significations des agents/sujets). Mais ces deux positions, quoique très fréquentées et souvent jugées antinomiques, ne résolvent pas tout. Le sens ne réside pas uniquement dans l'objet, pas plus qu'il n'habite seulement dans le sujet (ou l'idée qu'il se fait, comment il la fantasme, et sa projection sur l'objet). Tout cela, en évacuant fréquemment l'historicité de l'objet comme celle du sujet ; "fixant", par là la problématique sur le mode de la tragédie classique (un lieu, un temps, une action).

Mais, la question du sens n'est pas ainsi délimité ; en la matière, l'objet évolue et sa situation est différemment appréciée par les sujets qui ont affaire à lui. Ainsi, un agir ou un savoir, comme nous le verrons, se présente parfois sous des aspects si déroutant qu'il est difficile d'en dégager ce qui fait unité en son sein. Dès lors, il devient illusoire de s'en tenir à l'une ou l'autre position de façon dogmatique et il devient nécessaire de faire rupture avec nos cadres de pensée. C'est bien un type de problème qui se pose en sciences de l'éducation, et cela à chaque fois que l'on se penche sur un savoir que ce soit pour le caractériser, d'en envisager la transmission ou sa pérennité.

C'est justement à ce nœud de la signification que prend place un

projet de recherche théorique et spéculative. Nous allons envisager cette démarche sous deux aspects essentiels: la question du savoir à mettre en œuvre (pourquoi, au nom de quoi ?) et la question de la méthode que l'on peut construire à partir de ce choix. Nous rattachant ainsi à la catégorie de recherche proposée par les trois auteurs : la recherche théorique et spéculative. Quand aux différents aspects méthodologiques nous-nous appuierons sur l'introduction qui est présentée par les auteurs de l'article ; bien entendu en développant particulièrement ce qui tient à notre approche théorique spécifique.

-5.2 / La voie phénoménologique

Pour résumer notre champ théorique nous devons borner notre champ de recherche en explicitant le projet et sa perspective :

1/ Cerner l'objet en question en isolant les surdéterminations de celui-ci en vue de le réduire à ce qu'il est comme phénomène en observant et analysant ce que l'on peut en trouver.

2/ Pour se donner les moyens de reconstruire un concept de l'objet de l'étude «en soit », non plus produit par sa surdétermination, mais par l'étude du phénomène : Soit, constituer un noumène du soin.

Nous disposons d'une notion empirique du soin, laquelle relève d'une approche sensible et, finalement, aussi du sens commun. Situation paradoxale que celle qui nous conduit à désigner un objet de recherche par un terme empirique que l'on entend critiquer (au sens kantien du terme). Pour réduire le paradoxe (symptôme qu'il y a difficulté à entrer dans la démarche de recherche) nous construirons une idée intermédiaire (un pré-concept, en quelques sortes) qui pose la démarche sur une base plus ferme. Éviter toute

surdétermination du soin à priori, que ce soit par un discours savant ou par le sens commun, c'est, pour commencer, en donner une désignation la plus neutre possible vis-à-vis de ce que nous avons rencontré dans notre exploration. Soit, se donner le moyen de s'occuper du phénomène et de rien d'autre que de celui-ci.

Pour décrire primitivement le phénomène soin, nous dirons qu'il s'agit d'un silène, objet décrit par François Rabelais dans le préambule à Gargantua⁴⁴;

“Silenes estoient jadis petites boîtes, telles que voyons de present es boutiques des apothecaires, pinctes au-dessus de figures joyeuses

et frivoles,

comme de har-

pies, satyres,

oysons bridez,

lievres cornuz,

canes bastées,

boucqs volans,

cerfz limon-

niers et aultres

telles pinctures

contrefaictes à

plaisir pour exciter le monde à rire (quel fut Silene, maistre du bon

Bacchus); mais au-dedans l'on reservoit les fines drogues comme

baulme, ambre gris, amomon, musc, zivette, pierreries et aultres

choses precieuses.. »



Illustration 1: Silènes de l'apothicaiererie de l'hôpital Saint Antoine de Bazas (Gironde) Bleu de Delphé XVIé

« Qui étaient, jadis de petites boîtes telles que celles que nous voyons à présent chez les apothicaires; peintes de figures joyeuses et frivoles / ... / et contrefaites à plaisir pour faire rire le monde (comme Silène, maître du Dieu Bacchus). Mais dans lesquels on réserve les drogues les plus fines /.../ et autres choses précieuses. »

(Transcription Libre).

⁴⁴ - Nous utilisons ici les éditions complètes de l'œuvre de F. Rabelais dans l'édition de P. Jourda [Tome 1, "prologue" p.5] Publié chez Garnier frères, Paris 1962.

Rabelais utilise cette image pour décrire son œuvre: couverte de « figures plaisantes »; mais où le lecteur doit débusquer le savoir (philosophique) en soulevant le couvercle ; on se souvient qu'il parle plus loin se « substantifique moelle ». La notion de soin que nous avons jusqu'à présent délimité est comme le silène de Rabelais: Nous savons qu'il existe quelque chose, nous savons qu'il est écrit *soin* sur « l'étiquette »; nous avons l'intuition d'un contenu, mais il est impossible de deviner la *qualité* de celui-ci. Notre perspective est de savoir s'il existe "une céleste et appréciable drogue" (une essence) dans le silène qui porte la mention "soins", cela par delà les "figures" peintes sur le silène; celles-ci représentant les interprétations particulières que nous pouvons trouver, aussi bien que la notion de sens commun.

Le silène, pour notre projet, a une particularité intéressante; il n'a pas de forme, de couleur, d'étiquette déterminé : il est neutre quant à ce qu'il recouvre et comment ce contenu est organisé. On sait en revanche où il réside (la pharmacie chez Rabelais, l'hôpital dans notre cas). On sait aussi le situer dans le temps, que ce soit à la Renaissance ou dans notre époque. C'est dire que les contingences élémentaires (espace et temps) sont définies sans préjuger de ce qu'est réellement le silène.

Le concept de silène va nous aider à décentrer notre regard dans la mesure où il permet de traiter de ce qui nous préoccupe comme objet (de recherche) et non plus en comme idée (préconçue, sans doute, chez l'infirmier que nous sommes) du soin. Le silène nous donne un premier concept du soin, lequel portera un questionnement et non plus un savoir construit bien avant la recherche. Nous l'utiliserons comme substitut propre à revisiter, de façon construite la problématisation du soin que nous avons établi.

-5.3 / Problématiser le soin

Le silène, comme premier concept du soin demande à être étayé ; un concept ne reste qu'une notion s'il ne dispose par d'un appareil critique éclairant ce qui justifie son utilisation. Il ne se distingue de la fiction littéraire ou de la licence poétique que s'il est une occasion de débusquer une réalité au-delà du constat empirique.

Le silène porte donc une étiquette qui n'est qu'une notion empirique, c'est-à-dire l'ensemble des conceptions de sens commun (plus ou moins étayées par des descriptions savantes) de son contenu, voire de certains fragments de celui-ci. Mais, finalement, peu de choses qui permette d'en donner une description raisonnée. Ceci nous rappelle que la notion de soin (telle que nous l'avons délimitée sommairement) masque quelque chose de beaucoup plus vaste, fait établi par les constats que nous avons tirés des différentes lectures du soin que nous avons pus trouver. Rappelons ainsi que l'on ne peut pas confondre les soins infirmiers et les soins esthétiques, pas plus que le *guérissage*⁴⁵ et la médecine ; comme on ne peut ramener toute éducation à l'apprentissage de règles formelles. On ne peut, non plus, ignorer que toutes ces activités portent sur un « territoire » très proche, qu'elles partagent quelque chose d'un objet et/ou d'un champ commun. Le silène est consistant; il ne s'agit pas d'une fiction commode permettant de regrouper des choses collectées au hasard de leur rencontre (un vide poche, en quelque sorte).

Tout nous indique donc que le soin peut être individualisé des différentes situations de soin et qu'il présente une généralité qui permet de le cerner comme objet d'étude. C'est un phénomène global qui reste masqué derrière des surdéterminations.

⁴⁵ Nous entendons ici par *guérissage* toute démarche, toute technique qui tend à guérir un trouble quelconque sans se référer à la biomédecine, ses formes fondamentales de la maladie et de la guérison (F. Laplantine 1995) et/ou son approche paradigmatique et méthodologique.

Le soin, ne porte pas une réflexion spécifique. Alors qu'il existe une agronomie pour l'agriculture, un management pour l'encadrement, par exemple; le soin ne fait pas l'objet d'une « soingnologie »⁴⁶. Il est d'ailleurs fort rare de trouver un mot francique (soin, de *sunnjôn*, soigner, apparu en 1350 avec ce sens) accolé à un suffixe grec (*logos*, parole ou discours). Cette formulation nous dit d'elle-même qu'il n'existe pas de tradition d'un savoir construit sur le soin en lui-même. Ce qui ne signifie pas, bien entendu, que l'on ne peut penser le soin, mais plutôt que cela passe par une entreprise de type fondamental (fondatrice de quelque chose). L'objet de ce questionnement est plutôt le soin dans sa dimension générale, avant que sa définition lexicale ne soit complétée par un autre mot (maternel, infirmier, esthétique etc.). Puisque nous voyons que le soin dépasse les occurrences de celui-ci, il comporte quelque chose de général (soit de non particulier); nous désignerons cet objet particulier sous le terme de *soin général*. C'est à partir du soin général que nous envisagerons la question particulière du soin infirmier ; posant, à priori, que si nous disposons d'une raison et de la cause finale du soin générale, nous pourrions revisiter la question du soin infirmier sur une base épistémologique plus établie. Et ainsi partir à la lecture de celui-ci en temps que champ particulier du soin.

Nous ajoutons donc la mention « soin général » à l'étiquette de notre silène. Première étape de la construction de notre objet c'est le soin général qui constituera la visée d'une essence dans le projet de rendre raison de celle-ci. Le soin est donc problématique en tant que objet potentiel d'un savoir fondamental spécifique visant à développer une épistémologie constitutive d'une théorie du soin général.

L'approche théorique du soin général

Le soin général doit pouvoir être éclairé (comme les autres actions hu-

⁴⁶ Pour être plus précis, signalons la tentative de M. Nadot qui propose la fondation d'une médiologie soignante en empruntant le chemin tracé par R. Debray. Cependant il passe, pour cette élaboration, par une réfutation des soins infirmiers et, à ce titre, pose question. En effet, si une des formes les plus repérable du soin est réfutée, il devient impossible de revendiquer une logique s'appliquant à tout le soin (tentative qui n'est pas celle de M. Nadot, précisons-le).

maines) par une approche fondamentale sur lui-même ; laquelle consistera en une réflexion théorique centrée sur le soin en général et dans la démarche d'expliquer le soin lui-même et d'éclairer une de ses occurrences : c'est la perspective d'une *théorie du soin général*. L'expression *soin général* s'entendant comme la décision de prendre comme champ d'investigation la généralité même du phénomène soin ; à situer le questionnement, non plus dans l'exercice d'un soin déterminé ou dans celle de la description de quelque forme de soin ; mais d'aller à la racine même du soin en tant que phénomène identifié. L'expression *soin général* indique, pour l'instant, une démarche particulière vis à vis du soin et que le projet vise à produire tout d'abord un *concept* du soin général. Ce concept est à distinguer des *conceptions du soin* que nous retrouvons à travers les champs d'exercice du soin ; nous faisons ainsi coupure, notamment, vis à vis du savoir des soins infirmiers qui repose, lui, sur *des conceptions* du soin⁴⁷. Coupure qui se justifie dans l'impossibilité constatée du savoir rencontré à éclairer ses bases épistémologiques.

La nouvelle étiquette de notre silène appelle une précision. Celle tient à la différence entre, d'une part, une *théorie générale du soin* ; savoir qui prétendrait se généraliser à toutes les occurrences de celui-ci ; puis tenterait d'interpréter toutes les pratiques par une grille de lecture unique. Et, d'autre part, une *théorie du soin général* qui vise à cerner un objet soin repéré dans la pratique en tant qu'il se présente et se construit « en lui-même » : comme phénomène au sens Kantien. Nous sommes, ici, dans la seconde approche. Cette prise de position influence de façon déterminante notre plan de travail. Nous partons d'un constat d'observation très concret, ici traduit dans l'introduction par l'histoire de Martial ; nous avons mené une exploration la plus systématique possible de ce qui concerne notre objet de recherche afin de problématiser la question initiale. Nous passerons par une élaboration théorique destinée à rendre compte de cette réalité, celle-ci étant dans le champ

⁴⁷ C'est en tout cas l'affirmation la plus souvent rencontrée dans les ouvrages et les articles issus de cette approche. Il suffit de prendre les nombreuses revues professionnelles pour constater que l'appel à une « conception du soin » est un préalable quasi constant à toute réflexion sur le sujet.

de la philosophie. Puis nous confronterons cette élaboration à un ensemble de donnée cohérent du soin tel que nous le rencontrons en pratique clinique. La dernière étape consistant à envisager la transmission du savoir produit du point de vue programmatique et pédagogique..

Nous sommes donc bien dans une interrogation de type philosophique qui envisage de questionner l'ontologie sous-jacente au soin, la construction de celui-ci donnée par la réflexion, la mise en rapport du soin avec l'univers des idées.

Ce qui se résume dans l'hypothèse qu'il est possible de théoriser le soin général dans une démarche philosophique.

Le projet est donc de produire les éléments d'une théorie du soin général, dans la perspective de se séparer du sens commun ainsi que des lectures contingentes du soin.

L'application de la philosophie au silène induit le projet d'aller à ce qui fait racine en celui-ci. Des questions plus radicales comme: pourquoi y a-t-il *quelque chose* plutôt que *rien*? Comment survient le silène? Comment se construit-il ? Quel est le sens de celui-ci dans ce qui l'environne? Comment et pourquoi persévère-t-il ? Peuvent alors être abordées, être posées de façon construite. Sans que nous ayons la prétention d'épuiser ici ces questions, le passage de l'étiquette de sens commun à celle que nous avons définie *ouvre le champ* du questionnement ; posant le soin en tant que objet philosophique.

-5.4 / La voie phénoménologique

Une *théorie du soin général* doit (au minimum) viser quelques caractéristiques essentielles.

- Elle doit déterminer les éléments *essentiels* du soin à partir d'un *champ* déterminé, permettant de déplacer l'observation et l'analyse *au-delà* des surdéterminations de celui-ci.
- Donner une lecture du soin dans une *perspective idéale* ; considérant que celui-ci ne fait pas l'objet d'une connaissance immédiate et certaine.
- Fournir un appareil critique des différentes structurations sociales et culturelles que l'on peut trouver autour du soin général.
- Elle doit cerner le soin et élaborer ce qu'il en est comme chose en soi c'est-à-dire en fonction d'une loi inconditionnée par la contingence de sa réalisation.
- Elle doit permettre d'interpréter les données cliniques du soin; mais aussi doit rendre compte des théorisations développées à partir de l'observation et de la pratique.

En revanche, elle doit être dotée de limites qui tiennent à la définition précise du champ. Il est en effet possible de développer par ce biais une théorie *totalisante*, une sorte d'*anthropologie pratique générale* qui viendrait envahir tous les champs de la relation inter-humaine ; de là, interpréter chaque interaction à la lumière du soin (éducation, médecine, action sociale, psychologie, culture etc.). C'est le risque de la *théorie générale du soin* que nous évoquions plus haut.

Le projet doit s'appuyer sur la faculté de juger et non sur une description de telle ou telle pratique (tâche plutôt ethnographique et qui est réalisée par ailleurs par d'autres auteurs) afin d'en donner une lecture raisonnée. Il s'agit de tendre vers une connaissance du réel dans sa généralité et à travers l'apparence (ou l'accident) que constitue chacun des exercices du soin. Lecture raisonnée, car elle tendra à identifier un principe d'explication permettant de comprendre l'apparition du soin et sa persistance.

Il y a difficulté dans la mesure où, nous l'avons vu, le soin est chargé d'éléments à son propos mais extérieurs à lui-même. Chargé, d'une part, d'une lecture empirique (fortement émotionnelle : le soin nous touche sur le plan corporel et affectif). D'autre part, investi de logiques contingentes à son exercice. Les métiers du soin ont développé, nous l'avons montré, des lectures *savantes* et des expertises particulières qui viennent tirer l'approche théorique vers telle ou telle pratique. Toute coupure épistémologique passe par une mise en cause radicale de ces liens.

Une approche théorique du soin général doit reposer sur une rupture épistémologique ramenant celui-ci à sa généralité même et au-delà des contingences qui le déterminent, comme autant de rationalités qui tendent à le structurer en pratiques particulières.

Il est finalement question de retourner au soin *en lui-même* et de développer une nouvelle lecture de celui-ci ; ce qui consiste à suspendre ses sur-déterminations. Cela en variant les points d'observation et en donnant une lecture critique de ce que nous pouvons rencontrer. On se référera, pour ce faire, à l'analyse que donne Maurice Merleau-Ponty (1960) des rapports entre la philosophie et les sciences sociales; ainsi qu'en nous reportant autant que de nécessaire à ses résumés de cours (1968) et à ses notes de travail (1964). Rappelons que c'est dans une perspective proche qu'Yves Thiébaud (1994) a étudié les notions de *soin* et de *personne*, utilisant l'approche phénoménologique (dans une orientation heideggerienne) pour travailler ses concepts.

Un second temps consiste en une tâche plus spécifiquement d'épistémologique constitutive dans la perspective de poser les éléments théoriques indispensables. Notre travail ne peut, en effet, se réduire à une réduction radicale ramenant le phénomène à ce qu'il est immédiatement. Ce temps, fondateur de la démarche, est l'occasion d'une construction nouvelle de savoir. Ceci, sachant que ce travail ne consiste pas, alors, à déterminer des *objets de pensée*, mais à circonscrire un domaine à penser; lequel n'existe pas encore, justement du fait que nous n'y avons pas encore pensé (M. Merleau Ponty, 1962,

p.260). La tâche est *fondamentalement épistémologique* dans la mesure où il ne s'agit pas tant de réunir une collection d'objets de type scientifiques (une série de concepts). Mais de trouver et décrire un domaine épistémologique (un champ en relation avec un objet) au sein duquel la pensée du soin pourra se développer.

La question méthodologique

En faisant le projet de lire le soin à partir d'une réflexion sur celui-ci de nature philosophique, nous éprouvons une difficulté : il n'existe pas une méthodologie générale qui nous donnerait des grilles de lecture, des critères et des indicateurs précis. Par exemple, en se situant dans le champ de la sociologie et pour étudier un établissement de soins, nous pourrions investir la sociologie des organisations ; dans les perspectives de M. Crozier et E. Friedberg (1977). Dès lors nous pourrions trouver des méthodes de travail et des outils de recherche très concrets, par exemple chez F. Piotet et R ; Sainsaulieu dans leur « Méthodes pour une sociologie de l'entreprise » (1994). Il n'en va pas de même avec la perspective philosophique. Il nous appartient donc de préciser comment nous entendons appliquer ce que nous avons exposé à l'objet soin, tout d'abord comment celui-ci peut être pris comme phénomène.

Le phénomène comme concept central

Fixant la problématique, comme nous l'avons fait plus haut, en posant le soin comme phénomène, nous sommes dans une dynamique particulière. Il s'agit de sortir à la foi de l'empirisme du sens commun et de mettre entre parenthèses les discours savants sur le sujet. Ce faisant nous avons mis le concept de phénomène au centre de notre analyse ; mais un concept central, même défini comme nous l'avons fait ne peut décrire à lui seul une réalité : il n'épuise pas le réel. Il nous faut aussi donner un appareil conceptuel plus complet (une théorie de la connaissance) qui permette d'étudier le soin au-delà de notre concept central. La méthodologie à mettre en œuvre, les élé-

ments à rechercher, les mécanismes à élucider, découlant de cette théorie.

Puisque nous avons compris que le soin était surdéterminé par des ensembles contingents à la condition dans laquelle nous pouvons l'observer, nous devons trouver ce qui permet la mise à distance de ces contingences. C'est une tâche que l'on peut mettre en rapport avec le projet de E. Husserl de développer une théorie de la connaissance au service de la science. Rappelons que la phénoménologie Husserlienne est à la base de l'approche de M. Merleau-Ponty qui représente le socle de notre approche théorique.

La phénoménologie comme cadre conceptuel

E. Husserl, fondateur de la phénoménologie, propose une auto-connaissance de nos actes de conscience, comme source d'un savoir rigoureux possible. Partant de l'élucidation des vécus subjectifs, Husserl nous donne une voie pour découvrir les rapports entre deux sphères d'objectivité: celle des choses et celle des relations formelles. S'il n'est pas question ici de reprendre la totalité de l'approche de E. Husserl, nous allons examiner l'appareil conceptuel en question en vue de le mobiliser sur notre champ de recherche; notre analyse des concepts se référant aussi à celle de Maurice Merleau Ponty ainsi qu'aux évolutions proposées par T. Dessanti ou P. Guenancia dans la phénoménologie actuelle.

Un phénomène est ce qui se manifeste à notre conscience, que ce soit ou non par l'intermédiaire des sens. Dans une perspective philosophie (et selon le sens Kantien), c'est tout ce qui peut être objet d'expérience sensible, qui apparaît dans l'espace et le temps (par opposition au noumène, objet de la raison comme réalité intelligible). La phénoménologie se propose, par la description des choses en elles-mêmes, c'est-à-dire en dehors de toute construction, de découvrir les structures transcendantes de la conscience. Par extension, le terme s'étend à une forme de recherche philosophique particulière.

La démarche phénoménologique repose sur trois concepts fondamentaux: l'intentionnalité, l'intuition et l'essence.

L'intentionnalité

L'intentionnalité désigne la visée d'un objet par la conscience ; ce qui caractérise celle-ci comme quelque chose de *tendu vers* un objet (qu'il s'agisse d'une idée ou d'un être). Déjà présente chez Brentano, l'intentionnalité est interprétée par Husserl comme conscience active, en rupture avec une conception statique de la conscience; celle-ci étant pour lui caractéristique d'un psychologisme qu'il entend dépasser. Il distingue des modalités de l'intentionnalité. La modalité *perceptive* correspond à tout ce que je perçois: son, image... et tel que je le perçois. La modalité *Significative* correspond, par exemple au souvenir que j'ai de l'objet. La modalité *Législative* est la modalité du jugement que je porte, par exemple l'idée que l'objet visé est utile ou non utile (en situation).

L'intuition

Il s'agit d'une classe particulière d'acte intentionnel, celui qui me donne accès à la chose *en elle-même*. « Toute intuition donatrice originaire est source de droit pour la connaissance » (E. Husserl 1950 p. 78). L'intuition concerne les données de la perception, mais aussi les données d'essence.

Le factuel

Le fait, c'est-à-dire ce qui est factuel, est déterminé par des conditions situées dans l'espace et dans le temps. Ce qui est factuel se prête à une description, précisément parce que les traits non factuels de chaque être individuel sont particuliers (non partagés). Le factuel est tout ce qui pourrait être différent, concernant l'être considéré ; et cela selon un lieu ou un temps différent. Le factuel s'oppose donc à ce qui constitue sa contrepartie (qui permet son existence): l'essence.

L'essence

Du point de vue phénoménologique, l'essence est comme le verso du fait. Verso en ce sens qu'elle est inséparable de son recto, verso dans la mesure où ce n'est pas elle qui est immédiatement apparente. Il s'agit de tout ce qui ne varie pas selon l'espace et le temps ; de l'endroit où est situé l'objet à un moment donné. Lorsque nous le rencontrons. « L'être individuel, sous toutes ses formes, est, d'un mot très général, contingent » (E. Husserl 1950, p.16) Tel il est, il pourrait être autre, justement en vertu de son essence. Il y a donc un lien fort entre le factuel et l'essence. Toutes les configurations factuelles ne sont pas possibles ; si je pense, par exemple au bâtiment de l'institut de sciences de l'éducation, son essence suppose l'existence d'un toit et de murs. Cela quel que soit l'endroit du campus ou je l'imagine construit ; nous dirons, pour schématiser, qu'il est de l'ordre de l'essence du bâtiment d'avoir des murs et d'être couvert. En revanche, le bâtiment en question ne peut pas être hors d'un temps et d'un espace déterminé, il n'y a pas de bâtiment de l'institut hors du temps. Rappelons aussi qu'il ne peut être, par exemple avant d'être bâti; ni qu'il ne peut être au-delà d'un espace déterminé: sur le soleil, par exemple.

Le lien, entre l'ordre des faits et les essences, est déterminant pour le développement de toute connaissance. C'est ce qui permet de dire *quoi* relie le particulier au général; et à l'intérieur même de celui-ci, les rapports de nécessité : ce qui est nécessaire (essentiel) et ce qui est anecdotique (le factuel).

L'attitude naturelle

La méthode phénoménologique débute au niveau de notre perception la plus banale. Notre *attitude naturelle* nous donne une *thèse générale du monde* ; il s'agit de la façon dont nous prenons habituellement les choses, telles qu'elles nous apparaissent. « La réalité, ce mot le dit déjà assez, je la découvre comme existant et je l'accueille comme elle se donne à moi, également comme existant » (E. Husserl 1950, p. 95). Nous devons, tout d'abord accepter la thèse générale du monde et prendre conscience de notre attitude naturelle.

L'attitude naturelle est finalement le plan où se situent les sciences et là où prends pied la phénoménologie. Celle-ci se donnant, à partir de là, le projet d'accéder au sens du vrai, c'est à dire ce qui est conforme aux nécessités d'essence. Elle tend vers une *altération radicale* de l'attitude naturelle (E. Husserl, Op. Cit. p. 96). Radicale, car elle consistera en une suspension de tout jugement sur le monde. La phénoménologie cherche un accès à l'essence et à se dégager du factuel ; serait-il un incident d'un discours scientifique. Cette suspension est l'épochè, moment caractéristique de la phénoménologie.

l'épochè

La réduction consiste à écarter (consciemment) tout ce qui n'intéresse pas strictement le champ que nous visons. D'éclairer, par une démarche critique, ce qui se joue partout autour de notre visée: c'est une réduction à l'immanence. Imaginons une scène de spectacle, au moment de l'entrée de l'artiste. Les lumières de la salle s'éteignent, le projecteur de poursuite s'allume sur le point central de la scène: là où se tient l'artiste; il s'agit, pour l'éclairagiste de centrer l'attention du public sur ce qu'il est venu voir (sa visée en venant au spectacle). La réduction, par analogie, procède ainsi: elle focalise notre *attention* sur l'objet de notre *intention*. Par l'épochè, le monde n'est plus simplement *existant*, mais *phénomène d'existence*.

Quel que soit le phénomène considéré, celui-ci est pris dans la thèse générale du monde que nous avons spontanément. La phénoménologie cherche à *détisser* la thèse générale. L'expérience ne nous fournissant que du « contingent mêlé de singulier » selon l'expression de J.F. Lyotard (1995, p.11); elle ne peut, à ce titre être comprise par une approche empirique. Du point de vue de notre visée de recherche, nous comprenons pourquoi une lecture empirique du soin ne peut rendre raison de celui-ci. Le factuel vient occulter l'essence, jusqu'à nous faire croire à l'absence de celle-ci. Il ne suffit donc pas de collecter les observations, d'épuiser toutes les occurrences factuelles de l'objet pour accéder à celui-ci, en tout cas au phénomène en lui-même.

C'est uniquement si nous varions, par l'imagination si besoin, le point de vue sur l'objet, si nous modifions l'angle de notre visée que nous pouvons entrevoir autre chose que le factuel. C'est à ce prix que nous pouvons avancer vers l'épochè. Les limites des variations imaginatives (là et quand le bâtiment de l'institut universitaire de notre exemple ne saurait être) nous donnent des repères précis sur ce qui est de l'ordre des faits et de l'ordre de l'essence. En épuisant les variations l'objet visé est réduit à ce qui ne peut varier: ce qui est de son eidos (l'essence du phénomène telle qu'il a été réduit par l'épochè). L'eidos est défini comme un *pur-possible* mais qui est antérieur au réel lui-même; c'est, finalement, parce que le *réel* est l'objet de tout savoir empirique, que ceux-ci ne peuvent accéder à l'eidos.

- **Phénoménologie du soin**

/1 / Approche méthodologique

Une phénoménologie du soin procédera donc :

- Par variation des données factuelles, reconnaissant l'attitude naturelle de chacun d'entre nous et en identifiant la thèse générale du monde que nous avons. Par variation dans le temps de l'objet visé. Par variation dans l'espace de la situation de celui-ci.
- Par réduction de tout savoir antérieur à la visée de l'objet (en tant que intentionnalité significative) qui se tisserait avec l'objet dans la thèse que nous en avons.

Revenant à notre projet de recherche, nous envisageons de procéder à ces variations en examinant ce qui entoure le soin à différents moments, et là où nous pouvons l'identifier de façon claire; ce faisant en variant les espaces où se joue quelque chose du soin (son environnement immédiat). C'est en nous intéressant à la dimension historique du soin que nous pouvons avancer à la recherche des conditions successives qu'à rencontré le soin; quelles altérations il a supporté, quelles évolutions peuvent être identifiées. En identifiant ce qui varie dans la notion de soin, nous serons en mesure de réduire le factuel qui s'attache à celui-ci. Nous sommes donc, dans un premier temps, dans une dimension d'épistémologie historique. La réduction en elle-même doit être menée par une déconstruction des savoirs accumulés atours de la thèse générale du soin; nous confions cette déconstruction à une lecture critique des données historiques de la constitution des sa-

voirs en question. C'est-à-dire liée à l'épistémologie critique du soin.

Il reste que cette pensée du soin, ne peut rester « en suspend » comme époque parfaite (mythique pour une grande part), hors du monde. La recherche de l'eidos du soin vise ici à mobiliser celui-ci, en toute connaissance de cause, pour construire une connaissance renouvelée du phénomène. La démarche est théorique, elle vise à passer, méthodiquement, le soin du statut de phénomène à celui d'objet de savoir (une forme de *nouménisation* du soin). C'est en examinant l'eidos du soin, tel qu'il résulte de la réduction, que nous serons en mesure de travailler une théorie : soit, faire fonctionner des concepts dans un appareil conceptuel, définir des lois de fonctionnement de l'objet-soin dans son champ; et finalement établir des prévisions sur son devenir « en situation ». Ce troisième mouvement nous situe dans l'épistémologie constructive de la théorie du soin général.

Cette construction théorique ne peut surgir spontanément de l'identification de l'eidos. Elle nécessite la mobilisation d'idées, plus générales que le phénomène lui-même, et leur mise en rapport avec celui-ci⁴⁸. Ces idées venant construire des hypothèses quant à son fonctionnement. Puisque nous aurons déconstruit l'hypothèse générale du soin, nous devons construire une nouvelle hypothèse : une théorie (une nouvelle hypothèse), savoir spécifique à l'eidos que nous aurons identifié; nous avons dit une théorie du soin général : le soin, dans sa généralité, pris comme objet de savoir et non plus selon la thèse générale du soin. C'est seulement alors qu'il sera possible de comparer une réalité clinique à la prévision pour évaluer la construction théorique produite.

Pour ce qui est de la confrontation de notre élaboration théorique à la réalité, nous utiliserons le terrain des soins infirmiers, d'une part pour décliner l'appareil conceptuel, et d'autre part pour le faire fonctionner « en situation ». Le choix de ce terrain est, bien entendu lié à notre expérience profes-

⁴⁸ Nous suivons ici, bien entendu, Maurice Merleau Ponty dans les recommandations formulées notamment dans la première partie de « phénoménologie de la perception ».

sionnelle ; sachant qu'il s'agit là d'un réel identifié et clairement constitué comme champ d'observation.

La dernière étape consistera à envisager l'insertion des connaissances en question dans les dispositifs de formation. Du point de vue de l'organisation des programmes (où cela trouve-t-il sa place?). Puis en envisageant la forme pédagogique que doit prendre cet enseignement. Il s'agira, en particulier de considérer la délicate question de l'enseignement théorique face à celui des techniques de soin.

Le soin face aux concepts

La première tâche est d'identifier ce qui répond, dans le soin, aux concepts fondamentaux que nous avons explicité plus haut. L'intentionnalité réside dans le fait que le soin est quelque chose de désigné même dans le langage courant : il ne s'agit pas d'une élaboration issue de notre réflexion (un concept donné par le chercheur). Il se manifeste par sa présence spontanée, sensible ; à la différence, par exemple de l'appareil psychique telle qu'il est postulé par S. Freud. Il y a là une dynamique humaine qui, nous le verrons, fait évoluer l'idée de soin, cela bien avant que nous-nous penchions sur celle-ci comme objet de recherche.

Nous percevons tous quelque chose du soin (modalité perceptive), le mot même a bien un sens (modalité significative), nous portons des jugements sur le soin, de son utilité dans une circonstance donnée par exemple : « il faut que je me fasse soigner » (modalité législative). Nous avons une intuition du soin, nous devons d'ailleurs montrer comment et en quoi le soin émerge et à quoi cette intuition peut être rattachée

Au niveau factuel, le soin est aussi un processus ; un soin particulier est toujours délimité dans le temps, il est toujours inscrit dans un contexte : l'hôpital, l'asile, le cabinet sont autant de lieux de soins. Nous devons donc cerner des éléments factuels, considérer des *événements soin* (différents *soins là, ici et maintenant*) délimités pour examiner en quoi consiste le fac-

tuel.

Nous postulons, implicitement que le soin possède un éidos et nous faisons le projet de le dégager à travers la réduction du soin, en dépassant le factuel qui influe notre thèse générale de celui-ci. C'est à dire partir d'expériences du soin, ciblées et cernées avec précision, pour analyser les variations de présentation du soin dans chacune d'elles. Cela pour ensuite réduire ce qui est constant dans l'ensemble des situations retenues. Le tout dans l'idée que nous pouvons procéder par saturation : Partant d'une première situation, et en relavant des paramètres déterminés, nous examinerons une seconde situation, puis une troisième etc. A chaque nouvelle situation du soin, nous comparerons celle-ci à l'ensemble des invariants des situations précédemment relevées. Au fil des examens, des éléments ne subiront plus de variations significatives : le noyau de celle-ci nous donnant une description de l'eidos du soin. Il reste alors à formuler un appareil conceptuel rendant compte de ce noyau de description.

Cette démarche peut, bien entendu s'appliquer à des observations cliniques, former ainsi une description réduite (au sens d'épochè) du soin que nous pouvons rencontrer dans notre environnement. Il est ainsi possible d'examiner les soins maternels, les soins capillaires, les soins infirmiers ... tour à tour en vue, à terme, de disposer d'une cartographie précise du soin aujourd'hui pratiqué. Cette démarche tend toutefois à inscrire le soin observé dans un temps précis : la période contemporaine. Ce qui entre en conflit avec le projet de suspendre le factuel du soin pris comme phénomène, en laissant aussi la temporalité de côté. Nous devons plutôt, comme nous l'avons indiqué plus haut, nous orienter vers les différents soins que nous pouvons identifier au long de l'histoire de celui-ci. Alors, nous pourrions rencontrer des situations où le soin est confronté à différentes structurations selon à la fois, le lieu où il est inscrit, mais aussi selon le temps où il se déploie. Ainsi nous pouvons entrevoir comment, à partir de la méthode de travail que nous venons de décrire comment notre recherche s'inscrit dans la triple perspective donnée par P. Ricœur. La dimension réflexive Réside dans la volonté de se donner une *puissance d'agir* à la réflexion sur le soin ;

puissance *embarrassée* des surdéterminations du soin (savoir, pratiques, idéologies). Cela en s'appuyant sur le fait même de situer le questionnement dans le champ philosophique.

La phénoménologie nous ouvre donc ici à une exploration rationnelle du soin. C'est l'ambition de retourner *aux choses mêmes*, à l'expérience la plus dépouillée de ce qui la construit ; prendre en compte que la conscience que nous avons du soin est *conscience de...* dans la perspective de E. Husserl. Laquelle débouche sur l'occasion de remettre en cause la prétention éventuelle de dénier toute présupposition. Nous le verrons, le soin a toujours supporté des surdéterminations souvent en relation avec les conditions où il s'exerce. Il s'agit de prendre en compte ces données sans adhérer à l'une d'entre-elles ; de refuser, à priori, les affirmations unilatérales : le soin n'est pas qu'une affaire de charité, d'institution, d'exécution de tâches prescrites. La dimension herméneutique vise à prendre en compte *les* réalités du soin, et à rendre compte du soin général.

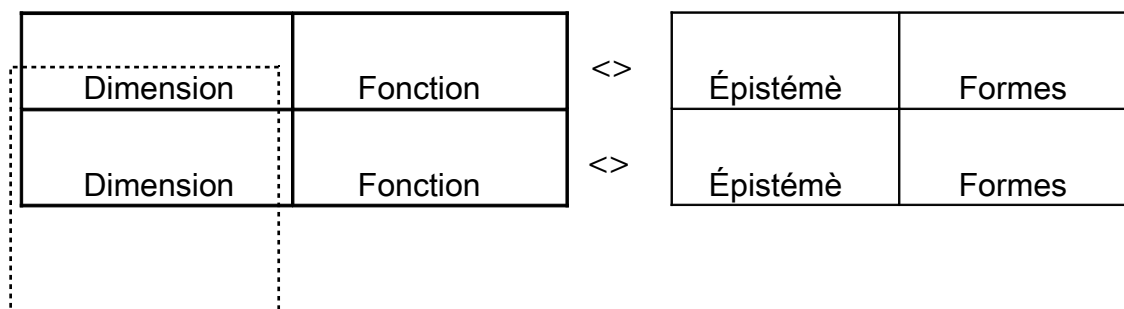
/2 / Une épistémologie historique des soins

Nous allons examiner différentes occurrences du soin à travers les aspects que prend celui-ci, tel que nous pouvons l'observer en situation. Nous essayerons, à chaque fois, de déterminer l'origine de la structuration sous-jacente (la source de la surdétermination liée au factuel en jeu), cela en mobilisant le concept d'épistémè (que nous préciserons). Dès lors, nous pourrions chercher sur quelle fonction, spécifique au soin en lui-même, prend appui la structuration qui est à l'œuvre. La fonction est définie comme quelque chose d'actif dans le soin et qui conditionne son exercice, quelque il soit. Ce qui devrait, ensuite, nous indiquer quel élément de son éidos est en cause : nous appellerons celui-ci *dimension*. Une dimension peut être décrite comme quelque chose qui *identifie* et donne une *mesure* de ce qu'est l'essence du soin ; postulant que celui-ci est quelque chose de complexe qui ne peut se réduire à l'une de ses dimensions (la pratique, par exemple, comme nous l'avons vu dans notre exploration du thème soin). Mesure s'entend ici comme ce qui traduit l'importance d'une dimension pour le soin : par exemple ce sans quoi il n'existe pas de soin, ou bien ce qui traduit la généralité du soin considéré.

Nous devons trouver, à l'issue de la réduction du soin, un ensemble de formules de la forme suivante :

Forme factuelle <> Épistémè <> Fonction <> Dimension

L'ensemble des dimensions identifiées nous informant sur l'eidos du soin. En inversant les formules, nous disposerons dans la colonne de gauche d'une description de ce qui constitue l'essence du soin.



C'est cet ensemble de données sur lequel portera l'analyse; avec, en perspective, la recherche de comment prend sens cet ensemble dans le soin général.

Il est temps d'explorer plus attentivement ce que soin peut, et a pu signifier dans les acceptations que les hommes ont données dans leurs pratiques de soin.

Soins et épistémè de référence

Nous avons montré comment ce que nous pouvons dire du soin constituait une notion empirique de celui-ci. Dans notre appareil conceptuel, cette construction repose sur l'influence du factuel (ce qui fait sa situation, à un moment donné), lequel interdit d'en discerner spontanément l'eidos. La première tâche qui nous incombe est donc de relire le factuel par une analyse critique des sources de savoir que nous rencontrons. Nous procéderons en explorant l'histoire du soin⁴⁹ et en essayant de caractériser chaque élément factuel qui construit le soin tel que nous le trouvons dans notre expérience actuelle (ce soin-là). Il ne s'agit pas de **dé-construire**, au sens de **détruire** chaque construction du soin que nous pourrions rencontrer, mais de chercher

⁴⁹ L'histoire du soin est un champ bien documenté, on peut y distinguer des textes de témoignages, des récits d'expériences ; on retrouve aussi, de façon plus marginale de nombreux éléments dans l'historiographie des institutions et les différentes législations ; enfin quelques ouvrages qui donne une analyse historique du soin et l'apparition des soins infirmiers.

des éléments caractéristiques dans chaque situation examinée; en deçà des surdéterminations, soit de déconstruire le complexe *soin factuel*.

Il existe, bien souvent une ambiguïté entre déconstruire et détruire, quoi que le premier terme ait été défini par Jacques Dérída ; Cependant l'approche que celui-ci a développée s'applique précisant à la production littéraire et dramatique, ce qui n'est pas la caractéristique de notre corpus. Faire appel à cette déconstruction là serait nous aventurer dans une généralisation de la méthode de travail de Jacques Derrida, là n'est pas notre choix. Nous en resterons donc à ce que nous avons annoncé: une phénoménologie à visée d'analyse dans l'esprit de Maurice Merleau-Ponty; laquelle a été appliquée à des objets plus proches de notre champ (en particulier par une analyse fine du corps et de ses relations avec l'ensemble de la personne, une lecture poussée des relations entre soi et autrui, une élaboration des rapports entre la perception et le milieu).

A terme, rappelons-le, la perspective est de décrire *l'architecture* du silène-soin ; de mettre en lumière les traits essentiels de ce qui le construit et comment cette construction intervient. Nous-nous situons donc directement dans la dimension temps du factuel : c'est à partir d'une lecture historique (une épistémologie historique et critique selon notre approche fondamentale) que nous mènerons cette analyse. Et nous suivrons ainsi le philosophe Will Durant lorsqu'il constate « *It is a mistake to think that the past is dead. Nothing that has ever happened is quite without influence at this moment. The present is merely the past rolled up and concentrated in this second of time.* »(*Heroes Of Civilization, 2001*); soit que nous pensons, comme lui, que ce que nous rencontrons aujourd'hui du soin est dans un rapport nécessaire avec le soin dans l'histoire. Rapport nécessaire en ce sens que hors du soin passé, le soin actuel serait coupé de son essence: ce ne serait sans doute pas ce que nous appelons le soin. Quant à la dimension spatiale du factuel (l'ici), nous la trouvons dans les différents milieux où le soin s'est exercé (hospice, hôpital public, milieu social...).

