

3

Résumé

Cet article propose une conception systémique de la pratique infirmière afin de l'appréhender dans sa complexité et poursuivre son élaboration théorique. Une recension systématique et une analyse des conceptions de la pratique de théoriciennes infirmières fut entreprise à partir du cadre théorique de Jean-Louis Le Moigne. Une modélisation de la pratique infirmière comportant huit thèmes est proposée. On y identifie les composantes structurelles, fonctionnelles, téléologiques et spatio-temporelles de la pratique. Ce modèle balise des dimensions à partir desquelles poursuivre l'élaboration de théories sur la pratique infirmière, tout en créant une ouverture sur des questions émergentes. En particulier, la réflexivité de la pratique constitue une piste à partir de laquelle élaborer davantage le concept central d'environnement dans nos théories en sciences infirmières. Pour ce faire, nous sommes d'avis qu'il importe d'élargir le répertoire des théories sociales auxquelles référer pour conceptualiser plus finement la pratique infirmière et son agir complexe.

Mots clés complexité, modélisation systémique, pratique infirmière, systèmes complexes, théorie en sciences infirmières

Modélisation de la pratique infirmière comme système complexe : une analyse des conceptions de théoriciennes en sciences infirmières

LAURALIE RICHARD, SYLVIE GENDRON & CHANTAL CARA

Introduction

Que nous intervenions dans les domaines de la clinique, de la recherche, de la formation ou de la gestion, il nous arrive, comme infirmières, d'être confondues par l'infinie variété des interdépendances et des dynamiques qui transforment les expériences et les phénomènes qui nous préoccupent. Le monde dans lequel nous vivons est complexe et la pratique infirmière n'y échappe pas.

Les procédures et dispositifs de soins sont en changement

constant[1], vue la transformation des savoirs dans le champ des sciences biomédicales. Les situations et expériences de soin, de même que la quantité d'informations que gèrent les infirmières au quotidien, se diversifient et se multiplient.[2] Ceci exige de mobiliser et de mettre à jour une vaste gamme de connaissances et de compétences spécialisées.[3] De plus, les infirmières interviennent auprès d'individus et de familles vivant des problématiques de santé multiples et sont les témoins privilégiées de trajectoires de vie marquées par des inégalités sociales de santé et l'exclusion.[4,5] Par ailleurs, l'organisation des services dans laquelle agissent les infirmières comporte davantage de processus de collaboration[6-8], ce qui peut les amener à redéfinir leur rôle au-delà de ses frontières disciplinaires et à élargir le spectre des réseaux dans lesquels elles participent.[9-11] Dès lors se confrontent les exigences organisationnelles d'acteurs d'horizons variés. Dans ce contexte, il n'est donc pas surprenant que de plus en plus d'auteurs en sciences infirmières s'entendent à l'effet que la pratique infirmière se déroule dans un monde complexe.[12-17]

La complexité n'est donc pas étrangère à la pensée infirmière.

Pour aborder cette complexité, des théoriciennes en sciences infirmières ont eu recours à une approche systémique[12,14] ou à des théories des systèmes pour le développement de la théorie infirmière.[17-19] À cet égard, un nombre important de théoriciennes se sont particulièrement inspirées de la Théorie du système général[20] pour développer leurs conceptions de la pratique et pour élaborer les concepts centraux de la discipline. Cette tradition systémique en sciences infirmières se reflète principalement dans les travaux de Neuman (*Neuman's Systems Theory*[21]), de Rogers (*Rogers's Theory of Unitary Human Being*[22-25]), de Roy (*Roy's Adaptation Model*[26-30]), de King (*Imogene King's Theory of Goal Attainment*[31,32]), d'Orem (*Orem's Self-Care Deficit Theory*[33-35]) et de Johnson (*Johnson's Behaviour Systems Model*[36]).[14,15,17] Dans l'ensemble, les travaux de ces théoriciennes contribuent à une conception renouvelée du monde dans lequel l'infirmière intervient. Toutefois, la théorie des systèmes a connu plusieurs développements et diverses formes de pensée systémique se sont succédées au courant du siècle dernier, certaines avec des orientations fort différentes.[37,38] En particulier, les approches systémiques cybernétiques desquelles se sont généralement inspirées les théoriciennes reposent sur une conception relativement *fermée* des systèmes.[15] Dans un autre ordre d'idées, l'approche systémique de la complexité propose de concevoir les systèmes comme étant résolument ouverts[37], donc imprévisibles et changeants. Vu de la sorte, ce ne serait donc pas que le monde complexe de la pratique qui est à considérer, mais la complexité de la pratique, en soi, comme système résolument ouvert. L'approche systémique de la complexité pose alors la question centrale de *l'agir complexe*.

Partant de ces constats, l'objectif de cet article est de proposer une modélisation systémique de la pratique infirmière à partir d'une analyse des conceptions de théoriciennes en sciences infirmières et d'un cadre théorique qui permet de réfléchir l'agir complexe. Il s'agit de s'appuyer sur les écrits de théoriciennes infirmières pour contribuer au développement de la théorie de la pratique en sciences infirmières.

Appréhender la complexité de la pratique infirmière

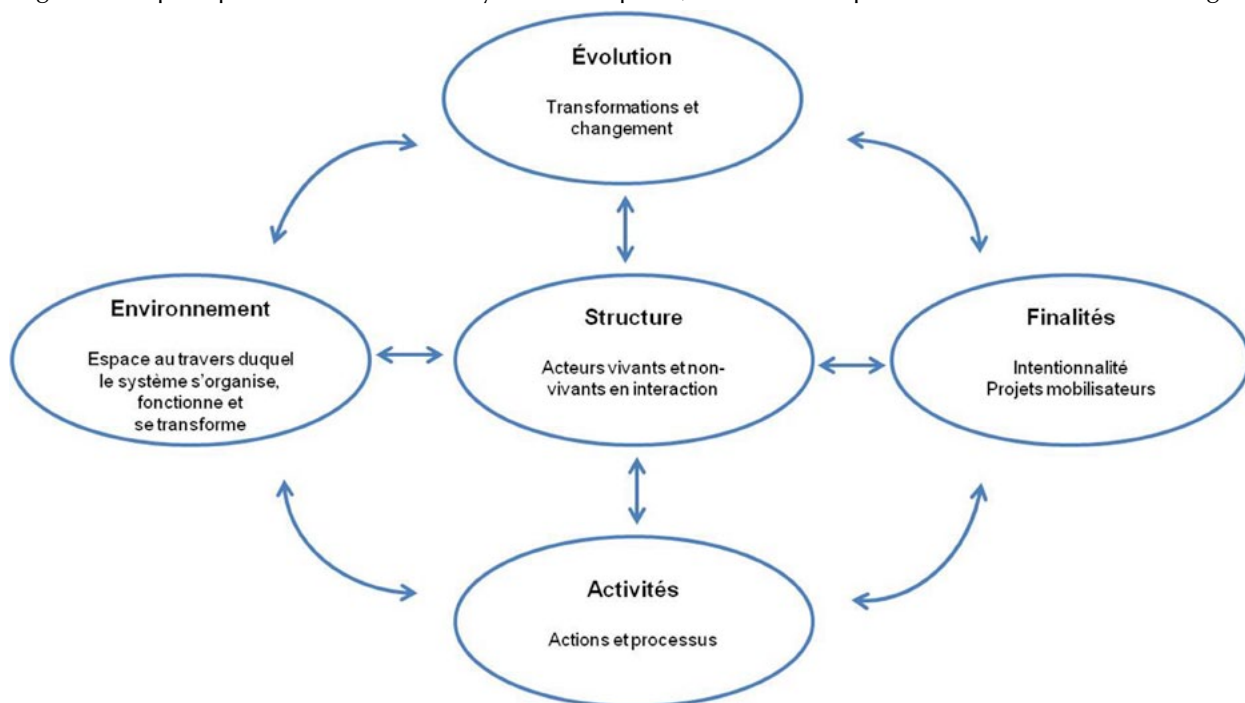
Un intérêt croissant pour la complexité marque le 20^{ème} siècle. On s'intéresse aux mécanismes qui créent et qui entretiennent la complexité, de même qu'aux méthodes permettant de la décrire, de l'analyser et de la comprendre.[39] C'est ainsi que, suivant la trace de quelques grands pionniers et penseurs de la science des systèmes comme Giambattista Vico, Léonard de Vinci, Paul Valéry, Gaston Bachelard, Ludwig Von Bertalanffy et Edgar Morin, Jean-Louis Le Moigne s'attarde depuis une quarantaine d'années à développer des réflexions et à forger des concepts nous aidant à former nos

intelligences de la complexité des systèmes.[40] Ce dernier est un auteur clef de la pensée systémique complexe fondée sur la notion de systèmes ouverts. De plus, il propose la méthode de la modélisation des systèmes complexes[41-43] pour réfléchir et concevoir l'agir complexe. Cette méthode constitue notre point d'ancrage théorique pour définir et concevoir la pratique infirmière.

