

# 5

## Résumé

Cet article, inspiré d'une perspective postmoderne, pose un regard critique sur le progrès et expose comment le développement frénétique et l'emploi peu questionné des technologies, ont concouru à l'objectivation de la personne, la déshumanisation des services de santé, la main mise sur la formation infirmière ainsi qu' à l'instrumentalisation des pratiques de soins modernes. Cette réflexion épistémo-ontologique questionne l'étude de l'apprentissage du caring et problématise sa mesure où le postpositivisme semble s'imposer empiriquement, soulevant ainsi des interrogations quant à la cohérence épistémologique entre la théorie du caring et sa mesure. Enfin, nous avançons que la mesure la mesure du caring constitue une difficulté substantielle renfermant des incohérences épistémo-ontologiques qui demeurent incommensurables.

**Mots clés** caring, critique, épistémologie, ontologie, postmodernité

## De l'apprentissage à la mesure du caring: réflexion épistémo-ontologique

**PAWEL KROL**

### Introduction

Le contenu de cet article, qui s'appuie sur une perspective postmoderne, pose un regard critique, donc politique, sur les notions d'Occident, de progrès et de Modernité afin d'illustrer comment le développement rapide dans les domaines des sciences et des technologies a provoqué d'une part, l'objectivation de la personne et d'autre part, la déshumanisation des services de santé. Il est aussi avancé que ce progrès technologique a façonné la formation des infirmières et par voie de conséquence, influencé directement les pratiques de soins. D'autre part, la pédagogie caring est souvent présentée dans le cadre de la formation des infirmières comme un vecteur de changement car elle vise à promouvoir des pratiques humanistes dans des contextes

très difficiles de prestation de soins infirmiers – pénurie, sous financement, technocratisation et colonisation biomédicale.[1,2]

Cette réflexion épistémo-ontologique pose un regard non seulement sur l'apprentissage du caring, mais problématise la quantification d'indicateurs de mesure qu'on dit associés au caring. En effet, certains auteurs avancent que dans la foulée du « progrès », le postpositivisme se présente comme un paradigme de recherche valide et légitime permettant la mesure et l'étude du caring, ce qui soulève des interrogations importantes au regard de la cohérence épistémologique entre la théorie du caring et sa mesure.

### Influences Modernes et enseignement des sciences infirmières

Droit explique que l'Occident s'est progressivement imposé en Europe depuis la Renaissance alors que l'occidentalisation des sociétés fut accélérée par l'influence de scientifiques (Copernic 1473-1543, Galilée 1564-1642, Halley 1656-1742, Einstein 1879-1955, etc.) ayant contribué, chacun à

sa façon, au progrès, par le développement des sciences naturelles et conséquemment au règne de la pensée Moderne. D'autre part, Jarrosson avance que la modernisation occidentale est étroitement liée au développement des sciences et des technologies dominées par une philosophie positiviste visant à expliquer objectivement le fonctionnement de la nature et de la matière à partir d'une épistémologie objectiviste donc, strictement empirique.[3,4] Selon cette perspective, les recherches s'attardent à la répétition de preuves déductives par l'expérimentation (appuyée par des équations mathématiques) visant l'édification de lois dites « universelles » afin de prédire et contrôler le monde et l'humain.[5] Les sciences naturelles s'appuient donc sur une ontologie réaliste (et objective) promouvant une perspective cartésienne du monde et une vision réductionniste de la personne humaine.[6]

Historiquement, Jarrosson précise que Simon Laplace (1749-1827), scientifique influent de son époque, fondateur des calculs statistiques et conseiller stratégique de Napoléon, a contribué à précipiter une révolution paradigmatique de la philosophie des sciences, la faisant basculer de l'aristotélisme (lié à la métaphysique) au positivisme (empirisme et ontologie réductionniste). Les arguments de Laplace marquèrent l'abandon des spéculations métaphysiques en science, pavant la voie à une hégémonie « empirique » en sciences naturelles. Il va sans dire que les tenants du positivisme étaient et sont toujours hostiles aux réflexions ontologiques sur la réalité, la vérité et la personne – ces réflexions demeurent, encore aujourd'hui, associées à des spéculations métaphysiques qui, à leurs yeux, n'apportent aucun apport scientifique.[7]