Ce travail repose sur une analyse des nombreux textes consacrés à

l'histoire du soin (articles et ouvrages, voir bibliographie du corpus donné en annexe 1). Il ne s'agit pas de donner une histoire du soin, de nombreux auteurs s'y sont employés avec succès, mais d'analyser les données historiques pour interpréter le factuel dans différentes conditions faites au soin. L'histoire est ici positionnée comme source de donnée, sans plus mobiliser ses capacités d'analyse des processus historiques. Du point de vue de la technique de recherche il s'agit de pratiquer une lecture approfondie de chaque document, centrée sur les apparitions de certains mots clefs (soin, soignant, hôpital, savoir). A chaque texte donnant, non pas seulement le mot clef, mais aussi une information contextuelle sur le soin, ou bien une analyse et/ou une interprétation de celui-ci ; une fiche est réalisée. L'analyse de contenu fait appel à des fiches informatiques. Cela, car l'informatique permettant des tris plus fins sur une masse plus large de fiches (voir à ce sujet le dispositif en annexe 2). L'outil repose sur une approche inaugurée dans ses travaux par M. Nadot, comme expliqué ci-dessous pour la construction des catégories d'analyse. Chaque catégorie identifiée est documentée à partir du contenu de la base de donnée. Un *rapport* est ensuite produit, à partir d'un traitement informatisé de la base de donnée. Celui-ci met en relation des éléments issus des différentes lectures ; l'ensemble est relu et analysé en vue de synthétiser une analyse critique de chaque point étudié.

Le cadre d'analyse

M. Nadot décrit de grandes étapes dans l'organisation sociale des soins (M. Nadot 1983, 1992, 1997). Ceux-ci reçoivent successivement la tutelle de la religion, des institutions civiles et de la médecine. Relisant sa thèse, on voit que chaque institution donne aussi la définition du savoir qui lui paraît convenir au soin. Ces lectures successives mettent en lumière, à chaque étape quelque chose de particulier au soin : il est tout à fait possible, nous le verrons, de retrouver trace de cette structuration dans la notion empirique que nous avons du soin aujourd'hui. Il ne peut donc s'agir d'éléments factuels venant amender cette notion et qui participent dans une large mesure au *masquage* de l'eidos du soin. Mais ces éléments sont aussi *nécessaires* au soin, ils révèlent quelque chose de sa structure fondamentale : ce qui, dans

l'eidos du soin, réclame les structurations qu'il supporte. Rien ne nous permet, en effet, de penser que les structurations successives tiennent du hasard ou d'une volonté pure de contrôler le soin. Nous essayerons donc d'identifier à chaque occurrence du soin et de penser la part de l'eidos à laquelle renvoient les particularités de la structuration en question. C'est finalement cet ensemble qui donnera lieux à une description édéitique du soin.

Nous allons nous attacher aux grandes périodes du soin relevées par M. Nadot : le soin étant tour à tour en rapport avec le don de soi, la discipline, le respect de la prescription ou bien l'intérêt pour la personne soignée. Nous analyserons aussi une catégorie de soin qui échappe à l'analyse de M. Nadot ; lequel ne retient, en fonction de ses sources documentaires, que l'hôpital ; Il s'agit d'examiner les soins empiriques tels que les a identifiés F. Loux (1990) dans une perspective ethnographique.

Pour repérer les structurations successives, Michel Nadot nous invite à chercher, dans chaque *figure*⁵⁰ du soin, la condition qui est faite à celui-ci. Cette condition dépend des cadres de pensée qui forment le soubassement du discours sur le soin à chaque époque, lequel est, comme il le montre, dépendant des idées et des idéaux de la période en question. Cette idée est proche du concept d'épistémè développé par M. Foucault (1963).

Michel Foucault détermine trois temps : l'âge pré classique (jusqu'au XVI^{ème}) caractérisé par une pensée qu'il qualifie d'analogique ; l'âge classique (XVII^{ème} au XVIII^{ème}) caractérisé par la préoccupation du classement ; l'âge moderne (depuis le XVIII^{ème}) marqué par la notion d'histoire. À l'aide de ce schéma, M. Foucault met en relation la construction des savoirs et leur utilisation comme moyen de domination sociale.

Cette volonté de séparer les époques de façon tranchée a été critiquée et se heurte à une certaine réalité : elle ne paraît valable que pour certains courants de pensée (surveiller, enfermer, punir, pour M. Foucault). De plus,

⁵⁰ Figure, au sens de ce qui figure du soin dans les documents analysés

certaines approximations historiques entachent l'ensemble ; marquant pour certains, plus l'engagement social de l'auteur que la pertinence des résultats obtenus. Ainsi il s'agit, pour R. Boudon, d'une notion trop rigide : le concept d'épistémè est une typologie abstraite des formes de savoir, elle ne reflète que partiellement l'évolution de la pensée occidentale. L'idée d'épistémè est cependant utile pour définir une typologie qui permet de repérer les cadres de pensée successifs qui se sont imposés au soin ; celle que nous retiendrons repose sur les trois temps définis par M. Nadot (1992, 1997). Il produit son analyse en s'appuyant sur les données factuelles, en particulier sur sa publication des archives de l'institution hospitalière de Fribourg (M. Nadot 1983). Nous essayerons, pour notre part et en généralisant son analyse (M. Nadot 1997), de préciser pour chaque épistémè les positions philosophiques, voire métaphysiques qui le sous-tendent. Cela en vue de montrer sur quoi cela repose, et examiner la forme de soin mise en place.

-2.1 / Les soins charitables

La première structuration que nous observons est celle qui accompagne la christianisation de la société, que nous situerons, en France, aux alentours du V^e siècle. Cette fonction soignante s'est, pour l'occident, cristallisée autour de valeurs religieuses selon C. Duboy-Fresney (1990); que peut-on entendre par valeurs religieuses ?

Tout d'abord, rappelons la phrase de l'Évangile (Mathieu 25, 34 à 40) où le Christ dit : « *Tout ce que vous faites au plus petit d'entre les miens, c'est à moi que vous le faites...* »; qui fonde le devoir d'assistance du chrétien sur la parole même du Christ.

La notion de charité est une vertu théologique essentielle du christianisme. Les bases de la charité sont posées par St. Paul dans son Épître aux Corinthiens (chap. 13 verset 13). Pour Jean, « La foi, l'espérance et la charité demeurent toutes les trois, mais la plus grande, c'est la charité » (1^{er} Épître). La charité se trouve au cœur même de la relation fondamentale qui lie

l'homme à Dieu et d'où découle l'amour du prochain : c'est un élément des plus importants pour le salut. Elle se décline en sept œuvres de miséricordes parmi lesquelles nous trouvons le soin aux malades. La charité est (comme vertu théologale) en rapport avec la foi et l'espérance. Il n'est donc pas surprenant que la charité (et sans doute l'espérance) aient rencontré la notion de soin sur son chemin : comme application concrète de la charité.

Nous constatons, dès la christianisation, le développement d'une action soignante autour des institutions religieuses (G. Charles 1979, C. Duboy-Fresney 1996). Elle s'accompagne de l'accueil des plus démunis et les secours qui leurs sont apportés. Le mouvement monastique spécialise la fonction autour de *l'enfermerie* des monastères, lieux de l'abbaye où l'on soigne les malades.

Comme le montre, pour sa part, M. Nadot (1983 & 1997), cette première structuration prend rapidement le visage d'une institutionnalisation. Elle est particulièrement sensible dans la création des ordres religieux qui entendent manifester leur foi à travers les soins aux nécessiteux. Le concile d'Aix-la-Chapelle en 816 (canons 142 – 143) pose la nécessaire présence d'un Hôtel Dieu attaché à chaque Cathédrale. Les ordres hospitaliers se fondent, quant à eux, globalement à partir du X^{ème} siècle : L'Abbaye de la Charité-sur-Loire, par exemple, est édifiée à partir de 1055, l'ordre des Béguines est fondé à la fin du XI^{ème} siècle.

Saint Augustin précise à la fois le mode et le cadre de l'intervention soignante: « ... *les malades doivent prendre moins pour n'être pas accablés, les convalescents doivent être traités de manière à être au plus tôt rétablis, fussent-ils sortis de la dernière indigence : comme si la maladie venait de leur causer la faiblesse laissée aux riches par leurs habitudes premières. Mais après avoir réparé leurs forces, qu'ils reviennent à leur ancien genre de vie, plus heureux et d'autant plus convenable aux serviteurs de Dieu, qu'ils y éprouvent moins de besoins.* » (Œuvres, Tome III pp 587-591). La christianisation a créé, en Occident, un nouvel épistémè. La lecture du réel des chrétiens est différente de celles des romains, des gréco-romains ou de celle

des gallo-romains⁵¹. Ce nouvel épistémè se caractérise par le paradigme du salut. La santé est étroitement attachée à celui-ci ; son opposé, la maladie, est fortement marquée par l'idée du mal et de rédemption (liée, bien entendu, au salut). Le soin doit agir sur le mécanisme de salut et constitue une forme de prière et d'acte de piété. La structuration du savoir repose sur une approche théologique et soigner s'apprend donc en tant que catéchisme. L'institution où le soin s'inscrit est généralement une congrégation, cela, au moins dans les centres urbains ou monastiques. Le soin concret aux malades reste empirique, mais l'explication qui en est donnée devient plus savante à travers la lecture du soin qui découle de son interprétation théologique.

Ce premier processus de structuration appelle pour nous une remarque importante: le soin, du point de vue factuel, se transforme rapidement. Dès l'interaction avec la notion de charité, l'idée de soin est modifiée et c'est à cette structuration que celles qui suivront auront à faire: le soin a désormais quelque chose à voir avec la charité; ainsi nous avons vu récemment que l'hôpital public ne pouvait laisser les sans abris à sa porte lors des périodes de grand froid. Cela, au-delà de la fonction actuelle de l'hôpital public (comme centre de soins techniques et de recherche de haut niveau). Sa *fonction soin* lui interdit de dénier la dimension charitable qui pouvait sembler obsolète (en tout cas dans le cadre d'une gestion de l'efficacité technique). Ainsi, cette modification qui apparaît contingente aux données historiques de son apparition, semble modifier quelque chose d'essentiel du soin; c'est en tout cas ce que l'on conclura en s'en tenant à une analyse du phénomène. Une première interprétation serait de dire que le soin n'apparaît comme tel uniquement dans le contexte où la charité est une valeur essentielle de la culture où l'on essaye de le mettre en évidence. Nous verrons qu'en variant les paramètres de la contingence le factuel n'a pas cette puissance. Une seconde interprétation serait de considérer que l'essence du soin précède son

⁵¹ Nous verrons plus loin quelle relation peut être faite entre d'autres populations importantes : les gaulois et les francs. Nous reportons ces éléments dans la mesure où nous ne disposons à leur sujet de sources moins formalisées ; à savoir des traces issues de la tradition orale plutôt que des écrits de ces ensembles culturels. Il est donc prudent de ne pas les situer au même niveau d'analyse.

investissement par la charité qui vient servir de révélateur de l'importance de celui-ci, le désigne comme participant d'une valeur fondamentale; position qui subordonnerait quelque chose de la charité au soin et qui peut paraître quelque peu disproportionné.

Bien entendu, nous en resterons, pour l'instant à notre position phénoménologique: la réponse ne saurait exister que dans la poursuite de la réduction et en faisant varier le factuel: il faut dépasser le contexte de la christianisation de la société pour interpréter le soin. Cependant, nous avons appris quelque chose d'important: le soin peut se présenter d'une façon particulière, caractérisable, tangible et s'inscrire dans le contexte socioculturel où il s'exerce. Il s'agit donc de chercher des variations de cette relation. Nous étiquetterons celle que nous venons de découvrir afin d'en disposer comme concept en vue de notre analyse.

Nous caractériserons la première structuration que nous avons identifiée comme étant de l'ordre du croire : le niveau de la *Doxa*. Selon notre angle d'analyse, la Doxa renvoie aussi à une morale des relations à autrui : c'est désormais, aussi, un *prochain*. Mais, cette morale, pour être intégrée au soin factuel, doit répondre à une nécessité du soin lui-même.

Si nous déplaçons notre point d'observation jusqu'à l'actualité des hôpitaux, on remarque que la notion de rentabilité, ou d'efficience qui sous-tend certaines approches économiques du soin actuel peinent quand à elles à s'intégrer au soin. On peut penser que ces notions restent justement en marge parce qu'elles ne participent pas de l'eidos du soin.

Nous retrouverons la *doxa* dans la grande difficulté des infirmières lorsqu'elles chercheront à définir la personne soignée : la personne se décrivant selon trois axes assez intuitifs à déterminer (physique, psychique, social). Axes auquel s'ajoute un indéterminé, parfois décrit par la *dimension spirituelle* de la personne. Nous pouvons envisager que la difficulté ne réside pas dans la nature théorisée de la personne, mais plutôt dans un élément du soin en lui-même, élément que nous pouvons décrire comme sa dimen-

sion morale. élément tenant bien de l'eidos du soin, mais qui est bien difficile à prendre en compte dans une acceptation positiviste de la personne soignée. La charité chrétienne est pour nous le révélateur de la Doxa, morale du soin, c'est là l'un des « moteurs » les plus puissants qu'il soit pour la révéler. Mais, finalement, c'est bien la doxa qui prend cœur et corps dans le soin ; cela au point d'occuper, de recouvrir, pour plusieurs siècles, toute notion de soin; ce qui ne signifie pas forcément que la doxa soit exclusivement liée à la charité chrétienne. Nous allons montrer qu'elle est plutôt le mode de construction du soin des religions monothéistes. La Doxa est inhérente au soin (elle participe de son Eidos); c'est un élément qui semble prendre son origine en dehors de celui-ci (dans la religion chrétienne dans notre observation). Devant l'instauration de la charité comme raison du soin, on peut penser que le soin est désormais perçu comme si son essence était différente. Ce qui ne signifie pas que celle-ci a varié, mais plutôt que le fait « charité » pourrait masquer ce qui l'a précédé dans la perception factuelle que l'on a désormais du soin. Ce processus est-il une particularité liée à la chrétienté ?

Le plus ancien texte qui fasse référence à une fonction soignante est un Vedas indien du II^{ème} siècle avant J.C. Il stipule « Les connaissances des procédés par lesquelles les drogues seront préparées ou composées, l'intelligence, le dévouement au malade, la pureté d'esprit et de corps, sont les quatre qualités qui distinguent le soignant » (Cité par C. Olier, 1995). La structuration liminaire du soin est donc, là aussi, d'ordre religieuse. Les premières institutions sont bouddhiques et se situent dans l'île de Ceylan. Au III^{ème} siècle avant J.C. Byzance connaît les *xenododium* à partir du concile de Nicée en 325. L'Islam développe à partir du VII^{ème} siècle le système du *Zakat* (le dixième des revenus réservé à la charité aux malades et aux pauvres) et les villes comprennent

un centre comportant un hôpital à côté de la mosquée et de l'école coranique dont le financement relève d'un système de biens de main-morte (*Waqf, habous, vakif*).

La Doxa n'est donc pas seulement une structuration du soin par la charité chrétienne. Il existe, de façon sous-jacente une nécessité dans le soin qui appelle et renvoie les différentes religions à sa prise en compte. Reposant sur une croyance, il dépend alors d'une transcendance qui n'est pas forcément motrice pour le développement d'un savoir spécifique. Possibilité à mettre en parallèle avec la difficulté que nous avons identifié à décrire le soin. Si la Doxa, instituant une croyance, influe de façon déterminante sur le factuel du soin, l'idée de celui-ci relèvera désormais d'une croyance forte; et non pas d'une forme de savoir. Situation tout à fait insérée dans la société où ce processus s'est institué (probablement du X^{ème} au XIV^{ème} siècle). Le soin acquiert ici une légitimité spécifique (c'est un devoir de charité); ce qui ne dit rien de plus que ce que nous avons vu de l'eidos de celui-ci, mais beaucoup sur les conditions de son exercice. En revanche nous prendrons note que le soin existe quelque soit les formes (très différentes du bouddhisme à l'Islam et en passant par la chrétienté) d'organisation de la pensée du monde et des relations entre les hommes ; Et que chaque religion prend en compte le soin et particulièrement la doxa de celui-ci comme sa raison d'être.

Les soins infirmiers sont, dans notre perspective, la partie la plus *saillante* des soins que nous pouvons observer. Si l'on parcourt la littérature professionnelle (et la production de savoir plus formalisée dans les essais ou les ouvrages de formation), on constate que le soin est l'axe quasi exclusif donné à l'action. D'une certaine façon le soin est annexé au bénéfice d'un exercice privilégié, voire exclusif : la loi interdit l'exercice de soins infirmiers à qui n'est pas titulaire des diplômes correspondants. De là se développe un centrage des soins autour de l'infirmière ; et bien des réflexions que l'on peut lire excluent implicitement tout questionnement en dehors des soins infirmiers. Bien entendu, dans notre souci de théoriser sur le soin général, nous sommes en rupture de cette tendance ; ce dont nous devons chercher à rendre compte : la rupture est-elle justifiée ? Est-il fondé de parler des soins en dehors des soins infirmiers ? Ceux-ci ne constituent-ils pas, finalement le seul exercice possible du soin ? Autant de questions qui peuvent être éclairées, au cours de notre réflexion épistémologique historique en critiquant, aussi, la notion de soin infirmier.

Nous sommes, au moment de la première structuration du soin, à un moment crucial : Celui de l'apparition des premiers écrits mentionnant l'existence d'infirmiers ou d'infirmières. Identifier l'épistémè initiale du soin en occident nous donne l'occasion d'entrevoir ce qui a présidé à leur émergence, avant-même que l'on puisse identifier un savoir spécifique dans les textes.

Ainsi, « Soin infirmier » est une expression à deux termes, le substantif soin est dérivé du verbe soigner (francique *sunnjôn*, comme nous l'avons indiqué). Apparu sous la forme archaïque *soing* en 1580, il est formé à partir du francique *sunî* de sens identique. Le substantif soignant qui correspond au sens qu'il prend dans l'expression qui nous occupe n'apparaît qu'au XIX^e. Incidemment, nous avons un indice fort de la présence de soin dans d'autres ensembles culturels que celui de la chrétienté. En effet, la désignation de l'objet par un terme issu d'une langue germanique indique qu'il y

avait dans l'ensemble culturel d'origine quelque chose à nommer ; le soin n'est pas, là non plus spécifique à l'aire culturelle de la chrétienté romaine. De plus, les termes d'origine franque ne sont pas si fréquents en français. On sait qu'ils sont souvent passés par le biais d'activités guerrières (ce pour quoi les occupants romains avaient besoin de faire appel aux Francs en Gaule). Le soin n'est donc pas, du point de vue étymologique, lié à la culture lettrée dominante à l'époque de son adoption : il n'est pas d'origine latine ou grecque. Le soin a une dimension moins « noble » qui explique un peu l'insistance de l'Église sur la dimension charité ; laquelle favorise la promotion du soin auprès des élites.

« Infirmier » apparaît en 1288 dans sa forme actuelle. Les étymologistes l'estiment reformé sur infirme; ce qui permet de le rattacher à une racine gréco-latine. Mais le terme correspond à une fonction monastique bien antérieure, celle du moine qui s'occupe de *l'enfermerie* du monastère. Comme il existe un cellérier pour s'occuper du cellier, un bibliothécaire pour la bibliothèque, un apothicaire pour l'apothicairerie, il existe un *enfermier* pour *l'enfermerie*⁵². *L'enfermerie* n'est pas le lieu où vivent les infirmes. C'est celui où moines et pèlerins malades (ceux qui ont besoin de soin⁵³) sont isolés du reste du monastère. Ils y sont enfermés avec le mal qui les atteint. La maladie est alors un élément qui dépasse la nature; péché ou bénédiction, selon la conception, elle appelle une prise en charge à l'écart du monde. De plus, et sans avoir nécessairement connaissance du mécanisme épidémique de certaines maladies, il serait bien étonnant que les moines qui constituaient l'élite intellectuelle de l'occident n'aient pas remarqué l'efficacité des mesures de quarantaine en cas de maladie. Le terme *enfermier* ne serait donc associé que plus tardivement à la notion d'infirme. La proximité phonétique convient bien à la généralisation du terme, celle-ci est contem-

⁵² Pour être précis, disons que les fonctions se répartissent en office: l'Abbé, le Prieur, le Chantre, le Cellérier, le Sacristain, l' Hôtelier, le Camerier, le Réfectoier et l'Enfermier.

⁵³ Ce qui ne signifie pas qu'aucun traitement de la maladie ne soit entrepris. Mais traitement est un terme attaché à la médecine, et celle du Moyen Age n'est pas tout à fait la même que ce que nous entendons aujourd'hui (comme nous le verrons plus loin).

poraine de la fondation des grandes institutions charitables qui prendront en charge les misérables de la société dès le XIII^{ème}. Ainsi, dès les origines, le mot infirmier est lié à la notion de soin; les infirmières n'existent pas encore que le mot qui les désignera est attaché à une fonction qui deviendra le soin. C'est au XIV^{ème}⁵⁴ qu'apparaît la première notion d'infirmière dans une institution hospitalière, ce ne sera qu'en 1950 que l'Organisation Mondiale de la Santé utilisera pour la première fois l'expression *soins infirmiers*. L'expression soins infirmiers nous indique que le soin charitable est en quelque sorte le *milieu natif* de la notion de soins infirmiers, cette idée nous permet d'étudier la question à partir du soin et non à partir de celle de l'infirmière. C'est l'occasion de sortir d'une certaine subjectivité professionnelle que nous avons identifié plus haut.

La préhistoire du soin

Le temps des soins charitables montre aussi que le soin *fait résistance* à travers la structuration. Si l'activation de la Doxa modifie l'idée contemporaine du soin, celui-ci ne se dissout pas dans la charité : quelque chose persiste qui amène symétriquement, nous le verrons plus loin, à modifier les institutions pour continuer à soigner. La raison du soin doit donc être cherchée en deçà de la doxa, aussi dans une *préhistoire* du soin. Montrer qu'il existe une préhistoire du soin nous donne l'indice qu'il existe *quelque chose d'antérieur* même aux premières formes de soin que nous pouvons trouver dans la littérature. C'est qui signe que l'intuition d'une généralité du soin, dont nous sommes partis, recouvre bien une réalité. Il reste à voir si cette réalité n'est pas limitée aux premiers temps de l'histoire occidentale. En effet, on peut imaginer que l'évolution soin > charité serait une modification définitive, voire inaugurale. Celle-ci altérant la nature même de la relation soignant-soigné.

⁵⁴ - "*De l'enfermerie et cure des malades*" manuscrit français 25074, folio 19 Bibliothèque de France.

Le soin empirique

Une autre construction, absente comme nous l'avons indiqué plus haut, des travaux de Michel Nadot⁵⁵, tient au soin empirique. Nous la prendrons ici en compte en lui appliquant la même démarche.

Durant la christianisation (IV-V^{ème}), à l'écart des centres urbains se développe (et se poursuit probablement depuis la période gauloise) une structuration plus discrète du soin. La population rurale n'est pas universellement et uniformément touchée par la christianisation, le soin n'est pas partout du seul ressort de la charité. La culture rurale possède une forme de soin qui doit être distinguée, quoique l'épistémè de référence soit beaucoup plus difficile à caractériser. Pour les soins charitables, nous avons vu comment il était possible de se référer à la théologie ; Les soins empiriques nécessitent un détour, à la fois historique et ethnographique. Nous devons *construire* l'épistémè de référence en reprenant les descriptions données par l'histoire⁵⁶ et l'ethnologie et l'ethnographie⁵⁷ du milieu où s'exerce le soin empirique.

⁵⁵ Absence liée, rappelons le, à l'angle d'observation de M. Nadot qui travaille initialement sur la publication de documents originaux illustrant la fondation et le développement d'une institution hospitalière.

⁵⁶ Par exemple en nous référent aux nombreux travaux réalisés autour de l'École des Annales, courant historiographique qui travaille sur des aspects plus quotidiens de la vie des populations (F. Braudel 1979, J. Gallet 1992, R. Muchembled 1978).

⁵⁷ En particulier F. Laplantine (1987, 1990) F. Loux, 1990, M.F. Collière 1982 ; J. Favret Saa-

Examinons la période clef de la christianisation, en centrant notre regard sur les populations rurales. La sociabilité locale est alors intense, la conception de l'espace et du temps est particulières. Limitée à la connaissance de son environnement immédiat, relativement coupée de contacts extérieurs, la population rurale développe un modèle culturel que nous pouvons considérer comme « la culture populaire de la France rurale au seuil de l'époque moderne » (R Muchembled 1978). La description du monde rural au XV^e siècle fait une large part aux survivances ; l'Église, l'État ne peuvent encore imposer une centralisation administrative ou religieuse; à plus forte raison, la centralisation culturelle n'existe pas (L. Febvre 1942). Dans ce contexte de « mosaïque de petits pays, la peste, la faim règnent dans un royaume où l'insécurité est la chose la mieux partagée » (R Muchembled 1978). Les conditions psychologiques sont lourdes. «Peur toujours, peur partout » (ibid). La mort, le loup et les autres animaux sauvages, la présence des marginaux, tout concourt à la crainte (L. Febvre Op. Cité).

De nombreuses études montrent que l'impact des maladies est souvent dramatique. La mortalité périnatale et la mortalité infantile se doublent de la malédiction, toujours menaçante, du handicap. Le handicap exclu du travail ; c'est à dire, par extension, de la capacité à

da, 1977.

vivre pour soi ou même pour toute la famille⁵⁸.

La conception du temps et de l'espace se distingue de la nôtre. Les saisons ont plus d'importance, dans une vision cyclique, que l'écoulement des jours. L'espace est modelé par les faibles capacités de déplacements de chacun (R Muchembled 1978, 1994). Cette vision du monde cohabite mal avec l'universalisme de l'église, l'éloignement des centres de décisions. Cette contradiction intervient dans un climat très troublé. Au XIV^e, les différences de mode de vie s'accroissent entre les populations des villes et celles des campagnes. Avec le laïcat, les mœurs de certains gens d'église sont critiquées : certains dénoncent un clergé enrichi qui prêche la vertu aux indigents. C'est, selon J. Jerphageon (2003) pourquoi on voit de plus en plus de représentations de l'apocalypse. Des mouvements contestataires se lèvent, appelant à la pureté de l'église primitive. A Milan, dès 1055, les *patarins* représentent un premier mouvement structuré. On sait que cette tendance trouvera un écho, à partir de la venue de François d'Assise (1182-1226) au sein même de l'Eglise, et sous le regard bienveillant de Célestin V. En revanche, ses successeurs Boniface VIII et Jean XXII n'auront pas le même regard sur la question de la pauvreté. Gérard Ségarelli, puis Dolcino de Parme constituent une dérive qui ensanglantera le nord de

⁵⁸ Nous-nous référons ici à l'ouvrage de F. Braudel . "Civilisation matérielle, économie et capitalisme XV^e-XVIII^e siècles" Et plus particulièrement au Tome 1: "Les structures du quotidien" (1979).

l'Italie ;il faudra une croisade (en 1307) pour venir à bout des *dolciniens*. Cette lutte, qui concerne l'occident (jusqu'en Angleterre), est en relation avec le considérable développement de l'action inquisitoriale. Les communautés de *fraticelli*, disséminées seront l'objet d'une répression systématique. C'est finalement dans ce contexte que va se constituer la rupture entre la culture populaire et la culture des élites (R Muchembled 1978). Le soin empirique va être pris dans ce mouvement et, en quelque sorte assimilé à une sorcellerie populaire objet de l'attention des inquisiteurs.

La conception du monde qui correspond influera jusqu'à nos jours le patrimoine culturel (au moins celui des ruraux selon H. Mendras, 1984) ; en particulier en ce qui concerne la place de la femme. Celle-ci est la grande initiée des choses «du bas du corps » , c'est elle qui cuit les aliments (elle transforme la nature en culture); c'est par son intermédiaire que la culture populaire se continue. Cette place particulière qui lui vaudra les assiduités des tribunaux de sorcellerie et l'hostilité durable de l'église (au moins jusqu'au développement du culte Marial au décours de la contre-réforme R Muchembled, 1994) ; elle la met au centre de la culture populaire. Dans le nord et l'ouest du pays où le droit écrit (romain) pénètre plus lentement, elle est un vecteur privilégié de la vie culturelle de la communauté (Jean Gallet 1992). Dans cet « univers mental », la médecine populaire est faite d'un ensemble de

techniques quotidiennes bien connues de celles qui la pratiquent. La sorcellerie est une « mise en action de la culture populaire, une sorte de médecine totale » (R. Muchembled 1978). C'est dans ce contexte que le soin prend sa forme traditionnelle en Occident⁵⁹.

Il ne s'agit pas d'une spécialisation naturelle de la femme dans les soins; cette spécialisation est le produit d'une construction sociale imbriquant des facteurs religieux, culturels, économiques multiples. Des dispositions biologiques (le fait de maternité) se conjugue ainsi avec les circonstances pour produire une structuration du soin par et à travers les femmes. Le conflit culturel élite/populaire entraîne un discrédit des pratiques empiriques de soin, ce qui ne signifie pas qu'elles disparaissent de l'agir, et d'une certaine façon, dans la manière de penser le soin. Des données contemporaines montrent qu'il en va tout autrement, comme l'a montré François Laplantine au sujet des médecines parallèles (1987).

L'épistémè correspondant au soin empirique est de nature particulière. Il vise, avant tout, l'explication du mal et non son mécanisme (F. Laplantine, 1987). Le paradigme est celui de l'analogie, il recherche dans la nature les marques qui y ont été disposées « à l'origine des choses » et qui sont à décoder par l'homme (Ibid. p. 35 à 44).

⁵⁹ Alors, qu'à bien des égards on peut penser que le soin empirique est aussi marqué par le chamanisme dans l'extrême est et l'extrême nord de l'Europe.

Ainsi, les plantes et les minéraux sont sélectionnés par analogie de forme, de couleur avec le mal qu'ils doivent soigner.

Le savoir est oral, il repose sur l'expérience cumulée à travers les générations successives (Ibid.,p.47). Il fait appel à la croyance, fonctionnant de façon pragmatique et recherche l'effet plus que la raison (F.. Laplantine, 1990); le savoir est structuré dans une fonction sociale féminine pour l'essentiel. Le soin tend à se confondre avec le *guérissage*, lequel repose sur des rituels qui mobilisent indifféremment des éléments chrétiens, païens, une botanique empirique etc. (F. Loux 1990)

La santé et la maladie sont conçues dans un rapport marqué par la notion de bien (de bénéfice pour être plus précis), et celle de mal (J. Favret Saada 1977). Le guérissage tend à curer le mal plus qu'à restaurer une santé qui ne peut guère être conceptualisée dans l'épistémè de référence (F. Laplantine, 1990). Cette structuration fait songer à la Doxa, puisqu'elle repose sur une forme de croyance. Elle se distingue cependant de celle-ci par le fait qu'elle est centrée sur les effets et la recherche d'une action immédiate sur le monde. Elle ne produit pas une théorie préalable de la personne ou de la maladie, s'opposant, en cela, à la Doxa que nous avons reconnue du soin charitable. D'ailleurs, l'opposition bien-mal que nous avons évoquée ne repose pas sur la même transcendance. Le bien est *ce qui fait du bien...* le mal ce qui produit

le contraire. Faute d'une eschatologie plus dense il s'agit de catégories empiriques, à ce titre la dimension morale du soin est faiblement assurée. Décidant d'orientation pratique, elle traduit la dimension *praxis* du soin général.

La question du soin féminin

On retrouve la *praxis* du soin dans la très vaste analyse de celui-ci qu'en donne M. F. Collière (1982)⁶⁰ qui fixe là le départ de la notion de soin; le soin découlant, selon elle, d'une pratique soignante féminine. Nous avons vu plus haut que cette idée résiste mal à l'analyse du point de vue de l'histoire culturelle. La question est pourtant déterminante ; car, si la cause finale du soin général se résume à une *disposition naturelle* des femmes, la question est alors de savoir ce qu'est une *disposition naturelle* et si celle-ci répond à la *constitution des femmes* (au sens le plus large, bien entendu). Orientation fortement marqué par une idée d'une *nature* différente des humains selon leur sexe, laquelle est à son tour fortement marquée par l'idéologie.

L'analyse de l'histoire culturelle nous donne un indice d'inadéquation : l'idée d'un soin exclusivement féminin et datable et peut-être corrélé à des phénomènes sociaux et culturels particuliers. Le conflit que Robert Muchembled détaille entre une culture populaire et

⁶⁰ Voir aussi à ce sujet : D. Francillon 1998, J. Guillermand 1991.

celle des élites contemporaines (suivant en cela l'intuition de Jules Michelet dans « la sorcière », 1966) nous permet de mettre en cause l'existence même de ce soin féminin. On sait que certaines approches en neuropsychologies ont fait état de différences significatives dans le fonctionnement relatif des cerveaux féminins et masculins. En particulier des différences entre le fonctionnement des deux hémisphères et leurs systèmes de communications internes (J. L. Juan de Mendoza, 1995 p.75 à 87). Cela reste cependant un terrain difficile où les affirmations de certains sont vigoureusement critiquées par d'autres. Pour notre part, nous n'entrerons pas dans ce débat, nous prendrons le problème par « l'autre bout »; c'est-à-dire en cherchant s'il existe une construction culturelle de l'idée de soin féminin; sachant que l'existence de celle-ci n'infirme pas ipso-facto l'inanité de l'autre ; il s'agit là d'un débat nature-culture, voire corps-esprit, qui dépasse notre problématique. Il convient ici uniquement de voir si cette notion peut, elle aussi, être l'objet d'une lecture critique.

Selon M.F. Collière, le soin féminin traverse l'histoire de l'humanité comme une *coutume*⁶¹ féminine : le soin est, selon elle et finalement, surtout une histoire de femme... Son ouvrage principal, « Promouvoir la vie » est orientée vers la description des origines des soins infirmiers, démarche qui

⁶¹ Nous utilisons le terme de coutume pour désigner la continuité de transmission orale qui serait à l'origine de la transmission des soins féminins à travers les temps. C'est une désignation de précaution car les concepts utilisés par certains auteurs (formes fondamentales ou structures élémentaires) constitue déjà un choix théorique que nous n'entendons pas mettre en cause ici.

rend compte tout à la fois, de la féminisation de la profession et de la difficulté de reconnaissance de celle-ci. Le soin de l'infirmière serait ainsi ipso facto disqualifié par une domination masculine (médicale). Cette lecture est tout à fait intéressante quant à une analyse de l'histoire des infirmières ; il ressort clairement des données historiques que cet aspect « domination » a joué un rôle important, qu'il ne s'est pas mis en place par hasard. Nous verrons d'ailleurs plus loin quel rôle il a joué dans l'histoire des institutions hospitalières. Mais du point de vue du soin général, cette analyse n'a pas les mêmes vertus de clarté et d'heuristique. Inscrivant le soin dans une *humanité immémoriale et absolue* elle rend tout savoir à ce sujet infalsifiable puisqu'il ne saurait être remis en cause sans porter atteinte à la culture ou même à l'humanité⁶². La domination masculine, bien documentée dans la société moderne occidentale, risque d'être transposée en règle universelle de toute sociabilité ; le soin étant conçu uniquement à la lumière des pratiques et de nos cadres de pensée. Pourtant, l'idée d'une survivance (traversant, inchangée les âges de l'humanité) doit être remise en cause ; l'ethnologie nous a appris qu'une croyance ou une coutume ne peut être de pure survivance. Pour se maintenir, les traditions doivent garder (ou renouveler) une fonction dans la culture dont elles font partie. La référence au passé est alors importante, non comme principe explicatif, mais comme une donnée : c'est un matériel ethnographique (A. Von Gemep 1982). Un fait de culture populaire observé renvoie à une tradition, c'est à dire au passé ; mais celui-ci n'est pas véritablement *historique*. Il se reflète à travers chaque génération jusqu'à des origines possibles... Ce qui n'est pas la même chose qu'une origine déterminée. La quête des origines est d'ordre mythique et non historique. Le sens qui leur est alors donné, en dehors d'une mythographie, est rétrospectif (N. Belmont 1981).

On retrouve, dans l'idée du soin féminin originel, l'écho de celle d'une origine matriarcale de la société. Cette idée remonte à une interprétation de l'histoire de l'humanité par le juriste J. J. Bachofen en 1861. Selon

⁶² Il n'est d'ailleurs pas certain que M. F. Collière ait été dans cette vision aussi étroite et radicale. Dans ses travaux elle parle des infirmières et de la forme particulière de soin que celle-ci pratiquent, pas du soin général.

celui-ci, la première société civilisée était une gynécocratie ; ce serait uniquement quand ce gouvernement des femmes est *dépassé* que le stade *adulte* du patriarcat est atteint. Cette conception est tout à fait remise en cause par l'archéologie et l'anthropologie actuelle (C. Cohen 2002). Elle a eu une cependant une grande influence durant tout le vingtième siècle, et s'est trouvée renforcée par une interprétation des découvertes archéologiques qui se succèdent à partir de celle de la vénus de Willendorf en 1908 sur le site d'une ancienne briqueterie près de Krems en Autriche, attribuée au Gravettien (âge relatif d'environ -23 000_{acc}).

C. Cohen, montre son influence jusque dans le féminisme du XX^e. On sait aussi comment ce type d'idée *de bon sens* à la fin du XIX et durant le premier tiers du XX^e à été difficile à remettre en cause, cela jusque dans la psychanalyse. On peut penser qu'elle aurait une influence dans l'idée d'un soin féminin « confisqué par les hommes » dans une période plus récente.



Illustration2: La vénus de Willendorf
Musée d'histoire naturelle de Vienne- Autriche

Cette description est en partie fondée sur un mythe. L'idée d'un éternel féminin que l'on trouve dans second Faust de J. W. Goethe (en 1832) lequel se termine par ce vers : « L'éternel féminin nous attire vers en Haut ». Cette notion est ensuite reprise par les symbolistes à travers l'image de la « Béatrice », de qui N. Berdiaeff écrivait « La femme jouera un grand rôle (...) elle est plus liée que l'homme à l'âme du monde, aux premières forces élémentaires et c'est à travers elle que l'homme communique avec elles.» On peut légitimement penser que tout ceci se reflète ensuite dans la lutte de reconnaissance chez les infirmières contemporaines ; cela justement en raison de la féminisation de la profession. La féminité du soin est donc une lecture qui tient à la condition sociale du soin contemporain (l'infirmière comme acteur privilégié du soin) ; ainsi qu'à un biais d'interprétation du

soin comme praxis, lui-même tenant d'une situation sociale. Elle n'est que peu pertinente quant à l'idée de soin générale telle que nous entendons la développer.

Il reste que la dimension praxis marque le soin généra et demandera à toute structuration ultérieure de faire une place à la clinique. Ce marquage sera aussi sensible dans les soins médicaux au moment de la naissance de la clinique médicale autant que dans les soins infirmiers à leur apparition. Les sciences humaines qui naîtront de la philosophie tendront d'ailleurs à développer une dimension pratique dès qu'elles feront le projet d'une intervention ; c'est ainsi que la psychologie, qui s'individualise à partir de la philosophie et la psychanalyse à partir de la médecine, auront un projet clinique dès lors qu'elles entendent proposer une forme de soin.

La praxis est donc liée au soin, ce lien repose sur la dimension clinique de celui-ci. Mais le discours pratique (qui fonde le soin sur cette seule pratique) est d'ordre historique et culturel. Le soin ne peut être borné à une pratique, notamment à une pratique féminine; cette idée est aussi factuelle dans la mesure où elle dépend de développements liés à une épistémè particulière

L'aspect praxis dit qu'il n'y a de soin que lorsque quelqu'un fait quelque chose (que l'on nomme soin) pour quelqu'un d'autre. La dimension clinique vient ainsi s'ajouter à la dimension morale que nous avons identifiée.

-2.2 / Le soin institutionnel

Nous avons vu que la structuration épistémique liminaire du soin est, dans l'histoire de l'occident, d'ordre religieuse ; elle se développe tout au long du Moyen Âge. L'ampleur de la charge qui pèse sur les institutions charitables croît régulièrement, leur gestion devint de plus en plus problématiques (J. Guillermand, 1991). Drainant des capitaux considérables (celles des aumônes et des dons), certains abus sont commis qui conduisent le Pape Clément V en 1312 à intervenir à travers la Bulle *Quia contingit* à tenter d'assainir la situation. Le Concile de Trente (1545 – 1563) reprendra ces dispositions. Mais, de façon progressive, la gestion des hôpitaux se laïcise et l'intervention des municipalités se fait plus fréquente. Pour certains théologiens (les nominalistes, et en particulier J. Major) la notion d'assistance est un devoir des états. La Réforme viendra renforcer ce mouvement du moment que Luther (postille de 1520) demande l'abandon des dons aux institutions charitables. Dans les États réformés, l'administration des hôpitaux passe massivement aux autorités Laïques.

La société évolue aussi dans sa perception de la misère. Les exclus passent de la position où ils sont l'objet d'une sollicitude à celle de perturbateurs. Alors que les villes se développent, mendiants, vagabonds, malades mentaux sont plus ou moins enfermés dans de vastes institutions qui les soustraient de l'environnement social. Tendance connue à partir du moyen âge en particulier dans le thème récurant de la Nef des Fous, mais qui trouve alors une réalité nouvelle progressivement au seizième siècle. Si il existe des formes hospitalières de longue date, comme nous l'avons montré plus haut l'évolution des hôpitaux se déroule en plusieurs phases. Le Grand Bureau des Pauvres, créé en 1544 par François I^{er} organise les secours à domicile et le travail des pauvres valides. C'est aussi le premier dispositif de surveillance de la marginalité. Les hôpitaux se développent sous Henri IV: La Charité, l'Hôpital Saint Louis; Sous Louis XIII, l'Hôpital de la Pitié, le futur Hôpital Laënnec à Paris. Avec, aussi, la réorganisation administrative de la Salpêtrière, reconstruite pour abriter un arsenal. Bicêtre que Louis XIII avait

donné à la Commanderie de Saint-Louis. L'arrivée des frères Saint Jean de Dieu en 1601, la fondation des Filles de la Charité par Saint Vincent de Paul en 1633, sont l'occasion d'une restructuration du personnel des hôpitaux.

