

APORIA

LA REVUE EN SCIENCES INFIRMIÈRES • THE NURSING JOURNAL

Sommaire/Content

Vol.1, Numéro 2/Vol.1, Issue 2

Éditorial/Editorial

7

ARTICLE 1

E.C. WALSH
PRISON NURSING:
THE KNOWLEDGE/POWER CONNECTION

15

ARTICLE 2

A. HUTTON, T. RUDGE & L. BARNES
THE EFFECT OF LABELLING PRACTICES IN AN
ADOLESCENT FACILITY

23

ARTICLE 3

A. JUTEL & D.B. MENKES
SOFT TARGETS:
NURSES AND THE PHARMACEUTICAL INDUSTRY

31

ARTICLE 4

H. LAPERRIÈRE
LA CONSTRUCTION INTERCULTURELLE
D'UNE CRITIQUE THÉORIQUE EN SANTÉ
COMMUNAUTAIRE: LE CAS DE LA P. ÉDAGOGIE
DE FREIRE

42

ARTICLE 5

P. KRÖL
DE L'APPRENTISSAGE À LA MESURE DU CARING:
RÉFLECTION ÉPISTÉMO-ONTOLOGIQUE

Fidèle à sa mission première, ce deuxième numéro d'APORIA convie les lecteurs à poursuivre leur réflexion critique en regard de thématiques contemporaines dans les domaines des sciences infirmières et des sciences de la santé. Les membres du comité éditorial sont donc fiers de vous présenter cinq nouveaux articles qui, nous en sommes convaincus, sauront répondre à vos attentes. APORIA se veut une revue internationale et ce deuxième numéro le confirme bien. Elizabeth Walsh (Royaume-Uni) nous propose un article fascinant qui résume les résultats d'une recherche conduite en milieu correctionnel là où les enjeux relatifs au pouvoir et au contrôle social ont un impact décisif sur la pratique professionnelle du personnel infirmier. Utilisant une perspective foucauldienne, la modélisation et l'articulation de ces enjeux permet au lecteur de comprendre la complexité des défis auxquels est confronté le personnel infirmier exerçant en milieu correctionnel. Walsh soutient que par le biais d'une supervision clinique continue, le personnel infirmier pourra remettre en question les discours dominants qui ont cours en milieux correctionnels et, par conséquent, transformer leur pratique professionnelle alors que celle-ci s'inscrira dans une entreprise de résistance vis-à-vis du fonctionnement totalitaire de ces milieux.

Alison Hutton et al. (Australie) partagent avec nous les résultats d'une recherche discutant des implications relatives à l'étiquetage de patients adolescents alors que ceux-ci sont regroupés suivant leurs diagnostics. Les conclusions de cette recherche empirique novatrice, supportée par un cadre théorique solide (Foucault et Goffman), montrent que le processus d'étiquetage, dont les diagnostics constituent la finalité, engendre des effets non négligeables non seulement sur le type de soin offerts aux patients mais aussi sur les représentations que se fait le personnel infirmier à l'égard des patients. L'utilisation minutieuse et avertie des travaux d'Erving Goffman et de Michel Foucault prouve hors de tout doute la pertinence et l'importance de ces classiques pour comprendre les pratiques cliniques contemporaines.

Le troisième article que nous proposent Annemarie Jutel et David Menkes (Nouvelle-Zélande) s'attarde aux influences que peuvent avoir les compagnies pharmaceutiques sur la pratique des soins infirmiers alors que ces influences sont tout simplement évacuées des cursus de formation en sciences infirmières. Par le biais d'une recension exhaustive des écrits, Jutel et Menkes n'hésitent pas à affirmer que les programmes de formation en sciences infirmières ne préparent pas adéquatement les étudiants qui, en tant qu'infirmières et infirmiers, auront à transiger quotidiennement avec les visées commerciales des compagnies pharmaceutiques.

Helène Laperrrière (Canada) nous propose quant à elle un texte polémique qui vise non seulement à mieux comprendre l'importance de la pédagogie brésilienne de Paulo Freire dans la formation académique en santé communautaire et en santé publique, mais qui critique la manière dont les travaux de Freire sont utilisés. Par le biais d'une analyse socio-historique de manuscrits originaux brésiliens, le texte de Laperrrière discute de la genèse et de l'évolution des idées reliées à la pédagogie freirienne tout en affirmant du même coup que pour répondre aux exigences internes des marchés nord-américains, les travaux de Freire ont été modifiés, voire travestis, ce qui a eu pour résultat de présenter à tort un Paulo Freire conciliateur et apolitique.

Enfin, Pawel Krol (Canada) pose un regard critique sur les avancées technologiques qui participent à la déshumanisation des personnes (soignantes et soignées) et à l'instrumentalisation des pratiques de soins modernes. Cet argument sert de point de départ à une réflexion épistémologique questionnant la cohérence entre la théorie du human caring de Watson et la mesure de supposés « indicateurs ». Krol nous invite urgemment à réfléchir sur l'incommensurabilité des paradigmes postpositiviste et constructiviste.

L'équipe d'APORIA vous invite par ailleurs à réagir aux articles publiés et à nous faire parvenir vos commentaires, que vous soyez en accord ou en désaccord avec les propos exprimés par certains auteurs. C'est avec plaisir que nous publierons ceux-ci dans le but de favoriser le débat.

Dave Holmes
Rédacteur en chef

Marilou Gagnon
Collaboratrice

Éditorial/Editorial

This second issue of APORIA continues to challenge readers and encourage critical reflections regarding contemporary issues in the specific field of nursing and the larger domain of health sciences. Editorial board members are pleased to publish five new articles that will surely be of interest. In January, APORIA launched as an international journal; in this particular issue we are proud to feature authors from Australia, Canada, New Zealand, and the United Kingdom. Elizabeth Walsh (United Kingdom) introduces the results of a study conducted in prison settings, where power and control are complex issues that have significant effects on nursing practice. This fascinating article explores the way in which power, discourse and knowledge influence the emotional labour and professional practice of nurses working in prison health care settings. Based on a Foucauldian perspective, the conceptualization and depiction of power/knowledge relationships enable the reader to fully understand the challenges faced by nurses who provide health care in these particular contexts. Walsh suggests that clinical supervision helps nurses to challenge dominant discourses at play in prison settings and allow them to transform their practice in ways that embody resistance.

The article by Alison Hutton and colleagues (Australia) is of great importance because it explores the implications of labeling of patients according to specific diagnoses. As such, these authors expose how diagnostic labels are used to divide patients (in this study, teenagers) into specific groups for the purposes of structuring and delivering nursing care. Supported by a strong theoretical framework (Goffman and Foucault), the research findings presented in the article show that the labeling process determines not only the type of care provided to patients but also the ways it changes nursing staff's representations of their clientele. The meticulous use of Goffman's and Foucault's complementary work attests to the relevance and importance of these classic theories to explain contemporary clinical practices.

The third article featured in this issue of APORIA is a critical essay by Annemarie Jutel and David Menkes (New Zealand). These authors explore the potential impact of pharmaceutical companies on nursing while highlighting that such a discussion has remained unexplored in both nursing education and nursing practice. Grounded in an extensive review of the literature, the article by Jutel and Menkes indicates that nurses are uncritically accepting of industry influence on education and practice. As such, these authors argue that education programs do not adequately prepare nurses to cope with the commercial interests of pharmaceutical companies in their daily practice.

This article is followed by a controversial text by Hélène Laperrière (Canada) who demonstrates the importance of Paolo Freire’s work relating community health and public health. Yet, Laperrière is critical of the way in which Freire’s work is used and applied by academics. Based on the socio-historical analysis of Brazilian archives, this article explores the birth and evolution of Freirian pedagogy while exposing how Freire’s ideas have been modified to fit North American market expectations; thus, she argues, Paolo Freire is often misrepresented as a conciliator and apolitical thinker.

Finally, Pawel Krol (Canada) critically explores the “technologization” of contemporary health care practices and the ways that technological advances tend to dehumanize patients and health care professionals alike. This argument is the starting point of an epistemo-ontological discussion that questions the consistency between Watson’s theory of Human Caring and the measurement of caring indicators. As such, Krol invites us to examine the incommensurability of the post-positivist paradigm and the constructivist paradigm.

APORIA invites readers to critically position themselves in relation to the articles featured in this issue. For those who wish to comment on specific issues brought forward by the authors, we will gladly publish your responses to create dialogue and encourage debate.

Dave Holmes
Editor-in-Chief

Marilou Gagnon
Collaborator

Abstract

Prisons are institutions where power and control are complex issues which have a significant affect on nursing. This paper focuses on the development of a framework to illuminate an understanding of the way in which power, discourse and knowledge connect within the prison setting, and thus impact on both the emotional labour and professional practice of the prison nurse. Central to developing this framework is reference to a study which explored the emotional labour of prison nurses. In affecting the complex knowledge/power relationships within the prison health care setting, regular high quality clinical supervision is suggested as one way in which prison nurses can be supported in challenging the regimes of truth that underpin the dominant discourses affecting their practice, and hence their levels of emotional labour.

Key Words clinical supervision, emotional labour, Foucault, knowledge/power connection, prison

Prison Nursing: The Knowledge/Power Connection

ELIZABETH CLARE LOUISE WALSH

Introduction

This paper presents a framework to illustrate the knowledge/power connection in the prison health care setting. It was developed as part of a study in which the emotional labour of nurses working in HM Prison Service in England and Wales was examined (Walsh E, 2007, unpublished thesis). The knowledge/power connection considered in this paper, and viewed through the lens of a Foucauldian postmodernist philosophy highlights the way in which knowledge and power influence nurses working in this setting, taking into consideration the dominant discourses to which they are exposed and the resultant impact on their levels of emotional labour. The study from which this framework was

developed is not discussed in detail in this paper, however, brief detail of the study is provided to enable the reader to understand the world of the prison nurse and to illuminate the development of the proposed framework.[1]

Exploring the emotional labour of prison nurses

Nurses working in prison in England and Wales can be seen to have a dual role, encompassing both health care and security. The competing priorities of care and custody within the prison setting can often place the nurse in direct conflict with the prison system. Couple this with the need for the nurse working with prisoners to maintain a professional, effective approach to practice, and it can be seen that these nurses are undertaking significant emotional labour. Mann identifies three components of emotional labour: "The faking of emotion that is not felt; and/or the hiding of emotion that is felt, and the performance of emotion management in order to meet expectations within a work environment".[2 p208] The impact of prolonged exposure to high levels of emotional labour can have a significant

effect on the well being of the nurse.[3]

In order to examine the emotional labour of these nurses, a qualitative, reflexive methodology was adopted with a postmodern philosophical foundation. Phase one of the study involved semi-structured interviews with nine qualified nurses from three adult prisons; two male establishments and one female. In phase two of the study, two of these nine nurses entered into a supervisory relationship with me, the researcher, whereby monthly clinical supervision sessions were held with both nurses separately, over six months. A discourse analysis was undertaken throughout this study, using transcripts from the interviews, my own reflective research diary, documentary evidence, and notes made from clinical supervision sessions. In addition, my own reflections and experience as a prison nurse was included.

Findings from this study suggest that the nurse working in prison experiences emotional labour as a consequence of four key relationships: the relationship with the prisoner patient, the relationship with officer colleagues, and the relationship with the Institution. The fourth relationship, and perhaps that which causes the most significant emotional stress for the nurse, is that which they have with themselves. This 'intranurse' relationship is characterised by the contradictory discourses the nurse engages with internally. This relationship involves ongoing internal dialogue between the two selves of the nurse: the professional self and the emotional 'feeling' self. In order to help manage emotional labour, it is suggested that the development of emotional intelligence through clinical supervision and reflective practice is of significant benefit.

The focus of this paper is the proposal of a framework to illustrate and guide understanding of the knowledge/power connection in the prison nursing arena, however, it is suggested that the following discussion of postmodernism is important, as it serves to contextualise my position both as researcher and participant in the study from which the framework is drawn.

Postmodernism

According to Mautner, postmodernism can mean many different things.[4] The term is used in architecture, in contemporary culture and the arts and in philosophy; hence, Mautner and Alvesson both highlight the need for clarity of meaning in any writings claiming to use a postmodern perspective.[4,5] However, Rodgers, in attempting to provide a definition, asserts that "this is a nearly impossible task because the very essence of postmodernism would seem to eschew a single definition".[6 p131] Burnard suggests that,

because postmodernism is against systems building and the development of grand theories, definition is problematic. He continues to suggest that postmodernism positively avoids definition, as to define it would be to "force it to commit itself, to state itself positively".[7 p241] Rodgers suggests that, although there is no single definition that can convey intent and meaning, there is one basic tenet of postmodernism which "characterises the domain of the ideology".[6 p133] She provides the statement 'the center does not hold' as what she terms 'the rallying cry of postmodernists'. Although this is viewed as one aspect of postmodern thinking, Alvesson highlights others such as the centrality of discourse; fragmented identities; the critique of the idea of representation; the loss of foundations and master narratives; and the knowledge/power connection as the central themes underpinning postmodern thinking.[5] It is this knowledge/power connection that is developed in this paper and viewed as an effective way to assist in understanding the roots of emotional labour and clinical practice of nurses working in prison.

The centrality of discourse

Alvesson refers to discourse as: 'Language use anchored in an institutional context, expressing a fairly structured understanding or a line of reasoning with active, productive effects on the phenomenon it claims to understand 'neutrally''.[5 p48] He continues to suggest that discourses not only structure the world but also structure the person's subjectivity and provide them with a place in the world and a social identity. Rodgers suggests that discourse is not limited to language but rather that it goes beyond it, as a statement is not merely words, but 'an interaction between the speaker and the listener'.[6 p134]

An appreciation of the importance of discourse in understanding phenomena is central to this study. The stories of the nurses involved in my study provide an insight into how prison nursing 'is' in the prison setting for these nurses, and provides it with an awareness of where the nurse is placed within the context of the prison. An examination of the emotional labour of the prison nurse is only possible if the nature of the discourse within which the nurse is placed is made explicit.

Fragmented identities

According to Alvesson, "Postmodernism rejects the notion of the autonomous, self-determining individual with a secure unitary identity as the centre of the social universe...Generally the human subject is viewed as an effect of, or at least strongly constrained by and constituted within, discourse".[5 p50] It

is my belief that all people are individuals with their own views, thoughts and feelings that shape their identity which leads me to resonate with the notion of fragmented identities. Indeed, when thinking about this belief from a postmodern perspective, this goes one stage further in suggesting that people are a result of being involved in and constructing their own discourse and it is in these discourses that the feelings, views and thoughts of people are articulated.