Pour Le Moigne[41-43], la complexité se caractérise comme suit. Il s'agit d'un ensemble d'éléments et d'événements qui sont en relation à travers des actions, qui sont organisés en fonction de finalités et qui se transforment dans l'espace et à travers le temps. Ce faisant, la complexité comporte, à la fois, des processus émergents, indéterminés et irréductibles, qui donnent lieu à des changements.[38,39,43,44] Toujours selon Le Moigne, la complexité n'est pas une caractéristique ou une propriété du réel. Il s'agit plutôt d'une propriété qui est attribuée par des acteurs à propos de phénomènes qu'ils se représentent comme étant complexes.[43] Il s'agit donc, en quelque sorte, d'une lentille pour appréhender les phénomènes et notre monde vécu. C'est dans cette optique que Le Moigne propose un modèle à base de cinq composantes pour appréhender la complexité. L'alliance de ces cinq composantes représente un système qui est suffisamment formalisé pour être communicable et intelligible.[43] Les cinq composantes du modèle sont la structure, les activités, les finalités, l'environnement et l'évolution. Voici une brève description de chacune d'elles.

La première composante du modèle proposé par Le Moigne est la *structure*. Elle réfère aux éléments en interaction qui constituent le système et qui contribuent à son organisation. Plus particulièrement, il s'agit des acteurs vivants et non-vivants, tels les intervenants d'une équipe ou, encore, des propriétés inhérentes aux acteurs comme leurs savoirs, leurs valeurs, leurs outils de travail ou de communication. Les *activités* représentent l'aspect fonctionnel du système, lequel constitue le champ des actions et des processus. Les *finalités* renvoient aux intentionnalités du système et de ses acteurs. Elles correspondent, par exemple, aux projets qui mobilisent les acteurs, qui à leur tour, se transforment et contribuent à l'organisation du système. Ce faisant, le fonctionnement du système et son organisation sont intimement liés aux finalités poursuivies. Un système complexe étant ouvert, il importe également de réfléchir ses interactions avec son *environnement*, qui correspond à l'espace au travers duquel le système s'organise, fonctionne et se transforme. L'*évolution*, la dernière composante du modèle de Le Moigne, nous invite à considérer la trajectoire développementale des phénomènes complexes et la dimension temporelle des transformations émergentes et organisatrices du système. L'environnement et l'évolution constituent la dimension spatio-temporelle dans laquelle le système change et produit du changement.

Figure 1: La pratique infirmière comme système complexe, selon les composantes du modèle de Le Moigne



Inspiré du modèle de Le Moigne[43]

La figure 1 présente ces cinq repères que nous retenons pour appréhender la pratique infirmière, comme système complexe. La pratique est donc ici définie comme un système qui comporte des acteurs vivants et non-vivants en interaction, qui poursuit des actions et processus selon des finalités, et qui s'organise, évolue et se transforme à travers un environnement. Dans ce qui suit, nous présentons la méthode que nous avons employée pour produire une modélisation systémique permettant de réfléchir l'agir complexe de la pratique infirmière.

Méthode

Ayant situé notre horizon théorique, nous avons procédé à une synthèse systématique des écrits portant sur les

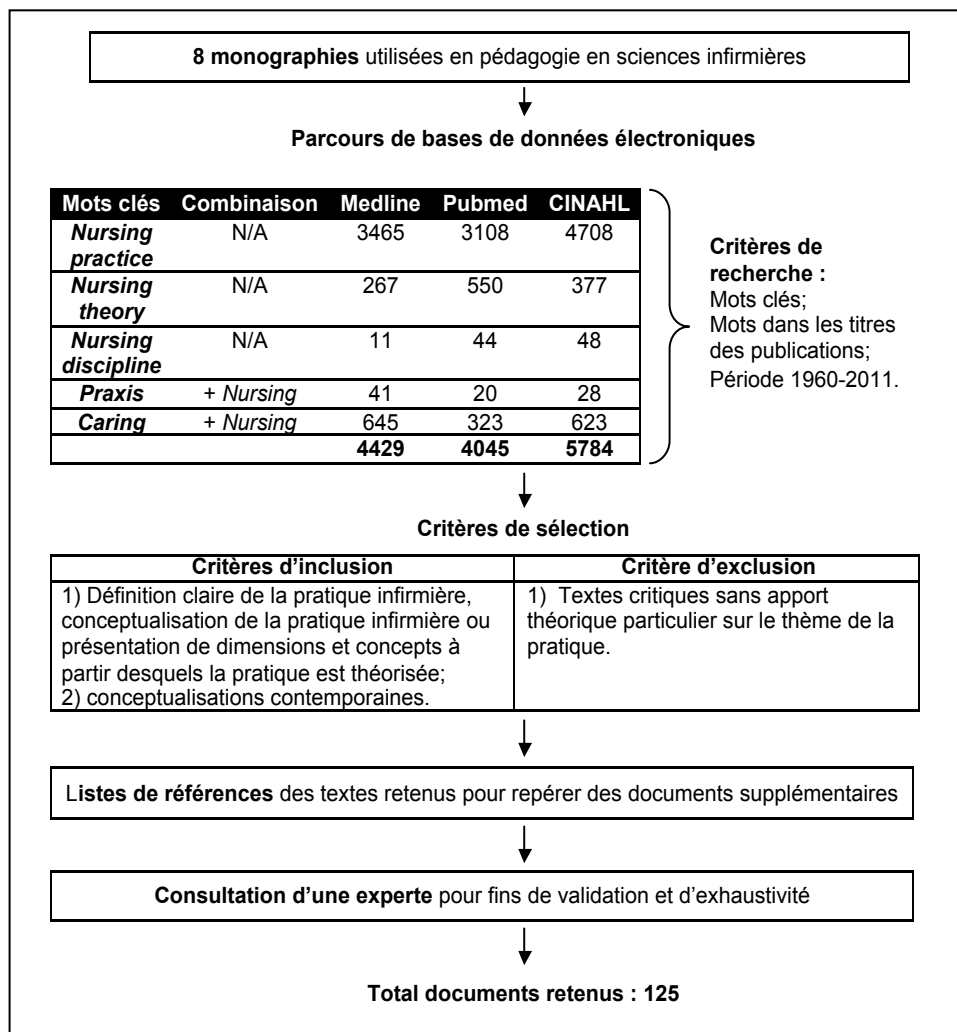
conceptions de théoriciennes infirmières au regard de la notion de *pratique infirmière*. Précisons ici que l'appellation « théoriciennes infirmières » correspond à la fois aux auteures qui ont contribué à l'élaboration du métaparadigme infirmier (les méta-théoriciennes), de même qu'à celles dont les travaux ont porté sur les concepts centraux de la discipline. Il s'agit donc de prendre appui sur ces écrits afin de contribuer au dialogue contemporain portant sur la théorie de la pratique infirmière.

Nous avons retenu une approche de synthèse des écrits qui privilégie le recours à un cadre théorique ou un modèle désigné à priori. Cette approche permet d'aiguiser la capacité interprétative en cours d'analyse.[45,46] Un cadre présélectionné sert ainsi de repère pour mettre en

Tableau 1: Formulation de questions à partir des composantes du modèle de Le Moigne

Composantes du modèle	Questions systémiques
Structure	Quels sont les éléments constitutifs de la pratique infirmière, en tant que système? Quels sont les acteurs vivants et non-vivants, quels sont leurs attributs?
Activités	Quelles sont les activités qui précisent le fonctionnement de la pratique infirmière?
Finalités	Quelles sont les projets et intentions poursuivis par les acteurs ou le système?
Environnement	Comment qualifier le contexte dans lequel se déroule la pratique infirmière?
Évolution	Quels éléments nous renseignent sur la capacité évolutive et transformationnelle de la pratique infirmière dans le temps?

Figure 2: Titre : Recension des écrits : Méthode



relation des éléments des écrits répertoriés et pour identifier des hypothèses de même que des pistes de réflexion et de développement théorique à poursuivre concernant le sujet à l'étude.[47] Dans cet article, le modèle présenté à la figure 1 constitue le point de repère permettant d'organiser la recension et l'analyse des écrits portant sur les conceptions de la pratique en sciences infirmières.

En particulier, des questions ont été formulées à partir des composantes du modèle de Le Moigne[43] afin de guider notre démarche. Tel que l'indique le tableau 1, une question a été formulée pour chaque composante du modèle et chaque écrit retenu pour cette recension a été examiné à la lumière de ces questions. En ce qui a trait à la *dimension structurelle* du système, il s'agissait d'identifier les acteurs vivants et non-vivants constitutifs de la pratique infirmière, selon leurs attributs. La dimension fonctionnelle, soit les *activités*, a permis de cerner les actions et processus de la pratique infirmière. Toujours selon les propos des

théoriciennes en sciences infirmières, les *finalités* ont été examinées en termes d'intentions et de projets poursuivis à travers la pratique infirmière. *L'environnement* renvoie généralement aux contextes particuliers dans lesquels la pratique se déroule. Enfin, les éléments nous renseignant sur la capacité évolutive et transformationnelle de la pratique infirmière dans le temps ont été répertoriés sous la rubrique intitulée *évolution*. Ces questions ont permis l'organisation du contenu en vue de produire une modélisation systémique de la pratique infirmière comme agir complexe.