L'édit royal de Louis XIV du 27 avril 1656, crée l'Hôpital Général, réunion de plusieurs établissements destinés à enfermer. « *De tous sexes, lieux et âges, de quelques qualité et naissance, et en quelque état qu'ils puissent être, valides ou invalides, malades ou convalescents, curables ou incurables* » (cité par M. Foucault, « Histoire de la folie à l'âge classique »). Entraînant ainsi le placement de quatre à cinq mille personnes sur les quarante milles mendiants qu'aurait compté Paris. On compte ainsi, parmi la population de la salpêtrière en 1701, (La Salpêtrière, établissement parisien, est réservée aux femmes) : Sur 4 646 personnes.

- 1894 enfants de moins de 15 ans,
- 329 filles de moins de 16 ans, estropiées. teigneuses, etc.
- 594 vieilles aveugles ou paralytiques,
- 262 vieux mariés de plus de 70 ans,
- 380 *correctionnaires*, libertines ou prostituées,
- 465 gueuses ordinaires et vagabondes,
- 330 femmes en enfance, d'une extrême vieillesse,
- 300 folles violentes ou innocentes
- 92 épileptiques de divers âges.

Les institutions de-
viennent des établisse-



ments gigantesques.

Finalement les hôpitaux se remplissent d'invalides et non des mendiants valide que l'on comptait y faire travailler.

Les soins institutionnels ne se distinguent pas brutalement des soins charitables. Des formes de passage se mettent en place pour aboutir à une ébauche de laïcisation des institutions. St. Vincent de Paul obtient en 1657 l'approbation royale pour

les Filles de la Charité qui

La Salpêtrière à Paris

Source : H. Gourdon de Genouillac. Paris à travers les siècles. Paris, 1882

constituent le premier groupe de soignants laïcs. C'est, pour les historiens des soins, la première apparition de ce que seront les infirmières (G. Charles 1979, R. Magnon 1983). Les soignants sont alors attachés à l'institution et soumis à un régime proche de celui des malades (R. Magnon 1983, M. Nadot 1992).

L'épistémè des soins

institutionnels repose sur la notion d'ordre social. La misère, la maladie sont vécues comme des perturbations, des freins au progrès, la source même de leur extension et de leur aggravation. Le fait que certains ne fassent pas usage de leur force de travail devient condamnable,

même s'ils souffrent et ne sont pas en mesure de travailler. Le passage de la charité à une forme moralisante conduit à justifier une politique de « mise à l'écart ». Cette tendance est particulièrement lisible dans



Saint Vincent présente les premières filles de la charité à la reine Anne d'Autriche dans l'église de sainte Marguerite à Paris.

Huile sur Toile XVIII^e de frère André, religieux dominicain,

Source: Union des Œuvres Françaises de Saint-Vincent de Paul

l'histoire des rapports de la société avec la maladie et la misère comme le montre J. Viragello (1985).

Le paradigme qui guide les institutions devient celui de la réhabilitation, par le travail le plus souvent ; celui-ci devient une forme de soin. La santé est lue à travers la notion d'utilité sociale, la maladie est une déviance qui est en rapport avec l'oisiveté (G. Viragello 1985). L'enfermement devient la forme d'action privilégiée : le soin repose sur le gardiennage. Le responsable des soins dans les institutions est le régent des malades (H. Zilliox, 1976 ; J. Ferron 1985).

Le soin est «réglementaire» et repose sur les textes qui régissent l'enfermement et les règlements des institutions, faisant là coupure épistémologique avec le soin charitable. Le lien avec les institutions est si fort que les diplômes de soignant correspondent aux différentes institutions et non à la fonction d'infirmière. Il existera ainsi, petit à petit et jusqu'à la période contemporaine, des diplômes d'infirmière de sanatorium, militaire, de secteur psychiatrique etc.. Des autorisations d'exercice sont accordées à des *personnes méritantes*, au fil du besoin en personnel des hôpitaux. C'est ce mécanisme qui permet aux institutions de déterminer le contenu de la formation et de contrôler la production de savoir éventuel : il suffit d'une décision administrative pour interdire l'exercice à quelqu'un qui s'écarte de *l'orthodoxie* du soin institutionnel.

Les hôpitaux doivent recruter du personnel civil. Les religieuses sont toujours présentes, mais s'occupent plutôt de l'organisation et de la gestion des soins. Elles sont relayées par des laïques dans les soins cliniques c'est là le signe concret du passage de la charité à l'assistance publique comme épistémè de référence. L'évolution de ce modèle est conditionnée par le passage d'un paradigme religieux (la charité) à un paradigme civil (l'assistance) : L'idée d'assistance publique vient en relais de la conception charitable et se formalise à la révolution française. Elle passe progressivement dans la législation à partir de la constituante et s'incarnera, en particulier, dans le mouvement de réforme sociale.

Cette structuration marque le soin général par l'adjonction d'une fonction politique (au sens d'organisation de la cité). Les structurations ultérieures auront à prendre en compte que le soin est intégré dans la cité et s'incarne dans des institutions. On réalise l'importance de ce marquage dans les rapports, parfois tumultueux, des soignants avec le pouvoir politique. Celui-ci est sans doute quelque peu à l'œuvre lorsque l'on débat des dépenses de santé. Nous caractériserons cette structuration comme politique et sociale ; c'est le niveau de la Polis (du grec politikos, la cité).

Le soin est alors inscrit dans une stricte approche institutionnelle. Incidemment se créent des lieux où il s'inscrit de façon préférentielle : des lieux de soin ; ceux-ci varieront très rarement, tant les grands hôpitaux se réaménagent sur le même site jusqu'à la seconde moitié du XX^{ème}. Le temps prend une forme particulière, la fonction asilaire primant, il n'est pas rare que le plus clair d'une vie se déroule dans les murs de l'établissement. Quitte à changer, en son sein, de position : passant du statut de « malade » à celui de « soignant ». L'histoire de Jean-Baptiste Pussin le montre, hospitalisé en raison d'une maladie (phtisie, une forme de la tuberculose pulmonaire) à Bicêtre, il finira sa carrière comme intendant général des malades à la Salpêtrière. (J. Ferron 1985) ; confusion caractéristique au soin institutionnalisé.

Le temps est venu du premier développement de la notion *d'assis-*

tance publique où la municipalité, l'État prennent en charge l'organisation des secours et la régulation de la misère. Jacques Necker, durant son premier ministère (1776-1781) lance la prise en charge de l'assistance par le gouvernement. Jean Colombier et François Doublet, en 1785, rédigent leur "instruction sur la manière de gouverner les insensés et de travailler dans les asiles qui leur sont destinés" qui est diffusée dans tout le royaume.

La limite est atteinte au XVIII^e siècle sur deux fronts. D'une part, du fait du développement des lumières. Selon la Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen et les fondateurs du Comité de mendicité, l'assistance aux pauvres est le devoir de tous et doit être assurée dans l'intérêt commun. « Les secours publics sont une dette sacrée. La société doit la subsistance aux citoyens malheureux, soit en leur procurant du travail, soit en assurant les moyens d'exister à ceux qui sont hors d'état de travailler ».

La contradiction des idées de liberté, de responsabilité, de droits de l'homme avec l'enfermement pratiqué nécessite une évolution déterminante. L'évolution des institutions se traduira finalement par trois textes fondamentaux au XIX^{ème} et au début du XX^{ème}:

- La loi du 15 juillet 1893 sur l'assistance médicale gratuite

proclame (article 1^{er}) que *« tout Français malade, privé de ressources, toute femme en couches dans les mêmes conditions, reçoit gratuitement de la commune, du département ou de l'État, suivant son domicile de secours, l'assistance à domicile ou dans un établissement hospitalier ».*

- La loi du 17 juin 1904 sur le service aux enfants assistés a *« pour premier effet de donner aux règles du service la fixité, la force coercitive et l'unité inséparable d'un bon fonctionnement »* (instruction adressée aux préfets).

Le service des enfants assistés devient un service départemental, réglé par le Conseil général et administré par le

Préfet.

- La loi du 14 juillet 1905 sur l'assistance aux vieillards, infirmes et incurables prévoit (article 1^{er}) que « *Tout français privé de ressources, incapable de subvenir par son travail aux nécessités de l'existence et soit âgé de plus de 70 ans, soit atteint d'une infirmité ou d'une maladie reconnue incurable, reçoit l'assistance instituée par la présente loi.* »

D'autre part, le développement de la rationalité scientifique rend celle-ci recevable et opératoire : S'il s'agit là de maladie, c'est une affaire de science et d'organisation. Exit, apparemment des relations avec le péché et la rédemption.. Un changement d'épistémè est en cours, le paradigme du soin peut varier à nouveau.

Il reste que le soin est devenu, sous l'influence des évolutions morales et politiques, une affaire institutionnelle. Ce qui nous permet de dégager le soin en lui-même des conditions sociales de son exercice. Il reste que le soin supporte cette dimension institutionnelle et sociale que nous désignons sous le terme de *Polis*.

-2.3 / Les soins médicaux et les soins infirmiers : un changement de régime de la rationalité des soins hospitaliers

Au XIX^e, des évolutions décisives se déroulent à nouveau dans le domaine de la santé, elles sont révélées par des conflits militaires au cours desquels la prise en charge des blessés change de façon spectaculaire. Ces faits nous intéressent dans la mesure où ils sont

l'occasion d'un changement radical dans la pensée du soin. Sous la pression des événements, la société occidentale va mobiliser des éléments jusqu'alors lointains des champs de bataille. La chirurgie, la médecine seront impliquées à grande échelle pour la première fois ; et même les *nurses* anglaises seront appelées à apporter leur contribution aux efforts de guerre successifs.

La guerre de Crimée (1853–1856) pose des problèmes d'organisation des hôpitaux de campagne. Les infirmières et les nurses interviennent pour la première

fois officiellement dans les services de santé des armées.

C'est d'ailleurs lors de ce conflit qu'est défini ce que sont les soins infirmiers dans leurs

rapports avec l'administration

des hôpitaux et la médecine. C'est à l'hôpital de campagne de Caligari que naît, sous la plume de F. Nightingalee le premier discours formel sur les soins infirmiers.



Lady of the Lamp

La Dame à la lampe, Florence Nightingale auprès des malades à Caligari gravure XIX^e source Nightingalee museum, Londres

La guerre de sécession (1861 – 1865), qui se déroule aux États-Unis, conduit à la constitution de grands hôpitaux de campagne. Les brancardiers participent depuis longtemps aux conflits. Mais des

femmes soignantes sont rapidement admises pour pallier la pénurie de chirurgiens et de brancardiers; évolution favorisée par l'histoire, dans la mesure ou dans la guerre d'indépendance (conflit fondateur de l'Union) des femmes se sont fortement impliquées. Le service de santé de l'armée américaine réagira avec pragmatisme en créant un corps distinct de ceux des officiers gestionnaires et des médecins militaires. Les Nurses des armées sont reconnues comme indispensables aux soins et disposent en suite d'une hiérarchie complète et structurée (femmes du rang, sous-officier, officier et officier supérieurs).

La guerre avec la Prusse en 1870 est la première mise en œuvre à grande échelle de la convention de Genève, signée le 22 août 1864. Les idées de Henri Dunant sont reconnues d'utilité publique en 1866. La Croix Rouge est porteuse d'une nouvelle conception du soin fortement dépendante de l'approche définie par les infirmières de la guerre de Crimée (H. Dunan s'est longuement exprimé sur ce que ses idées devaient à ses échanges avec F. Nightingale, celle-ci est souvent citée par les documents de la Croix Rouge présentant l'histoire de sa construction). Ce mouvement met rapidement en œuvre une formation et participe activement à la construction du savoir des soins infirmiers.

Au cours de la guerre des Boers (1899 – 1902) apparaissent des ambulances internationales, constituées, déléguées et animées par des

infirmières américaines, françaises, allemandes et hollandaises. C'est la première participation d'infirmières diplômées aux opérations militaires du front.

Durant la première guerre mondiale se développe une abondante iconographie où des centaines de cartes postales reprendront le thème de l'infirmière au chevet des blessés. L'infirmière devient un personnage populaire et sympathique. Les infirmiers militaires sont aussi très présents et identifiables, pour la première fois, par leurs brassards marqués d'une croix rouge : ce ne sont plus des soldats comme les autres. Le service de santé se complète d'un corps d'hommes du rang et de sous officiers infirmiers qui bénéficient d'une formation. Les chirurgiens militaires sont devenus des médecins au cours du XIXème siècle. Ils sont mobilisés au même titre que les autres citoyens et développent les applications d'une médecine anatomo-clinique, mettent en pratique les avancées thérapeutiques et d'hygiène au service des blessés et malades des conflits nouveaux.

Cette étape prépare la structuration du soin sur un élément nouveau : le savoir. Le savoir médical, le savoir des soins infirmiers vont venir *coloniser* le soin institutionnel et entraîner des changements fondamentaux du fonctionnement des hôpitaux. Nous caractériserons ces structurations par le concept de la *Gnosis* : il y a désormais des

savoirs impliqués dans le soin.

Les soins médicalisés

La médecine évolue très rapidement. Elle était, jusqu'au XIX^e siècle limitée à un discours savant très élaboré et reposant sur une somme livresque compilée depuis l'antiquité (Maurice Tubiana 1995 p. 636 et suivantes). La naissance de la clinique médicale renouvelle le savoir alors que la demande sociale évolue : si les malades peuvent être guéris par la science, celle-ci doit être mise en œuvre par les médecins. La médecine devient, progressivement, le seul vecteur de santé; c'est aussi, désormais un droit essentiel, comme nous l'avons vu dans les évolutions de la législation.

L'institution académique médicale résiste à ces bouleversements et tente de préserver la forme scolastique de son savoir. La crise de légitimité atteint son comble à la révolution lorsque la Constituante interdit l'enseignement de la médecine et l'exercice aux lettrés qui la professent. Cette crise sera surmontée par la mise à l'écart d'une conception savante, caricaturée par Molière dans le personnage de *Diaphorus*, et le renouvellement progressif de la médecine. Une autre forme littéraire prend le relais, qui donnera, *Le médecin de campagne* de Balzac, *l'Oncle Benjamin* de Claude Tillier ou *Le docteur Pascal* de Zola. La rupture sera consommée lorsque certaines facultés supprimeront

l'enseignement de l'histoire de la médecine de leurs cours. C'est le cas à Berlin en 1850 lorsque la Faculté considère que la véritable médecine vient à peine de naître (M. Tubiana 1995 p.223) ; toute référence à l'histoire concernant, de fait, un autre savoir.

Cette évolution radicale appelle aussi des évolutions dans l'enseignement. Comme en bien des domaines, le savoir médical savant pouvait s'apprendre par le commentaire et l'étude de textes, la forme de la pédagogie était alors le cours magistral et la lecture. L'enseignement de la clinique requiert d'autres moyens. Il faut que les élèves des écoles de médecine examinent des malades avec leurs maîtres, essayent des traitements, en observent les effets. Le lieu de cette confrontation devient l'hôpital. Les médecins hospitaliers, jusqu'à présent rares et peu valorisés, doivent accueillir une population renouvelée d'étudiants. Le diagnostic, la prescription tendent à prendre leur place dans le quotidien des hôpitaux. C'est la cérémonie de la visite qui devient le temps fort de la vie médicale hospitalière.

La médecine obtient ses premiers résultats concrets sur la variole par la vaccination (E.Jenner, 1749-1823), quoique l'on puisse mettre en doute l'appartenance de cet événement à la médecine moderne. En effet, la vaccine doit beaucoup à une observation et à un raisonnement scientifique (au sens de l'observation du réel et de l'expérimentation).

L'apparition de la médecine expérimentale crée les conditions pour que naisse une thérapeutique, comme l'a montré G. Canguilhem (1972). L'anesthésie est découverte par les dentistes américains et appliquée à la chirurgie à partir de 1844 (H. Wells). L'antisepsie, appliquée par Lister en Grande Bretagne et Lucas-Championnière en France à partir de 1876 permet de limiter les risques d'une hospitalisation. L'aspirine est isolée par Dreser en 1899 la chimiothérapie existe désormais comme démarche scientifique, c'est à dire par l'identification des principes actifs et non plus en se limitant à l'application des *simples*. Les tâches médicales se multiplient par le développement de la clinique, l'instrumentalisation des observations et la multiplication des gestes techniques de soins se développent rapidement. La détection du sucre dans l'urine (Trommer en 1841), Celle de l'albumine (Heller en 1852), son dosage (Esbach en 1874) ; la mesure de l'hémoglobine (Gowers en 1879)⁶³ multiplient les petits gestes à visée diagnostique. Dès la fin du XIX^e siècle, on observe un transfert progressif des gestes (pansements, bandages puis injections et prises de constantes) vers le personnel de soin (R. Magnon 1983). Cette évolution rapide conduit les médecins à vouloir être entouré d'un personnel mieux formé à la médecine. Il faut, désormais savoir lire (les ordonnances et les modes

⁶³ Les dates indiquées ont été retrouvées en consultant le « Dictionnaire des termes de médecine » publié sous la Dir. De M. Garnier et V. Delamare (20^e édition Maloine Editeur, Paris 1980).

d'emplois), connaître quelques notions d'anatomie et de pathologie pour soigner dans un hôpital. Le personnel civil des hôpitaux, qui est là depuis le XVII^{ème} siècle, constitue un réservoir naturel à qualifier pour les tâches nouvelles.

Ces changements créent des difficultés dans les institutions. Là où les religieuses organisaient le travail, la nouvelle orientation est source de conflit. Alors que le personnel laïc devient majoritaire, la question du pouvoir au sein des institutions se pose dans des termes nouveaux. La situation se complique d'une lutte de certains médecins (républicains ou bonapartistes) contre les congrégations. D. Bourneville, neurologue et militant anticlérical convaincu, fonde les écoles de la Salpêtrière et de Bicêtre en 1878. Il annonce son projet : « remplacer le personnel ignorant et intolérant par un personnel instruit et respectueux de la liberté de conscience » (P. Giesbert 199'). Selon notre angle d'analyse, il s'agit là de tenter une structuration nouvelle du savoir des soins. C'est sur cette légitimité, et sous l'influence de L. Chaptal que s'établira la création du premier brevet en 1922 (décret du 27 juin, portant création du brevet de capacité d'infirmière professionnelle).

Les écoles d'infirmières ne sont pas toutes de ce modèle. Depuis 1842 existent (entre autres) l'école créée à Bordeaux par M. Hamilton, celle du pasteur Verneuil : les diaconesses de Renilly (C. Duboy Fresney

1996) où la structuration du savoir des soins se poursuit largement sur le modèle de F. Nightingale. Au Royaume-Uni, les écoles suivent cette voie et se multiplient à travers l'Empire. Les écoles de la Croix Rouge, qui disposent d'une forte légitimité sociale, restent attachées à la notion de soin infirmier, leur formation est reconnue comme très performante. C'est dans le secteur public que la structuration sur le savoir médical est prédominante ; le développement des hôpitaux publics dans la première moitié du XX^e siècle donne l'impression d'une structuration monolithique. La législation sur l'aide médicale gratuite (1983), la séparation de l'Église et de l'État en 1901 (qui transforme de nombreuses institutions religieuses en institutions nationales) sont les moteurs de cette extension du service public. Mais ce n'est qu'une évolution particulière en France et son empire colonial; elle est partagée par une partie de l'Europe continentale (Allemagne et Italie principalement) . En revanche, elle ne s'impose pas de la même façon en Angleterre, en Suisse, en Europe du Nord et en Amérique du Nord. En France même, cette évolution est relative puisque les sœurs responsables des soins ne quitteront les Hôtel-Dieu que dans la seconde moitié du siècle.

La féminisation est favorisée, très tôt. D. M. Bourneville justifiait le recrutement d'un personnel exclusivement féminin qu'il supposait « plus dociles » (Cité par G. Charles 1979). L'image (le fantasme à bien des

égards) d'un couple médecin–infirmière qui reproduirait le modèle parental est gage supposé d'harmonie. C'est sans doute aussi cette idée qui fait le succès de l'idée du soin comme rôle féminin. C'est pourtant en faisant abstraction des soignants masculins que s'est développée la féminisation de la fonction. C'est d'ailleurs aux dépens de la construction du savoir, puisque sont ainsi éliminées, temporairement, les approches de J. B. Pussin et son action à Bicêtre et à la Salpêtrière⁶⁴. Jean Baptiste Pussin (1746–1811), nommé en 1784 surveillant de salle à Bicêtre a été le premier soignant à choisir son personnel en fonction des capacités (et non plus de la force de travail) et a osé le « geste inaugural » des soins aux aliénés : il a détaché les chaînes de ceux-ci ; Initiative qu'à ensuite étudié et formalisé P. Pinel dans le « traitement moral » de la maladie mentale. Il nous a légué, à travers ses écrits, les premières observations cliniques en soins infirmiers de l'histoire. La féminisation de la profession provoque aussi l'évacuation hors du champ des infirmiers militaires ; lesquels imposent pourtant durant la première guerre mondiale, et souvent au prix de leur vie, les soins avancés et le secours aux blessés du front.

⁶⁴ Voir à ce sujet : FERRON J. 1985.

Dés la fin de la première guerre mondiale, la médecine se complexifie, nous l'avons montré, de façon considérable. L'apparition d'examens para-cliniques (imagerie médicale, laboratoire) rend nécessaire une maîtrise plus importante des sciences expérimentales par les médecins. Leur formation change en réponse aux besoins nouveaux; la proximité au patient se modifie comme le montre M. Tubiana (1995). Les grandes réussites (vaccination, chirurgie, médicaments etc.) créent l'espoir, dans le grand public, d'une victoire possible sur toutes les maladies. Le mythe de l'immortalité biaise, comme l'ont montré F. Laplantine (1990) et J. Viragelleo (1985), le rapport de la médecine (comme savoir) avec le sens commun. Si les formes élémentaires de la maladie et de la guérison semblent s'unifier, c'est par un passage du savoir scientifique au savoir de sens commun dans le mécanisme que nous avons décrit plus haut: au prix d'une dénaturation des concepts en notions.

Cette évolution est contemporaine de la naissance d'une bio médecine (M. Tubiana 1995 p.233 à 270) qui fonctionne sur le modèle d'une science expérimentale (la physique, puis la biologie). Le rapport de la médecine à son objet évolue considérablement puisqu'il est désormais nécessaire d'étudier des objets mieux déterminés et d'isoler les appareils à étudier. La médecine d'inspiration humaniste, qui s'intéresse globalement à la santé des individus perd du terrain face

aux *spécialités*, elle se réfugie souvent dans des domaines très délimités comme la psychiatrie⁶⁵. Les spécialités qui apparaissent sont découpées par sous systèmes biologiques (ophtalmologie, cardiologie...) ; c'est en 1897, par exemple, que naît la spécialité de l'oto-rhino-laryngologie (F. Legent 2002). Ou bien par pathologies (oncologie, chirurgie sceptique etc.). Si le dialogue singulier avec leur patient est soigneusement préservé par de nombreux médecins, l'orientation du quotidien des services en est profondément bouleversée. Les patients des médecins sont orientés en fonction des troubles constatés dans chaque appareil biologique ; à l'hôpital on change désormais de médecin et de service selon le diagnostic posé. Le processus est entériné par la loi hospitalière de 1958 qui fusionne les fonctions cliniques, de formation et de recherche au sein des Centres Hospitaliers Universitaires et fixe la répartition en disciplines médicales distinctes. Cette réforme vient refondre la notion antérieure d'hôpital général et dépasse le soin aux démunis. Désormais, l'hôpital est un lieu de thérapie de pointe destiné aux maladies les plus graves,

⁶⁵ C'est d'ailleurs dans le milieu psychiatrique que se développe simultanément un modèle bio-psycho-social§ qui peut faire penser à celui des soins infirmiers§. Ce modèle médical est explicité par Engel aux Etats Unis en 1977. (Lalonde & coll. 1999) il prend ses sources aux travaux de H. Hey (1952) et son approche organo-dynamique. Ce modèle diffère de celui des soins infirmiers par la conception qu'il donne de la santé§ ; il est cependant frappant qu'il se développe dans le même pays et les mêmes universités, quelques années plus tard, là où travaillent les chercheurs en science infirmière depuis les années soixantes.

quels que soient les revenus du patient. C'est à la seule médecine de ville que revient désormais le lien à faire dans les différentes prises en charges. Celui-ci devient, simultanément, extérieur à l'hôpital.

Le modèle de fonctionnement bio-médical qui s'instaure à l'hôpital à la fin de la première moitié du XX^e siècle permet de développer une efficacité extraordinaire des diagnostics et des traitements. Le médecin de ville n'intervient pas dans la prise en charge hospitalière que de façon distante et marginale. Dans le même temps, le modèle de prise en charge que développent les soins infirmiers tend à mettre cette fonction de lien au centre de ses préoccupations. Parallèlement, les soins se médicalisent et se caractérisent par la mise en place d'un « paradigme » médical ; ils se résument à l'exécution rigoureuse des prescriptions qui justifient, à elle seule, le travail quotidien. C'est dire que les soins infirmiers tentent une actualisation du soin général en complément de la naissance et du développement du soin technique.

Les soins infirmiers.

La guerre de Crimée fait référence comme date d'apparition du savoir en soins infirmiers. F. Nightingale est le « héros fondateur » des soins infirmiers modernes. Elle a participé aux soins



Florence Nightingalee
Source: Naightingal Museum, Londres

donnés aux blessés de la guerre de Crimée et est impliquée très activement dans la réorganisation du système de santé aux armées. C'est à son retour qu'elle entreprend de codifier et de décrire la fonction des infirmières. Elle définit à cette occasion le savoir particulier des infirmières, leur rôle et leurs interventions. Elle est la fondatrice des premiers enseignements en soins en Angleterre. C'est aujourd'hui sa date de naissance qui fixe le jour de la fête des infirmières ; c'est son nom qui est le plus souvent choisi par les instituts de soins et les promotions de Diplômés à travers le monde. Elle est l'auteur du serment que prêtent les infirmières du monde entier et qui sert de texte de base aux différents conseils d'ordre. Enfin, la lampe qui symbolise les soins infirmiers (l'équivalent de la couleuvre d'Esculape) fait référence à celle qu'elle utilisait pour surveiller les blessés de son hôpital de campagne à Caligari. Les soldats l'avaient surnommé, dit-on, « la dame à la lampe ».

Au delà des symboles que véhicule son nom, Florence Nightingale fixe en 1859 le cadre des préoccupations de infirmières auprès des « gens malades ». L'entreprise consistait déjà à fournir à la personne « le meilleur environnement possible pour que les forces de la nature permettent la guérison ou le maintien de la santé »⁶⁶. Cela, « en considérant la personne selon ses composantes physiques,

⁶⁶ Ici traduit par S. Kerouac in S. Kerouac 1994

intellectuelles, émotionnelles et spirituelles, ainsi que sa capacité et sa responsabilité de changer la situation existante ». Le paradigme des soins infirmiers tient dans cette phrase ; répondant à l'épistémè des soins infirmiers, ce paradigme n'a pas été remis en cause par les théoriciens qui le qualifient, d'humaniste. Ceci montre une coupure avec l'épistémè qui préside au soin institutionnalisé, car le fait d'axer le soin sur la personne soignée conditionne le mode d'organisation de l'institution. Centrant sur l'idée de *personne* du *soigné*, il appelle implicitement une mise en relation entre le soigné (une personne) et le soignant (une autre personne) ; relation qui est spécifiquement humaine, qui se construit donc au fil des échanges entre les personnes concernées comme l'a montré, ensuite, H. Peplau (1958). Dès lors, une organisation des services de soin doit prendre en compte non seulement la production (en volume), la conformité de celle-ci ; mais aussi la relation à construire. Cette conception limite les modes de planification des soins sur le modèle productiviste. Deux soignants ne sont plus interchangeables sur des critères de production. On comprend là que le remplacement d'une infirmière par un contrat d'intérim, par deux ou trois « temps-partiel » met en cause le soin en lui-même. De même les rotations de planning (les « trois-huit »), par exemple ne conviennent pas forcément au projet de soin en lui-même. Le savoir des soins comporte, de façon implicite, l'idée que l'affectation

d'un soignant à un poste de travail relève plus d'une logique de rôle et de compétence que d'une logique de fonction.

Nous voyons que l'ultime structuration du soin en occident s'identifie à des développements de savoir. Qu'il s'agisse des soins médicaux ou des soins infirmiers, dans les deux cas le soin supporte l'élaboration d'un savoir sur le mode scientifique (sciences de la nature pour la médecine, sciences humaines pour les soins infirmiers). Désormais le soin supporte une fonction *Gnosis* qui vient compléter l'image que nous en avons.

Le changement introduit par l'irruption d'un paradigme scientifique a bousculé les cadres institutionnels et la définition des soins en eux même. Peut-être plus significatif encore est le changement introduit dans la notion de durée du soin. Nous avons vu au chapitre précédent comment l'institutionnalisation conduisait à un soin « définitif » où le soigné finissait par résider dans l'établissement à vie. Le fait que le soin soit déterminé par la notion de traitement (dans sa définition médicale), celui qu'il fasse l'objet d'un savoir construit et s'appuie sur l'autonomisation de la personne (dans sa définition infirmière), conduit à déterminer le soin comme un processus. C'est, à nouveau, quelque chose qui a un début, un développement et une fin. Le début correspond à l'apparition d'un trouble, le développement à la prise en charge de celui-ci, la fin à la consolidation du résultat. Les lieux de soin vont aussi se diversifier dans la mesure où les progrès techniques permettent de disséminer les interventions soignantes dans des lieux aussi variés que l'école, le dispensaire, le lieu de travail... jusqu'au domicile. Il s'agit, sans doute d'une déconcentration d'un soin centralisé, pour un temps, sur l'asile et l'hôpital; mais c'est un fait majeur pour nous, puisqu'il indique que la durée et le lieu du soin sont des données contingentes une période et une société donnée.

Le savoir vient structurer le soin de deux façons différentes mais complémentaires. Il existe une fonction *Gnosis* qui nous est montrée par les passages successifs de l'empirisme au savoir savant, puis au paradigme scienti-

fique.

La fonction gnosis répond à une dimension « savoir » que nécessite le soin. Le soin n'est pas seulement le mouvement spontané vers autrui que suggèrent les données sensibles.

/3 / Le soin à la mesure de la réduction

Le soin général peut donc être structuré sur les modes Doxa, Praxis, Polis, et est le champ de déploiement d'une Gnosis. Dans la perspective de notre réduction du phénomène, nous pouvons donc tenir compte de chacun de ces éléments et chercher à le constituer « en deçà » des structurations correspondantes. Nous devons en donner une description qui prenne en compte les différents éléments ainsi mis en lumière, chaque fonction répondant à une dimension du soin : clinique, sociale, morale, savoir. Cela selon le tableau suivant.

Le soin en lui-même			Le soin observé	
<i>Dimension</i>	<i>Fonction</i>		<i>Épistémè</i>	<i>Formes</i>
Clinique	Praxis	⇒	Tradition	Soin Empirique
Morale	Doxa	⇒	Théologie	Soin Charitable
Sociale	Polis	⇒	Politique	Soin Institutionnel
Savoir	Gnosis	⇒	Science	Soins Scientifiques

Nous avons repéré des dimensions essentielles du soin par leur rôle fonctionnel dans les structurations des soins (selon différentes

épistémè) se traduisant dans des formes factuelles de soins observables.

Ces constructions successives ne sont pas des évolutions spécifiques au soin. Nous l'avons vu pris dans des mouvements à la fois spirituels, culturels, politiques, économiques, philosophiques et scientifiques. Mais restant présent et exprimant des facettes de son eidos selon ce que permet l'époque. Ces correspondances s'établissent en fonction de l'environnement social et culturel où s'exerce le soin. Nous pouvons penser aussi aux grandes évolutions de l'éducation qui connaît à travers les âges des expressions particulières. Des conceptions antiques relativement autoritaires et aristocratiques (à l'exemple des deux *paideia*, athénienne et spartiate). Le rôle donné ensuite par la scolastique aux vertus théologiques, illustré par Saint Thomas. Puis, au XVI^e, l'exigence progressive d'une éducation plus en rapport avec les réalités politiques, économiques et sociales; comme l'illustre l'œuvre de François Rabelais. L'intervention des Lumières qui propose l'utopie éducative de Jean-Jacques Rousseau. L'émergence de la notion d'instruction publique au XVIII^e comme dans l' « Essai d'éducation nationale ou plan d'étude pour la jeunesse » de La Chalotais en 1763. Puis la tendance à la structuration de l'éducation sur une base scientifique. Ce raccourci n'est pas sans rappeler l'histoire de la pensée du soin et nous indique que celui-ci, pas plus que l'éducation, ne peut

se réduire à la contingence du temps ou du lieu d'observation.

Identifier des éléments fondamentaux (praxis, doxa, polis, gnosis) comme nous venons de le faire ne dit rien, en lui-même, du sens du soin ou de sa raison finale; nous voici donc en demeure de changer le pan de notre questionnement. Il s'agit désormais de questionner le soin, en deçà des contingences et de chercher comment les éléments que nous avons identifiés prennent racine dans le soin (et non dans le factuel). Nous devons ouvrir la problématique au champ des interprétations; interprétations liées à la lecture des expériences humaines, et pour nous, ici, à celle du phénomène-soin. C'est aussi l'occasion de remettre en cause la prétention éventuelle de dénier toute présupposition; nous l'avons vu, le soin a toujours supporté des surdéterminations souvent en relation avec les conditions où il s'exerce. Il s'agit, à nouveau, de prendre en compte ces données sans adhérer à l'une d'entre elles; de refuser, à priori, les affirmations unilatérales; le soin n'est pas qu'une affaire de charité, d'institution ou d'exécution de tâches prescrites.

Il est possible d'entrer dans une vision où chaque situation paradigmatique du soin vient « remplacer » la précédente et détruit celle-ci⁶⁷. Idée qui est en relation avec une conception *progressiste* de l'histoire; laquelle cheminerait par révolutions, détruisant à chaque étape, un monde ancien pour fonder un monde nouveau. Illusion, aussi, d'une épistémologie empirique qui trace un chemin de l'obscurité prélogique à la lumière positive; ou bien même, une toute-puissance du concept de paradigme khunnien venant comme seule clef de compréhension de la science. Confusion, enfin de la métaphore de la caverne platonicienne, où le sage orienterait le regard des innocents, et la réalité des évolutions socioculturelles. Autant de confusions entre la carte et le territoire, avec la part d'idéologisations qui s'y dissimule. A l'aune de cette confusion, le soin empirique est supplanté par le soin charitable lequel est « remplacé » par le soin institutionnel; lui-même détruit par les lumières du soin rationnel : fin, sans doute de l'histoire, puisque nous sommes proches de l'idéal Comtien de la raison. Dans ce schéma, chaque nouveauté consume ce qu'elle remplace. Mais tout ceci ne correspond pas à la réalité du phénomène. Nous avons vu :

- Que l'Essence du soin ne réside dans aucun de ses éléments séparés.
- Que les dimensions révélées par la réduction du soin sont persistantes dans les structurations qui leur succèdent;

En un mot, que tout est construit et que rien n'est détruit. Ce qui constitue un autre schéma où chaque nouveauté vient construire une réalité nouvelle en amendant la réalité précédente; de la même façon que l'éducation aujourd'hui porte une part de chacune des étapes qu'elle a parcourus durant sa longue histoire.

C'est à l'impasse du premier schéma que nous entendons échapper, en appliquant au résultat de l'époque des soins une réflexion visant à rendre compte de la diversité des éléments essentiels du soin, d'une part; à prendre

⁶⁷ Cela, dans une vision restrictive de la conception du paradigme, partant d'une lecture étroite de T. S. Kuhn; position qui peut dans une certaine mesure être reprochée à certains auteurs : par exemple la lecture du concept de paradigme que donne S. Kerouac et que nous avons déjà mise en cause.

en compte les réalités du soin général d'autre part. La visée étant celle d'une construction renouvelée, où prennent place des éléments divers (voire d'allure contradictoire) pour composer une description du soin répondant à la raison.

Il s'agit, finalement, dans notre lecture, d'un état d'esprit que doit acquérir le chercheur, une disposition acquise de la façon de penser, plus qu'une méthode au sens technique du terme. Cette forme de la réflexion doit être mise en œuvre à chaque fois que l'on examine un élément du champ ou de l'objet de recherche. Ce que l'on peut résumer, de façon très sommaire, par le fait d'avoir toujours trois questions à l'esprit :

- De quoi s'agit-il, en fait?
- Que signifie ce qui entoure cela?
- Que peut-on en penser, puis en dire (faire récit) de façon construite?

Ces trois questions renvoient l'une à l'autre; on doit s'attendre à ce que ce qui entoure l'objet oblige à redéfinir celui-ci; il faut être certain qu'il y a bien à penser dans le sujet d'observation... C'est là, sans doute, que l'on peut comprendre le très beau qualificatif de « voie longue » donnée par Paul Ricœur au travail philosophique lorsqu'il explique son parcours. Pour lui, la triple démarche conduit à systématiquement faire le tour de chaque question « trois fois plutôt qu'une ».

En ce sens, il n'est pas question d'une méthodologie de l'approche philosophique au sens instrumental du terme: où méthodologie signifierait l'ensemble des méthodes et techniques à appliquer en vue de créer un protocole, des critères et des indicateurs. Puisque nous avons vu que la démarche est plutôt de nature cyclique et systématique (persévérante, voire obstinée), nous qu'il s'agit plutôt d'un processus que nous avons à décrire et préciser.

En corollaire, le chercheur, à essayer de documenter ce qui surgit et à prendre au sérieux ce qui entoure son objet, court le risque de s'égarer; A s'enliser dans « le tout est dans tout ». Voire, comme on le rencontre parfois, errer de la complexité vers le compliqué : perdre le champ et/ou l'objet dans

l'étude exhaustive des accidents rencontrés. Ainsi : comment traiter, pour ce qui nous concerne, une relation particulière entre deux individus sans avoir la tentation de résoudre la question d'autrui? Sans, non plus, boucler la problématique; oublier d'entendre Spinoza, Kant ou Lévinas pour ne citer qu'eux... Perdre ainsi le soin dans une philosophie de l'être et d'autrui, et sûrement compliquer le soin au risque d'en faire le paradigme de la relation à autrui (la théorie générale du soin). Nous avons vu plus haut comment nous pouvons sérier le soin afin d'échapper à cette impasse, il reste à toujours renouveler la vigilance du chercheur.

L'intérêt n'est cependant pas uniquement de cadrer de façon restrictive le travail de recherche. Écarter l'écueil du compliqué est, finalement, une frustration féconde qui oblige de vérifier à chaque fois que là ne réside pas quelque chose d'essentiel pour notre sujet, qu'il n'existe pas non plus quelque chose de nouveau (ou de différent de l'attendu) qui vienne modifier l'image nouménale de l'objet ou du phénomène; c'est-à-dire, l'indice que, notre conception actuelle puisse être remise en question. Nous avons ainsi essayé de travailler la façon dont on doit restreindre et préciser le champ actuel de la réflexion : en déterminant, autant que faire se peut, chaque point d'articulation de la réflexion, quitte à restreindre et à situer clairement ce qui nous semblait hors champ et à reconsidérer ce qui vient perturber la conception que nous avons de celui-ci.

Le processus

Nous avons examiné l'œuvre de Maurice Merleau-Ponty qui nous sert de guide; non pas, cette fois-ci, uniquement au niveau des développements de sa pensée, mais plutôt en étudiant son cheminement. Sa démarche consiste à procéder à des études successives en sériant à chaque fois un groupe d'observations particulier; c'est le processus de son œuvre principale « Phénoménologie de la perception »⁶⁸. Il détermine alors un champ d'analyse adapté,

⁶⁸ Nous retiendrons cet ouvrage en particulier dans notre analyse, car il présente l'avantage d'être totalement abouti, de l'introduction à la conclusion. Les autres ouvrages de Maurice Merleau-Ponty sont souvent beaucoup plus courts, soit constitués d'études

cela sans a priori particulier; on retrouve ainsi des lectures de faits:

- La sensation, le souvenir, l'attention et le jugement
- auxquels succède une lecture du corps.
- Vient ensuite l'étude du monde vécu; à travers le sentir, l'espace, la chose et la nature, autrui.

Il implémente ainsi, comme on le ferait pour construire un système d'information, une lecture interprétative progressive des données. Au fil des études un certain nombre d'assertions se condensent sous forme de concept ou de sens donné, elles sont étayées par chaque analyse. Cet ensemble constitué, une description globale forme la conclusion de la recherche; laquelle s'ouvre sur des questionnements de nature ontologique qui explore l'être pour soi et l'être au monde au travers du cogito, de la temporalité et finalement de la liberté. Nous verrons, dans ce qui suit, comment nous pouvons à la fois nous inspirer du mode de réflexion dans la construction d'une lecture théorique du soin général; mais aussi combien nous pouvons trouver là des lectures conceptuelles pertinentes pour notre sujet: la question de la relation corps/esprit, la relation à autrui celle de l'autonomie et de la liberté montrent des résonances entre l'œuvre du philosophe et les préoccupations du soin.

Cette relation ne doit pas nous étonner; utilisant la clinique des soins infirmiers comme terrain, il est logique que nous rencontrions une pensée contemporaine de la construction de son savoir.

La transposition au soin

La transposition de cette approche au soin nous conduit à envisager des études successives organisées autour de plusieurs thèmes :

- Une interprétation des résultats de la réduction.

successives de sujets cruciaux mais réunis pour des raisons éditoriales, ou enfin, hélas inachevés du fait du décès de l'auteur dans la soirée du 3 mai 1961.

