Les sciences humaines et sociales dans la formation en sciences infirmières

Aude GIRIER

Docteure en sociologie – Université de Picardie

DOI : https ://doi.org/10.17184/eac.8136

Résumé : À partir d'un retour d'expérience en tant qu'enseignante en sociologie auprès des étudiantes en sciences infirmières, l'article se propose de traiter de l'articulation entre sciences sociales et humaines et sciences infirmières. Le papier s'organise autour de trois temps. Le premier consiste à retracer l'histoire de la formation en soins infirmiers pour arriver à la création d'une section du comité national des universités (CNU 92) intitulé « sciences infirmières ». On y voit alors les enjeux d'une telle dénomination. Le second temps en expose les implications à savoir un enseignement qui mobilise les sciences humaines et sociales (SHS) de façon contributive. Une analyse de leur place dans le référentiel montre ainsi comment elles sont mobilisées parmi tant d'autres. Enfin le troisième temps, cherche à montrer qu'au-delà de la simple contribution, les SHS se sont invitées par leurs contenus, leurs méthodes et leurs démarches au sein même des sciences infirmières. Sont alors mobilisés deux concepts centraux : l'objectivité et la réflexivité.

Mots-clés : Sciences infirmières, Sciences humaines et sociales, formation universitaire, objectivité, réflexivité

Abstract: Based on my experience as a sociology teacher of nursing students, this article looks at the links between the social sciences and humanities and nursing sciences. The paper is divided into three parts. The first traces the history of nursing education, culminating in the creation of a section of the National Universities Committee (CNU 92) entitled 'nursing sciences'. This shows what is at stake with such a name. The second part sets out the implications, i.e. teaching that draws on the human and social sciences (SHS) in a contributory way. An analysis of their place in the reference framework shows how they are used among many others. Finally, the third part seeks to show that, beyond their simple contribution, the content, methods and approaches of the social and human sciences have become an integral part of nursing sciences. Then, two central concepts are mobilised: objectivity and reflexivity.

Keywords: Nursing sciences, human and social sciences, university education, objectivity, reflexivity

1 Introduction

Dorénavant, les sciences infirmières sont reconnues comme une discipline à part entière au sein de l'organisation universitaire. En effet, depuis le 30 octobre 2019, le conseil des

ministres a promulgué un décret permettant la création de trois[1] nouvelles sections de qualification du Conseil National des Universités (CNU) dont l'une, la 92, en sciences infirmières. Outre que cela va permettre aux infirmières[2] de mener des recherches consacrées aux soins infirmiers, cela signifie aussi la reconnaissance de l'autonomie de cette discipline. Le présent article propose de prendre comme objet d'étude les savoirs en sciences sociales et humaines (SHS) et les façons dont ils sont transmis au sein de la formation universitaire, pour comprendre de quelles manières ceux-ci participent à la construction des sciences infirmières.

Dans un premier temps, il s'est agi de voir comment l'enseignement des sciences infirmières traduit une démarche d'autonomisation, notamment en termes institutionnels. Ainsi nous nous interrogerons sur la façon dont l'enseignement de la sociologie participe à la reconnaissance des sciences infirmières ?

Le second temps sera alors consacré à la place que prennent les sciences humaines et sociales au sein de cette nouvelle discipline. Il s'agira alors de comprendre pourquoi les SHS sont-elles considérées comme contributives aux soins infirmiers ? En ce sens, quelle place cela suppose-t-il qu'elles occupent dans le cursus des Étudiants en formation Soins Infirmiers (ESI) ?

Enfin, le troisième temps cherche à démontrer la possibilité – voire la nécessité, la question se pose – de reconnaitre les sciences humaines comme constitutives des sciences infirmières. Dit autrement, en quoi le nouveau dispositif de formation initie la constitution d'une discipline à part entière à laquelle les sciences humaines et sociales sont intrinsèquement liées ? Dépassant la place d'enseignement contributif, nous nous demanderons si les SHS tant par leur dimension ancillaire que par la pédagogie qu'elles permettent, proposent des contenus et des méthodes, impliquant une unité avec les sciences infirmières ?

Pour répondre à ces questions, cet article mobilise l'expérience de dizaines d'années enseignements et d'interventions auprès de futures professionnelles de santé, en particulier en soins infirmiers[3].

En effet, docteure en sociologie diplômée en 1997, j'enseigne la sociologie auprès de futures infirmières diplômées d'État (IDE) depuis maintenant plus de 25 ans. Initialement conviée à apporter un éclairage tout juste complémentaire, j'interviens dorénavant dans l'unité d'enseignement (UE) 1.1 consacrée aux « sciences humaines sociales et droit »[4], et suis en charge de la coordination de cet enseignement dans plusieurs universités parisiennes. Cet article est le fruit d'une enquête en intériorité où nous avons appliqué la démarche de la micro épistémologie. De fait, il est le résultat d'une expérience personnelle et professionnelle d'enseignement et d'ingénierie de formation. La micro épistémologie privilégie l'étude de petits faits, circonscrits dans l'environne-

[1] Les 2 autres sont en maïeutique (CNU 90), et en sciences de la rééducation et de la réadaptation (CNU 91).

[2] Nous choisirons de féminiser les termes se rapportant aux infirmières et leurs études sachant que, en 2021 selon la DRESS, 86,92% des étudiants en soins infirmiers sont des étudiantes.

[3] En tant qu'enseignante en sociologie, j'interviens dans les formations d'infirmières en puériculture, de manipulateurs en électroradiologie médicale, d'orthophonistes, de kinésithérapeutes ou encore d'étudiants en Licence Santé.

[4] Termes issus du référentiel de formation à la formation d'infirmière de 2009.

Published in : AUTHIER, David (dir.), *Revue Education, Santé, Sociétés, Vol. 10, No. 1. Sciences infirmières*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005342, doi : 10.17184/eac.9782813005342

ment précis où ils se déploient. Cela n'écarte pas la participation de l'objet aux grands évènements de la société ou de l'institution hospitalière que j'observe, mais signifie que les points d'observation et d'analyse partent de mon expérience personnelle et circonscrite[5]. Ainsi une partie du travail consiste à saisir les écarts entre mon vécu d'enseignante, initialement subjectif, et un corpus extérieur. De cette confrontation émerge l'objectivité de cette recherche. Ce retour réflexif consiste à analyser l'articulation entre soins infirmiers et sciences sociales et humaines à travers des exemples concrets d'enseignements dans le parcours de formation en soins infirmiers. Faire ce retour réflexif sur mon expérience consiste à revenir en arrière sur un fait, une action ou un événement vécu, pour le mettre à distance afin d'en retirer une connaissance porteuse de nouvelles significations. Cela exige une prise de conscience de ce qui, jusqu'alors, était automatique[6].

