

JOURNÉES D'ÉTUDES 23-25 JANVIER 92

MICHEL NADOT
PROFESSEUR D'HISTOIRE ET D'ÉPISTÉMOLOGIE EN SCIENCES INFIRMIÈRES
ÉCOLE D'INFIRMIÈRES DE FRIBOURG

UNE « MÉDIOLOGIE » DE LA SANTÉ COMME SCIENCE

Ce titre qui peut vous paraître énigmatique, véhicule en même temps un pléonasme, puisque le suffixe « -logie » sert habituellement à désigner des sciences.

Alors quelle est la science qui se veut l'objet de mon discours ? Ni plus ni moins, celle qui est issu de la conceptualisation de la pratique soignante non médicale, pratique alors spécifique, de la fonction indépendante du rôle infirmier.

Au début de cette recherche qui a commencé en 1983, et qui devrait aboutir dans quelques mois, à la soutenance d'une thèse de doctorat d'État en sciences de l'éducation, je ne désirais pas dans mon activité de professeur en sciences infirmières, reproduire un enseignement sans réflexion préalable, sur la pertinence de la reconduction.

Afin de me démarquer des systèmes culturels qui jusqu'à nos jours véhiculaient des représentations sociales tenaces sur notre profession, j'éprouvais aussi le désir de me donner les moyens comme le dit SAINSAULIEU, de soutenir ma différence dans le système social des échanges humains où j'étais placé.

C'est alors que partant du concept de profession, j'en valoriserai un de ses attributs, pour affirmer avec Jobert, que les connaissances issues d'une pratique spécifique, ne sont pas une composante fragmentaire ou résiduelle d'un savoir dominant, ni des savoirs empruntés à d'autres disciplines, et plaqués pour la circonstance sur la pratique exercée, sans avoir été retravaillés (JOBERT, 1985, p. 133, NADOT, 1992, p. 41 et 385).

Il me fallait alors rechercher de quoi était faite cette pratique spécifique, et en quels termes étaient formulés les problèmes qui sont en général à la base de toute connaissance scientifique.

Ma recherche, menée conjointement avec mon activité professionnelle et familiale, se situe au carrefour de voies historiques, ethnologiques, épistémologiques et sociologiques, et rend compte de la naissance des premiers systèmes de formation en soins infirmiers, à partir des villes de Genève, Fribourg et Lausanne, entre 1744 et 1944.

Dirigé par Daniel HAMELINE, Professeur à l'université de Genève, et directeur de recherche à l'université Lumière Lyon II, ce travail s'inscrit dans la réflexion contemporaine et internationale, sur le statut épistémologique des connaissances issues de l'art de soigner.

Le terme « infirmier », n'a pas toujours été employé pour qualifier les soignants qui, par une

pratique ancestrale et séculaire de la décision, essayaient de modérer les conditions adverses qui menaçaient la vie des individus, dans un espace-temps spécifique, celui de l'hôpital.

A la suite de Popper, je dirai que « la science part de problèmes et non pas d'observations, même si celles-ci peuvent faire apparaître un problème » (1985, p. 329).

Le problème qui a guidé ma recherche, était de me demander : pourquoi les savoirs issus de l'expérience et de la pratique spécifique des soins non médicaux, n'avaient pu encore prétendre à un statut épistémologique de sciences infirmières ?

Pour envisager le problème sous cet aspect, il me fallait « sortir du cadre », sortir de cette « science normale » qui pour KUHN, « n'a jamais pour but de mettre en lumière des phénomènes d'un genre nouveau » (1983, p. 46). Autrement dit, il me fallait considérer la pratique soignante dans une autre classe que celle qui consistait pour la « modernité », à lui conférer comme sens et comme valeurs, une orientation dite « paramédicale ».

Oser qualifier la pratique soignante de « non médicale », et rompre ainsi avec sa conception moderne, revenait à effectuer un « n-cadrage », au risque de passer comme le dit Watzlawick, pour « fou ou mal intentionné » (1975, p. 118.120).

Il existe tout un discours ancien ou contemporain au sein des écoles d'infirmières, sur les « bonnes manières » à mettre en œuvre pour enseigner ou pour concevoir des programmes.

Mais enseigner quoi?... Quelle est la nature de ce qu'AVANZINI (1991, p. 94) appelle, « les disciplines inscrites au plan d'études » ? Cela va de soi, l'on enseigne les soins infirmiers !

Si le discours a son utilité pour ne pas sombrer dans l'obscurantisme, il n'a cependant pas encore permis d'identifier de façon univoque dans la profession infirmière, en quoi les soins infirmiers étaient infirmiers.

Le terme infirmier qui n'est, d'ailleurs, qu'un des 45 qualificatifs du mot « soins », que j'ai identifié dans la littérature hospitalière et scolaire du milieu de la santé en suisse romande, est-il en mesure de qualifier de façon univoque, la structure interne de ce qui est enseigné, ou la nature des pratiques 'soignantes ? Peut-on encore laisser percevoir que soigner consisterait comme le mentionne ADAM, à faire « un peu de tout, n'importe quoi et rien de spécial » (1983, p. 110).

Devant une représentation syncrétique du mot « soin », comment voulons-nous que l'homme



politique, le médecin ou le directeur d'une **institution** hospitalière, personnages qui ne sont pas forcément des « experts » des soins dits **infirmiers**, arrivent à décoder nos **discours**, à répondre à nos demandes de formation, de dotation et de reconnaissance ?

C'est en portant par nécessité mon attention, **sur un** hôpital à une époque, ou ni les religieuses, ni les médecins n'y étaient implantés de façon déterminantes, que je pouvais me dégager « des discours -déjà- dits, des images déjà épinglées et des fatalités déjà nouées » (IMBERT, 1985, p. 316).

Il me fallait alors sonder le passé, d'autant plus que je suis d'avis avec SCHLANGER, que « c'est le poids du passé qui rend possible l'invention du futur » (1983, p. 60.61). Nous ne sommes pas à « l'an 1 » des pratiques **soignantes**, et si **elles** nous ont été transmises, j'aimerais pouvoir m'étonner **sur** le parcours de leur transmission.