La figure 2 retrace le processus d'identification de documents ayant servi à cette recension. Premièrement, de récentes monographies utilisées en pédagogie en sciences infirmières et décrivant les travaux les plus marquants de théoriciennes de la discipline ont été consultées; par exemple: 17-19, 48, 49-52. Deuxièmement, les bases de données Medline, PubMed et CINAHL ont été explorées. La combinaison des mots clés suivants, apparaissant dans les

titres des articles publiés au cours des cinquante dernières années (1960-2011), s'est avérée la plus productive: *nursing practice, nursing theory, nursing discipline, praxis+nursing, caring+nursing*. Ce parcours des bases de données a permis de recenser près de 6000 articles. Des critères de sélection ont ensuite été utilisés afin de cibler les documents à retenir : (A) les textes sélectionnés devaient offrir une définition claire de la pratique infirmière, proposer une conceptualisation de la pratique infirmière ou identifier des dimensions ainsi que des concepts à partir desquels elle est théorisée; et (B) lorsqu'un concept ou une idée avait changé à travers le temps, nous retenions que les propos les plus contemporains. Un critère d'exclusion a également été appliqué: les textes faisant principalement état d'une critique à l'égard de la contribution d'une théoricienne infirmière ou d'une conception de la pratique, plutôt qu'une proposition, ont été exclus. Troisièmement, les listes de références des textes retenus furent examinées pour y repérer des documents supplémentaires correspondant aux critères de sélection. Enfin, une experte détenant une connaissance approfondie des théories en sciences infirmières a complété et validé la liste de références, ce qui a contribué à assurer l'exhaustivité des ouvrages portant sur la théorie de la pratique infirmière.

Ainsi, seuls des textes de nature théorique ont été retenus. À cet égard, il importe de préciser que nous avons pris appui sur la définition de Watson quant au concept de théorie : « une théorie est un regroupement imaginatif de savoirs, d'idées et d'expériences qui sont représentés symboliquement et qui visent à élucider un phénomène donné » [traduction libre]. [53, p1] Sachant que plusieurs théoriciennes en sciences infirmières n'ont pas nécessairement utilisé une démarche scientifique pour développer leur théorie[54], nos critères de sélection ont permis de composer avec des textes comportant une pluralité des modes de développement de savoirs en sciences infirmières.

Au total, 125 textes furent retenus, résumés, puis classés à l'aide d'une base de données bibliographiques *Endnote*. Chaque texte a fait l'objet d'une analyse thématique, laquelle constitue la technique la plus courante pour extraire le sens d'un ensemble de contenu narratif.[45] Les questions formulées à partir du modèle de Le Moigne[43] (voir tableau 1), ont permis d'organiser le matériel en huit thèmes qui distinguent les principales dimensions à partir desquelles les théoriciennes infirmières élaborent leur conception de la pratique.

Résultats

Le concept de pratique en sciences infirmières

Le tableau 2 présente les huit thèmes issus de la recension systématique des écrits, où chacun correspond à une composante du modèle de Le Moigne. À terme, nous avons jugé pertinent de retenir les quatre concepts centraux du métaparadigme infirmier, puisqu'ils précisent les caractéristiques de la discipline[55,56], orientent nos activités de développement de savoirs et guident la pratique[17,57-59]. Ces thèmes renvoient plus particulièrement au soin, à la personne, à l'environnement et à la santé. À ceux-ci s'ajoutent les thèmes de l'identité, des savoirs, de l'idéal moral humaniste de la pratique infirmière et de la réflexivité.

Dans ce qui suit, chaque thème est élaboré en relation avec une composante du modèle de Le Moigne.[43] Bien qu'un thème puisse alimenter la réflexion à propos de plus d'une composante, l'agencement proposé procède des réponses formulées aux questions systémiques présentées précédemment. Ce faisant, puisque les thèmes sont intimement liés les uns aux autres, leur mise en relation comporte un potentiel d'élargissement de notre réflexion à l'égard des conceptions de la pratique en sciences infirmières.

Tableau 2: Agencement des thèmes aux composantes du modèle de Le Moigne

Composantes du modèle	Thèmes issus de l'analyse thématique	Éléments de définition pour chaque composante du modèle
Structure	Personne Savoirs Identité	Éléments en interaction qui constituent le système et qui contribuent à son organisation. Acteurs vivants et non-vivants.
Activités	Soin	Aspect fonctionnel du système. Actions et processus.
Finalités	Santé Idéal moral humaniste	Intentionnalité du système et de ses acteurs. Projets qui mobilisent les acteurs, qui à leur tour, se transforment et contribuent à l'organisation du système.
Environnement	Environnement*	Espace au travers duquel le système fonctionne et se transforme.
Évolution	Réflexivité	Dimension temporelle du système. Trajectoire des transformations émergentes et organisatrices du système.

* Le terme prend ici une signification différente de ce qui est généralement entendu par les théoriciennes infirmières.

La structure du système

La composante de la structure inclut trois thèmes, soit la personne, l'identité infirmière et les savoirs. Le premier thème renvoie aux acteurs vivants avec lesquels l'infirmière est en interaction dans sa pratique; tandis que les deux autres thèmes réfèrent à des éléments non-vivants qui composent la structure d'un système.

Dans la littérature recensée, le premier thème, celui de la *personne*, représente autant l'individu et la famille que le groupe et la communauté.[59-61] Ces derniers, toutefois, figurent comme des cibles plus marginales des interventions infirmières.[62] Par ailleurs, selon les conceptions de la pratique de théoriciennes, la personne possède des attributs différents. Des théoriciennes vont la décrire comme un être pan-dimensionnel unique, en croissance continue.[63,64] D'autres la présenteront comme un être détenant un pouvoir d'agir et un potentiel illimité de s'adapter aux expériences de santé et de maladie, d'interagir et de se transformer en relation avec son environnement; par exemple: 25,35,65,68.

En tant qu'élément non-vivant, mais distinctif de la structure de la pratique, le thème de *l'identité infirmière* est traité, soit directement ou indirectement, lorsque les théoriciennes conceptualisent le soin. Cette identité, en tant que soignante et accompagnante[69-71], non seulement façonne l'infirmière comme personne, mais introduit des frontières qui structurent la pratique. Bien que cette propriété identitaire ne soit pas exclusive aux infirmières, qui partagent l'univers des soins avec d'autres professionnels, elle incorpore un ensemble de valeurs, de normes professionnelles et légales, et de standards éthiques qui leur permettent de se distinguer au plan professionnel[72] et de contribuer à leur mandat social[73]. En somme, l'identité infirmière, principalement décrite à travers un ensemble de dimensions personnelles, interpersonnelles et sociohistoriques[69], est le fruit d'un ensemble de dispositifs et de conventions qui structurent la pratique et qui servent de repères aux infirmières pour concevoir leur champ d'action et de compétences.

Outre ces dispositifs liés à l'identité infirmière, les théoriciennes rendent également compte d'une diversité de modes de développement et d'application des *savoirs* pour guider la pratique.[17] À l'instar des propos des théoriciens de la sociologie de la traduction[74-77], les savoirs, en tant qu'objets techniques non-vivants, constituent un ensemble de théories et de représentations qui conjuguent des entités, qui mobilisent des échanges entre des acteurs et qui donnent une cohérence à l'action.[78] Les savoirs, sous leurs diverses formes, constituent ainsi des dimensions essentielles structurant la pratique infirmière comme système complexe. Les savoirs personnels, esthétiques, éthiques et empiriques[79] figurent parmi les plus discutés dans la littérature infirmière. Des auteures reconnaissent

aussi la contribution des savoirs socioculturels, politiques et émancipatoires.[49,68,80] Les travaux de Carper[79], de Benner[81,82] ainsi que de Chinn et Kramer[48,49,83] soulignent avec éloquence la diversité et les alliances de savoirs possibles pour soutenir l'avancement de la discipline infirmière. Les méthodes et les théories à partir desquelles élaborer les connaissances pour la pratique sont des sujets récurrents des écrits recensés.[49,84] Ces savoirs divers, interconnectés, permettent de structurer notre pratique.

Les activités

La composante des activités réfère à l'aspect fonctionnel d'un système, aux modalités d'action, donc aux interventions ainsi qu'aux processus. En sciences infirmières, cela se traduit essentiellement par le thème du *soin*, qu'il soit abordé à travers les domaines de l'intervention clinique, de la formation, de la gestion ou de la recherche.[17] Il s'agit du sujet le plus discuté dans les écrits recensés. Le soin est présenté comme l'action fondamentale des infirmières dans les conceptions de la pratique de nombreuses théoriciennes (par exemple: 19,33,48,53,61,85-90), mais aussi comme une tradition essentielle de la discipline[71,89]. Sa généalogie, qui prend forme à travers les écoles de pensée infirmière, comporte une diversité de définitions. Peu importe le prisme à travers lequel il est étudié, le soin se positionne comme la raison d'être de la pratique infirmière[19], son activité première[85]. Des auteures conçoivent le soin comme une action humaine et relationnelle, à travers laquelle se transforment l'infirmière et le patient.[67,91-93] Que les théoriciennes infirmières conçoivent l'activité de soin comme étant centrée sur l'assistance à l'autre ou en tant que fonction d'accompagnement, que celle-ci mette plus ou moins d'emphase sur le développement de l'autonomie de la personne, l'accomplissement de ses besoins fondamentaux ou encore le renforcement de ses capacités d'adaptation (par exemple: 29,30,34,65,66,86,94), elle a généralement pour principales cibles l'individu et la famille[95]. Le soin, tout comme l'aspect fonctionnel du système complexe, n'est pas que technique. Sous cet angle, la pratique infirmière ne se résume pas qu'à un ensemble d'activités, mais recèle toutes les dimensions que représente le système de Le Moigne.