In examining this stance from a Foucauldian perspective, I view the use of analysing and examining discourses as a useful means of looking at the way in which the use of power affects the situation in which prison nurses find themselves. Underpinning this idea, I suggest that the values, thoughts and beliefs inherent in the nurse may be shaped as a result of previous and present power relations. Francis states that the understanding of power embedded in discourse “helps to explain the ways in which an individual’s power position appears to shift depending on the interactive environment”. [8 p22]

The critique of the idea of representation

Postmodern philosophers question the idea of representation, i.e. the ability to represent objects using language. It is suggested that a general objective reality is elusive because objects can only be defined in terms of the object for the person to whom the object is significant. For example, my experiences of prison and hence my ability to describe it as an objective reality is flawed because to propose a general perception of ‘prison’ would be wrong – it is only my perception as it pertains to me that I am describing. That of an ex-prisoner would be very different. Therefore, the meaning of prison will be different to all those who have experienced

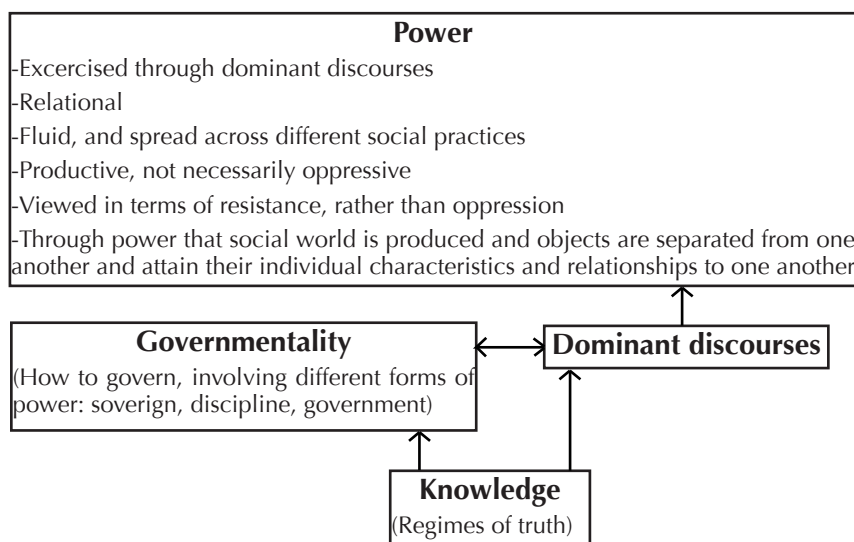
it in whatever form (shaped and influenced by power and discourse) and therefore the meaning will never be final. It will always be “incomplete and indeterminate”. [5 p53]

The idea of representation and its meaning in a postmodernist study means that the notion of emotional labour and the narratives of those nurses involved in the study may only be pertinent to those nurses, at that time, in that context. This does not mean to say that what we learn from them will be useless information; far from it. I feel that the data enable and support further study of emotional labour in prisons and, indeed, can help inform the training and development of both new and existing staff in this setting. As Alvesson & Skoldberg suggest, “The study of suitable (well-thought out) excerpts from this reality can provide an important basis for a generation of knowledge that opens up rather than closes, and furnishes opportunities for understanding, rather than establishing ‘truths’”. [9 p5]

The loss of foundations and master narratives

Alvesson suggests that the postmodern school of thought rejects grand/master narratives and proposes that there is not one single truth but that there are many truths, developed and sanctioned from within the context that they are generated. [5] A practical example of this can be seen in Ceci. [9] In his foundational work, ‘The Postmodern Condition: A Report on Knowledge’, Lyotard asserts that “postmodernism is incredulity towards metanarratives”. [11 pxxiv] In rejecting the metanarrative, or one truth, Lyotard offers the view that discourses of learning are “taken up not from the point of view of their immediate truth value, but in terms of the value they acquire by virtue of occupying a certain place in the itinerary of Spirit or Life – or if preferred, a certain position in the

Figure 1: The knowledge/power connection as viewed from a Foucauldian perspective



Encyclopaedia recounted by speculative discourse”.[11 p35] In essence, placing certain discourses in higher regard than others leads to an automatic acceptance that they must be ‘the truth’. The work of Lyotard has been enlightening for me in conducting this study in terms of questioning my own perspectives on truth. However, I have also considered my reaction to Lyotard’s seminal work and questioned whether Lyotard himself is suggesting a metanarrative.

The knowledge/power connection

From a Foucauldian perspective where power is viewed through discourse, there are many levels that must be considered. There are power relations evident at all levels within the prison setting which affect an individual’s understanding of their world, e.g. the nurse and the institution; the nurse and the multidisciplinary team; the multidisciplinary team and the institution; the nurse and the prisoner patient; between the nursing staff themselves; and the relationship between the researched and the researcher.

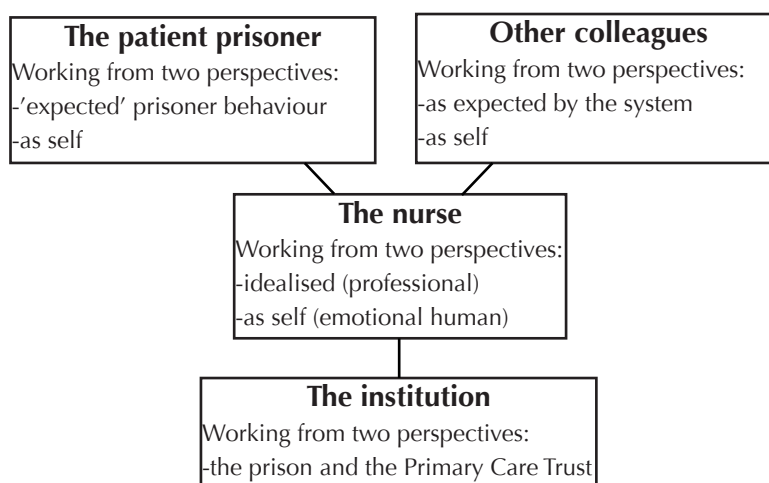
According to Manias & Street, power has traditionally been viewed in terms of the ‘juridico-discursive’ model based on three assumptions: power is possessed; it flows from a centralised source from top to bottom; and it is primarily oppressive.[12] However, from a Foucauldian perspective, power is not directly viewed in these terms as it can be constructive and does not necessarily flow from top to bottom. Foucault did not think that power is possessed as such but that it is exercised through the dominant discourses of social institutions.[12] As such, Irving states that, “Discourse is the medium for transmitting power/knowledge”.[13 p406] Alvesson cites Foucault who suggests that it is not the power that one possesses or acquires that is of interest but that these appearances of power are the outcome of more fundamental

power relations, which can be seen through the discursive practices and dominant discourses surrounding people and institutions.[5] Alvesson contends that the discursive formation is “the combination of a set of linguistic distinctions, ways of reasoning and material practices that together organise social institutions and produce particular forms of subjects”.[5 p56] It is with this in mind that the analysis in this study addressed the narrative not only through interview, but also through documentary evidence, data from clinical supervision sessions and reflections in my own reflective diary.

Power and knowledge, according to Foucault, are inextricably linked because it is knowledge that underpins dominant discourses. As Manias & Street state, “Knowledge reinforces and supports existing regimes of truth”.[12 p53] It is these regimes of truth within institutions that underpin the dominant discourse of the institution and subsequently how the institution and its population are controlled. Irving states that power and knowledge “mutually condition each other so that, as ideas become accepted as knowledge or “truth”, they can delimit the discussion of other possibilities”.[13 p406]

There are clear links here with the notion of reflective practice in so much as it is the reflection on and in practice that challenges accepted knowledge and instigates changes in both practice and power relations amongst practitioners. The promotion of reflective practice through clinical supervision and qualitative interviewing alters power relations amongst practitioners and the institution within which they practice. As Blackburn so eloquently states, “Reflection enables us to step back, to see our perspective on a situation as perhaps distorted or blind, at the very least to see if there is argument for preferring our ways, or whether it is just subjective”.[14 p11] Although this perspective highlights the transformatory power of reflection, I suggest that this is something that those

Figure 2: Four key relationships



who practice in an oppressive institution or who are less than confident in their own positions may find challenging.

The concept of governmentality has been used in the literature to examine nursing as a health profession[15] and in understanding the position of nursing in the correctional forensic psychiatric setting[16,17]). Irving defines governmentality as “the way in which the conduct of government operates through the establishment of the moral obligation to self-govern”. [13 p406] She compares this to the notion of sovereign power in which obedience is based on “fear of the consequences of disobedience”. [13 p406] However, Holmes and Gastaldo suggest that the notion of governmentality can be viewed as a tripartite, complex system of power relations between sovereign power, disciplinary power and government, where sovereign power is exercised through repression and domination; disciplinary power through surveillance, punishment and rewards; and government power, which is rooted in the dominant discourse of moral obligation to self-govern. [15] This complex power relation needs to be unravelled when examining the notion of emotional labour of prison nurses as they encounter all three forms of power in their daily practice, affecting their internal feelings, their practice, their relationship with patients and other members of the multidisciplinary team, and their position within the institution and the systems in which they work.

As this diagram shows, from a Foucauldian perspective, knowledge underpins the dominant discourses through

which power is applied. Therefore, it is important to be aware of the way in which knowledge is developed, given its key role in underpinning dominant discourse. Please refer to Figure 1 on page 9.

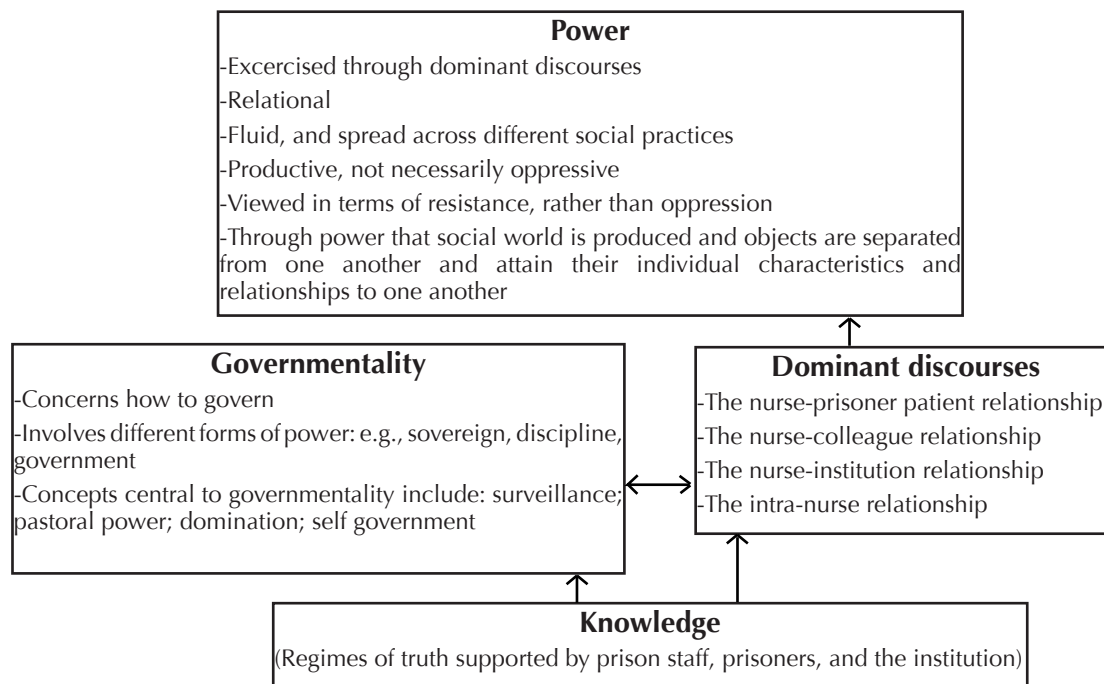
The prison nurse: key relationships

I suggest that the way in which the nurses in this study experienced and worked with emotional labour is evident through four key relationships: the relationship with the prisoner patient; the relationship with discipline colleagues; and their relationship with the prison as an institution, governing their overall practice. The fourth relationship, and perhaps that which is most significant, is the relationship the nurse engages in internally, with themselves. Given the relationships with which the prison nurse engages, it must also be noted that those with whom they engage also operate on both an external and internal level. As the focus of this work is the nurse, the operation of the other actors is not under analysis but is important to recognise.

In order to provide a visual representation of my thinking, the following figure illustrates these relationships and their interactions with one another. Please refer to Figure 2 on page 10.

The effect of these relationships on the nurse, both internally and externally, impacts on the care they give and the way in which they practice. These relationships will also affect how they feel both internally and in their public displays. Therefore, the web of relationships within which the nurse is

Figure 3: The prison nurse knowledge/power connection



involved is what I believe necessitates their emotional labour. As Hochschild notes, "This labour requires one to induce or suppress feeling in order to sustain the outward countenance that produces a proper state of mind in others".[18 p7] Each relationship will necessitate the nurse to engage in emotional labour, be it to ensure the prisoner patient feels confident in the nurse's ability, for example, or the prison officer to feel as though the nurse understands the officer's perspective. I suggest that the relationship with the institution affects the emotional labour of the nurse on a more internal level, e.g. the routine of the prison (imposed by the institution) may restrict the nurse's ability to undertake particular care, which may cause the nurse conflict.

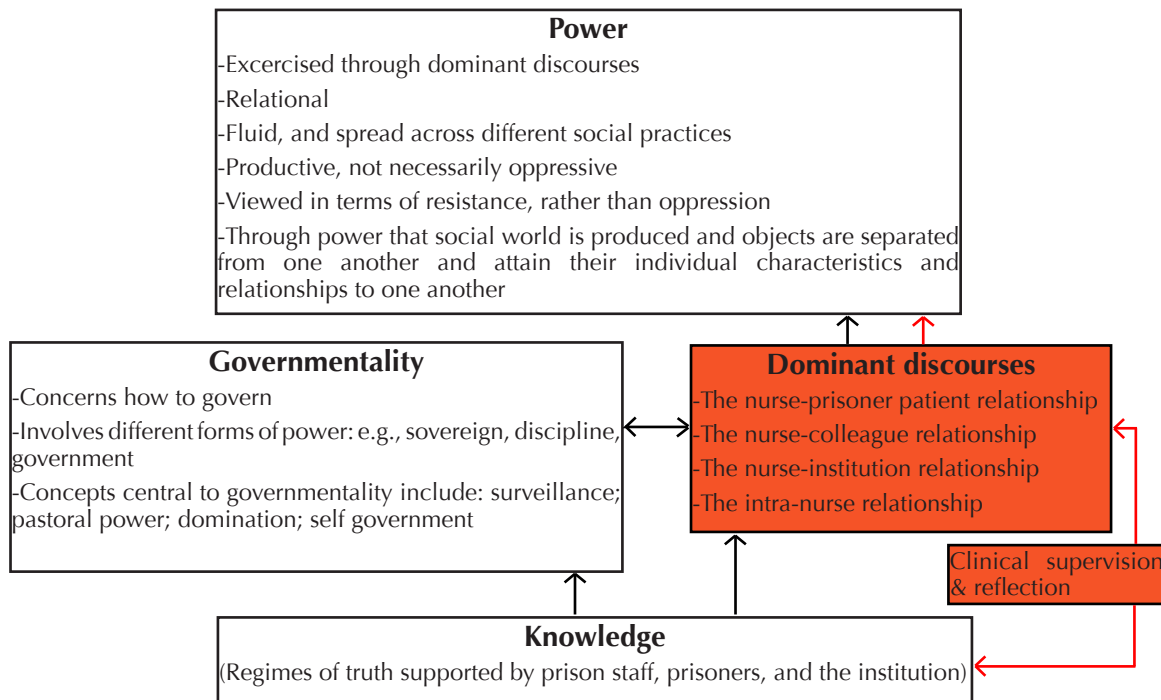
If these relationships are at the core of the emotional labour of the prison nurse, I suggest that the nurses' own levels of emotional intelligence dictate the way in which they manage the emotional labour. From the perspective of Salovey & Mayer, emotional intelligence is "the subset of social intelligence that involves the ability to monitor one's own and other feelings and emotions, to discriminate against them and to use this information to guide one's thinking and actions".[19 p189] I therefore suggest that in order to undertake emotional labour the prison nurse must be able to monitor their own and others' emotions and feelings and be able to use the information to guide their own actions. Therefore, the nurses' ability to undertake emotional labour effectively is determined by their level of emotional intelligence.

Power

In order to place the ideas I have posited concerning the relationships of the nurses with others and themselves into focus, it is important to discuss the Foucauldian perspective of power as it relates to nurses and their relationships. I have mentioned the relationships with which the nurse engages, which demonstrate the underlying causes and effects of emotional labour upon the prison nurse. However, in addition to consideration of emotional labour and, hence, emotional intelligence, there is a need to contemplate the power relations inherent in the practice of the prison nurse, as these power relations are affected by the dominant discourses, accepted knowledge and processes of governmentality which are central to practice in the prison setting. As Holmes & Gastaldo, suggest, "Power acts upon individuals, and they in turn act upon others. Therefore power is relational".[15 p559] The analysis undertaken in this study considered these power relations carefully, given the way in which power flow affects all aspects of the prison nurses' practice.

Not only are the relationships between the nurse and the prisoner patient/colleagues and institution subject to consideration from this Foucauldian perspective but also, importantly, the relationship nurses have with themselves. Holmes & Gastaldo suggest that, "The construction of the self (subjectivity) is linked to established forms of knowledge and institutionalised practices. Self is not an essence; it is created by the influence of multiple forms of power".[15 p559] It is therefore natural to consider the power relations inherent

Figure 4: The potential impact of clinical supervision & reflection on the knowledge/power connection in prison



within the world of the prison nurse in terms of the dominant discourses they are engaged with, when one is exploring their space and practice in relation to their emotional labour.

If we consider the diagrammatic representation of the relationship between power, governmentality, dominant discourses and knowledge as discussed previously, it can now be developed further to take into account the relationships entered into by the prison nurse and demonstrate the complexity of the prison nurses' situation. Please refer to Figure 3 on page 11.

In light of the findings of this study, and further reflection on the work since the completion of the study, this diagrammatical representation of the knowledge/power connection in prison can now be further developed. Please refer to Figure 4 on page 12.

If the prison nurse engages fully in regular, high quality clinical supervision and reflection on practice, I suggest that the dominant discourses which shape the way in which they work will, over time, change. As the nurse becomes more empowered, the regimes of truth that underpin the dominant discourses will also develop to meet the professional position of the nurse. In becoming more empowered and able to influence the four key relationships, I suggest that power relations will also begin to transform. Figure 4 highlights the potential impact of reflection and clinical supervision on the knowledge/power connection in prison.