C'est à partir d'un fond non **classé**, que j'ai **découvert** aux archives de l'État de Fribourg, complété par les archives de plusieurs écoles d'**infirmières**, auxquelles s'ajouteront des règlements **hospitaliers**, des descriptions de fonction du personnel, et des procès verbaux des Chambres de Direction, que j'allais me constituer une image **provisoire** du passé.

Pour regarder l'hôpital **au XVIII^e** siècle, nous devons dépouiller notre représentation moderne, et faire abstraction de ce que les **XIX^e** et **XX^e** siècles nous ont apporté **sur** l'évolution de l'institution hospitalière, et particulièrement sur ceux et celles qui l'habitaient.

Les **finalités** d'un hôpital m'apparaissent explicites dans le « **proème** » au règlement de l'hôpital « Notre-Dame », institution laïque fondée selon NIQUELLE (1921, p. 22) par la communauté des habitants de Fribourg **autour** des années 1248.

En 1759, le « **proème** » nous indique que l'**hôpital** était une institution qui par nécessité charitable, servait à « protéger la société civile contre des défauts, qui pouvaient altérer le repos de cette société » (NADOT, 1992, p. 85.86). A la suite de FOUCAULT nous savons que « d'entrée de jeu, un fait est **clair** : l'hôpital général n'est pas un établissement médical, aussi bien dans son fonctionnement que **dans son propos** » (1972, p. 60.61).

L'hôpital ressemble à une mosaïque spatiale, où à chaque lieu, département ou territoire, corres-

pond **une** activité spécifique exercée par plusieurs corps de métiers, ou attribuée à **différentes** catégories de pensionnaires.

Par exemple, le personnel soignant qui semble employé à l'hôpital de Genève en 1744, se compose de la gouvernante des malades aidée de ses savantes. Il lui est recommandé (je cite), d'avoir

« soin de tenir ses chambres fort propres de même que les malades, et lorsqu'il sera question de se lever la nuit pour soigner un malade, elle usera de diligence pour lui donner ce dont il aura besoin pour son soulagement » (Ibid., p. 57-58).

« Elle devra veiller à ce que les pauvres ayent des peignes et tout ce qui est nécessaire pour se tenir nets et exempts de vermine, et que leurs habits soient de même dans la plus grande propreté possible » (Ibid., p. 61).

Je signalerai aussi que contrairement aux représentations sociales qui ont cours, il n'y avait pas **que** des malades pauvres à l'hôpital. L'**hospitalier** de Fribourg par exemple en 1598, allait jusqu'à procurer aux pensionnaires aisés, des accessoires de toilette **rare**s et coûteux **pour** l'époque, **tels que** miroirs et **savon** (NIQUELLE, 1921, p. 64). Quant à l'hôpital de Genève au début du **XVIII^e** siècle, il avait également des pensionnaires aisés logés au **deuxième** étage du bâtiment, « l'inventaire du matériel mentionne des séries de pots, cuvettes et ustensiles de soins pour les malades », (FORNARA et ROTH-LOCHNER, 1985, p. 192).

Je terminerai ce survol institutionnel, en **rappe-**lant que l'hôpital de Fribourg en 1759, ne possédait pas **un** caractère religieux, et comme la santé du bétail paraissait « **compter plus que celle de l'homme pour tout le monde** » (MONTELEONE, 1982, p. 41), l'activité médicale n'en sera que **ponctuelle** et atténuée. Le médecin qui se faisait souvent nommer « **physicien de ville** », contrôlait alors aussi bien les comptes de l'apothicaire, que l'activité du chirurgien.

L'**hôpital** était une institution qui employait un personnel habitué à observer et à partager, la vie des **personnes** dont il s'occupait. Ce personnel pouvait ainsi se constituer, une expérience du langage et du spectacle **qui** structurait le temps passé **en** institution.

En échange de ses conditions laborieuses, le **personnel** soignant qui sera assermenté (NADOT, 1922, p. 58 et 72), touchera des prestations annuelles en espèces, complétées par des prestations journalières ou mensuelles en nature, car il était prévu qu'il devait être nourri, logé, chauffé, éclairé, **blanchi** et **médicamenté** (Ibid., p. 94).



Jc porterai maintenant mon attention, sur les pratiques soignantes, au sein desquelles nous retrouverons l'activité qui constitue cette fonction disjointe de l'activité médicale, cette fonction indépendante que l'infirmière d'aujourd'hui nomme «rôle propre».

Celles qui se feront nommer les «servantes de l'hôpital» en 1759, seront au nombre de sept à l'hôpital de Fribourg, et ceci depuis l'année 1700, à savoir :

- la cuisinière,
- la petite servante soit la fille de chambre,
- la sommelière,
- deux boulangères,
- la «*Kindermutter*», soit la gouvernante des enfants,
- et enfin la soignante en titre, la «*mussshafera*» (*müesshaffera* en 1697), soit la servante des malades.

Leurs Excellences de Fribourg (LL.EE.), terme pompeux employé sous l'ancien régime pour qualifier les gouvernants, semblaient avoir sur les servantes hospitalières, des représentations dans lesquelles je perçois quelques notions de compétences, des symboles de qualité, et en fait les indices d'une reconnaissance de leur contribution singulière.

J'en voudrai pour preuve le passage ci-dessous qui date de 1759 (je cite) :

Le choix des personnes pour gouverner et soigner les malades n'est guère d'une moindre importance que celui des médecins et chirurgiens. Car d'elles dépend la propreté des lits et de l'appartement pour en éloigner toute infection. De leur attention dépend très souvent la promptitude des guérisons ; une propreté réelle, une complexion robuste, une promptitude à donner du secours, la compassion avec le courage, sont les qualités dont devraient être douées les personnes d'un semblable emploi, aussi bien que d'un esprit attentif et judicieux à pouvoir rendre compte aux médecins de l'état des malades.

L'on tachera toujours de prendre pour le service des malades tout ce qui se présentera de mieux à ces égards et comme la chambre de direction invigilera sur tout, elle devra particulièrement être attentive sur la façon de gouverner les malades, elle ordonnera aussi les moyens qu'elle jugera les plus propres et les plus convenables ; (NADOT, 1992, p. 115).

Jc rappelle que ce texte date de 1759. E ne suis pas certain, que les principes qu'il véhicule, soient toujours appliqués au XX^e siècle, j'aimerais tellement me tromper !