[Laplace explique] Le monde serait un ensemble de corpuscules [...] régies par des lois mathématiques pures. Dans ce schéma, un démon possédant l'omniscience mathématique et connaissant complètement l'état présent du monde, pourrait prédire sans erreur tout l'avenir – [et se substituer à Dieu].  
Bruno Jarrosson [7 p188]

À la lumière de ces arguments, il semble que le développement des sciences naturelles positivistes a non seulement contribué au progrès mais, s'est imposé de manière capillaire, voire insidieuse, dans les sociétés occidentales. Il s'agit là d'une colonisation qui, bien que silencieuse, produit des effets marqués, notamment dans l'enseignement des sciences infirmières. Ainsi, nous estimons que la colonisation positiviste déployée par les sciences naturelles a réduit la dimension ontologique de la personne humaine à sa plus simple expression soit une matière dont les variations sont prévisibles et gouvernables par des lois physiques universelles.[5]

## Le cycle du progrès

Dans la logique Moderne, la croissance fulgurante des connaissances issues des sciences naturelles participe au développement frénétique de technologies ainsi que l'imposition de modèles économiques et politiques (logique néolibérale) favorisant leur consommation et leur utilisation mécanique sans égards aux dangers qu'elles peuvent générer.[8] En effet, Heise nous met en garde contre la progression du progrès occidental, car ce dernier altère non seulement le visage de la terre, de la nature, mais aussi des personnes.[9] Le cycle du progrès impose une forme de bien-être qui se réalise plus souvent qu'autrement dans le consumérisme et le matérialisme. L'aliénation possible qui résulte de l'équation bien-être – consommation nous pousse à conclure que la science ne constitue plus une simple poursuite de la connaissance, mais s'impose souvent comme instrument de (re) production de technologies qui se sont proclamées comme essentielles à l'amélioration de la condition humaine.

Selon Baudrillard, non seulement le progrès engendre-t-il une existence noyée dans des « nécessités » matérielles perpétuellement améliorées, mais leur consommation est présentée comme un remède à un vide existentiel qu'Illich définit comme une condition intoxiquée et nécessiteuse.[10,11] D'ailleurs, plusieurs auteurs nous mettent en garde contre les effets pervers du progrès puisque dans cette spirale, la personne est intoxiquée par les effets d'une surconsommation, où une logique du tout-avoir concourt paradoxalement à un état de rien-être. En effet, dès 1927, Heidegger affirmait, dans Être et temps, que la personne n'avait pas sa place dans la Modernité car cette période historique/perspective philosophique ne rassemblait pas les éléments nécessaires à la réalisation spontanée et existentielle de l'être-dans-le-monde.[12] Dans l'univers complexe des services de santé actuels, le cycle du progrès s'impose avec des discours dominants, voire idéologiques, où ces certitudes normalisent non seulement ce que l'on doit faire, mais aussi ce que l'on doit penser, chercher et comprendre. Cette normalisation des pratiques et des savoirs dans le champ sanitaire constitue, en fait, une forme de colonisation de laquelle il importe de s'affranchir.