Conclusion

The knowledge/power connection in prison nursing is complex, and impacts significantly on the practice of the nurse. Accepted knowledge within the prison culture, underpinned by 'regimes of truth' supported by prison staff, prisoners and the institution underpin the dominant discourses for the prison nurse, and are therefore enmeshed within the four relationships described. It is suggested that these regimes of truth, or accepted knowledge within the prison setting can be challenged by nurses who are well supported through effective clinical supervision.

However, engaging prison nursing staff in clinical supervision is not without its challenges. Walsh et al discuss the challenges to implementing and developing clinical supervision in the prison culture however, of note here, is experience of significant levels of suspicion and cynicism within the culture, which can be typical in closed organisations, when attempting to develop nursing practice.[20,21,22] It is suggested that cynicism and suspicion manifest themselves as barriers to clinical supervision and open reflection on

practice as a result of what Menzies Lyth refers to as a defence against anxiety.[23]

I am not suggesting that my interpretation of the knowledge/power connection within prison nursing is the same for all prison nurses in all prisons. I present this model as a framework to be built upon through further consideration and reflection by researchers, educationalists and practitioners in prison health care settings. I invite you to read it, deconstruct it and reconstruct it in order to make your own sense of it. It is through this deconstruction and reconstruction that I hope new perspectives on this concept, and perhaps new practices may emerge.

As Michel Foucault suggested at the beginning of a lecture series, "I would be very pleased if at the end of each lecture you would voice some criticisms and objections so that, insofar as possible and assuming my mind is not yet too rigid, I might gradually adapt to your questions and thus at the end of these five lectures we might have done some work together, or possibly made some progress".[24 p1]

References

1. Walsh E. The emotional labour of prison nurses in Her Majesty's (HM) Prison Service. *Journal of Forensic Nursing*, In press.
2. Mann S. 'People –work': emotion management, stress and coping. *British Journal of Guidance & Counselling* 2004; 32(2):205-21.
3. Walsh E. Prison nursing: its time to 'water the flowers'. *British Journal of Nursing* 2009; 18(4):218
4. Mautner T. *The Penguin dictionary of philosophy*. London: Penguin Books; 2000.
5. Alvesson M. *Postmodernism and social research*. Buckingham: Open University Press; 2002.
6. Rodgers BL. *Developing nursing knowledge: philosophical traditions and influences*. Philadelphia: Lippincott, Williams and Wilkins; 2005.
7. Burnard P. Carl Rogers and postmodernism: challenges in nursing and health sciences. *Nursing and Health Sciences* 1999; 1:241-7.
8. Francis B. Poststructuralism and nursing: uncomfortable bedfellows? *Nursing Inquiry* 2000; 7:20-8.
9. Alvesson M, Skoldberg K. *Reflexive methodology: new vistas for qualitative research*. London: Sage; 2002.
10. Ceci C. Nursing, knowledge and power: a case analysis.

Social Science and Medicine 2004; 59:1879-89.

11.Lyotard JF. The postmodern condition: a report on knowledge. Manchester: Manchester University Press; 1984.

12.Manias E, Street A. Possibilities of critical social theory and Foucault's work: a toolbox approach. Nursing Inquiry 2000; 7:50-60.

13.Irving K. Governing the conduct of conduct: are restraints inevitable? Journal of Advanced Nursing 2002; 40(4):405-12.

14.Blackburn S. Think, Oxford: Oxford University Press; 2006.

15.Holmes D, Gastaldo D. Nursing as a means of governmentality. Journal of Advanced Nursing 2002; 38(6):557-65.

16.Holmes D. Police and pastoral power: governmentality & correctional forensic psychiatric nursing. Nursing Inquiry 2002; 9(2):84-92.

17.Holmes D. Governing the captives: forensic psychiatric nursing in corrections. Perspectives in Psychiatric Care 2005; 41(1):3-13.

18.Hochschild A. The managed heart. London: University of California Press; 1983.

19.Salovey P, Mayer JD. Emotional intelligence. Imagination, Cognition and Personality 1990; 9:185-211.

20.Walsh E, Dilworth S, Freshwater D. Establishing clinical supervision in prison health care settings; a report for offender health. Department of Health, Bournemouth: Bournemouth University; 2007.

21.Freshwater D, Walsh L, Storey L. Prison health care: developing leadership through clinical supervision. Nursing Management 2001; 8(8):10-13.

22.Freshwater D, Walsh L, Storey L. Prison health care part 2: developing leadership through clinical supervision. Nursing Management 2002; 8(9):16-20.

23.Menzies LI. Containing anxiety in institutions, selected essays, volume 1. London: Free Association Books; 1988.

24.Faubion JD. Michel Foucault, power, essential works of Foucault 1954-1984. London: Penguin; 2002.

Contact Information for Author:

Elizabeth Clare Louise Walsh, PhD, MSc, RGN

Senior Lecturer

University of Leeds

School of Healthcare

Baines Wing, PO Box 214

Leeds, LS2 9UT, West Yorkshire

United Kingdom

Email: e.walsh@leeds.ac.uk

Abstract

This paper presents and discusses the implications of labelling for patients who are a part of diagnostic group. Nurses not only allocate patient groups to a 'bed space' according to their illness, but they also allocate the individual by their past history, as well as by that patient's previous level of surveillance, giving the act of labelling not only a structuring effect on patient care and diagnosis, but also a historicity. These beliefs are unthinkingly applied to both cohort and individual patient. The outcomes of such a practice led to group distinctions bestowed upon individuals regardless of whether such classification and organisation fit the patient or not. The effect of labelling left patients cared for the same way regardless of individual differences and left nurses relying on indirect mechanisms of control to look after these patients.

Key Words adolescent patient, anorexia nervosa, cystic fibrosis, diagnosis, labelling

The Effect of Labelling Practices in an Adolescent Facility

**ALISON HUTTON,
TRUDY RUDGE &
LYNNE BARNES**

Introduction

The overall aim of this paper is to demonstrate how 'labelling' practices impact on adolescent patient care. Grouping patients together in relation to their diagnosis is viewed as allowing clinicians to tailor patient care and set outcomes for recovery. Attached to the patients' diagnosis is the level of surveillance determined necessary to maintain patient safety and provide the required standard of care. Hutton[1] undertook a study designed to understand the spatial dynamic of how space is used on an adolescent ward. Using findings from this study this paper shows how labelling practices impact on both nurses and patients on this ward.

When studying a purpose-built adolescent facility, it became evident that some adolescent patients are set up differently than others. What then became apparent was that various patient groups were treated differently to others, and that a process of 'labelling' was taking place. Due to the nature of admissions at the time the study took place, this paper will pay particular attention to the diagnosis of Anorexia Nervosa (AN) and also Cystic Fibrosis (CF), and discuss how because of activities such as labelling, both adolescent patients and the nurses caring for them, are caught in socially constructed reductionist behaviours that then impact on the individual patient. To demonstrate the effect of labelling this paper will present data highlighting how processes such as patient allocation, planned care, labels and descriptors are ascribed to adolescent patients, have an impact on the behaviours of both patients and nurses.

This particular analysis explores how labelling of patient groups by means of diagnosis can affect nursing values, and how care is then measured and dispensed to the patient. Acts of diagnosis are not only acts of labelling, but

are ways of making the 'abnormal' visible and available for the legitimisation of expertise. Such acts are infiltrated with power such that, for instance, in nursing care, patients are labelled as 'good' or 'bad'. [2] These value judgements are consequentially added to the diagnosis and other factors. This process allows nurses to allocate patient behaviour to 'safe' or 'unsafe' categories and they then tend to allocate their time and care according to this division.

Theoretical framework: labelling theory

In this section of the paper we outline contemporary analyses of classification and sorting, by using the work of Foucault and others. To theorise and discuss labelling practices and their implications for nursing practice we will first discuss Becker's theory of labelling, followed by Goffman's work on the total institution and lastly we will discuss Foucault's post-modern perspective of labelling. Firstly though, we will compare Becker, Goffman, and Foucault, moving from normative theories of labelling to post-modern perspectives. Both Becker [3] and Goffman [4] used interactionist perspectives to explore the effects of labelling on deviant or 'abnormal' populations. In Goffman's case, he explored the impact of 'spoiled identity' and 'stigma' as well as foreshadowing Foucault's analysis of incarceration in his study of total institutions.

Roach Anleu asserts that for 'labelling theorists the focus must be on the social audience, which determines whether certain activities are defined as deviation'. [5 p58] Becker [3] demonstrated the affects of labelling through devising a typology of deviance to cross-classify behaviours and describe responses that these behaviours may evoke. Even though Becker's perception of deviance relied on the structural organisation with its tendency to develop rules, he also recognised that an individual may belong to many groups, and a rule in one group may be directly opposed to that of another. Therefore this tacit rule-breaking does *not* mean that the individual is then 'deviant' because they broke the rule. Becker [3] states it is when the behaviour of the person is successfully labelled as deviant that the behaviour is then deemed as deviant! Becker used his work to understand the origins of deviant behaviour; his work in the most part was set around groups, such as homosexuals, or drug addicts. [3] Even though this work was significant at the time Becker does not explain the social situation or context used which then contributes to the labelling behaviour.

Goffman wrote about the labelling of mentally ill patients for his work on the *total institutions*. Goffman [4] identified how micro-relations of power operate to make visible those who

are labelled. When Goffman discusses labelling processes in the asylum, his work on the *total institution* suggest the process of admission to hospital alter the private and public identity of the patient. Once this process is complete, it is the individual's role as a mentally ill patient that then tarnishes their identity. Coupled with complete indoctrination of inmates, through imposed routines, attire, diet, and cohabitation condition, these individuals are then positioned without rights, and stripped of their previous identity. The patient's role, the attributed label and set of circumstances is impacted further by organisational contingencies. These values state how the patient should behave which are then adopted by staff and enforced. [4,5] Focusing on how the mentally ill patient is positioned through their set of circumstances, however, provides no insight as to how the processes affect the labeller or labellee. To understand the affects of labelling on the entire set of relationships we turn to Foucault's work on the prison and the clinic. [6,7]

Foucault, like Goffman, discussed mechanisms of power within hospitals. The hospital, like the mental institution, has become a place bristled with unspoken obligations and moral limitations for those who frequent its buildings. As a consequence, patients are considered to be part of society until they enter the hospital's four walls, where they may then be reduced to 'an illness', and become socialised into the hospital's environment. [6] Interactions between the actions of labelling, the location and grids of power/knowledge-operating horizontally and vertically- make visible the objects (that is, those who are labelled). Labels and labelling are used to accomplish a sorting of humans through social interactions. Importantly, it needs to be acknowledged that these mechanisms operate not by the orders of one powerful person, but are a culmination of a series of decisions, responses and actions that have taken place over a period of time. These structures and discourses combine to form a source of disciplinary power and knowledge which in turn impacts on patient care. [6,7]

Foucault's work is important to this paper, because on the surface, the impact of decisions and structures in organisations may be small. However, disciplines such as nursing and medicine learn to use these decisions to limit and control practices or movements of individuals, thus limiting the way the body or the person can challenge and resist the labelling and labels applied in these environments. The operations of clinical power made overt through the use of metaphors such as the panopticon show how the clinic itself is a place which holds 'expert knowledge'. In this setting and any setting of control, power is used to place individuals, isolate

or combine them through grids of visibility. In essence, the person is regulated according to where they are placed in space.[7] This new mechanism, that is the clinic or hospital, defined how individuals held power over others and was used to influence individuals to act in a resolute manner. In essence, discipline produces 'subjected' and 'practised' bodies which in turn produce and become docile bodies.[6,8] The practice of labelling people under surveillance led to clinicians increasing their knowledge from this surveillance, thus reinforcing their power and expertise in health care.

The labelling of people under surveillance cements clinical power but it also leaves room for the individual to gain knowledge and enables them to resist the labelling and how they are positioned. Foucault states that power is in operation everywhere and affects everyone- the labeller and the labellee.[6] Furthermore, Foucault's theory allows a researcher to examine the production process and ideological constructs of space against how these are lived out; giving insight into how both the labeller and the labellee are positioned.

This paper is not concerned with the cause of behaviour or what the person is labelled as, it is more concerned with the consequences of the behaviour in this setting that have been *produced* from the labelling. While interactionist approaches to labelling point to the social nature of labelling and its impact on those viewed as 'different', authors such as Foucault has taken the analysis of such socially-developed constructions one step further. In particular what Foucault highlights in his analysis of such acts is that those who are labelled are capable of resisting such actions, implying that power is in operation at all levels and locations. Moreover, those actively labelling do not always understand the implications of their actions on the labellee; therefore in this paper we highlight how labelling impacts on both patients and nurses in an adolescent ward.

Results

Labelling through diagnosis

Diagnosis as a label operates on many different levels, for the two groups of patients providing the examples in this paper. The medical nature of the patients' illness was seen to impact on the beliefs and actions of the nurses and therefore how they should treat the patient.

The main consideration, eating disorder patients. Their behaviour can at times jeopardize their own safety, I feel that, that if we can have a closer observation in that critical time that it benefits the patients. We are able to give them better care (Caitlin).

The psychiatric nature of AN as an illness creates a percep-

tion for nursing staff that this cohort needed a greater level of surveillance than those long-term patients, who have what could be considered a merely physical illness. Nurse *Caitlin* attributes patient behaviour to the diagnosis of the eating disorder patient (AN), stating that all of these patients require close observation, and with this type of observation patients will benefit through better nursing care.

If it's a patient that is who is here for observation say, umm I tend to say, "We should just pull the curtains back 'cause we need to keep an eye on you. I know that you need personal time as well, but ... we've got to keep an eye on you (Lydia).

But if it's a patient say with CF, and, sometimes they do, they just need their personal space, so I think yeah that's fine, you know, keep the curtains around, umm they'll venture out when they are well and happy (Rebecca).

In this second case the patient diagnosed with CF is permitted privacy, which is said to be due to the understanding that this is what these patients need. Here the diagnosis signals that the patient does not need to be stringently observed and they are allowed to have their privacy as part of their treatment. For the patient that needs closer observation, such as a patient diagnosed with AN, while their need for privacy is also acknowledged, it is instantly negated by the nurse's need to observe closely: and that this act, the nurse needing to observe the patient, takes precedence. However this need to observe the patient comes at a cost to both the nurse and the patient.

You want to provide a safe environment to nurse the sick, but when you have got mentally ill patients, umm that need the supervision, it's very hard to draw the line between, I'll supervise you 'this much', but I'll let you get away and do 'this much' (Lydia).

The focus on supervision for the nurse creates a subtext; the patient is doing something wrong and making observation necessary. The nurse (Lydia) is in a dilemma; attempting to nurse these patients in a respectful manner through acknowledging their need for privacy, however being unsure as to how she can provide this to them in the current circumstances. In this setting, the need for control offered in the form of observation exemplifies good nursing care.

I knock for all of them [adolescent patients] and say I'm coming in ... can I come in. whatever ... but for the anorexics I knock on the door and I say you've got three seconds and I'm coming in One, two, three, and I open the door ... (De'Anne).

De'Anne does not appear to share the same internal conflict as Lydia when nursing these patients. De'Anne labels such patients as *Anorexics* stripping them of any other identity

other than anorexic. She uses her nursing position to act in an authoritarian manner where the patient has no privacy or rights. De'Anne's strategy is control; she takes on a regulating role that dehumanises the patients and herself. Unbeknown to nursing staff like De'Anne, they are caught up in apparatus such as the *medical gaze* constructing the body in medico-scientific terms and objectifying the patients they are caring for. De'Anne's actions also reveal how nurses rely on elements of regulation and control to perform their nursing; allowing surveillance to become permanent in its effect.[7]

De'Anne's and Lydia's behaviours are examples of how they undertake surveillance in different ways. The methods they use evoke different feelings and they position themselves differently, however they are focused on the same outcome, the control and regulation of the patient. The AN patient body is regulated and controlled in this environment, and this form of control of the patient due to their label has become acceptable behaviour for nurses on this ward.

Both patients diagnosed with AN and CF are adolescents with an illness; however one illness is afforded privacy, the other is not. The rationale for this is founded on the belief that the patient diagnosed with AN requires closer observation. Here the label given to the patient is explicit in its intent: these patients need to be seen to be safe. The other type of patient group, the patient with CF, is by comparison considered safe and trustworthy. They are able to venture out of their room when they are 'well and happy'; the patient labelled as AN is neither afforded that luxury, nor opportunity.

The labelling affect is two-sided; patients also begin to respond to their surveillance.