Je n'ai malheureusement pas le temps de rendre compte, de l'ensemble des pratiques, expériences ou valeurs « secrètes et intériorisées », que l'humble et le quotidien, inscrivaient dans les textes.

Cependant une chose me semble certaine, c'est que ces pratiques « d'expérience » se transmettaient.

Parce qu'elles ne pouvaient fixer le fait relationnel, parce qu'elles ne pouvaient transformer l'ex-

péricnc en savoir par le jeu de l'écriture, les servantes hospitalières seront condamnées au silence par "on reconnaissance de leurs compétences à parler la langue légitime, et de fait exclues de l'univers social où cette langue aurait pu être entendue (cf. BOURDIEU, 1982, p. 42). Mais cette condamnation au silence qui fera « qu'elles seront parlées par les autres », ne permet pas d'affirmer qu'elles ne faisaient rien, ou que ce qu'elles faisaient n'avait pas de sens pour elles.

Les pratiques hospitalières de la vie ordinaire et leurs modalités, l'expérience unique qui ne peut être portée que par celle qui l'a vécue, en l'absence d'écritures et parce qu'elles seront silencieuses et insidieuses, seront difficiles à évoquer et se transmettront « secrètement » pour arriver jusqu'à nous.

C'est bien au nom de la transmission de l'expérience et des savoirs qui s'y référaient, qu'il était requis par exemple à Fribourg en 1760; qu'une servante qui quittait son emploi devait rester quelques mois, avec celle qui allait la remplacer pour l'instruire de ses fonctions, et de plus cette activité d'instruction « vaut de l'or ». Ainsi le 13 avril 1760 (je cite) :

« La mussshafera ou gouvernante des malades ayant resté quelques mois outre le terme pour lequel elle avait demandé son congé, pour instruire celle qui devait la remplacer, la chambre a ordonné, qu'outre le prorata du temps qu'elle a fait de plus que son terme lui serait donné un louis d'or neuf de gratification en reconnaissance tant de ses services qu'en égard aux infirmités que son dit service lui a attirée » (NADOT, 1992, p. 129).

Cette pratique d'instruction, consistant à laisser le détenteur d'un savoir d'expérience en contact durant plusieurs mois, avec le futur occupant de la fonction, semblait d'un usage courant à l'hôpital.

Seulement cette fonction de soignante, étant pour ainsi dire « tenue à vie », la fréquence de l'acte d'instruire, sera peu élevée, car directement proportionnelle au repourvoement du poste. Nous retrouvons cependant cette activité d'instruction mentionnée le 28 septembre 1762, où la chambre de direction permet à l'hôpitalier d'engager une nouvelle servante, « moyennant que l'ancienne reste quelques temps pour lui donner les instructions nécessaires ».

Que pouvaient bien se transmettre ces servantes hospitalières laïques, en l'absence de toute formalisation de l'instruction, qui elle, verra le jour en Suisse romande, en 1859 ?

Eh bien justement, les pratiques et les expériences possibles que je réfererai à trois systèmes de valeurs, et que les groupes qui exerçaient un contrôle direct et immédiat sur l'action sociale, seront chargés d'appliquer de par leur statut professionnel.

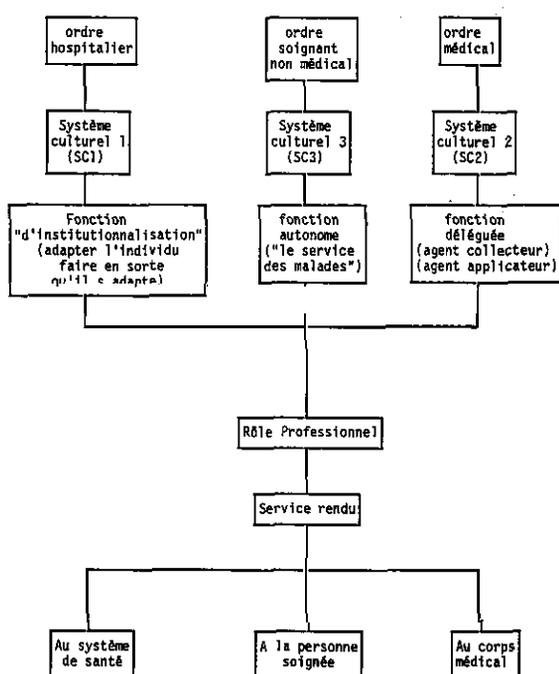
Le premier système de valeurs, progressivement mis en place dès la fondation de l'hôpital au XIII^e siècle,



sera traduit par des règles d'action qui se rapporteront aux finalités de l'hôpital, et aux modalités du respect de la discipline, de l'ordre et de la propreté.

Projetées sur la société, ces modalités ne seront que l'expression des fondements, qui ont donné naissance à l'institution elle-même, à savoir: repérer, dénoncer, exclure et contenir « les défaut » qui pouvaient altérer le repos de cette société. Relié à l'application de l'ordre et de la discipline, la Chambre de direction de l'ordre et de la discipline, la Chambre de direction de l'hôpital demandait aux gouvernantes des malades, de signer des inventaires, de rendre des comptes, d'être responsables des linges, du matériel et de leur utilisation. Une pratique élémentaire de la lecture, de l'écriture et de l'arithmétique, semblait alors requise chez ce personnel, pour s'acquitter de cette fonction. J'ai nommé cette fonction, « fonction d'institutionnalisation », (SC1).

Trois éléments culturels traduits dans les normes d'action des servantes hospitalières (résumé)



Le deuxième système de valeurs sera traduit par des règles d'action qui se rapporteront à un ordre médical qui au XVIII^e siècle, était en voie de pénétration dans l'hôpital. Les règles d'action émergeront du désir qu'a le médecin, de découvrir la maladie dans le malade, de façon systématique et ordonnée, et qui face aux causes connues, probables et cachées, va aboutir à ce que FOUCAULT nomme, « des indications vitales, curatives ou palliatives » (1988, p. 71). Dans ces règles d'action, la servante sera alors « agent double », « agent collecteur » de données, sans

pouvoir, sur la logique et les finalités des opérations. d'analyse, et agent « applicateur » des prescriptions médicales, sans contrôle sur la pertinence de la prescription. La soignante n'était pas habilitée à accéder à la logique des opérations, l'analyse des données recueillies sera l'affaire du médecin en vue de résoudre un problème. Il était dès lors normal que ces données soient fiables, puisque l'analyse qui se référait à un cadre théorique médical, n'en était pas moins dépendante du discernement de celle qui observait. Cette pratique de la transmission d'informations codées et intelligibles pour le corps médical, réclamait nécessairement comme pré-requis, une pratique d'évaluation de l'état du patient. Nous comprenons alors pourquoi la servante dans sa fonction d'agent collecteur de données, devait au XVIII^e siècle, « s'aider de son esprit attentif et judicieux, pour rendre compte aux médecins de l'état des malades ».