## Colonisation iatrogène des services de santé

La colonisation des sociétés occidentales par le cycle du progrès n'a pas épargné l'univers des soins de santé. En effet, la présence invasive d'équipements technologiques sophistiqués, qui concourent à la performance d'actes techniques de soins, prend souvent le dessus sur les pratiques humaines de soins menaçant ainsi la relation soignant-soigné.[13,14] La

technocratisation des services de santé, dont l'objectif prôné vise le « mieux traiter », intensifie la dépersonnalisation, l'objectivation et la déshumanisation de la personne. Cette colonisation des services de santé par les technosciences chosifie la personne utilisatrice de services, devenue « cliente » alors qu'un discours administratif et managérial se superpose à celui de la science et de ses promesses.[15] Ainsi, il faut se demander si cette amélioration perpétuelle des technosciences n'entraîne pas un phénomène de contreproductivité : point critique où les progrès technologiques en viennent à menacer l'intégrité des personnes soignées.[16]

Face à cette colonisation des services de santé, qu'en est-il donc de la formation académique de l'étudiante infirmière ? Ne risque-t-elle pas de devenir un accessoire supplémentaire dans un irréversible cycle du progrès ?

### **Sous le joug de la Modernité : réflexion sur la formation infirmière**

Rodgers explique que jusqu'à la fin des années 60, la formation des infirmières fut dominée par les disciplines biomédicales (médecine, microbiologie, pharmacie, etc.) focalisant sur une pédagogie behavioriste – une scolarisation stricte où l'obéissance et l'allégeance aux consignes médicales était et demeure à certains égards de mise.[17] Ce n'est qu'au milieu des années 1960, que certaines théoriciennes en sciences infirmières ont problématisé la pédagogie behavioriste qui assujettissait l'étudiante en sciences infirmières. Aujourd'hui, plusieurs auteurs affirment que cette pédagogie a contribué à la déshumanisation des services de santé par l'objectivation de l'étudiante infirmière et, par conséquent, de la personne soignée.[1,18,19,20] En effet, les travaux de Boychuk-Duchschner, inspirés par la théorie critique d'Habermas, soulignent que la pédagogie behavioriste, orientée vers la manipulation et le contrôle par le savoir-faire, axé principalement vers l'utilisation des technologies biomédicales, sous-tend les principes positivistes en sciences. En effet, cette pédagogie behavioriste a contribué, et contribue encore à présent, à la déshumanisation des soins en limitant notre compréhension des impacts de l'environnement technocrate sur la personne soignée.[18]

Par ailleurs, la pédagogie behavioriste découle directement du positivisme et adopte une conception cartésienne du monde qui s'alimente à une ontologie réductionniste de la personne, dépassant ainsi les aspects reliés à la technoscience tout en continuant d'occuper l'avant-scène de la formation infirmière dans plusieurs institutions. Déjà en 1989, Bevis et Watson nous mettaient en garde contre les effets pervers des avancés technologiques dogmatiques, qui selon elles avaient

le potentiel de chosifier les patients et les infirmières, en programmant un et l'autre dans un conformisme non questionné et rarement critiqué.[1]

Par exemple, Khademian et Vizesfar expliquent qu'aujourd'hui encore, lors des stages de formation dans les milieux cliniques de services de santé – où prédomine une pédagogie behavioriste – l'étudiante est généralement jugée à partir d'une perspective instrumentale axée sur l'évaluation de son efficacité et sa rentabilité, c'est-à-dire, sa compétence à gérer la complexité bureaucratique ainsi que sa capacité à performer avec une charge de travail qui dépasse l'entendement.[22] Dans ces conditions pédagogiques difficiles, voire dangereuses, calquées sur des principes qui vont à l'encontre de pratiques centrées sur le patient, l'étudiante est rarement évaluée selon l'excellence de sa pratique en lien avec la qualité de sa relation humaine avec les patients. [23] Effectivement, ces environnements pédagogiques sont caractérisés par des coupures budgétaires et une pénurie chronique de personnel infirmier alors qu'ils sont, du même coup, colonisés par un discours biomédical.[22,23,24]

L'utilisation du temps supplémentaire obligatoire pour pallier la pénurie de personnel infirmier constitue une autre technologie politique mises de l'avant par plusieurs institutions qui, ironiquement, prônent un soin de grande qualité, centré sur le patient, alors qu'elles violentent ceux et celles supposés d'en prendre soin.[25]

Au vue de ce qui vient d'être énoncé, nous estimons que la formation infirmière est, elle aussi, colonisée par des éléments positivistes stricts en lien direct avec le cycle du progrès tel qu'inscrit dans une rationalité Moderne.

