

# 5

## Résumé

Selon plusieurs chercheurs, les sciences infirmières devraient s'appuyer sur les théories infirmières pour développer des savoirs scientifiques. Le but de leur approche consiste à empêcher l'éclectisme et produire des savoirs propres à la discipline. Dès lors, ces théories deviennent un cadre incontournable permettant d'assurer la reconnaissance et la valorisation de la discipline. Dans cet article, nous voulons présenter, avec l'approche généalogique de Foucault, une analyse qui permet d'appréhender la production des savoirs issus des théories infirmières sous un regard plus critique tout en faisant ressortir leur dimension politique.

**Mots-clés** dimension politique, généalogie de Foucault, pouvoir/savoir, régimes de vérité, théories infirmières

## Contribution des théories au développement des savoirs infirmiers : une analyse critique

EVY NAZON

### Introduction

Le développement des savoirs théoriques infirmiers représente pour plusieurs chercheuses une étape charnière dans l'évolution de la discipline infirmière.[1] En 1952, la théoricienne américaine Hildegard E. Peplau a été la première à élaborer le modèle *Interpersonal relations in nursing*. Elle fut suivie par une pléiade de théoriciennes, dont Virginia Henderson, Ida Orlando, Myra E. Levine pour ne citer que celles-là.[2] Pépin et ses collaborateurs soutiennent que l'importance pour les infirmières d'identifier et de clarifier

la spécificité de leur travail a incité les théoriciennes, pour la plupart des Américaines, à élaborer des théories pour la discipline.[3] Soulignons toutefois que l'essor théorique ne s'est pas limité aux États-Unis. Des chercheuses de la Grande-Bretagne (Théorie de Roper-Logan-Tierney)[4] et du Canada (Modèle McGill)[5] se sont évertuées à pourvoir la discipline de cette base de savoirs qui devait la rendre unique, conduire à sa reconnaissance et assurer sa crédibilité dans le milieu scientifique.[6] De fait, plusieurs chercheurs sont d'avis que seules les théories infirmières conviennent pour développer les quatre champs d'activités infirmières (formation, pratique, gestion et recherche) à partir de concepts spécifiques à la discipline.[7] Au regard de ces injonctions qui traduisent, selon nous, un discours dominant, une vérité, notre objectif est d'examiner les discours sur les théories infirmières et les aborder sous un éclairage nouveau. À cet effet, la généalogie de Michel Foucault permettra de déconstruire cette conception majeure qui tend à guider, depuis plusieurs années, les écrits en sciences infirmières et la discipline infirmière.

## Regard sur les théories infirmières

Les savoirs infirmiers sont historiquement rattachés aux connaissances traditionnelles où l'apprentissage se fondait principalement sur la morale, la charité et la serviabilité.[8] À la fin du 19<sup>e</sup> siècle, les savoirs infirmiers s'inscrivent dans la filière médicale marquée par les avancées des connaissances médicales et technologiques (ex. : la bactériologie, l'asepsie, l'anesthésiologie, etc.).[9] Le champ de pratique et les activités exercées par les infirmières sont alors amplifiés et exigent des connaissances plus élaborées. Ceci conduit à l'ouverture des écoles d'infirmières avec pour objectif d'offrir aux élèves une formation scientifique structurée afin de contribuer à la guérison des malades et fournir des services et des soins efficaces.[10,11] D'ailleurs, les réformes des soins infirmiers réalisées par Florence Nightingale s'inscrivent étroitement dans ce cadre scientifique dominant.[12] Cependant, voulant se distancer de l'approche biomédicale, les infirmières ne tardèrent pas à promouvoir et à développer un corpus de savoirs dûment théorisés. Comprenant que la recherche était la voie devant mener à des connaissances scientifiques pertinentes, les leaders infirmières vont se tourner vers la recherche pour développer l'apport théorique dans les sciences infirmières.[7]