Les finalités

La composante des finalités de la pratique comme système complexe comporte ici deux thèmes, soit la santé et l'idéal moral humaniste.

La *santé* est résolument abordée de manière multi-dimensionnelle par les théoriciennes en sciences infirmières[96], à travers son caractère biophysique, comportemental, psychologique, social, culturel, spirituel ou environnemental; par exemple: 35,63,64,66,67,94,97,98.

Elle constitue depuis déjà plus d'un siècle l'une des finalités de la pratique infirmière.[99,100] La santé est fréquemment conçue à partir d'une lentille médicale et comportementale, mais des auteures en sciences infirmières utilisent aussi une approche socio-environnementale et politique, qui tient compte de la relation de la santé aux environnements dans lesquels vivent et évoluent les acteurs.[101] La santé, souvent élaborée au travers du concept de soin par les théoriciennes infirmières, réfère aussi à une composante centrale de certaines conceptions de la pratique;[102] un projet autour duquel les infirmières se mobilisent.

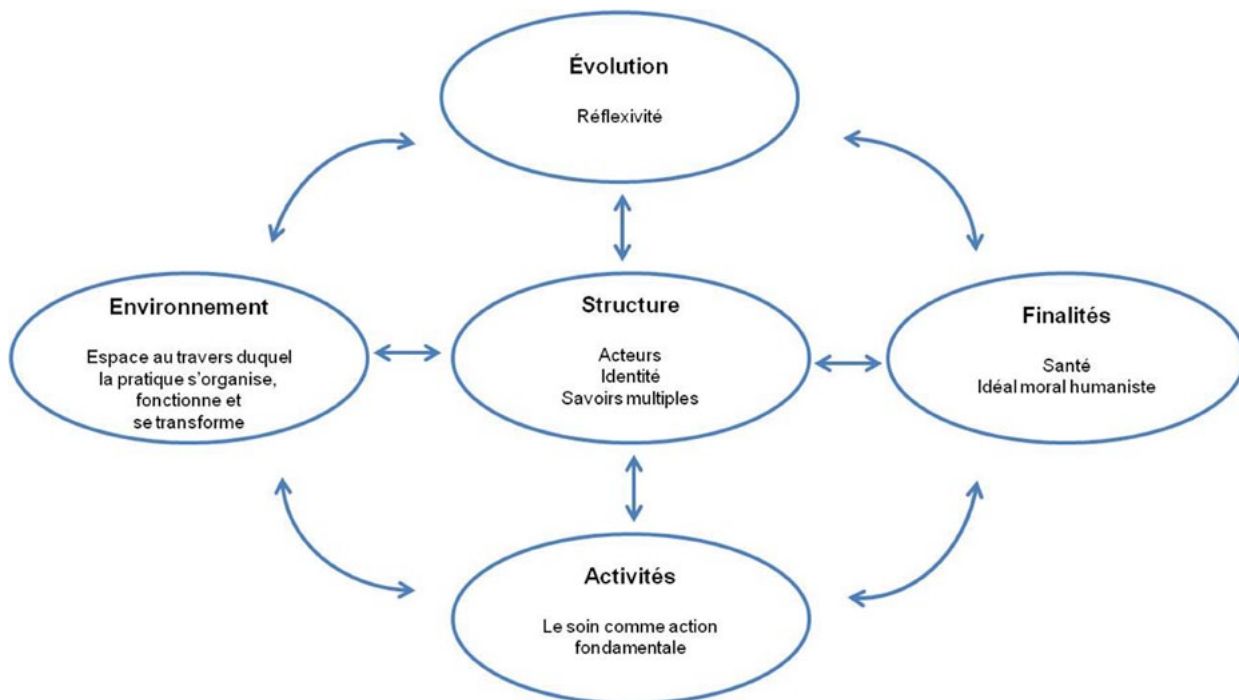
Un *idéal moral humaniste* est également mis en évidence comme finalité de la pratique infirmière. Cette finalité de la pratique est aussi fréquemment élaborée en relation avec le thème du soin, soit l'activité à travers laquelle les infirmières contribuent à faire le bien dans la société; par exemple: 48,53,81,86,89,91,103-107. Pour certaines auteures[86,108,109], le champ de la moralité est inhérent à la pratique infirmière, puisque celle-ci implique l'obligation morale des infirmières de répondre aux besoins et de favoriser le bien-être de la personne. Les travaux de Benner[81] élaborent autour de cette prémisse et insistent sur le caractère indissociable de la moralité à la compétence infirmière, qui modèle et structure la capacité d'agir et d'être en relation des acteurs dans la pratique. L'idéal moral dont il est question s'inspire d'un ensemble de principes d'action et de valeurs humanistes[63,67,68,97], telles que

la reconnaissance du potentiel de la personne et le respect de la dignité humaine[110-112], qui sont, pour certaines auteures[111,113], le reflet d'une pratique empreinte d'amour et de bonté. Le développement d'une éthique du *caring*[108,109], à laquelle réfèrent de plus en plus d'auteures en sciences infirmières, est un exemple de la manière dont cet idéal moral humaniste guide les infirmières dans leur pratique.

L'environnement

L'*environnement*, composante essentielle d'un système, est un thème central à plusieurs conceptions de la pratique infirmière.[19] À ce jour, il est principalement décrit comme un ensemble de facteurs qui influencent la personne, comme le contexte de soins, ou encore comme l'environnement immédiat du patient; par exemple: 35,60,64,66,68. Des propositions plus dynamiques sont aussi élaborées par certaines théoriciennes, qui utilisent les concepts abstraits de champ d'énergie[25,98] et de *patterns* co-constitutifs[63,97] pour le concevoir. Plusieurs théoriciennes reconnaissent que la personne est en interaction continue avec son environnement, particulièrement celles dont les travaux ont été influencés par la théorie des systèmes de Bertalanffy[20]; par exemple: 21,22-26,31-33,35,36,66,114. Ce qui caractérise les propos des théoriciennes infirmières, c'est principalement que l'environnement «entoure» la personne. Toutefois, la pratique infirmière conçue à partir

Figure 3: Modélisation de la pratique infirmière comme système complexe



Inspiré du modèle de Le Moigne[43]

d'une approche systémique situe l'agir dans/avec un environnement ouvert. L'environnement est ainsi considéré en tant qu'élément constitutif de la pratique infirmière. De cette manière, l'environnement comme concept central rend une signification différente.

L'évolution

L'évolution du système, sa transformation qui prend forme dans l'interaction dynamique entre ses différentes composantes, renvoie ici à la *réflexivité*. Cette composante est abordée par un nombre important de théoriciennes, notamment au travers de la dimension relationnelle de la pratique infirmière et de la notion de praxis.

La dimension relationnelle de la pratique, soit la relation infirmière-personne, est certainement au cœur des préoccupations de théoriciennes en sciences infirmières depuis plusieurs décennies.[18] Les travaux de Peplau[115] ou encore ceux d'Orlando[116] en sont des exemples éloquentes. Dans le sillage de ces pionnières, la pratique est présentée comme une rencontre interpersonnelle entre l'infirmière et le patient; par exemple: 67,69,91. L'engagement de l'infirmière auprès de la personne soignée, que ce soit au plan moral, spirituel ou social, ainsi que la relation thérapeutique d'aide, sont ainsi abondamment abordés. Par ailleurs, il est désormais généralement admis que cette relation infirmière-patient comporte un potentiel émancipatoire de transformation mutuelle des acteurs; par exemple: 53,67,81,97,107,111. Ce processus, en soit, exige pour les infirmières de développer leur capacité réflexive, soit une conscience de soi et de l'autre[67,97,117], pour entrer en relation et cultiver cet espace relationnel. Dans un autre ordre d'idées, selon diverses auteures en sciences infirmières (par exemple: 6,7,118,119), la dimension relationnelle de la pratique prend forme dans la collaboration qu'il importe de créer, maintenir et renforcer entre les acteurs des différentes professions évoluant autour des personnes, familles ou communautés. De tels liens supposent des actions orientées vers un but commun et sont généralement conçus comme des avenues privilégiées pour assurer la qualité, la continuité et l'efficacité des pratiques dans le système de santé actuel.[6] À travers ces liens entre les acteurs, c'est toutefois l'ensemble du système qui s'inscrit dans un processus réflexif de transformation. En particulier, l'espace de collaboration introduit des savoirs de divers acteurs, lesquels savoirs se transforment et transforment les pratiques.[120,121]

En ce qui a trait à la notion de praxis, un nombre grandissant de théoriciennes infirmières invoquent ce concept pour réfléchir la conjugaison, l'intégration et la co-construction de savoirs théoriques, du savoir faire et du savoir-être au cœur de la pratique infirmière.[92,122,123] L'alliance entre la théorie, la pratique et l'art du soin (par exemple: 84,101,123-

129) interpelle ainsi des processus réflexifs qui permettent le partage, le développement de nouveaux savoirs et la transformation de la pratique infirmière[129]. Retenons ici que la praxis met de l'avant une épistémologie qui reconnaît la valeur des différentes formes de savoirs pour orienter la pratique infirmière.[128,130] Elle permet de dépasser une conception dualiste de la pratique infirmière en tant qu'art ou science[86] afin de réfléchir, plutôt, à l'interface et aux relations entre la théorie et la pratique. La réflexivité, thème fédérateur de la composante de l'évolution, revêt un potentiel particulier pour aborder la transformation de la pratique infirmière comme système complexe et pour appréhender le changement.