Tel que soulevés plus haut, devant la complexité croissante des soins de santé, la rarefaction des ressources humaines et financières, plusieurs auteurs insistent sur la nécessité de préserver une approche humaniste dans le domaine des services de santé.[26,27] Déjà conscients de ce phénomène inquiétant, Bevis et Watson, supportées par la National League For Nursing, ont attaqué de front le problème de la formation behavioriste et publié l'ouvrage théorique et critique intitulé *Toward a Caring Curriculum : A New Pedagogy for Nursing* qui est de nos jours considéré par plusieurs comme un manifeste prônant une révolution pédagogique pour la formation infirmière. Cet ouvrage a précipité, dans certaines institutions, un changement paradigmatique dans la formation infirmière en adoptant un curriculum solidement ancré dans une philosophie humaniste favorisant des pédagogies constructivistes.[1]

## Mesurer pour humaniser ?

À la suite de ce changement paradigmatique dans la formation des infirmières, plusieurs études ont été réalisées, employant une diversité d'approches empiriques, d'abord qualitatives, puis quantitatives. À l'heure actuelle, les pressions Modernes, dont le mouvement des données probantes et les orientations politiques néolibérales des organismes subventionnaires, imposent insidieusement le recours aux études post-positivistes par l'emploi de certaines formes de devis afin d'explorer, mesurer, développer et soutenir des pédagogies qui favoriseront éventuellement l'enseignement et l'apprentissage de pratiques de soins humanistes. Par ailleurs, les écrits empiriques associés à l'apprentissage du caring [recensés depuis 1989] peuvent être répertoriés en trois thèmes : la relation de caring étudiante-enseignante ; les pédagogies contribuant à l'apprentissage du caring et les contextes de formation favorisant les relations caring.[26] L'analyse des devis de ces études permet d'avancer que les premières recherches dans ce créneau [1989–1995] employaient principalement des devis qualitatifs de type phénoménologique et herméneutique. D'autre part, plusieurs études récentes, fondées sur une méthodologie quantitative [1995-2009] ont développé et validé une variété d'instruments psychométriques permettant de mesurer diverses dimensions associées à la pratique du caring. Par exemple, des questionnaires ont été développés afin de mesurer les perceptions subjectives associées aux diverses dimensions du caring : les perceptions de la nature des relations entre les infirmières et les patients; les perceptions des attributs des pratiques humanistes des gestionnaires; les perceptions de la satisfaction du patient-soigné face au caring de l'infirmière, pour ne nommer que celles-ci.[27]

Aujourd'hui, l'emploi d'instruments psychométriques permet de mesurer, de décrire et d'inférer statistiquement afin de réduire et comparer un éventail de données sur diverses dimensions associées aux pratiques infirmières inspirées du caring. Qui plus est, ces données peuvent être employées pour dresser un portrait des pratiques infirmières permettant de les « monitorer » et de suggérer des changements pour valoriser certaines pratiques de soins humanistes et en disqualifier d'autres. Toutefois, cette instrumentalisation du caring n'est pas sans poser de problèmes sur les plans ontologique et épistémologique alors que ces considérations sont encore peu débattues au sein des écrits en sciences infirmières. En effet, en réponse à l'instrumentalisation des sciences infirmières et des soins infirmiers, des perspectives comme celle du caring ont vu le jour.[19,20] Aujourd'hui ces mêmes perspectives font l'objet d'une entreprise de coloni-

sation par la « mesure » d'indicateurs (de caring) qui font fi de l'incongruence épistémo-ontologique.