Dans les années 1950, les savoirs infirmiers connaissent un essor remarquable. Le développement théorique infirmier s'étale sur plusieurs phases importantes. Au début, les infirmières se concentrent sur l'élaboration des modèles conceptuels. Définis comme des outils conceptuels ou des abstractions permettant de comprendre les phénomènes complexes en soins infirmiers, ces modèles proposent une conception globale de la discipline infirmière.[6,7] Les modèles conceptuels ont, par la suite, donné lieu à l'élaboration des premières théories infirmières, les théories à large spectre (*meta ou grand theories*).[1] Selon Im et Meleis, une théorie est une articulation organisée, cohérente d'un ensemble de concepts, de propositions et d'énoncés liés à des questions importantes dans une discipline qui, en désignant les relations entre les concepts, permettent une vision systématique des phénomènes.[13] Depuis lors, le mandat des chercheuses est sans équivoque. Il s'agit de constituer un savoir scientifique infirmier à partir duquel il est possible d'analyser les faits, les phénomènes et établir les bases scientifiques de la discipline infirmière.[7,14] Vers le milieu des années 1950 et dans les années 1960 et 1970, plusieurs théoriciennes, dont Peplau, Abdellah, Henderson, Levine, Rogers, Orem, King, Neuman et Roy, développent des théories à large spectre et encouragent leur utilisation pour expliquer de manière unique l'ontologie et l'épistémologie de la discipline et fournir un cadre conceptuel

indépendant pour les quatre champs d'activités infirmières soit, la recherche, la pratique, l'éducation et la gestion.[15]

Dans les années 1990, les théories de moyenne portée (aussi appelée théorie intermédiaire ou *Middle-range theories*) deviennent populaires dans la discipline infirmière. Les auteurs décrivant ces théories basent généralement leur définition sur la classification de Merton. Ayant une portée plus limitée que les théories à large spectre, les théories de moyenne portée se focalisent sur des expériences de santé spécifiques plutôt que sur des généralités. Elles se concentrent sur des concepts précis et concrets et sont directement applicables à la pratique infirmière.[16] Parmi les théories de moyenne portée publiées figurent la théorie de l'incertitude de Mishel (1990), la théorie de la maîtrise de Younger (1991), la théorie des transitions de Meleis et ses collaborateurs (2000), la théorie de la résilience de Haase (2004) pour ne citer que quelques-unes.[7] En dernier lieu, on retrouve les *micro-théories* (*micro-theories, practice theories ou situation-specific theories*) qui sont définies comme des théories axées sur des phénomènes infirmiers particuliers et qui reflètent la pratique clinique.[17] Elles sont limitées à des populations spécifiques ou à des domaines de pratique précis. Elles visent à fournir des bases théoriques faciles à intégrer dans la recherche et la pratique infirmières. Les micro-théories ont l'avantage d'être moins complexes que les théories à large spectre ou intermédiaire. À titre d'exemple, nous pouvons citer la théorie de la transition de la ménopause des femmes immigrées coréennes [18]. Dans ce texte, l'utilisation du vocable théories infirmières doit être compris dans le sens des théories à large spectre qui incluent les modèles conceptuels et les théories.

L'importance de développer les théories infirmières comme unique source de savoirs a toujours été un sujet d'intérêt pour la discipline infirmière. Déjà en 1964, Wald et Leonard soutenaient que c'est en développant ses propres théories que la profession infirmière deviendra une discipline indépendante.[19] D'autres auteurs tels que Johnson et Webber[20] et Alligood[21] rajoutent que le but des théories infirmières est de permettre d'identifier les savoirs qui sont uniques à la discipline afin de fournir une base de données scientifiques pouvant être utilisée pour la pratique, la recherche, la gestion et la formation des infirmières. Le développement des théories infirmières était important pour le futur de la discipline, car les savoirs qui en découlaient permettaient aux infirmières de se distancer du modèle biomédical qui empêchait de saisir la complexité des soins infirmiers. Les savoirs théoriques infirmiers offraient en effet l'avantage de fournir des savoirs scientifiques et des notions descriptives, explicatives et prédictives sur la pratique