2 L'organisation des études en soins infirmiers

2.1 Du métier de soignante aux sciences infirmières

Au début du 20e siècle, les premières écoles d'infirmières, essentiellement des internats, proposent une formation qui porte autant sur la vie privée que sur la vie professionnelle de ses résidentes. C'est ainsi un modèle d'éducation totale[7] qui va primer. Loin de la soignante d'aujourd'hui et de sa formation technique et médicale, l'infirmière apparaît comme une auxiliaire qui va progressivement s'imposer comme indispensable à de nombreux soins. Après la première guerre mondiale, le décret de 1922 qui crée le brevet de capacité professionnelle introduit le titre d'infirmière. On ne parle pas encore de Soins infirmiers, encore moins de Sciences infirmières. Les infirmières n'ont alors qu'un rôle d'exécutantes fortement marqué par le modèle religieux. Le diplôme d'infirmière en tant que tel apparaît en 1938 avec l'ambition de dépasser la clinique pour aller vers des cours médicaux, plus scientifiques. Depuis, la forte influence de la fonction curative de l'infirmière hospitalière ne fera que se renforcer. A partir de 1951[8], les cours jusqu'ici assurés par des médecins vont peu à peu être pris en charge par des cadres infirmiers. Il faut attendre 1958 et la loi Debré pour acter de la mise en place des centres hospitaliers universitaires (CHU) dont les fonctions seront Soigner, Enseigner, et Rechercher. La reconnaissance de la profession et la valorisation des études qui y mènent est lente. Très majoritairement féminine, c'est en 1972 que le baccalauréat est requis pour suivre des études d'IDE puis en 1978 que les infirmières se voient dotées d'un « rôle propre ». anselm Strauss (1985) associe à cette période le besoin de plus en plus fort d'intermédiaires en santé pour s'inscrire dans un contexte médical multidisciplinaire. Émerge ainsi la notion de « Soins Infirmiers », affirmation d'une

[5] La micro épistémologie est souvent utilisée dans des recherches où les chercheurs entretiennent un lien de familiarité avec l'objet et/ou les gens qu'ils observent. Pour une vue d'ensemble sur cette démarche en sciences sociales, se référer à Albert Piette (1996) qui prône une ethnologie construire à partir de l'observation des détails.

[6] Pour une vue d'ensemble sur ce point, voir l'ouvrage séminal de Pierre Bourdieu (2022).

[7] Au sens goffmanien du terme. Le concept « d'institution totalitaire » est né d'une étude d'Erving Goffman (1968) sur les malades mentaux et leur prise en charge, et il y démontre alors que le personnel encadrant était lui-même soumis à la même organisation totalitaire, c'est à dire une organisation qui tente de régir les temps professionnels, personnels, voire affectifs dans un même espace.

[8] Les changements de l'époque dissocieront notamment les études d'infirmières de celles d'assistantes sociales. A l'une le sanitaire à l'autre le social.

Published in : AUTHIER, David (dir.), *Revue Education, Santé, Sociétés, Vol. 10, No. 1. Sciences infirmières*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005342, doi : 10.17184/eac.9782813005342

discipline à part entière, avec l'existence d'un diagnostic infirmier comme support et témoin de la zone spécifique du rôle propre. Leurs études s'en trouvent revalorisées, et le niveau exigé ne cesse alors d'augmenter[9]. Dès les années 80, des compétences seront identifiées comme nécessaires à l'exercice de la profession. En mars 1992, la formation réunit en une seule filière générale la préparation au diplôme, la formation d'infirmier de service psychiatrique disparait. On assiste alors à « un renforcement des sciences sociales dans la formation des infirmiers en vue d'améliorer la relation thérapeutique entre le soignant et le soigné »[10]. On ne parle cependant toujours pas de sciences infirmières. Enfin, en 2009, suite aux accords de Bologne[11], l'enseignement des soins infirmiers s'universitarisent[12]. Les études sont redistribuées entre des instituts de formation en soins infirmiers (IFSI) et les universités de médecine car comme le souligne Michel Nadot (2012) « La France contrairement à d'autres pays, ne possède pas de facultés de sciences infirmières. ». Les IFSI obtiennent 5 compétences renvoyant à des enseignements dits « cœur de métier »[13], tandis que les universités se voient octroyer cinq autres compétences dites transversales[14]. Les sciences humaines et sociales s'inscrivent alors dans ce processus, nous verrons par la suite la place qu'elles y occupent. Toutefois nous pouvons d'ores et déjà souligner que cette réingénierie ouvre la possibilité d'aller au-delà de la licence professionnelle. Pour ce faire, il faudra attendre plusieurs années la mise en place de Masters et notamment l'émergence d'infirmières en pratique avancée (IPA) en 2018. Mais cela signifie dorénavant que les infirmières peuvent faire de la recherche, qu'elles sont autonomes car potentiellement productrices de leurs propres savoirs et possèdent depuis 2019 une section au CNU. Les sciences infirmières sont alors reconnues comme une discipline à part entière. Certes, pour l'instant le Président de cette section est médecin et professeur de sciences de l'éducation et de la formation, mais viendra probablement un temps où ce seront des IDE qui pourront prétendre à ce poste. Nous voilà dans les sciences infirmières.

2.2 Les sciences infirmières à la rencontre des sciences sociales et humaines

Parler de sciences n'est pas sans conséquences. D'emblée, les sciences, quels que soient les domaines dans lesquels elles s'inscrivent suppose un « ensemble structuré de connaissances qui se rapportent à des faits obéissant à des lois objectives (ou considérés comme tels) et dont la mise au point exige systématisation et méthode »[15].

[9] Pour une analyse de l'évolution de la formation en termes de qualification, voir le texte de Chevandier, Christian (2019).

[10] Extrait de l'arrêté du 23 Mars 1992

[11] Les accords de Bologne, signés en juin 1999 par 29 états européens, visent à uniformiser les formations de l'enseignement supérieur sous forme de Licence – Master – Doctorat (LMD). L'obtention d'un diplôme en Europe se traduit par l'obtention d'ECTS (European Credits Transfer System), 180 pour la licence, 120 supplémentaires pour le master.

[12] Ce processus d'universitarisation se déroule différemment selon les pays. Voir à ce propos le numéro spécial (n° 119) de la revue Recherche en soins infirmiers, qui propose un aperçu des ingénieries de formation en soins infirmiers en Belgique, Brésil, Espagne, Italie, Liban, Suisse.