## L'incommensurabilité des paradigmes

L'analyse des écrits révèle que la théorie du Human Caring de Watson constitue le principal cadre théorique des recherches associées au phénomène de l'apprentissage du caring. [20,30] En effet, les articles consultés dans le cadre de cet article explicitent habituellement les postulats ontologiques de la personne, de la quintessence de sa réalité et des fondements du caring. Par exemple, certaines études consultées considèrent la réalité de l'étudiante infirmière comme un environnement externe constitué des milieux de formation, de classes et des ressources pédagogiques en synergie avec un environnement interne défini par des valeurs, des attitudes ainsi que des besoins de réalisation personnelle et professionnelle. De même, ces études définissent l'étudiante infirmière comme une personne « unique » qui vit des expériences d'apprentissage dans un continuum espace-temps. [31,33,34,35] Parallèlement, les études n'ayant pas choisi les postulats watsonien réfèrent toutefois aux philosophies existentielle qui sièent à la base des écoles de pensée du caring.

Les résultats des études qualitatives sur l'apprentissage du caring sont principalement issus de devis descriptifs et interprétatifs qui ont étudié la complexité des expériences pédagogiques vécues par les étudiantes. Par exemple, l'étude qualitative d'analyse de contenu réalisée par Kapborg et Bertero, à partir de 124 essais rédigés par des étudiantes novices à propos de leur perception du caring, permet d'identifier trois catégories principales : faire, être et professionnalisme. Ces catégories sont intégrées dans un schéma explicatif et les auteurs discutent, de manière critique et comparative, l'apport de ces connaissances pour la formation des novices.[36] Dans cet article, le cadre théorique de l'étude est explicité, alors que sont exposées les assises théoriques de Watson [1988], de Benner [1989] ainsi que l'influence de la philosophie heideggerienne.[20,37]

Par ailleurs, l'étude quantitative de type méthodologique de Wade et Kasper a permis d'élaborer un instrument psychométrique afin de mesurer les perceptions des étudiantes quant à certaines dimensions des relations caring vécues avec leurs enseignantes grâce à un questionnaire auto-administré.[38] Les auteurs ont développé l'instrument à partir des dix facteurs caratifs de Watson – qui constituent des guides pour la pratique du soin – et d'un cadre théorique inspiré de la pédagogie caring de Bevis et Watson.[19,39] Cet instrument permet de mesurer les perceptions de cinq

dimensions pédagogiques du caring (maintien d'une confiance par le caring, contexte pédagogique de support, reconnaissance des expériences vécues, flexibilité et partage dans le respect – [traduction libre]). Les items de cette échelle ont été élaborés à partir dudit cadre théorique et entériné par un consensus d'experts. La validité de construit a été assurée par une analyse de contenu, une analyse factorielle et l'étude statistique des validités de convergence et prédictive. La fidélité de l'instrument a été calculée avec l'alpha de Cronbach ( $\alpha = 0,97$ ). Ainsi, il s'avère que ces auteurs ont tenté de démontrer les validités et consistances de leur démarche empirique, tout en visant une certaine cohérence épistémologique pour guider leur méthodologie de recherche.

Toutefois, malgré les efforts déployés afin d'assurer une cohérence épistémologique, nous estimons que la mesure d'indicateurs associés à la pratique du caring demeure problématique puisque les paradigmes dans lesquels résident la mesure et les travaux théoriques de Watson sont incongruents. Même si plusieurs chercheurs ont réalisé des mesures psychométriques ou vérifié des hypothèses de recherche à partir de devis corrélationnels s'intéressant aux diverses dimensions liées aux pratiques, pédagogies ou approches administratives inspirées par une théorie de caring, nous sommes d'avis que ces mesures quantitatives ne mesurent pas le caring en soi. Selon nous, ce qui est mesuré n'est que la surface d'un phénomène infiniment plus complexe. La mesure ne reflète qu'une approximation objective, dénaturée et vide de sens.