des soins infirmiers et les phénomènes humains qui y sont rattachés, ce que la perspective biomédicale n'était pas en mesure de faire.[20,21] De plus, une telle décision était motivée par la nécessité de produire des savoirs scientifiques, uniques et propres aux sciences infirmières afin d'améliorer la pratique et assurer sa reconnaissance et sa crédibilité comme discipline. La cristallisation de l'enseignement universitaire, la création de programmes de doctorat en sciences infirmières (qui exigeaient une formation et des recherches basées sur les théories infirmières), la publication de recherches et le lancement de périodiques souscrivaient à cette vision.[7] Cody souligne aussi que le développement de théories infirmières permet de reconnaître la discipline infirmière comme une discipline distincte. Dénonçant l'éclectisme, Cody soutient que le plus grand devoir d'une infirmière est d'encourager le développement et l'utilisation des savoirs théoriques infirmiers, de les diffuser et de démontrer leur utilité dans la pratique et la recherche.[22] Paradoxalement, il convient de souligner que de nombreuses théories en sciences infirmières se sont développées en prenant comme postulat et prémisses différents concepts issus de la philosophie, de la sociologie, de la psychologie, etc. À titre d'exemple, la théoricienne Jean Watson s'est inspirée de la vision de la relation transpersonnelle du psychologue Carl Rogers fondée sur la congruence, l'authenticité, l'empathie et la chaleur humaine et de celle du philosophe humaniste Milton Mayeroff qui dans son ouvrage *On Caring* élabore les bases du caring en expliquant sa nature, ses caractéristiques et ses effets.[23]

Néanmoins, les chercheuses infirmières sont appelées à la prudence en ce qui a trait aux discours qui promeuvent que les savoirs infirmiers doivent être issus uniquement des théories infirmières. Une telle ligne de pensée ouvre la voie à la création de ce que Foucault nomme un *régime de vérité*. Ce lien sera explicité dans les lignes qui suivent.

### **Théories infirmières et régime de vérité**

Selon Michel Foucault, la vérité est une question historique qu'il convient d'analyser en fonction de ses pratiques et de ses effets. Il n'y a pas une vérité unique. La vérité doit être comprise comme un système de procédures organisées permettant la production, la régulation, la distribution, la diffusion et le fonctionnement des discours. Les méthodes utilisées, les instances impliquées, les techniques et les procédures valorisées pour parvenir à la vérité ainsi que le statut de ceux qui ont la tâche de dire ce qui est vrai ou faux déterminent les savoirs qui sont importants et pertinents.[24] L'auteur précise que la vérité est « liée circulairement à des systèmes de pouvoir qui la produisent et la soutiennent, et a

des effets de pouvoir qu'elle induit et qui la reconduisent ».[25 p160] C'est la conjonction du savoir et du pouvoir qui crée ce que Foucault appelle un régime de vérité. Il soutient que :

Chaque société a son régime de vérité, sa politique générale de la vérité : c'est-à-dire les types de discours qu'elle accueille et fait fonctionner comme vrais; les mécanismes et les instances qui permettent de distinguer les énoncés vrais ou faux, la manière dont on sanctionne les uns et les autres; les techniques et les procédures qui sont valorisées pour l'obtention de la vérité; le statut de ceux qui ont la charge de dire ce qui fonctionne comme vrai.[25 p158]

Foucault considère le discours comme « une arme de pouvoir, de contrôle, d'assujettissement, de qualification et de disqualification qui passe à travers les rapports sociaux » [26 p123] et, étant autant dans ce qui est exprimé que dans l'indicible, il est, un des éléments qui conduisent à établir un régime de vérité. Ainsi, le développement des savoirs infirmiers fondés uniquement sur les théories infirmières conduirait à établir au sein de la discipline un régime de vérité.

Or, dans un texte rédigé dans les années 1990, la théoricienne infirmière Rodgers, a invité à déconstruire les dogmes (les vérités) dans les sciences infirmières. Un dogme, précise-t-elle, se révèle comme une vérité qui dicte ce qui peut être fait, écrit, dit et pensé.[27] Rodgers soutenait que bien que les débats sur les théories empruntées (ou partagées) aient diminué dans les écrits infirmiers, l'utilisation unique des théories infirmières pour développer les savoirs infirmiers était encore d'actualité. Une telle notion, précisait-elle, est une pensée dogmatique et mérite d'être combattue.[27] D'un autre côté, Santos Salas[28] analyse l'impact de l'utilisation des théories infirmières au niveau international. Elle note que l'adoption universelle des théories infirmières telle que préconisée par les théoriciennes comporte une vision hégémonique. Pour Santos Salas, ceci témoigne du besoin d'établir les théories infirmière comme une vérité unitaire et totalisante ce qui contribue à la marginalisation d'autres formes de savoirs. Selon Holmes et Gastaldo, un paradigme unique et intégrateur établi comme vérité dominante est dangereux et antithétique à la nature même de la science. En fait, selon ces auteurs, un tel point de vue n'est pas compatible avec la discipline infirmière qui préconise la diversité et l'inclusion.[29] Pour Meleis, les sciences infirmières en tant que composante des sciences humaines devraient favoriser la diversité et la pluralité paradigmatique, théorique et méthodologique. D'ailleurs, ajoute-t-elle, la concurrence, la diversité, la créativité et l'innovation sont des signes de croissance scientifique.[1] Prenant en considération ces analyses, il est possible de souligner la nécessité de se libérer des contraintes imposées