[13] Évaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le domaine des soins infirmiers ; Concevoir et conduire un projet de soins infirmiers ; Accompagner une personne dans la réalisation de ses soins quotidiens ; Mettre en œuvre des actions à visée diagnostique et thérapeutique ; Initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs ;

[14] Communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins ; Analyser la qualité des soins et améliorer sa pratique professionnelle ; Rechercher et traiter des données professionnelles et scientifiques ; Organiser et coordonner des interventions soignantes ; Informer et former des professionnels et des personnes en formation ;

[15] Issu du site du Centre National des Ressources Textuelles et Lexical : CNRTL/Définition/science.

Published in : AUTHIER, David (dir.), *Revue Education, Santé, Sociétés, Vol. 10, No. 1. Sciences infirmières*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005342, doi : 10.17184/eac.9782813005342

Les sciences infirmières ne dérogent pas à la règle. Il s'agit d'abord de montrer la possibilité d'objectivation des relations de soin.

Pour comprendre les enjeux à former des étudiantes[16] aux sciences, qu'elles soient infirmières ou humaines et sociales, rappelons que dans le référentiel de formation, deux éléments sont à considérer : le premier est que les sciences humaines et sociales sont enseignées en début de cursus. Quelle que soit la discipline paramédicale, les référentiels de formation positionnent la sociologie et l'anthropologie au second semestre[17]. « La sensibilisation aux sciences de la société » pour les orthophonistes se situe au second semestre, tout comme en soins infirmiers. Nous pourrions discuter ici de l'association de ces deux disciplines que sont la sociologie et l'anthropologie[18] ou encore souligner les différentes façons de parler des sciences humaines selon les cursus, selon les disciplines elles-mêmes (sociologie, sciences de l'éducation, psychologie…), selon les masters suivis par les formateurs/trices des IFSI… Mais nous retiendrons surtout que la place en début de cursus ne favorise pas la reconnaissance de la scientificité des SHS. Les étudiantes sont encore jeunes et empreint d'une représentation de ce que serait la science, et cela nécessite une démarche de déconstruction constante. Cette démarche vise à dépasser les présupposés de chacune pour atteindre des catégories socialement construites. Dit autrement, le premier obstacle à dépasser pour enseigner les SHS est celui d'atteindre les étudiantes afin qu'elles interrogent leur environnement social, et accèdent à des savoirs objectifs qui peuvent aller à l'encontre de leurs perceptions de leurs réalités sociales. De nombreuses résistances émergent face aux discours scientifiques qui proposent des récits objectifs là où les ESI ont une histoire plus subjective à mobiliser.

On trouve alors le second élément à savoir que les étudiantes projettent une image des sciences qui recouvre largement le sens commun. Contrairement à Michel Nadot[19], le terme de « sciences » retenu ici est au pluriel pour rappeler justement qu'il n'existe pas un discours scientifique univoque. Déjà, Pierre-Alain Braillard souligne la difficulté qu'il y a à construire une image scientifique du monde (2011). La confusion entre objectivité et neutralité s'installe. Cette dernière effacerait le sujet – ou la professionnelle – tandis que l'objectivité consiste justement à replacer le sujet comme acteur de

[16] Il est intéressant de voir que l'acronyme ESI jusqu'ici associé à Étudiant en Soins Infirmiers peut sans difficulté renvoyer à Étudiant en Sciences Infirmières.

[17] Sauf pour les manipulateurs en électroradiologie médicale où l'enseignement des sciences humaines et sociales se situe au troisième semestre.

[18] Pour aller plus loin voir JM Berthelot (2012) en particulier chapitre 5. Ce chapitre est consacré à quatre disciplines que l'on appelle parfois « sciences sociales » dans une acception étroite du terme : la sociologie, l'ethnologie, la démographie et la psychologie sociale. Afin d'éviter les confusions, l'auteur choisit de parler de « sciences du social » en soulignant que cette dénomination n'est pas pleinement satisfaisante et reste ambiguë. En effet, les interrelations entre disciplines au sein des sciences humaines et sociales sont si larges et complexes que tout découpage est partiellement arbitraire. Les frontières entre disciplines sont, au regard de leur histoire, si poreuses et fluctuantes que l'on passe de l'une à l'autre sans véritable seuil. Dans un tel contexte, tout regroupement est contestable.

[19] L'emploi du singulier par Michel Nadot n'a pas non plus vocation de réduire les dimensions de la science, bien au contraire, l'auteur explique que : « La science infirmière se réclame donc des sciences et découle de la recherche en ayant pour but de produire de nouvelles connaissances. Ces dernières contribuent au développement du savoir disciplinaire. ». Voire le chapitre intitulé : « La ou les sciences ? Le pluriel ou le singulier ? » (Nadot, 2014)

Published in : AUTHIER, David (dir.), *Revue Education, Santé, Sociétés, Vol. 10, No. 1. Sciences infirmières*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005342, doi : 10.17184/eac.9782813005342

son activité scientifique. C'est bien de neutralisation de la subjectivité dont on parle en sciences, qu'elles soient humaines, sociales[20] ou infirmières.

Enfin, de nombreuses controverses[21] le montrent aujourd'hui la science est perçue comme si elle permettait d'obtenir des données définitivement prouvées. Léna Soler (2003) dénonce même la valeur que prend tout élément présenté comme scientifique ; « L'adjectif « scientifique » fonctionne communément comme synonyme de « vrai » ; il appelle quasi irrésistiblement la constellation d'associations « rigoureux », « solide », « efficace », « rationnel »…, soit un ensemble de qualités elles-mêmes hautement valorisées. » Les ESI n'échappent pas à ce regard sur la science comme façon d'installer des preuves pérennes et définitives. Cela nécessite donc d'insister sur le fait que, bien au contraire, toutes démarches scientifiques supposent une capacité de remettre en question et donc que toute posture scientifique signifie s'interroger.

À ces difficultés, quelques soient les sciences abordées, s'ajoute une particularité des sciences humaines et sociales. Les SHS sont initialement dites sciences humaines d'abord car l'humain en est l'objet mais aussi pour en rappeler la connotation humaniste. Ce n'est qu'ultérieurement qu'apparait la dimension sociale qui rappelle l'utilité de ces sciences avec pour objet central la société (Caillé : 1991). Alors il semblerait qu'il suffise d'être humain et de vivre en société, pour faire de la sociologie ou de l'anthropologie. Je repense à cette collègue qui m'explique un jour que, malade, ses frères, tous deux enseignants dans le secondaire, l'un en mathématiques, l'autre en gestion, lui proposent d'assurer ses cours de sociologie à sa place. L'idée que l'enseignement des SHS suppose une posture scientifique spécifique aux SHS ne semblaient pas les effleurer.