La mesure d'un comportement infirmier associé à une dimension du caring n'assure en rien de l'authenticité de la réponse, du geste humain en milieu de pratique infirmière, ou de la volonté même de réaliser ce geste devant les pressions Modernes qui confient la pratique infirmière à des conditions humainement insoutenables. Plus encore, le doute nous porte à croire qu'il est possible qu'une infirmière ayant reçu une formation pratique et théorique sur le caring puisse démontrer un comportement dit caring sans toutefois croire fondamentalement au caring.[40] Le point que nous soulevons, c'est que la mesure des dimensions du caring présente des limites empiriques, théoriques, ontologiques, voire même éthiques, qui sont incohérentes avec les axiomes de la philosophie de Watson. Ainsi, afin de faire la lumière sur ces limites et leurs incohérences inhérentes, nous allons considérer les travaux de Watson pour exposer comment la mesure postpositiviste du caring constitue une impasse épistémologique impliquant la confrontation de visions du monde diamétralement différentes et incommensurables.

En 1979, Watson a publié le premier d'une série de textes

définissant le caring ainsi que l'explicitation et l'agencement des éléments théoriques qui favorisent une pratique infirmière humaniste et existentielle. Par la suite, Watson a raffiné divers éléments théoriques et conceptuels au fil des ouvrages publiés.[19,20,21,22] Les postulats élémentaires de cette théorie, qui servent de guide pour une pratique infirmière inspirée de la théorie du caring, sont d'abord ancrés dans une philosophie humaniste [Carl Rogers], phénoménologique et existentielle. La personne y est définie comme un être-dans-le-monde fondamentalement relationnel, capable de transcendance et recherchant la santé à travers la réalisation d'une harmonie corps-âme-esprit.[19,20] En 1999, Watson révisé les postulats théoriques et met l'accent sur le respect et l'intégration des dimensions spirituelles de l'être-dans-le-monde afin d'honorer une pratique spirituelle et humaniste de soins.[21] Enfin, en 2005 Watson intègre les dimensions métaphysiques et sacrées à sa théorie, celles-ci sont inspirées par les écrits philosophiques phénoménologiques et existentiels d'Emmanuel Levinas, ce qui lui permet de redéfinir les postulats ontologiques dans ce que nous nomme maintenant Watson, la science du caring.[22] Quoique divers auteurs situent ces travaux dans un paradigme transformatif, constructiviste ou humaniste, nous optons pour celui décrit par Meleis, soit le paradigme du caring.[41]

Ainsi, lorsque que l'on considère les postulats ontologiques et épistémologiques des travaux de Watson, il apparaît que le paradigme constructiviste de recherche permet un maillage cohérent favorisant l'étude des phénomènes relatifs au construit du caring. Effectivement, le paradigme constructiviste postule une ontologie où les réalités sont multiples, relatives, locales et spécifiques. L'épistémologie est transactionnelle et subjective; les connaissances sont co-construites à travers des relations humaines de dialogue visant l'entente, entre participants et chercheurs, sur la nature des connaissances élaborées. La méthodologie préconisée est herméneutique et dialectique; les chercheurs visent à reconstruire et comprendre les vécus, les perceptions et les réalités locales afin de créer des savoirs collectifs et individuels à la suite d'une reconstruction fusionnée.[42]

En contrepartie, les mêmes axiomes watsonniens sont incohérents avec le paradigme postpositiviste qui chapeaute la mesure, l'expérimentation et la prédication relatives aux multiples dimensions du caring. Ce paradigme d'investigation appréhende le monde comme une « vraie » réalité objective et seulement appréhendable de manière statistique.[42] Dans ce paradigme dominant des sciences naturelles, l'épistémologie est réductionniste, objectiviste et dualiste visant la manipulation expérimentale de données,

la falsification des hypothèses et la vérification théorique. Ici, les connaissances constituent des bribes qui s'ajoutent à un corpus, dont les données peuvent être réinjectés dans la pratique au moyen de technologies politiques (pratiques exemplaires par exemple). À la lumière de ces postulats postpositivistes, il nous apparaît que ces derniers sont incommensurables avec le caring sur les plans ontologique et épistémologique.