par les régimes de vérité, les dogmes, les idées hégémoniques et dominantes que promeuvent certains puristes au sein de la discipline infirmière. Pour ce faire, la prochaine section propose un moyen d'atteindre cette condition de possibilité grâce à l'approche généalogique de Foucault qui représente une façon de faire la critique des savoirs infirmiers fondés uniquement sur les théories infirmières.

### La généalogie de Foucault : un aperçu

Empruntant à Nietzsche le terme de « généalogie », Foucault précise que l'analyse généalogique qu'il propose vise à montrer que les systèmes de pensée sont le résultat de contingences, de conditions de possibilité de l'histoire et non la conséquence de tendances rationnelles et inévitables. Par la généalogie, Foucault entend remettre en question les analyses souvent incontestées et tenues pour acquises et questionner ce qui paraît immobile et fragmenter ce qui semble uni. La généalogie montre hétérogénéité de ce qu'on imaginait conforme.[30] Il souligne que :

... toutes ces synthèses qu'on ne problématise pas et qu'on laisse valoir de plein droit, il faut [...] les tenir en suspens. Non point, certes, les récuser définitivement, mais secouer la quiétude avec laquelle on les accepte ; montrer qu'elles ne vont pas de soi, qu'elles sont toujours l'effet d'une construction dont il s'agit de connaître les règles et de contrôler les justifications ; définir à quelles conditions et en vue de quelles analyses certaines sont légitimes.[31 p37]

Foucault précise que le but de la généalogie est de « désassujettir » les savoirs, c'est-à-dire qu'elle veut les opposer contre « l'ordre du discours » établi et les rendre libres. Les savoirs scientifiques, théoriques et formels n'étant pas des connaissances neutres, objectives et universelles, la généalogie doit les analyser en termes de tactiques de pouvoir à travers leur implantation, leur distribution, leur contrôle d'un territoire et d'organisation d'un domaine. Il s'agit, précise Foucault, « de l'insurrection des savoirs, non pas tellement contre les contenus, les méthodes ou les concepts d'une science, mais [...] contre les effets de pouvoirs centralisateurs qui sont liés à l'institution et au fonctionnement d'un discours scientifique ».[32 p165] La généalogie entend « faire jouer des savoirs locaux, discontinus, disqualifiés, non légitimés, contre l'instance théorique unitaire qui prétendrait les filtrer, les hiérarchiser, les ordonner au nom d'une connaissance vraie ».[32 p167]

La généalogie de Foucault s'intéresse particulièrement à la manière dont le pouvoir opère à travers la construction des savoirs. Si les approches conventionnelles du pouvoir le décrivent en termes de coercition ou de répression exercée

par des agents, Foucault présente une analyse du pouvoir qu'il définit en termes de rapports de force multiples visant à organiser les activités des hommes dans la société. Dans une perspective généalogique, le pouvoir joue un rôle producteur. Il est diversifié, subtil et ambigu; il incite et induit certains comportements non pas par la contrainte, mais plutôt par le contrôle des individus.[33] Pour Foucault, « le pouvoir n'est pas une institution et ce n'est pas une structure, ce n'est pas une certaine puissance dont certains seraient dotés : c'est le nom qu'on prête à une situation stratégique complexe dans une situation donnée ».[34 p227] Foucault soutient que :

[C]ette volonté de vérité (comme les autres systèmes d'exclusion), s'appuie sur un support institutionnel: elle est à la fois renforcée et reconduite par toute une épaisseur de pratiques comme la pédagogie [...]. Mais elle est reconduite aussi, plus profondément sans doute par la manière dont le savoir est mis en œuvre dans une société, dont il est valorisé, distribué, réparti et en quelque sorte attribué. [...]. ...Cette volonté de vérité ainsi appuyée sur un support et une distribution institutionnelle tend à exercer sur les autres discours [...] - une sorte de pression et comme un pouvoir de contrainte.[35 p19]