Pourtant, pour les former aux sciences infirmières, ce sont bien des sciences que l'on mobilise, qu'elles soient humaines, sociales ou « biologique et médicale »[22]. Il s'agit d'enseigner des savoirs rigoureux qui reposent, non pas sur des intuitions expérientielles comme semble le penser les frères de ma collègue, mais sur un corpus de connaissances spécifiques et précis. C'est aussi à cette condition que nous pourrons dès lors parler de « sciences infirmières »[23]. L'ensemble de ces sciences ont la même finalité, préparer de futures professionnelles à l'exercice d'une profession qui nécessite objectivité et réflexivité.

3 La place des SHS au sein du référentiel de formation : des sciences contributives

Avant l'universitarisation, la demande d'interventions en sciences humaines et sociales avait pour objectif de compléter l'apport technique d'une approche culturelle. Ainsi, l'intervenante en sociologie avait pour mission d'aller au-delà de la pathologie

[20] En plus de soulever la question de la scientificité, Johann Michel démontre dans son ouvrage la façon dont des sciences se côtoient. Si dans son livre, il s'agit de la philosophie et de la sociologie, nous avons pour notre part l'objectif de nous rapprocher de sa démarche et montrer comment SHS et sciences infirmières s'articulent. C'est donc à ce double titre que nous y faisons ici référence.

[21] Dominique Raynaud (2018).

[22] Intitulé de l"UE 2 du référentiel de formation.

[23] Dans le référentiel de formation, l'UE 3 parle de « sciences et techniques infirmières, fondements et méthodes ».

Published in : AUTHIER, David (dir.), *Revue Education, Santé, Sociétés, Vol. 10, No. 1. Sciences infirmières*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005342, doi : 10.17184/eac.9782813005342

pour inscrire les patients dans une approche globale c'est-à-dire comme sujet dans la relation, portant une histoire et des empreintes socio-culturelles à considérer. Ainsi l'infirmière mobilisait des savoirs pluridisciplinaires, dont les sciences humaines. Ceci dit, les sciences humaines et sociales n'étaient que partiellement mobilisées au gré des ressources et emplois du temps de tous.

Il en est tout autrement actuellement. L'universitarisation des études en sciences infirmières a pour conséquence d'organiser la formation sur 3 années soient 61 UE au total, correspondant à 4 200 heures, aménagées en deux parties équilibrées, l'une clinique constituée de 2100 heures de stages, l'autre théorique avec 2100 heures dont 750 heures de cours magistraux (CM) 1050 heures de travaux dirigés (TD) et 300 heures de travail personnel guidé (TP). Les sciences humaines et sociales sont réparties sur 2 semestres, le premier consacré à la psychologie, le second à la sociologie et l'anthropologie. Et la psychologie semble, en termes d'heures à y consacrer, centrale puisque le référentiel propose 40 heures de CM, 15 de TD et 20 de TP. A la lecture des éléments de contenu de ce premier semestre, on constate que cet enseignement concerne pour l'essentiel la psychologie clinique, cognitive et analytique. Ainsi sous l'UE 1.1, la psychologie occupe une place prépondérante. D'ailleurs, les différents manuels des maisons d'éditions spécialisées dans le paramédical[24], offrent unanimement des ouvrages en psychologie, voire en psychologie sociale mais la sociologie et/ou l'anthropologie n'y occupent qu'une piètre part, quand elles sont présentes.

Certes la quantité ne laisse pas présager de la qualité, toutefois, la façon dont est pensé l'organisation des disciplines révèle d'emblée la place périphérique de la sociologie et de l'anthropologie. Ces dernières sont condensées au second semestre. Les heures d'enseignement qui y sont consacrées représentent 25 heures de cours magistraux (CM), 10 heures de travaux dirigés (TD) et 15 heures de travaux pratiques (TP) sur les 126 heures de cours magistraux, 183 heures de TD et les 41 heures de TP que comprend le second semestre et 150 heures de charge du travail personnelle complémentaire estimée. On peut d'abord regretter cette concentration en début de formation, là où la maturité des étudiants serait justement un atout majeur. Mais surtout, on acte que le référentiel de formation propose donc à ces sciences de contribuer, souvent de façon annexe, à la formation des futures professionnelles IDE. Tout cela permet de dire, comme le fait Marie Petrus-Krupsky (2015) que les SHS participent à l'articulation entre le *care* et le *cure*, en apportant une vision holiste de personne soignée. Cette contribution correspond à 2 ECTS (European Credits Transfer System) sur les 180 ECTS requis pour l'obtention du diplôme. Au-delà du chiffre, il faut également rappeler que le programme de formation repose sur 3 principes : comprendre – agir – transférer. L'étudiant doit alors acquérir des savoirs et savoir-faire, les mobiliser dans l'action et transposer ses acquis dans de nouvelles situations. Ainsi, une fois les concepts de base de sociologie, d'anthropologie et d'ethnologie présentés, ceux de la relation de soignant-soigné et de sa dynamique sont attendus : « coopération, alliance, éducation…. »[25]. C'est donc dans le transfert de certains concepts permettant d'ana-

[24]Les maisons d'éditions Vuilbert, Elsevier-Masson … proposent des manuels avec l'ensemble des UE des études en soins infirmiers. Une consultation de ces manuels montre la part réduite allant de 4 à 9 pages sur des livres pouvant en faire jusqu'à 400.

[25]Les termes ici employés sont ceux issus du référentiel de formation.

Published in : AUTHIER, David (dir.), *Revue Education, Santé, Sociétés, Vol. 10, No. 1. Sciences infirmières*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005342, doi : 10.17184/eac.9782813005342

lyser les interactions soignantes qu'est pensé la contribution de sciences humaines et sociales, aux sciences infirmières.

Ce tour d'horizon ne serait pas complet si l'on n'y ajoutait pas les enseignements pour lesquelles les savoirs de l'UE 1.1 sont prérequis. C'est le cas pour les U.E. :

- 2.6 « Processus psychopathologiques » (semestre 2 – compétence 4 il s'agit ici de prérequis en psychologie),
- 4.2 « Soins relationnels » (semestres 2, 3 et 5 – compétence 6),
- 4.7 « Soins palliatifs et de fin de vie » (semestre 5 – compétence 4),
- 5.3 « Communication et conduite de projet. » (Semestre 3 – compétence 2 et 6)

Dans les faits, en tant que sociologue, je suis sollicitée sur les soins de confort et de bien-être (UE 4.1 – S1) notamment autour du concept d'intimité, sur les soins relationnels (UE 4.2 – S2) à propos des formes de communication verbales et non verbales, sur le concept de risque (UE 4.5 – S2), sur les relations interprofessionnelles (UE 3.3 – S3), mais surtout sur l'ensemble des UE d'initiation à la recherche. Et comme nous l'avons montré précédemment, l'émergence des sciences infirmières reposent entre autres sur la possibilité, voire la nécessité de produire ses propres recherches.