## Conclusion

Ce texte critique a exposé les limites de la mesure effrénée des dimensions du caring. Nous avons montré comment le postpositivisme est étroitement lié au béhaviorisme dans la formation infirmière et, par conséquent contribue à éduquer les infirmières sans égard aux tensions paradigmatiques qu'engendre la mesure des dimensions reliées au caring. Actuellement, nous constatons que le mouvement des données probantes et les politiques néolibérales tentent de coloniser la formation infirmière et la recherche par le truchement d'un discours postpositiviste où sont valorisés l'instrumentalisation, la mesure et l'emploi dogmatique des données probantes associées au caring. Selon nous, il est impossible de faire l'économie d'une réflexion épistémo-ontologique avant d'aller de l'avant avec la mesure des dimensions d'une théorie qui se positionne clairement comme constructiviste.

## References

1. Bevis E, Watson J. *Toward a caring curriculum: A new pedagogy for nursing*. New York: National League for Nursing; 1989.
2. Beck C. *Caring within nursing education: A metasynthesis*. *Journal of Nursing Education* 2001; 40(3):101-9.
3. Droit RP. *Où est l'occident?* Dans Droit RP, ed. *L'occident expliqué à tout le monde*. Paris: Seuil; 2008, 11-28.
4. Jarrosson B. *Invitation à une philosophie des sciences*. Paris: Seuil; 1992.
5. Paley J. *The cartesian melodrama in nursing*. *Nursing Philosophy* 2002; 3(3): 189-92.
6. Denzin NK, Lincoln YS. *The discipline and practice of qualitative research*. Dans Denzin NK, Lincoln YS Eds. *The Sage handbook of qualitative research*, 3ème ed. Thousand Oaks: Sage; 2005; 1-32.
7. Shwandt TA. *Dictionary of qualitative inquiry*, 3ème Éd. Thousand Oaks: Sage; 2007.
8. Morin E. *Vers l'abîme*. Dans Morin E ed. *La crise de la modernité*. Paris: L'Herne; 2007, 19-33.
9. Heise UK. *Science, technology and postmodernism*. Dans S. Connor ed. *The Cambridge companion to postmodernism*. Cambridge, U.K.: Cambridge University Press; 2004, 136-167.
10. Baudrillard J. *Screened out*. New York: Verso; 2002.
11. Illich Y. *La perte de sens*, inédit. Paris: Fayard; 2001.
12. Heidegger M. *Being and time* (J. Macquarrie & E. Robinson, Trans.). London: SCM. (Original work published 1927); 1962.
13. Barnard A, Sandelowski M. *Technology and humane nursing care: (ir)reconcilable or invented difference?* *Journal of Advanced Nursing* 2001; 34(3):367-75.
14. Watson, J. *Theory of human caring*. Dans Paker ME ed. *Nursing theories and nursing practice*. Philadelphia: Davis Company; 2006, 295-308.
15. Bondas, T. E. *Caritative leadership: ministering to the patients*. *Nursing Administration Quarterly* 2003; 27(3):249-53.
16. Illich Y. *Némésis médicale. L'expropriation de la santé*. Paris: Seuil; 1975.
17. Rodgers BL. *Understanding nursing knowledge*. Dans Rodgers BL ed. *Developing nursing knowledge: philosophical traditions and influences*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004, 1-18.
18. Gillespie M, McFetridge B. *Nurse education -- the role of the nurse teacher*. *Journal of Clinical Nursing* 2006; 15(5):639-44.
19. Watson J. *Nursing: The philosophy and science of caring* (2nd printing). Boulder, Colorado: University Press of Colorado; 1985.
20. Watson J. *Nursing: Human science and human care: A theory of nursing*. New York: National League of Nursing (publication originale : Appleton Century Crofts, 1985); 1988.
21. Watson J. *Postmodern nursing and beyond*. Churchill: Livingstone; 1999.
22. Watson J. *Caring science as sacred science*. Philadelphia: F.A. Davis; 2005.
23. 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.