Après avoir observé, il fallait encore transmettre, ce qui allait demander à la servante hospitalière, de s'initier à de nouvelles formes linguistiques et culturelles, afin que le sens du message ne soit pas trop éloigné du système de référence de celui à qui ce message était destiné (NADOT, 1992, p. 130).

Ce système de valeurs progressivement imposé aux servantes, en tant que langue désormais légitime et développé conjointement à la conceptualisation de la médecine, déterminera une fonction déléguée, que l'on appelle aujourd'hui à Fribourg, fonction dépendante. La rigueur, la ponctualité, l'habileté et la docilité, seront alors nécessaires dans le rôle d'agent applicateur, autrement dit dans l'exécution de ce qui se nommait « l'ordre médical ».

Dans l'interdépendance du langage qui s'opérait entre elle et le médecin, la servante devait se familiariser avec la langue professionnelle officielle, la langue légitime, celle du savoir médical. Le risque était grand pour elle, de laisser alors de côté sa propre langue usuelle, qui deviendra sinon illégitime, au moins insignifiante.

Cette fonction est probablement celle dont on a parlé le plus, celle qui a suivi étroitement l'évolution de la médecine, celle qui a induit dans le public, une représentation d'une infirmière auxiliaire du médecin, plutôt qu'auxiliaire du malade, et enfin celle dont l'exercice réclamait, d'accéder à une partie fragmentaire ou résiduelle des sciences médicales.

Par cette dépendance à ces sciences, la fonction déléguée pouvait aussi être auréolée du prestige attribué généralement à la médecine par ceux qui s'y référaient. (SC2).

Le troisième système de valeurs qui faisait partie d'une transmission horizontale « maître-élève », se composait des règles d'action issues de ce que la direction de l'hôpital nommait « le service des malades »,



Service qui était issu de savoirs pratiques, d'expériences et de gestes, eux-mêmes dépendant du contexte culturel dans lequel ils s'inscrivaient. Dans la médiation de vie qui allait s'instaurer entre la servante et la personne qui dépendait d'elle pour subsister, il fallait a" **travers** du partage, prendre **sur** soi, assumer, faire sien, c'est-à-dire consentir.

J'ai employé le **terme** de « biomédiation » pour qualifier l'action fondamentale de l'art de soigner, cet art qui consiste à « **Être** entre », soi et l'autre, l'autre et les autres, médiation entre le corps, le temps et l'espace, médiation entre les sens donnés aux contradictions du présent, médiation **entre** la vie sociale, le monde naturel et le sacré. Dans le **terme** « biomédiation », je donne aussi au **préfixe** « bio », le **sens** du « bios » grec, à savoir celui qui se rapporte à la vie, comprise dans son « **holos** », son entier, et non le « bio » compris dans « **biologie** », **terme inventé** en 1802 par LAMARCK si l'on en croit DEBRAY (1991, p. 13), et dont l'usage veut que l'on différencie le « bio » fondé **sur** l'étude des caractéristiques de la **cellule** vivante, du « **psycho** » et du « **sociologique** ».

Cc troisième système culturel dans lequel la **servante** hospitalière pouvait donner un sens particulier à l'objet de son attention, est presque aussi ancien que le premier système. **Niquille** ne nous montra-t-elle pas qu'au XIII^e siècle, une « **Magistra hospitalis infirmorum** », ou maîtresse de l'hôpital pour la salle des infirmes, avait pour tâche de soigner les malades dans les hôpitaux fribourgeois (NADOT, 1992, p. 16).

Contrainte mais **consentante** de vivre **avec** et pour des humains, la servante sera confrontée **avec** l'incertitude de leurs réactions, de leurs comportements, de leurs motivations à vivre (ou à mourir) ou de leurs désirs. Cette servante sommée de faire des choix et de poser des actes, ne pourra éviter la question « que choisir » ou « **comment faire** » ?

La direction de l'hôpital de Fribourg, demandait aux **servantes hospitalières**, « "ne promptitude à donner du secours » ainsi que « la compassion ». Or nous savons que la promptitude demande des facultés de compréhension, et se manifeste par la réaction d'une personne qui n'attend pas. Cette promptitude **ne peut** exister sans certaines connaissances acquises par l'expérience.

Quant à la compassion, elle contient dans son sens, l'idée du partage des maux d'autrui, partage qui semble requérir la capacité de **mettre** en confiance. Le partage des conditions de vie des hospitalisés et du champ des misères contenues dans les murs de l'hôpital, c'est aussi au travers de la proximité et de la permanence vingt quatre heures **sur** vingt quatre, le partage **des** bruits, (respirations, plaintes, gémissements, **ronflements**, pleurs, monologues, cris, injures etc.).

Cette « médiation de vie », alliée a" **consentement** me semble mettre en jeu chez les servantes

hospitalières, des facultés intellectuelles aussi bien que morales, procédant d'une aliénation à la permanence du temps, de l'espace et de l'autre. Dans le plus grand secret, les savoirs d'expériences, issus de cette « médiation de vie », **deviendront** alors le berceau du sens pour soi, chez les **gouvernantes** et **servantes** de l'hôpital du XVIII^e siècle (SC3).

Notre recherche met ainsi en évidence que les **servantes hospitalières** dans "ne fonction d'**intermédiaire** culturelle, avaient la possibilité d'appliquer et de vivre 57 pratiques, et 53 expériences, qui pouvaient se référer au rôle propre.