- L'élucidation du sens du soin dans une double approche : langagière et symbolique; avec en perspective la question de ce que renvoie le mot soin sur ces deux plans lorsqu'on le questionne.
- Une enquête sur la question de la personne soignée visant à cerner la conception que l'on peut en donner et ses limites en termes de concept.
- L'étude du soin comme dispositif et processus; avec le souci de décrire, analyser et interpréter les données du soin clinique en utilisant notre production théorique.
- Une lecture des exceptions du soin : interprétation de ce qui paraît divergent dans le soin que l'on rencontre; Cela, à partir du cas emblématique de Martial qui a construit notre questionnement de départ.

Cet ensemble construit une description du soin général et un appareil conceptuel opératoire qui nous permettent de conclure quant à notre hypothèse de travail; cette partie s'articulant du point de vue de l'herméneutique du soin à des scolies (intimité, souffrance, temps) testant les capacités heuristiques de notre modèle théorique.

-3.1 / Première étude : l'immédiat et son reste

Il s'agit, tout d'abord de reprendre la réduction phénoménologique que nous qualifierons, selon la formule de Pierre Guenancia⁶⁹, comme *l'immédiat et son reste*. Notre exploration a mis en relief l'immédiat (les contingences et le factuel) d'une part, et le reste : les éléments d'essence que nous devons étudier d'autre part.

Le soin est avant tout, dans chaque cas de figure de celui-ci, une relation d'humanité; il n'y a pas, dans tout ce que nous avons examiné, de soin sans action pour et auprès d'autrui. C'est d'ailleurs chez autrui, la personne qui devient soignée, que se situe l'origine phénoménale du soin réalisé : si

⁶⁹ P. Guenancia « L'immédiat et son reste » in « Un siècle de philosophie » collectif, Gallimard/Centre Pompidou, Paris 2000, pages 277 à 331.

personne n'a besoin de soin, aucun soin ne prend forme, et cela quelles que soient les circonstances que nous avons pu examiner. Situation qui rappelle celle de l'éducation. Celle-ci suppose la présence de deux personnes et d'un savoir, comme l'a montré J. Houssaye (1988). La période initiale que nous avons choisi d'examiner (le soin charitable) est particulièrement éclairante de ce point de vue. En effet, la prise en compte de la vertu théologale provoque nécessairement une tendance, dans le corps social, à porter une attention plus soutenue aux personnes nécessitant des soins; et donc une mise en lumière du soin; le mettant ainsi en évidence.

Le soin, modalité de relation humaine

Ainsi, si personne n'a besoin de soin (ou ne demande de soin), aucun soin ne prend forme. Le soin ne se manifeste à l'horizon de l'humain que tant qu'un autre être humain le nécessite : il est premièrement inter-relation; soit que la relation est première, au sens logique, dans le soin. Plus précisément, il s'agit bien de soigner quelqu'un (marginale un groupe de personnes dans certaines formes de soin très spécialisé, comme en santé publique. Cette relation s'instaure finalement à chaque fois que « quelqu'un » n'est pas en mesure de réaliser lui même un certain nombre de gestes de la vie quotidienne. On retrouve cette dimension à chaque étape historique; dans le soin charitable, le soin institutionnel, les soins scientifiques ou les soins traditionnels...

Le soin est toujours en relation avec une incapacité du soigné à vivre la vie de ses contemporains et il appelle une mise en relation du soigné avec un soignant.

Ce qui précise la circonstance de mise en œuvre du soin comme relative à la situation socioculturelle de son apparition. Ce qui explique que nous ne repérons empiriquement que des manifestations du soin, et non l'essence du soin dans nos observations. Bien entendu, certaines situations sont quasi-universelles (les grands déficits sensitifs ou moteurs par exemple); mais l'incapacité à vivre la vie de ses contemporains est aussi une question d'interprétation, en dépendance socioculturelle, et varie en raison

du temps et de l'espace social où s'inscrit le soin. L'universalité, ce qui touche à l'essence du soin, doit être précisée :

Le soin ne part pas tant de la volonté de soigner (du soignant ou de l'institution) que de la difficulté à vivre du soigné. Ce n'est qu'à partir de cette situation de difficulté que l'on trouve du soin.

L'apparition du soin ne dépend pas de la nature ou de l'interprétation de la difficulté; ce sont les formes et les interprétations du soin qui s'y conforment, en fonction des codes socioculturels qui entourent la situation de soin..

La part de la praxis

Mais soigner ne consiste pas à faire n'importe quoi avec n'importe qui. Les soins infirmiers ont précisé en définissant le soin comme « Action ou ensemble d'actions qu'une personne décide et/ou accomplit pour elle-même et/ou pour autrui en vue de se soigner ou de le soigner (R. Magnon & G. Dechanoz 1995 p.184)». Le fait de soigner devenant alors « Agir pour soi-même ou pour autrui afin d'entretenir la vie, de maintenir, restaurer et promouvoir la santé (Ibid p. 183)». La praxis apparaît là intimement associée à la relation : la présence d'un autrui à soigné fait que se produit un agir⁷⁰ particulier; l'agir en question est un élément essentiel à l'existence du soin. A minima, en quelque sorte, le soin est déterminé par l'existence d'un autrui et celle de soin à pratiquer. La praxis tient donc bien à l'essence du soin et n'est contingente qu'au niveau des formes factuelles inscrites dans l'épistémè de référence du soigné et du soignant, cela, sans que l'essence du soin ne se résolve à cette praxis. Alors, on comprend mieux, comme nous avons vu dans notre exploration du thème, comment et pourquoi cette résolution conduit à une impasse épistémologique.

Praxis et gnosis

⁷⁰ Agir au sens de « l'agir humain » selon la conception développée par H. Arendt autour de la notion de travail humain in « Condition de l'homme moderne », 1961

La définition la plus courante des auto-soins tient à la notion de *self care*, et nous utiliserons souvent celle des auto-soins dans la terminologie de la science des soins infirmiers. Cependant cette traduction de *self care* est hasardeuse dans la mesure où elle peut faire contre sens. En effet auto-soin peut se comprendre comme les soins automatiques, dimension qui n'est pas exclue, mais qui ne réduit pas l'ensemble à sa description. Nous ne discutons pas ici du caractère « instinctuel » des soins que nous devons nous donner à nous même. C'est pourquoi nous utiliserons plutôt le terme *soins personnels*. Pour en cerner le concept nous ferons appel à une articulation aux concepts de santé et d'environnement, tels que nous les avons vus dans notre analyse du savoir des soins infirmiers.

Le(s) soin(s) personnel est l'ensemble des gestes qu'une personne accomplit par et pour elle-même en vue de se préserver et de se développer de façon harmonieuse en fonction de sa santé et de son environnement.

Et, par opposition:

Nous nommerons soins exogènes les soins qui sont accomplis par une autre personne que celle qui les nécessite. Ces soins concernent en premier chef les soins personnels que la personne ne peut accomplir dans des circonstances particulières.

Ces dispositions ne sont, bien sûr, pas spécifiques aux soins infirmiers, lesquels se définissent comme « Ensemble de connaissances, de compétences et de techniques relatives à la conception et à la mise en œuvre d'actes infirmiers (Ibid, p. 193)» il relève, à ce titre de la gnosis. En dehors même des compétences et des techniques, il existe une continuité forte entre soins personnels et soins exogènes quant aux actes effectués Il s'agit de deux ensembles qui, techniquement, se recouvrent partiellement, la différence réside justement dans la relation qui s'instaure dans le soin par autrui, en regard des soins personnels; ainsi qu'à la mise en place de la gnosis. Le point d'articulation, le passage d'une définition à l'autre, s'établit en fonction de l'autonomie de la personne soignée; autonomie au sens du soin, se

restreignant à la capacité d'effectuer seul ses soins personnels⁷¹.

L'articulation repose sur la reconnaissance ou la conscience, d'une difficulté à effectuer les soins personnels; puis à la formulation d'une demande de soin. C'est là le cas le plus général, les circonstances où la prise de conscience de la difficulté n'est pas possible relèvent plutôt des soins professionnels. La non-reconnaissance est généralement en rapport avec une situation de handicap (handicap mental) ou se présente au décours d'une maladie psychique (mélancolie, schizophrénie, psychose hallucinatoires, par exemple) ou physique (déficit cognitif acquis comme dans les accidents vasculaires cérébraux ou les maladies du système nerveux central). A ce titre ces prises en charge relèvent systématiquement d'une catégorie spéciale du soin général : les soins médicaux et/ou les soins infirmiers.

Le soin exogène intervient à chaque fois que l'autonomie d'autrui est en cause. Cela dans tous les cas de figure que l'on rencontre. Lorsque la mère prend soin de son enfant, c'est bien que celui-ci n'est pas *encore* en mesure de prendre soin de lui-même. Si une aide soignante ou une bien une infirmière, m'aide pour ma toilette lorsque je suis hospitalisé c'est encore que je ne suis pas, *actuellement*, en mesure de me débrouiller tout seul. Un cas limite étant, par exemple, celui du coiffeur. C'est finalement aussi parce que je ne suis pas en mesure de me couper les cheveux moi-même que je me rends dans son salon. Bien compris, bien entendu, que je vais aussi chez le coiffeur pour assurer mon image sociale, discuter et même consulter les revues d'automobile... Mais aussi, le coiffeur (pour homme) était autrefois le barbier; à ce titre chargé de nombre de soins particuliers comme les saignées; c'est lui qui maniait le rasoir et à l'occasion la lancette et le scalpel. Le cas du coiffeur n'est donc pas si étranger au soin que notre observation contemporaine peut le supposer.

Les soins personnels sont donc reliés et distincts des soins exogènes.

⁷¹ Il s'agit là d'une restriction temporaire, nous verrons plus loin comment développer l'autonomie comme concept.

Nous dirons qu'ils sont articulés au sens donné à ce terme par Jacques Ardoino: ce qui relie sans prolonger et qui distingue sans discontinuité (Ardoino J. & A. de Peretti 1988). nous distinguerons ainsi les soins personnels et les exosoin.

La relation de soin

Il y a donc relation entre le soignant et le soigné. Relation asymétrique dans la mesure où l'un intervient pour aider l'autre dans des gestes qu'il ne peut pas réaliser, la réciproque n'étant pas vraie. Le soignant dispose d'un rôle spécifique dans la relation, rôle étant ici à prendre dans son sens le plus large.

Le soignant est celui qui peut intervenir en présence de la dépendance⁷² d'autrui, et qui est reconnu comme tel par celui-ci.

De la praxis à la polis

Cette reconnaissance est pratiquement toujours socialement constituée : que ce soit par une institution, un diplôme ou même par la réputation locale du guérisseur. On voit là que la dimension polis du soin, apparue dans notre lecture des données historiques, ne dépend pas tant de la situation du soin au XVII^e, mais que le soin est socialisé en lien étroit avec les éléments que nous avons relevés en premier : *la relation* et *la pratique*. Lien qui se constitue donc au niveau de l'essence et non à celui du factuel.

Ces éléments fondamentaux nous donnent la structure la plus élémentaire du silène :

S'il n'y a pas de personne soignée, ou pas de personne soignante, il n'y a pas d'exosoin lequel représente le cas fondamental du soin général; Ceci, quelle que soit la pratique de soin ou la contingence de celui-ci.

⁷² Nous reviendrons plus loin sur ce qui relie la dépendance à l'autonomie; lien qui passe, du point de vue du soin, plus par la souffrance que par la notion de handicap.

Le qualificatif de soigné dépend de la situation intime de la personne soignée (en terme d'autonomie) : il s'agit d'agir quelque chose *pour elle* qu'elle ne peut réaliser *par elle-même*. Ce quelque chose est important; négligé, il la met souvent en cause du point de vue de son existence.

Nous disposons ainsi de critères discriminants qui indiquent si ce que nous observons est du soin ou non : si rien ne vient justifier la dimension soin de la relation; il s'agit d'autre chose... Si les personnes en présence ne réalisent pas des soins, il s'agit d'autre chose à nouveau... Ainsi, lorsque la prise en charge s'impose de l'extérieur de la personne. En prison et par décision de justice, par exemple, si le gardien s'occupe bien du gardé, nous ne sommes pas dans le cadre du soin général. Un gardien n'est pas un soignant dans la mesure où son action ne répond pas à des éléments fondamentaux du soin : il ne s'agit pas ici de concourir à l'exercice des soins personnels, le besoin et la demande sont le résultat d'une injonction institutionnelle (de la justice en l'occurrence); c'est à dire que nous sommes dans une différence d'essence, cela même si des formes particulières (l'enfermement, par exemple à l'égard des hospitalisation psychiatriques sous contrainte administrative) peuvent se ressembler; ces ressemblances résident dans la contingence des deux activités considérées; ce qui n'autorise pas à en confondre les essences.

-3.2 / Seconde étude : Ce qui fait racine au soin

Ce que nous venons de formuler peut être de deux origines : le soin général peut ainsi être une disposition naturelle, ou bien encore tenir d'une élaboration typiquement humaine, largement issue de la culture. Dans un cas, le soin général n'a de sens que dans la *nature* humaine des protagonistes du soin; dans l'autre, nous devons remettre en cause l'idée d'une essence du soin, et partir à la recherche d'une forme fondamentale, qui reste à déterminer (soit, nous orienter vers une anthropologie du soin). Pour répondre à cette interrogation, nous devons étendre notre enquête à ce qui *fait racine* au soin; à la recherche d'un socle au soin général (organique, génétique ou social).

Le soin et la socialité

Peut-on raisonnablement retourner à la *racine* du soin? Il est assez problématique d'observer un soin à « l'état sauvage », c'est à dire issu directement de la nature; toutes les actions humaines observables en matière de soin que nous avons examinées sont reliées à un contexte culturel. D'ailleurs il est très discutable d'examiner un tel état de l'humain « de nature »; l'homme modifiant culturellement même le milieu où il vit. La *dimension culturelle* de la nature vient relativiser l'idée même de nature humaine⁷³. L'anthropologie nous a démontré que tout ce qui est observable par nous, en tant que nous sommes *Homme*, est marqué par une culture, quelque qu'elle soit. Mais cela ne signifie pas que ce que nous appelons « soin » (et en tant qu'il est un phénomène typiquement humain), est sans aucun répondant avec d'autres observations.

Le soin, phénomène naturel ?

Chez de nombreux mammifères, les éthologistes ont relevé des conduites indiquant qu'ils sont capables de se mettre mentalement à la *place* d'un autre individu, de saisir la difficulté de la situation de celui-ci et de tenter d'intervenir. Les aptitudes cognitives qui sous-tendent les capacités morales de l'homme seraient, selon certains auteurs, présentes chez les mammifères les plus proches de lui; c'est le cas chez les singes pour F. De Waal (1996). Pourtant la préoccupation d'autrui est chez l'homme, une pièce essentielle de ses aptitudes. C'est aussi un des principes antérieurs à la raison selon J. J. Rousseau dans son discours sur l'origine et les fondements de l'inégalité parmi les hommes. Prendre soin a donc, pour le naturaliste comme pour le philosophe, une dimension naturelle, quelque chose qui s'impose à nous et auquel je dois souscrire.

⁷³ Voir à ce sujet S. Moscovici .« Essai sur l'histoire humaine de la nature », Flammarion, Paris, 1968

Soigner devient ainsi, dans la terminologie des soins infirmiers, un besoin fondamental « Nécessité vitale propre à tout être humain, sain ou malade (R. Magon & G. Dechanoz, 1995, p.30)»; Quelque chose qui est plutôt de l'ordre de la nécessité que du manque selon l'expression de S. Kerouac (1994).

C. Amouroux (1995) a montré que les hommes structurent leurs relations sociales même dans les conditions les plus difficiles; il décrit les « sociétés natives » qui s'organisent jusque dans les institutions où l'exclusion est le sort commun. Une des fonctions qui émerge, au côté des grandes fonctions sociales et culturelles, est justement le soin. Ainsi, dans l'institution asilaire qu'il étudie, et en dehors même des soins dispensés par les soignants « officiels », les pensionnaires les plus autonomes prennent en charge des plus handicapés, les « petites » selon l'expression relevée par l'auteur, pour les soins élémentaires (soins d'hygiène, alimentation, relations avec le groupe). Nous reconnaissons là le soin comme un besoin tant pour le *soigné* que pour le *soigneur* et nous relevons qu'il est l'objet d'une structuration sociale y compris dans des conditions extrêmes. Nous dirons qu'il s'agit là du *soin premier*, en tant qu'il est émergent avant toute élaboration sociale du soin.

Le soin premier

Nous pouvons décrire le soin premier comme faisant partie de la socialité de l'homme, c'est à dire comme quelque chose qui est attaché à la part innée de ses tendances comportementales. Tendance qui ne lui appartient sans doute pas uniquement, mais qui prend dans l'espèce humaine une importance particulière. Cette tendance est innée, car elle prend place dès la naissance; mais c'est aussi une tendance comportementale, elle appartient aux caractères fondamentaux de chacun de nous. Prenons un exemple; si, dans la rue, une personne chute brutalement sur le trottoir au milieu de la foule, l'attente de comportement que nous avons est que les passants s'ar-

rêtent et s'enquière de sa situation. Il s'agit là d'une mise en action du soin premier, car il ne s'agit pas pour les passants de mettre en œuvre un savoir particulier (sauf s'ils sont soignants à quelque titre comme médecin, secouriste, pompier ou infirmier); l'attente correspond plutôt à un devoir d'assistance. Devoir d'assistance qui s'impose par des règles élaborées, puisque son absence peut être l'objet de poursuites judiciaires (la « non-assistance à personne en danger » est condamnée par la loi⁷⁴). Bien entendu, la littérature, le théâtre ou le cinéma présentent de nombreuses situations où les passants ignorent la personne en difficulté. Mais justement, si cette situation est mise en scène, c'est qu'elle présente une anomie pour la majorité d'entre nous. C'est justement cette anomie qu'utilisent ceux qui mettent en scène le défaut de soin.

Cette disposition naturelle à prendre soin d'autrui repose sur un souci (*sorge* au sens phénoménologique du terme comme l'a dit Yves Thiébaud [1994]) : un souci d'autrui. Nous savons que, face à autrui souffrant, chacun est dans l'alternative de tenter de le soigner ou de se détourner. Mais il est toujours interpellé (quelle que soit la réponse) sans pouvoir échapper à cette interpellation⁷⁵. Cette disposition constitue un nouveau niveau logique du soin : le soin premier forme un soubassement auquel nous ne pouvons échapper.

Le soin premier est strictement limité : il tient à cette dimension spontanée du soin qui nous pousse à nous occuper d'autrui souffrant, sans que nous puissions y trouver trace de construction sociale ou d'organisation du soin.

⁷⁴ En France, art. 223-6 du Code Pénal. Au Québec, Art. 2 de la Charte des Droits et Libertés de la Personne.

⁷⁵ Interpellation à prendre au sens de celle décrite par E. Lévinas (1974) et P. Ricœur (1990). Cette idée pourrait aussi être rapprochée du souci d'autrui développé par B. Spinoza dans son *Étique* ou comme répondant partiellement de l'impératif Kantien de la critique de la raison pratique.

C'est sur cette disposition que se construit le soin général, lequel est déjà inscrit dans un champ socialisé ou culturel.

Le soin général recouvre toutes les occurrences du soin, structurées socialement à partir du soin premier; quelle que soit l'épistémè de référence que l'on puisse rencontrer.

Chacune des structurations du soin que nous avons rencontrées, répond du soin premier et élabore sur celui-ci, une forme de soin particulière. Ces formes sont distinctes cependant du soin premier, dans la mesure où elles introduisent une rationalité spécifique dans le soin, s'appuyant, et accentuant à bien des égards, un des éléments essentiels du soin. Alors que le niveau logique du soin premier est celui du sensible, celui du soin général est celui de la culture. Chaque occurrence du soin général dépend étroitement d'un système de pensée particulier; nous avons rencontré une cosmologie pour les soins traditionnels, une préoccupation théologique pour les soins charitables, une vision de l'ordre social pour les soins institutionnels, une lecture scientifique du monde pour les formes contemporaines. A la réduction phénoménologique résiste le mouvement initial du soin premier, toujours présent, quel que soit notre angle d'observation.

-3.3 / Troisième étude : Qui est soigné ?

Autrui soigné

Nous avons vu que le soin est une forme de relation particulière entre deux individus. La question de cette relation; comment elle s'instaure, à quels régimes de relation donne-t-elle lieux, sont donc d'une importance déterminante, comme nous allons le montrer, dans l'apparition du soin.

Du point de vue sensible, René Descartes nous montre que nous pouvons partir de notre sentiment d'existence; pour lui à partir du constat de notre propre pensée. Il construit alors l'extériorité à partir de l'inférence du sujet sur ce qu'il perçoit du comportement d'objets particuliers de son envi-

ronnement : certains semblent posséder une âme. L'inter-subjectivité cartésienne est donc seconde à la subjectivité. Cette position prend le risque du solipsisme et celui d'une réduction de l'autre au moi, comme l'a montré Emmanuel Lévinas. Ainsi, si l'on en reste à la perception initiale du sujet isolé, il ne se vivrait par rapport au monde que comme exception, isolat, différent. Mais Autrui est là, constituant une autre réalité : différant des objets, une catégorie d'existants qui ne peut se réduire à la position d'objet. La relation à l'objet peut être une simple relation d'usage; celle à autrui introduit une communauté que nous dirons de partage où l'un comme l'autre perçoit quelque chose de commun et qui lui impose une forme de relation spécifique « je sais maintenant que *lui aussi* est seul à être soi » (M. Merleau-Ponty 1960, p. 30). Mais cet événement ne survient pas au sens historique, car autrui fait partie du monde avant même que nous y soyons nous même. Il s'agit donc, pour l'intériorité et l'extériorité, de deux aspects inséparables; non pas tant comme une dialectique partant du désir (comme pour Hegel dans la dialectique du maître et de l'esclave) que comme un fait tenant à notre présence au monde. C'est « Toute l'étoffe du monde sensible qui vient quand j'essaye de me saisir, et les autres sont pris en elle » (M. Merleau-Ponty, 1960, p. 29).

Ce qui importe pour nous c'est que cette présence d'autrui commande l'impossibilité du solipsisme, la catégorie Autrui introduit un dialogue et la construction d'une relation et l'émergence d'un rapport moral; il ne s'agit plus d'utiliser ou non un objet, mais de se situer dans un échange. Nous arrivons à la source d'une Éthique de l'action commune comme l'a montré Emmanuel Lévinas. Nous comprenons ainsi comment le soin peut se constituer, à partir de la présence d'autrui au monde, soit comme soin premier; puis comment se constitue sa dimension morale et la constitution de la Doxa du soin.

Mais Autrui est une entité très générale, le soin ne s'adresse pas à tout autrui possible : Nul ne soigne continuellement tous les Autrui qui se présentent. Parmi tous les Autrui du monde, au moment du soin se trouve une classe particulière : celle d'autrui soigné.

Prendre soin, c'est porter attention à quelque chose. Ici c'est plutôt porter attention à quelqu'un. Le soin est donc, fondamentalement un mouvement vers quelqu'un d'autre. Mais alors, qui est ce quelqu'un que je soigne? Dans les écrits spécialisés on retrouve les termes de malade, patient, client, usager, bénéficiaire, personne; ces appellations ne correspondent pas toutes à la même chose, elles ont des connotations différentes.

Malade est restreint à une quelqu'un qui souffre d'une maladie, C'est une façon de mettre en avant le phénomène maladie plutôt que celui du soin; c'est à dire de considérer celui-ci comme second à la maladie, et finalement à celle-ci seule. Utiliser ce terme exclu par exemple les soins autour de la naissance ou ceux du grand âge (la naissance et la vieillesse ne sont pas des maladies); finalement à ne prendre en compte qu'une partie du soin.

Patient désigne l'un des deux termes de la relation médicale que les médecins nomment le dialogue singulier. Le terme de patient est bien distinct de celui de l'agent (le médecin). Agir pour l'agent, c'est aussi exercer un pouvoir sur un patient. Nous avons montré qu'il n'est pas possible de restreindre le soin à sa dimension médicale, ce serait en exclure les soins maternels, les soins infirmiers et bien d'autres formes encore. A l'idée de patient s'attache une certaine passivité, une "objectisation" qui ne correspond pas à toute la réalité. Si soigner s'adresse à quelqu'un, ce n'est pas à un objet.

Client est issu de la démarche de professionnalisation des soins menée en Amérique du Nord ces trente dernières années. Il s'agit d'une conception qui pose que le client est celui qui a des exigences de qualité, de sécurité, de rentabilité des soins. Nous éviterons de l'utiliser dans la mesure où le terme possède des connotations mercantiles certaines; parler de client risque de nous conduire à un marketing des soins, à une adaptation de l'offre non aux besoins de santé, mais aux attentes, au désir du client, voir de l'institution.

Bénéficiaire est un terme québécois qui est utilisé depuis une quinzaine d'années, peut-être en réaction à la notion de client. Le renversement de client à bénéficiaire suppose que le soigné "tire bénéfice" des soins. L'utiliser conduit à poser ontologiquement la qualité des soins; nous courrons le

risque de mettre en demeure le bénéficiaire de bénéficier.

Nous utilisons le terme de personne soignée; c'est la personne soignée qui doit être définie.

La personne soignée : Les limites du concept

Définir la personne soignée appelle la définition d'un concept. Mais celui-ci pose des difficultés particulières, bien différentes de celle d'un concept du soin ou du soignant. Si la personne soignée est souvent évoquée dans la littérature du soin, c'est souvent en perspective d'un concept opérationnel. Par exemple dans le cas de l'être unitaire chez M. Rogers ou R. Rizo Parse, il s'agit de décrire d'une part comment il est constitué, d'autre part à envisager son fonctionnement face à l'environnement ou ses réactions internes. L'être est posé humain comme une certitude logique, logique bien naturelle, puisque les soins infirmiers ne sont pas des soins vétérinaires. Cependant cette démarche repose sur une ontologie informulée; ce qui conduit à rendre sa lecture critique impossible. On comprend bien pourquoi, dans une visée de science du soin, les auteurs partent d'une constatation empirique : il y a là quelqu'un à soigner... Ne pas questionner au-delà de ce fait relève d'un souci d'efficacité et de pragmatisme qui convient au développement d'une ingénierie, laquelle ne peut tout englober. Mais, nous plaçant ici dans un questionnement plus fondamental, nous devons explorer la question plus avant. Ce qui ne signifie pas reformuler une philosophie de la personne ou du rapport à autrui; il s'agit ici d'éclairer la question d'une personne autant qu'elle est comprise dans le soin en tant que soignée.

Comme l'a montré Y. Thiébaud en 1994, un savoir des soins s'accompagne nécessairement de la constitution d'un concept de personne soignée; celui-ci généralement construit autour d'une inspiration humaniste. Mais aussitôt qu'un concept sur la personne est posé surgit une difficulté : il s'agit de l'être humain. On connaît le concept d'homme qui réunit l'ensemble des prédicats généraux et universels définissant ce que l'on peut nommer un homme dans sa réalité physique et dans ses capacités mentales théoriques. Comme concept, il se doit d'être objectif; c'est à dire mettre de côté les particularités individuelles, afin de permettre (par exemple) de distinguer un

homme d'un animal ou d'un végétal.

Tout autre chose est l'homme concret pour qui on ne saurait écarter aucun élément de son individualité. Il en va de même avec tout concept de personne que l'on puisse forger; il faut en user avec prudence, de peur de réduire l'homme singulier ici présent au concept de personne soignée. Soigner est la rencontre d'autrui, dès le début des soins. C'est dire que les soins ne sauraient s'adresser qu'à la personne qui *est là*; ils ne peuvent soigner le concept ou même la personne comme une incidence de celui-ci. La personne soignée est aussi, et avant tout, cette *personne là* qui se manifeste comme *existant* (Dasein, au sens phénoménologique). La personne acquière alors des caractéristiques qui débordent le concept. C'est cette personne *là-aussi* et une *personne-avec* qui participe à la rencontre; la *co-existence* ne se limite pas à une multiplication des occurrences du concept [personne soignée]. Le concept n'est, quant à lui, qu'un outil de connaissance du réel qu'est la personne; il n'épuise jamais celle-ci dans une description synthétique.

Personne s'entend donc ici, au-delà de son sens commun, comme un concept propre aux soins; le substantif est complété par la notion de soigné. Le soignant est l'un des termes de la relation de soin, la personne soignée en est le second, ce qui relie ces deux termes c'est le soin.

-3.4 / Quatrième étude : Le sens du soin

A la suite de la réduction du phénomène soin, nous pouvons disposer d'un ensemble conceptuel de celui-ci; c'est à dire un ensemble de définitions univoques et raisonnées qui nous garantisse que nous identifions le soin et rien d'autre. Mais, que cet ensemble nous donne-t-il confronté à un autre niveau de réalité : celui du langage?

Le soin du sens commun

Nous avons tendance à considérer notre vie et, par là, le fait d'être vivant, comme un état relativement stable; celle-ci n'étant concernée que par

un horizon relativement lointain : la mort. Pour le sens commun, la mort intervient surtout dans un contexte accidentel ou maladif. C'est à dire dans un renversement (*katastrophê en grec*); quelque chose de malheureux, qui survient brutalement et qui constitue une exception à la « règle » de la vie : c'est une catastrophe, un accident qui *n'arrive qu'aux autres*. Pourtant, la vie est un processus dynamique qui dépend de ce qui la maintient, et non uniquement de ce qui risque de la détruire. Précisons : sans qu'une personne ne prenne un minimum *soin* d'elle-même, son état de santé se dégrade inéluctablement; à terme sa vie prend fin, fin alors provoquée par un *défaut de soins*. Cause située bien avant que n'apparaisse une maladie identifiable. Dans ce cas, si nous devons classer ces deux causes dans les catégories aristotéliciennes, nous dirions que la cause matérielle de la mort est alors la maladie, mais que la cause finale est un défaut de soin.

Que dit le mot soin ?

Nous pouvons examiner le mot « soin » lui-même; nous souvenant que G. Bachelard nous dit que « le verbe, qui est fait pour chanter et séduire, rencontre rarement la pensée » (G. Bachelard 1981, p. 9). En effet, bien des substantifs présentent une ambiguïté au sein même de leurs différentes définitions; celle-ci traduisant généralement une extension du terme à des choses relativement différentes. Ainsi, le mot « jouet » évoque un objet conçu pour amuser un enfant; connotation sympathique et attrayante qui contraste avec le second sens du mot : « Être le jouet de... ». Là réside l'idée de victime, de manipulation, la perspective d'une souffrance, de quelque chose de la contrainte etc. On voit que les deux sens du mot fonctionnent par analogie; de l'enfant qui manipule son jouet pour « jouer », nous passons à la puissance supérieure qui nous manipule pour poursuivre des fins qui nous sont étrangères. Il ne s'agit d'évidence, pas de la même chose; la différence est, en tout cas, dans le ressenti que nous en avons. Ce type d'ambivalence nous intéresse dans la mesure où elles révèlent quelque chose comme un sens masqué derrière un substantif, somme toute, banal. C'est une des façons de s'interroger sur les idées sous-jacentes. Nous cherchons donc à voir si le sens « général » du mot soin, dans le langage courant, n'est pas en contra-

diction avec les pratiques du soin général auxquelles nous-nous référons.

Soin se décline en plusieurs nuances d'acceptation et selon les différentes définitions lexicales du substantif « soin ». On retrouve ainsi ⁷⁶:

Au singulier :

L'attention, l'application consacrée à quelque chose.

La charge, le devoir de veiller à quelque chose.

Au pluriel :

Les moyens par lesquels on s'efforce de rendre la santé à un malade.

Le fait de s'occuper de l'état physique d'un sportif.

Chaque usage du substantif *soin* (en ce qui concerne le fait de soigner quelqu'un) se rattache à l'un des sens ci-dessus; le sens pluriel ne s'entend pas sans une mise en œuvre du sens singulier : prendre soin de la santé où de la forme physique de quelqu'un suppose d'y porter attention et application, ainsi que le devoir de veiller sur lui. Dans la lecture (spécifique) que nous pouvons faire du mot *soin* apparaît quelque chose de global, qui résiste à sa segmentation. La notion de *soin* nous renvoie des définitions lexicales distinctes du mot; alors que lorsqu'on examine les pratiques du *soin* ces définitions prennent un sens convergeant quant à ce que recouvre le *soin* lui-même. Nous pouvons retenir chaque définition pour notre objet *soin*, nous dirons :

« Le soin est l'attention, l'application consacrée à la santé et au devoir de quelqu'un et la charge et/ou le devoir de s'occuper de lui. »

Le soin est quelque chose d'indissociable de la vie humaine. D'une part il nous est indispensable de prendre soin de nous même;

⁷⁶ Nous utilisons ici le Larousse illustré (édition de 1992) pour ses actualisations fréquentes dans prise en compte des évolutions de l'usage des mots.

d'autre part le soin est repérable à de multiples endroits de la vie sociale, l'étude du mot en lui-même montre que les soins donnés à une personne font appel à l'ensemble des acceptions du mot soin. Le soin qui nous occupe a donc une dimension globale.

La dimension mythique

La question est maintenant de savoir si, à travers d'autres systèmes de significations, la notion de soin se manifeste et alors, quel sens relatif elle apporte. Précisément nous irons à sa Recherche, dans la mythologie. Le mythe nous intéresse ici, non pas en tant que le soin constitue une réalité; dans une perspective structuraliste et où celui-ci viendrait illustrer une « structure » indifférente à son contenu et dénuée de signification. Mais en tant que l'on peut l'interpréter, aujourd'hui, comme symbole et comme nouvelle congruence dans l'agencement des incidents du soin (du point de vue herméneutique).

Parmi les plus anciens mythes de l'antiquité, nous rencontrons tout d'abord l'épopée de Gilgamesh. Rédigée au XVIII^{ème} et au XVII^{ème} avant Jésus-Christ, elle raconte l'épopée d'un roi d'Uruk en Mésopotamie, probablement sur la base de légendes sumériennes. Ce sont des tablettes d'écriture cunéiforme du VII^{ème} siècle avant Jésus Christ trouvés dans les fouilles de la bibliothèque de Nivive au cours des fouilles des années 1870 qui a permis de la traduire. L'une des parties de l'épopée de Gilgamesh raconte une version primitive de la socialisation de l'homme sauvage : Enkidu, compagnon de Gilgamesh ; on trouve aussi la plus ancienne relation du déluge qui soit connue. C'est la dernière partie qui nous intéresse ici. Enkidu devenu le compagnon d'arme de Gilgamesh, est mortellement blessé. Gilgamesh essaye durant de longs moments de s'occuper de son compagnon. Voyant une issue fatale se profiler, il décide de changer de tactique. Abandonnant Enkidu, il se met en quête de quelque chose de différent : ce qui peut sauver Enkidu de la mort. C'est ce qui conduit Gilgamesh à la recherche de l'herbe de

mortalité que lui indique Outa-Napishtim. Il se fera cependant voler cette herbe par le serpent avant que de pouvoir la partager avec son compagnon et les habitants d'Uruk.

La légende nous permet d'établir une distinction forte entre soigner autrui et tenter de le sauver de la mort, puisque les deux positions s'opposent. Guérir Enkidu implique d'abandonner les soins que l'on prodiguait à celui-ci; Ce qui dit une différence entre prendre soin d'autrui et entreprendre la quête de sa guérison. Soigner étant alors de l'ordre du prendre soin, de la présence et de l'attention continue à la souffrance ; guérir relevant d'une aventure externe à la relation à autrui et de nature héroïque. Cela, d'autant plus que lorsque Gilgamesh soigne Enkidu, il s'occupe exclusivement de celui-ci ; lorsqu'il cherche l'herbe mythique, il pense aussi à lui-même et à tous ses sujets d'Uruk auxquels il projette d'offrir une éternelle santé. Guérir, il s'agit d'une aventure; alors que les soins prodigués ne sont pour le guerrier qu'une attente d'une fatale issue. Gilgamesh entreprend un voyage au fond des eaux préférant l'issue incertaine de l'aventure pour sauver son ami à la continuité des soins qu'il lui prodigue. Mais Enkidu mourra avant même le retour de son ami, ce que Gilgamesh interprétera comme un défaut de soin de sa part.

Nous disposons ici d'une première représentation du soin et de ses limites. Mais celle-ci ne nous renseigne pas plus avant sur ce qui justifie de la différence. C'est dans un autre mythe, celui d'Asclépios que nous verrons pourquoi la quête de l'immortalité par guérison des maux de l'homme est impossible. Voici donc ce que nous dit le mythe d'Asclépios sur le soin et ses relations au monde où il se déploie.

Hésiope et Pindare nous ont conté l'histoire d'Asclépios. Fils d'Apolon et de Coronis, elle-même fille de Phlégyas roi de Thessalie. Asclépios s'intéressait aux maladies et à leur guérison. Il apprit de Chiron le centaure, son maître, l'art de composer et de fabriquer de simples remèdes. Son habileté grandissant, il ressuscita des morts. Ayant ainsi défié la destinée humaine, il fut bientôt en but à l'hostilité de Hadès qui gouvernait les enfers et

craignait que la potion d'Asclépios ne compromette l'équilibre du monde. Car le destin des hommes est inscrit dans l'ordre du monde, et n'est pas une simple contingence, un accident de la création.

Hadès obtint de Zeus que le perturbateur fût foudroyé. Ce sont ses fils qui seront les asclépiades de l'armée grecque sous les murs de Troie... La médecine étaient nés. Mais, Asclépios avait aussi des filles: Hygie qui préserve la santé, Panacée qui propose la guérison universelle, Iaso (la guérison) qui prodigue les soins, Acésos qui propose le traitement (le médicament).

Plusieurs sœurs qui indiquent que, avant la naissance de la médecine, et donc la naissance des filles et des fils d'Asclépios, le monde ne tournait pas de façon raisonnable; et que cette déraison conduit au malheur! Deux des filles d'Asclépios ont une importance particulière pour nous : Panacée et Iaso qui indiquent des fonctions distinctes. Le mythe nous avertit que nous ne saurions traiter une maladie sans prendre soin du malade; tout comme reste insupportablement douloureux un soin sans perspective de guérison. S'il est fait appel à deux personnages, c'est que les deux choses ne peuvent se confondre : ce que Iaso peut faire à ses limites, ce que peut faire Panacée en a d'autres. Les deux personnages sont filles d'Asclépios qui seul avait le pouvoir de confondre les deux fonctions; il a été foudroyé, parce que cette confusion violait une loi sacrée : celle de la vie éternelle, nous disent Hadès et Zeus.

Le mythe, lui, nous dit qu'il y a désormais dans le monde des dimensions complémentaires mais distinctes, et que cette limite est infranchissable. Seuls les sorciers confondront les deux fonctions : ils garantissent la santé (Hygie), proposent une guérison miraculeuse (Panacée), distribuent des traitements de leur fabrication (Acésos) et soignent eux-mêmes (Iaso)... A leurs risques et périls : ils sont aussi destinés à être foudroyés. Aussi, sans faire de confusion (et pour ne pas être foudroyé), nous reprenons, pour l'approfondir, ce que nous avons dit plus haut de la notion de soin et elle seule « en elle-même ».

Dés sa dimension mythique, les fonctions soin et thérapie sont liées par des considérations de perspective. La thérapeutique vise la guérison absolue de *la maladie*, et cela, sans devoir l'atteindre dans l'immortalité. C'est dire qu'elle fonctionne en vue d'une utopie particulière, tout en devant se préserver du leurre qu'elle constitue; il s'agit là de l'un des fondements éthiques de la thérapeutique. Le soin, fonctionne aussi en vue d'une utopie, celle de la jouissance de toutes ses capacités et de l'atteinte de tout son potentiel; en particulier sans rencontrer les limites de la maladie et du handicap. Mais la maladie et le handicap sont des valences négatives de la fonction soin; le soin recouvre, plus largement, ce qui concourt à l'exercice de ses potentialités⁷⁷ et fait ainsi jonction à la notion d'éducation. Jonction qui se manifeste dans les soins infirmiers par le concept de soins éducatifs; lequel recouvre, selon de nombreuses études, une part déterminante de l'activité des infirmières (jusqu'à la moitié de celle-ci, en association avec les soins relationnels⁷⁸). Comme pour la thérapeutique, le soin doit prendre garde à ne pas confondre cet idéal avec son action; par exemple dans l'obligation de santé et de beauté qui nous menace parfois dans un *hygiénisme* surfait, ou bien encore certaines dérives sécuritaires de santé publique. De ce point de vue, le soin a donc une dimension morale; laquelle sera assumée dès que celui-ci tendra à se structurer dans une fonction sociale. Nous disons « dimension morale » au sens de *modalité de contrôle interne et socialisée buts et du fonctionnement du soin*; bien au-delà de l'ensemble des interdits et prescriptions faites aux soignants par une quelconque autorité. La dimension morale du soin est un élément premier de sa nature que nous rencontrons ici. Il ne s'agit toutefois pas de la *fonction première* du soin; celle-ci n'existe réellement, nous l'avons vu, que s'il y a une cause matérielle : si du soin est concrètement réalisé. En revanche, dès qu'une cause matérielle

⁷⁷ L'idée d'hygiène figurée par Hygia est à prendre dans un sens plus vaste que la technique moderne d'évitement des affections. Il s'agit de l'ensemble des règles de vie qui permettent d'être; de jouir de tout son Être.

⁷⁸ Voir à ce sujet M. B. Denise, 1984 & J. C. Haute, 1999.

est socialement repérable, la dimension morale est mobilisée; ainsi figurée la Doxa dans le soin charitable.

Nous ne confondrons pas la dimension morale et la Doxa (ce qui pourrait être tentant aux vues de ce que nous avons découvert), car s'il est une chose de découvrir une dimension morale, il en est une autre de constater qu'elle repose sur une croyance indispensable; on peut, d'ailleurs, aussi bien penser que la dimension morale appelle une transcendance (l'intervention de Dieu par une révélation), qu'une immanence (alors effet de notre raison). On songera ici à l'analyse des relations entre la morale laïque et la morale religieuse qu'exposait Émile Durkheim dans ses cours de la Sorbonne en 1902 (E. Durkheim, 2002). Il nous montre comment l'intrication historique entre les impératifs humains et la religion peuvent produire l'impression que les deux sont indissociable, mais aussi que l'espace de la raison (qu'il désigne comme le rationalisme) peut et doit opérer là des distinctions salutaires à la compréhension du réel. Confondre dimension morale et Doxa conduit à dénier l'existence de ces deux éléments, voir de trancher pour l'une et contre l'autre; ce qui n'entre pas dans notre champ de recherche.