Ainsi les sciences humaines et sociales, bien que pensées contributives, occupent une place plus centrale que ne le laisse supposer le référentiel de formation.

4 Les SHS au cœur des sciences infirmières

Si le référentiel de formation parle d'enseignements contributifs, notre propos ici tend à monter que l'articulation entre les sciences humaines et sociales et les sciences infirmières est plus complexe que cela. D'ailleurs, si la sociologie et l'anthropologie sont reliées à la compétence 6 : « Communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins. », elles le sont aussi à la compétence 2 « concevoir et conduire un projet de soins infirmier » et à la compétence 4 « mettre en œuvre des actions à visée diagnostique et thérapeutique ». Or ces compétences font partie des cœurs de métiers. L'enchevêtrement des SHS aux sciences infirmières semble donc aller au-delà d'une simple contribution. Ainsi les sciences humaines et sociales s'inscrivent au cœur même des sciences infirmières et cela se traduit d'abord pédagogiquement.

4.1 Une pédagogie pour des SHS ancillaires

Depuis 2018, le recrutement des ESI se fait *via* la plateforme Parcoursup. Si on ne sait pas tout des critères requis, on constate que les ESI sont souvent des individus qui ont déjà une petite expérience de l'aide à la personne ; En 2021, sur les 689 469 vœux exprimés, 35 355 personnes sont scolarisées dans les 319 IFSI de France (dont 57 privés)[26]. Enseigner la sociologie dans la Licence professionnelle en soins infirmiers pose ainsi un certain nombre de questions pédagogiques. Le public auquel je m'adresse n'est

[26] Drees : Enquête sur les élèves et étudiants en formation aux professions sanitaires et sociales

Published in : AUTHIER, David (dir.), *Revue Education, Santé, Sociétés, Vol. 10, No. 1. Sciences infirmières*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005342, doi : 10.17184/eac.9782813005342

pas préparé à faire des sciences humaines. Bien souvent le regard porté sur la formation pour devenir professionnelle de santé s'attache aux gestes techniques comme le montre le film « A chaque instant. » de Nicolas Philibert (2018). L'une des premières questions à laquelle il m'est donc donné de répondre est « Pourquoi faire de la sociologie, à quoi cela sert-il pour notre futur métier ? ». Parce que les cours magistraux ne sont pas en présence obligatoire, il m'arrive donc de prévoir un TD introductif, au sein des IFSI, afin de fidéliser les ESI. Je mets alors en œuvre toute une stratégie de séduction pour capter l'auditoire et leur assurer tout l'intérêt qu'ils auront à venir à l'université pour les CM. Toutefois, le recours à ce qu'on appelle communément aujourd'hui le distanciel vient altérer cette démarche. Se déplacer en Ile de France devient pour certains trop couteux dans tous les sens du terme. Ce TD n'existe pas dans tous les IFSI. Alors, bien que le programme stipule, logiquement d'ailleurs, que les premiers CM introduisent les théories et courants de la pensée sociologique et anthropologique, ma stratégie consiste à dépasser rapidement ce niveau épistémologique pour aborder des concepts plus opératoires tels que les représentations de la santé et des maladies dans la société française contemporaine.

François Dubet (2011) propose une rétrospective de l'utilité de la sociologie dans laquelle il expose trois conceptions de l'utilité de la sociologie. La première pose la sociologie comme une science du dévoilement et de la critique. L'auteur fait référence aux sociologues d'après mai 68, ayant pour objectif de dénoncer la domination capitaliste de la société. La seconde conception évoque une sociologie qui cherche à comprendre les mécanismes sociaux qui fonctionnent au sein de la société, en constatant le développement de rationalités telles que l'a fait Michel Crozier (1977) par exemple. Enfin, la troisième conception, celle qui nous intéresse ici plus particulièrement introduit l'utilisation d'une sociologie au service de la formation des acteurs sociaux. Cette fois-ci la sociologie serait utilisée comme moyen d'intervenir, comme l'ont fait Alain Touraine et l'auteur lui-même, en créant un laboratoire d'intervention sociale. Dès lors, c'est en partant de notions associées aux réalités de la pratique infirmière que les paradigmes et courants sont présentés. L'UE arrive après un stage au premier semestre de 5 semaines, parfois un second stage a déjà été effectué aussi. Certaines ESI[27] ont donc déjà rencontré des situations de soins au mieux qui les interpellent, parfois qui les déboussolent. Par exemple, certaines étudiantes sont précocement confrontées à la mort en stage. L'idée est alors de présenter les différentes représentations de la mort, en fonction des époques, en fonction des régions, des religions… mais aussi et surtout de faire réfléchir sur la façon dont la société actuelle aborde la mort et dans quelles mesures en tant que futures professionnelles, elles gèreront leur approche des situations mortuaires. Les cas concrets et une présentation pratique permettent ainsi d'aboutir à une réflexion plus globale à travers les sciences humaines. Une approche interactionniste aborde la mort de l'autre comme un événement où l'infirmière a un rôle prépondérant à jouer, l'approche culturaliste induit une vision de la mort d'un individu comme liée à ses origines culturelles et cultuelles. L'un n'empêche pas l'autre d'ailleurs, et il ne s'agit pas de traiter de la pertinence d'une approche plutôt que d'une autre, mais bien de préparer les futures professionnelles à leurs pratiques, en exposant

[27] Aides-Soignantes en reconversion, les situations leur sont parfois plus familières, le travail consiste alors à mettre des mots sur les maux, à conceptualiser, et à s'écarter des soins qui relèvent de l'aide-soignante pour glisser vers les soins infirmiers.

Published in : AUTHIER, David (dir.), *Revue Education, Santé, Sociétés, Vol. 10, No. 1. Sciences infirmières*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005342, doi : 10.17184/eac.9782813005342

les différentes perspectives possibles. L'enseignante jongle alors entre la nécessité de former des futures professionnelles utiles à (et utilisées par) l'institution hospitalière et la volonté de participer à la construction d'une identité professionnelle reconnue. C'est ce que Cécile Campergues (2014) appelle « l'opérationnalité » des SHS. En faisant part d'une expérience pédagogique assez similaire à la mienne[28], il semble évident à l'auteure « … que l'anthropologie et la sociologie dispensées aux futures infirmières se doivent d'être pratiques, usant de liens avec le monde professionnel concerné afin d'exposer aux étudiantes l'intérêt même de ces disciplines dans leur pratique. »

Ainsi enseigner les sciences humaines et sociales consiste à faire preuve d'un grand pragmatisme tout en tentant d'inscrire ces réflexions dans un cadre plus théorique. Si l'on s'éloigne un peu trop de l'objet concret, de la situation initiale, on risque de perdre son auditoire. Même si la mise à distance de la relation soignante est *in fine* l'un des objectifs fondamentaux de la formation en sciences humaines auprès de ces futures professionnelles, le moyen d'y parvenir ne consiste pas d'un point de vue pédagogique à s'éloigner de la mise en situation. Situation que je vais parfois chercher même au-delà de leurs expériences professionnelles afin qu'elles fassent résonnance avec leur histoire personnelle. Je parle d'éducation familiale, d'orientation scolaire, d'amitié et d'amour afin de les amener à saisir la façon dont la sociologie parle d'elles, et peut être mobilisée pour analyser toutes situations. Les interactions dans les transports en commun font souvent l'objet d'une analyse. Alors si la sociologie permet de comprendre ce qui se passe dans les transports, pourquoi ne pas s'en saisir et l'appliquer à d'autres situations plus professionnelles ?