L'approche généalogique telle que décrite ci-dessus est utile pour remettre en question les discours dominants, le statu quo et les régimes de vérité qui sont produits et mis en place par exemple dans les centres de recherche et les universités. Ces discours sont transmis et diffusés dans les lieux d'enseignements et autres forums académiques (ex. : revues, conférences cliniques et scientifiques) et tendent à être considérés comme le seul discours valable. Ainsi, au regard de cette approche, les sciences infirmières fondées uniquement sur les théories infirmières apparaissent comme une discipline dotée de discours dominants véhiculant un savoir vrai, un régime de vérité. Ceci leur permet d'éliminer le pluralisme (ex. : utilisation de théories empruntées) et de réguler ce qui peut être fait ou dit au sein de la discipline. Questionner ces discours ne signifie pas de contester leur valeur; il s'agit plutôt de problématiser, c'est-à-dire, de faire une remise en question. Par exemple, il faudrait se demander quel savoir veut-on développer en sciences infirmières ? Ces savoirs répondent-ils aux enjeux actuels de la discipline et de la profession ? Lorsqu'on met de l'avant, l'importance de l'action et le pouvoir politique des infirmières, comment alors développer des savoirs pour ce nouveau champ d'intérêt si les chercheuses restent cantonnées uniquement aux théories infirmières ?

Or, pour Foucault, pouvoir et savoir sont indissociables : le pouvoir ne peut s'exercer sans « la formation, l'organisation et la mise en circulation d'un savoir ou, plutôt, d'appareils de

savoir ».[36 p36] La combinaison du pouvoir/savoir tend à se diffuser à travers le corps social et à produire une façon de penser, de voir et de faire. Bien que dans leurs tentatives pour atteindre le statut de science, les chercheuses en sciences infirmières aient souvent rejeté l'idée que la science puisse être produite dans une interaction entre les relations de pouvoir et de savoir,[37] il faut, néanmoins, si l'on se réfère à Foucault, analyser les effets de la production du pouvoir, du savoir, de la diffusion des discours et des pratiques que promeut une discipline. En fait, le développement des savoirs tel que souhaité par les théoriciennes vise à apporter des modifications uniformes et homogènes que celles-ci estiment nécessaires d'imposer aux infirmières et à la discipline quant à la manière de penser et d'analyser les événements et de produire des recherches. Adoptant la perspective foucauldienne, il devient alors patent que les savoirs développés à l'aide des théories infirmières ne peuvent être considérés comme des connaissances neutres. Et, dans le cadre d'une analyse généalogique, il s'agit de critiquer et de dénoncer un tel discours, de faire valoir son caractère hégémonique et mettre de l'avant la dimension politique des sciences infirmières qui bien que présente est souvent minoritaire dans le corpus de savoirs infirmiers. En effet, l'inclusion de deux autres typologies de savoirs infirmiers : sociopolitiques et émancipatoires développés par White (1995) et Chinn et Kramer (2008) pour enrichir les savoirs de Carper (empirique, personnel, esthétique, éthique) ont mis l'accent sur les contextes sociaux, culturels, communautaires, politiques et économiques de la santé et les inégalités sociales entre les individus tout en étant pertinentes, demeurent peu utilisées dans le développement des savoirs infirmiers et de l'engagement politique des infirmières.[38]

### Implications politiques pour les sciences infirmières

Depuis les années 1980, Schutzenhofer et Cannon avaient noté l'apathie politique qui caractérise les infirmières. [39] Pour O'Byrne et Holmes[40], le manque d'intérêt politique des infirmières découle du fait que la majorité des théories infirmières sont le plus souvent dépourvues de concepts politiques ou ne tiennent pas compte des phénomènes politiques de la discipline infirmière. O'Byrne et Holmes définissent le politique comme « un ensemble de mécanismes distincts, mais interdépendants qui fonctionnent collectivement pour réguler, structurer et maintenir l'ordre des groupes; un large éventail d'appareils qui régulent en collaboration l'appartenance à un groupe, les identités de groupe et le comportement de groupe ».[40 p154, Traduction libre] De son côté, Foth[41] reconnaît que les théories