[curtains] nurses always open them up, they think oh yeah an anorexic patient always doing something in her room... (Sonja; patient).

Sonja is aware that she is labelled as being unsafe. This awareness enables her to recognise that when she closes the curtain around her bed space there is a high likelihood that they will be reopened again.

Surveillance has an impact on the behaviour of the patient, who will still close the curtain to gain some privacy knowing that this privacy will be short-lived. Sonja was aware of why she was being observed, and that it was directly linked to her diagnosis; nonetheless, she did what she could to be private, and to this end the closing of the curtain as her main tool. Continuous surveillance such as this has an homogenising effect, that is internalised power, so in the end, patients govern themselves depending on structures, discourses, and histories surrounding them.[6]

Allocation

As well as observation the effects of labelling are apparent spatially in patient care through the mechanism of patient allocation. For example, patients were located on the ward due to their diagnosis; patients diagnosed with AN are allocated rooms close to the nurses station where they can be easily observed, whereas long term chronically ill patients, such as those with CF are allocated rooms away from high traffic areas.

Patients newly diagnosed with an eating disorder (AN) are allocated into two-bedded rooms, next to the nursing station when they are first admitted and unknown to the ward. Once their condition has been stabilised these patients are then allocated to the four-bedded bay closest to the nursing station (Observation 36).

As well as implications for allocation, patients are expected to adhere to structured routines whereby staff 'know where they should be' at any given time. Patients admitted with an initial diagnosis of AN are expected to adhere to a Five-step Level Program (Ward AN Guidelines). Patients are governed through this structure where written routines and codes of behaviour are expected to be followed.

To encourage positive role modelling and the normalisation of eating, nursing staff will remain in the dining room to encourage normal eating patterns and to supervise the meal (Ward AN Guidelines).

General ward guidelines are also used to govern these patients, further serving to assist nurses in objectifying those with AN.

The ward CF booklet contains similar information to the general ward information sheet. It also contains a few patient specific features for this diagnostic grouping, such as lung function tests and goals for each admission (Ward CF Guidelines). The opening line of the brochure says: '*As an adolescent with Cystic Fibrosis you have a lot of experience and knowledge about CF and hospital*' (Ward CF guidelines). Interestingly patients diagnosed with AN are also a group that have a great deal of experience and knowledge in the hospital however, the 5-step program that is issued to them does not acknowledge that they may have been in the ward before; nor does it acknowledge that they may have prior experience of hospital. The introductory paragraph states;

The program consists of a "Level system" which is loosely based on behaviour modification philosophy (...) The 5 Levels are clearly defined, documented and communicated to the patient and family. All patients are admitted at Level 1 or 2. Progression through the Levels will be based on a combination of weight gain, improvement in eating habits, general compliance

with the program, improvement in psychological behaviours. Cooperation with the defined Levels optimises the achievements of a successful outcome (Ward AN Guidelines).

In fact when nurses did talk about the experience patients with AN, it was once again with negative connotations.

Eating disorder girls, I mean, quite often might go for syringes and things like that to tamper with tubes and things ... (Sue).

Nurses are left to interpret and thereby control patients through allocation and written guidelines. Codes such as written guidelines are then used to guide and interpret care. In this way guidelines are similar to diagnosis, in that they are used to control and classify patients as groups and not as individuals.[2,6,7] The form of knowledge and action that can occur in the ward is made operational and institutional through the combined power of labelling, guidelines and allocation.[6,7] So, through allocation, nurses are not just controlling patients and their space use, they are also announcing ways in which the ward operates. Moreover, Foucault⁷ argues that rules and discipline organise individuals in space and require a specific enclosure in space[7] such as the adolescent ward.

Objectification of the human body through guidelines, routines and allocating the patient in specific ways serves as a form of normalisation indicating how the patient should behave.[8] Nurses felt concerned that they needed to supervise patients with AN thereby allocating them to bedrooms close to the nurses' station

Both groups of patients groups of patients with a diagnosis of either CF, or AN, are well known to the nurses on the ward. Both AN, and CF, are chronic conditions that require re-admissions to hospital. However, those with AN are not talked about as though they are chronically ill, instead they are labelled as 'psychiatric patients' with all that label adds to their first diagnosis.

I think especially the chronically ill kids, more thinking of your cystic fibrosis the families aren't going to be there all the time. Umm, especially at the time that they are starting to learn about their illness and things like that that you actually become... not like a mother to them but more of a, more than just being a nurse to them, 'cause they see you so much... so you become important to them. ... the chronic illness kids actually go to you with more personal things... (Rebecca).

Nurses say there are patients that can be left alone and others that cannot. Patients who have a diagnosis of CF do not need to be seen, thus they are given the 'safe' tag, and in addition to privacy they are afforded the privilege of entering nursing

spaces even though they are patients.

I used to hang out and just sit out at the nurse's station with them, like, especially like on night shifts and stuff. We used to stay up really late (Alice; patient).

CF is a genetic disorder, leading to an excessive production of mucous, affecting many organs, including the lungs leading to multiple chest infections, and frequent hospital admissions. Even if these patients are well they still require to be admitted to hospital for a fortnight twice a year (referred to as a 'tune-up'). The assumptions attached to this diagnosis are linked to the notion that they are accustomed to hospitalisations during the course of their lives due to the recurrent nature of their disease. Due to the regular admissions of these patients, they are seen as familiar and trustworthy, therefore they are admitted into nursing spaces and are not deemed to be 'unsafe', so therefore warrant less observation. Patients who suffer from CF are given much more leeway as to which ward areas they enter compared to acute patients, or patients with AN.

Nurses have established long-term relationships with these patients, and make no reference to keeping medical patients safe. Nurses recognise, and give importance to these patients needing and getting time on their own — highlighting the difference in how these two cohorts are positioned. Patients with a diagnosis of AN are seen as culpable for their illness, they are not seen as 'victims of circumstance', but victims of their behaviour. Such a view encourages a less sympathetic position towards this group. These operations of power become self-fulfilling, perpetuating the ward ideology that these patients need strict enforcement of guidelines, and place allocation within the ward.

Patients "behaving badly"

The range of practices that constitute and consequently condemn the individual to the status of the 'label' attributed to them, also enables the patient to behave in ways that confirm their treatment. Patients diagnosed with AN pushed the boundaries of their program by flaunting rules and avoiding surveillance in any way that they could.

Alex walks directly to the patient's bedside. Danielle is lying in bed. She is face down and has the covers over her. The bed is crumpled and the covers look weighty (like she has 3 or 4 blankets covering her).

Alex has Danielle's feed in her hand. (A gavage bag with a line is attached to a naso-gastric tube and is used to give enteral feeds through a naso-gastric tube). Alex walks around to the left side of Danielle's bed, and places the equipment in her hand on the bedside locker. Danielle has not moved. Alex pulls back the covers and looks for Danielle's nasogastric

tube so that she can connect the feed. She cannot find the tube. She asks the patient to move ...

“Danielle can you move?” says Alex.

Danielle moves her right shoulder off of the bed. Alex retrieves the naso-gastric tube. Alex lifts the fluid bag and places it on the IV pole next to the patient’s bed. She then connects the naso-gastric tube to the feed, and begins to gavage the feed.

Alex taps her feet as the feed goes in. Hands on hips, face and eyes looking upwards towards the ceiling. Danielle lays supine on the bed, face down. When the procedure is finished Alex packs up her equipment and leaves the room (Observation 11).

The behaviour of Danielle in avoiding the nurse’s gaze, and in not cooperating in her own care, led to a cementing of the punitive strategies that nurses employed. Danielle lies on her stomach and ensures that it is hard for the nurse to get to the naso-gastric tube. During the feed she does not speak, look up, or get up from her stomach. All of these acts are acts of resistance. This example shows that patients will react and respond to how they were nursed on the ward. Through pushing against the parameters of protocols, and rules and guidelines for care, patients with AN respond to the processes of labelling and to the label given to them. They are aware that nursing staff do not trust them, so they tend to act as if they have nothing to lose.

In addition, nurses claim that the patients with a diagnosis such as AN had a certain amount of knowledge about the hospital and their own illness. It appeared that nurses felt that patients would use this knowledge to jeopardise their own care and safety.

... we have found on occasions that patients go to the medical records and read their own files and you know, things that are kept behind the desk like scissors or anything along those lines then they have got easy access (Caitlin).

Patients on this ward have a tendency, especially the eating disorder patients, can’t go anywhere near the syringes are, or ... they like to have pockets full of them. They use them to aspirate their tubes ... or they finally, they figure it out they go to the umm treatment areas when we are not looking and get them from there (Helen).

Nurses feel that patients may use their knowledge of how the hospital works to undermine their safety while they are in hospital. This knowledge, coupled with perceptions of their illness, makes nurses claim that safety is their prime motivator in caring for these patients, and that surveillance is a necessary tool to ensure safe patient care. By labelling the patient with AN as ‘unsafe’ and treating them accordingly, nursing staff are unknowingly creating a situation for

themselves where surveillance and guidelines become major elements of caring for the patient with a diagnosis of AN.

In addition, as the patient is not always cooperative with nurses these actions put them more at odds with nursing staff. This tension and the need for surveillance affects how nurses nurse the patient. Such an operation reinforces and regulates actions of nursing staff, as well as acting as a form of justification.

In the ward environment, social evaluations were not overtly linked to any of the traits or variables that people were considered to possess because of their label. Rather, evaluations were more likely to come from a complex web of socially constructed influences showing how access to spaces, and placement in certain locations were not neutral in their effects.[7] How patients are cared for was set through practices of observation and objectification which enabled nurses to supervise and discipline their patients⁸. In this instance, past experience influences the label placed on the patient when they enter the hospital setting. This labelling or grouping of patients carried over from one admission to the next, so that each group of patients were in the main, categorised as one group, not as individual patients – either patients with AN or CF.[2,11]

Discussion

By observing patients through the ‘filter of the diagnosis’, separate behavioural expectations were placed on each patient cohort, thus obscuring and de-individualising the patient.

Rosenberg asserts that

The use of ideal–typical disease pictures creates experience as well as conceptualising and recording it. The power of specific disease entities rests not in their ... abstract quality, but in their ability to acquire social texture and circumstantiality, to structure and legitimate practice patterns, to shape institutional decisions, and to determine the treatment of particular patients.[12 p250]

In this study of the organisation of care on an adolescent unit, more than the medical nature of patients’ illnesses impacts on the beliefs and actions of the nurse and influences and shapes how they treat the patient. Moreover, lack of knowledge about the nature of AN as an illness, creates a perceived notion of the need for greater level of surveillance. Nurses believed a greater level of surveillance and control would maintain safety of this group. These ideas were attached to the diagnosis and patients with this condition. Those patients with a diagnosis of AN were seen as always already

non-compliant to the rules of the unit and their treatment, whereas patients with a long-term medical illness, such as CF, were viewed as 'good', and rewarded accordingly.

May[2] says that patients tend to be classified and classed as groups and not as individuals, but Rosenberg[12] highlights how such groupings are used in the *ordering* of individuals. Such was the case for individual patients in this study. Young people were reacted to as though they were as 'one' with their diagnosis. If they had a diagnosis of AN, they needed to undertake much more work to show their willingness to comply with treatment if they were to escape such assumptions. However, patients with chronic illnesses such as CF, due to the very nature of their illness, were considered safe, and because of this were granted private time behind curtains by the nursing staff.

Situations were made difficult when nurses focussed on non-disease entities to classify and govern care to patients. When patients with a diagnosis of AN were nursed in a way that focused on their safety, nurses forgot the physical and emotional situation of these patients—to the detriment of their total care. The system of *visibility*[6] increased the possibility of non-compliance over and above the significance of all other symptoms or patient requirements. King and de Sales[13] claim that nurses focus on the control of actions of patients when their behaviour is not understandable to them. Furthermore, Muscari states that the "the development and maintenance of a therapeutic alliance [with patients with AN] is arduous and requires continuous effort".[14 p131] In this work, Lydia recognised this effort, whereas De'Anne did not. Nursing literature which condones a tumultuous relationship between patients and nurses does not focus on whether these patients will have effective health outcomes from their prescribed treatment. Ramjam looked at the establishment of the therapeutic relationship between nurses and patients with eating disorders. She found that there was a "tremendous need for education".[15 p501] for nurses who looked after EATING DISORDERS patients, and also suggests that the institutionalisation of adolescents with anorexia nervosa is a problem in and of itself.

Both of these above conditions seem to apply to the relations between nurses on this unit and patients who are diagnosed with AN. What is not clear from such statements is that the conditions speak only of outcomes (emotional, social and so on) for patients. It is our contention that these situations have consequences for nurses' understandings about themselves in such a setting. As labelling theories suggest attribution of value-laden characteristics occurs when patients fall outside of categories that are accepted generally as the norm.[15]

While Brown[16] emphasises an *interactionist* perspective, Foucault[7] presents a more nuanced and complex account for nurses **and** patients. These analyses propose that visibilities and power are used to locate, control and affirm a point of view once a category becomes overlaid with more than its disease characteristics. These activities affect the nurses and patients in such a setting having circumstantiality as to what counts as appropriate behaviour for both sets of actors. Moreover, it can be shown that the way in which the ward is organised and its spaces used is directly traceable to how a condition is socially textured.[12]

Hugman[17] states that it is quite a common phenomenon for patients to be treated differently by nursing staff if they feel that the patient is responsible for their own illness. He also claims that the most *indirect* forms of control in the caring professions are the most effective. Differentiation of patients is one of the mechanisms of control that has become ingrained in the daily practice of the nursing staff.[17] Latimer[9] asserts that classification practices, using the nursing gaze and enforcement of boundaries use and reinforce social systems of the wider society within the microcosm of the ward. The organisation of ward spaces, and access to valued locations and 'privacy' that is provided on the adolescent ward of this study are undertaken through the operation of a set of treatment technologies and protocols. These reductionist guidelines when applied to a ward and its inhabitants fit such technologies imperfectly as the patients' and nurses' needs are more 'holistic, multidimensional, and contingent'. [12 p252] It is clear that where value judgements are added to these seemingly objective technologies, conflict between staff and patients is an unintended consequence, as well as the stigmatising of people who must live with such a label. Where a patient is considered more deserving because the condition is not 'their' fault, time, space and opportunity are 'bent' to humanise any such technology, through, for example, admission into nursing areas.

Conclusion

This paper has shown how the act of labelling impacts on both the patient and nurses. Apparatuses such as labelling and space allocation can transform a therapeutic relationship to one where the concept of 'safety' augments and overlays the naming of a disease entity. Levels of surveillance and potentials for visibility are caught up in the socially-derived value judgements used by nurses and account for how a ward is organised. The paradox of using *singular* labels and *reductionist* care regimens when a patient's care requires *holistic, multidimensional* and *contingent* practices led to

the nurses being in a quandary as to how best to deal with organisational stringencies. In such a situation they resort to following and enforcing rules and regulations that in the end suit no-one—even those with a positive valuation.

Using a social constructionist approach to diagnosis, while affording a view of the contingent and socially derived nature of diagnosis and labelling, does not show how a ward as a space is cut through by such activities, and then used to legitimise the actions of health professionals and patients. A spatial analysis shows that patients can elude the specifications set by labelling and treatment regimes. It also shows how ineffectual labelling technologies are for controlling. When labels and their regimes rub up against the individual patient and nurse, they disclose how the treatment spaces constructed for visibility hide just as much as they make visible. Labels for disease entities have a long history of organising medical and nursing work, however, they also hide the individual experience of the illness under their taxonomies.

References

- 1.Hutton A. Your space or mine? a construction of social space in an adolescent ward. Doctoral Thesis, Flinders University, Adelaide; 2006.
- 2.May C. Nursing work, nurses' knowledge, and the subjectification of the patient. *Sociology of Health and Illness* 1992; 14(4):472-87.
- 3.Becker HS. *Outsiders: studies in the sociology of deviance*. New York: Free Press; 1963.
- 4.Goffman E. *Asylums: essays on the social situation of mental patients and other inmates*. Harmondsworth: Penguin; 1961.
- 5.Roach Anleu SL. *Deviance, conformity and control*, 4th Ed. Pearson: Longman; 2006.
- 6.Foucault M. *The birth of the clinic*. New York: Pantheon Books; 1973.
- 7.Foucault M. *Discipline and punish: the birth of a prison*. Harmondsworth, UK: Penguin; 1977.
- 8.Foucault M. *Foucault reader*. New York: Random House Inc; 1984.
- 9.Latimer J. *The conduct of care*. Oxford: Blackwell Science Ltd; 2000.
- 10.Street A. *Inside nursing: a critical ethnography of clinical nursing practice*. Albany: New York Press; 1992.
- 11.Johnson M, Webb C. *Rediscovering unpopular patients: the concept of social judgement*. *Journal of Advanced Nursing* 1995; 21(3):466-75.
- 12.Rosenberg CE. 'The tyranny of diagnosis: specific entities and individual experience'. *The Milbank Quarterly* 2002; 80(2):237-60.
- 13.King S, de Sales T. Caring for adolescent females with anorexia nervosa: registered nurses' perspective. *Journal of Advanced Nursing* 2000; 32(1):139-47.
- 14.Ramjam LM. 'Nurses and the 'therapeutic relationship': caring for adolescents with anorexia nervosa'. *Journal of Advanced Nursing* 2004; 45(5):495-503.
- 15.Muscari M. Walking a thin line: managing care for adolescents with anorexia and bulimia. *MCN* 1998; 23(3):130-40.
- 16.Brown P. Naming and framing: the social construction of diagnosis and illness. *Journal of Health and Social Behaviour* 1995; 35(Extra issue):34-52.
- 17.Hugman R. *Power in caring professions*. Hong Kong: Macmillan Education; 1991.