A partir de 1781, le terme « infirmier », qui jusqu'en 1762 n'était pas utilisé à l'hôpital de Fribourg, **va** devenir d'un usage habituel, et sera systématiquement employé a" féminin, dès son **introduction**, par les règles d'une communauté religieuse française (les **sœurs** de Sainte Marthe de Beaune). Ce terme « **soignière** » allait désormais qualifier l'**office** ou l'emploi des religieuses qui allaient remplacer les servantes laïques. Gardons bien à l'esprit alors, que les pratiques et les savoirs ne changent pas, c'est seulement le qualificatif de l'employée et son cadre de référence **éthique** qui changent.

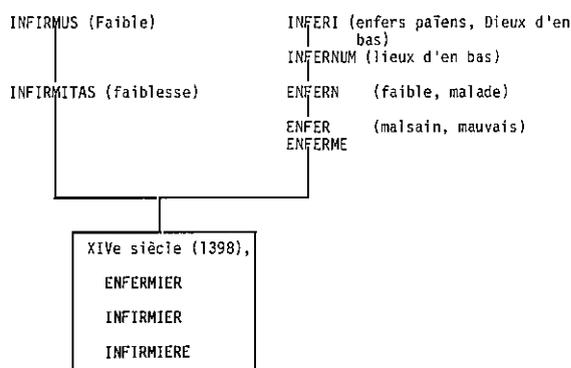
Le terme « infirmerie », va désigner l'espace au sein de l'hôpital, où sc donneront les soins, et remplacera cc qui se nommait jusqu'alors, la « **chambre des malades** », « le **poêle** des malades » ou le « *Kraskenstube* ».

Le terme « infirmier » qui avait fait l'objet de débats en France a" début du XX^e siècle, mérite quelques instants, réflexion.

Employé dans la langue française depuis 1398, le terme infirmer est dérivé du vieux français enfermer par réfection **sur** le latin, *infirmus, infirmitas*, (faible, faiblesse) et de l'ancien français enfer, enferme (malsain, mauvais) (GODEFROY, 1884, p. 145).

Jc ne peux ici m'empêcher de faire un **rapprochement** entre « l'objet du soin », le côté « mauvais et malsain » du terme, et sa transmission par tradition sémantique française, reliée au catholicisme. Non seulement pour LARCHET,

Etymologie du mot « Infirmier »



l'origine première de la maladie, était reliée au péché ancestral (Cf. 1991, p. 24, 30), mais nous savons aussi que dans la tradition de l'Église, « l'étiologie démoniaque de certaines maladies était affirmée par les Ecritures » (*Ibid.*, p. 31). Nous voyons également qu'en 1784, il était prévu dans les règles de la congrégation de Fribourg, que la religieuse « infirmière », devait s'occuper (je cite) :

« des plaies qui fourmillent de vers, des ordures et des puanteurs qui sortent du corps humain » (Règles, 1784, p. 13),

« se dégager de tous les attachements aux créatures, les considérant avec indifférence ; elle s'étudiera à vaincre incessamment toutes les répugnances qu'a la nature pour les souffrances et pour les emplois dégoûtants bas et ravalés » (*Ibid.*, p. 10).

Elle trouvera alors dans ces emplois les plus vils, « des sujets continuels de s'humilier et, de se confondre » (*Ibid.*, p. 13).

Que le terme « infirmière » soit régulièrement employé, dans des institutions qui feront appel par tradition à des congrégations hospitalières, lesquelles avaient selon IMBERT (1947, p. 266) comme point commun l'inspiration générale de leur règle, et par conséquent une référence aux « puanteurs qui sortaient du corps humain » et à une représentation démoniaque de l'étiologie des maladies, nous éclaire alors sur le sens du terme « infirmière ».

Que ce terme en fonction de la tradition qu'il semblait véhiculer, soit non représentatif de ce que Florence NIGHTINGALE nommait « l'art des précautions » (KREBS-JAPY, 1932, p. 60), me fait alors comprendre, pourquoi Valérie de GASPARDIN, fondatrice de la première école d'infirmières laïques a monde (1.11.1859), et à sa suite Anna HAMILTON, cherchaient à s'en différencier.

A partir de 1836, nous assistons à l'étranger comme en Suisse, à une accélération de la création d'écoles d'infirmières, confessionnelles d'abord, laïques ensuite.

Je n'ai pas le temps de toutes les mentionner ici. Je releverai seulement un phénomène qui verra le jour à la création de ces écoles, et qui influencera les futures infirmières, aussi bien quant à leurs rapports à la science, qu'à sa construction, voire à sa diffusion.

Les fondateurs des premières écoles d'infirmières, mais encore plus les premiers formateurs, ne savaient pas très bien ce qu'était en 1859, une « garde-malade » (terme employé à l'hôpital de Fribourg dès 1790). Ne sachant pas toujours de quoi se composait la pratique soignante quotidienne, ils avaient néanmoins une idée du type de garde-malade dont ils avaient besoin.

Les premiers directeurs d'écoles, seront obligés dans un premier temps « de se faire élèves eux-mêmes » (A. de GASPARDIN, 1860, p. 9), et

dans un second, de se faire traducteurs/répétiteurs de la langue savante de l'institution. Cela pouvait aller pour un pasteur par exemple, jusqu'à rédiger et diffuser lui-même un cours d'anatomie et de physiologie, du teste « fort apprécié du public et d'autres établissements » (Cf. A. de GASPARDIN, 1867, p. 29). Le pouvoir de leur fonction, leur donnera le privilège de choisir entre, aussi bien la manière que la matière du discours, de ce qui sera à retenir et plus tard à transmettre. L'on ne peut s'empêcher de penser BOURDIEU lorsqu'il précise que « l'usage de la langue dépend de la position sociale du locuteur qui commande l'accès qu'il peut avoir à la parole officielle, orthodoxe, légitime » (1982, p. 107).

Avec la naissance de cette pratique de traducteur/répétiteur, nous assisterons à l'institutionnalisation d'une fonction apparentée à la tutelle pédagogique, et qui sera le départ par mimétisme, des pratiques d'enseignement ultérieures dans les futures écoles d'infirmières.

C'est alors que ce traducteur/répétiteur des discours dominants, sera nommé « moniteur », reprenant en cela les usages de la pédagogie du mode mutuel lancé à Madras en 1789 par le révérend BELL, méthode introduite en France par CARNOT en 1815, et découverte la même année par le célèbre pédagogue fribourgeois Grégoire GIRARD.