24. Khademian Z, Vizesfar F. Nursing students' perceptions of the importance of caring behaviors. *Journal of Advanced Nursing* 2008; 61(4):456-62.

25. Henderson A, Van Eps MA, Pearson K, James C, Henderson P, Osborne Y. Caring for behaviors that indicate to patients that nurses care about them. *Journal of Advanced Nursing* 2007; 60(2):146-53

26. Holmes D, Roy B, Perron A. The use of postcolonialism in the nursing domain: colonial patronage, conversion, and resistance. *Advances in Nursing Science* 2008; 31(1):42-51.

27. St-Pierre I, Holmes D. Managing nurses through disciplinary power: a Foucauldian analysis of workplace violence. *Journal of Nursing Management* 2008; 16(3):352-9.

28. Krol P, Legault A. Mieux comprendre l'apprentissage du caring, une nécessité pour préserver l'approche humaniste au cœur des soins. *L'infirmière Clinicienne* 2008; 5(1):35-41.

29. Watson J. *Assessing and measuring caring in nursing and health sciences*, 2nd Edition. New York: Springer; 2009.

30. Wiggins G. *Educative assessment : Designing assessments to inform and improve student performance*. San Francisco: Jossey-Bass; 1998.

31. Krol P. La signification de l'apprentissage du caring pour des étudiantes dans un baccalauréat en sciences infirmières basé sur la formation par compétences. Mémoire inédit. Université de Montréal; 2007.

32. Hughes LC. Development of an instrument to measure caring peer group interactions. *Journal of Nursing Education* 1998; 37(5):78-83.

33. Hughes LC, Kosowski M. Caring interactions among nursing students: a descriptive comparison of 2 associate degree nursing programs. *Nursing Outlook* 1998; 46(4):176-81.

34. Saarikoski M, Leino-Kilpi H. The clinical learning environment and supervision by staff nurses: developing the instrument. *International Journal of Nursing Studies* 2000; 39(3):259-67.

35. Kosowski M. Clinical learning experiences and professional nurse caring: a critical phenomenological study of female baccalaureate nursing Students. *Journal of Nursing Education* 1995; 34(5):235-42.

36. Kapborg I, Bertero C. The phenomenon of caring from the novice student nurse's perspective: a qualitative content

analysis. *International Nursing Review* 2003; 50(1):183-92.

37. Benner P. *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice*. Don Mills: Addison-Wetley Pub. Co.; 1984.

38. Wade GH. A model of the attitudinal component of professional nurse autonomy. *Journal of Nursing Education* 2004; 43(3):116-24.

39. Cara C, O'Reilly L. Embracing Jean Watson's theory of human caring through a reflective practice within a clinical situation [French]. *Recherche en Soins Infirmiers* 2008, (95):37-45.

40. Rofle G. Some further questions on the nature of caring. *International Journal of Nursing Studies* 2009; 46(1):143-146.

41. Meleis A. *Theoretical nursing : Development and progress*, 4th edition. Philadelphia : Lippincott, Williams and Wilkis; 2007.

42. Denzin NK, Lincoln YS. The discipline and practice of qualitative research. Dans Denzin NK, Lincoln YS Eds. *The Sage handbook of qualitative research*, 3eme ed. Thousand Oaks: Sage; 2005; 1-32.

#### *Remerciements*

*L'auteur aimerait remercier Louise Bouchard, Inf., PhD et Dave Holmes, Inf., PhD pour leurs suggestions lors de la rédaction de ce manuscrit, ainsi que le Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS) du Québec pour son soutien financier.*

#### *Pour contacter l'auteur:*

*Pawel Krol, inf. MSc  
Étudiant au doctorat en sciences infirmières  
Université de Montréal  
Faculté des sciences infirmières  
C.P. 6128, Succursale Centre-ville  
Montréal, Québec, H3C 3J7  
Canada  
Courriel: pawel.krol@umontreal.ca*