La figure 3 illustre l'agencement des huit thèmes aux composantes du modèle de Le Moigne.[43] Il est à noter que le modèle produit ne constitue pas, en soit, une représentation fixe ou finie.[42] Il s'agit plutôt d'un outil pour organiser nos connaissances et réfléchir à la question de l'agir complexe de la pratique infirmière. La pratique infirmière est représentée par l'ensemble des composantes en interaction. Les dimensions de la pratique étant inter-reliées, le fonctionnement de la pratique et ses acteurs, les environnements actifs dans lesquels elle s'exerce et les projets par rapport auxquels elle est identifiable sont tenus pour inséparables au système. Cela met en exergue l'aspect constitutif des composantes de la pratique infirmière conçue comme système complexe.

Discussion

L'analyse thématique des écrits, réalisée à l'aide du modèle de Le Moigne[43], a permis de proposer un cadre systémique pour réfléchir l'agir complexe de la pratique infirmière. Dans ce qui suit, nous présentons cinq contributions qui méritent d'être soulignées.

Premièrement, comme bon nombre de théoriciennes infirmières, ce cadre systémique situe le soin en tant qu'activité fondamentale de la pratique infirmière. Il n'en demeure pas moins qu'il ne s'agit pas de l'unique dimension de la pratique infirmière. Ce n'est que l'une de cinq dimensions à partir desquelles réfléchir et composer avec la complexité. La pratique ne se limite donc pas à sa dimension fonctionnelle, bien que celle-ci en soit une composante essentielle.

Deuxièmement, le modèle systémique nous invite à reconnaître la diversité d'acteurs et de savoirs qui structurent la pratique infirmière, ce qui n'est pas sans conséquences sur la poursuite du développement de théories sur notre pratique. Les acteurs incluent tant les bénéficiaires de soins et leur famille que les infirmières et les autres personnes ou collectifs avec lesquels elles collaborent. Ceci dit, la mise en évidence de l'élargissement du réseau d'acteurs au cœur de

la pratique infirmière permet d'entrevoir l'élargissement du réseau de savoirs qui structurent la pratique, par le biais de la contribution des divers acteurs en présence. L'approche systémique nous invite ainsi à concevoir les acteurs, tant les infirmières que les personnes avec lesquelles elles interagissent, non seulement comme des sujets agissants, mais aussi comme des sujets pensants et connaissant[41], lesquels constituent, en retour, une ressource inestimable pour réfléchir à la pratique. Il s'agit de sources de savoirs complémentaires aux savoirs développés par les chercheuses et théoriciennes infirmières. Vue de la sorte, le modèle systémique proposé ici soutient une plus grande implication d'une diversité d'acteurs dans les processus de développement de savoirs. Des approches de recherche qualitatives, narratives et participatives[131,132], faisant davantage de place aux différents points de vue dans les processus de développement des savoirs, s'avèrent donc des avenues plus que légitimes et prometteuses pour contribuer au développement de théories de la pratique infirmière; par exemple: 84,85,119,123,126. En somme, une modélisation systémique de la pratique infirmière, comme repère au développement de savoirs, comporte le potentiel de faire émerger la richesse de la diversité des perspectives et des points de vue des acteurs afin d'enrichir notre compréhension de l'agir dans la complexité.[132]

Troisièmement, la composante des finalités nous invite à reconnaître l'intentionnalité de la pratique conçue comme système, qui selon Morin[38], ne peut être complètement prévisible ou contrôlable. Elle nous convie, en particulier, à considérer l'intentionnalité des acteurs, soit les projets qu'ils poursuivent et qui façonnent leur pratique[38,41-43], de telle sorte que celle-ci n'est ni neutre, ni dénuée de sens[38]. À partir d'une telle conception, on peut soutenir, par exemple, que la pratique est portée par des acteurs stratégiques dotés d'intentions, d'intérêts et de projets, qui, de surcroît, peuvent être divergents.[133] Une telle perspective peut alors servir de fondement à une vision plus politique de la pratique infirmière.[134]

Quatrièmement, ce cadre systémique pour réfléchir l'agir complexe nous invite à reconnaître l'environnement comme un élément *constitutif* de la pratique infirmière.[42] Il s'agit de concevoir l'environnement comme dimension qui informe, transforme et est transformé par la pratique, plutôt que de le situer comme un déterminant exogène de la pratique.[135] Plusieurs théoriciennes en sciences infirmières abordent le concept central d'environnement et certaines (par exemple: 25,63,97,98) proposent même de le concevoir de manière dynamique. Toutefois, tel que précisé plus tôt, les concepts à partir desquels elles élaborent cette dimension de l'environnement demeurent plus ou moins élaborés.[18,50] Par ailleurs, la lentille systémique permet de dépasser les propos de théoriciennes infirmières qui

soulignent l'interrelation continue, mutuelle et simultanée de la personne à son environnement[136], en rappelant que l'environnement n'est pas qu'en interaction dynamique avec des acteurs, mais est également en interrelation avec les acteurs non-vivants, les activités et les finalités de la pratique. À ce stade de notre analyse, nous sommes d'avis que le concept d'environnement en sciences infirmières est un aspect qui mérite véritablement une élaboration théorique plus poussée. À ce propos, il pourrait être pertinent de référer aux théoriciens en sciences de l'environnement, en design ou en architecture par exemple, pour concevoir l'action et l'agir dans un espace ouvert et ainsi élaborer davantage l'idée que la pratique infirmière est *modulée* par et *module* l'environnement.

Cinquièmement, la lentille systémique développe notre sensibilité à l'égard de l'aspect réflexif de la pratique infirmière. Toutefois, cette réflexivité ne se résume pas qu'à la réflexion dans l'action[137] et à la praxis, telle que souvent abordée par les théoriciennes infirmières; par exemple: 84,101,124-129,138. Nous l'avons abordé plus tôt, la modélisation proposée nous invite, en quelque sorte, à réfléchir la pratique comme un espace social et politique d'interactions, lesquels comportent un potentiel de transformation. À cet égard, des théoriciens du social (par exemple: 74,78), ayant développé leur pensée sur ces processus transformateurs, devraient être davantage considérés dans l'élaboration de la théorie de la pratique infirmière. De manière plus spécifique, la réflexivité renvoie à la nature changeante du monde dans lequel la pratique se déroule, de même qu'aux processus à partir desquels elle se transforme en transformant le monde. Les travaux de Giddens et de Beck[139,140] sur la modernité réflexive ainsi que ceux d'Edgar Morin sur la causalité récursive[38] constituent des contributions significatives pour réfléchir la réflexivité inhérente de la pratique infirmière, c'est-à-dire, les processus à partir desquels les pratiques changent et produisent du changement.

Un dernier commentaire s'impose afin de mettre en perspective ces composantes et contributions potentielles de notre modélisation de l'agir complexe de la pratique infirmière. Nous l'avons vu, une lentille systémique comporte un tissu d'interactions entre les éléments constitutifs d'un système.[38,42-44] Ceci nous permet de relier plutôt que de disjoindre chacun de ces éléments, et voire même, à travers leurs interactions, de faire émerger des qualités nouvelles du système. L'émergence est une propriété systémique qui semble offrir un riche potentiel pour la poursuite du développement de nos théories de la pratique infirmière. L'approche systémique adoptée ici n'est donc pas un outil d'analyse[44] qui propose une série d'étapes particulières à suivre ou qui vise à expliquer un phénomène par l'étude de ses parties ou en prédire les conséquences.[38,42,44]

Ainsi, le modèle de Le Moigne et notre modélisation qui en résulte ne nous permettent pas de prétendre à une théorie «achevée» de la pratique infirmière. Les cinq composantes et contributions potentielles de notre modélisation pour appréhender l'agir complexe de la pratique infirmière ou son élaboration théorique ne doivent être considérées ni prescriptives, ni dogmatiques.[141] Il s'agit de repères qui soulèvent des questions et qui peuvent créer une ouverture sur l'émergence. À notre avis, les questions relatives à l'organisation, au fonctionnement ou à l'évolution de systèmes complexes, pour tenter de rendre plus intelligible et communicable sa complexité, développent notre sensibilité, voire notre acuité, pour la poursuite de l'élaboration théorique de la pratique infirmière.