4.2 Les SHS et les sciences infirmières : quand l'unité prévaut

Une étude (Mattei, 2007) montrait que 54,6% des infirmières considéraient qu'il fallait de bonnes connaissances en sciences humaines pour exercer son métier. Certes enseigner les SHS auprès des ESI concerne la transmission de connaissances, mais aussi et surtout la transmission d'une méthodologie.

D'un point de vue des contenus et savoirs mobilisés, l'objet des sciences humaines est notamment de restituer son humanité aux pratiques. Les ESI découvrent quelles que soient les théories, que les SHS parlent de la personne, de son environnement social et la façon dont celui-ci influe, détermine leurs pratiques, leurs choix, leur devenir. Parce que les ESI sont des individus socialement déterminés, on ne peut faire l'économie des SHS pour former les futures professionnelles du soin.

L'idée ici est de comprendre que SHS et sciences infirmiers sont imbriquées l'une dans l'autre, participe à l'élaboration d'une réflexion commune. Nombreux sont les ouvrages se faisant écho et il serait illusoire de cibler une quelconque exhaustivité de notre propos. Nous choisissons donc ici de partir d'un modèle de soins infirmiers enseigné qui s'appuie sur le concept de care/caring et de montrer comment il s'enchevêtre avec les théories SHS. Une des pionnières des théories du care, Jean Watson parle de

[28] L'auteure est anthropologue et enseigne depuis peu d'années mais ses constats sont souvent proches des miens comme par exemple le fait que « L'intervenant se doit d'être pragmatique et ne doit pas s'égarer dans des développements abstraits qui éloignent de fait son auditoire. » (Page 7)

Published in : AUTHIER, David (dir.), *Revue Education, Santé, Sociétés, Vol. 10, No. 1. Sciences infirmières*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005342, doi : 10.17184/eac.9782813005342

Caring que l'on peut traduire par « soin humain ». Formée en sciences infirmières[29], elle souligne la nécessité de prendre en charge la personne dans sa globalité. Dès lors, soigner consiste à replacer la personne dans son environnement que J. Watson nomme « champ phénoménal ». Ce dernier se compose de « sentiments, sensations physiques, pensées, croyances spirituelles, buts, espérances, considérations environnementales et significations de ses propres perceptions – tous ces éléments sont basés sur le passé de la personne, son moment présent et un avenir tel qu'anticipé » (traduction libre, Watson : 1988, p. 55-56)[30]. Cette approche holistique signifie aussi que le « soin humain » est l'affaire d'une rencontre entre deux personnes, le soignant et le soigné. « L'infirmière et la personne soignée se rencontrent avec leur histoire de vie et leur champ phénoménal uniques dans une transaction d'humain-à-humain (traduction libre, Watson : 2006, p. 300) ». Le modèle infirmier rapidement exposé ici repose ainsi sur des valeurs humanistes enseigner aujourd'hui dans les études d'infirmières. Certes, le référentiel de formation des ESI n'introduit pas explicitement la transmission du *care*. « Or, le *care* n'est pas un élément facultatif et aléatoire, plaqué en plus, ou mobilisé selon certaines circonstances. Il représente un socle fondamental, il est inhérent à la profession infirmière ». (Marie Petrus-Krupsky : 2015). Cependant, il est bien question de former les ESI à « une approche globale du patient » (référentiel de formation 2009).

Les formatrices s'appuient alors sur ce modèle qui apparait aux côtés des théories Joan Tronto et/ou Caroll Gilligan. Choisir d'entrer par la théorie de Watson consiste délibérément à présenter un modèle élaboré par une auteure formée en sciences infirmières (biographie montrant qu'elle a montré un institut). Jean Tronto et Caroll Gilligan sont, elles, formées en philosophie. Lors de mon expérience professionnelle je constate par exemple qu'Eliane Rothier Bautzer (2014), est souvent rencontrée dans les cours en IFSI. Cette dernière est sociologue, et rappelle en quoi le *care* est imminemment ancré dans une société qui prône l'autonomisation de l'individu. Selon elle, le soin est ainsi le résultat d'expériences personnelles, d'histoires vécues par des individus sociaux et ne peut en aucun cas être dissocié de l'environnement dans lequel il s'opère. Quant à moi, je mobilise volontiers l'ouvrage de Pascale Molinier, Sandra Laugier et Patricia Paperman (2009) pour inscrire le *care* dans sa dimension sociale et politique. Ce rapide tour des auteures possiblement mobilisées tant par les formatrices en IFSI que lors de mon enseignement en SHS, montre qu'un sujet central tel que le *care* rassemble des disciplines diverses pour créer un objet d'enseignement. Les sciences infirmières absorbent alors les SHS pour construire cet enseignement complet.

D'un point de vue de la méthode, les SHS offrent aux ESI, ce que Durkheim appelait en son temps une rupture épistémologique nécessaire à toute connaissance. Alors, réflexivité et objectivité sont conviées.

D'abord dans le référentiel, le premier principe pédagogique énoncé est « la posture réflexive » qui « permet de comprendre la liaison entre savoirs et actions »[31]. En-

[29] Née en 1940 aux États-Unis, Jean Watson obtient son diplôme universitaire d'infirmière en 1961. En 1909 l'université du Minnesota est la première à permettre une formation universitaire en soins infirmiers.

[30] Traductions de Cara, C. et O'Reilly, L. (2008). S'approprier la théorie du *Human Caring* de Jean Watson par la pratique réflexive lors d'une situation clinique ». *Recherche en soins infirmiers*, 95(4).,37-45.