Ce répétiteur va utiliser « une manière de communiquer l'instruction, mais n'élaborera point le contenu ni l'orientation de cette instruction. Ce que met aussi en évidence BARBEY à propos des moniteurs du Père GIRARD, qui ont eux-mêmes appris du maître et qui ne sont pour l'essentiel de leur besogne que des répétiteurs dont l'élaboration conceptuelle leur échappe. Ainsi le moniteur reste encore un auxiliaire du maître (Cf. BARBEY, 1953, p. 317), et cette fonction faisait aussi partie des récompenses que pouvait recevoir « l'élève sage et laborieux », dans les écoles publiques du canton de Fribourg en 1850 (art. 2, règlement du 10 août 1850 pour les écoles primaires).

A défaut de trouver sa liberté dans la dépendance à son propre savoir, la monitrice dès 1894, se trouvera alors attirée vers le savoir d'autrui, et deviendra tributaire des conquêtes mêmes de la science médicale.

Inhibée dans le développement d'une pensée scientifique, condamnée à ne pas dévier des principes moraux et scientifiques du contenu culturel de l'époque, il lui deviendra alors difficile, bien qu'elle semble en avoir l'expérience, de construire et de diffuser les savoirs issus d'une pratique de la décision, dans « une discipline qui aurait pu être la sienne.

Nous ne nous étonnerons pas alors de constater que deux grands courants d'idées se côtoient depuis plus d'un siècle sur la nature des sciences infirmières, sans jamais arriver à « définir le



corps de connaissances qui lui est propre » (ADAM, 1983, p. 2).

Comme nous le rappelle ADAM, (je cite)

« pour les uns, aussi bien au sein de la profession qu'à l'extérieur, l'infirmière seconde le médecin. Pour d'autres, elle est une professionnelle autonome à qui l'on délègue certaines fonctions » (Ibid., p. 1).

Ces deux positions ne sont-elles pas le reflet, de ces traditions épistémologiques et philosophiques **anglo-américaine** et allemande irréconciliables selon FINGER (Cf. 1989, p. 39). Les connaissances dans la **tradition anglo-américaine**, visent plus à adapter et à intégrer l'individu à un environnement matériel et symbolique, alors que dans la tradition allemande, elles seraient le fondement de la formation de l'identité d'une personne dans une société moderne, qui tendrait à la détruire (Ibid., p. 40).

Nous retrouvons alors la formation infirmière située aux deux pôles de cette double fonction qu'HAMELINE met en évidence, fonctions de « domestication et d'affranchissement » dévolue à l'École (Cf. 1977, p. 32).

Ainsi les tenants d'un savoir **infirmier** indifférencié, pour qui ce savoir du reste coupé de son histoire, est qualifié de spécifique, feraient apparaître comme spécificité que ce savoir est « le résultat de la somme de différents savoirs » (WALTER, 1988, p. 83). Ils plaideraient « explicitement, mais surtout implicitement, pour le bien-fondé de l'organisation sociale et contribueraient à la reproduire » (Cf. FINGER, 1989, p. 33). Ce serait une fonction d'adaptation sociale « attestataire », répondant à des besoins sociaux.

Alors que ceux qui contribuent à une **réflexion en** vue de se distancer de ce que COLLIÈRE nomme « l'ascendant médical » (1982, p. 196), et avec elle HENDERSON ou ADAM, se situeraient dans une position où l'École est par essence « contestataire », et donne lieu alors comme nous le rappelle HAMELINE, (je cite)

« à des projets d'émancipation, de déniement, d'expression libre, qui modestement, reçoivent pour mission de faire échec à la conformité sociale et d'entretenir un certain déséquilibre » (1977, p. 33).

Certes dans le rôle professionnel les trois systèmes culturels traduits en « ormes d'action » sont parfois appliqués simultanément, mais dès que l'on porte une attention à la fonction autonome, il peut être sain de la nommer autrement que par le qualificatif « d'art et de science » qui a cours depuis 1860.

En tant que telles, les sciences infirmières ne sont pas infirmières de façon spontanée. C'est la pratique soignante, et nous l'avons vu « on l'ensemble de cette pratique, mais une des trois fonctions, celle de la « médiation de vie », qui parce que nous la concevons comme spécifique, nous confrontera dans son exercice à des problèmes ou des situations, qui feront naître chez

le chercheur, le désir comme nous le rappelle POPPER, de « découvrir des explications satisfaisantes de tout ce qui nous étonne et paraît nécessiter une explication » (1991, p. 297). Faut-il pour autant qualifier la pratique soignante d'infirmière, alors que les soignantes qui la pratiquaient jadis, se dénommaient « gouvernante des malades », « garde-malade » ou « *magistra hospitalis infirmorum* »? *L'on parle bien des sciences de l'éducation et non des sciences de l'éducateur. Lorsque l'on sait les représentations induites par le mot « infirmier » ou « infirmière », je ne peux alors que m'empresser de quitter cette science normale, qui pour KUHIN, est « dirigée vers l'articulation des phénomènes et théories que le paradigme fournit déjà » (1983, p. 47).*

CONCLUSION

Comme les sciences de l'éducation, les sciences infirmières constituent leur savoir à partir de la pratique, « et ne consistent pas en un savoir préalable, dont celle-ci n'aurait qu'à déduire ses démarches » (...) elles ne sont pas no" plus « le lieu d'exercice ou d'entraînement de disciplines **annexionnistes** » (AVANZINI, 1984, p. 15).

Comme nous avons vu que la pratique soignante était et reste la traduction de *trois systèmes culturels* dans des « ormes d'action, nous pourrions proposer comme qualificatif de la science qui l'accompagne, **notre** terme empirique de « **biomédiatologie** », pour qualifier la praxéologie soignante.

Si « l'une des conditions de la validité des sciences de l'éducation est la cohérence de leur terminologie » (AVANZINI, 1984, p. 176), nous ne doutons pas qu'il en va de même pour les sciences infirmières.

Mais comme la « biomédiatologie » ne recouvre dans notre entendement que la fonction autonome de la pratique, nous n'oserons pas faire dépendre de cette fonction autonome, l'ensemble des disciplines que le rôle professionnel met en œuvre.

Pour des questions d'usage social et de commodité, nous préférons maintenir le qualificatif de « sciences infirmières », pour dénommer l'ensemble des sciences (fondamentales et appliquées), utilisés dans la pratique professionnelle.