infirmières, en mettant l'accent sur les valeurs traditionnelles, en particulier, le *care* et les caractéristiques féminines telles que la bonté et la bienveillance ne permettent pas une analyse politique de la pratique infirmière. Et, voulant faire ressortir le rôle politique des infirmières, l'auteur a opté pour les concepts théoriques de biopouvoir et de biopolitique développés par Foucault dans son analyse du rôle des infirmières sous le régime nazi. Foth présente ainsi le pouvoir comme un des éléments constitutifs de la pratique infirmière et souligne que les sciences infirmières se sont développées en tant que partie intégrante des sociétés biopolitiques modernes.[41] Dans la même veine, McGibbon et ses collaborateurs indiquent que les savoirs infirmiers reposent en grande partie sur des discours apolitiques et marginalisés. Ils notent que des concepts tels que le pouvoir ou la politique sont absents des fondements philosophiques du métaparadigme infirmier et peu présents dans les théories infirmières ce qui, d'ailleurs, contribue à créer un terrain propice à l'oppression des populations marginalisées. Ils soulignent que la nature apolitique et positiviste des théories infirmières continue d'entraver l'action sociale et politique des infirmières. Ces auteurs citent en exemple les théories d'Orem et de Parse qui, selon eux, promeuvent le colonialisme et s'inscrivent dans une orientation apolitique en mettant l'accent sur l'individu, la famille et la communauté comme unité d'analyse et excluant les contextes politiques, historiques, sociaux et économiques de la santé et du bien-être.[42] Selon ces auteurs, bien que ces théories aient été initialement créées pour donner de la crédibilité à la discipline infirmière et que les théoriciennes qui les ont élaborées avaient travaillé avec diligence pour faire progresser les savoirs infirmiers, le contexte sociopolitique et culturel de domination de la profession médicale qui prévalait (et qui prévaut encore à ce jour) aurait pu favoriser l'émergence de théories fondées sur des concepts comme le pouvoir et le politique afin de critiquer l'hégémonie médicale et mettre en avant le pouvoir politique des infirmières et de la discipline infirmière. Pour Holmes et Gagnon[43], afin de favoriser le développement de la dimension politique dans la discipline infirmière, les chercheurs devraient recourir à l'approche poststructuraliste. Selon ces auteurs, les concepts développés par des philosophes et les tenants de l'approche poststructuraliste, tels que Deleuze et Guattari, Foucault ou Derrida, conduisent à la déconstruction des régimes de vérité comme les diagnostics infirmiers, le mouvement infirmier fondé sur les preuves, etc.[43. St-Pierre et Pillow[44] ont écrit ce qui suit sur le poststructuralisme:

Le poststructuralisme [...] n'offre pas d'alternatif à un régime de vérité [...]. Il propose des critiques et des méthodes pour examiner les fonctions et les effets de

toute structure ou grille de régularité que nous mettons en place, y compris ceux que le poststructuralisme lui-même pourrait créer. [44 p6, Traduction libre]

Selon Holmes et Gagnon, l'approche poststructuraliste permet de critiquer les projets structuralistes qui proposent une compréhension rigide de la vérité ou de l'essence d'un phénomène, l'inertie, la tradition, le conservatisme qui minent les institutions, les revues et les structures universitaires infirmières. Pour ces auteurs, l'approche poststructuraliste invite en réalité à la résistance.[43] Et, comme le souligne Foucault, « le problème politique essentielle [...], ce n'est pas de critiquer les contenus idéologiques qui seraient liés à la science. [...]. Le problème n'est pas de changer la conscience des gens ou ce qu'ils ont dans la tête, mais le régime politique, économique, institutionnel de production de vérité ».[25 p158] Donc, ce qu'il faut changer c'est la façon de définir les savoirs infirmiers, de considérer la discipline infirmière comme un univers clos et d'envisager d'autres possibilités pour le développement des savoirs infirmiers qui répondent aux défis auxquels la discipline et la profession infirmières sont confrontées.