[31] Référentiel de la profession infirmier mis à jour le 1er septembre 2009. Page 43

Published in : AUTHIER, David (dir.), *Revue Education, Santé, Sociétés, Vol. 10, No. 1. Sciences infirmières*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005342, doi : 10.17184/eac.9782813005342

suite, au-delà de l'attente officielle, l'enseignement de SHS prend sens quand les ESI parviennent à comprendre le lien entre des théories socio-anthropologiques et leurs pratiques en stage. D. A. Schön (1993) a ainsi développé le concept de « praticien réflexif », observant que les professionnels se retrouvent confrontés à des situations où ils doivent agir. En ce sens, l'action primerait sur la théorie. Cependant, sans retour réflexif, cela ne produit qu'une réponse inscrite dans l'immédiateté. « Il y a un phénomène intriguant ou dérangeant ou intéressant que l'individu tente de régler. En même temps qu'il s'efforce d'en tirer un certain sens, il réfléchit aussi sur les évidences implicites dans ses actions, évidences qu'il se remémore, qu'il critique, restructure et incorpore dans ses actions ultérieures. C'est tout ce processus de réflexion en cours d'action et sur l'action qui se situe au cœur de l'art qui permet aux praticiens de tirer leur épingle du jeu dans des situations d'incertitude, d'instabilité, de singularité et de conflit de valeurs. » (Schön, p. 46)[32]. La réflexivité implique que l'acteur revienne dans/sur ses actions, mobilise des savoirs plus académiques. Ce faisant, chaque soignant peut alors construire des répertoires d'actions qui lui permettent de faire des va-et-vient entre ses apprentissages théoriques et sa pratique. Cette exigence apparait tout au long de mes enseignements en SHS où je ne cesse de transférer les concepts dans des situations vécues sur le terrain. Dans mes enseignements tant magistraux que dirigés, ma pratique de la réflexivité tente de leur montrer le chemin à emprunter, on ne sera donc pas surpris de découvrir que leur évaluation repose sur une telle attente. Pour valider leur UE, les ESI ont pour consignes d'utiliser des concepts pour analyser une situation de soin qui leur est présentée, puis de décrire objectivement une situation vécue en stage pour ensuite l'interroger. On retrouve ici la seconde attente méthodologique à savoir l'objectivité.

Pour ce qui est de l'objectivité, cette exigence se retrouve aussi au S4 et S6, lorsqu'on me demande en tant que sociologue de participer aux UE d'initiation à la recherche afin de poursuivre le développement d'une posture scientifique. L'intérêt central est de permettre aux ESI de se positionner de façon objective. C'est ainsi qu'en S4 il leur est demandé de choisir une situation vécue en stage pour point de départ d'un mémoire qu'elles présenteront en fin de cursus pour être diplômées. A cette occasion, je leur rappelle volontiers que la situation choisie va déterminer leur sujet de recherche mais que le questionnement qu'elles vont élaborer ensuite, leur permet de transformer ce sujet en objet. Leur capacité à s'interroger et percevoir les dimensions implicites d'un sujet, leur capacité à justifier leur choix en se positionnant d'abord *dans* puis *face* à la situation choisie les guidera vers l'objectivité requise. En S2, la première étape consiste à se mettre d'accord sur le fait que la façon dont on pense la maladie, la santé… va intervenir dans la prise en soin du patient. C'est lors d'une seconde étape que la question du comment se construit cette perception permet de comprendre son caractère social. Un des exemples les plus parlant est l'approche symptomatique que l'on a en Occident de la maladie. Faire dire aux étudiantes qu'en France notre mode d'approche passe par le symptôme n'est guère compliqué. Il suffit de rappeler que les entretiens médicaux commencent souvent par « - Qu'est-ce qui vous amène aujourd'hui ? – Docteur j'ai mal ici… ». Alors oui, les étudiantes conviendront avec

[32]Cité par Guillaumin, C. (2009). La réflexivité comme compétence : Enjeu des nouvelles ingénieries de la formation. *Cahiers de sociolinguistique*, 14(1), 85-101. Se référer à ce texte pour approfondir le lien entre réflexivité et compétence.

Published in : AUTHIER, David (dir.), *Revue Education, Santé, Sociétés, Vol. 10, No. 1. Sciences infirmières*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005342, doi : 10.17184/eac.9782813005342

évidence que la médecine occidentale s'intéresse aux symptômes. (Foucault : 2015). Ce qui devient intéressant et bien plus difficile, c'est de les amener à penser que cela pourrait être différent, que cette approche est une approche parmi d'autres. Socialisées en France pour la plupart, donc objet de cette forme de médecine dès le plus jeune âge, formées dans ce modèle symptomatique de la médecine, comment penser même qu'il existe d'autres modèles puisque celui-ci s'impose comme évident. Si déjà la brèche est ouverte un grand pas est fait. L'idée ici n'est pas de changer leurs pratiques, elle est de leur faire prendre conscience de ce que leurs pratiques ont de socialement déterminées jusqu'au plus profond de leurs perceptions. Accepter que cela puisse être différent permet ensuite, bien en aval, d'entendre d'autres modes d'approches. Et alors on pourra introduire l'idée que d'autres médecines s'inscrivent dans une démarche étiologique. La maladie n'apparaît plus comme un ensemble de symptômes auxquels s'atteler mais comme un processus de causalité à repérer. À la question du « comment êtes-vous malade » vient se substituer la question du « pourquoi êtes-vous malade ? ». Le recours à des médecines alternatives, peut alors être envisagé. Comme le propose Sylvie Fainzang (1999) « … pour l'anthropologue, la biomédecine est un système de pensée comme un autre, face aux différents systèmes culturels à l'intérieur desquels est pensée la frontière entre le normal et le pathologique. ».

L'enseignement des sciences humaines et sociales procède donc d'une démarche d'auto-analyse. Se prendre pour objet de connaissance permet de positionner l'autre dans son altérité et de le rencontrer lors du soin. Les SHS auraient l'utilité de permettre cette prise de recul réflexive et de la pratiquer dans l'exercice quotidien de la profession. Se connaître finalement pour connaître l'Autre. En ce sens, les méthodes SHS sont inhérentes aux sciences infirmières.

L'exercice sociologique consiste dans ce cas à se projeter dans le soin avec sa dimension humaine et pratique et non plus dans une dimension théorique prescrite. La formation devient une transformation, alors il leur faut apprendre à se connaître, à reconnaître que ce qu'ils pensaient parfois être une conviction la plus intime, un sentiment le plus personnel peut être ancré dans des sphères sociales objectives. Alors enseigner la sociologie c'est un peu encourager chacun à sonder son inconscient[33]. C'est à cette condition que les ESI se transforment en futures infirmières et cela passe donc par l'enseignement de méthodes socio-anthropologiques.