Reprenons maintenant la question de la dimension morale, soigner dispose d'une fonction qui le met en rapport privilégié avec la Doxa (à la moins avérée en occident, mais une lecture similaire des données des cultures Orientale et Extrême-orientale nous donneraient, sans doute des résultats similaires). Il est impossible de lire le soin général en faisant abstraction d'un idéal de ce qu'est soigner. La Doxa que nous rencontrons est une façon d'assurer la dimension morale du soin. Ce qui nous conduit au constat herméneutique suivant:

Le soin général, structuration sociale du soin premier, se manifeste concrètement par des pratiques et possède un champ de signification qui lui est spécifique. Celui-ci est caractérisé par des éléments particuliers. Il comprend une dimension morale qui tient à son essence et peut se manifester par l'adoption de la Doxa comme soubassement de structuration sociale (polis) du soin. La Polis du

*soin président à une structuration de savoir (gnosis) qui rend
Compte, en retour, de son inscription sociale et culturelle.*

-3.5 / Cinquième étude : La constitution du soin

Ce que nous venons d'établir clarifie les relations qui doivent être faites entre le soin général et différentes façons dont celui-ci se présentent; Mais reste insuffisant quant à élucider ce qu'il en est du soin face à sa réalité concrète. Pour en savoir plus, nous devons nous interroger, au-delà du langage et de la symbolique, sur la façon dont s'inscrit L'eidos du soin dans la contingence. Contingence que nous décrirons à travers la dimension clinique du soin infirmier. En effet, si nous relisons attentivement la thèse de Liliana Jovic, le soin infirmier peut être constitué comme clinique en partant d'observations des pratiques et selon une enquête poussée sur l'interprétation individuelle par les infirmières des soins qu'elles dispensent. Notre approche de la question clinique est différente : prenant pleinement en compte la thèse de L. Jovic, nous tendons à répondre à la question de l'apparition du soin dans le champ de la relation humaine; ce faisant, en qualifiant (à partir des constatations que nous avons déjà faites) chaque élément que nous rencontrons.

La relation de soin : Quel contenu?

Besoin de soin

La notion de soin la plus élémentaire que nous puissions établir est celle de tous les gestes de la vie quotidienne « qu'une personne décide et accomplit pour elle-même en vue de maintenir et promouvoir sa santé » (AMIEC 1995). Cette notion correspond aux auto-soins dans l'approche théorique des soins infirmiers ((D.Orem 1991) et donc aux soins personnels tel que nous les avons définis.

On peut décrire le processus « auto-soins » par le schéma ci-dessous⁷⁹.



Dès que des difficultés à effectuer les soins personnels apparaissent, parce que la situation de la personne l'empêche d'effectuer ceux-ci (sur le plan psychique, physique ou social), un second personnage est indispensable : un *autrui* qui *prodigue* les soins, lequel devient un soignant. Sortant ainsi du schéma des soins personnels, nous devons élaborer celui du nouveau processus : le soin exogène, ou *exosoin* comme nous le désignerons.

Demande de soin

Le passage des soins personnels aux exosoins n'est pas un processus automatique, il repose sur plusieurs pré-requis; La situation de la personne qui a besoin de soin : la personne qui deviendra soignée, la reconnaissance de la difficulté, sa reconnaissance d'un *autrui* capable d'intervenir. Nous cherchons désormais à repérer quels éléments de L'eidos du soin peuvent rendre compte des étapes de la mise en place de l'exosoin; ceci en utilisant les différents concepts que nous avons élaborés. De nouveaux concepts (des concepts opérationnels) seront nécessaires, ils seront construits au fil du raisonnement à chaque fois qu'ils seront nécessaires au

⁷⁹ Nous avons entouré la Personne pour bien montrer que celle-ci est située au même niveau logique que le soin en raison de l'artifice explicatif du schéma. Il est évident que ne peuvent être confondu une activité et une personne.

développement de l'argumentation; la perspective étant alors de permettre une interprétation de la situation de départ de notre thèse : Quelle est la lecture de la situation emblématique de Martial aux vues de notre élaboration théorique ?

Les besoins de soin, en eux-mêmes, résultent d'un état de fait instauré au cours d'un événement de l'existence : maladie, accident, incapacité fonctionnelle constituée. Ces états de faits se constituent à l'occasion même de la vie. Chacun rencontre quotidiennement des germes pathogènes, virus, bactéries, des parasites. Mais tout le monde ne développe pas une insuffisance respiratoire à chacune de ses rencontres avec l'un des virus de la grippe. Un état grippal nécessite un minimum de soins, s'agissant d'un virus, comme nous l'avons dit plus haut, il faut rester au chaud, se reposer et surveiller l'apparition de complications (fièvre importante, encombrement des bronches par exemple). Ce n'est pas seulement la rencontre du virus qui crée le besoin de soin; la personne concernée est aussi impliquée :

- Son état physique (est-elle déjà âgée ou souffrante?)
- Son état psychique (est-elle en mesure de réagir, a-t-elle « envie de s'en sortir »?)

Tout ceci joue un rôle important. Il faut, par exemple, être en mesure d'accorder sa confiance à quelqu'un; ce n'est pas le cas, nous

le savons en matière de violence parentale ou conjugale ou dans des troubles mentaux graves. De même l'insertion de la personne au sein de relations sociales préexistantes ne lui permet pas forcément de rencontrer un autrui à qui elle peut se confier pour les soins qu'elle ne peut assurer elle-même. Ajoutons que c'est aussi sa condition sociale qui commande, en grande partie, le niveau de complexité des soins personnels qu'elle peut assumer; si elle n'a pas appris les règles de l'hygiène intime, elle ne peut pas la pratiquer facilement. La capacité à demander des soins dépend de multiples facteurs.

-Facteurs physiques, car il faut pouvoir exprimer une demande; ce qui n'est pas le cas lorsque l'on est inconscient par exemple.

-Facteurs psychiques, car il n'est pas simple « d'avouer » que l'on ne se suffit pas à soi même.

-Sociaux, car il faut avoir quelqu'un à qui demander des soins.

La demande de soin est un phénomène complexe qui ne se résout pas à l'apparition d'un besoin, serait-il aussi « simple » que la déclaration d'une maladie infectieuse. Le soignant doit donc disposer d'une attention particulière à autrui : être à l'écoute des demandes de soins (exprimé subjectivement par la personne concernée), mais aussi attentif aux

situations qui pourraient générer des besoins non formulés (ceux que le soignant observe objectivement). Enfin, dans la mesure où le soignant doit pénétrer dans l'intimité de la personne pour la soigner, bien souvent toucher son corps; la relation au soignant est quelque chose de tout à fait original et spécifique.

La question de l'événement

Les besoins de soins sont donc déterminés par plusieurs ordres de facteurs :

- La situation à laquelle la personne est exposée
- Son état (au sens le plus large) au moment de cette rencontre
- Le savoir dont elle dispose et ses relations sociales.

C'est dire que le soin s'instaure en regard d'une personne considérée d'une façon spécifique dans les trois dimensions correspondantes : sur le plan physique, le plan psychique et le plan relationnel. Trois dimensions qui se construisent au fil de la vie de la personne; car, comme le suggérait le sphinx dans son énigme, nous ne sommes pas exactement semblable bébé, enfant, adulte et vieillissant. Nous sommes toujours même, c'est-à-dire nous même, mais nous ne sommes pas exactement semblables au fil du temps; pourtant, que le soin général

s'adresse à moi-même à travers les différents âges de ma vie. Les éléments intervenants dépendent finalement de l'histoire même de la personne et non du soin, nous désignerons cet ensemble sous le terme d'événement existentiel dans la mesure où ils sont attachés à l'existence même de la personne considérée. Il s'agit là de la crise existentielle selon une approche de la santé et de la maladie dans la perspective de Martha Rogers en particulier (1970). Cette histoire est strictement individuelle et n'est pas reproductible d'une personne à l'autre. La personne soignée, comme concept, consiste donc à considérer cette personne-là, «telle qu'elle s'adresse au soignant dans l'instant du soin et sur le lieu de soin. L'expression « cette personne là » indique que le soignant va la considérer en regard de la configuration actuelle que prennent ses trois dimensions.

Le passage des soins personnels à l'exosoin : le triptyque du soin.

Le cas de figure le plus documenté sur la relation soignant soigné est celui des soins infirmiers, nous allons essayer de rendre compte de celui-ci, pris comme objet, pour développer l'articulation de nos concepts opératoires : qu'est ce qui relie la personne, le soin et le soignant?

Sortant du schéma du soin personnel, nous devons élaborer celui d'un processus où nous devons retrouver les formes de soin que nous avons délimité (soins personnels, exosoin, soins premiers, soin

général).

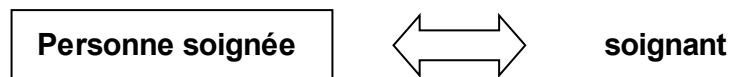
Le schéma doit donc rendre compte des liens bilatéraux entre chaque terme :

Il existe ainsi :

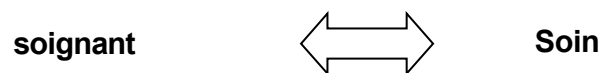
Une relation de la personne soignée à ses soins⁸⁰,



Une relation de la personne soignée au soignant,

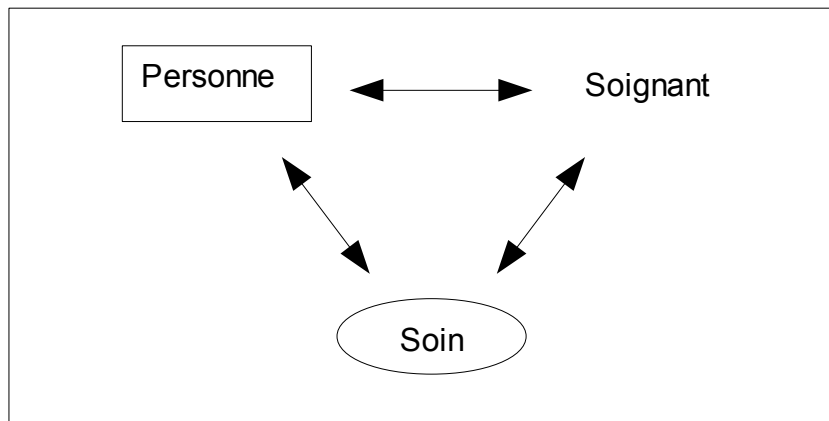


Une relation du soignant aux soins qu'il dispense.



Ces liens peuvent être intégrés dans un schéma global:

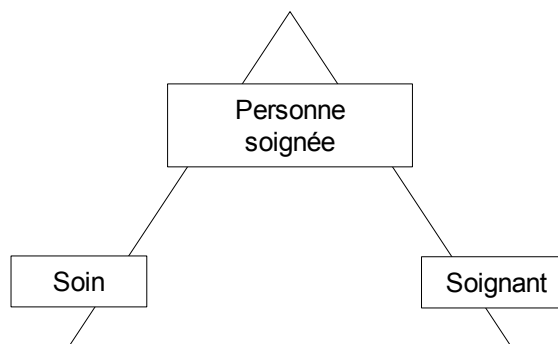
⁸⁰ Le mot « personne » est ici encadré pour indiquer que le concept en question ne parle pas d'une personne équivalente à celle du « soignant » (la relation est asymétrique); et que la personne ne peut être confondue avec le « soin » qui est un processus.



Dessin 1 : les éléments du phénomène soin et leurs relations

Chacun peut varier de statut selon la situation. Ainsi, un lien peut être ignoré, il peut être investit, voire monopoliser le champ; situations qui influent sur le soin réalisé. Une description du processus éducatif fait appel à une schématisation similaire de la part de J. Houssaye (1992); nous lui emprunterons l'idée que le soin peut être représenté par un schéma triangulaire, tout comme il l'a fait pour l'éducation. Le « triangle du soin » sera donc configuré comme ceci, chaque élément de notre description étant relié aux autres par un côté du triangle.

Le point essentiel pour nous est de saisir que si l'un des liens n'est pas fonctionnel, l'ensemble du processus de soin est en péril. On dira que le processus est perturbé par un de ses



Dessin 2: Le triangle du soin

termes. Par exemple, dans la relation [Soin ↔ Soignant], qui recouvre le savoir nécessaire aux soins ; Les termes peuvent avoir trois types de statut : il peut coopérer pour produire du soin (être investis), ils peut ne pas répondre (être minimisées), ils peuvent envahir le champ du soin (être abusifs).

La liaison [Personne soignée ↔ Soignant]

Dans notre schéma, quel est, du point de vue du soin général,

l'essentiel? Bien sûr, c'est le lien

[personne soignée ↔ soignant]

Sans cette rencontre le « processus soin » n'existe pas. Travailler cette relation demande donc à s'intéresser tant au soignant qu'au soigné, c'est le processus interpersonnel tel que l'a décrit H. Peplau (1995) : une relation d'échange raisonné. Si le lien est minimisé la relation se caractérise par une prise de pouvoir sur la personne soignée. Si le lien est abusif, les soins sont fusionnants : ce qui semble bon pour l'un semble bon pour l'autre; les soins sont vécus comme réciproques. Le lien investi correspond à la mise en œuvre de l'empathie⁸¹ sans débordements affectifs inadéquats; en psychologie, la relation d'aide Rogerienne décrit cette partie du processus (J.L. Héru 1990). C'est, pour les soins infirmiers, la concrétisation de l'élément de reconnaissance du soignant par le soigné que nous avons identifié plus haut. Nous avons vu que cette rencontre révèle une première mise en jeux de la dimension Doxa de L'eidos du soin; au-delà de la charité, l'attention qu'un soignant potentiel porte à autrui repose sur une part de conviction quand aux relations que doivent entretenir les êtres humains.

La liaison [Soignant ↔ soin]

Mais cette relation n'est pas le tout, il faut que du soin soit produit. Pour ce qui est de la clinique des soins infirmiers, il faut que du [soin infirmier] soit produit; ce qui traduit la relation fonctionnelle,

[Soignant ↔ soin]

C'est dire que le soin sans le savoir de l'infirmière n'est pas du soin

⁸¹ Il s'agit, plus précisément, de la conception du soin infirmier comme un *agir humain* qui mobilise l'Agapê. Voir à ce sujet J.C. Haute (2003).

infirmier; ce qui existe, la relation entre deux personnes, est bien de l'ordre du « prendre soin ⁸²»; ce n'est pourtant pas du soin infirmier; c'est seulement une forme différente du soin général (voire du soin premier), laquelle ne répond pas à l'ensemble « soin infirmier ». Si le lien est minimisé, il ne s'agit pas non plus de soin infirmier, même si un soignant est impliqué; la différence résidant dans la mobilisation (ou non) du savoir des soins infirmiers. C'est l'exemple que nous citons plus haut de l'infirmière qui s'occupe de son enfant. Elle soigne bel et bien, mais elle ne mobilise pas forcément, et compte tenu de ce que nous avons vu, son savoir professionnel; il s'agit là de soins maternels, autre figure du soin général.

Si le lien est abusif c'est, par exemple, que le soin est technicisé à outrance, envahi par un savoir exogène (la technique médicale en soins généraux, la psychothérapie en santé mentale, par exemple). Le savoir des soins infirmiers étant mis à l'écart ou au moins « suspendu » le temps du soin.

Nous voyons ici que la confiance dans la compétence du soignant repose aussi sur une reconnaissance sociale de sa fonction. C'est dire que les soins infirmiers constituent une structuration du soin (comme nous l'avons montré dans notre étude historique). Il s'agit donc bien d'une forme du soin général, l'une de celles qui se rattachent à l'épistémè « science ». Mais aussi d'une forme qui dépend de la polis, dans la mesure où le soin général est encadré (et finalement qualifié d'infirmier) dans un processus social particulier. Notre modèle théorique permet ici de cerner les soins infirmiers au sens du soin général; soit de préciser où ceux-ci commencent, et où ils se terminent, en terme de champ.

La liaison [soin ↔ personne soignée]

Il faut aussi qu'une relation [soin ↔ personne soignée] soit fonctionnelle. Faute de ce lien, les soins sont uniquement contenant, palliatif (ces termes étant, à ce niveau d'analyse, équivalents).

⁸² Incidemment, nous venons de « retravailler » le concept de prendre soin tel qu'il est élaboré par W. Hesbeen, (1998).

La relation

[soin ↔ personne]

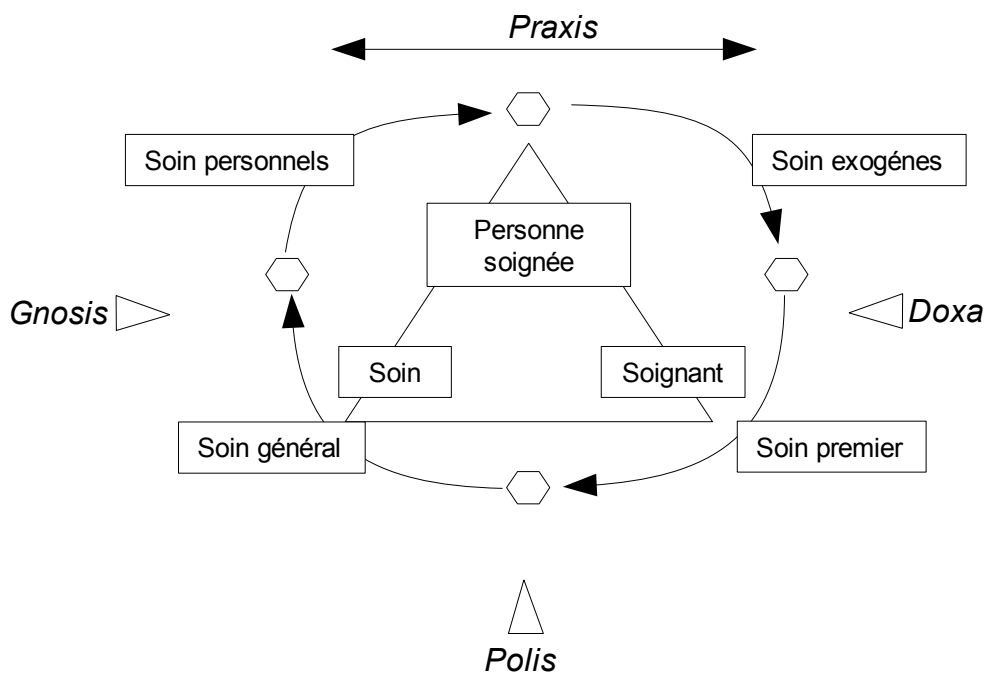
est, essentiellement, une manifestation d'autonomie; et ce qui sépare ici l'autonomie de la dépendance c'est la différence entre une situation où les soins personnels sont assumés et une autre où ils ne le sont pas. La dépendance pouvant s'apprécier selon l'aide dont a besoin la personne pour les réaliser.

Si le lien est négligé, il s'agit d'une forme de contenance, le soignant produit les soins sans participation de la personne, contenant ainsi ses difficultés dans des limites compatibles avec sa vie. C'est sans doute là la figure spontanément produite par le soin premier. Si le lien est abusif, le travail est uniquement incitatif et la personne mise en demeure d'effectuer ses soins personnels, sans prendre en compte ses ressources réelles, c'est à dire, par exemple, sans travail éducatif. Le lien investi consiste à mettre en perspective *l'autonomie de la personne soignée* et d'agir pour que celle-ci mobilise, autant que faire se peut, ses ressources. Il s'agit donc d'assigner aux soins effectués une position entre la contenance et la stimulation; de s'assurer que cette position est en rapport avec le projet que l'on peut formuler *avec* la personne soignée. Comme la littérature professionnelle le montre, il n'existe pas de projet de soin *pour* une personne, mais uniquement des projets *avec* la personne. La démarche de soin, forme caractéristique de la mise en œuvre de l'ingénierie des soins, est bien réalisée *pour*, mais elle s'incarne nécessairement dans un projet *avec*. Faute de cette précaution, le projet pourrait être une *visée sur* la personne.. C'est cette régulation que l'on désigne usuellement par le terme démarche de soin, et qui repose, bien entendu, sur le savoir des soins infirmiers.

Le concept de l'autonomie que nous voyons ici émerger nous permet donc de préciser ce qu'il en est de la loi normale du soin : une perspective d'autonomie, développée avec la personne soignée pour celle-ci. Nous

avons vu que l'analyse du soin renvoie à l'existence sous-jacente des éléments de L'eidos de celui-ci que nous avons identifié dans notre enquête phénoménologique.

Nous pouvons ainsi disposer, autour de notre triangle initial, les éléments théoriques établis.



Dessin 3: Le soin: dispositif relationnel et processus

Le passage des soins personnels aux exosoins étant sous la dépendance de la praxis, dans la mesure où il dépend des capacités praxiques (mobilité, savoir par exemple) de la personne soignée. C'est encore la praxis qui décide du processus en présentant une personne potentiellement soignée au soignant éventuel de celle-ci. La Doxa intervient entre l'apparition du soin exogène (au niveau de ce que la personne soignée croit de sa santé). Mais elle préside aussi à la structuration initiale du soin général à partir du soin premier (ici considéré du point de vue de la socialité). l'émergence du soin général dépend de la

polis, comme nous l'avons vu; c'est à partir de cette émergence que peut se constituer le savoir du soignant sur le soin à effectuer. Finalement le

schéma « boucle » sur le retour au soin personnel, car la finalité du soin n'est pas de renouveler le besoin de soin, mais bien de développer l'autonomie et de mobiliser les ressources de la personne soignée pour lui permettre d'assumer ses soins personnels.

La perspective du soin

La perspective des soins infirmiers, c'est la réduction du schéma triangulaire au schéma autonome [soins ↔ personne].

La loi normale du soin, ce qui décrit le déroulement d'une séquence de soin dans des conditions habituelles, peut être formulée comme suit :

C'est le recul, l'absence temporaire et/ou partielle des auto-soins (se manifestant du point de vue objectif par le déficit d'autonomie ou bien du point de vue subjectif par une plainte) qui amène la nécessité des soins. C'est à partir de là que la rencontre se fait. Elle se situe dans la perspective d'autonomie et dans l'établissement de la relation triangulaire.

Il faut ici entendre « loi » au sens scientifique du terme, par analogie à *loi normale gaussienne*, par exemple. L'adjectif « normale » est à prendre comme le contraire d'anomique au sens de Durkheim (*De la Division du travail soc.*, 1893, p. 343); et non comme une visée de normalisation du soin.

- De la théorie à la clinique du soin

Lorsqu'il rédigeait son *Étique*, Spinoza organise son propos d'une façon particulière⁸³. Chaque paragraphe étudiant une question donne lieu à un développement systématique conduisant de la matière en question à une proposition de réponse à travers des développements structurés. Dans certaines parties apparaissent des points (conséquences, ouvertures, conclusions parallèle ou symétriques) qui n'ont pas toujours leur place dans le développement. Ces éléments, qu'il désigne comme des « scolies », correspondent normalement à des notes, des commentaires (voire des paraphrases). Spinoza, lui, réinvente les scolies en les intègre dans le corps du texte, il utilise le terme *scolie* pour désigner des compléments utiles et même nécessaires à son propos, mais qui n'ont pas leur place dans l'économie de sa démonstration. Nous faisons un usage identique du terme en désignant ainsi des développements qui éclairent notre propos, précisent des éléments importants, et finalement introduisent l'importance pour la clinique de notre travail; Si ceux-ci n'ont pas trouvé leur place plus haut. C'est que dans

⁸³ nous-nous référons ici à une lecture de Spinoza que nous tirons des cours de G. Deleuze à Vincennes de 1978 à 1981 auxquels nous avons pu assister en partie et qui ont été publiés par Frédéric Astier en 2006.

notre cadre méthodologique (celui d'une recherche théorique et spéculatives en science de l'éducation), les dimensions « argument » et « récit » constituent une étape essentielle de la recherche. A ce titre, certains développements ont été temporairement écartés en raison de l'argumentation et en vue de la cohérence du texte. Ces choix, quoique rationnels, ont laissé quelques questions en suspens (non développées au niveau de résolution où nous sommes parvenus). Nous verrons cependant que ces développements ont une valeur importante quand à certains points de notre recherche (notamment en ce qui concerne son implication dans la clinique). L'avancée de notre travail, la disposition de concepts et la formulation d'une loi générale du soin nous permettent maintenant d'éclairer les capacités heuristiques de la théorie générale du soin; ils nous permettent de contribuer à la réponse que nous apportons à la question de recherche et la capacité de l'approche théorique à rendre compte de notre hypothèse; ils ont donc leur place en préambule de la partie conclusive de notre travail. Nous avons donc décidé de les traiter, à l'exemple de Spinoza dans un paragraphe spécifique, en lien avec notre développement, mais à l'issue de la partie plus « technique » qui vient de regrouper la réduction du phénomène soin et le développement d'une théorie du soin, sous la désignation de scolies. Nous terminerons cette partie par une mise en perspective de notre travail dans les évolutions prévisibles des formations des soignants.

/1 / Première scolie: des exceptions à la loi normale du soin?

La survenue du soin : des soins maternels au soin général

Chacun de nous est, au moins, à un moment donné de sa vie en situation de soin. Les statistiques de santé publique nous disent que cette confrontation est souvent rattachée à une maladie; nous lions d'ailleurs intuitivement, nous l'avons vu à plusieurs reprises, le soin au contexte de la maladie. Mais c'est oublier que les besoins de soin sont aussi corrélés à l'âge de la personne, sa situation sociale voir une constitution physique particulière (une anomalie génétique, par exemple), autant de phénomènes qui ne sont pas des maladies de sens commun : le cas des soins dispensés en maison de retraite à des personnes âgées est représentatif. Dans ce cas, la vieillesse n'est pas une maladie, mais des soins sont indispensables à la continuité de la vie.

Ainsi, d'un point de vue phénoménologique, la majorité des soins que l'on peut observer dépendent de circonstances (le factuel de la personne : age, situation sociale, survenue d'une maladie); lesquelles ne dépendent sans doute pas de L'eidos de la personne soignée ! Il n'existe pas de soignés, tels que, en raison de leur Essence.

Les soins maternels semblent faire cependant exception, puisque ceux ci tiennent à la croissance de la personne, vertu intrinsèque de son humanité. Impression confirmée parce que les soins maternels font l'économie du soin

personnel, échappant par-là à l'idée de soins exogènes, cela dans notre organisation conceptuelle. De même, dans les premiers jours de la vie, il est difficile de considérer comme une forme de rapport à autrui les soins maternels; la notion d'autrui, serait-ce *Maman* est quelque chose qui se construit au fil des jours, en tout cas dans la perspective constructiviste. Le cas des soins maternels ne semblent donc pas répondre à l'approche théorique que nous avons développée jusqu'ici; ce qui est logique puisque nous travaillons sur le soin général, et non sur le soin maternel. Mais, s'il s'agit d'un domaine parallèle au soin général, celui-ci doit entretenir des relations avec celui-ci, et nous devons être en mesure de décrire comment et en quoi s'établit la distinction entre les deux catégories de soin.

Il y a donc une différence importante entre les soins maternels et les autres soins. Différence qui ne signifie pas une rupture car nous pouvons penser que l'apparition d'une relation à autrui est un changement radical du rapport à soi; que celui-ci s'accompagne d'une évolution cognitive majeure, d'une modification radicale du psychisme.; ces évolutions influençant notre perception même de l'eidos du soin. Nous donnerions alors le même nom à deux états du soin successifs qui ne pourraient pas être confondus sur le plan phénoménologique. Cette distinction, en retour est un produit de la conceptualisation que nous établissons ici, les deux étant liés intimement à travers les deux concepts de soin premier et de soin général. Liés aussi sur le plan factuel, puisqu'ils se succèdent dans le temps. Nous sommes typiquement dans une situation où la réflexion doit être de l'ordre de l'herméneutique : qu'en est-il de ces contradictions apparentes ? Pourquoi désigne-t-on ainsi deux choses qui seraient différentes ? Cette différence est-elle réelle ou bien un biais d'interprétation ?

Les soins maternels sont un passage commun à tous les humains, c'est quelque chose de continu en ce sens qu'il prend forme à la naissance et représente la plus grande partie du temps du nourrisson et de sa mère. Le soin général diffère de ce point de vue, il succède, lui, à une situation de soins personnels assumés, il est délimité dans le temps par un *avant* autant qu'un *après*. Remarquons que la situation de soin personnel est bien ce qui se met

en place au fil de la diminution des soins maternels. Finalement, qu'il s'agisse de s'alimenter, d'assurer une élimination, du point de vue émotionnel comme du point de vue social, c'est en continuité des soins maternels que se construit cette autonomie là. Nous sommes donc en présence d'un continuum soins maternels ↔ soin général qui varie en raison de la construction de l'autonomie. La différence réside essentiellement dans la modalité d'apparition du soin (naissance dans un cas, impossibilité des soins personnels dans l'autre), et d'une différence de relation et de personnalité du soignant et du soigné. Tout ceci confirme que les variations ne tiennent pas tant de l'eidos du soin, mais au moment de la vie où il se situe (un temps ou un autre). Nous considérerons donc les soins maternels comme un cas spécifique (inaugural du soin) et le soin général comme l'occurrence qui nous occupe.

Lorsque la mère n'est pas présente, c'est toujours quelqu'un qui effectue les soins à sa place. Il ne s'agit alors pour le soignant de prendre en charge les gestes qu'aurait accomplis la mère de l'enfant si celle-ci avait pu les dispenser. L'expérience montre qu'il ne s'agit pourtant pas de soins maternels (on parlera de puériculture), les soins maternels impliquant un mode de relation qui ne peut totalement s'établir qu'avec la mère de l'enfant. La plupart des études cliniques montrent que, même s'il y a ambiguïté (dans le cas d'une adoption non assumée par exemple), il y a une différence. Il ne s'agit pas ici de nier qu'une personne soignée puisse voir une image maternelle lorsqu'une infirmière le soigne; il s'agit de comprendre que cette situation réside dans l'interprétation symbolique que fait telle personne soignée d'un soin particulier. Il est en revanche indispensable que cette lecture symbolique ne prenne pas la place de la réalité, au moins pour le soignant. Cela, d'autant plus que l'image maternelle n'est pas le seul symbole mobilisable. A titre d'exemple, pour documenter notre question initiale, nous avons utilisé les sites francophones à la recherche d'articles de revues belges, suisses et québécoises⁸⁴. Ce qui nous a permis de découvrir que lorsqu'on tape le

⁸⁴ Il s'agit de l'agent « Copernic » qui utilise plusieurs moteurs de recherche simultanément. Le Firewall iptables sous Firestarter (Linux), activé par précaution, a détecté 59558 ten-

mot-clefs « infirmière » l'utilitaire trouve en moyenne 75.300 pages à explorer. Si l'on échantillonne⁸⁵ deux cents de ces sites au hasard, seules 0,1% des adresses ne correspondent pas à des sites pornographiques. Il semble donc que l'image de la mère ne soit pas la seule qui puisse être mobilisée par la personne soignée; au moins lorsque la personne soignée est de sexe masculin.

Pour clarifier ces relations, nous ferons appel à des catégories issues de la pensée grecque des formes de l'amour. Amour étant, dans ce cas à prendre dans un sens beaucoup moins restrictif que la notion empirique moderne que nous utilisons quotidiennement.

L'antiquité grecque distinguait plusieurs formes d'amour L'eros, qui peut être représenté schématiquement par le désir sexuel. La philia qui correspond à l'amitié. La storgé qui recouvre l'affection. La philantrôpia qui est l'amour de l'humanité en général. L'agapê, notion issue du contact entre la pensée grecque et le christianisme, correspond à l'amour de son prochain. Les premières catégories sont issues de la philosophie grecque, ici en référence à l'éthique à Nicomaque d'Aristote. Jacques Ricot (J. Ricot 2001) montre comment l'agapê, est absente en tant que catégorie dans l'œuvre d'Aristote, mais largement implicite dans le texte. Elle correspond à un développement vers l'idée chrétienne de la relation au prochain. Analyse que nous pouvons rapprocher de la structuration du soin sur l'épistémè de la charité tel que nous l'avons décrit plus haut. L'apparition de l'agapè correspond donc (signe devrions nous dire) le passage du soin premier au soin général dans l'Occident chrétien. Le concept de soin premier permet de décrire ce qu'investissent les soins charitables pour constituer cette forme structurée (en « convoquant » la théologie). Cette structure est seulement la première occurrence du soin général que nous ayons identifié.

tatives d'intrusions... L'expérience n'a donc été renouvelée que deux fois.

⁸⁵ Une macro-commande sous OpenOffice sélectionne selon un intervalle au hasard à partir d'une base de donnée extraite du navigateur FireFox.

A chaque catégorie de l'amour répond une (ou plusieurs) formes sociales. Par exemple, la philantrôpia est en action dans l'altruisme, l'éros dans le mariage, la philia dans la camaraderie, la storgé dans l'affection parentale et filiale. De ce point de vue, le soin premier devient une mise en action de certaines formes d'amour : philia (dans les secours donnés à ses pairs), storgé (dans les soins maternels), philantrôpia (dans les soins aux déshérités).

L'agapê, se traduit dans le soin général en tant qu'il est déjà forme élaborée socialement du soin premier.

L'histoire de Martial, la dépendance au soin, un paradoxe du soin ?

Dans l'histoire de Martial, par laquelle nous avons introduit notre exploration du soin est donc un cas limite du soin. Il semble, d'ailleurs, que les soins requis par les personnes soignées ne correspondent plus tout à fait à un besoin. Rappelons les deux aspects saillants de cette description :

D'une part les soins techniques requis par la crise existentielle (la maladie en l'occurrence) disparaissent sous l'effet bénéfique du traitement. C'est ce que montrent les entretiens que nous avons pu mener avec les équipes concernées.

D'autre part se crée une situation nouvelle où l'autonomie de la personne reste en défaut bien au-delà de la crise en elle-même; ce qui ressort des observations des infirmiers.

Comment rendre compte de cette situation dans notre schéma théorique? La dépendance au soin qui semble s'instaurer ici est-elle une exception à la loi générale du soin?

Tout d'abord il faut éviter la confusion entre les soins de la crise existentielle et l'autonomie. Les soins sont une conséquence d'une décompensation de l'autonomie face à la crise de la crise; ce ne dit rien de l'autonomie

avant la crise en question. Ponctuellement, lors de la crise, le besoin de soin est à la mesure de la menace que fait peser celle-ci sur la personne. Mais il ne faut pas oublier que la sédation des symptômes, le travail thérapeutique ne garantissent pas le retour à la vie quotidienne « comme avant ». Quelque chose reste à instaurer, ou à ré-instaurer, au-delà de la souffrance qui s'est exprimée. Le besoin de soin peut trouver son origine dans une maladie physique, un trouble psychique, une situation sociale particulière; Situation si menaçante que la sédation des troubles n'est pas prédictive d'une autonomie retrouvée. Plus marquant même est le fait que, bien souvent, l'autonomie antérieure aux troubles était limitée⁸⁶; c'est le cas dans plus de la moitié des cas que nous avons examinés dans les dossiers de l'enquête. Le plus souvent ces difficultés sont aussi à mettre en relation avec un manque de connaissances, un isolement social, une perturbation grave du cours de la vie et de la croissance de la personne. Si l'autonomie est bien menacée dans la crise, on remarque qu'il s'agit non d'un état (je suis ou je ne suis pas autonome), mais d'une dynamique qui progresse vers l'autonomie (ou régresse à partir de celle-ci). C'est ce qui explique qu'il est possible d'en faire une perspective en vue des soins; mais il reste difficile de la documenter solidement sur des faits cliniques. Il n'y a, finalement d'évaluation d'autonomie (au sens du soin général) que lorsque des soins sont requis : c'est à dire lorsque celle-ci est en défaut. Il s'agit d'une *valeur* qui guide l'action du soignant mais jamais, pour celui-ci d'un outil opératoire (qui s'évalue sur des critères objectifs et des indicateurs mesurables). Cette valeur donne sens à la démarche « soin » plus qu'elle ne donne une méthode pour soigner; elle ne prend sens qu'en regard de la situation d'une personne donnée (cette personne-là) et ne saurait constituer une norme. D'autre part, de multiples observations montrent que l'autonomie varie en fonction, non seulement du temps mais en raison même du lieu de soin. Ainsi, lorsqu'on examine l'autonomie de personnes âgées hospitalisées, on remarque que les gestes de la vie quotidienne sont fréquemment assumés de façon différente à domicile, dans la

⁸⁶ Ici évalué selon les observations des infirmiers à l'aide de la grille de la Taxinomie II de 2000 et des documents répertoriant les situations de soin du Conseil International des infirmières.

maison de retraite ou à l'hôpital (sans préjuger de l'efficacité soignant de ceux-ci). Les évaluations faites par différentes équipes, utilisant la même grille de mesure, ne sont pas semblables; la personne soignée s'adapte donc aussi au milieu dans lequel elle se trouve et ajuste ce que l'on pense observer en fonction de son environnement, serait-ce en limitant ses manifestations d'autonomie pour « convenir » au dispositif de soin qu'elle rencontre, ou pour bénéficier des soins les plus attentifs.

Nous sommes donc très loin du normal tel qu'il peut être défini dans la perspective de C. Bernard, voir de celle que donne G. Canguilhem quand il travaille les notions de normal et de pathologique (1972). C'est, en partie ce qui explique que les soins infirmiers se réclament plus des sciences humaines que de la science biomédicale : "L'enseignement des sciences humaines doit être considéré comme une synthèse de notions qui imprègne la totalité des enseignements dispensés au cours des trois années d'études"⁸⁷ dit le texte de loi qui régit la formation. Et nous savons tous que la question d'une « normalité » dans le champ des sciences humaines est, le plus souvent, un leurre.

La difficulté d'effectuer ses soins personnels se manifeste donc par une absence ponctuelle et/ou réalisée d'autonomie, mais uniquement en référence à la personne soignée concernée et dans une situation donnée.

L'autonomie, comme concept du soin général dépend plus d'une approche philosophique des soins que de l'ingénierie de ceux-ci. C'est d'ailleurs ce qui explique qu'il n'y a pas de projet de soin standard vraiment opérationnels (projets types exposant les soins nécessaires à une situation donnée). Les différentes tentatives en ce sens sont d'un faible intérêt clinique, comme le montre la réticence des équipes de soin d'y recourir systématiquement. Très développées du point de vue de la recherche technique (en particulier en Amérique du Nord) ces travaux sont surtout utilisés pour

⁸⁷ Décret n° 93-345 du 15 mars 1993 relatif aux programmes des études conduisant au diplôme d'état d'infirmier.

la formation, comme autant de cas princeps. Leur utilisation dans le contexte de soins directs est beaucoup plus limitée. En fait limitée à la gestion de circonstances critiques (urgence) où les gestes prennent le pas sur l'activité de soin habituelle.

Cela, comme notre modèle le prévoit les soins n'existent matériellement et *factuellement* que tant qu'il y a une personne soignée et quelqu'un qui la soigne. L'autonomie étant quelque chose qui se rattache à l'eidos même de la personne soignée, elle n'est pas contingente pour ce qui est de son existence. Même si, finalement, la vie peut être menacée par tel ou tel événement, elle n'est alors mise en cause que d'un point de vue dynamique; dynamique corrélée à la personne en elle-même et variant en fonction de son histoire et de sa situation. On peut d'ailleurs rapprocher ce constat de l'expérience des privations totale d'initiatives : de l'esclavage à la torture. Ce rapprochement venant alors éclairer le concept autonomie dans le champ du soin général : sa limite est qu'il ne parle pas de la liberté, sauf à être dans une théorie générale du soin que nous avons évoquée plus haut, c'est à dire hors de notre sujet.

La dépendance aux soins ne constitue donc pas une situation par essence, mais quelque chose apparaissant à l'occasion d'un des événements existentiels qui modifient la dynamique d'autonomie d'une personne donnée.

La dépendance aux soins, situation que nous avons rencontrée chez Martial, génère un besoin de soin comme les autres, même si celui-ci a des caractéristiques particulières. Ce qui rend la dépendance au soin remarquable, c'est qu'elle se développe au sein même du processus de soin. Ce qui ne signifie pas qu'elle échappe, ou fait contradiction, avec l'approche théorique du soin général. Elle suppose sans doute une vigilance particulière du soignant, sans doute plus d'expérience clinique que d'autres difficultés, mais ne constitue pas une exception à la loi générale, sauf à se méprendre sur le processus de son apparition.

/2 / **Seconde scolie: La constitution du savoir dans le soin**

Revenons maintenant au soin général à la lumière de ce que nous venons d'établir. L'avancée du processus de soin, se traduit dans la modification qualitative et quantitative de l'importance des liens qui relient chacun des pôles. Un jour (c'est là le projet du soin), la liaison autonome, [soin ↔ personne] prendra suffisamment d'importance pour que la liaison [soignant ↔ personne soignée], ne soit plus nécessaire : Elle redevient une relation humaine ordinaire. Il persiste, alors un lien [soignant ↔ soin] qui participe au savoir pratique sur le soin qui s'est enrichi de l'expérience qui s'est déroulée. Expérience qui reste disponible pour une nouvelle occurrence du soin et constitue une acquisition de savoir clinique sur le soin. C'est aussi sur ce savoir que s'appuie la compétence reconnue du soigné au soignant; ce qui est vrai dans les soins empiriques, mais aussi dans les soins structurés par la Polis ou la Gnosis. On comprend pourquoi la praxis ne peut donner la raison du soin; celle-ci se développe comme résultat des soins entrepris, et non uniquement comme intention réfléchie du soignant; et, en ce sens, ressort du point de vue phénoménologique du factuel. Ce n'est pas le « contenu » de la Praxis, contenu contingent, qui constitue celle-ci, mais l'inverse. La dimension Praxis est le lieu où s'accumule l'expérience du soignant, laquelle, à son tour permet d'objectiver la Gnosis. Le modèle explique une des difficultés que nous avons rencontrées dans notre exploration;

Fonder les soins sur la seule praxis conduit à une dissolution du soin général « en lui-même » en posant le factuel (l'expérience des soins réalisés) à la place de l'eidos du soin.