Acknowledgments

The authors would like to acknowledge the work of Ms. Leonie Porter-Nocella in editing this article.

Contact Information for Author:

*Alison Hutton RN, PhD
Senior Lecturer
Flinders University
School of Nursing and Midwifery
GPO Box 2100
Adelaide SA 5001
Australia
Email: alison.hutton@flinders.edu.au*

*Trudy Rudge RN, RMHN, PhD
Professor of Nursing
Faculty of Nursing and Midwifery (M02)
University of Sydney*

*Lynne Barnes RN, RMHN, BN (hons) PhD
Associate Professor
School of Nursing and Midwifery
University of South Australia*

Abstract

Concern about commercial influences on health care is prominent in the medical literature, but has remained in the background of nursing education and practice. This review of the nursing literature explores the perspectives of the nursing community regarding pharmaceutical industry. This article presents a range of views, from favourable to highly sceptical. The nursing literature has yet to effectively address the pervasive impact of the pharmaceutical industry on health care. Available evidence indicates that many nurses are uncritically accepting of industry influence on their education and practice.

Key Words gift-giving, interests, nursing continuing education, pharmaceutical industry, sponsorship

Soft Targets: Nurses and the Pharmaceutical Industry

ANNEMARIE JUTEL & DAVID B MENKES

Introduction

"Our Special Projects Division produces a wide portfolio of therapy and topic-specific materials ... available for sponsorship by companies who wish to promote their products or services, while visibly supporting nurse education,"[1] invites the journal of the United Kingdom Royal College of Nursing.

The commercial sponsorship of nursing education exemplified by this advertisement reflects the fact that nurses have increasing power to choose products and services, and to influence choices made by medical and other colleagues.[2] Prescription pharmaceuticals provide a notable example of how nurses have become, as proclaimed above, a desirable target for a powerful industry.

This industry has been robustly critiqued in the medical literature for exploiting patients and physicians using a range of techniques: direct-to-consumer advertisements (DTCA),[3-6] sponsored teaching materials,[7] advertising in professional media,[8,9] research funding,[10-14] ghost-writing,[15,16] gifts, free meals and travel[13,17,18].

The nursing literature has yet to pay much attention to the expansive reach of the pharmaceutical industry into the nursing profession. In this article, we examine some of the key literature on the influence of drug companies upon nurses, consider the limitations of this literature, and define a strategy for heightening awareness and strengthening the skills of nurses to manage the impact of commercial interests.[19]

Literature review

We searched MedLine and CINAHL databases without date restriction in May 2007 using the terms "pharmaceutical industry," "drug sales," "direct-to-consumer," and "pharma-

ceutic*" and restricted to nursing journals. We searched the same terms without the nursing journal restriction, combined with the truncated search terms "nurs*" and prescri*." A search combining the term "nurs*" with "gift," a hand search, and references from colleagues completed our search.

We included all articles making reference to nursing's relationship to drug companies and those that included the perspectives of the pharmaceutical industry on this issue. As our

intention was to understand the field, we examined all types of article, from empirical research papers to pure opinion.

Thirty-two articles met our inclusion criteria. Of these, seven were empirical studies (summarized in Table 1), two were theoretical, using anthropological or ethical frameworks to describe the implications of the gift exchange, and 23 were perspectives, commentaries, opinions, and non-systematic (narrative) reviews. Sixteen articles were from

Table one – Summary of empirical findings regarding pharmaceutical industry influence on nurses

Methodology	Sample	Findings	Reference
Survey 35-item questionnaire	347 MHN (76 male)	290 (84%) accepted PSRs meeting with clinical teams 161 (46%) accepted PSRs meeting with individual MHNs 3 (8.6%) agreed that MHNs should not attend events focusing on specific drugs 305 (88%) not opposed to receiving information and gifts 67 (19%) believe the clinical environment should be free of "gifts."	[46]
Survey 12-question questionnaire	221 NP	82%* believed DTCA provides "patient education" 94%* had patient requests resulting from DTCA 57%* believed samples from PSRs affected their prescribing decisions 52%* did not feel "pressured" to prescribe in response to patient requests	[26]
Survey	91 Nurse prescribers	50%* state that information from industry had influenced their prescribing	[67]
Survey 14-item questionnaire	51MHN (8 male)	A "majority"* never had formal guidance regarding interaction with PSRs. PSRs said to provide a variety of services "valued" by respondents*	[35]
Semi-structured interview	22 Nurse prescribers	11 (50%) used representatives from industry as source of prescribing information	[32]
Survey 55 item questionnaire (also administered to medical and pharmacy students for comparison)	17 NP students (2 male)	Poor knowledge of both industry marketing (average 2.9/10 multiple choice questions correct) and professional ethics (average 9/16 true-false questions correct) Frequent interaction with PSRs (average 10.4 contacts per month); considerable use of and confidence in information provided by PSRs; general willingness to accept and use drug samples from PSRs for both clinical and personal use	[34]
Interview	6 NP	4 (67%) believed that free samples might influence their choice of prescription 4 (67%) got information from PSRs 6 (100%) had attended industry-sponsored conferences 5 (83%) had accepted gifts.	[33]

Abbreviations:

* = raw data not provided

DTCA = direct-to-consumer advertising

MHN = mental health nurse

NP = nurse practitioner

PSR = pharmaceutical sales representative

nursing journals, nine were from nurse practitioner journals, two were from medical journals, and five were from multi-disciplinary journals.

From these 32 articles, we identified and grouped topics and concerns, and positioned these relative to debates in the medical literature about the influence of the pharmaceutical industry upon patient and professional education, gift giving, DTCA, provision of free drug samples, and other determinants of prescribing practice.

Results

Balance of criticism versus support

Given the vociferous debate in the medical literature, we anticipated positioned papers which would take clear stances for or against the involvement of the pharmaceutical industry in the nursing profession. Such a dichotomy was not evident in the articles we located. Of the 32 articles, thirteen expressed or reported serious concern about the role of the pharmaceutical industry, and four were clearly industry-friendly. The remaining publications either expressed mild concern about the industry, or viewed the support of the pharmaceutical industry as generally favourable, or identified both the harms and benefits of the pharmaceutical industry's involvement in health care.

Direct-to-consumer advertising

Seven articles address DTCA, three of these providing overviews and identifying consequent problems for patient-clinician communication. The overviews draw upon the medical literature, and lament the scant research available to assess DTCA's impact on nurses,[20-22] but offer limited criticism. One of these focussed on presenting a balanced report of the benefits and harms of DTCA, presenting a number of arguments both for and against the practice, but concluding with the view that DTCA might benefit patients by prompting them to seek medical attention, and suggesting that a "balance" is required.[21]

An opinion piece, written by health advocate Charles Inlander for a nursing economics journal, praises DTCA as an antidote to medicine's self-interested reluctance to share information.[23] Another, written by employees of the industry, speaks of guarding the line between promotion and education, but not surprisingly concludes that the industry has an important role to play in patient education – one that these authors hope will expand.[24] Three articles encourage health care professionals to work with the pharmaceutical

industry to promote accurate patient information, and not to be predisposed against DTCA.[22,25,26]

Professional education

Many of the articles (10/31) draw attention to the substantial role that information from the pharmaceutical industry plays in the education of nurses.[24,27-35] Sponsored professional education, drug samples and information, small gifts, and patient services are portrayed as beneficial, even though caution is advised in their use – unethical behaviour is cast as possible, but exceptional.[30,36] DeSilet, nursing educator, recommends robust professional guidelines and accreditation as safeguards.[29]

Samples and gifts from, or contacts with, pharmaceutical sales representatives

Fifteen of the articles consider pharmaceutical sales representatives (PSRs) and/or their provision of drug samples to prescribing nurses. In an advice column to nurse practitioners, lawyer Cathy Klein acknowledges evidence that provision of samples influences medical prescribing, and increases rather than decreases costs, but also views pharmaceutical representatives as an important source of practical guidance and information for nurses.[37] Alexander-Banys, in a guest editorial to the *Journal of Pediatric Health Care*, starts by acknowledging and appreciating the pharmaceutical industry's support of nurse practitioners, then criticizes the industry for failing to court nurse practitioners (NPs), or to make reference to them in DTCA as they do physicians. This, the author suggests, reinforces traditional perceptions of the latter as the credible provider of patient care, to the detriment of the NP role.[38] In an editorial exchange in the *Nurse Practitioner*, student family nurse practitioner Sarah Sidiqi argues that NPs may be unwitting victims of the pharmaceutical industry's commercial agenda,[39] but receives a sceptical response from the editor who questions the evidence that NPs have been approached inappropriately in the way that physicians have, and points out that NPs are generally ignored by the industry.[40] A pilot interview study of six NPs found that all believed pharmaceutical companies influenced their prescribing, with both positive and negative consequences.[33] A survey of 221 oncology NPs found that over half (57%) of respondents viewed the provision of sample drugs as having affected their prescribing choice.[26]

Many articles conclude that small gifts from PSRs are acceptable. Davies and Hemmingway, both nursing educators, suggest such gifts should not exceed £5 [28] while an Editor of *The Nurse Practitioner*, Marilyn Edmunds, as well as

clinical nurse specialist, Patricia O'Malley, see \$US100 as the top range for such gifts.[30, 41] Not surprisingly, a "medical writer" with "12 years' experience in pharmaceutical sales training," writing for *Advance for Nurse Practitioners* refers to promotional objects as a normal part of professional practice and fails to offer any critical consideration of the gift or its consequences.[31] Melodie Young, president of the Dermatology Nurses' Association, mirrors this approach in her article which promotes PSRs as an important support for nurses in *Dermatology Nursing*. [36]

Monaghan and colleagues used a cross-sectional survey to determine that NP students (n=17) had both more positive attitudes towards PSRs and more contacts with them than pharmacy students (n=54).[34] Similarly, in a large survey of mental health nursing students at two universities in the United Kingdom, 88% (305/347) believed it was acceptable to receive some form of gift from industry.[41] Over half (57%) of the students believed that pharmaceutical representatives did not always give unbiased information but thought that they and mental health nurses in general would be able to detect any bias. Only 20% believed that the clinical environment should be free of promotional objects. A study of 51 psychiatric nurses reported that an unspecified "majority" had received no guidance about working with the pharmaceutical industry.[35]

Three industry-friendly articles,[24,31,36] two of which were written by previous or current employees of the pharmaceutical industry,[24,31] applaud the role of PSRs, noting their role in education. Whilst the authors' history of working for industry is described, this history is presented as a credential for, rather than risk to, the credibility of their claims. Willis, in her article on career options, recommends the pharmaceutical sales force as a career option for nurses and uncritically equates pharmaceutical sales to promoting solutions to patients.[42]

Concern about the pharmaceutical industry

Thirteen of 31 articles express or report unequivocal concern about the risks to practice presented by the pharmaceutical industry. Nursing professor Lisa Day's theoretical discussion of gift-exchange argues that any gift, however small, obligates recipients, resulting in unwanted debt. Such debt may be repaid by prescribers and those influencing them.[43]

A similarly critical view of the industry is apparent in two general news articles reporting current events and describing concerns about drug companies' influences on nurses voiced by a union leader, and by a range of nursing, pharmacy and

medical experts speaking to the UK House of Commons about drug company marketing strategies.[44,45] Lecturers in mental health nursing, Ashmore and Carver are particularly sceptical about supposed benefits of information provided by industry, and point out that mental health nurses may be particularly vulnerable to pharmaceutical company advertising and 'clinical support'. [20,46] Nurse ethicist Crigger's assessment of pharmaceutical promotion and NP decision-making offers a critique of the industry, and argues for guidelines to reduce potential harms, but is diluted by PSR Bennison's counter-argument in the same article.[47]

Four non-systematic narrative reviews address nursing education, and how guidelines and professional responsibilities may help to shift nursing education from commercial to professional sources of information.[28,41,48,49] Many of these articles point out the ethical challenges of pharmaceutical gift-giving but offer few, if any, solutions. There is a comfortable sense that nurses, once alerted, will not be "caught" by marketing practices, that skills central to the nursing profession inherently provide nurses with the ability to evaluate information effectively,[28,48] that ethics committees will give adequate guidance,[50] and that guidelines or codes will prevent the problem.[47,49] A strongly-worded debate between a sceptical NP and a PSR concludes with vague references to guidelines and raising awareness.[51] Sidiqi's letter to the editor of *The Nurse Practitioner* is just as strongly-worded, but similarly, is quickly deflated by the editor's comments about NPs being unlikely to get "caught" in the same way as physicians.[39,40]

Remarkably, none of the articles from the nursing literature reviewed here included author disclosure about possible competing interests. Over the past two decades, medical journals have increasingly required authors to declare competing interests, as these are recognized as potential sources of bias in the collection, analysis and interpretation of data. [52] As we have seen, nurses are subject to many of the same conflicts of interest as physicians, yet the nursing literature lacks even this most basic means of detecting possible bias.

Discussion

Nursing education fails to prepare graduates to deal with pharmaceutical promotion. From the scant empirical work available, many nurses would appear to accept promotional material uncritically. Nurses, just like physicians, might benefit from understanding marketing and persuasion.[19]

Nurses should be encouraged to re-evaluate the educational benefits of promotional information, which is carefully

selected, prone to bias, and hardly likely to be as beneficial as many believe.[53,54] Similarly, they should reconsider the presumed educational benefit and lack of bias in DTCA, as these have now been widely refuted.[55-57] Rather simplistically, many articles about nurses and DTCA have announced that nurses must be “cognizant” or “aware”—by knowing the scope of the problem, and by working “with” the industry, nurses will supposedly be able to avoid complicity in unethical promotion.[21,22,26,36,47]

This optimistic approach belies the fact that many nurses are not trained in critical appraisal, and appear to understand little of the mechanisms by which marketing strategies operate. Numerous studies have found that physicians, regardless of seniority, tend to have poor understanding of marketing, and of their own vulnerability, decision-making processes, and conflicts of interest.[58-60] Nurses are less well-studied in this regard, but are likely to have similar difficulties, exacerbated by their relatively meagre training in pharmacology, statistical inference, and critical appraisal.

Nursing’s relationship to medicine may provide some insight to the minimal critical outcry in the nursing literature regarding pharmaceutical marketing. Direct-to-consumer advertising and the ubiquity of PSRs allow both patients and nurses to circumvent the physician as source of authoritative knowledge. Information access, however biased, has thus become a source of independence for nurses and patients alike.

The importance of improving nurse-physician relationships may underlie the prevalent belief among nurses that contact with the pharmaceutical industry is beneficial, opening channels of communication and providing information that enables them to interact with physicians on a more even footing. It seems likely that the ability to seek information from non-medical sources may be perceived by some nurses as a way to escape traditional medical dominance. Redress of power imbalance as a justification for DTCA is captured in the commentary of patient advocate Charles Inlander who, in 1991 opined in *Nursing Economic\$* that DTCA is a tool by which patients could circumvent medical paternalism.[23] Disdain towards medical dominance is also apparent in NP publications whose authors seem to be indignant that physicians get “courted” by the pharmaceutical industry, while NPs are ignored.[38,40]

Both the physician-patient and the physician-nurse relationship have evolved in recent years. Ethicists Emanuel and Emanuel have pointed out that the physician-patient interaction has historically been paternalistic, where the physician—with superior education and knowledge of human biology—

—was better positioned than patients to determine their best interest.[61] However both nurses and patients now have greater access to information outside the clinical encounter, notably including DTCA, PSRs, and the internet, accelerating changes to these relationships.