## Conclusion

Cette analyse qui utilise une perspective critique pour comprendre le développement des savoirs infirmiers vise à remettre en question les « vérités » imposées par l'entremise des théories infirmières et le contrôle exercé par les théoriciennes sur la discipline infirmière et le statut hégémonique que peuvent avoir les théories infirmières. L'approche généalogique offre la possibilité de produire un contre-discours face à la coercition des discours théorique, scientifique et unitaire. Avec cette perspective, il s'agit de s'éloigner des discours qui sont pris pour acquis et qui servent à légitimer certains savoirs et ceux qui maintiennent et régulent ces savoirs. En fait, les travaux de Foucault nous permettent d'appréhender la construction des savoirs infirmiers sous un angle plus critique afin de laisser émerger les perspectives politiques des sciences infirmières. La finalité de ce texte n'est pas de proposer uniquement les concepts foucauldien pour développer les savoirs infirmiers, car ils deviendraient à leur tour des régimes de vérité, mais de les présenter comme une possibilité d'analyser de façon critique les savoirs infirmiers. En fait, les savoirs infirmiers doivent être continuellement remis en question et réévalués de façon à répondre aux nouveaux phénomènes en sciences infirmières, aux besoins sans cesse renouvelés des individus et aux changements sociaux, culturels et politiques de la société.

## Références

1. Meleis AI. *Theoretical nursing: Development & progress*. 5th ed. Philadelphia: Wolter Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins; 2012.
2. Masters K. *Nursing theories: A framework for professional practice*. 2nd ed. Sudbury MA: Jones & Barlett Learning; 2015. p.1-14.
3. Pépin J, Ducharme F, Kérouac S. *La pensée infirmière*. 3e ed. Montréal : Chenelière Éducation; 2017.
4. Timmins F, O'Shea J. The Roper-Logan-Tierney (1996) model of nursing as a tool for professional development in education. *Nurse Education in Practice*. 2004; 4(3): 159-167.
5. Birot P, Dervaux MP, Pegon M. Le modèle McGill. *Recherche en Soins Infirmiers*. 2005; 1(8): 28-38.
6. McKenna H, Slevin, OD. *Nursing models, theories and practice*. UK: Blackwell Publishing; 2008.
7. Alligood MR. *Nursing theory: Utilization and application*. St-Louis, Missouri: Elsevier Mosby; 2014.
8. Collière MF. *Promouvoir la vie : de la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers*. Paris : InterÉditions/Masson; 1982.
9. Cohen Y. Réflexions sur l'histoire des infirmières au Québec. *Recherche en soins infirmiers*, 93(2) : 84-93. doi:10.3917/rsi.093.0083.
10. Petitat A. *Les infirmières : de la vocation à la profession*. Montréal : Boréal; 1989.
11. Cohen Y. *Profession infirmière: une histoire de soins dans les hôpitaux du Québec*. Montréal, QC : Les Presses de l'Université de Montréal; 2000.
12. Baly M. *Florence Nightingale and the nursing legacy: building the foundation of modern nursing and midwifery*. 2nd ed. Philadelphia, PA: BainBridgeBooks; 1998.
13. Im EO, Meleis AI. Situation-Specific theories: Philosophical roots, properties, and approach. *Advanced Nursing Science*. 1999; 22: 11-24.
14. Winch S, Henderson AJ, Creedy DK. The growth of ideas and theory in nursing. In: Daly J, Speedy S, Jackson D. *Contexts of nursing: an introduction*. 2nd ed. Chastwood, N.S.W.: Elsevier Australia; 2010. p. 86-98.
15. Im EO, Chang SJ. Current trends in nursing theories. *Journal of Nursing Scholarship*. 2012; 44(2): 156-164.
16. Slevin O. *Nursing models and theories: Major contributions*.