La boutade que nous avons donnée dans notre constat « Les soins, font des soins, ils soignent... et en vue de soigner » est donc une impasse, reposant sur une fiction de la pratique comme raison du soin. C'est un fait important car l'apparition d'une tautologie n'est pas forcément le signe d'une absurdité; ce pourrait aussi être le signe d'un point indépassable de la réflexion (la marque que nous arrivons à une ontologie du soin). Mais nous venons de voir qu'il ne s'agit que d'une erreur de perspective.

Incidentement, nous voyons poindre un paradoxe : nous parlons souvent du soin comme d'une prise en charge, alors que le projet est centré sur l'autonomie de la personne. Contradiction, car prendre en charge induit l'idée d'une diminution de la marge de manœuvre de la personne, peut-être même de son autonomie. C'est qu'il existe une confusion possible entre la perspective, ou « l'utopie » (idéal) du soin comme le dit Y. Thiébaud (1994) et le soin qui s'exerce « en vue » de cette utopie. Utopie semblable à celle que nous avons rencontrée dans les prises en charges de l'hôpital de jour de psychiatrie générale: l'insertion sociale est alors une perspective, elle rarement totalement réalisée face à la maladie. C'est, en revanche, un horizon que l'on ne doit jamais quitter des yeux, comme nous l'avons montré par ailleurs dans le cas du contrat de soin (J. C. Haute 2004). Faute de cette rigueur de visée, le soin y perd une partie de son sens.

L'autonomie est donc une perspective qui motive et structure le projet de soin; il n'est pas sûr qu'elle soit réalisée totalement : le handicap risquant, d'ailleurs d'être constitué au-delà des soins dispensés.

Nous sommes ici dans une perspective de l'autonomie proche de celle développée par Paul Ricœur (2001) lorsqu'il travaille le concept d'autonomie dans le champ du droit. Il s'agit d'une condition de possibilité que la pratique transforme en tâche « Parce que l'homme est par hypothèse autonome, il doit le devenir. Il l'est « dès toujours d'une certaine façon ». Ce qui signifie aussi que l'idée-projet d'autonomie relève d'une anthropologie philosophique et non d'une technique de soin. La doxa du soin se manifeste donc

ici, pour les soins infirmiers, sur une idée particulière de la personne et de son autonomie.

/3 / Troisième scolie: Souffrance et intimité

Le schéma triangulaire permet de comprendre les positions réciproques des personnes en présence, elle garantit que nous sommes dans une relation de soins et non dans autre chose; qu'il s'agisse de la relation thérapeutique, de celle d'amitié ou même d'amour réciproque. Il reste que la confusion est possible eut égard à l'intrusion dans l'intimité d'autrui; Situation qui ne se retrouve par ailleurs que dans les relations amoureuses, filiales et thérapeutiques). Mais, avant d'examiner cette question de l'intimité, celle de la souffrance mérite d'être éclairée pour comprendre ce qui se joue entre l'autonomie et celle-ci; et qui, finalement, autorise l'intrusion du soignant dans l'intimité du soigné.

La souffrance

On sait que lors de l'amputation d'un membre, la victime ressent parfois des douleurs intenses à ce que les chirurgiens appellent un *membre fantôme*. Ce qui signifie que la douleur est alors dissociée des traumatismes anatomiques spécifiques. D'ailleurs, certaines substances, certains médicaments peuvent dissocier la conscience de la douleur, conséquences, (par exemple) de l'acte chirurgical pratiqué. Cela dans la mesure où cette douleur met en jeu des circuits complexes du système nerveux: le cerveau, la moelle épinière etc.). La souffrance est, elle, un phénomène global qui ne peut être ramené à la lésion de tel ou tel organe; quand je souffre, c'est déjà tout mon corps qui souffre. Maurice Merleau-Ponty, dans sa phénoménolo-

gie de la perception, décrit la douleur comme une expérience de corporéité spécifique à l'homme; autant que la structure de l'organisme est impliquée dans la perception sensorielle, la souffrance (qui se reflète dans toute notre personne) traduit quelque chose d'essentiel de notre unité.

Plusieurs conceptions de la souffrance coexistent. Chez St. Augustin, par exemple, celle-ci est une valeur morale, moyen de purification par lequel l'esprit peut se détacher du corps⁸⁸. La notion de souffrance-rédemption fait lien avec celle de soin-prière. Le soin lui-même s'inscrivant ainsi entre deux instances structurantes : la souffrance d'autrui et le soin donné; le lien résidant dans l'idée de la rédemption, du souffrant et du soignant. Structuration que nous avons retrouvée au cœur même du soin charitable.

A partir de René Descartes, mais ultérieurement à son œuvre, une conception mécanique du corps, s'est développée; avec elle, l'idée d'une douleur à finalité biologique. Cette conception a évolué, on envisage aujourd'hui une douleur-maladie, sans fonction biologique se résumant à la *nosiception* comme l'a montré G. Canguilhem à propos de « La chirurgie de la douleur » de Leriche (1972, pp.55-56).

La définition de la souffrance que nous utilisons ici est plutôt celle qu'en donnent M. Merleau-Ponty puis P. Ricœur (1990, p. 223). Elle n'est pas définie par sa dimension physique plus que par sa seule définition psychique ou même comme valeur. Comme P. Ricœur l'indique il s'agit, fondamentalement d'une personne; Laquelle est une même chose à qui nous attribuons des prédicats physiques et des prédicats psychiques. Toute séparation est donc suspecte sur le plan conceptuel. La souffrance se définit par « La diminution, voir la destruction de la capacité d'agir, du pouvoir faire, ressentie comme une atteinte à l'intégrité de soi » (ibid). L'autonomie devient donc du strict point de vue du soin général (et comme elle est une capacité d'agir),

⁸⁸ On comprend là comment le soin (en tant qu'il s'adresse à une personne souffrante) s'est trouvé en relation à la Doxa.

quelque chose d'opposé à la souffrance. La dépendance qui s'institue étant la conséquence directe de la souffrance; et non pas le résultat d'un handicap qui serait constitué. Cette distinction explique que le soin général s'adresse à une multitude d'événements existentiels où la souffrance apparaît; et non à des catégories de situations (vieillesse, handicap physique ou mental etc.) lesquels ne sont pas nécessairement liés à une souffrance. Ce n'est pas parce que l'on est plus vieux ou plus handicapé que l'on est plus souffrant, cela, même si l'on est alors porteur de douleur(s). D'autre part, l'autonomie est bien la perspective du soin, ce qui serait contradictoire si le soin était uniquement lié à une dépendance ou un handicap constitué.

L'intimité du soigné

Quelle que soit la situation de soin que nous examinons, il existe une intrusion dans l'intimité du soigné par le soignant. Intimité physique lors d'une aide à la toilette, intimité sociale car la présentation sociale de la personne soignée ne résiste guère à la relation de soin. Intimité psychique car la souffrance dévoile beaucoup du fonctionnement psychique de la personne. Cette effraction de l'intimité est exceptionnelle car, en tant que relation, elle franchit une multitude de tabous sociaux : le toucher, la pénétration de l'enveloppe corporelle, les secrets de l'excrétion et de la toilette sont radicalement mis en cause. On a ainsi pu voir (récemment) les difficultés que peut faire surgir les soins donnés par un homme à une femme de religion musulmane; c'est à dire en dehors du partage d'une conception identique du soin. Le lecteur aura remarqué que nous avons utilisé successivement deux termes, « intrusion » et « effraction »; c'est là une manière de distinguer ce qui pourrait apporter un soulagement (l'intrusion inévitable du soignant) de ce qui pourrait provoquer de la souffrance (l'effraction de l'intimité), laquelle est typiquement réalisée dans le viol. Ce qui débouche sur une assertion de l'ordre de l'éthique: le soin n'est pas une forme « légale » de viol de l'intimité.

Sur le plan social, le soignant intervient au-delà de tous les signes sociaux que nous portons dans la vie quotidienne; il déshabille au sens propre,

mais aussi au symboliquement la personne soignée : privé, pour des raisons techniques, de notre usage des codes culturels (vêtue, bijoux, maquillage etc.) notre situation sociale apparaît souvent avec une grande acuité. Cela quoique l'on pourrait penser que l'absence relative des signes sociaux nous rendent « tous nus et semblables »; c'est une erreur, les soignants expérimentés le savent bien, l'absence de symboles sociaux décape en quelque sorte l'habitus qui ne peut alors être mis à distance et masqué par des signes sociaux extérieurs à la personne. C'est qu'il faut distinguer notre habitus des codes externes que nous adoptons transitoirement pour « habiller » la position sociale que nous entendons revendiquer. L'habitus est bien, au sens aristotélicien où nous l'utilisons ce qui s'incarne jusque dans notre chair: ce qui est souvent dissimulé dans le contact social derrière une apparence plus ou moins volontairement fabriquée. L'intimité du soin et l'inévitable contact du soignant avec l'habitus de la personne soignée se situe au delà de bien des apparences.

Sur le plan psychique, la souffrance nous empêche le plus souvent d'utiliser les mécanismes de défense qui nous sont habituels : les hommes pleurent, les femmes invectivent et menacent, les enfants deviennent muettes ; cela se constate dès que l'on fréquente un service d'urgences ou d'admission. Ce désarroi nous prive finalement de la plupart de ce que nous utilisons quotidiennement pour gérer notre relation à autrui. On voit là en quoi la confiance est un point crucial de la relation de soin; hors d'une situation où elle est établie, nous basculons dans le viol d'une intimité. C'est sans doute ce qui explique l'extension d'un des secrets les plus solides de notre droit aux soins infirmiers : le secret médical.

La compétence reconnue « en confiance » précise donc ce qui relie le soignant et le soigné. Ce sont des conditions fondamentales de la prise en charge soignante. La confidentialité du soin est la raison de la compétence attribuée.

/4/ Quatrième scolie: De la doxa à l'ontologie du soin

Nous avons vu comment les manifestations du soin varient au fil des temps; variations dont la raison est celle de l'épistémè où il se développe. De même, nous venons de voir que la dépendance au soin est une sorte de *dé-bordement* de l'eidos du soin par le factuel. C'est par une extension, hors des limites de la loi normale du soin, que se constitue une dépendance au soin. Dépassement qui se traduit d'abord par un dépassement du temps du soin. Le binôme soigné-soignant tend à s'inscrire dans quelque chose de définitif; le handicap prend insidieusement la place du besoin et de la demande de soin; s'appuyant pour cela sur la souffrance qui ne peut être soulagée. Nous touchons là à une question délicate pour tout soignant : comme nous l'avons dit, il est relativement simple de prendre en charge une personne soignée, autre chose est de s'en « dépendre »; que ce soit du point de vue de l'un comme de celui de l'autre. C'est là une conséquence même de la circonstance de l'apparition du soin; la souffrance. En effet, celle-ci crée une inégalité (l'asymétrie que nous avons montrée plus haut) entre le soigné et le soignant; inégalité de la puissance d'agir en situation qui sera compensée par une authentique réciprocité dans l'échange qui va se dérouler. Cela, « Car il procède de l'autre souffrant un donner qui n'est précisément plus puisé dans sa puissance d'agir et d'exister, mais dans sa faiblesse même » (P. Ricœur 1990, p. 223). Ce que débusque la souffrance d'autrui ce sont des sentiments spontanément dirigés vers autrui; soit le soin premier. Dès lors c'est la loi normale du soin générale qui vient fixer les limites d'une relation et préserver de l'ambiguïté que pourrait receler la question de l'intimité dépassée.

Nous avons vu comment prennent sens la *praxis*, la *gnosis* et la *polis* dans le soin; En quoi elles participent de leur essence et ce qui les relie. Il reste une question quant à la *doxa*, plus délicat à examiner du point de vue herméneutique en ceci qu'il s'agit d'un sujet relativement polémique. En effet, de longue date persiste un débat théorique au sein des soins infirmiers. Celui-ci tourne autour d'une dimension spirituelle de la personne soignée. Pour certains, la description pertinente de la personne soignée présente trois dimensions : une physique (ou biologique), une dimension psychique, une dimension sociale. Selon d'autres, cette présentation exclue la question d'une dimension spirituelle qui est tout de même bien présente. Deux positions qui supposent aussi une différence essentielle chez le soignant : celui-ci devient-il soignant en fonction d'une « vocation » dictée par sa nature spirituelle, ou bien apprend-t-il « simplement » un métier ? Soit enfin: être soignant comporte-t-il une part de prédestination liée à la spiritualité de chacun?

C'est, finalement la perspective d'une ontologie du soin qui se profile : si celui-ci dépend de la spiritualité des protagonistes, il risque d'échapper à l'espace de la raison ordinaire pour relever d'une métaphysique.

La difficulté est que cette dimension spirituelle est plus volontairement soutenue par des théoriciens engagés au-delà de leur profession. Ainsi on peut aisément comprendre pourquoi et comment Calista Roy, infirmière et sœur catholique, insiste sur cette question. Mais aussi que certains craignent là une ingérence des églises dans le soin redoutée pour des raisons historiques (comme nous l'avons vu en explorant l'histoire des soins). De notre part, nous avons vu, dans la *doxa*, un des éléments résultant de notre réduction, qui doit à ce titre prendre place dans notre description.

Voyons, tout d'abord ce qui se présente en clinique. Si certaines personnes soignées présentent bien une vie spirituelle manifeste, si celle-ci les aide incontestablement à vivre la maladie et qu'elles la revendiquent comme tel; d'autres dénie cette disposition et ne paraissent pas en souffrir. Certains revendiquent même cette absence avec vigueur. En toute hypothèse,

nous pouvons penser que la question d'une dimension spirituelle de la personne soignée est mal posée et que les constatations cliniques sont à relier à la personne soignée plus qu'à la *situation-soin*, c'est à dire, pour nous au phénomène lui-même. De plus, s'il est de l'ordre du bon sens de constater que les trois autres dimensions n'expliquent pas tout, la dimension spirituelle est difficile à intégrer dans le schéma global : on peut objectiver la présence physique de la personne, ses relations sociales ou même son activité mentale (serait-ce en pratiquant une tomodensitométrie de son cerveau), il en est tout autrement de sa spiritualité. Cela d'autant plus que certains en dénie (sans plus de possibilité d'objectivation) l'existence-même. La question de la spiritualité est donc un sujet à débattre sur le plan métaphysique (au sens aristotélicien) et, dès lors, difficile à intégrer dans une « science du soin ».

/5 / Des orientations Étiques pour le soin

Nous avons montré que la *Doxa* est un des éléments de l'eidos du soin. A ce titre il existe bien une importance du vécu spirituel du soignant comme du soigné. Cependant, il s'agit de *l'un des éléments de* l'eidos et non de la totalité de celui-ci. Nous pouvons donc bien concevoir la question de la dimension spirituelle comme mal posée, car si elle est inhérente tant au soignant qu'au soigné, elle est liée à la « nature humaine » des protagonistes; mais non particulière à la situation de soin. La spiritualité des intervenants se trouve en jeu dans le soin *du fait* de la *doxa*. Ce que nous relevons, et qui évoque la spiritualité, dépend de la situation-soin en cela que c'est le moment où elle devient visible; Justement en raison de l'intimité attachée à la situation. Il est donc discutable, dans notre analyse, d'inférer uniquement la spiritualité à l'un des facteurs (la personne soignée) qui évoluent dans notre champ (le soin général). En revanche, nous pouvons retenir que l'expression d'une spiritualité chez la personne soignée est l'une des conséquences de sa situation (le soin); simplement au titre que la personne se révèle au soignant au cours des soins. Nous ne pouvons, dans le cadre où nous sommes, dépasser cette position sans nécessairement souscrire à la proposition ontologique d'une nature spirituelle des soins, position que nous ne retenons pas pour notre part.

Incidentement nous venons d'aborder un point qui montre que la théorie du soin général peut produire des orientations éthiques particulières et qui méritent d'être examinées plus en détail.

Envisager la question éthique du soin demande que nous clarifions ce que nous entendons par ce terme. En effet, depuis quelques années se sont multipliés les appels à l'éthique comme une méthode de résolution universelle de questions touchant à l'exercice de nombreuses professions. Ainsi, on ne compte plus les appels médiatiques à l'éthique pour les journalistes, les juges, les médecins, les hommes d'affaires... Catégories que nous citons en désordre, finalement comme ces appels se présentent. Tout cela fonctionne comme si l'éthique était une forme de savoir quasi-autonome et constitué en dehors même de la pratique; peut-être même fondée antérieurement à l'activité concernée. L'idée d'un ensemble de règles intangibles, constituées à l'écart des contingences de l'action, dictant la conduite que nous devons avoir, l'ensemble fortement conditionnées par la culture et le milieu social correspond, en fait, à une description d'une « morale »; une morale au sens de ce que l'on apprenait autrefois à l'école primaire: ce que je dois faire, et ce que je ne dois pas. Et c'est justement ce qui est, le plus souvent en débat dans les médias: la quête de règles garantissant que les acteurs soumettent leur action à des règles claires et partagées. Il s'agit donc d'une déontologie comme celle des médecins ou des infirmiers. Ces règles étant garanties au sein des professions concernées par un conseil d'ordre spécifique constitué de pairs et chargés de veiller à l'adaptation de celle-ci ainsi qu'à leur respect⁸⁹.

Tout ceci ressemble à une confusion entre deux choses sensiblement distincte: d'une part à la nécessité de règles déontologiques édictant une morale professionnelle partagée et socialement approuvée; d'avec l'existence d'une fonction éthique pour les acteurs de certaines fonctions sociales. Cette fonction éthique constituant un ensemble de connaissances et des moyens propres à nous rendre capable d'agir de façon responsable. Au premier lieu lorsqu'il s'agit d'une profession pratiquant des techniques, la maîtrise des tenants et aboutissants des techniques en question. Soit pour le médecin ou

⁸⁹ Il s'agit d'institutions relativement récentes: Le Conseil de l'Ordre des Médecins actuel fut instauré par ordonnance du 24 septembre 1945; celui des infirmiers promu par un décret du 13 avril 2007. Ces institutions appartiennent globalement à la seconde moitié du XX^{ème} siècle; soit relativement récentes dans l'histoire du soin et de la santé.

l'infirmier la connaissance des conséquences possible d'une prescription. Mais aussi les connaissances nécessaires à une réflexion continue sur ses pratiques professionnelles.

Nous sortirons de cette confusion en délimitant ici la morale comme l'ensemble des normes propres à un groupe social à un moment donné de son histoire; celui-ci étant codifié par des règles, voire une déontologie spécifique. Alors que l'éthique sera délimitée comme la recherche du bien, par la conscience de chacun en fonction de réflexions portant sur la valeur de sa pratique et les conditions de celle-ci; ceci avec dans une fonction critique, c'est à dire en portant un regard pesé de façon autonome sur la situation et sur ses réactions à celle-ci. Nous nous situons ainsi, bien entendu, dans la différence d'une morale comprise dans la tradition idéaliste (de type Kantienne), distinguant entre ce qui est et ce qui devrait être; relativement à une tradition matérialiste; laquelle doit être distinguée de la tentative d'amender le réel par l'exercice de la raison (que nous pourrions dire plutôt Spinoziste). Nous situons l'éthique comme une partie, ou une dépendance de la philosophie et à l'écart du droit qui ne se prononce pas sur la valeur des actes, mais sur ce qui est permis et interdit; soit en dehors de la déontologie.

On comprend que selon les délimitations que nous venons de poser, la théorie du soin général constitue une ouverture vers une éthique du soin plus qu'à une morale de celui-ci. En effet, si nous reprenons certaines questions que nous avons traité ci-dessus; en particulier au sujet de l'autonomie, de l'intimité, de la souffrance, nous voyons que la conceptualisation ouvre vers une réflexion continue de l'action. Ainsi, l'autonomie, fixée comme perspective, et même comme utopie du soin, conduit l'action du soignant. La prise en compte de l'articulation de l'autonomie et de la souffrance nécessite de penser et de mesurer l'action soignante bien au delà des règles techniques du soin. Même si le soin technique que je vais pratiquer peut provoquer de la douleur, la question centrale devient: comment éviter que cette douleur débouche sur une souffrance ? (et non plus une prise en compte de la douleur en elle-même par une nouvelle technique). Et encore: si la souffrance se construit, comment palier au risque qui en découle pour l'autonomie de la

personne soignée ? Ce qui est substantiellement différent de l'application protocolisée d'un antalgique de surface avant un prélèvement de sang (qui s'effectuera d'ailleurs sur prescription médicale). Il s'agit donc bien d'une possibilité de prendre des décisions raisonnées et responsables; soit finalement autonome au sens que donne à ce terme Paul Ricœur et en réponse à la citation de celui-ci que nous avons donné en exergue à notre thèse: « *L'inégalité de puissance vient à être compensée par une authentique réciprocité dans l'échange, laquelle, à l'heure de l'agonie, se réfugie dans le murmure partagé des voix ou l'étreinte débile des mains* » (Paul Ricœur, *Soi-même comme un autre*, Éditions du Seuil, 1990, P. 223).

On le voit, la théorie du soin général vient ajouter un espace éthique spécifique à la clinique du soin. Elle délimite un espace de responsabilité où le soignant est bien l'un des acteurs du soin. Nous passons ainsi de la morale professionnelle qui s'impose par devoir de l'agent-soignant, à l'éthique nécessaire à l'un des acteurs du soin. Plus loin encore, et dans le cas d'une dépendance lourde aux soins qui se serait constituée, la position du soignant devient celle d'un auteur du soin: la responsabilité ne pouvant plus (ici et maintenant en regard de la situation de la personne soignée) être partagée entre les deux acteurs du soin. On comprend dans ce cas la nécessité d'une « conscience » du soignant de ses actes qui passe par lui-même est par une éthique du soin intériorisée par celui-ci.

Le développement de cette éthique repose ici sur une construction théorique particulière, comme savoir nécessaire; en cela aussi elle se distingue d'une morale du soin. En effet un code déontologique inspiré d'une morale du soin s'oblige à envisager l'ensemble des cas de figure qui peuvent se présenter. Exhaustivité qui risque de ne jamais s'épuiser puisque, nous l'avons montré, les activités du soin dépendent à chaque fois d'une situation particulière; cela justement parce que la personne soignée est une possibilité incarnée de l'ensemble des possibilités humaines. A rebours, le développement d'une éthique; intériorisée et pratiquée par des soignants agissant sur des bases théoriques assumées, permet d'envisager la multiplication des actions de soins. La limite devenant ce que l'approche théorique du soin géné-

ral permet d'assumer. C'est à dire une fonction de définition de ce qui est du champ du soin et ce qui lui échappe. Définition que nous avons pratiqué lorsque nous avons étudié la limite entre soins maternels et soins infirmiers.

Bien entendu, les développements de cette dimension éthique finissent par échapper à la théorie elle-même; ils se situent à la confrontation théorie/clinique et dépassent, à ce titre, l'objectif de notre recherche. Il reste que la théorie du soin général, et en particulier son application au champ spécifique du soin infirmier fournis l'occasion de faire rebondir la question éthique. Mais celui-ci dépend, bien évidemment, de la place que peut prendre la théorie du soin général dans la formation des soignants. En effet, conçue, du point de vue que nous venons de développer, comme l'un des éléments de maîtrise des enjeux éthiques des situations nouvelles, elle doit être connue – et donc enseignée – aux futurs professionnels.

/6 / De la théorie du soin général à la formation des soignants

Nous allons tout d'abord examiner la situation concrète des soins infirmiers en France aujourd'hui. Nous verrons . quelles évolutions sont à l'œuvre au sein de ce système. Ce préalable nous permettra de questionner, en connaissance de cause la place que pourrait prendre la théorie du soin générale dans le dispositif de formation; cela en terme d'insertion dans la formation actuelle, comme en terme de prospective en fonction des évolutions prévisibles du système.

-6.1 / La situation des soins infirmiers en France

Les soins infirmiers, quelle situation du savoir?

En 1985 B. Walter, dans sa thèse, décrivait la naissance, en France, d'une dynamique qu'elle caractérisait comme celle d'un savoir infirmier. Quelques années plus tard et au moment même où un mouvement sans précédent amenait à une réforme décisive du fonctionnement du soin dans les institutions, B. Walter (1988) donnait une lecture précise du phénomène qu'elle décrivait comme le passage à une culture écrite du soin. Cette dynamique se traduisait par une suite d'évènements qui venait modifier de façon importante la conception, la place et le rôle des infirmières dans l'hôpital. Des techniques nouvelles de prise en charge des personnes soignées s'implantaient depuis 1980, elles visaient à regrouper et rationaliser les actions de soin. Le plan de soins infirmier était formalisé par un passage à l'écrit très précisément décrit par B. Walter. Aussitôt, des infirmières commencent à lier ces écrits ensemble par une démarche de soin qui comprend une anamnèse et l'identification de problèmes ; elles visent à rationaliser le recueil de données et à conduire un raisonnement (~1982). Cette démarche est ensuite formalisée par l'adoption des diagnostics infirmiers (~1989, formalisé par la réforme des études de 1992).

Nous avons ainsi vu en une vingtaine d'années s'implanter et se développer en France, un savoir particulier. En pratique le mouvement se traduit par la disparition progressive des prescriptions de soins infirmiers par les médecins⁹⁰. Les soins infirmiers sont désormais décidés par l'infirmière qui peut en prescrire l'exécution par une aide soignante, une aide médico-psychologique ou une auxiliaire de puériculture. Cette

⁹⁰ Il s'agit, bien entendu ici des soins infirmiers au sens strict ; c'est à dire à l'exclusion des soins médicaux délégués à une infirmière.

prescription s'appuie sur la démarche de soin qui codifie les techniques d'observation, les processus de raisonnement clinique et oriente la décision de soin.

Ces techniques nouvelles, très élaborées sont issues de l'évolution des pratiques. Elles sont l'aboutissement d'approches plus théoriques notamment nord américaines (États-Unis et Canada) développées durant les cinquante dernières années. Ce pan du savoir infirmier est, en France en particulier, parfois marginalisé et même écarté au profit d'une approche pragmatique basée sur les pratiques de soin. A tel point que certains auteurs en viennent à en contester la rationalité. Nous avons ainsi montré que, par exemple, la critique de O. Louis (1995) était fondée sur une méconnaissance des données qu'il prétend rapprocher, que celle de J.L. Gérard (1993) comportait une contradiction entre les critiques portées et la déclaration d'intention de l'auteur. Qu'en est-il précisément? D'une part l'enseignement, les dispositifs réglementaires, les formes institutionnelles du soin, fonctionnent en référence aux techniques de soins issues du courant de pensée mis en cause. Il est difficile de conserver les techniques et de disqualifier les approches théoriques dont elles sont le produit. Il y a là une solidarité que semble ignorer certains auteurs. De plus, l'approche théorique nord américaine revendique la mise en œuvre d'un savoir scientifique ; lequel peut toujours être falsifié par une ou plusieurs expériences cru-

ciales ou même par un renouvellement de l'approche théorique. Il ne peut, de toute façon, n'être disqualifié qu'en respectant la forme de la pensée scientifique. Que cela plaise où non, l'idée de race humaine trouve sa contradiction absolue dans les connaissances scientifiques de la biologie et plus précisément de la génétique. Tant que ces connaissances ne sont pas mises en cause, falsifiées par l'évolution du savoir, l'idée de race humaine ne dispose d'aucune légitimité scientifique. Il en est de même pour tout savoir scientifique ; il ne peut être définitivement remis en cause qu'en regard de ses « performances épistémologiques ». Tant que la production de savoir (la technique par exemple) n'est pas invalidée par l'expérimentation, le savoir théorique est réputé valide : c'est la meilleure hypothèse qui l'emporte⁹¹. Si l'on prends au sérieux l'affirmation d'une science infirmière par les universités nord américaines, le principe de la falsification s'impose à la critique. Bien entendu, sur une position plus idéologique, il est possible de l'écarter sans étayer cette prise de position, mais alors il est inutile de critiquer le savoir en question; il suffit alors de le dénoncer⁹². De

⁹¹ Ajoutons qu'il n'existe aucune approche théorique concurrente qui possède à la fois une définition de l'objet et des concepts, une théorie de son fonctionnement permettant d'édicter des lois vérifiables par l'expérience et qui se décline en techniques de soins infirmiers.

⁹² Nous opposons ici la différence entre la critique au sens philosophique, et la dénonciation comme prise de position de type « politique ».

plus, l'option science pour le soin est celle d'institutions académiques tout à fait respectables, et nous sommes particulièrement mal placés, en France pour mener une lecture critique, en particulier du fait que nous ne disposons d'aucun système de recherche comparable sur la question des soins infirmiers.

Les évolutions du soin infirmier

Les évolutions récentes des soins infirmiers se traduisent très significativement dans le renouvellement des contenus de formation des infirmières comme nous l'avons montré plus haut. Elle s'inscrit dans un dispositif réglementaire régulièrement renouvelé depuis 1975. Elles s'accompagne d'un renouvellement rapide et évolutif des structures institutionnelles de l'hôpital public. La production de savoir, qui s'est amorcée (parfois timidement) dans les années soixantes-dix s'intensifie de façon spectaculaire depuis 1980.

La transmission du savoir

Les infirmières sont désormais les principales formatrices de leurs pairs, ce qui n'était pas le cas depuis 1920 où l'enseignement était généralement confié à des médecins. La médecine n'assure plus la structuration de l'enseignement : "L'enseignement des sciences humaines doit être considéré comme une synthèse de notions qui imprègne la totalité des enseignements dispensés au cours des trois années

d'études"⁹³. A titre d'illustration rappelons que l'anatomie, la physiologie et la pharmacologie ne représentaient plus que 100 heures de cours sur 2.080 (les sciences humaines représentent 160 heures de cours théoriques) dans le dernier programme mis en œuvre. Le reste des cours est centré sur la démarche de soin, les diagnostics, les actions et les techniques de soins infirmiers (ibid). Les évaluations auxquelles étaient soumis les étudiants portaient essentiellement sur des démarches de soins, c'est aussi le cas des examens de fin de première et de seconde année, ainsi que celui qui permet d'obtenir le diplôme d'État.

Les infirmières assument depuis la réforme de 1978 la direction administrative et pédagogique de tous les instituts de formation (formation de base, de cadre, de pédagogues et de spécialiste) sans aucune exception. Les enseignants permanents de ces institutions sont obligatoirement des infirmières cadres de santé diplômées⁹⁴, elles ont aussi un diplôme de spécialité lorsque celui-ci est requis. La formation du personnel d'enseignement est assurée dans les trente instituts de formation de cadres de santé en partenariat avec une université (enquête du CEFIEC⁹⁵ 1999). Dix d'entre eux ont une convention conduisant à une li-

⁹³ - Arrêté n° 92/13 du 7 mai 1992.

⁹⁴ C'est d'ailleurs le seul champ d'exercice des cadres de santé où ce diplôme est strictement obligatoire.

⁹⁵ - Comité d'entente des instituts de formation et écoles de cadres. L'enquête portait sur

cence. Le personnel enseignant de ces établissements comporte cent douze personnes titulaires d'un diplôme d'université pour cent dix-neuf agents. Parmi ceux-ci on relève treize licences, quarante et une Maîtrises, onze D.E.S.S. et quatre D.E.A. Les niveaux de formation sont en progression au fil des ans avec une orientation franche vers des troisièmes cycles universitaires (de nombreux cursus sont en cours). Alors que, par le passé, les formateurs étaient choisis pour leur expérience (et bien souvent désignés en raison de leur difficulté à assumer le service). Les instituts disposent désormais d'un personnel formé et spécialisé dont le niveau ne cesse d'évoluer.

La réglementation de l'exercice

C'est dans le mouvement de 1988⁹⁶, que les infirmières affirment une rupture avec les conceptions anciennes du soin. Elles refusent l'idée d'un « sacerdoce » du soin qui tiendrait lieu d'éthique professionnelle ; elle refuse l'idée d'auxiliarat où elles se sentent cantonnées ; elles refusent une idée simpliste du savoir dont elles disposent comme nous l'avons montré plus haut. Cette revendication fait écho aux nombreuses difficultés rencontrées par le législateur pour réformer la profession. C'est après une suite de débats houleux et répétitifs qui durent depuis 1983 au sein de la représentation nationale ; suite une annulation par le Conseil d'Etat sur une requête issue des certains milieux médicaux, que le gouvernement publie une ordonnance modifiant de façon décisive la profession d'infirmière le 15

le niveau de formation de 2850 personnes (enseignants et étudiants) au cours des trois dernières années. Elle donne une image de la population des formateurs de formateurs ainsi que de celle des futurs formateurs d'infirmières.

⁹⁶ Voir à ce sujet les documents suivants : « L'identité professionnelle infirmière, mai 2000, Le Monde des débats 1993, A. Bergonne 2000, I ; Bonaffe 1972,

mars 1993⁹⁷. Ce décret instaure une responsabilité entière des infirmières quand aux soins qu'elles prodigues de leur propre chef. Il crée un « rôle propre » qui est dispensé sans prescription médicale. Incidemment l'exercice est interdit à toute personne qui ne dispose pas d'un diplôme d'infirmière ou de sage femme (cette restriction comprend aussi les médecins qui ne disposent pas d'un diplôme de l'Union Européenne qui doivent désormais passer le Diplôme d'État pour pouvoir exercer comme infirmier). Il existe un délit d'exercice illégal de la profession d'infirmière qui n'était qu'une fraude auparavant. Cette évolution sera confirmée et renforcée par le décret de février 2002 qui élargir le champ des soins infirmiers et met sous la responsabilité directe des infirmières les auxiliaires de soin quelque soit leur profession. En dernier lieu, les infirmières sont devenues prescripteurs du matériel pour les soins qu'elles dispenses (arrêté du 25 I 2007, JO N° 88 du 14 IV 2007 Texte 122). C'est, de fait, une évolution radicale dans la mesure où les infirmières ne sont plus des auxiliaires médicales, mais une des professions de santé comme certains auteurs l'avaient prévu (C. Duboys Fresney & G. Perrin 1996).

Les évolutions de l'institution hospitalière

Dans le même temps, l'institution hospitalière est progressivement adaptée pour aménager son fonctionnement face à l'émergence d'une nouvelle conception des soins infirmiers (D. Mathis 1999). Les diplômes sont unifiés, mouvement amorcé dans les années soixantes par la séparation des filières du travail sociale et infirmière (autrefois confondues), et la disparition des infirmières militaires et de sanatorium. En 1992, le dernier diplôme particulier, celui d'infirmier de secteur psychiatrique est aboli. Il n'existe désormais qu'une catégorie d'infirmière et des spécialisations ultérieures (puériculture, bloc opératoire et anesthésie réanima-

⁹⁷ - Décret n° 93-345 du 15 mars 1993.

tion). Les instances de l'hôpital sont complétées par une commission du service de soin qui vient prendre place aux côtés de la Commission Médicale ou du Comité technique d'établissement dans les instances de l'institution. Elle s'élargit dans la réforme hospitalière à l'ensemble des soignants et des personnels médico-techniques.

L'encadrement des infirmières est désormais réservé à des cadres de santé eux même infirmiers, ils sont recrutés « sur titre » et non plus selon les mérites jugés par l'administration ou le médecin chef. Les directions des hôpitaux se complètent d'une direction des soins qui prend place parmi les directions fonctionnelles. C'est le Directeur des soins qui est le seul supérieur hiérarchique de l'encadrement infirmier ; seul un cadre de santé peut encadrer des infirmières. A cette occasion le lien hiérarchique entre la « chefferie de service », toujours assumée par un médecin, et les infirmière est rompu; il s'agit désormais d'un lien fonctionnel. Des cadres de santé sont progressivement affecté à des missions transversales dépendantes de la direction des soins telle que l'hygiène, la recherche clinique, l'informatisation des soins infirmiers. Il existe désormais des formations de spécialiste en soins infirmiers : les infirmières cliniciennes, quoique ces formations ne soient pas encore reconnues dans la nomenclature des emplois publics.

La production de savoir

Les infirmiers développent depuis une cinquantaine d'année une littérature abondante. Celle-ci a considérablement augmenté en volume ces dernières années. L'étude de l'index de la Bibliothèque nationale de France montre la progression du nombre de publications ayant trait aux soins infirmiers: 38,40% des ouvrages publiés l'étaient avant 1960, 46,65% en 1980, 76,39% en 2000.

Au regard des textes, l'enseignement dispensé dans les Instituts de Formation en soins Infirmiers repose sur un savoir particulier : celui des soins infirmiers⁹⁸. Ce savoir doit être produit par les infirmières elles-mêmes : elles sont chargées par la loi⁹⁹ de produire de la recherche en soins infirmiers. Cette disposition est reprise par les textes organisant les institutions hospitalières¹⁰⁰. Les actions de recherche sont actuellement financées sur les budgets des hôpitaux, mais rien n'existe pour intégrer une fonction spécifique, par exemple, dans les programmes de recherche clinique des hôpitaux. C'est aussi une des missions des instituts de formation depuis 1992¹⁰¹. De 1991 à 1997, l'assistance Publique Hôpitaux de Paris a financé cent dix dossiers de recherche paramédi-

⁹⁸ - Défini par le décret n° 93-345 du 15 mars 1993 relatif aux programmes des études conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier.

⁹⁹ - Article 7 du décret n° 84-689 du 17 juillet 1984 article 1 ; décret n° 93-345 du 15 mars 1993 relatif à l'exercice de la profession article 9.

¹⁰⁰ - Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, article L 714-26 du code de la santé publique

¹⁰¹ - Selon l'arrêté du 30 mars 1992 article 1

cale pour un budget total de 4620.14 Euros. Cinquante cinq pour cent de ces dossiers concernaient les soins infirmiers.

Depuis dix ans, environs, la production de savoir s'intensifie et se renouvelle. Elle se retrouve sous la rubrique « recherche en soins infirmiers » dans les principales revues professionnelles. On consultera, par exemple à ce sujet, le N° 29 de la revue « Soins encadrement formation » dont le dossier sur la dynamique de la recherche traite ce sujet sur 44 pages (Masson 1999). Les autres revues professionnelles produisent régulièrement des rubriques ou des dossiers sur la question. Une revue spécialisée « Recherche en soins infirmiers » est publiée par l'A.R.S.I.¹⁰²

Une évolution rapide

Depuis 1985, ce savoir a beaucoup changé. Il s'est considérablement formalisé; le temps est loin où il était uniquement «expérientiel» (un savoir-être en quelque sorte.) Des positions théoriques ont été énoncées, des concepts sont partagés, une taxinomie fait l'objet d'un consensus international qui donne lieu à des congrès, une recherche s'est mise en place dans de nombreux pays. Un considérable renouvellement du savoir accompagne le développement des pratiques nouvelles. L'utilisation de l'écrit, celles de méthodes d'observation et de diagnostic particulières, le renouvellement des cursus de formation sont les moyens de ces changements : le savoir des soins infirmiers est maintenant un savoir écrit. Les techniques mises en œuvre sont celles de la démarche de soins, les diagnostics infirmiers, les transmissions ciblées. Ces éléments sont au cœur du dispositif et sont direc-

¹⁰² Association de Recherche en Soins Infirmiers

tement issus des théories scientifiques du soin infirmier. La recherche internationale se développe dans cet axe. Nous avons montré ici comment il était possible d'aborder l'aspect fondamental de la recherche en soin. Ce savoir comporte des gestes, des techniques, des procédures; mais il comporte aussi des opérations mentales, cognitives, psychiques complexes. Ce sont ces éléments qui portent à clarifier, organiser, conceptualiser le savoir. Le développement de l'activité symbolique autour du soin tend à nommer les choses, les représenter et les articuler entres-elles.

Les appropriations successives des formes du savoir.

A l'apparition des soins infirmiers et dans mouvement initial, dès 1855¹⁰³ ; la question du savoir repose sur une approche largement empirique. Partant du constat de l'existence des problèmes de santé, F ; Nightingalee s'interroge sur ce qui doit être entrepris pour restaurer la santé en favorisant les facteurs « naturels » de celle-ci. Au fil du développement de l'activité de soin , se renouvellent les problèmes qui se posent aux soignants. C'est et la naissance d'un savoir formel du soin à partir de 1948. A cette date, la question est de déterminer « ce que font les infirmières » selon l'expression de V. Hamilton qui consacre son œuvre de recherche à cette question.

Les premiers travaux partent des situations concrètes dans une approche empirique (1948-1960) et procèdent par catégorisation/distinction des phénomènes observés (S. Kerouac & Coll. 1994). Rapidement, le constat est que les phénomènes distingués dans un premier temps doivent être liés par une approche plus globale qui permette de donner sens aux pratiques. L'approche par la globalité naît vers 1950 et se développe jusqu'à nos jours. Au décours de cette formulation nouvelle se forme le projet de fonder un savoir nouveau ; un débat s'instaure jusque dans les années 80 entre l'idée d'une science infirmière, de rationalité scientifique, et les tenants d'un « art infirmier » qui repose sur une approche empirique. Le point

¹⁰³ Cette étape inaugurale sera décrite plus loin cf. P ; Erreur : source de la référence non trouvée et suivantes.

extrême de ce débat est, sans doute la tentative de distancer le soin de l'empirisme en fondant une science humaine nouvelle la médiologie¹⁰⁴ des soins pour M. Nadot en 1983, puis la *réhabilitation* pour W. Hesbeen en 1994¹⁰⁵. Ces tentatives de rupture épistémologiques montrent l'encrage de la réflexion théorique dans la sphère de la pensée scientifique des sciences humaines. Cet ancrage, largement développé depuis 1960 par les théoriciens nord américains, débouche, en Europe sur une tentative de re-fondation radicale. Cette évolution se traduit, de façon plus générale, par le développement de l'étude de l'histoire de la construction du savoir comme on le voit chez S. Kérouac en 1994, ou chez C. Duboy-Fresney en 1996.

La situation aujourd'hui.

On constate le recul de la proposition empiriste ; l'idée d'un art infirmier est relativisée par W. Hesbeen (1994) puis par S. Kérouac (1994) qui en réservent le terme au développement des techniques de soins. Parallèlement apparaît l'influence de la philosophie contemporaine, de plus en plus souvent mobilisée pour étudier la question du sens à donner aux soins infirmiers. (Y Thiébaud 1994). L'attente d'un nouveau paradigme ne paraît plus d'actualité dans la mesure où la production de savoir se centre sur la référence au modèle scientifique établie dans les années soixantes-dix et qui est généralisée dans les publications. Le savoir infirmier comme science est désormais revendiquée par la grande majorité des auteurs quelque soit leur formation initiale et leur nationalité. Ces questions ne sont pas des questions locales, elles se posent à tous les pays qui entendent mettre en place des formations de qualité pour leurs futurs soignants. Elles ont été traitées de diffé-

¹⁰⁴ La proposition de M. Nadot s'appuie sur la médiologie, discipline nouvelle définie par R. Debray (1991) comme une « physique de la pensée sociale ». Pour M. Nadot il s'agit de créer une science nouvelle « qui se constitue à partir des problèmes rencontrés dans la pratique des médiations de santé » (Nadot 1992).