However, transferring the power imbalance from paternalistic to commercial is hardly the last word in liberation. It purports to transfer autonomy, yet presents information designed to sell, rather than to enable rational treatment choices.

We propose a three-pronged approach including education, clinical policy, and research to aid nurses with the challenges of pharmaceutical promotion.

Firstly, nurses require training to understand and manage the impact of commercial activity, ideally well before post-graduate training.[34] Nurses already in the work force should receive continuing education on the range of interests promoted in health care, including those motivated by profit.

Little in their training provides nurses with adequate understanding of relevant fields including pharmacology, epidemiology, public health, evidence-based medicine, critical appraisal, psychology, social science, management, and communications studies, to the extent that they can reliably understand and manage commercial promotion.[62] Educational institutions and licensing authorities should ensure that their students or registrants receive training on the influences of commercialism and have unbiased resources to support prescribing and clinical decisions. Nurses will hopefully come to appreciate the vulnerability they share with physicians to the charms of the PSR.

Secondly, institutional guidelines, policy and quality assurance should be developed to complement such education. The exclusion of commercial sponsorship from nursing education would leave a gap; careful consideration should be made about how this may be filled with information based on best practice, and transparent with respect to its inherent biases.

Policy makers and managers in health care must identify and prevent the intrusion of external interests in clinical decisions. The Stanford University initiative to ban PSRs from its hospitals is an interesting case in point. Whilst on the one hand, it makes bold steps towards curtailing the presence of the pharmaceutical industry in its facilities, on the other, it makes no specific reference to nurses.[63] Such policies should carefully consider the issues of sponsorship and gifts in reference to nurses as well as physicians.

The final prong in our strategy is to gain a better understanding

of nurses' role in and influence on prescribing. In the United Kingdom, for example, a drive to nurse prescribing is part of the professionalization of nursing, and is seen to enhance nursing's status, patient care, and the use of health care resources.[64] This prescribing practice places nurses in an analogous position vis-à-vis the pharmaceutical industry as their medical colleagues.

But it is not just prescribing nurses who must be the focus of these strategies. As we have described above, non-prescribing nurses play an under-appreciated role in prescription and administration choices. One of us (AJ), an experienced staff nurse, recalls guiding new house staff in the choice of treatment; the other (DM) was grateful for such guidance as a medical intern.

Research is required into the mechanisms by which nurses influence medical prescribing, and the frequency of such influence in various settings. There are a myriad of likely ways, from nurse-led clinics where the decision to refer is in the nurse's hands, to drug cabinet stocking, treatment monitoring and assessment, and protocol development. Nurses must identify and acknowledge these roles, and the enormous responsibility they confer, to avoid being a soft target for commercial promotion.

Conclusion

The pharmaceutical industry recognises nursing influence on medical prescribing and identifies nurses as a marketing target. The industry has had its eye on nurses and nurse practitioners for over a decade,[65] and is heavily invested in wooing them.[66] Unfortunately, its success in this area has been at the expense of the health budget, evidence-based care, and nursing integrity. All three can and must be reclaimed.

References

- 1.RCN Publishing. Special projects' sponsorship. Available from URL: <http://www.nursing-standard.co.uk/advertising/specprods.asp>. Accessed 19 April 2007.
- 2.Burns D. Nurse prescribing: nurses' influence on GPs' prescribing. *Nursing Times* 2002; 98(43):41-2.
- 3.Mansfield PR, Mintzes B, Richards DLT. Direct to consumer advertising. *British Medical Journal* 2005; 330:5-6.
- 4.Mansfield PR, Mintzes B. Direct-to-consumer advertising is more profitable if it is misleading. *New Zealand Medical Journal* 2003; 116(1182):U610.
- 5.Mintzes B, Barer ML, Kravitz RL, Kazanjian A, Bassett K, Lexchin J, et al. Influence of direct-to-consumer pharmaceutical advertising and patients' requests on prescribing decisions: two site cross sectional survey. *British Medical Journal* 2002; 324(7332):278-9.
- 6.Healy D. The latest mania: selling bipolar disorder. *PLoS Medicine* 2006; 3(4):e185.
- 7.Wazana A. Physicians and the pharmaceutical industry: is a gift ever just a gift? *Journal of the American Medical Association* 2000; 283(3):373-80.
- 8.Smith R. Medical journals and pharmaceutical companies: uneasy bedfellows. *British Med Journal* 2003; 326:1202-5.
- 9.Smith R. Making progress with competing interests - still some way to go. *British Medical Journal* 2002; 325:1375-6.
- 10.Baker C, Johnsrud MT, Crismon M, Rosenheck RA, Woods SW. Quantitative analysis of sponsorship bias in economic studies of antidepressants. *British Journal of Psychiatry* 2003; 183:498-506.
- 11.Boyd EA, Bero LA. Assessing faculty financial relationships with industry: a case study. *Journal of the American Medical Association* 2000; 284(17):2209-14.
- 12.Lexchin J, Bero LA, Djulbegovic B, Clark O. Pharmaceutical industry sponsorship and research outcome and quality: systematic review. *British Medical Journal* 2003; 326(7400):1167-76.
- 13.Moncrieff J, Hopker S, Thomas P. Psychiatry and the pharmaceutical industry: who pays the piper? *Psychiatric Bulletin* 2005; 29:84-5.
- 14.Perlis RH, Perlis CS, Wu Y, Hwang C, Joseph M, Nierenberg AA. Industry sponsorship and financial conflict of interest in the reporting of clinical trials in psychiatry. *American Journal of Psychiatry* 2005; 162(10):1957-60.
- 15.Wager E. How to dance with porcupines: rules and guidelines on physicians' relations with drug companies. *British Medical Journal* 2003; 326:1196-8.
- 16.Gøtzsche PC, Hrobjartsson A, Johansen HK, Haahr MT, Altman DG, Cha A-W. Ghost authorship in industry-initiated randomised trials. *Public Library of Science Medicine* 2007; 4(1):e19.
- 17.Wazana A. Physicians and the pharmaceutical industry: is a gift ever just a gift? *Journal of the American Medical Association* 2000; 283(3):373-80.
- 18.Menkens DB. Psychiatrist subscribing preferences and attitudes toward promotion. *Disease Mongering Conference, New Castle, Australia; 2006.*

19. Mansfield PR, Lexchin J, Wen LS, Grandori L, McCoy CP, Hoffman JR, et al. Educating health professionals about drug and device promotion: advocates' recommendations. *PLoS Med* 2006; Sect.e451.
20. Ashmore R, Carver N. The pharmaceutical industry and mental health nursing. *British Journal of Nursing* 2001; 10(21):1396-402.
21. Mahon S. Impact of direct-to-consumer advertising on healthcare providers and consumers. *Clinical Journal of Oncology Nursing* 2006; 10(3):417-20.
22. Viale PH. What nurse practitioners should know about direct-to-consumer advertising of prescription medications. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* 2003; 15(7):297-304.
23. Inlander C. A hard pill to swallow...advertising prescription drugs directly to the consumer. *Nursing Economic\$* 1991; 9(5):343-7.
24. Gruber W, Llewelyn J, Arras C, Lion S. The role of the pharmaceutical industry in promoting patient education. *Patient Education and Counseling* 1995; 26(1-3):245-9.
25. Viale PH. Direct-to-consumer advertising of prescription medications: implications for patients with cancer. *Oncology Nursing Forum* 2002; 29(3):505-13.
26. Viale PH, Yamamoto DS. The attitudes and beliefs of oncology nurse practitioners regarding direct-to-consumer advertising of prescription medications. *Oncology Nursing Forum* 2004; 31(4):777-83.
27. Bowron A. Bridging the information gap in primary care. *Community Practitioner* 2006; 79(8):242.
28. Davies J, Hemingway S. Pharmaceutical influences: nurse prescribers: eyes wide open. *Nurse Prescriber* 2006; 1(12):e42.
29. deSilets L. Commercial support for professional development. *Journal of Continuing Education in Nursing* 2006; 37(2):52-3.
30. Edmunds M. Confusing ethical guidelines dampen pharmaceutical support. *Nurse Practitioner* 2004; 29(8):16.
31. Flewell M. Pharmaceutical sales reps: value beyond samples. *Advance for Nurse Practitioners* 2006; 14(7):118.
32. Hall J, Cantrill J, Noyce P. The information sources used by community nurse prescribers. *British Journal of Nursing* 2003; 12(13):810-8.
33. Kessenich CR, Westbrook MH. Pharmaceutical companies and the prescriptive practices of nurse practitioners. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* 1999; 11(12):533-8.
34. Monaghan MS, Galt KA, Turner PD, Houghton BL, Rich EC, Markert RJ, et al. Student understanding of the relationship between the health professions and the pharmaceutical industry. *Teaching and Learning in Medicine* 2003; 15(1):14-20.
35. Nolan P, Carr N, Doran M. Nurse prescribing: the experiences of psychiatric nurses in the United States. *Nursing Standard* 2004; 18(26):33-8.
36. Young M. They are more than just pretty people handing out cool pens. *Dermatology Nursing* 2006; 18(4):323-4.
37. Klein CA. Dispensing pharmaceutical samples: a few reminders. *Nurse Practitioner* 2006; 31(4):15.
38. Alexander-Banys B. Pharmaceutical company advertising practices: call to arms. *Journal of Pediatric Health Care* 2002; 16(2):49-50.
39. Sidiqi S, Edmunds M. Pharmaceutical influence? The Nurse practitioner 2003; 28(5):6-7.
40. Edmunds M. Response to Sidiqi. *Nurse Practitioner* 2003; 28(5):7.
41. O'Malley P. Pharmaceutical advertising and clinical nurse specialist practice. *Clinical Nurse Specialist* 2006; 20(1):13-5.
42. Willis J. The drug squad. *Nursing Times* 1997; 93(49):36-8.
43. Day L. Industry gifts to healthcare providers: are the concerns serious? *American Journal of Critical Care* 2006; 15(5):510-3.
44. Liefer D. Warning over drug courses. *Nursing Standard* 1997; 11(46):9.
45. Kmietowicz Z. Drug company influence extends to nurses, pharmacists, and patient groups. *British Medical Journal* 2004; 329:1206.
46. Ashmore R, Carver N, Banks D. Mental health nursing students' relationships with the pharmaceutical industry. *Nurse Education Today* 2006; 27(8):551-60.
47. Crigger NJ. Pharmaceutical promotions and conflict of interest in nurse practitioner's decision making: the undiscovered country. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* 2005; 17(6):207-12.

48. Hemingway S. Mental health nursing and the pharmaceutical industry. *Mental Health Practice* 2003; 7(2):22-3.
49. Castledine G. Nurses must be immune to product promotions. *British Journal of Nursing* 2003; 12(13):827.
50. Stokamer CI. Pharmaceutical gift giving: analysis of an ethical dilemma. *Journal of Nursing Administration* 2003; 33(1):48-51.
51. Crigger NJ, Bennison JW. Unethical marketing or business as usual? *Advance for Nurse Practitioners* 2006; 15(1):61-8.
52. International Committee of Medical Journal Editors. Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Biomedical Publication; 2006. Available from URL: <http://www.icmje.org/index.html>. Accessed 1 Jan 2007.
53. Menkes DB. Calling the piper's tune. *Primary Care and Community Psychiatry* 2006; 11(3):147-9.
54. Cardarelli R, Licciardone JC, Taylor LG. A cross-sectional evidence-based review of pharmaceutical promotional marketing brochures and their underlying studies: is what they tell us important and true? *BMC Family Practice* 2006; 7:13.
55. Ziegler M, Lew P, Singer B. The accuracy of drug information from pharmaceutical sales representatives. *Journal of the American Medical Association* 1995; 273(16):1296-8.
56. Cooper RJ, Schriger DL, Wallace RC, Mikulich VJ, Wilkes MS. The quantity and quality of scientific graphs in pharmaceutical advertisements. *Journal of General Internal Medicine* 2003; 18(4):294-7.
57. Kaphingst KA, DeJong W. Market watch: the educational potential of direct-to-consumer prescription drug advertising. *Health Affairs* 2004; 23(4):143-50.
58. Madhavan S, Amonkar MM, Elliot D, Burke K, Gore P. The gift relationship between pharmaceutical companies and physicians: an exploratory survey of physicians. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics* 1997; 22:207-15.
59. Steinman M, Shlipak M, SL M. Of principles and pens (attitudes and practices of medicine house staff toward pharmaceutical industry promotions). *American Journal of Medicine* 2001; 110:551-7.
60. Watkins RS, Kimberly J, Jr. What residents don't know about physician-pharmaceutical industry interactions. *Academic Medicine* 2004; 79(5):432-7.
61. Emanuel EJ, Emanuel LL. Four models of the physician-patient relationship. *Journal of the American Medical Association* 1992; 267(16):2221-6.
62. Mansfield PR. Is it insulting to suggest that health professionals are influenced by drug companies? *Healthy Skepticism International News* 2007; 25(4). Available from URL: www.healthyskepticism.org/news/2007/May.php#62. Accessed 4 May 2007.
63. Stanford University. Policy and guidelines for interactions between the Stanford University School of Medicine, the Stanford Hospital and Clinics and Lucile Packard Children's Hospital with the pharmaceutical, bioetch, medical device, and hospital and research and supplies industries ("Industry"), 2006. Available from URL: med.stanford.edu/coi/siip/documents/siip_policy_aug06.pdf. Accessed 12 February 2009.
64. Jones M. Case Report. Nurse prescribing: a case study in policy influence. *Journal of Nursing Management* 2004; 12(4):266-72.
65. Mittman DE, Yackeren TF, Hendrix P, Mirotznik HG. Sales reps recognize value of nurse practitioners. *Medical Marketing and Media* 1994; 29(7): 52-4.
66. Arnold M. The hidden prescribers. *Medical Marketing and Media* 2004; 39(11):44-52.
67. While AE, Biggs KS. Benefits and challenges of nurse prescribing. *Journal of Advanced Nursing* 2004; 45(6):559-67.

This article was previously published under the terms of the creative commons license in PLoS Med 5(2): e5. doi:10.1371/journal.pmed.0050005

Contact Information for Author:

*Annemarie Jutel, RN, PhD
Associate Professor
Otago Polytechnic
School of Midwifery
Private Bag 1910
Dunedin 9054
New Zealand
Email: ajutel@vodafone.co.nz*

*David B Menkes, MD, PhD, FRANZCP
Associate Professor of Psychiatry
University of Auckland
Waikato Clinical School*

Résumé

L'article vise à mieux comprendre les stratégies de diffusion et d'exportation de la pédagogie brésilienne de Paulo Freire dans la formation académique en santé communautaire et en santé publique. Ces stratégies ont permis d'incorporer cette pédagogie dite « critique » à des sociétés et à des époques très différentes. Dans le cadre de cet article, une analyse socio-historique de manuscrits originaux brésiliens est présentée. L'étude montre la genèse et l'évolution des idées reliées à la pédagogie freirienne dans le contexte plus large de l'éducation des couches populaires. La production nationale de *produits intellectuels* d'exportation, lessivés et travestis pour mieux répondre aux exigences internes des marchés américains, qui les importent en santé communautaire, nous a donné l'image d'un Freire, conciliateur, non-directif et apolitique.

Mots clés conscientisation, diffusion des connaissances, Freire, pédagogie critique, santé communautaire

LA CONSTRUCTION INTERCULTURELLE D'UNE CRITIQUE THÉORIQUE EN SANTÉ COMMUNAUTAIRE : LE CAS DE LA PÉDAGOGIE DE FREIRE

HÉLÈNE LAPERRIÈRE

Introduction

Ce travail analyse l'utilisation nord-américaine et même brésilienne de la contribution de Paulo Freire aux notions d'éducation populaire et de conscientisation en santé communautaire. L'analyse critique socio-historique questionne l'acceptation trop rapide de perspectives provenant d'une autre culture et l'exportation d'un corpus qui dépasse les déterminants culturels et du coup, remet en question une utilisation supposée « universelle » des connaissances produites par Freire et ses exégètes. Freire a contribué à poser le

problème du déterminisme dans l'éducation bancaire. Sa pensée ne se limite toutefois pas à son travail personnel d'il y a un quart de siècle traduit pour les nord-américains (sa « pédagogie des opprimés »).[1] Son idéal d'horizontalité et de dialogue se veut toujours vivant, actif et créatif en Amérique Latine,[2,3] plus spécifiquement dans le nord-est brésilien.