Cependant et ceci nous semble de première importance, nous attribuerons un qualificatif spécifique, à la science sur laquelle s'appuie la **pratique soignante** « on médicale autonome, (schéma, p. 245) + 428.

A la médiation de vie autrement dit à la « biomédiation », il me reste alors à y ajouter le suffixe « -logie », pour dénommer ainsi la théorie qui résulte des problèmes rencontrés dans l'expérience des pratiques soignantes « on médicales : « biomédiatologie ».



Schéma. Le savoir autonome de la pratique soignante non médicale.

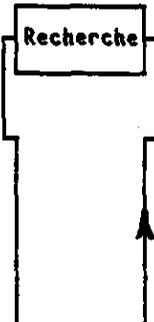
Sciences fondamentales

(discipline **liée** à l'exercice de la "médiation de vie")

Champ disciplinaire propre
à la fonction **indépendante**

Production des connaissances

- Sciences qui étudient les conditions de l'institution de soins
- Disciplines de la réflexion et de l'évolution
- Sciences qui portent **sur la relation** professionnelle et l'**art** de soigner
- Concepts applicables à la pratique de la "médiation", "Théories de soins"

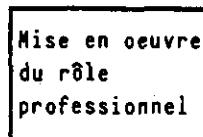


Sciences appliquées

Pour certaines **théories**, une **démarche clinique méthodique** sera nécessaire pour les rendre opérationnelles (Processus de soins)

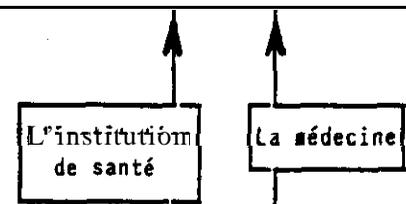


(Utilisation des **différentes** connaissances dans le champ de la **pratique**, "consommation des théories").

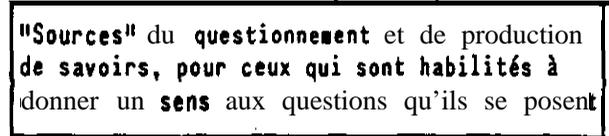


Les **trois systèmes culturels**

Rencontre "**pluridisciplinaire**", Savoirs appliqués **simultanément** ou **alternativement** dans l'action.



(Sciences fondamentales des disciplines connexes aux "**sciences infirmières**")



Mais la formation de ce néologisme ne me paraît pas suffisamment topique, pour donner une **indication** sur le projet qui **contraint** la soignante, à exercer des actions de sociabilité comme autant de modes possibles « d'être au monde ».

C'est alors que je me suis rappelé que parmi les « défauts » qui pouvaient « altérer le repos de la

société civile », figurait le manque de santé, selon la représentation que l'on en avait en 1759.

Séduit par le sens que le gouvernement du Québec donnait au terme « santé », à savoir que la santé serait la « faculté pour chacun, de construire sa vie en dépit des conditions adverses qui l'affectent » (KOZIER et ERB, 1983, p. 44),



attiré par le caractère d'universalité d'une telle formulation, et relevant au passage l'interdépendance des deux termes « santé » et « vie », je remplacerai alors « biomédiatologie » par « médiatologie de la santé ».

C'est alors que j'eus connaissance d'un néologisme proposé par DEBRAY, qui pour caractériser ce qu'il nomme une « physique de la pensée sociale » (1991, p. 92), emploie le terme de « médiologie », lequel désigne les « moyens de transmission et de circulation symbolique » (*Ibid.*, p. 15), ou « l'étude technique du pouvoir des moyens » (*Ibid.*, p. 34).

Appliqué à notre médiation de la santé, le terme « médiologie » ne me paraît pas impertinent pour recouvrir ce que DEBRAY nomme, ces « lieux et enjeux de diffusion, vecteurs de sensibilité et matrices de sociabilité » (...). Médiologie peut alors s'appliquer aussi à ces « moyens de transmission et de circulation symbolique » (Cf. 1991, p. 15), que la servante hospitalière pouvait employer pour exercer son pouvoir dans les zones d'incertitude qu'elle contrôlait, au sein de l'institution qui la rémunérait pour cela. Pouvoir qui, rappelons-le, n'est autre pour RICOEUR, (je cite)

que « le mouvoir lui-même, retenu au deça de l'acte, le mouvoir en puissance. C'est à lui que je me réfère quand je dis que je sais ou que je peux » (1988, p. ZOO).

Je vous expose alors deux de mes définitions opérationnelles, qui en tant que définitions ne rendent pas compte de la complexité de leur construction (ma thèse se compose de 500 pages environ). Annexes A-B.

Mais vous comprendrez que ce n'est ni le lieu, ni le moment, de vous entretenir de cette complexité.