Conclusion

Cet article propose une conception systémique de la pratique infirmière qui permet de l'appréhender dans sa complexité, tout particulièrement comme un agir complexe. Il s'agit d'une proposition qui situe la complexité non seulement au niveau du monde dans lequel pratique l'infirmière, mais au cœur même de sa pratique. Par ailleurs, l'analyse thématique des écrits de théoriciennes infirmières s'est avérée un point de départ intéressant à partir duquel réinterpréter, à la lumière du modèle systémique de Le Moigne, les thèmes autour desquels elles élaborent leurs conceptions de la pratique. De surcroît, cela a permis d'apporter un nouvel éclairage à la complexité de la pratique infirmière, particulièrement à travers les liens qu'on peut établir entre les différentes composantes qui lui sont constitutives.

Partant de la modélisation proposée, il importe toutefois de poursuivre notre réflexion. En particulier, tout comme certaines auteures en sciences infirmières[142-146], nous sommes d'avis qu'il importe d'élargir le répertoire des théories sociales auxquelles référer pour conceptualiser plus finement la pratique infirmière, comme son agir complexe. Par exemple, la modélisation systémique proposée suggère que le soin, bien qu'une dimension essentielle de la pratique infirmière, gagnerait à être théorisé selon des dimensions structurelles, téléologiques et spatio-temporelles. Ceci permettrait de poursuivre l'élaboration, à la fois, de ses dimensions relationnelles, stratégiques, politiques et dynamiques. Enfin, la réflexivité de la pratique infirmière que souligne notre modélisation semble constituer une piste à partir de laquelle élaborer le sens du concept fondamental de l'environnement dans nos modèles, théories ou philosophies en sciences infirmières. L'environnement, abordé comme une composante constitutive de la pratique infirmière, trouve une résonance certaine avec des théories sociales qui élaborent la modernité réflexive[139,140] ou, encore, la causalité récursive des processus humains[38]. Concevoir la pratique infirmière comme étant réflexive suggère à la

fois qu'elle change et génère du changement. Cela crée inévitablement de la complexité, qui quoiqu'imprévisible, demeure intelligible grâce à la modélisation.

Références

- 1.Lamothe L. Le rôle des professionnels dans la structuration des réseaux: une source d'innovation. In: Fleury M-J, Tremblay M, Nguyen H, Bordeleau L, editors. Le système sociosanitaire au Québec. Gouvernance, régulation et participation. Montréal: Gaëtan Morin; 2007. p. 289-98.
- 2.Clancy TR, Delaney C-W. Complex Nursing Systems. *Journal of Nursing Management*. 2005;13:192-201.
- 3.Goulet O, Dallaire C. Les soins infirmiers. Vers de nouvelles perspectives. Boucherville: Gaëtan Morin; 2002.
- 4.Châtel V, Roy S. Penser la vulnérabilité: Visages de la fragilisation du social. Québec: Presses de l'Université du Québec; 2008.
- 5.Châtel V, Soulet MH. Agir en situation de vulnérabilité. Québec: Les Presses de l'Université Laval; 2003.
- 6.D'Amour D. La collaboration professionnelle: un choix obligé. In: Goulet O, Dallaire C, editors. Les soins infirmiers. Vers de nouvelles perspectives. Boucherville: Gaëtan Morin; 2002. p. 339-63.
- 7.Gottlieb LN, Feeley N. La collaboration infirmière-patient. Un partenariat complexe. Montréal: Beauchemin; 2007.
- 8.Sicotte C, D'Amour D, Moreault M-P. Interdisciplinary collaboration within Quebec community health care centers. *Social Science and Medicine*. 2002;55:991-1003.
- 9.Paul M. L'accompagnement: une posture professionnelle spécifique. Paris: L'Harmattan; 2004.
- 10.Astier I. Les nouvelles règles du social. Paris: Presses Universitaires de France; 2007.
- 11.Clément M, Gélineau L, McKay A-M. Proximité. Lien, accompagnement et soin. Québec: Presses de l'Université du Québec; 2009.
- 12.Chaffee MW, MMcNeill MM. A model of nursing as a complex adaptative system. *Nursing outlook*. 2007;55(5):232-41.
- 13.Clancy TR, Effken JA, Pesut D. Applications of Complex systems theory in Nursing Education, Research, and Practice. *Nursing outlook*. 2008;56(5):248-56.
- 14.Holden LM. Complex adaptative systems: concept analysis. *Journal of Advanced nursing*. 2005;52(6):651-7.

15. Paley J. Complex adaptative systems and nursing. *Nursing Inquiry*. 2007;14(3):233-42.
16. Clancy TR. Navigating in a Complex Nursing World. *Journal of Nursing Administration*. 2004;34(6):274-82.
17. Pepin J, Kérouac S, Ducharme F. *La pensée infirmière*. 3ème ed. Montréal: Chenelière Éducation; 2010.
18. Tomey AM, Alligood MR. *Nursing Theorists and their work*. 6ème ed. St-Louis: Mosby Elsevier; 2006.
19. Meleis AI. *Theoretical nursing. Development and progress*. 4ème ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2007.
20. Bertalanffy LV. *Théorie générale des systèmes*. New York: Dunod; 1993.
21. Neuman B. The Neuman Systems Model. In: Neuman B, editor. *The Neuman Systems Model*. New England: Appleton and Lange; 1995. p. 3-63.
22. Rogers ME. *An introduction to the theoretical basis of nursing*. Philadelphia: F. A. Davis; 1970.
23. Rogers ME. A science of unitary man. In: Riehl JP, Roy C, editors. *Conceptual models for nursing practice*. 2ème ed. New York: Appleton-Century-Crofts; 1980.
24. Rogers ME. Science of unitary Human Beings. In: Malinski VM, editor. *Explorations on Martha Rogers' Science of Unitary Human Beings*. Norwalk: Appleton-Century-Crofts; 1986. p. 3-8.
25. Rogers ME. Nursing: Science of unitary, irreducible, human beings: Update 1990. In: Berrett EAM, editor. *Visions of Rogers' science-based nursing*. New York: National League for Nursing; 1990. p. 5-11.
26. Roy C. An explication of the philosophical assumptions of the Roy adaptation model. *Nursing science quarterly*. 1988;1(1):26-34.
27. Roy C. Developing nursing knowledge: Practice issues raised from four philosophical perspectives. *Nursing science quarterly*. 1995;8(2):79-85.
28. Roy C. Future of the Roy model: Challenge to redefine adaptation. *Nursing science quarterly*. 1997;10(1):42-8.
29. Roy C, Andrews H. *The Roy Adaptation Model: The Definitive Statement*. Norwalk: Appleton & Lange 1991.
30. Roy C, Andrews H. *The Roy Adaptation Model*. 2ème ed. Stanford: Appleton & Lange; 1999.
31. Gonot PJ, Imogene M. King's Conceptual Framework of Nursing. In: Fitzpatrick JJ, Whall AL, editors. *Conceptual Models of Nursing. Analysis and Application*. Norwalk: Appleton and Lange; 1989. p. 271-83.
32. Sieloff CL. Interacting Systems Framework and Middle Range Theory of Goal Attainment. In: Tomey AM, Alligood MR, editors. *Nursing Theorists and Their work*. St-Louis: Mosby, Elsevier; 2006. p. 297-317.
33. Orem DE. *Soins infirmiers: les concepts et la pratique*. Montréal: McGraw-Hill; 1987.
34. Orem DE. *Nursing: Concepts of Practice*. 5ème ed. St-Louis: Mosby; 1995.
35. Orem DE, Dorothea E. Orem's: Self-care deficit nursing theory. In: Parker ME, editor. *Nursing Theories and Nursing Practice*. 2ème ed. Philadelphia: F.A. Davis; 2006. p. 141-9.
36. Johnson DE. The behavioral system model for nursing. In: Parker ME, editor. *Nursing theories in practice*. New York: National League for Nursing Press; 1990. p. 23-32.
37. Checkland P. *Systems thinking, Systems Practice*. Chichester: John's Wiley and Sons; 1981.
38. Morin E. *Introduction à la pensée complexe*. Paris: Seuil; 2005.
39. Simon HA. *Les sciences de l'artificiel*. Cambridge: Gallimard; 2004.
40. Genlot D. *Manager dans la complexité: Réflexions à l'usage des dirigeants*. 4ème ed. Paris: INSEP Consulting; 2011.
41. Le Moigne J-L. *Les épistémologies constructivistes*. Paris: PUF; 1995.
42. Le Moigne J-L. *La Modélisation des systèmes complexes*. 2ème ed. Paris: Dunot; 1999.
43. Le Moigne J-L. *La théorie du système général. Théorie de la modélisation*. Collection les classiques du réseau intelligence de la complexité; 2006. 5ème édition. Disponible sur <ftp://ftp-developpez.com/jean-louislemoigne/TGS-TM.pdf>. Consulté le 27 février 2011.
44. Rosnay J. *Le macroscopie. Vers une vision globale*. Paris: Seuil; 1975.
45. Mays N, Pope C, Popay J. Systematically reviewing qualitative and quantitative evidence to inform management and policy-making in health field. *Journal of Health Services & Research Policy*. 2005;10(Supp 1):6-20.
46. Pawson R, Greenhalgh T, Harvey G, Walshe K. *Realist*