5 Conclusion

Partant de la professionnalisation des soignantes pour arriver à la formation en sciences infirmières, il s'est agi de montrer que la formation des étudiantes relevait finalement d'une transformation où les SHS sont mobilisées. Institutionnellement, le référentiel de formation de 2009 parle de « savoirs contributifs » pour les SHS. Mais en fait, si ce n'est centrale, leur place est majeure. En accédant au statut de sciences, la discipline infirmière mobilise un enseignement de contenus et de méthodes qui relèvent aussi des SHS. Pour qu'une discipline s'élève au niveau de sciences, il faut qu'elle possède et transmette ses propres savoirs. Cela en suppose la production à travers des

[33]Puisque comme le dit Pierre Bourdieu (1997) « l'inconscient, c'est l'histoire – histoire collective qui a produit nos catégories de pensées, et l'histoire individuelle à travers laquelle elles nous ont été inculquées ».

Published in : AUTHIER, David (dir.), *Revue Education, Santé, Sociétés, Vol. 10, No. 1. Sciences infirmières*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005342, doi : 10.17184/eac.9782813005342

recherches scientifiques au sein de la dite-discipline. Ainsi, cet article montre que la capacité à la réflexivité et l'objectivité qu'enseignent les SHS s'imbriquent dans la pratique infirmière et dans leur formation à la recherche. Tout en enseignant que la position sociale des individus (patients, familles mais aussi et surtout elles-mêmes) conditionne les pratiques, l'enseignement de SHS permet aussi aux étudiantes d'acquérir des méthodes nécessaires à la reconnaissance de la scientificité de la discipline. En ce sens, les SHS sont intrinsèquement indissociables d'une prise en soin.

Alors, la tentation est grande de reprendre les propos de Michel Nadot (2014) : « En effet, la science infirmière n'est pas une sous-discipline dépendante de la médecine ou des sciences de la nature, mais une discipline appartenant aux sciences humaines et sociales. ». Mais nous pourrions compléter le propos en ajoutant que les SHS appartiennent aussi aux sciences infirmières. Si comme toutes les sciences, les sciences infirmières cherchent leur autonomie, ce débat reste somme toute assez classique puisqu'il a été vécu par les toutes les sciences. Ce que rappelle l'émergence des sciences infirmières, ne serait-ce pas finalement, que l'ensemble des sciences puisent constamment les unes dans les autres ?

Références bibliographiques

Berthelot, J-M. (2012). *Épistémologie des sciences sociales.* Presses Universitaires de France.

Bourdieu, P. (2022). *Retour sur la réflexivité.* EHESS.

Bourdieu, P. (1997). *Méditations pascaliennes.* Seuil.

Braillard, P-A. et *al.* (2011). Une objectivité kaléidoscopique : construire l'image scientifique du monde ». *Philosophie*, 110(3), 46-71.

Caillé, A. (1991). *La sociologie en France.* La Découverte.

Campergue, C. (2014). « Les sciences humaines et sociales en formation professionnelle « universitarisée » : le cas des Instituts de Formation en Soins Infirmiers ». Revue ¿ Interrogations ? 18.

Cara, C. et O'Reilly, L. (2008). S'approprier la théorie du *Human Caring* de Jean Watson par la pratique réflexive lors d'une situation clinique. *Recherche en soins infirmiers*, 95(4), 37-45.

Chevandier, C. (2019). « Pistes pour une histoire de la qualification des infirmières françaises ». *Recherche en soins infirmiers*, 139(4), 31-48.

Crozier, M. et Friedberg, E. (1977). *L'acteur et le système.* Seuil.

Dubet, F. (2011). *A quoi sert vraiment un sociologue.* Armand Colin.

Fainzang, S. (1999). La construction culturelle de la norme et de la pathologie. *Confrontation entre science et vivant*, 1, 9-12.

Foucault, M. (2015). *Naissance de la clinique.* Presses Universitaires de France.

Girier, A. (2012). *Les professionnels à la rencontre de la sociologie.* L'Harmattan.

Goffman, E. (1968) *Asiles : études sur la condition sociale des malades mentaux.* Éd de Minuit.

Mattei, P. (2007). La profession infirmière et son intérêt pour les sciences humaine. *Recherche en soins infirmiers*, 89(2), 103-108.

Michel, J. (2018). *La fabrique des sciences sociales : D'Auguste Comte à Michel Foucault.* Presses Universitaires de France.

Molinier, P., Laugier, S. et Paperman, P. (2009). *Qu'est-ce que le Care ? Souci des autres, sensibilité, responsabilité.* Payot.

Nadot, M. (2014/4). L'enseignement des sciences infirmières : une discipline inaudible à géométrie variable. *Recherche en soins infirmiers*, 119, 75-84.

Published in : AUTHIER, David (dir.), *Revue Education, Santé, Sociétés, Vol. 10, No. 1. Sciences infirmières*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005342, doi : 10.17184/eac.9782813005342

Nadot, M. (2012). Recherche fondamentale en science infirmière. La recherche historique sur les fondements d'une discipline. *Recherche en soins infirmiers*, 109 (2), 57-68.

Petrus-Krupsky, M. (2015). L'enseignement du *care* en IFSI. *Recherche en soins infirmiers*, 122(3), 90-96.

Piette, A. (1996). *Ethnographie de l'action. L'observation des détails*. Ed. Métailié.

Raynaud, D. (2018). *Sociologie des controverses scientifiques*. Ed Matériologiques.

Rothier Bautzer, É. (2014). *Care* et profession infirmière. *Recherche & formation*. 76(2).,93-106.

Rothier Bautzer, É. (2016). Chapitre 2. Une approche sociologique du soin comme travail relationnel. *Journal international de bioéthique et d'éthique des sciences*, 27(1-2), 41-57.

Schön, D. A. (1993). *Le praticien réflexif. À la découverte du savoir caché dans l'agir professionnel*. Éditions Logiques.

Soler, L. (2003). Transformer l'idée de science et l'idéologie liée à la science ? *Rue Descartes*, 41(3), 30-40.

Strauss, A. (1992). (Textes réunis et présentés par Isabelle Baszanger). *La trame de la négociation*. l'Harmattan.

Watson, J. (1988). *Nursing : human science and human care*. National League for Nursing.

Watson, J. (2006). Part 1. Jean Watson theory of human caring. Dans M. E. Parker (Éd.). *Nursing theories & nursing practice* (2è éd.) (p. 295-302). F.A. Davis.

Référence institutionnelle

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (2021). L'enquête sur les élèves et étudiants en formation aux professions sanitaires et sociales.

Published in : AUTHIER, David (dir.), *Revue Education, Santé, Sociétés, Vol. 10, No. 1. Sciences infirmières*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005342, doi : 10.17184/eac.9782813005342