D'anciens collaborateurs et successeurs de Freire poursuivent et développent sa perspective d'éducation critique avec les mouvements sociaux contemporains,[4] l'économie solidaire et l'engagement social de l'universitaire,[5] même dans le domaine de la médecine familiale et de la formation professionnelle en santé.[6] L'éducation populaire en santé est une composante officielle du projet de société du Ministère de la santé brésilien.[7] Ce développement actuel dépasse la perception de Freire comme un classique des années 70. L'entrevue avec Orlando Fals Borda montre que les principes de la recherche-action participative en Amérique Latine émergent à partir d'expériences personnelles et des événements historiques d'un ensemble d'acteurs qui

constitua ensuite un réseau prolifique et spécifique.[8] Les anthropologues et les sociologues latino-américains contribuent à créer une conscience critique en soulignant que « l'universalité en sciences humaines » puisse constituer un ethnocentrisme déguisé, ignorant ou cachant une rationalité beaucoup plus concrète et ancrée que la « recherche de la vérité » ou « l'altruisme international désintéressé ». La compréhension de la méthodologie participative latino-américaine demande une étude des « scénarios sociaux d'origine » (p.22).[8]. En Amérique du Nord, la perspective d'éducation populaire latino-américaine est majoritairement présentée par la littérature américaine et anglo-saxonne sur Paulo Freire (voir notamment Giroux[9], Shor[10] ou McLaren et al.[11]).

Cet article émet des réserves quant à cette vision culturellement homogène. Il est dangereux de penser que l'anglais est la langue universelle et que la qualité d'une production scientifique est mesurée sans biais culturel par l'Institut d'information scientifique (Institute of Scientific Information). Le pouvoir de l'anglais comme la lingua franca actuelle, et les ressources pour publier et diffuser constituent des filtres à étudier, parce qu'ils limitent de façon arbitraire et peu scientifique les sources d'information alternatives. Par exemple, les auteurs considérés comme les « bonzes » de la perspective de Paulo Freire seront publiés en anglais (voir par exemple Gadotti[12] et Valla[13]), ce qui peut contribuer à écarter des auteurs « locaux » et « périphériques » pouvant apporter un point de vue alternatif.

Lorsqu'un pair évaluateur anglo-saxon considère que les références en Portugais sur le sujet sont « maddennigly inaccessible » pour ceux qui ne maîtrisent pas cette langue, il y a une dévalorisation explicite des écrits en Portugais, Espagnol ou Français s'ils n'ont pas été validés par leur traduction en anglaise. De même, le retrait traditionnel de la date de parution première d'une œuvre dans les éditions subséquentes et les traductions ne permettent pas de reconnaître le moment socio-historique précis dans lequel se situe l'auteur. Il faut donc remettre en question la conception naïve selon laquelle le concept de « culture locale » se réfère uniquement à la vie quotidienne et exclut la culture scientifique locale et nationale.

Le présent article vise à poursuivre la genèse et l'évolution des idées plutôt que la production de connaissances scientifiques dédiés à des manuels en santé communautaire. Il maintient une résistance à considérer Freire comme quasi synonyme de l'éducation critique, comme un créateur sans histoire inventant de toutes pièces une perspective. Un premier effort consiste à montrer que Freire se situe dans une

tradition brésilienne qu'il connaissait, à laquelle il se référait et qui, par après, est disparue de ses écrits : les œuvres incontournables du philosophe brésilien Alvaro Viera Pinto, et des populistes russes et allemands. Cet article n'offre pas une synthèse de la position de Freire pour ceux qui la méconnaissent. Par ailleurs, aucune pratique libératrice ne pouvant s'affranchir de paradoxes ou de contradictions, le présent texte devrait refléter la manière dont, Freire a essayé de les considérer. Cherchant plutôt à éclairer l'utilisation empirique de sa pédagogie en santé communautaire et en promotion de la santé, cette étude focalise sur les informations, difficilement accessibles en Amérique du Nord, qui décrivent les fondements d'une perspective dite de libération des couches populaires par l'éducation non-directive.

La méthode de recherche

La méthode est déterminée par le but général de l'auteure de réaliser une recherche d'informations sur l'utilisation de l'approche d'éducation populaire dans la formation professionnelle universitaire. Le contexte de production de l'analyse critique consiste en un stage postdoctoral effectué dans l'unique université brésilienne possédant un programme d'études avancées en éducation avec une spécialisation en éducation populaire (Université fédérale da Paraíba, Paraíba, Brésil). Ce milieu constitue l'épicentre historique de luttes paysannes nordestines (la région du Nord-Est du pays, région souvent aride et pauvre) et des expérimentations initiales d'alphabétisation par Paulo Freire dans des régions avoisinantes (Angicos, Rio Grande do Norte). Le stage vise à mieux comprendre les enjeux de la formation professionnelle des étudiants de médecine, de sciences infirmières, de physiothérapie, de nutrition, de psychologie, de travail social et d'odontologie avec une perspective d'éducation populaire dans ce contexte académique universitaire. Cette recherche d'informations permettra d'éclairer la traduction de cette expérience dans le contexte canadien de formation en santé communautaire, teinté de multiculturalisme et de bilinguisme.

Les quatre sources principales de connaissance dans ce travail sont les suivantes : (a) Des insertions empiriques se concrétisent par des visites dans des quartiers populaires servant de lieux d'activités de formation pour les étudiants en sciences de la santé et en médecine. (b) Des participations à des rencontres collectives ont lieu à des séminaires, congrès, réunions théoriques et politiques d'organisation des groupes en éducation populaire en santé. (c) Une pratique réflexive collective avec des professeurs universitaires liés à la formation mènent à des discussions thématiques découlant de

l'action quotidienne avec les étudiants et la communauté. (d) Des lectures sur la contextualisation socio-historique de Freire et l'éducation conscientisatrice dans l'éducation populaire (des Russes notamment) dans l'option pour les pauvres – l'alliance politico-religieuse et ses rapports avec des milieux (misère, oppression, répressions) complètent l'information empirique.

Sur une période de quatre mois, les expériences terrain se réalisent de manière hebdomadaire sous forme de visites domiciliaires des habitants dans un quartier urbain périphérique d'environ 700 familles vivant dans des conditions sous la « normale », n'ayant pas accès aux droits de base (eau et sanitaire, électricité et collecte de déchets). Les stratégies de survie observées sont les collectes alternatives de déchets avec cheval, les « gatos » (déviation illégale des lignes d'électricité) et la radio communautaire qui transmet aux habitants leurs correspondances. Les activités académiques comportent des rencontres avec les instigateurs des luttes de survie collective dans leur milieu d'action (Association d'habitants locaux, Garderie populaire, Chapelle, Programme de lutte contre le travail des enfants) et leur négociation intersectorielle (avec les agents municipaux, les politiciens et les bailleurs de fonds). Des accompagnements d'étudiants liés aux projets universitaires d'éducation populaire en santé s'actualisent en partenariat avec des professionnels sanitaires de deux postes de santé communautaire du programme brésilien d'attention primaire à la santé (agents communautaires de santé, infirmières, médecins).

Les diverses observations participantes, la pratique réflexive collective avec les collègues brésiliens et les entretiens informels avec les différents acteurs impliqués dans les actions communautaires (étudiants, professeurs, habitants, équipe de santé, leaders communautaires) ont motivé la présente analyse socio-historique de la pédagogie critique freirienne d'éducation populaire. Cohérente avec la perspective d'éducation populaire, la méthode non structurée préserve le flot naturel des sources d'informations, des événements et des conversations en préservant leur spontanéité. Le questionnement prend ses origines dans ces expériences vécues menant à une réflexion théorique plus large sur les motifs d'une telle option d'éducation en santé communautaire liée aux couches populaires. Des discussions collectives permettent de réfléchir historiquement sur les différentes expressions formelles et informelles de l'éducation populaire dans la société latino-américaine.

La recherche bibliographique débute avec le Séminaire avancé en éducation populaire et mouvements sociaux des professeurs, Dr. Orlandil de Lima Moreira et Severino

Bezerra da Silva. Ils incitent à percevoir l'éducation populaire, incluant la pédagogie critique de Freire, comme une « construction théorique contextualisée historiquement dans diverses conjonctures sociopolitiques et éducationnelles dans la formation sociale de la société brésilienne et latino-américaine » (Syllabus, 2008, traduction libre du portugais). Bien qu'elle ne fasse pas l'objet de cet article, la « vivência » (expériences vécues) dans le cadre du post-doctorat démarre le processus inductif de recherche dans un va-et-vient avec des lectures pertinentes pour nourrir l'analyse critique des activités d'éducation populaire véhiculées par le milieu académique. L'emplacement du milieu de stage offre l'accès aux documents peu diffusés à l'extérieur du Brésil, voire de la région nordestine. De nouvelles catégories émergent pour définir une problématisation.

La problématisation de l'importation filtrée : la transmission culturelle d'une pensée critique

D'où la santé communautaire nord-américaine importe-elle ses perspectives? Sur quelle littérature importée? Disponible dans quelle langue? La conceptualisation brésilienne d'une production nationale des connaissances oblige à revoir les traductions des textes anglophones sur Paulo Freire pour reconnaître l'utilisation d'un produit intellectuel brésilien filtré. Cette constatation soulève une problématisation, soit celle des connaissances universelles qui planent au-dessus des cultures et des nations.

Pédagogie freirienne dans la santé communautaire nord-américaine

Plusieurs auteurs nord-américains et européens en santé publique évoquent de manière récurrente l'importance de l'éveil de la conscience critique. Cette perspective inclut principalement des références à Paulo Freire. Par exemple, Minkler & Cox[14] expriment la nécessité d'un éveil de la conscience en santé à partir de sa philosophie. Wallerstein et Bernstein[15 p380] situent l'éducation émancipatrice comme une manière d'impliquer les gens dans un effort de groupe pour identifier leurs problèmes, d'accéder de manière critique aux racines sociales et historiques des problèmes, d'envisager une société plus en santé et de développer des stratégies pour outrepasser les obstacles en atteignant leurs buts.

Wallerstein, Sanchez-Merki et Dow[16 p195] affirment que la praxis freirienne est utile pour l'éducation sanitaire et l'organisation communautaire. Minkler et Wallerstein[17 p40] considèrent la conscientisation comme un ingrédient clé pour maintenir une vision plus large et soutenir les efforts communautaires d'organisation dans le temps et comme un

des liens entre la psychologie individuelle et l'émancipation communautaire. En 2004, Minkler[18 p686] revient sur le travail de Freire comme une contribution à l'enracinement critique de la recherche participative basée dans la communauté (Community-Based Participatory Research) et le développement d'une méthode dialogique, de co-apprentissage et d'action ancrée sur la réflexion critique. Plus récemment, Carroll, Gastaldo et Piché[19 p373] ont introduit la recherche-action en santé communauté et l'approche freirienne comme tendances actuelles pour la recherche dans le domaine des sciences infirmières.

Ces auteurs omettent toutefois le contexte historique des origines idéologiques de l'approche préconisée par Freire, toujours présentes dans la méthode et les implications pratiques d'une telle entreprise. La plupart tendent à limiter leur référence à la technologie éducative (dialogue, émancipation et éveil de la conscience critique), tout en négligeant les justifications politiques si explicites dans ses textes. Fortement influencée par une logique de justice sociale, l'approche de Freire[20] empruntait du marxisme la construction d'une société plus égalitaire, dans laquelle le bien commun surpassait le respect des opinions et des perspectives locales. Les connaissances avaient une vocation révolutionnaire, qui s'attaquait à « l'oppression » – qui est présente même dans son titre. L'approche était la diffusion du message politique d'élites scientifiques, culturelles et techniques qui voulaient contribuer à une libération, mais qui ne désiraient pas qu'elle leur soit attribuée personnellement. Les coûts des affiliations politiques explicites pouvaient mettre en danger leur rôle académique ou professionnel, surtout aux moments auxquels la répression politique s'exerçait non seulement par la violence, mais aussi par des moyens plus subtils de censure et de discrimination sélective.

Importation filtrée rendant le concept universel

Cet agenda a débordé les cultures d'origine des connaissances produites par les chercheurs en santé communautaire et a montré son potentiel sous forme d'instruments d'aide internationale. L'utilisation de la pédagogie critique de Freire en Amérique du Nord ressemble analogiquement à une « importation » — filtrée qui diffère de l'original importé. Il se peut également que le produit filtré soit revendu aux producteurs originaux sous forme de produit nouveau.

L'exemple de la référence à Paulo Freire en est un qui a coloré de façon importante le discours et les pratiques mondiales de santé communautaire par le biais de la littérature scientifique nord-américaine. Son œuvre porte comme fondement une perspective de diffusion des connaissances locales et inter-

nationales : la « conscientisation ». Le thème prend le caractère de la diffusion d'une modalité d'action collective qui aurait une identité symbolique de pédagogie de « gauche » et « d'avant-garde », paradoxalement sans référence à une politique nationale spécifique. La critique permet de déconstruire cette dépolitisation.

D'abord, il faut souligner que le phénomène de dépolitisation ne se produit pas qu'au moment de l'exportation du concept brésilien vers l'Amérique du Nord. Déjà, dans la diffusion brésilienne interne, les pédagogues nationaux eux-mêmes ont dissocié la méthode de son fondement explicite – non seulement à cause des ambiguïtés des événements politiques qui avaient forcé Freire à l'exil pour avoir été « subversif », mais aussi parce que les premières expérimentations furent financées par l'agence américaine USAID, l'Alliance pour le progrès, afin de contrer la menace communiste dans le nord-est brésilien.[21 p20-21] À partir de 1965, l'auteur lui-même modifia les traductions subséquentes de son œuvre originale retirant graduellement les sources liées au développementalisme national brésilien pour rendre sa perspective plus universelle.

Pédagogie freirienne et mouvement de société national

Freire n'est pas seulement la figure avunculaire, « homme du dialogue » qu'ont fait de lui les lecteurs d'un seul de ses livres, et qui l'ont lu en faisant abstraction d'un contexte théorique inséré dans le moment historique d'un continent – un contexte théorique qui devrait être aussi évident au lecteur que le message édulcoré qu'on lui attribue. Une vision du développement historique de l'éducation populaire place Paulo Freire dans une longue tradition de laquelle il n'est ni le fondateur ni le dernier mot. Cette histoire est loin d'être une communion sans faille des esprits. Paiva[21,22,23] exemplifie l'ampleur du débat au sujet de la portée de sa contribution. Son œuvre représente l'un des rares ouvrages critiques sur l'éducation aux adultes comme transmission neutre de contenus, en récupérant les racines historiques et les rapports aux moments politiques de la pédagogie brésilienne. La pédagogie de Freire ne prend son sens que lorsqu'on saisit sa réalité concrète dans un mouvement de société national et les rapports internationaux de l'auteur afin de faire d'elle une abstraction à généralisation illimitée – très loin des perspectives critiques de Bourdieu et Passeron.[24]

La thèse de Paiva place Freire dans une longue tradition qui unit de manières contradictoires les dimensions de développement national avec ses appels à l'unité nationale, qui est conçue ici comme une réalité intégrée, harmonieuse et

libre de conflit. Les discours populistes sont confrontés à une utopie pédagogique qui valorise la non-directivité dialogique, l'horizontalité des relations et l'égalité comme des réalités acquises ou atteignables concrètement. Paiva récupère les influences sociohistoriques sur la pensée de la conscientisation critique et de la libération en Amérique Latine et ce, à partir d'une vaste étude de sources russes et allemandes. Elle fait appel à Herzen, le père du populisme, Bakounin sur les contradictions marxistes de l'oppression des masses au nom de la liberté et de la dictature du prolétariat, Walicki sur l'analogie entre les patrons idéologiques du populisme russe et ceux des mouvements populistes du Tiers-Monde. Elle scrute de nombreux documents produits par les mouvements d'éducation populaire au Brésil (notamment, Movimento de Educação de Base – MEB, Movimento de Cultura Popular – MCP, Movimento Brasileiro de Alfabetização – MOBRAF, NOVA – Assessoria, Pesquisa, Avaliação). L'éducation de Freire destinée aux « couches populaires » empruntait des éléments idéologiques analogues à ceux rencontrés dans le populisme russe du Siècle XIX qui a influencé grandement le catholicisme radical latino-américain que Kadt[25] appela « idéal historique ».