¹⁰⁵ W. Hesbeen pense à une re-fondation qui définisse plus rigoureusement ce qui est de « l'art infirmier » (dimension pratique et clinique) et le savoir formel qui tends à trouver les moyens d'une réhabilitation de la personnes dans sa dynamique de vie (1998).

rentes manières, et il est temps de sortir du contexte national et de visiter les solutions adoptées dans l'Union Européenne.

-6.2 / Les formations dans l'Union Européenne

L'union Européenne présente une certaine diversité quant aux formations des soignants. Mais, d'une façon générale, ces formations évoluent vers l'organisation d'un cursus universitaire. La signature de la déclaration de Bologne de juin 1999 prévoit la mise en place d'ici 2010 d'un espace européen de l'enseignement supérieur comprenant l'ensemble des formations professionnelles soignantes dans le système LMD.

A ce jour nous pouvons recenser l'avancement du processus de Bologne dans les formations des infirmières européennes.

On retrouve, en Union Européenne une certaine diversité dans les organisations de la formation des soignants. Il existe ainsi en Espagne des Instituts sous tutelles universitaires. En Italie les institutions de formations sont sous tutelle du Ministère des universités (facultés de médecine et de chirurgie). En Irlande, Malte, Royaume Uni, Suède, au Danemark, Finlande, Hollande, Norvège, en Suisse Romande le lien avec les université est direct. Le Portugal dispose des Escolas superiores de enfermagem - instituts adossés à une université.

On retrouve aussi des écoles professionnelles en Allemagne Autriche France, Suisse Alémanique. Un système mixtes haute école/université, à plusieurs niveaux, est en place en Belgique.

Si nous prenons comme exemple la situation en Grèce, où le système est le plus diversifié, on retrouve:

- Un Diplôme de l'école supérieure des infirmières en soins généraux

- Une Licence d'infirmier de la section d'infirmiers des écoles paramédicales des centres d'enseignement supérieur technique et professionnel
- Licence d'infirmier des établissements d'enseignement technologique
- Licence d'infirmier de la faculté des sciences de santé, section infirmiers, de l'université d'Athènes

Enfin, la formation à l'université est le modèle dominant; modèle unique dans dix pays de l'union. Les évolutions les plus récentes vont dans ce sens; ainsi les pays entrant dans l'Union adoptent une formation Universitaire. Laquelle met d'emblée en conformité avec la déclaration de Bologne. Au-delà même de l'Union les choses vont dans ce sens: La Fédération de Russie a récemment remplacé le système d'origine soviétique (proche du système français) par le LMD. Il en va de même pour les réformes qui se mettent en place sur l'ensemble du bassin méditerranéen (Liban depuis plus de 15 ans, Maroc, Turquie, Syrie, Égypte...).

En 2005 le Dr Alice Kiger, University of Aberdeen, Center for Advanced Studies in Nursing; qui suit ces questions pour le FINE (Fédération Européenne des Enseignants en Soins Infirmiers) relevait les différentes filières universitaires en soin infirmier. La Bulgarie dispose d'une filière complète: Master – Doctorat. Ainsi que la Pologne et la Hongrie. Le Portugal avait déjà formé 1000 Masters et 20 docteurs. Suède MD. L'Espagne disposait de 5 à docteurs de la spécialité. La République d'Irlande de 208 Masters et de 33 Docteurs, L'Irlande du Nord, à elle seule disposait de 20 Docteurs. En Angleterre 32 universités sont concernées par les formations de troisième cycle complet. Au Danemark ce sont 300 Masters et 40 Docteurs qui assurent l'enseignement spécifique au soins. La Suède comporte 450 titulaires du Doctorat.

La France est absente du programme européen de préparation des futures directives, l' HOHNEU (Harmonising Occupational Health Nursing in EU (projet Leonardo da Vinci). On y retrouve les acteurs les plus dyna-

miques sur la recherche et l'enseignement supérieur de la discipline en Europe: l'Université de Sheffield, l'Université de Maribor (Slovénie), l'Irish Nurse's Association, La Danish Society of occupational health Nurses, L'Aqiellonian University (Pologne), L'Université des Sciences Appliquées du Valais (Suisse). Cet organisme prépare et met à jour le référentiel de compétences du diplôme décrit de façon ordonnée les compétences, c'est-à-dire les savoir-faire et connaissances associées, exigés pour l'obtention du diplôme. La compétence consiste en la maîtrise d'un savoir-faire opérationnel, relatif aux activités d'une situation déterminée, requérant des connaissances associées. Cette absence est due à celle d'institutions de recherche en d'enseignements du niveau convenable. Ce risque de conduire la France à une situation d'isolat insoutenable, en effet, le diplôme est unique au sein de l'union et la France ne peut s'exonérer de ses obligations de formation des soignants.

-6.3 / La question de la formation en France: persistances et évolutions

La France tend donc à constituer une exception en maintenant ses formations au niveau professionnel et au sein du système de santé. Une réforme est cependant en cours et elle tend à adapter les dispositifs de formation à l'environnement européen. Jusqu'à présent, la formation de base aux soins infirmiers était axée sur la dimension professionnelle. Ce qui se traduit dans les objectifs de formation. Il s'agissait de former:

- Un infirmier apte à répondre aux besoins de santé d'un individu ou d'un groupe dans le domaine préventif, curatif, de réadaptation et de réhabilitation .
- Un infirmier polyvalent apte à dispenser des soins infirmiers prenant en compte l'ensemble des problèmes po-

sés par une atteinte fonctionnelle et une détresse physique ou psychologique qui frappe une personne . L'infirmier doit faire participer l'individu ou le groupe en prenant en considération leur dimension culturelle et leur personnalité.

- Un infirmier bénéficiant d'une meilleure reconnaissance sociale grâce à un savoir lui permettant d'affirmer une réelle professionnalisation.

La formation était organisée sur 132 semaines ou 4 620 heures d'enseignement et 4 semaines ou 140 heures de suivi pédagogique, soit un total de 136 semaines ou 4 760 heures.

Les contenus de formation

Le programme prévoit un certain nombre d'enseignements obligatoires en soins infirmiers, soit:

- Soins Infirmiers aux personnes Âgées : physiologie du vieillissement (phénomènes cellulaires, modifications du système immunitaire...), sociologie (place de la personne âgée dans la société.....), symptomatologies spécifiques aux personnes âgées (déshydratation, troubles sensoriels...), actions infirmières.

- Soins Infirmiers aux personnes atteintes d'affections respiratoires : Santé publique et éducation, sémiologie, pathologie, actions infirmières.
- Soins aux personnes atteintes d'affections traumatologiques et orthopédiques : Santé publique et éducation , sémiologie, pathologie (, actions infirmières.
- Soins Infirmiers aux personnes atteintes d'affections cardio-vasculaires: Épidémiologie, prévention, éducation, sémiologie , pathologies et prise en charge des principales affections du cœur et des vaisseaux.
- Soins Infirmiers aux personnes atteintes de maladies infectieuses: épidémiologie,prophylaxie, signes et soins infirmiers concernant les principales pathologies infectieuses , législation et éthique, SIDA et société.
- Soins Infirmiers aux personnes atteintes d'affections digestives:
 - Symptômes, pathologie et prise en charge des affections du foie, du pancréas et du tube digestif (de l'œsophage à l'anus).
- Soins Infirmiers aux personnes atteintes d'affections endocriniennes: Épidémiologie, éducation, sémiologie, pathologie et

prise en charge des affections de l'hypophyse, de la thyroïde, des surrénales et du pancréas.

- Soins Infirmiers aux personnes atteintes d'affections neurologiques: symptômes, pathologies et prise en charge des affections du système nerveux.

- Soins Infirmiers aux personnes atteintes d'affections urologiques et néphrologiques: symptômes, pathologie et prise en charge des affections du rein et des voies urinaires, ainsi que de la prostate.

- Soins Infirmiers aux personnes atteintes d'affections ORL, Ophtalmologiques, dermatologiques et stomatologiques: symptômes, pathologies et prises en charges de ces affections.

- Soins Infirmiers aux personnes adultes atteintes de troubles psychiatriques (3 modules sans la pédo-psychiatrie et la gérontopsychiatrie): organisation de la personnalité de l'adulte, les névroses (dépression...), les psychoses (schizophrénie...), les conduites addictives (alcoolisme, toxicomanie) et les troubles alimentaires (anorexie/boulimie), et les attitudes soignantes correspondantes.

- Soins Infirmiers en maternité et aux personnes atteintes d'af-

fections gynécologiques: soins au cours de la grossesse; symptômes, pathologies et prise en charge des affections de l'appareil reproducteur féminin et des glandes mammaires.

- Soins Infirmiers en pédiatrie et en pédo-psychiatrie: développement de l'enfant, pathologies spécifiques aux enfants dans les différentes spécialités (pneumologie, cardiologie, infectieux, digestif...) ainsi que les maladies psychiatriques de l'enfant (anorexie, autisme...).

- Soins Infirmiers aux urgences et en réanimation: organisation des secours, les urgences médicales et chirurgicales et les soins infirmiers s'y rapportant, la transfusion sanguine, les états de chocs et leur prise en charge en réanimation, les soins aux brûlés...

- Soins Infirmiers aux personnes atteintes d'hémopathies et de cancers: sémiologie cancéreuse, pathologie et prise en charge des différents types de cancers et des atteintes de la moelle osseuse.

Des modules plus généraux étaient chargés de développer des connaissances et des compétences dites « transversales »' c'est à dire utiles à l'ensemble de la formation.

- **Module anatomie, physiologie et pharmacologie.**

- *Module législation, éthique et déontologie, responsabilité :*

- *Module Soins infirmiers :*

- *Concepts et théories de soins infirmiers* : étude de l'homme sain, différentes dimensions du soin, notion de besoin fondamental, évolution des composantes biologiques, physiologique, psychologique et sociologique.....

- *Démarche de soins* : Le diagnostic infirmier (Vous allez adorer ça !), protocole de soins, dossier de soins, collaboration avec les différents intervenants médicaux et paramédicaux.....

- *Démarche relationnelle* : Peut-être ce qui est le plus long à acquérir si on n'est pas doué de ce côté là (comme moi !). Techniques d'écoute, relation d'aide, relation d'aide thérapeutique, accueil des malades et de leur familles.....

- *Démarche éducative* : théorie de l'apprentissage, protocoles éducatifs, initiation à la recherche en soins infirmiers.....

- *Module Hygiène*

La formation clinique

Les stages étaient répartis par discipline médicales selon le ta-

bleau suivant:

Formation clinique obligatoire:

<i>DISCIPLINES MÉDICALE</i>	<i>SEMAINES</i>	<i>HEURES</i>
Médecine	8	280
Chirurgie	8	280
Santé mentale ou psychiatrie	8	280
Pédiatrie ou pédo-psychiatrie	4	140
Santé publique	8	280
Gériatrie ou géronto-psychiatrie	8	280
Réanimation, urgences, soins intensifs, bloc opératoire	4	140

Au cours des stages, 2 semaines de nuit au minimum sont effectuées en 2e ou en 3e année. La formation clinique laissée à l'appréciation de l'équipe enseignante de l'IFSI soit 20 semaines ou 700 heures. Le total général s'établit à 68 semaines pour 2 380 heures de formation.

La réforme

La réforme en cours, et devant s'appliquer à la rentrée universitaire 2009-2010 pose un dispositif très différent. Il a été conçu pour être en plus grande adéquation avec les critères du système LMD. Elle repose aussi sur un référentiel d'activités qui décrit de façon or-

donnée les activités professionnelles caractéristiques de l'exercice du métier. Par activité on entend un regroupement cohérent et finalisé de tâches ou d'opérations élémentaires visant un but déterminé.

1. - Observation et recueil de données cliniques
2. - Réalisation de soins de confort et de bien être
3. - Information, éducation, et accompagnement de la personne et de son entourage
4. - Surveillance de l'évolution de l'état de santé des personnes
5. - Réalisation de soins et d'activités à visée diagnostique ou thérapeutique
6. - Coordination et organisation des activités et des soins
7. - Contrôle et gestion de matériels et de produits
8. - Formation et information de nouveaux personnels et de stagiaires
9. - Réalisation d'études et de travaux de veille professionnelle et de recherche

Ce référentiel d'activités débouche ensuite sur un référentiel de compétences, puis sur une refonte du programme de formation.

Selon Thérèse PSIUK, membre de la commission qui a travaillé sur le nouveau programme, et selon sa présentation dans le dossier « Comprendre la réforme de la formation infirmière » du site.

On peut noter la mise en place de :

- Deux unités d'enseignement (UE), « sciences contri-

butives », avec des enseignants universitaires (psychologie, sociologie, processus pathologiques, ...) ;

- Deux UE « sciences et techniques infirmières », avec le raisonnement et la démarche clinique, grande avancée dans notre profession, et la partie intervention dans les cinq dimensions du soin ;

- Une UE « posture professionnelle », UE d'intégration avec possibilité pour les formateurs d'accompagner les étudiants dans la mobilisation des connaissances acquises avec les sciences contributives autour de situations cliniques clés. Les stages seront des stages qualifiants où l'accompagnement et le tutorat seront valorisés.

L'anglais et les technologies de l'information et de la communication) seront intégrés en conformité avec un cursus LMD).

La formation sera organisée selon 6 grands modules :

- module 1 : sciences humaines, sociales et droit (avec 3 unités d'enseignements UE)
- module 2 : sciences biologiques et médicales (avec 6 unités d'enseignements UE)
- module 3 : sciences et techniques infirmières, fondements et méthodes; avec 6 unités d'enseignements

UE.

- module 4 : sciences et techniques infirmières, interventions;6 unités d'enseignements UE
- module 5 : posture professionnelle infirmière 2 unités d'enseignements UE
- module 6 : méthodes de travail; 2 unités d'enseignements UE

Les deux premiers modules correspondent donc à des savoirs déjà « universitarisés » souvent enseignés par des universitaires, les deux suivants à des savoirs « cœur de métier ». Le module 5 relève du « cœur de métier », avec deux unités d'enseignements :

- UE 5.1 intégration des savoirs et posture professionnelle (avec 50 heures de travaux dirigés et 50 heures de travail personnel par semestre)
- UE 5.2 les stages professionnels, répartis sur les 6 semestres

Le module 6 correspond à de l'enseignement universitaire, avec deux unités d'enseignements

- UE 6.1 méthodes de travail et technologies de l'information et de la communication TIC (avec 25 heures de TD et 50 heures de travail personnel par semestre la première année)
- UE 6.2 anglais (avec 25 heures de TD et 50 heures de travail personnel par semestre la première année) puis, au

3ème semestre, 5 heures de TD et 70 heures de travail personnel, et pour les trois derniers semestres avec 20 heures de TD et 55 heures de travail personnel par semestre.

Au total, les unités d'enseignements des six semestres correspondent à :

- 490 heures de cours magistral (15 % des 3.000 heures)
- 1.250 heures de TD (42 % des 3.000 heures)
- 1.260 heures de travail personnel (temps virtuel estimé) (42 % des 3.000 heures)

Il y a de grands débats pédagogiques sur la juste répartition entre la durée des cours magistraux et celle des travaux dirigés. Mais toutes choses égales par ailleurs, le curseur doit être placé sensiblement au même endroit dans un même référentiel. Ce qui n'est pas le cas lorsqu'on compare les deux premiers modules aux deux suivants :

Module 1 : sciences humaines, sociales et droit (déjà universitaire)

- 140 heures de cours magistral (43 % des 325 heures)
- 85 heures de TD (26 % des 325 heures)
- 100 heures de travail personnel (temps virtuel estimé) (30 % des 325 heures)

Module 2 : sciences biologiques et médicales (déjà universitaire)

- 270 heures de cours magistral (51 % des 525 heures)
- 150 heures de TD (28 % des 525 heures)

- 105 heures de travail personnel (temps virtuel estimé) (20 % des 525 heures)

Module 3 : sciences et techniques infirmières, fondements et méthodes (cœur de métier)

- 50 heures de cours magistral (11 % des 440 heures)
- 265 heures de TD (60 % des 440 heures)
- 125 heures de travail personnel (temps virtuel estimé) (28 % des 440 heures)

Module 4 : sciences et techniques infirmières, interventions (cœur de métier)

- 30 heures de cours magistral (6 % des 460 heures)
- 295 heures de TD (64 % des 460 heures)
- 135 heures de travail personnel (temps virtuel estimé) (29 % des 460 heures)

Si nous **analysons** quantitativement ces données, le temps du cours magistral varie de 1 à 5 entre les modules « universitarisés » et les modules « cœur de métier » le temps des travaux pratiques varie de 1 à 2 entre les modules « universitarisés » et les modules « cœur de métier » le temps des travaux personnels est légèrement inférieur dans les modules « universitarisés ». Ce qui démontre que la dimension professionnelle reste encore très prégnante. Cela même si l'adaptation des programmes est bien réelle à un certain nombre de contraintes universitaires; l'organisation en semestre, la création d'unités d'enseignements, la mise en place obligatoire de cours universitaires sur les sciences contributives ainsi qu'une part importante donnée au travail personnel.

-6.4 / La théorie du soin général dans les formations de demain

La théorie générale du soin prend donc pied dans un paysage où le savoir qui la concerne est en cours de mutation. Mutation qui est sans doute arrivée à un point de rupture de par des pressions sociales, politiques et institutionnelles. Les attentes des soignants, l'évolution des positions politiques concernant l'organisation de la profession, la progression des normes européennes font que l'apparition d'une discipline de recherche et de formation est inscrite désormais dans le devenir des soins infirmiers. Ainsi, même si la réforme française en reste à l'idée d'une licence et d'un ensemble de masters professionnels; la question d'une filière de recherche se pose de façon radicale. Pour qui connaît quelque peu le fonctionnement d'une université, il paraît curieux d'y voir se développer une discipline spécifique sans que celle-ci ne dispose d'un développement de savoir correspondant. Les universités ne sont ni des centres d'apprentissage ni des écoles professionnelles. Il paraît logique que la création d'instituts spécialisés se développe. Cela d'autant plus que nous rappellerons, quelque peut malicieusement, que le public étudiant concerné est éminemment solvable: la formation continue des institutions auxquels appartiennent les agents concernés dispose de budgets conséquents qui sont jusqu'ici versés aux instituts d'autres établissements (ceux comportant les écoles de spécialités). Il devient tout à fait réalisable que ces budgets concernent aussi des instituts universi-

taires.

Mais au-delà de ce propos, la question est de savoir qui enseignera dans ces formations universitaires, quelle sera la formation des formateurs et sur quoi ces enseignements reposeront. Une formation universitaire se met en place sur une logique disciplinaire, laquelle suppose l'existence (ou la création) d'une discipline de rattachement. Ce qui suppose une sorte de montée en charge où, comme cela a été le cas des sciences de l'éducation dans les années soixantes, la formation progressive des étudiants fournis progressivement des Maîtres de conférences, puis de professeurs issus de la discipline en question; ceux-ci étant les acteurs d'une recherche active gage du développement du savoir à transmettre. A son tour, cette démarche suppose que la discipline en question dispose d'un minimum d'éléments structurants qui permettent de la délimiter. Nous avons montré, lors de notre exploration du thème du soin que celui-ci disposait d'une ingénierie développée et tout à fait solide. Que de nombreux éléments fondamentaux nourrissent une épistémologie spécifique quoique restant à développer. Notre démarche était de tenter la construction théorique et fondamentale qui apparaissait comme le maillon le plus faible d'un savoir en voie de disciplinarisation. Contribution possible, donc, à l'institution d'une discipline.

La formation des infirmières françaises est essentiellement une formation à visée professionnelle. Elle se déroule dans des instituts spécifiques hors de la tutelle de l'éducation nationale; c'est le ministère de la santé, et plus particulièrement la Direction de la Santé qui a la responsabilité de la formation; formation jusqu'à une date récente était financée par les hôpitaux et sous la responsabilité de l'administration des établissements. A ce titre, on comprend que l'aspect théorique de la question du soin s'efface devant des préoccupations plus pragmatiques: au premier chef desquelles se situe la préoccupation de former le bon nombre d'infirmières ainsi qu'un souci constant de leur capacité à effectuer les tâches qu'attendent d'elles les hôpitaux. De ce point de vue, notre travail ne présente pas de revenir sur cette dimension professionnelle. Cette situation est cependant dans une large mesure particulièrement sensible en France; elle évolue aussi rapidement sous la double influence de l'évolution de la profession et celle de l'Union Européenne.

Ainsi nous avons vu des transformations essentielles se mettre en place ces dernières années. La profession d'infirmière, initialement déterminée par la notion d'auxiliarat est devenue une profession de santé à part entière. Évolution qui s'est concrétisée par l'autonomie liée au rôle propre (Décret n° 81-539 du 12 mai 1981), puis celle de la capacité de prescription d'une part et par la création d'un conseil de l'ordre infir-

mier d'autre part (Loi n° 2006-1668 du 21 décembre 2006 et Arrêté du 13 avril 2007). L'évolution de l'exercice et des responsabilités s'y attachant, la création d'un ordre avec ses fonctions déontologiques et de sanction appellent des développements différents pour les formations. Évolutions que nous avons envisagées en traitant des perspectives éthiques de la théorie du soin.

Nous n'envisageons donc la théorie des soins que dans ce cadre général à l'Union, celle de la formation universitaire; cela dans la mesure où la limite « professionnelle » des formations françaises tend à constituer une exception désormais temporaire. Le programme *tuning* (convergence des structures éducatives en Europe), projet pilote soutenu par la Commission européenne dans le cadre du programme Socrate prévoit une homogénéisation des formations de santé autour du LMD. Retenons la Déclaration du président N. Sarkozy du 17 avril 2007 souhaitant que le diplôme en soins infirmiers soit reconnu au niveau Licence. Laquelle reprend l'engagement du Ministre Xavier Bertrand pris lors du salon professionnel du 14 octobre 2005. lequel débouche le 24 novembre 2005, ouverture des réunions sur l'implantation du système LMD dans les formations paramédicales.

On peut augurer que si la dimension professionnelle sera évidemment préservée, celle-ci ne sera pas plus isolée des sciences humaines

que ne l'est la formation médicale de la biologie. L'hypothèse la plus souvent retenue dans la littérature spécialisée est celle de la création d'une licence professionnelle; disposition qui se heurte surtout en France à l'épineuse question des grades et échelons de la fonction publique. La Licence professionnelle des infirmières les orienteraient vers le « cadre A » de la fonction publique qui est aussi celui des directeurs de soin, des cadres de santé; les mettant à distance du « cadre C » où se trouvent les aides-soignants. Il s'agit désormais que d'une question d'organisation des hôpitaux et d'échelle de salaires; soit d'une question de négociation. Question qui semble être tranchée depuis la déclaration de M. Sarkozy du 14 mars 2009 où il a demandé au Ministre de la Santé d'engager les consultations sur le volet statutaire de la réforme de la profession, en particulier quand à la reconnaissance de leur formation dans le contexte LMD¹⁰⁶.

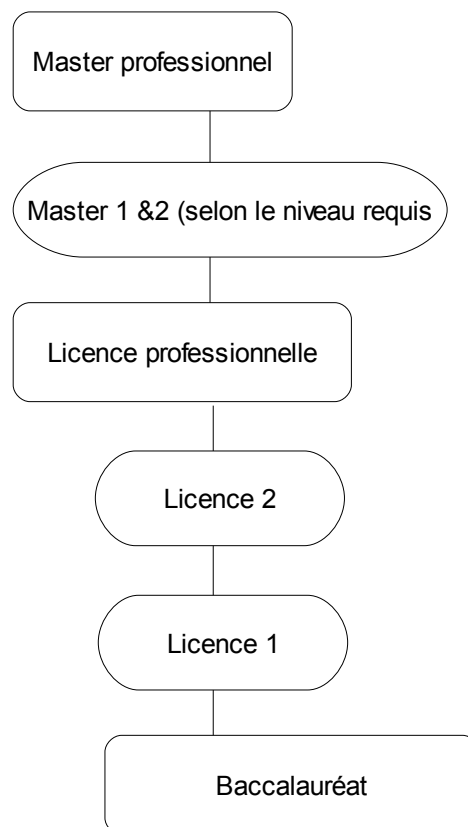
Dans la structuration d'une licence professionnelle nous pouvons imaginer une reconduite des enseignements techniques d'une part, au côté des formations fondamentales en Sciences Humaines; réorganisation avec des cours de niveau universitaires à l'instar de ceux qui sont donnés en science de l'éducation par exemple. La contractualisation entre les instituts de formation et les universités pouvant se dérouler à l'image de ce qui est en place pour les instituts de formation des cadres

¹⁰⁶Déplacement à l'hôpital de Rambouillet dans les Yvelines, *Depêche APM du 14/03/2009*

de santé ou encore des IUFM tels qu'ils existaient avant la réforme en cours; c'est d'ailleurs ce qui se profile à l'occasion de la réforme des études à partir de septembre 2009. Les instituts de formations dépendent désormais des conseils de région pour leurs quotas d'entrée et leur financement; les hôpitaux n'étant plus que des infrastructures de gestion et de logistique. Cette réforme tend à ouvrir les instituts vers les autres institutions de formation en normalisant leurs modes de fonctionnement (par rapport à l'éducation et l'Université). Tout d'abord les autorités de tutelle envisagent la collaboration entre les instituts de formation et l'université. A l'heure actuelle, le projet comporte la création d'un conseil pédagogique nouveau au sein duquel L'Université aura une représentation. La formalisation du partenariat pourra se concrétiser au plus tard le 30 Juin 2010. Par ailleurs, chaque I.F.S.I. fonctionne avec son Conseil Pédagogique interne comme le prévoit à ce jour la réglementation. La Vice-Présidente de la Conférence des Présidents l'Université (C.P.U.), responsable de la Commission Santé, à fait savoir qu'elle est partie prenante dans l'universitarisation des professions paramédicales. Elle indique que le partenariat doit s'envisager préférentiellement avec les Universités ayant un pôle santé à compétence médicale quand il existe ou avec un pôle de recherche de l'enseignement supérieur (P.R.E.S.)¹⁰⁷.

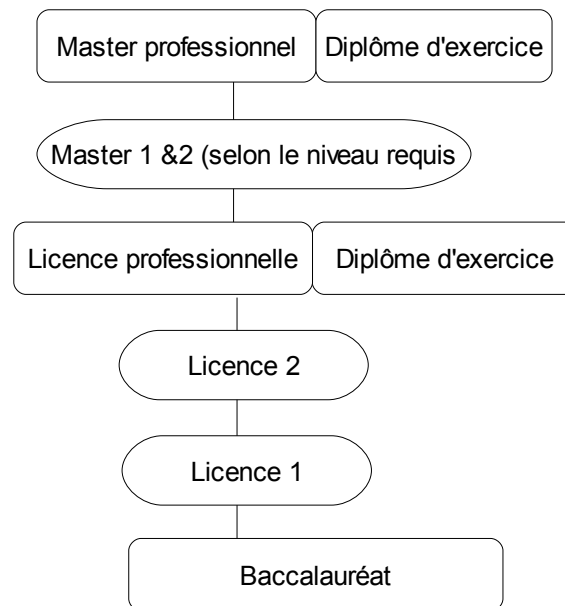
¹⁰⁷ Voir à ce sujet le compte rendu de l'entretien avec la Direction de l'Hospitalisation et de l'organisation des soins, revue Info-Cefiec N° 17 P.10, janvier 2009. Ainsi que celui

Pour ce qui est du Master, la création de Masters à visée professionnelle dans une organisation proche de celui de psychologie clinique est envisagé avec différentes options: Gestion des soins, Puériculture, Anesthésie, Chirurgie, et sans doute Psychiatrie et Clinicien. Yout ceci conduit à envisager une organisation globale du système de formation que nous pouvons illustrer par un schéma:



Tout autre chose est l'organisation d'une filaire complète qui sous-tend l'organisation des laboratoires de recherche et d'unités d'enseignements à l'image de ce que l'on trouve, nous l'avons vu, dans un nombre croissant de pays. Cette filière, nous l'avons montré doit comporter les deux volants essentiels d'une discipline universitaire, soit la recherche et l'enseignement; elle doit former des enseignants chercheurs pour les instituts spécialisés. Le modèle que nous retiendrons est à nouveau celui des sciences de l'éducation,

dans la mesure où comme nous l'avons montré il existe des points communs de fond et de forme avec la problématique d'une filière centrée sur le soin. Cependant des différences sont à prendre en compte. Le fait que les professions de santé sont très réglementées, que les diplômes d'exercice sont garantis par l'État et l'Union Européenne, des formes de diplôme d'exercice, ou de certification persisteront¹⁰⁸. Avec, en corollaire la garantie de la qualité professionnelle des nouveaux diplômés. Ce qui nous donne une organisation de ce type:



La difficulté de ce type d'architecture est d'assurer que la dimension professionnelle ne prennent pas, plus ou moins insidieusement, sur la formation académique. Entravant par là la formation d'enseignants chercheurs de niveau suffisant. Il convient donc d'assurer au sein de chaque cycle la présence de cours orientés vers la discipline elle me, plutôt que vers telle ou telle activité de soin. Les Masters professionnels doivent être doublés d'un Master recherche qui prépare l'accès à un Doctorat, ouvrant la voie à des habilitations à la direction de recherche. De ce point de vue, la théorie du soin général constitue un apport important. En effet elle fournis, comme nous l'avons montré, un cadre de conceptualisation pour le soin. Une orientation

¹⁰⁸Cette fonction est assurée au Québec par le Conseil de l'ordre. Ce qui simplifie l'architecture universitaire de la formation.

pour l'enseignement de la philosophie dans le cadre d'une discipline spécifique; nous pouvons déduire de notre travail quelle organisation peut être donnée au cursus:

- Enseignement de philosophie:
 - Approche de la question du soin (avec comme auteurs de référence, dans notre cas: Spinoza, Kant).
 - Phénoménologie du soin: avec une introduction à Husserl et Merleau-Ponty.
- Histoire du soin: en reprenant et illustrant les travaux des principaux auteurs que nous avons cités.

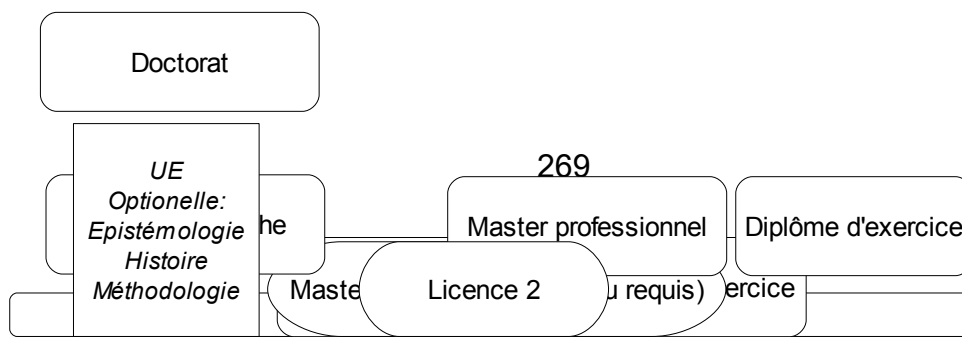
Ces deux enseignements sont intégrés dans les corpus obligatoire.

- Épistémologie du soin:
 - En partant de l'épistémologie générale, d'une part, et de l'épistémologie historique comme nous l'avons vu avec les travaux de M. Naudot.
 - Science du soin: en explorant avec les étudiants les différentes approches nord-américaines
- Méthodologie de la recherche
 - En Sciences Humaines
 - En Science du soin

Ces deux UE étant de nature optionnelle.

Le niveau d'enseignement étant alors celui de l'initiation dans des UE optionnelles en Licence.

L'organisation générale se faisant alors selon le schéma suivant:



Cette maquette de filière universitaire montre les niveaux d'intervention de la théorie du soin général dans chacun des cycles: approche des questions dans les unités optionnelles, approfondissement dans le Master de recherche, niveaux où elle pourrait former un enseignement à part entière simultanément à celui de la science du soin formant ensemble l'armature épistémologique des recherches à entreprendre.

La logique LMD permet, sur notre schéma, d'intégrer l'ensemble des autres formations au soin en Licence et en Master. En effet, conformément à son esprit, la théorie générale du soin doit être étudiée dans sa perspective générale; soit en ce qu'elle s'applique aussi bien aux soins infirmiers, qu'à ceux de la kinésithérapie ou à l'obstétrique soignante (les soins des sages-femmes). Nous sommes dans ce cas dans l'esprit universitaire, permettent de créer une filière non plus centrée sur une profession, mais sur l'ensemble clinique que constitue le soin à autrui dans ses cas de figure. Nous sommes alors dans la situation d'un Doctorat en sciences cliniques comme celui que nous connaissons à l'Université de Sherbrooke au Québec. Celui-ci se positionne à l'issue « d'un grade de 2 e cycle en sciences de la santé ou dans une discipline appropriée ». Ce qui ouvre aussi l'accès à des médecins ou des

pharmaciens. Il s'organise de la manière suivante.

Il s'agit d'un *Philosophiæ Doctor*, Ph. D. « Le secteur scientifique visé est la recherche chez l'être humain, dans ses aspects préventifs, évaluatifs et curatifs. Les domaines des sciences cliniques visés par ce programme sont : les études médicales (candidates ou candidats au M.D./Ph. D.), les études médicales spécialisées et les autres disciplines pertinentes aux sciences de la santé notamment les sciences infirmières, les sciences de la santé communautaire et la réadaptation.¹⁰⁹». Il existe des cheminements différents orientés vers certaines spécialités comme la Gériatrie, la réadaptation, la santé communautaire, les sciences infirmières etc.

Les objectifs de formation sont les suivants: « acquérir les connaissances et habiletés nécessaires pour réaliser des travaux de recherche; d'acquérir des connaissances et des habiletés en analyse critique de la littérature, en méthodologie de la recherche clinique et épidémiologique, en analyse statistique et en interprétation des données ». Ainsi que des objectifs spécifiques aux cheminements différents.

La maquette de formation commune comprend les thèmes suivants:

- Analyse des données en sciences cliniques
- Concepts méthodologiques et recherche clinique
- L'éthique en recherche clinique
- Recherche qualitative en sciences cliniques
- Un examen général
- La Thèse
- Les activités de recherche réalisées

Ce qui constitue une base d'élaboration tout à fait pertinente et largement expérimentée.

¹⁰⁹ Brochure du Phd Sciences Clinique de l'Université de Sherbrooke, disponible en ligne sur: <http://www.usherbrooke.ca/programmes/doc/scicli.html>, 10/11/2008.

Bien entendu, il ne s'agit là que de perspectives d'évolution, ne serait-ce que du fait que les seules expériences formations universitaires qui pourraient, en France, s'inscrire dans la perspective d'un Doctorat clinique se réduisent actuellement à un ensemble de diplômes universitaires, quelques diplômes des hautes études et l'ensemble des formations médicales, autant dire une grande dispersion du point de vue des niveaux de formation que des cursus concernés. La formation universitaire qui est en cours de mise en place est une occasion unique de re-situer l'ensemble des formations universitaires en santé dans une logique unificatrice: celle de la clinique, c'est à dire, finalement, sur le personne soignée.

- Conclusion

Notre questionnement initial consistait à interpellier le soin dans la difficulté qu'il y avait, pour celui-ci à rendre compte de son existence, de sa raison. Questionnement que nous avons décliné en questions élémentaires:

- Qu'est-ce que soigner?
- Pourquoi y a-t-il du soin?
- En vue de quoi?
- De quel savoir avons nous besoin pour soigner?

A ces questions, nous avons tenté de donner des réponses en empruntant le parcours d'une construction théorique et spéculative du soin. Nous avons choisi d'inscrire notre travail dans une orientation philosophique et en utilisant une démarche phénoménologique; démarche que nous avons appliquée sur le terrain de l'épistémologie historique du phénomène soin à travers les différentes formes de celui-ci. Puis en poursuivant par une élaboration théorique renouvelée, elle-même confrontée à une forme spécifique du soin, le soin infirmier.

Recherchant dans le soin les différentes dimensions de son essence, nous avons montré qu'à la première question (Qu'est-ce que le soin?) nous pouvions répondre en le définissant comme une forme particulière de relation à autrui, mise en action de *l'agapé* de façon asymétrique où l'un des protagonistes soigne l'autre.

Que l'existence du soin s'expliquait par la construction de formes de celui-ci, à partir de fondements naturels: le soin premier. Que ces constructions dépendent de l'épistémè où se déploie le soin.

Nous avons compris, et appris, que notre pratique clinique est l'une des multiples formes que peut prendre le soin général. Ouverture et même élément fondateur d'un type de recherche nouveau à explorer: la recherche comparative entre les différentes formes de soin. Nous disposons des prolégomènes indispensables à celle-ci dans la théorie du soin général: nous pouvons distinguer celui-ci du soin premier ou même du soin maternel. Partant de toute forme d'action qui ferait penser au soin nous pouvons confronter celle-ci à une grille de lecture construite du point de vue théorique. Le schéma théorique du soin donne les champs d'observation d'où nous pouvons définir des critères et des indicateurs adéquates. C'est, par exemple, une possibilité d'explorer plus avant l'approche des soins trans-culturels initialement décrits par M. Leininger (1988).

Enfin nous avons vu que les formes socialisées du soin construite sur le soin général mettent en lumière, pour chacune d'entre elles, une dimension particulière du soin; soit la dimension praxis qui révèle la clinique du soin, la dimension doxa qui se développe dans l'éthique du soin, la dimension polis qui donne lieux à la construction sociale et culturelle du soin, la dimension gnosis qui préside à la construction du savoir du soin.

Le soin apparaît donc sous le modèle théorique d'une forme de *l'agapé*:

- Se manifestant en clinique par une praxis spécifique: donner des

soins.

- Qui est toujours l'objet d'une construction sociale (polis). Il dépend, dans sa mise en œuvre de la doxa et répond à une conviction du soignant et du soigné (foi, croyance, certitudes).
- Qui est l'occasion du développement d'une gnosis qui prend notamment dans la période contemporaine la forme d'une science du soin.

Nous avons construit un appareil conceptuel qui va de la définition du soin premier à celle du soin professionnel (appliquée à la forme de soin la plus pratiquée, le soin infirmier) en passant par celle du soin général; celui-ci permettant d'articuler les différentes formes de soin que nous avons identifiées. A partir de ce concept central, nous avons pu déterminer des concepts secondaires: soins personnels, exosoin, personne soignée, soignant, autonomie qui permettent de décrire la façon dont fonctionne le soin. La relation particulière du soin s'organise ainsi schématiquement autour de pôles constitués de la personne soignée, du soin et du soignant; schéma autour duquel nous pouvons disposer l'ensemble de nos concepts. Le soin se déroulant normalement dans une durée limitée, les étapes: soin personnel, soin exogène, soin premier, soin général forment un cycle qui constitue le temps du soin.

Notre travail n'a pas débouché sur un renouvellement paradigmatique radical autour du soin. D'une part ce n'était pas nécessairement inscrit dans notre recherche; d'autre part, un renouvellement de paradigme, nous l'avons signalé, paraît relativement difficile à envisager. Cela, justement du fait du poids relatif accordé à la clinique et de la pratique. Ce poids particulier a, sans doute jusqu'à présent, entravé une construction théorique suffisante pour questionner l'approche paradigmatique.

D'une certaine façon, le paradigme que nous pouvons formuler, celui de la personne comme « auto- et exo-construction » et du soin comme rela-

tion n'apporte pas de rupture avec ce qui nous précède. Nous n'avons rien entrevu qui remette en cause le paradigme humaniste-constructiviste que nous avons identifié chez les auteurs qui nous ont précédés. On peut ainsi, de façon tout à fait fondée, montrer que de nombreux éléments de notre construction conceptuelle (comme de notre analyse du soin) sont déjà en partie présents dans différents textes théoriques portant sur le soin. Ces éléments restent cependant relativement dispersés dans les travaux de nombreux auteurs. Ce qui est renouvelé dans ce travail c'est bien plus la formulation de concepts et leur articulation sous forme d'appareil conceptuel; ainsi la forme générale de la théorie proposée: comme un ensemble, cohérent et issu de la raison. Nous prendrons cette continuité comme le signe que nous en sommes restés au soin comme phénomène, tel que nous l'avons rencontré dans notre approche du champ.

Le schéma que nous avons donné du soin constitue la base d'un renouvellement didactique pour le soin dans la mesure où il permet de présenter les éléments essentiels du soin premier et qu'il ouvre vers une compréhension renouvelée des techniques spécifiques des soins infirmiers. En effet la technique centrale est celle des diagnostics qui servent particulièrement à développer le sens clinique des étudiants. Rapidement décrit, il s'agit de recueillir des informations objectives (des observations du soignant) et subjectives (des ressentis de la personne soignée) pour construire un état de la situation considérée. Cet état se caractérisant par un diagnostic codifié de façon rigoureuse. La difficulté de l'étudiant est bien souvent de prendre en compte l'ensemble des éléments; cet ensemble est très vaste (comprenant des éléments physiques, psychiques et sociaux) et d'y discriminer ce qui est banal ou fortuit de ce qui est décisif. On constate en enseignement clinique¹¹⁰ que la difficulté tient surtout à l'acquisition de l'aptitude à sélectionner l'information. L'utilisation du schéma théorique que nous avons dévelop-

¹¹⁰ La formation comporte un volet d'étude usuel fait de cours et de travaux pratiques et un enseignement dit clinique qui se déroule sur les lieux de stage; nous empruntons cette distinction au système collégial du Québec où nous avons eu la possibilité d'assister à l'enseignement clinique à la Faculté de science infirmière de Sherbrook et de pratiquer celle-ci au Collège (CEGEP).

pé permet à l'étudiant de centrer sur son attention, de mieux voir la question du passage des soins personnels aux exosoin, et donc de cerner plus facilement les modes fonctionnels perturbés et finalement de réduire considérablement les diagnostics potentiels. L'acquisition de la vision clinique de la personne soignée en est facilitée.