- In: Basford L, Slevin O. Theory and practice of nursing: an integrated approach to caring practice. 2nd ed. Cheltenham, UK: Nelson Thornes.
17. Peterson SJ, Bredow TS. Middle-range theories: application to nursing research. 2nd ed. Philadelphia, PA : Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins; 2013.
18. Im, EO. Development of Situation-specific Theories: an Integrative Approach. *Advances in Nursing Science*. 2005; 28(2): 137–151.
19. Wald FS, Leonard, RC. Towards development of nursing practice theory. *Nursing Research*. 1964; 13(4): 309-313.
20. Johnson BM, Webber PB. An introduction to theory and reasoning in nursing. 4th ed. Philadelphia, PA: Wolter Kluwers Health/Lippincott Williams & Wilkins; 2015.
21. Alligood MR. Nursing theorist and their works. 9th ed. St-Louis, Missouri: Elsevier; 2014.
22. Cody WK. Drowning in eclecticism. *Nursing Science Quarterly*. 1996; 9(3): 86–88.
23. Clark CS. Watson's human caring theory: pertinent transpersonal and humanities concepts for educators. *Humanities*. 2016; 5(2): 1-12. doi:10.3390/h5020021
24. Foucault M. Truth and power. In: Gordon C. *Power/knowledge: selected interviews and other writings*. New York: Pantheon Books; 1980. p.109-133.
25. Foucault M. « Entretien avec Michel Foucault ». In: Foucault M. *Dits et écrits II*, Paris, Gallimard, coll. Quarto; 2001 [1994].
26. Foucault M. Le discours ne doit pas être pris comme... . *Dits et Écrits*. Tome 3. Paris: Éditions Gallimard; 1994: p. 123-124.
27. Rodgers BL. Deconstructing the dogma in nursing knowledge and practice. *The Journal of Nursing Scholarship*. 1991; 23(3): 177-181.
28. Santos Salas A. Toward a north-south dialogue: revisiting nursing theory (from the south). *Advances in Nursing Science*. 2005; 28(1): 17-24.
29. Holmes D, Gastaldo, D. Rhizomatic thought in nursing: an alternative path for the development of the discipline. *Nursing Philosophy*. 2004; 5(3): 258-267.
30. Foucault M. Nietzsche, la généalogie l'histoire. *Dits et Écrits*. Tome 2. Paris : Éditions Gallimard; 1994; 136-157.
31. Foucault M. *L'archéologie du savoir*. Paris : Gallimard; 1969.
32. Foucault M. *Cours du 7 janvier 1976. Dits et Écrits*. Tome 3. Paris: Éditions Gallimard; 1994: p. 163-177.
33. Foucault M. *Le sujet et le pouvoir. Dits et écrits*. Tome 4. Paris: Éditions Gallimard; 1994; 222-243.
34. Ildéfense F. *Le pouvoir intériorisé*. In : Goddard J-C, Bernard M. *Le pouvoir*. Paris: Librairie Philosophique J. Vrin. 1994.
35. Foucault M. *L'Ordre du discours*. Paris: Éditions Gallimard. 1971.
36. Foucault M. *Surveiller et punir: naissance de la prison*. Paris: Éditions Gallimard, Collection Tel; 1995.
37. Gastaldo D, Holmes D. Foucault and nursing : a history of the present. *Nursing Inquiry*. 1999; 6(4): 23-40.
38. Martinez-Rodriguez A, Martinez-Faneca L, Casfont-Bullich C, Olivé-Ferrer MC. Construction for nursing knowledge in commodified contexts: a discussion paper. *Nursing Inquiry*. 2020; 00: e12336. doi.org/10.1111/nin.12336
39. Schutzenhofer K, Cannon S. (1986). Moving nurses into the political process. *Nurse Educator*. 1986; 11 : 26-28.
40. O'Byrne P, Holmes D. The politics of nursing care correcting deviance in accordance with the social contract. *Policy, Politics, & Nursing Practice*. 2009; 10(2): 153-162.
41. Foth T. Understanding "caring" through biopolitics: the case of nurses under the nazi regime. *Nursing Philosophy*. 2013; 14(4): 284-294.
42. McGibbon E, Mulaudzi FM, Didham P, Barton S, Sochan A. Toward decolonizing nursing: the colonization of nursing and strategies for increasing the counter-narrative. *Nursing Inquiry*. 2014; 21(3): 17 9–191.
43. Holmes D, Gagnon M. Power, discourse, and resistance: Poststructuralist influences in nursing. *Nurs Philos*. 2018;19: e12200.
44. St.Pierre E A, Pillow WS. Inquiry among the ruins: An introduction. In: St.Pierre EA Pillow WS (Eds.). *Working the ruins: Feminist poststructural theory and methods in education* (pp. 1-24). New York: Routledge; 2000: 1-24.

*Remerciements :*

*L'auteure remercie la Dre. Amélie Perron pour les commentaires et suggestions fournies lors de la rédaction de ce texte.*

*Pour contacter l'auteure :*

*Evy Nazon, inf., PhD  
Université du Québec en Outaouais  
Département des sciences infirmières  
283, boulevard Alexandre-Taché, pièce C-1813  
C.P. 1250, Succursale Hull  
Gatineau, (Québec) Canada J8X 3X7  
Courriel : [evy.nazon@uqo.ca](mailto:evy.nazon@uqo.ca)*