- review - a new method of systematic review designed for complex policy interventions. *Journal of Health Services & Research Policy*. 2005;10(Suppl 1):21-34.
47. Becker BJ. Examining Theoretical Models through Research Synthesis : The Benefits of Model-Driven Meta-Analysis. *Evaluation and the Health Professions*. 2001;24(2):190-217.
48. Chinn PL, Kramer MK. *Integrated knowledge development in Nursing*. 6ème ed. St-Louis: Mosby; 2004.
49. Chinn PL, Kramer MK. *Integrated Theory and Knowledge Development in Nursing*. 7ème ed. St-Louis: Mosby Elsevier; 2008.
50. Parker ME. *Nursing Theories and Nursing Practice*. 2ème ed. Philadelphie: F.A. Davis; 2006.
51. McEwen M, Wills EM. *Theoretical Basis for nursing*. Philadelphie: Lippincott Williams and Wilkins; 2002.
52. Kim HS, Kollak I. *Nursing Theories. Conceptual and Philosophical Foundations*. 2ème ed. New York: Springer; 2006.
53. Watson J. *Nursing: Human Science and Human Care*. Denver: National League for Nursing; 1985.
54. Cull-Wilby BL, Pepin JJ. Towards a coexistence of paradigms in nursing knowledge development. *Journal of Advanced nursing*. 1987;12:515-21.
55. Flaskerud JH, Halloran EJ. Areas of agreement in nursing theory development. *Advances in nursing science*. 1980;3(1):1-7.
56. Fawcett J. The Metaparadigm of nursing: present status and future refinements. *Image: the journal of nursing scholarship*. 1984;16(3):84-9.
57. Donaldson SK, Crowley DM. The discipline of nursing. *Nursing outlook*. 1978;235-46.
58. Thorne SE, Canam C, Dahinten S, Hall W, Henderson A, Kirkham SR. Nursing's Metaparadigm Concepts: Disimpacting the Debates. *Journal of Advanced nursing*. 1998;27(6):1257-68.
59. Kérouac S, Pepin J, Ducharme F, Major F. *La pensée infirmière*. 2ème ed. Montréal: Beauchemin; 2003.
60. Paterson JG, Zderad LT. *Humanistic Nursing*. 2ème ed. New York: National League for Nursing; 1988.
61. Leininger M. Leininger's theory of nursing: Cultural care diversity and universality. *Nursing science quarterly*. 1988;1:152-60.
62. Meleis AI. *Theoretical Nursing: Development and progress*. Philadelphie, PA: Lippincott; 1997.
63. Parse RR. Rosemarie Rizzo Parse's Human Becoming School of Thought. In: Parker ME, editor. *Nursing Theories and Nursing Practice*. 2ème ed. Philadelphie: F.A. Davis; 2006. p. 187-94.
64. Boykin A, Schoenhofer SO. *Nursing as Caring: A Model for Transforming Practice*. New York: National League for Nursing; 2001.
65. Peplau HE. *Interpersonal Relations in Nursing: A Conceptual Frame of Reference for Psychodynamic Nursing*. London: Macmillan Education; 1988.
66. Roy C, Zhan L. Sister Callista Roy's Adaptation Model and Its Applications. In: Parker ME, editor. *Nursing Theories and Nursing Practice*. 2ème ed. Philadelphie: F.A. Davis; 2006. p. 268-80.
67. Watson J. Jean Watson's Theory of Human Caring. In: Parker ME, editor. *Nursing Theories and Nursing Practice*. 2ème ed. Philadelphie: F.A. Davis; 2006. p. 295-302.
68. Leininger M. Madeleine Leininger's Theory of Culture Care Diversity and Universality. In: Parker ME, editor. *Nursing theories and Nursing Practice*. 2ème ed. Philadelphie: F.A. Davis; 2006. p. 309-21.
69. Saillant F. Identité, Indivisibilité sociale, Altérité: Expérience et Théorie anthropologique au coeur des pratiques soignantes. *Anthropologie et Sociétés*. 2000;24(1):155-71.
70. Warnet S. Identité infirmière et professionnalisation. *La revue de l'infirmière*. 2007;56(43):28-9.
71. Collière M-F. *Soigner...Le premier art de la vie*. 2ème ed. Paris: InterÉditions; 2001.
72. Cohen HA. *The Nurse's Quest for a Professional Identity*. Menlo Park: Addison-Wesley 1981.
73. Öhlén J, Segesten K. The professional identity of the nurse: concept analysis and development. *Journal of Advanced nursing*. 1998;28:720-7.
74. Callon M. Éléments pour une sociologie de la traduction: la domestication des coquilles Saint-Jacques et des pêcheurs de la baie de Saint-Brieuc. *L'Année sociologique*. 1986;36:141-52.
75. Akrich M. Comment décrire les objets techniques? *Techniques et Culture*. 1987;9:49-64.
76. Akrich M. La construction d'un système socio-technique. *Esquisse pour une anthropologie des techniques*.

- Anthropologie et Sociétés. 1989;13(2):31-54.
77. Callon M, Latour B. Unscrewing the Big Leviathan; or How Actors Macrostructure Reality and How Sociologists Help Them To Do So? In: Cicourel K, Knorr A, editors. *Advances in Social Theory and Methodology: Toward and Integration of Micro and Macro-Sociologies*. London: Routledge and Kegan Paul; 1981.
78. Akrich M, Callon M, Latour B. *Sociologie de la traduction. Textes fondateurs*. Paris: Les presses de l'École des Mines de Paris; 2006.
79. Carper BA. Fundamental patterns of knowing. *Advances of nursing science*. 1978;1(1):113-25.
80. White J. Patterns of Knowing: Review, Critique, and Update. *Advances in nursing science*. 1995;17(4):73-86.
81. Benner P. *From novice to expert: Excellence & Power in Clinical Nursing Practice*. Menlo Park: Addison-Wesley; 1984.
82. Benner P. Links between philosophy, theory and practice. *Canadian Journal of Nursing Research*. 2000;32(2):7-13.
83. Chinn PL, Kramer MK. *Integrated Theory & Knowledge Development in Nursing*. 8^{ème} ed: Mosby Elsevier; 2011.
84. Johnson JL, Ratner PA. The Nature of Knowledge Used in Nursing Practice. In: Thorne SE, Hayes VE, editors. *Nursing Praxis: Knowledge and Action*. Thousand Oaks: Sage; 1997. p3-22.
85. Benner P, Wrubel J. *The primacy of caring: Stress and Coping in health and Illness*. Don Mills: Addition-Wesley; 1989.
86. Bishop AH, Scudder JR, Jr. *Nursing. The practice of caring*. New York: National league for nursing; 1991.
87. Dallaire C. *Le savoir infirmier: au coeur de la discipline et de la profession*. Montréal: Gaëtan Morin; 2008.
88. Held V. Care as practice and value. In: Held V, editor. *The ethics of care: Personal, Political and Global*. New York: Oxford University Press; 2006. p. 29-44.
89. Spichiger E, Wallhagen MI, Benner P. Nursing as a caring practice from a phenomenological perspective. *Scandinavian journal of caring science*. 2005;19:303-9.
90. Blondeau D. L'art du soin infirmier: un art pratique. La nécessaire relation entre l'art et l'éthique. In: Goulet O, Dallaire C, editors. *Les soins infirmiers. Vers de nouvelles perspectives*. Boucherville: Gaëtan Morin; 2002. p. 301-13.
91. Watson J. New dimensions of human caring theory. *Nursing science quarterly*. 1988;1:175-81.
92. Cara C, O'Reilly L, Kérouac S. Une plus grande humanisation des soins : perspective réelle ou utopie ? *Perspective Infirmière*. 2004;2(1):33-4.
93. Meleis AI, Trangenstein PA. Facilitating transitions: redefinition of the nursing mission. *Nursing outlook*. 1994;42(6):255-9.
94. Henderson V. The nature of nursing. *American journal of Nursing*. 1964;64(8):62-8.
95. Adam E. *Être infirmière. Un modèle conceptuel*. 3^{ème} ed. Montréal: Études vivantes; 1991.
96. Brouse SH. Analysis of Nurse Theorists' Definition of Health for Congruence with Holism. *Journal of Holistic Nursing*. 1992;10(4):324-36.
97. Parse RR. *L'humain en devenir : Nouvelle approche de soin et de la qualité de vie*. Québec: Les Presses de l'Université Laval; 2003.
98. Rogers ME. Science of unitary human beings: A paradigm for nursing. In: Clements IW, Roberts FB, editors. *Family health: A theoretical approach to nursing care*. New York: John Wiley and Sons; 1983. p. 219-27.
99. Gottlieb L, Rowat K. The McGill model of nursing: a practice-derived model. *Advances in nursing science*. 1987;9(9):51-61.
100. Nightingale F. *Notes on Nursing: What It Is and What It Is Not*. New York: Dover Publications Inc.; 1859/1969.
101. Doane GH, Varcoe C. *Family Nursing as a Relational Inquiry. Developing Health-Promoting Practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004.
102. Allen M. Primary Care Nursing: Research in action. In: Hockey L, editor. *Primary Care Nursing*. Edinburgh: Churchill Livingstone; 1983. p. 32-77.
103. Newman MA, Sime AM, Corcoran-Perry SA. The focus of the discipline of nursing. *Advances of nursing science*. 1991;14(1):1-6.
104. Watson J. Caring Knowledge and Informed Moral Passion. *Advances in nursing science*. 1990;13:15-24.
105. Condon EH. Nursing and the caring metaphor: Gender and political influences on an ethics of care. *Nursing outlook*. 1992;40:14-9.
106. Newman MA. Prevailing paradigms in nursing. *Nursing*