Nous avons décrit le rôle réciproque de l'autonomie et de la souffrance dans les variations de la santé et de ses atteintes, cela en prenant en compte la situation de la personne et non d'une maladie qui l'atteindrait. Ce mode d'explication se révèle intéressant au sein du travail d'équipe dans la mesure où il ajoute un point d'observation différent aux grilles médicales en usage (modèle <signe>symptôme> en vue de l'ensemble <nosologie>diagnostic>traitement>). Mis en pratique il permet, par exemple, de dépasser l'usage des grilles de douleur en enrichissant la relation soignant/soigné d'une attention à la souffrance conçue comme frein de l'autonomie. Cela dans le respect du rôle propre des soignants.

Disposant d'une description raisonnée du soin général, de ce qui y concourt et de ce qui s'y déroule, nous avons énoncé une *loi normale du soin*; c'est à dire de ce qui doit se passer et advenir dans une relation de soin et dans le cas le plus général de celle-ci. Partant de ce schéma théorique nous avons questionné les anomalies que nous avons rencontrées comme, par exemple la dépendance au soin, et finalement en donner une description critique.

Nous avons aussi pu explorer ce qui se passe à la limite du soin:

- En définissant ce qui sépare le soin d'une effraction dans l'intimité d'autrui.
- Rendre compte des différences entre le soin maternel et d'autres formes de soin; décrire les difficultés rencontrées en clinique en fonction de situations où des confusions qui s'instaurent.

Disposant d'une description précise de la différence entre l'intrusion soignante et l'effraction de l'intimité nous permet de mieux en maîtriser les

contours. Expérimentée au sein d'une équipe soignante, cette démarche est fertile en remises en cause des pratiques.

Nous avons enfin pu travailler la question de la relation entre temps et soin. Former une ouverture raisonnée entre la question de la doxa et celle de l'ontologie des soins, situant la limite entre notre approche philosophique et une métaphysique du soin que nous n'avions pas pris en compte dans notre champ de recherche.

Une ouverture vers l'éthique des soins est constituée. Actuellement, la question des règles que chaque soignant doit respecter relève de recommandations du guide déontologique du Conseil International des Infirmières, soit aussi du Code de Santé Publique qui fixe des règles professionnelles (Livre III, Chapitre 2, Articles R 4312-1 à R 4312-49). Il s'agit donc plutôt d'une morale professionnelle que d'une éthique dans les descriptions relatives qu'en donne A. Comte-Sponville (« Le capitalisme est-il moral? », 2004); soit à quelque chose qui tient plus au devoir qu'au sentiment et à la raison. Mais la morale professionnelle, si elle fixe des règles importantes et unifie les attitudes des soignants en fonction des attentes sociales, ne permet pas de répondre aux situations nouvelles ou inattendue. Les développements de notre travail nous permettent d'envisager, comme nous l'avons vu, la construction d'une éthique répondant à des situations nouvelles; cela justement parce qu'elle ne repose pas uniquement sur des constats empiriques du soin tel qu'il est aujourd'hui. La prise en compte de cette approche dans la formation faciliterait sans doute l'émergence d'un débat éthique spécifique, gage d'une meilleure adaptation des professionnels aux évolutions de leur métier.

Nous disposons d'une base théorique tout à fait renouvelée comparativement à la description que nous avons donné dans notre exploration du thème. D'un point de vue plus personnel, et en fonction de la quête initiale que nous avons décrite en introduction, nous disposons d'un ensemble de moyens propres à créer un débat raisonné sur le soin. Débat ne reposant pas sur un ensemble d'idées empirique (des opinions) ou empruntées à des ensembles scientifiques plus ou moins hétérogènes; comme autant de concep-

tions préconçues avant même que ne débute la discussions. Nous avons eu depuis le début de notre travail l'occasion d'utiliser notre appareil conceptuel dans les aléas de la clinique. Ainsi, nous avons développé des moyens d'ouvrir la pratique sur le concept de soin général et le processus du soin, c'est à dire tenter de leur donner sens, nous en avons cités des exemples au fil de l'exposé.

La description théorique du soin que nous avons construite va bien au-delà de la conception empirique répondant à la question historique: que font les infirmières ? Et la réponse constituée dispose d'un appareil critique conforme à ce que nous avons fixé comme « cahier des charges » à ce sujet. Elle est une base de départ pour d'autres travaux; falsifiable en ce sens que nous n'avons pas épuisé les formes de soin possible (rien n'empêche de concevoir qu'elles soient infinies), et qu'il y a là matière à d'autres projets de recherche. C'est une ouverture vers l'enseignement et la recherche de troisième cycle dans un environnement disciplinaire spécifique.

Plus loin encore, notre démarche peut être envisagée comme une façon de questionner les savoirs techniques et empiriques au moment où ceux-ci nécessitent d'être structurés par une charpente théorique plus solide. C'est à dire au moment où le développement du savoir en question s'orientent vers une disciplinarisation; moment symboliquement constitué lorsque la transmission des savoirs en question se codifie et se complexifie, alors que leur inscription dans le monde universitaire exige des clarifications sérieuses de leurs fondements théoriques. Soit finalement, lors de ce passage délicat d'un *ensemble de savoirs* à un savoir cohérent et disposant d'une épistémologie spécifique. Nous avons ainsi travaillé sur l'exemple du savoir des soins, mais aussi travaillé des techniques de recherche, autour de la phénoménologie, qui peuvent sans doute s'appliquer plus largement qu'à notre objet de recherche.

Nous avons ainsi deux perspectives de recherche complémentaires qui se sont dessinées: D'une part le développement de l'approche philosophique du soin; et d'autre part l'étude des savoirs nouveaux, ou émergents dans un

vocabulaire plus contemporain. Ces deux perspectives sont complémentaires, la première à titre de lieux de recherche fondamentale pour le soin, le second à celui de l'ouverture à une forme d'expertise au sein des sciences de l'éducation.

Table des matières détaillée

Introduction: Du soin à la question du soin.....	1
Construction de l'objet: le soin en question.....	14
/1 / Une affaire de soin.....	20
1 -1.1 /La question de la formation au soin.....	21
2 -1.2 /Explorer le soin: du sens commun aux sciences humaines.....	22
3 -1.3 /Le soin : une approche empirique.....	23

4	-1.4 /Les soins hospitaliers: une lecture plurielle.....	24
	/2 / Les discours sur le soin.....	26
5	-2.1 /La question des valeurs : Une anomie du soin?.....	26
6	-2.2 /Le soin, sujet polémique.....	29
7	-2.3 /Le soin dans le sens commun.....	35
8	-2.4 /La monade des soins hospitaliers.....	39
9	-2.5 /Quel éclairage des sciences humaines?.....	46
10	-2.6 /Le soin infirmier: une mise en perspective des enjeux théoriques du soin.....	49
	/3 / Les soins infirmiers en tant que savoir spécifique.....	53
11	-3.1 /La construction du savoir.....	55
12	-3.2 /Le développement du savoir.....	60
13	-3.3 /La science du soin.....	63
	/4 / Quatre approches épistémologiques.....	74
14	-4.1 /Épistémologie critique du savoir des soins infirmiers.....	84
15	-4.2 /La question posée au soin.....	92
16	-4.3 /De l'objet-soin au phénomène-soin.....	97
17	-4.4 /La théorie du soin: entre Sartre et Merleau-Ponty.....	102
	/5 / Vers une épistémologie constitutive du soin.....	108
18	-5.1 /L'approche constructiviste.....	113
19	-5.2 /La voie phénoménologique.....	118
20	-5.3 /Problématiser le soin.....	121
21	-5.4 /La voie phénoménologique.....	125
	Phénoménologie du soin.....	135
	/1 / Approche méthodologique.....	136
	/2 / Une épistémologie historique des soins.....	142
22	-2.1 /Les soins charitables.....	148

23	-2.2 /Le soin institutionnel.....	168
24	-2.3 /Les soins médicaux et les soins infirmiers : un changement de régime de la rationalité des soins hospitaliers.....	175
	/3 / Le soin à la mesure de la réduction	188
25	-3.1 /Première étude : l'immédiat et son reste.....	196
26	-3.2 /Seconde étude : Ce qui fait racine au soin.....	204
27	-3.3 /Troisième étude : Qui est soigné ?.....	208
28	-3.4 /Quatrième étude : Le sens du soin.....	213
29	-3.5 /Cinquième étude : La constitution du soin.....	223
	De la théorie à la clinique du soin.....	236
	/1 / Première scolie: des exceptions à la loi normale du soin?.....	238
	/2 / Seconde scolie: La constitution du savoir dans le soin.....	248
	/3 / Troisième scolie: Souffrance et intimité.....	251
	/4 / Quatrième scolie: De la doxa à l'ontologie du soin.....	256
	/5 / Des orientations éthiques pour le soin.....	260
	/6 / De la théorie du soin général à la formation des soignants.....	266
30	-6.1 /La situation des soins infirmiers en France.....	266
31	-6.2 /Les formations dans l'Union Européenne.....	277
32	-6.3 /La question de la formation en France: persistances et évolutions	280
33	-6.4 /La théorie du soin général dans les formations de demain.....	290
	Conclusion.....	302
	Annexes.....	315
	/1 / Bibliographie.....	316
34	-1.1 /Ouvrages collectifs:.....	316
35	-1.2 /Ouvrages par auteurs:.....	317
36	-1.3 /Textes législatifs et rapports administratifs.....	324
	/2 / Techniques de recherche et d'information.....	329
37	-2.1 /Architecture matérielle:.....	329

- **Annexes**

/1 / Bibliographie

-1.1 / Ouvrages collectifs:

- 1 Dictionnaire Robert de la langue française, collectif, Robert, Paris 1996
- 2 An International Methodology for Developing Terms to Describe Clinical Nursing Phenomena. *In* International Nursing Review
- 3 The Oxford companion of mind Collectif, oxford University Press, 1987
- 4 20 ans du rôle propre infirmier en France et en Europe . Journées Nationales de l'ANFIIDE : 15 et 16 octobre 1998, Reims - [S.I.] : A.N.F.I.I.D.E., 1998
- 5 Actes des journées d'étude. Diagnostics infirmiers et résultats pour la personne soignée. Strasbourg, novembre 1997 -Paris : AFEDI, 1998
- 6 Actes des journées d'études. Validation et utilisation des diagnostics infirmiers . Bruxelles, novembre 1993 / Association francophone européenne des diagnostics infirmiers (AFEDI) - Paris : AFEDI, 1994
- 7 Histoire de la philosophie Collectif Encyclopédie de La Pléiade Tomes I à III, deux volumes chacun édition de poche, 1973
- 8 Index of Canadian Nursing Research/Répertoire des travaux de recherche infirmière au Canada . Association des infirmières et infirmiers du Canada. Bibliothèque de l'université de Laval /Réf./sc. santé Z 6675 N7 138 1993.
- 9 La recherche en soins infirmiers où en sommes nous ? Table ronde, R.S.I. N°47

Décembre 1996.

- 10 La Source 1859-1959 , Imprimerie La Concorde, Lausanne 1959.
- 11 Le service de soins infirmiers dans les établissements publics de santé sous la dir. de Dominique Mathis - Bordeaux : Les Études Hospitalières, 1999
- 12 L'infirmière au seuil du 3ème millénaire / Synthèse des Journées Nationales de l'ANFIIDE : 16 et 17 octobre 1997, Poitiers - [S. I.] : A.N.F.I.I.D.E., 1997
- 13 Méthodologie N° Spécial de Recherche En Soins Infirmiers N° 50 Septembre 1997.
- 14 Un siècle de philosophie Collectif, Gallimard/Centre Pompidou Paris 2000.

-1.2 / Ouvrages par auteurs:

- 15 ACKER F. *Quels sont les enjeux professionnels à saisir pour le XXIè siècle ?* Communication aux 17èmes journées de l'ANFIIDE , Sablé sur Sarthe, 1999
- 16 ACKER F., *La fonction de l'infirmière : l'imaginaire nécessaire, Sciences sociales et santé, IX (2), 1991*
- 17 *Épidémies, malades, médecins, Actes de la recherche en sciences sociales, n°68, juin 1987.*
- 18 AÏT ABDELMALEK A. & GERARD J.-L. *Sciences humaines et soins, manuel à l'usage des professions de santé* Paris Inter Editions 1995.
- 19 AMOUROUS C - *Des sociétés natives - Méridiens Klincksieck 1995 .*
- 20 ANADI *Diagnostics infirmiers définition et classification 1997-1998* Collectif, trad. AFEDI Masson/ Interédition, Paris, 1998.
- 21 ANADI *Diagnostics infirmiers définition et classification 2002* Collectif, trad. AFEDI Masson/ Interédition, Paris, 2002.
- 22 ARDOINO J. & De PERETTI *Penser l'hétérogène* Desclée de Brouwer, 1988.
- 23 ARISTOTE *Etiqne à Nicomaque Livres VIII et IX Sur L'amitié ; Trad : R. A. Gauthier et Notes* J.F. Balaudé, Paris, Librairie Générale Française 2001

- 24 AUGÉ M. et HERZLICH C. (dir.), *Le Sens du mal, Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*. Paris, Éditions des archives contemporaines, Paris 1984.
- 25 BACHELARD G. *La formation de l'esprit scientifique* Paris, Vrin 1970.
- 26 BACHELARD G. *La psychanalyse du feu*, Gallimard, collection « Idées » 1981
- 27 BARTHOLY M.C., DESPIN J.P. & GRANDPIERRE G. *Philosophie critique – T3 : La science : épistémologie générale* Magnard Paris 1978.
- 28 BECHERIE P. *Genèse des concepts freudiens* Navarin, Paris 1983
- 29 BELMONT N. *Arnold Van Gennep, le créateur de l'ethnologie française* Payo, Paris, 1974
- 30 BELMONT N. *Freud et le Tabou* Art. in *édition critique du « Rameau d'Or* R. Laffont, Paris, 1981.
- 31 BERDIAEFF N. *Un nouveau Moyen Age* Plon, Paris, 1927
- 32 BERNARD J. *De la biologie à l'éthique* Paris, Buchet 1990.
- 33 BOEK W.E. *Society and Helth* New-York Putmann 1956.
- 34 BRAUDEL F. *Civilisation matérielle, économie et capitalisme XV^e-XVIII^e siècles* Tome 1: *Les structures du quotidien* Armand Colin 1979.
- 35 BUREAU N. *Réflexion sur les théories de soins infirmiers* Art. in *Infirmière enseignante* Janvier 1980.
- 36 CANGUILHEM G. *La connaissance de la vie* Paris Vrain 1972.
- 37 CANGUILHEM G. *Le normal et le pathologique* Paris PUF 1972.
- 38 CHARLES G. *L'infirmière en France d'hier à aujourd'hui* Paris, Le Centurion 1979.
- 39 CHARLOT B. *Les sciences de l'éducation : essai d'épistémologie* in *Les sciences de l'éducation, un enjeu, un défi* ESF Paris 1995.
- 40 CLAVREUL J. *L'ordre médical* Paris Le Seuil 1978.
- 41 COHEN C. *La femme des origines ; Images de la femme dans la préhistoire occidentale* Herscher-Belin, Paris 2003.
- 42 COLLIÈRE M.F., DIEBOLT F., *Pour une histoire des soins et des professions soignantes*, Sainte-Foy-Lès-

Lyon, AMIEC, 1988

- 43 COLLIERE M-F. *Promouvoir la vie* Paris, Inter Editions 1982.
- 44 COUVREUR C. *Sociologie et hôpital, approche sociologique du monde de la santé* Paris Le Centurion 1979.
- 45 D'HOUTAUD A. & FIELD M.G. *La santé, approche sociologique de ses représentations et de ses fonctions dans la société* P.U. Nancy 1989.
- 46 DALLAIRE C., O'NEILL M., LESSARD C. *Les enjeux majeurs pour la profession infirmière*, in ouvrage ss dir. V. Lemieux, P. Bergeron, C. Bégin et G. Bélanger, In *Le système de santé au Québec. Organisations, acteurs et enjeux*. Québec, Les Presses de l'Université Laval, 1994
- 47 DE LANSSHEERE G. *Introduction à la recherche en sciences de l'éducation* (5^{ème} éd.) Armand Colin Paris 1982
- 48 DE WAAL F. *Le bon singe, les bases naturelles de la morale* Bayard, Paris 1996.
- 49 DELANEY, C. ROSENBERG, M.C., & CLARK, J. (1997). *Collaboration for an international inclusive classification of nursing diagnoses*. Proceedings of the First European Conference of the Association for Common European Nursing Diagnoses, Interventions, and Outcomes (ASCENDIO).
- 50 DENISE M. B. Mémoire de fin d'étude Ecole Nationale de Santé Publique 1984, non publié.
- 51 DIÉBOLT E. *La maison de santé protestante de Bordeaux (1863-1934)* , Ed. Ethis-Erès, Toulouse, 1990
- 52 DONTEVILLE H. *La mythologie française* Paris Payot 1998.
- 53 DORTIER J. F. (sous la dir. de) *Les sciences humaines – panorama des connaissances* Sciences humaines, Auxerre 1998.
- 54 DUBOY-FRESNEY *Le métier d'infirmière en France* Paris PUF *Que sais-je* 1996.
- 55 DUCRET J. *Approches comparées de la représentation chez Husserl et Piaget, vers une épistémologie du sujet* SRED, Genève, 2002
- 56 Encyclopédie Universalis, Articles: - *Médecine* L. ISRAEL - *Médecine contemporaine* H. PEQUIGNOT - *Médecine: morale médicale* J. BERNARD - *Médecine: histoire* C. COURY - *Santé* .

- 57 DURANT Will *Heroes Of Civilization* , New York, Simon & Schuster, 2001
- 58 FAVRET-SAADA J. *Les mots, les morts, les choses* Paris Gallimard 1977.
- 59 FEBVRE L. *Le problème de l'incroyance au XVI^e siècle. La religion de Rabelais* , Paris 1942.
- 60 FERRON J. *Jean-Baptiste Pussin, surveillant des hôpitaux* Revue de l'infirmière N° XIV Août 1985.
- 61 FEUD S. *La technique psychanalytique ; Abrégé de psychanalyse* » in œuvres, PUF paris 1975
- 62 FOUCAULT M. *Naissance de la clinique, une archéologie du regard médical* Paris PUF 1963.
- 63 FRANCILLON D. *Quand l'histoire des femmes se noue avec celle des infirmières.* in *Perspective soignante*, N° 2, 1998, pp. 103-125.
- 64 FREUD S. *Cinq leçons sur la psychanalyse* Payo, Paris 1989
- 65 FREUD S. *La question de l'analyse sauvage* in *Oeuvres* T. 3 Folio Essai Gallimard 1985
- 66 GALLET J. *Seigneurs et paysans bretons du Moyen age à la Révolution* O. F. U. Rennes 1992.
- 67 GENTIS R. TORRUBIA H. *Savoir médical et savoir infirmier Recherche* .N.10 mai 1970 (p. 181 à 184).
- 68 GERARD J-L. *Diagnostics infirmiers et soins infirmiers aux personnes souffrant de troubles psychotiques* in revue Soins psychiatrie N° 154-155 Août-septembre 1993.
- 69 GORDON M. *Diagnostic infirmiers méthode et application* MEDSI Paris 1989.
- 70 GUIMELLI C. *La fonction d'infirmière, pratiques et représentations sociales* in J.C. ABRIC, *Pratiques et représentations sociales*, PUF Paris 1994
- 71 GUILLERMAND J., *Histoire des infirmières* , Croix-Rouge française, France-Sélection, Paris 1991
- 72 HAMBURGER J. (Sous la direction de) *Dictionnaire de médecine* Paris Flammarion 1991.
- 73 HAUTE J.C. *Infirmière et médecins, collaboration et divergences dans les formes élémentaires de la maladie et de la guérison* Mémoire IFCS/ISCEA Angers 1999.
- 74 HAUTE J.C. *Le savoir, la technique et l'infirmière* Art. in *Recherche en soins infirmiers* N° 75 Décembre 2003

- 75 HAUTE J.C. *Observance, contrat de soin et contrat social* Art. in *Soin Psychiatrie* Juillet Août 2004.
- 76 HENDERSON V. *The Nature of Nursing* New York, Mac Millan Co. 1967 (il existe une édition francophone dans la traduction de M.F. Collière *La nature des soins infirmiers* Paris Inter Editions 1994.
- 77 HENDERSON V. *The nature of nursing, American Journal of Nursing* 64 (8) p. 62-68, 1966.
- 78 HERZLICH C. *Médecine, Maladie et Société* , Paris, Mouton/EHESS, 1970
- 79 HESBEEN W *La qualité du soin infirmier. Penser et agir dans une perspective soignante* - Paris : Masson, 1998
- 80 HESBEEN W. *Prendre soin à l'hôpital* Masson Paris 1997
- 81 HEY H. *Naissance de la médecine* Paris Masson 1981.
- 82 HOCHMANN J. *Pour une psychiatrie communautaire* Paris Le Seuil 1971.
- 83 HOSTETTER R. SCHNEUWLY B. & Coll. *Le pari des sciences de l'éducation* Raison Educative ½ De Broeck Université 1998
- 84 HOUSSAYE J. *Le triangle pédagogique* (2 vol.) Peter Lang Berne 1988
- 85 JERPHAGEON L. *Petits meurtres entre moines* Art. in *Historia*, N° spécial 82/ Mars-Avril 2003 p. 22 et 23.
- 86 JOVIC L. *La clinique dans les soins infirmiers, naissance d'une discipline* Thèse de Doctorat Université Lyon 2 1998.
- 87 JUAN DE MENDOZA *Cerveau gauche, cerveau droit* Flammarion, Paris, 1995.
- 88 KANT E. *Métaphysique des mœurs. Doctrine de la vertu* Vrin, Paris 1968.
- 89 KANT E. *Fondement de la métaphysique des mœurs* Delgrave, Paris 1979
- 90 KANT E. *Critique de la raison pratique* Paris PUF/ Quadrige 1997.
- 91 KEROUAC S. & Coll. *La pensée infirmière* Paris Maloine 1994.
- 92 KNIBIEHLER Y (sous la direction de), *Cornettes et blouses blanches Les infirmières dans la société française*

1880-1980 , Hachette, Paris, 1984

- 93 KOYRE A. *Études d'histoire de la pensée scientifique* Gallimard, Paris 1973
- 94 KUHN T.S. *La structure des révolutions scientifiques* 1983
- 95 LACAN J. *Écrits : intervention sur le transfert (1951)* Le Seuil, Paris 1966
- 96 LACAN J. *Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse (20ème leçon)* Le seuil 1973
- 97 LAPLANTINE F. *Les médecines parallèles* PUF , Paris, 1987.
- 98 LAPLANTINE F. *Anthropologie de la maladie Étude ethnologique des systèmes de représentations étiologiques et thérapeutiques dans la société occidentale contemporaine* Paris Payot 1990.
- 99 LARDIERE P. in *Biomédecine et devenir de la personne* Sous la Dir. De S. Novaes Le Seuil Paris 1991.
- 100 LE DINH D. *L'avènement des sciences sociales comme disciplines académiques XIX – Xxé) Les Annales N°8* Antipodes Lausanne
- 101 LEBRETON D. *Corps et société* Paris Méridiens 1985.
- 102 LEBRETON D. *Pour une anthropologie du corps et de la modernité* Paris PUF 1990.
- 103 LEININGER M.M. *Leininger's theory of nursing : cultural care diversity and universality, Nursing Science Quarterly, 1(4) p. 152-160* 1988.
- 104 LÉONARD J., *La Médecine entre les pouvoirs et les savoirs* , Paris, Aubier, 1981
- 105 LEVINAS E. *Autrement qu'être ou au delà de l'essence* La Haye, Nijhoff 1974.
- 106 LEVINAS E. *Le temps et l'autre* Paris, PUF 1985.
- 107 LOUIS O. *Psychiatrie pour le D.E et les équipes soignantes* Frison-Roche Paris 1995.
- 108 LOUX F. *Traditions et soins d'aujourd'hui* Paris Inter-Editions 1990.
- 109 MAGNON R. & DECHANOZ G. & Coll. *Dictionnaire des soins infirmiers* Lyon AMIEC 1995.
- 110 MAGNON R. "Evolution de la formation infirmière de base en France" Art. in *L'infirmière enseignante* N°IX Septembre 1983 .

- 111 MAGNON R. "Le service infirmier ces trente dernières années" Paris Le Centurion 1982.
- 112 MAGNON R. « Les infirmières : identité, spécificité et soins infirmiers. Le bilan d'un siècle »
- Paris : Masson, 2001
- 113 MARRINER-THOMEY A. « Nursing theorist and their work » St. Louis C.V. Mosby
Company 1989.
- 114 MATHIS D. « Le service de soins infirmiers dans les établissements publics de santé » -
Bordeaux : Les Etudes Hospitalières, 1999
- 115 Mc CLOSKEY J.C. & BULCHEK G.M. « Nursing Intervention Classification (NIC) »
Seconde édition Mosby St. Louis 1996.
- 116 Mc FARLAND G.K. & Cool. « Traité de diagnostic infirmier » Inter Ed. Paris 1995.
- 117 MEILES A. I. « Théoretical nursing : development and progress » Philadelphie, Lippincott
1991.
- 118 MENDÈS-LEITE, R. « Identité et altérité. Protections imaginaires et symboliques face au
Sida », *Gradhiva*, n°18, 1995
- 119 MENDRAS H. "La fin des paysans" Actes Sud 1984.
- 120 MERLEAU-PONT M. « Phénoménologie de la perception »
- 121 MERLEAU-Ponty M. "Signes" Gallimard, 1960 (édition folio-essais 2000).
- 122 MERLEAU-Ponty M. « Notes de cours 1959 - 1961 " Paris NRF, 1996
- 123 MICHELET J. « La sorcière » (Préface et et chronologie de P. Viallaneix), Garnier
Flammarion, Paris, 1966.
- 124 MOORHEAD S. HEAD B., JOHNSON M., MAAS M., "The Nursing outomes taxonomy:
development and coding", *In Journal of Nursin Care Quality*, 12(6):56-63, 1998
- 125 MOSCOVICI S. « Essai sur l'histoire humaine de la nature », Flammarion, 1968/1977
- 126 MUCHEMBLED R. "Culture populaire et culture des élites dans la France moderne"
Flamarion 1978.

- 127 MUCHEMBLED R., (sous la Dir. De) « Magie et sorcellerie en Europe du Moyen Age à nos jours » Armand Colin, Paris 1994.
- 128 NADOT M. "Abrégé d'histoire et d'épistémologie des pratiques de soins" Fribourg Centre de Recherche en Médiologie de la Santé de l'Ecole du Personnel Soignant de Fribourg 1997.
- 129 NADOT M. « De moniteur à enseignant, l'identité sociale d'un formateur » Mémoire du Diplôme des Hautes Études Université Lyon 2 1983.
- 130 NADOT M., Des "médiologues " de santé à Fribourg? Histoire et épistémologie d'une science soignante non médicale (1744-1944) exposée aujourd'hui dans les écoles d'infirmières, Thèse de doctorat, Département des sciences de l'éducation, Lyon, 1992.
- 131 Nightingale E F. « Notes on nursing: wat it is and wat it is not » New York Dover publication inc. 1969 (publication originale: 1859).
- 132 OREM D. « Nursing: concept of pratice » The C.V. Mosby Company St. Louis 1991 (4^e édition).
- 133 OUVRY-VIAL B., BON-SALIBA B. Les infirmières ni bonnes, ni nonnes /,...- Paris : Syros, 1993
- 134 PARSE R.R. « man-living-health. A theory of nursing » J. Wiley & Sons New-York 1981.
- 135 PARSON T. "Patient, Physician and Illness" Free Press of Glencoe 1957.
- 136 PASCAL A. & FRECON VALENTIN E. « Diagnostics infirmiers, interventions et résultats » Masson, Paris 1998.
- 137 PEPLAU H. "Interpersonnal Relation in Nursing: A Conceptual Frame of Reference for Psychodynamic Nursing" New-York Putman's sons 1952. Il existe une traduction française « Les relations interpersonnelles en soins infirmiers » Interédition Paris 1995.
- 138 PERASSE M. « L'art du soin » Objectif Soins, janvier 2002
- 139 PINELL P. « Fléau moderne et médecine d'avenir», Actes de la Recherche en Sciences

Sociales, n°68, juin 1987, pp. 45-76.

- 140 PISONERO M.F. « De mémoire d'infirmière : la volonté d'humanité » "L'Arche", hôpital Charles-Foix, AP-HP, In Espace éthique, La lettre 9-10-11, automne-hiver 1999/2000, p.30-32
- 141 POITET F. & SAINSAULIEU R. « Méthode pour une sociologie de l'entreprise » Presses de la Fondation des Sciences Politiques/ ANACT, Paris, 1994
- 142 POLETTI R. "Les soins infirmiers, théories et concepts " Paris Le Centurion 1978.
- 143 RICOEUR P. « Lectures 3 La contrée des philosophes » Le Seuil 1999.
- 144 RICOEUR P. « Soi-même comme un autre » Paris Le Seuil 1990.
- 145 RICOEUR P « Le Juste » Deux tomes, Paris, Éditions Esprit, 2001
- 146 RICOT J. " Leçon sur l'Éthique à Nicomaque d'Aristote. Livres sur l'amitié "Paris, Presses Universitaires de France (collection Major) 2001
- 147 RIOPELLE L., GRONDIN L. PHANEUF M. « Soins infirmiers : un modèle centré sur les besoins de la personne » Mc. Graw-Hill Montréal 1984.
- 148 ROGERS M.E. « An introduction to the teoretical basis of nursing » J.A. Davis Philadelphie 1970.
- 149 ROY C. « Introduction aux soins infirmiers : un modèle de l'adaptation » G. Morin Montréal 1986.
- 150 SAINT-ETIENNE M. « Clinicienne en soins infirmiers : un nouveau métier ? » Maîtrise - Sciences de l'Education - Paris 10, Nanterre, 1998
- 151 SERRES M. « Le tiers instruit » Flammarion, Paris 1996.
- 152 SEYMER, L. « L'infirmière à travers les âges », Ed. de l'Oeuvre nationale de l'enfance, Bruxelles, 1933
- 153 SICARD D. « Le médecin et ses malades – le malade et ses médecins » in « L'université de tous les savoirs » Vol. 10 Odile Jacob Paris 2002

- 154 SPINOSA B. « Ethique » Flammarion Paris 1965.
- 155 THIEBAUD Y. & Coll.« Du soin à la personne » Collectif, INFIIP Lyon 1994.
- 156 THUILLIER J. "La folie, histoire & dictionnaire" "Paris R. Laffont 1996.
- 157 TUBIANA M. "Histoire de la pensée médicale, les chemins d'Esculape" Paris Flammarion 1995.
- 158 VALSANGIACOMO E., « La Croix et la Carrière: le rôle de la Croix-Rouge dans la formation du personnel soignant (1882-1976) », Edition Schwabe, Bâle, 1991.
- 159 VIRAGELLO G. "Le propre et le sale: hygiène du corps depuis le Moyen-Age" Paris, 1985
- 160 VIRAGELLO G. « Discipline et sous discipline en sciences de l'éducation » in Jeanne C. Clanché P. & Debardieux E. « 25 ans de sciences de l'éducation » INRP Paris 1984
- 161 WALTER B. « La notion de savoir infirmier moteur du changement dans la formation infirmière » Thèse de Doctorat Université Lyon 2 1985.
- 162 WALTER B. « Le "Savoir-infirmier" : construction, évolution, révolution de la pensée infirmière » - Paris : Lamarre-Poinat, 1988
- 163 WALTER B. « Le "Savoir-infirmier" : construction, évolution, révolution de la pensée infirmière » - Paris : Lamarre-Poinat, 1988
- 164 WATSON J. « Nursing : the philosophy and science of caring » A.U.P. Boulder (Colorado) 1985 / Traduction Francophone : « Le caring : philosophie et science des soins infirmiers » J. Watson - Paris : Seli Arslan, 1998
- 165 Xypas C. « Les stades du séveloppement affectif selon Piaget », l'Harmattan Paris, 2001
- 166 ZILLIOX H., « On les appelait: gardiens de fous », Editions Privat, 1976

-1.3 / Textes législatifs et rapports administratifs

Les textes cités ci-dessous sont disponibles auprès du Ministère de la santé (France); sites Internet: WWW.legifrance.gouv.fr et/ou WWW.sant.gouv.fr

- 167 Recueil des principaux textes relatifs à la formation et à l'exercice de la profession

- d'infirmier, Ministère du Travail et des Affaires Sociales, Paris, p. 29 Berger-levrault 1994
- 168 BERLAND Y. & Coll. « Rapport de la mission démographie des professions de santé »
- 169 BERLAND Y. «& Coll. « Rapport de la mission coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences »
- 170 DEBOUZIE D. & Coll. «Rapport de la commission pédagogique nationale de la première année des études de santé »
- 171 ESTYN-BEHAR M. & Coll. « Santé,satisfaction au travail et abandon du métier de soignant » Etude PRESST-NEXT INRS Paris 2004
- 172 SALOMON & Coll. « Rapport en vue du nouveau programme des écoles d'infirmières » Faculté de médecine de Marseille 1970.
- *Textes régissant la formation Infirmier(e) :*
- 173 Arrêté du 23 mars 1992 relatif aux conditions d'admission dans les centres de formation en soins infirmiers
- 174 Arrêté du 21 mai 2003 modifiant l'arrêté du 23 mars 1992 modifié relatif aux conditions d'admission dans les instituts de formation en soins infirmiers préparant au diplôme d'Etat d'infirmier
- 175 Décret du 23 mars 1992 modifiant le décret du 2 avril 1981 modifié relatif aux études conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier et d'infirmière
- 176 Décret du 26 juillet 2001 modifiant le décret du 2 avril 1981 relatif aux études conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier et d'infirmière
- 177 Arrêté du 23 mars 1992 relatif au programme des études conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier
- 178 Arrêté du 28 septembre 2001 modifiant l'arrêté du 23 mars 1992 modifié relatif au programme des études conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier
- 179 Arrêté du 6 septembre 2001 relatif à l'évaluation continue des connaissances et des aptitudes acquises au cours des études conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier
- 180 Arrêté du 8 novembre 2001 modifiant l'arrêté du 6 septembre 2001 relatif à l'évaluation continue des connaissances et des aptitudes acquises au cours des études conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier
- 181 Arrêté du 22 mars 2002 relatif à l'évaluation continue des connaissances et des aptitudes acquises au cours des études conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier.

• *Textes régissant la formation Infirmier(e) :*

- 182 Loi n° 78-615 du 31 mai 1978 : modifiant le code de la santé publique relatifs à la profession d'infirmier ou d'infirmière et relatif à l'exercice illégal de la profession de médecin.
- 183 Directive 77/452/CEE du Conseil du 27 juin 1977 : visant à la reconnaissance mutuelle des diplômes, certificats et autres titres d'infirmier responsable des soins généraux et comportant des mesures destinées à faciliter l'exercice effectif du droit d'établissement et de libre prestation de services.
- 184 Loi du 12 juillet 1980 : relatif à l'exercice de la profession. Précise qui a le droit d'exercer la profession d'infirmier, l'inscription sur les listes départementale et les différentes punitions.
- 185 Décret n° 81-539 du 12 mai 1981 : relatif à l'exercice de la profession d'infirmier
- 186 Circulaire n° 387 du 15 septembre 1989 : relative au mode d'exercice de la profession d'infirmière dans les établissements hospitaliers.
- 187 Décret du 16 février 1993 : relatif aux règles professionnelles des infirmiers. Précise les devoirs envers les patients, les collègues aux niveaux hospitalier et libéral.
- 188 Décret du 15 mars 1993 : couramment appelé décret de compétence qui liste tous les soins qu'un infirmier peut faire de son propre chef ou sur prescription.
- 189 Circulaire DGS/PS n° 97/412 du 30 mai 1997 : relative à l'application du décret n° 93-345 du 15 mars 1993 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier.
- 190 Arrêté du 9 mars 2000 : fixant la composition du conseil supérieur des professions paramédicales.
- 191 Décret du 13 avril 2000 : relatifs à l'autorisation d'exercer la profession d'infirmier et modifiant le code de la santé publique.
- 192 Circulaire DGS/DH n° 2000-406 du 17 juillet 2000 : relative à l'exercice des étudiants en médecine en qualité d'aide-soignant ou d'infirmier
- 193 Circulaire DHOS-P 2 n° 2001-388 du 1er août 2001 : relative à l'exercice en qualité d'infirmier des personnes titulaires d'un diplôme de médecin ne leur permettant pas d'exercer leur activité en France
- 194 Arrêté du 8 janvier 2002 : relatif aux diplômes d'Etat préparés en trois ans ou plus permettant l'exercice d'une profession de santé ou d'une profession paramédicale donnant accès de plein droit à certains diplômes nationaux de licence
- 195 Décret de compétence no 2002-194 du 11 février 2002 : relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier

- 196 Arrêté du 18 juin 2002 : complétant la liste des diplômes, certificats et autres titres d'infirmier responsable des soins généraux délivrés par les Etats membres de la Communauté européenne ou autres Etats parties à l'accord sur l'Espace économique européen, visée à l'article L. 4311-3 du code de la santé publique
- 197 Circulaire DHOS/P 2 n° 2002-422 du 25 juillet 2002 : relative à l'exercice d'une activité paramédicale pour les ressortissants suisses à la suite de l'accord sur la libre circulation entre la Communauté européenne et la Confédération suisse
- 198 Arrêté du 10 juin 2004 : fixant la liste des diplômes, certificats et autres titres d'infirmier responsable des soins généraux délivrés par les Etats membres de l'Union européenne ou autres Etats parties à l'accord sur l'Espace économique européen, mentionnée à l'article L. 4311-3 du code de la santé publique
- 199 Circulaire DHOS/M1/P2 n° 2004-291 du 25 juin 2004 : relative à la reconnaissance des diplômes permettant d'exercer une profession médicale et paramédicale consécutivement à l'élargissement de l'Union européenne
- 200 Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code.
- 201 Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 (ANNEXE) relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires).
- 202 Ordonnance n° 2004-1174 du 4 novembre 2004 : portant transposition pour certaines professions de la directive 2001/19/CE du Parlement européen et du Conseil du 14 mai 2001 concernant la reconnaissance de diplômes et de qualifications professionnelles
- 203 Circulaire DHOS/P 2 n° 2005-225 du 12 mai 2005 : relative aux conditions d'exercice des professions de santé et aux sanctions pénales applicables pour l'exercice illégal et l'usurpation de titre
- 204 Circulaire DHOS/P 2 n° 2005-258 du 30 mai 2005 : relative à la reconnaissance des diplômes d'infirmier détenus par des ressortissants d'un Etat membre de l'Union européenne ou de l'Espace économique européen acquis dans un Etat tiers
- 205 Décret n° 2005-1656 du 26 décembre 2005 : relatif aux conseils de pôles d'activité et à la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques des établissements publics de santé et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires)
- 206 Loi n° 2006-1668 du 21 décembre 2006 : portant création d'un ordre national des infirmiers
- 207 LOI n° 2007-127 du 30 janvier 2007 : ratifiant l'ordonnance n° 2005-1040 du 26 août 2005 relative à l'organisation de certaines professions de santé et à la répression de l'usurpation de titres et de l'exercice illégal de ces professions et modifiant le code de la santé publique (1) (Titre résultant de la

décision du Conseil constitutionnel n° 2007-546 DC du 25 janvier 2007)

- 208 Arrêté du 21 avril 2007 : modifiant les arrêtés relatifs aux conditions de délivrance du diplôme d'Etat de certaines professions de santé
- 209 Décret n° 2007-963 du 15 mai 2007 : relatif aux conditions d'exercice des professions d'aide-soignant et d'auxiliaire de puériculture et modifiant le code de la santé publique (partie réglementaire)
- 210 Arrêté du 13 avril 2007 fixant la liste des dispositifs médicaux que les infirmiers sont autorisés à prescrire

/2 / Techniques de recherche et d'information

L'utilisation d'un important corpus de textes de longueur variable nous a conduit à utiliser un dispositif de recherche informatique développé et particulier. Celui-ci s'appuie sur une architecture matérielle spécifique et un ensemble logiciel permettant le développement d'outils appropriés.

-2.1 / Architecture matérielle:

- Un serveur de donnée, assemblé spécifiquement, et utilisant un système Linux (distribution Debian). Celui-ci contient l'ensemble des logiciels utilisés sur un disque dur de 160 Go. Il est raccordé à un disque dur de sauvegarde de 500 Go par un port USB. Un second disque dur interne de 300 Go contient les données de recherche et utilise comme miroir une partition du disque de sauvegarde USB. Les données sont régulièrement et automatiquement sauvegardées sur un graveur de DVD USB externe.
- Ce système est relié à internet par un modem ADSL et le fournisseur

d'accès Orange. Le site personnel épistemologie-angers.com, réalisé pour recevoir les supports de cours à nos étudiants de licence, permet un accès sécurisé à une grande partie des données de recherche. Assurant ainsi la mobilité du travail de recherche.

- Un ordinateur portable (Lenovo 3000 C200) sous système Linux (Distribution Debian). Permet de travailler de façon mobile.
- Des périphériques particuliers ont été utilisés: appareil photo numérique pour saisir des données dans des bibliothèques, scanner Epson pour d'autres données textuelles numériques. Une imprimante Epson DX 4000 permet de faire des impressions partielles du texte.

-2.2 / Architecture Logicielle.

- Interface graphique Gnome
- Gestion de la bibliothèque: Livrottheque et Greenstone
- Conversion des données numériques: Gocr et Xsane
- Saisie et gestion des bases de données: MySql et serveur Apache.
- Interface des données: DbVisualizer; développements de routines Ipithon
- Saisie de textes: Vi Improved

- Mise en forme Abiword et/ou Open Office
- Présentation (PAO) Scibus
- Illustrations The Gimp, Inskcape et Open Office pour les schémas.
- Statistiques: tableur Gnumeric, logiciel d'analyse R