OUVRAGES CITÉS

- ADAM (E.), *Etre infirmière*, Montréal, éd. HRW ltée, 2^e éd., 1983
- AVANZINI (G.), « De la formation et de l'éducation », *Bulletin Binet-Simon*, 1984, 84, (599), p. 160-176.
- AVANZINI (G.), *L'école d'hier à demain*, des illusions d'une politique à la politique des illusions, Toulouse, éd. Erès, 1991.
- BARBEY (L.), « Grégoire Girard et la pédagogie moderne », in *Mélanges Père Girard*, Fribourg, Imprimerie Saint Paul, 1953, p. 297.318.
- BOURDIEU (P.), *Ce que parler veut dire*, l'économie des échanges linguistiques, Paris, Fayard, 1982.
- COLLIÈRE (M.-F.), *Promouvoir la vie, de la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers*, Paris, Inter Editions, 1982.
- DE GASPARIN (A.), *Ecole normale de gardes-malades*, premier compte-rendu, Lausanne, imprimerie Bridel, 1860.
- DE GASPARIN (A.), *Ecole normale de gardes-malades*, troisième compte-rendu, Lausanne, imprimerie Bridel, 1867.
- DEBRAY (R.), *Cours de médiologie générale*, Paris, Gallimard, 1991.
- FINGER (M.), « Apprentissage expérientiel ou formation par les expériences de vie ? », *Éducation permanente*, 1989, 100-101, p. 38-46.
- FORNARA (L.), ROTH-LOCHNER (B.), « Un bâtiment neuf pour des ambitions nouvelles, la construction de l'hôpital général de 1707 à 1712 », in LESCAZE (B.) et al., *Sauver l'âme Nourrir le corps*, de l'hôpital général à l'Hospice Générale de Genève, 1535.1985, Genève, Hospice général et Bernard LESCAZE, 1985, p. 179-201.
- FOUCAULT (M.), *Histoire de la folie à l'âge classique*, Paris, éd. Gallimard, 1972.
- FOUCAULT (M.), *Naissance de la clinique*, (1963), Paris, Quadrige/Presses Universitaires de France, 1988.
- GODEFROY (F.), *Dictionnaire de l'ancienne langue française et de tous ses dialectes du 9^e au 15^e siècle*, Paris, F. Vieweg éditeur, tome 3, 1884.
- HAMELINE (D.), *Le domestique et l'affranchi, essai sur la tutelle scolaire*, Paris, éd. ouvrières, 1977.
- IMBERT (J.), *Les hôpitaux en droit canonique*, Paris, librairie philosophique Vrin, 1947.
- IMBERT (F.), *Pour une praxis pédagogique*, Vigneux, éd. Matrice, 1985.
- JOBERT (G.), « Processus de professionnalisation et production du savoir », *Éducation permanente*, 1985, 80, p. 125-145.
- KOZIER et ERB, *Soins infirmiers, une approche globale*, Ottawa, éd. du renouveau pédagogique, 1983.
- KREBS-JAPY (Y.), *Florence Nightingale, sa vie et son œuvre, et notes sur les soins des malades*, Paris, A. Poinat éditeur, 1932.
- KUHN (T.), *La structure des révolutions scientifiques*, Paris, Flammarion, 2^e éd., 1983.
- LARCHET (J.-C.), *Théologie de la maladie*, Paris, éd. du Cerf, 1991.
- MONTÉLÉONE (L.), *Essai sur la santé publique dans le canton de Fribourg durant la première moitié du XIX^e siècle, du règlement de police de santé de 1804 à la loi sanitaire de 1850*, mémoire de licence ès lettres, Université de Fribourg, 1982.
- NADOT (M.), *Pour une « médiologie » de la santé, histoire et épistémologie en sciences dites « infirmières » (1744.1944) dans les villes de Genève, Fribourg et Lausanne*, Thèse de doctorat ès sciences de l'éducation, Université Lumière-Lyon, (Thèse non encore soutenue à la date du congrès ARSI à Paris).



NIQUILLE (J.), *L'hôpital de Notre-Dame à Fribourg*, Thèse présentée à la Faculté des lettres de l'université de Fribourg pour obtenir le grade de Docteur, Fribourg, Imprimerie Fragnières, 1921.

POPPER (K.), *Conjectures et réfutations*, la croissance du savoir scientifique, Paris, Payot, 1985.

POPPER (K.), *La connaissance objective*, Paris, Aubier, 1991.

« Règles des religieuses hospitalières » sous le titre de Notre-Dame de sept douleurs. Pour le Grand Hôpital de Fribourg (en Suisse), 1784, cahier manuscrit, Archives de l'Etat de Fribourg, fonds de l'hôpital Notre-Dame.

Règlement du 10 août 1850 pour les écoles primaires du canton de Fribourg, *Bulletin des lois*, Archives de l'Etat de Fribourg, p. 346.349.

RICOEUR (P.), *Philosophie de la volonté, tome 1*, Le volontaire et l'involontaire, (1950), Paris, Aubier, 1988.

SAINSAULIEU (R.), *L'identité au travail*, Paris, Presses de la fondation nationale des sciences politiques, 2^e éd., 1985.

SCHLANGER (J.), *Penser la bouche pleine*, Paris, Fayard, 1983.

WALTER (B.), *Le savoir infirmier, construction, évolution, révolution de la pensée infirmière*, Paris, éd. Lamarre-Poinat, 1988.

WATZLAWICK (P.) et al., *Changements, paradoxes et psychothérapie*, Paris, Seuil, 1975.

ANNEXE A

« MÉDIATION DE SANTÉ »

C'est une pratique de la décision (symbolique et médiologique), pratique spécifique à une unité spatio-temporelle, qui a pour objet « un sujet » inséré dans le cours de la vie.

Elle permet à la soignante de proposer un ensemble de moyens en vue d'éviter l'excès ou l'absence, de ce qui est nécessaire à entretenir aussi bien la vie, que la raison de vivre.

Cette pratique de la décision caractéristique du milieu au sein duquel se vit l'expérience de l'incertitude « d'être entre », permet à celui qui la pratique, de conférer un sens à son action.

« L'autre », objet de l'attention n'est pas statique ou inerte, mais par la mobilisation de ses sensibilités, il conduira alors l'attention à se porter dans « l'entre », car nous savons que lorsque « l'attention se déplace de l'objet de l'agir, au mouvoir -qui en est l'organe, le sens de l'action se modifie » (Cf. RICOEUR, 1988, p. 199).

La « médiation de santé » est une pratique traditionnelle du soin « non médical », et véhicule dans ses règles d'actions, les valeurs sous-jacentes au patrimoine et au système culturel des soignantes, issus de l'héritage et de la conceptualisation de ces pratiques.

ANNEXE B

« MÉDILOGIE DE LA SANTÉ »

Science qui se constitue à partir des problèmes rencontrés dans la pratique des médiations de santé.

Cette connaissance objective peut trouver ses fondements conceptuels dans les contenus de pensée offerts par les sciences philosophiques, théologiques, politiques voire praxéologiques.

« La médiologie de la santé », permet à ceux qui sont chargés de prévenir la maladie ou de restaurer la santé d'une population donnée, de guider leurs actions et d'en expliquer leurs conséquences.

Elle permet aux soignants d'offrir à leur clientèle, la possibilité de donner un sens à leur expérience, et de leur proposer à tous les âges de la vie, un ensemble de moyens pertinents pour leur « bien-être », leur rétablissement accéléré, ou une fin de vie digne.

« La médiologie de la santé » est alors la science qui étudie les problèmes et théories qui empêchent chez l'homme, le déroulement harmonieux de la vie, en dépit des conditions adverses qui l'affectent.