- outlook. 1991;40(1):10-4.
- 107.Cara C. A pragmatic view of Jean Watson's caring theory. *International Journal for Human Caring*. 2003;7(3):51-61.
- 108.Bishop A, Scudder JR. *Nursing ethics: Holistic caring practice*. 2ème ed. Sudbury: Jones and Bartlett; 2001.
- 109.Saint-Arnaud J. *L'éthique de la santé. Guide pour une intégration de l'éthique dans les pratiques infirmières*. Montréal: Gaëtan Morin; 2009.
- 110.Cara C, Duquette A. Le caring et la santé de l'infirmière. *L'infirmière Canadienne*. 2000;1(2):10-1.
- 111.Cara C, O'Reilly L. S'approprier la théorie du Human Caring de Jean Watson par la pratique réflexive lors d'une situation clinique. *Recherche en Soins Infirmiers*. 2008;95:37-45.
- 112.Fagermoen MS. Professional identity: values embedded in meaningful nursing practice. *Journal of Advanced nursing*. 1997;25:434-41.
- 113.Watson J. Theoretical questions and concerns: response from a Caring Science framework. *Nursing science quarterly*. 2007;20(1):13-5.
- 114.Johnson DE. Development of a theory: A requisite for nursing as a primary health profession. *Nursing Research*. 1974;23(5):372-7.
- 115.Peplau HE. *Interpersonnal relations in nursing: A conceptual frame of reference for psychodynamic nursing*. New York: Putnam 1952.
- 116.Orlando JJ. *The dynamic nurse-patient relationship: Function, process and principles*. New York: GP Putnam's Sons; 1961.
- 117.Benner P. *Interpretive Phenomenology: Embodiment, Caring, and Ethics in Health and Illness*. Thousand Oaks: Sage; 1994.
- 118.Jonsdottir H, Litchfield M, Pharris MD. The relational core of nursing practice as partnership. *Journal of Advanced nursing*. 2004;47(3):241-50.
- 119.Litchfield M, Jonsdottir H. A practice discipline that's here and now. *Advances in nursing science*. 2008;31(1):79-91.
- 120.Andrew N, Tolson D, Ferguson D. Building on Wenger: Communities of practice in nursing. *Nurse Education Today*. 2008;28:246-52.
- 121.Potvin L. *Managing Uncertainty Through Participation*. In: McQueen DV, Kickbusch I, Potvin L, Pelikan JM, Balbo L, Abel T, editors. *Health and Modernity. The role of Theory in Health Promotion*. New York: Springer; 2007. p. 103-28.
- 122.Kim HS. Critical reflective inquiry for knowledge development in nursing practice. *Journal of Advanced nursing*. 1999;29(5):1205-12.
- 123.Thorne SE, Hayes EV. *Nursing praxis. Knowledge and action*. Thousand Oaks: Sage; 1997.
- 124.Connor MJ. Expanding the Dialogue on Praxis in Nursing Research and Practice. *Nursing science quarterly*. 1998;11:51-5.
- 125.Connor MJ. The practical discourse in philosophy and nursing: an exploration of linkages and shifts in the evolution of praxis. *Nursing philosophy*. 2004;5:54-66.
- 126.Rolfé G. Closing theory-practice gap: a model for nursing praxis. *Journal of clinical nursing*. 1993;2:173-7.
- 127.Rolfé G. The deconstructing angel: nursing reflection and evidence based practice. *Nursing Inquiry*. 2005;12(2):78-86.
- 128.Kilpatrick K. Praxis and the role development of the acute care nurse practitioner. *Nursing Inquiry*. 2008;15(2):116-26.
- 129.Penney W, Warelow PJ. Understanding the prattle of praxis. *Nursing Inquiry*. 1999;6:259-68.
- 130.Tarlier D. Mediating the meaning of evidence through epistemological diversity. *Nursing Inquiry*. 2004;12(2):126-34.
- 131.Hawe P, Bond L, Butler H. Knowledge Theories Can Inform Evaluation Practice: What Can a Complexity Lens Add? Knowledge utilization, diffusion, implementation, transfer, and translation: Implications for evaluation. *New Directions for Evaluation*. 2009;124:89-100.
- 132.Riley T, Hawe P. Researching practice: the methodological case for narrative inquiry. *Health Education Research*. 2005;20(2):226-36.
- 133.Crozier M, Friedberg E. *L'acteur et le système*. Seuil ed. Paris: Points; 1977.
- 134.O'Neil M, Gagnon F, Dallaire C. La Politique, les Politiques, le Politique: trois manières d'aborder l'action politique en santé communautaire. In: Carroll G, editor. *Pratiques en santé communautaire*. Montréal: Chenelière Éducation; 2006. p. 113-26.
- 135.Salazar MK, Primomo J. Tacking the lead in environmental health. Defining a model for practice. *American Association of Occupational Health nurses*. 1994;42(7):317-24.

- 136.Laustsen G. Environment, ecosystems, and ecological behavior: A dialogue toward developing nursing ecological theory. *Advances in nursing science*. 2006;29(1):43-54.
- 137.Schön DA. *The reflective practitioner*. New York: Basic Books; 1983.
- 138.Newman MA. Newman's Theory of Health as Praxis. *Nursing science quarterly*. 1990;3:37-41.
- 139.Giddens A. *The Consequences of Modernity*. Stanford, California: Stanford University Press; 1990.
- 140.Beck U. The reinvention of Politics: Towards a Theory of Reflexive Modernization. In: Beck U, Giddens A, Lash S, editors. *Reflexive modernization*. Stanford, California: Stanford University press; 1994. p. 1-55.
- 141.Lerbet-Sereni F. *Experiences de la modélisation. Modélisation de l'expérience*. Paris: L'Harmattan; 2004.
- 142.Hinshaw A. Nursing knowledge for the 21st century: opportunities and challenges. *Journal of Nursing Scholarship*. 2000;32(2):117-23.
- 143.Roy C. Knowledge as universal cosmic imperative. In: Jones DR, editor. *Knowledge Impact 1996: Conference Proceedings*. Chestnut Hill, Mass: Boston College Press; 1997. p. 95-117.
- 144.Villarruel AM, Bishop TL, Simpson EM, Jemmott LS, Fawcett J. Borrowed theories, shared theories, and the advancement of nursing knowledge. *Nursing science quarterly*. 2001;14(2):158-63.
- 145.Giuliano KK, Tyler-Viola L, Lopez RP. Unity of knowledge in the advancement of nursing knowledge. *Nursing science quarterly*. 2005;18(3):243-8.
- 146.Holmes D, Perron A, O'Byrne P. Evidence, virulence, and the disappearance of nursing knowledge: A critique of the evidence-based dogma. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*. 2006;3(3):95-102.

Remerciements

L'auteure principale tient à remercier le Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS) du Québec, la Faculté des Sciences infirmières de même que la Faculté des études supérieures et postdoctorales de l'Université de Montréal, le Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation (CRIR) du Montréal métropolitain ainsi que la Fondation Gracia, pour le soutien financier accordé au cours de ses études doctorales. La seconde auteure, directrice de thèse de la première auteure, est professeure à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal, chercheure à l'Institut de recherche en santé publique de l'Université de Montréal (IRSPUM) et au Groupe de recherche et d'action sur la victimisation des enfants (GRAVE). La troisième auteure, codirectrice de la première auteure, est vice-doyenne aux études supérieures et professeure à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal, chercheure régulier du CRIR, membre chercheure au Groupe de recherche interuniversitaire en interventions en sciences infirmières du Québec (GRISIQ) ainsi qu'au Groupe inter-réseaux de recherche sur l'adaptation de la famille et de son environnement (GIRAFE). Les subventions obtenues par les trois auteures n'entrent pas en conflit d'intérêts avec les propos développés dans cet article.

Pour contacter les auteures:

Lauralie Richard, Inf. B. Sc.
Étudiante au Ph.D. en sciences infirmières
Université de Montréal
Faculté des sciences infirmières
2375, chemin Côte-Sainte-Catherine
Montréal, Québec, H3T 1A8
Canada
Courriel: lauralie.richard@umontreal.ca

Sylvie Gendron, Inf. Ph.D.
Professeure agrégée
Université de Montréal
Faculté des sciences infirmières

Chantal Cara, Inf. Ph.D.
Professeure titulaire
Vice-doyenne aux études supérieures
Université de Montréal
Faculté des sciences infirmières