Populisme

Le mouvement populiste provient d'une fascination des mouvements intellectuels pour les conditions de vie des masses opprimées, le « peuple », auquel ils se sentent moralement et politiquement liés et identifiés. Le populisme suggérait une valorisation des racines collectivistes des paysans russes. L'étude de la « Dance de Natasha »[26] est la soif des « nobles » de trouver leur justification dans leur nationalisme qui glorifie les vertus de leur peuple –de sa musique, de ses danses populaires, de son courage. Dans cette relation « authentique » entre l'intellectuel politiquement conscientisé et le peuple, le « révolutionnaire » se déplace vers les milieux populaires, principalement ruraux, pour écouter les sagesse innées du peuple lui indiquant le chemin qu'il pourra formaliser et organiser en vue de sa diffusion. Le peuple possède un « christianisme inné », une bonté naturelle, un esprit communautaire et une pureté culturelle non contaminée par l'égoïsme, la violence et l'influence de la culture étrangère, des élites, de la ville et de l'État. Les partisans brésiliens de ce « retour vers le peuple », dont Freire, vont affronter les mêmes défis que leurs prédécesseurs russes[22] : comment « vaincre le retard » du peuple et travailler pour le développement national tout en évitant les erreurs et les déviations néocoloniales ?

Face à l'acceptation du progrès et du monde de la technique,

Alvaro Viera Pinto[27,28,29] instrumentalise ses positions populistes pour justifier théoriquement le développement national : les masses doivent conduire le « processus national » et, pour cela, il sera nécessaire qu'elles se convertissent à la vie exceptionnelle de réflexion sur elles-mêmes pour exprimer leur authenticité. Son œuvre influence directement les pédagogues catholiques brésiliens avec une méthode inductive du processus de libération de l'idéal inconscient et implicite de la volonté populaire pour le développement national. Étant donné les difficultés de verbalisation du « simple peuple », le processus de libération devrait se réaliser avec l'aide non-directive d'un agent de médiation qui contribue à expliquer cet idéal. Puisque la pensée du simple peuple serait mal articulée due à sa carence expressive, les sentiments confus de révolte illettrée de celui-ci nécessite l'éclaircissement. Selon le travail de clarification idéologique de Vieira Pinto,[27 p144] la masse ne se trompe pas; l'intellectuel doit recueillir ses balbutiements idéologiques par son vécu et sa communication avec elle. Dans son œuvre monumentale (trois volumes cumulant 1614 pages), il pose les principes dont Freire a hérité puisqu'il le reconnaît explicitement dans ses premiers écrits.

Épistémologie populaire

L'épistémologie populaire de la pédagogie libératrice de Vieira Pinto présume que le peuple perçoit, par l'entremise de l'agent médiateur, que les contenus authentiques de son savoir populaire peuvent être prisonniers d'une « pensée naïve » que seule la réflexion se chargera de transformer en pensée critique.[27 p247] Cependant, les principes populistes, conduisant de manière logique à une non-directivité aussi radicale, apparaissent en tension permanente, d'abord avec les exigences du développement national pour « vaincre le retard » ensuite, avec l'action politique indispensable à la réalisation des réformes qui pourraient aider à minimiser les coûts sociaux dudit développement.[23]

Un processus de conscientisation, conjugué à une méthode d'alphabétisation, devient alors nécessaire pour développer une capacité à penser de manière autonome. Le processus d'alphabétisation et de conscientisation constitue la source d'une pensée critique. Il se concrétise par la transmission de techniques de lecture d'une durée de 40h, chargés de contenus nationalistes et d'une interprétation prédéterminée de la réalité. L'interprétation de la réalité est alors offerte comme une lecture scientifiquement certaine, soutenue par l'autorité des « conducteurs du peuple » provenant des cercles académiques, religieux et politiques.

Conscientisation comme direction implicite de la conscience

La prise de position théorique de Freire soulève le débat critique de sa méthode pédagogique, soit la conscientisation comme direction implicite de la conscience des apprenants vers des perspectives présentées sous forme de certitudes. La direction à prendre s'appuierait sur des fondements solides qui remettent en question les formes de « conscience traditionnelle » de l'éduqué non conscientisé, qui serait déformée par les mécanismes de socialisation idéologique de son milieu de vie. Plusieurs collaborateurs et collègues qui se trouvaient au Chili avec Paulo Freire avaient des mots très forts pour remettre en question une méthode qu'ils qualifiaient « d'inculcation » et comme étant contraire à sa rhétorique nostalgique de libération. Elle rendait populaire la méthode tout en cachant son modèle théorique. Lovisol[30] a critiqué l'utilisation du technicien comme agent de transformation des cultures locales par le recours subtil à la pédagogie, à la démocratie et à la pensée positive.

L'approche dialectique ne diminue pas les erreurs et les douleurs de cet accouchement culturel de l'inculcation. Le qualificatif d'inculcation pour définir la « conscientisation » souligne le rejet chez l'auteur des formes idéologiques et discursives en termes de dialogue et de relations égalitaires. Elles chantent les panégyriques de la symétrie, mais cachent le fait qu'elles imposent aussi des formes culturelles.[30] Plus tard, Wendhausen[31] constatera que même dans la valorisation d'une gestion participative du réseau municipal de santé dans la région de Porto Alegre (Brésil), il existe encore une asymétrie dans le potentiel d'expression entre les catégories d'acteurs participants (médecins et usagers). Cette inégalité entre les experts et les laïques du sanitaire est renforcée par l'imposition d'une forme technique « correcte et légale » d'agir dans le processus participatif.

Changement social et politique pour le développement

Les préoccupations centrales de l'approche freirienne gravitent autour du changement comme levier au développement et transit vers la société moderne. Malgré le fait que Freire affirme l'importance du droit de parler et de participer, les « thèmes générateurs » choisis dans ses rencontres de discussion – appelées « cercles de culture » – émergent principalement des influences du nationalisme et du développementalisme, bien qu'ils soient présentés comme de simples dispositifs pédagogiques. L'application pratique de sa méthode trahit la présence de directivité, même si elle exprime une maïeutique apparemment inductive. L'éducateur agit en

tant qu'agent de changement social et politique. Une telle pédagogie devient un moyen de proposer un changement vers une société autre remplaçant une société jugée comme étant archaïque. Les communautés ne peuvent se développer sans un projet de société générale qui dépasse leur conscience de leur réalité locale.

Le Christianisme et le marxisme, marquant les années soixante-dix en Amérique Latine, plaçaient la certitude au-dessus de la discussion, les « idées correctes » au-dessus des idées personnelles. Les concepts de « conscientisation » et de « conscience critique » inhérents à l'approche de Freire en sont des exemples. Ils visent à fomentier la conscience de l'action sociale transformatrice vers un idéal pré-établi à partir d'un modèle théorique. Ils véhiculent simultanément la transition d'une vision catholique traditionnelle, celle d'une « religion tournée vers le ciel » webérienne, à un véhicule idéologique explicite avec la pensée politique marxiste d'une transformation volontariste guidée par une « analyse scientifique ».

Le pédagogue conscientisé analyse la conscience à partir de l'optique marxiste de la critique de l'idéologie: « On ne part pas de ce que les hommes disent, s'imaginent, se représentent [...] : non, on part des hommes dans leur activité réelle ».[32 p51] Vieira Pinto[27 p163-432] décrivait de façon détaillée trente-trois types de consciences naïves qui devaient être converties à la conscience nationale, dont l'absence de compréhension unitaire, l'incapacité d'actualisation ordonnée, l'incapacité de dialoguer, la défense au progrès modéré, la vision romantique de l'histoire ou l'ignorance du potentiel politique dans l'actuation internationale. Il semble que des 1078 pages de la réflexion de Vieira Pinto[27,28], Freire[20] ait retenu judicieusement une quarantaine de pages pour défendre sa base théorique de la conscience naïve (réelle) et de la conscience critique, dans laquelle la première s'oppose de manière dichotomique à la deuxième et agit comme obstacle à une conception critique. Freire présente la dominance des émotions qui s'oppose à la dominance de la raison sous-tendant la capacité ou l'incapacité du dialogue; le refus du changement sur son acceptation et; le subjectivisme sur l'objectivité dans l'explication de la réalité.[21] Les personnes, pourvues d'une conscience critique, rationnelle, ouvertes au dialogue, objectives face à la perception du réel et donc au changement, sont davantage capables de construire les régimes démocratiques; tandis que les porteurs de conscience naïve serviraient les régimes autoritaires. Cette opposition définit la tâche de l'éducateur.

La discussion culturelle filtrée

Lorsque Lovisolo en 1987 fera sa critique du modèle techniciste éducatif, il pourrait plutôt se référer à la transformation de la perspective de Freire à celle des initiatives américaines, qu'il inclut dans cette perspective de conscientisation critique tout en retirant le contenu des structures politiques et d'action politique, car le monde vit alors en paix et chacun peut s'exprimer dans le pluralisme d'une société démocratique. La révision augmentée de 140 pages de l'ouvrage de Paiva[23 p335-498] sur l'histoire de l'éducation populaire au Brésil apporte un ajout analytique fort pertinent.

Retrait des sources de motivation sociopolitique d'un programme éducatif

Le développement de l'approche de conscientisation critique des masses fut récupéré par l'État sous forme d'action communautaire, incluant l'éducation sanitaire de base et l'alphabétisation, comme « instrument d'obtention des informations » et comme « instrument de sécurité interne » afin de diffuser une image positive des intérêts bienveillants des militaires et des Américains.[23] Malgré des antécédents liés au régime militaire, la justification pour poursuivre les actions communautaires et éducatives au cœur des régions périphériques et marginalisées dans les années 70 s'appuie sur le fait que les personnes peuvent discuter en toute liberté, sans aucune directivité, des choses du monde.[23] Ce fait est crucial pour situer la méthode dans la tension entre les classes sociales qui se répercutent dans les logiques des enseignants et des enseignés. L'agent de médiation entre le « peuple » et « l'État » glisse vers une colonisation bienveillante, dans laquelle il recrée un milieu local artificiel, qui devient la réalité locale.

L'analyse critique de Paiva, « controversée » pour les adeptes de l'approche freirienne, permet de mieux cerner les ambiguïtés inévitables derrière les approches de conscientisation critique et de libération. Sa contribution permet de revisiter ce champ en soulignant le fait que l'éducation populaire au Brésil a été affectée en profondeur par le populisme, un mouvement qui exalte les valeurs des classes opprimées et s'oppose à la relation traditionnelle entre l'enseignant et l'apprenant. Ce mouvement puise ses origines dans les thèses d'écrivains russes du XIXe siècle de telle sorte que les idées populistes, s'entremêlant au marxisme, ont été reprises par de nombreux catholiques brésiliens à partir des années 50, sous l'influence de Vieira Pinto, Paulo Freire et autres.

Dans le domaine de l'éducation, ce mouvement vers une pédagogie critique et non-directive s'est souvent traduit par un anti-autoritarisme extrême. Sans pour autant en nier cer-

tains aspects positifs, Paiva[33] démontre que ce mouvement présente plusieurs contradictions et paradoxes par rapport aux positions qu'il défend. Paiva visait à expliquer l'histoire de l'éducation des strates populaires au Brésil en relation avec les motivations et les conséquences politiques des programmes éducatifs. Pour cela, elle a exploré les motivations sociopolitiques des programmes afin de retrouver les racines de l'idéologie des éducateurs, caractérisée par une tendance à laisser de côté ou minimiser l'importance des aspects sociaux et politiques à la base de leurs intentions éducatives.

Banalisation du technique et de l'instrumental

Le regard critique de Paiva[23] et de Saviani[34] face aux contenus diffus et non-directifs de l'éducation politique et populaire soulève le fait que nous n'avons pas travaillé assez sur la partie instrumentale d'un contenu éducatif, qui permettrait aux paysans de trouver de l'emploi. Le caractère "instrumental" et "techniciste", tant méprisé par des intellectuels de gauche et les anti-intellectuels des mouvements sociaux, est dénoncé comme étant « du néolibéralisme ». En mettant l'accent sur la relation professeur/étudiant et l'autoéducation de l'apprenant, l'éducation populaire freirienne écarte la possibilité pour les couches populaires d'obtenir du contenu « bancaire ». « Les éléments de la classe dominée ne se libèrent pas s'ils ne dominent pas le contenu de ceux qui les dominent ».[34 p305]

Cette critique s'avère très pertinente pour la formation professionnelle des travailleurs sociaux et des infirmières. L'éducation critique n'est pas tout; auront-ils du travail ou seront-ils au chômage? Les qualifications académiques et professionnelles pourront-elles dépasser les discriminations culturelles, ethniques et religieuses? Dans la recherche d'emploi, est-ce que la compétence compensera la peau noire et le tchador? Ces questionnements placent la formation professionnelle et de qualification permanente sur le terrain de la lutte contre le chômage, la marginalisation et les « inégalités des chances ».[35] L'éducation populaire et la pédagogie critique demeurent pertinentes, toutefois elles doivent sortir de la clandestinité des méthodes alternatives et s'insérer dans un projet de société et d'éducation publique. Dans son introduction à l'édition de 2000, Paiva[36 p29] rappelle que « Paulo Freire dit encore quelque chose [aujourd'hui, justement] par ses sources » de nationalisme développementaliste, qui dénonçaient l'influence de la désétatisation et la dénationalisation sur les possibilités locales d'emploi.

La recherche socio-historique de l'éducation populaire et de l'œuvre de Paulo Freire par Paiva représente une tentative visant à expliquer l'histoire de l'éducation des strates populai-

res au Brésil en lien avec les motivations et les conséquences politiques des programmes éducatifs par une lecture de déconstruction historique. L'auteur montre l'importance d'analyser les motivations sociopolitiques. L'organisation idéologiquement démocratique des programmes demeure naïve si elle est dépourvue d'une analyse du contexte historique du changement socio-sanitaire visé et des concepts qui s'y rattachent ainsi que des intérêts des utilisateurs de ces concepts.

Est-ce que le concept de culture scientifique ancrée serait inconcevable?

La critique ne se résume pas à la dénonciation. L'Amérique Latine a une longue histoire au regard de sa culture scientifique qui dépasse les prises de position exclusivement accusatoires. Ces dernières se limitent à l'analyse et à l'accusation des incursions politiques déguisées sous des apparences de recherche et de formation bienveillante. Cette formation bienveillante peut soutenir un objectif politique explicite, notamment dans plusieurs projets tel qu'explicité par Camelot[37] ou inconscient, par des actions qui essaient de croire à une science universelle et neutre contre laquelle toute objection ne serait qu'antiscientifique. Dans les années 30, Antonio Gramsci[38 p57] avait souligné la fonction des intellectuels "cosmopolites", par rapport à celle des intellectuels liés au nationalisme scientifique. La science reliée à la pédagogie critique et l'éducation populaire a-t-elle une nationalité?

Des auteurs latino-américains discutent ouvertement de ce point. Paludo[39] souligne le fait que l'interprétation de l'éducation populaire est généralement liée à l'éducation des classes subalternes et que les lectures du processus historique brésilien diffèrent. Certains affirment l'apparition de l'éducation populaire avec l'émergence de Paulo Freire dans les années 50-60 alors que d'autres voient son arrivée avec la Proclamation de la république (1889-1904). D'autres encore situent les tentatives d'éducation des couches populaires dès le début de la colonisation. Par ailleurs, le travail de Kadet[25] et Paiva[23] illustrent la complexité des influences internationales externes dans le cas du Brésil des années 50-60, qui incluent les propositions contradictoires des agences américaines de l'époque, des propositions de l'UNESCO pour l'alphabétisation des masses entremêlées au marxisme et catholicisme pour un projet national de développement. Saviani[34] souligne le développement particulier du système éducatif public brésilien dans le contexte de la dictature et de la nouvelle démocratisation.

Les rapports interculturels proviennent souvent du produit de partage des constructions scientifiques, mais aussi des

perspectives qui favorisent le développement des visions critiques. Les rencontres informelles avec différents acteurs (professeurs, militants, étudiants, anciens et nouveaux adeptes), dans le cadre des études postdoctorales en éducation populaire au Brésil, permettent de constater que le débat portant sur l'éducation populaire et la perspective de Paulo Freire demeure encore un sujet très sensible pour les éducateurs populaires brésiliens. Il y a une sorte « d'iconographie » du personnage qui empêche les discussions constructives.

Débuter une recherche en santé communautaire en reconnaissant les traits de colonisation peut revenir à comprendre ce que l'on est effrayé d'apprendre. Il existe une importante littérature en promotion de la santé et en santé publique, incluant les sciences infirmières, qui favorise l'« empowerment » des populations jugées « moins fortes » et « inconscientes » vivant en contexte de pauvreté. La conscience sociale acquise, éveillée et élargie est une préoccupation soulevée par des perspectives critiques et féministes anglo-saxonnes en sciences infirmières.[40] Ghiradelli cité par Paludo[39 p81] soutient toutefois que les diverses conceptions pédagogiques naissent de la nécessité d'un moment historique spécifique et qu'une fois passé ce moment, la plupart du temps les propositions perdent leur signification et demeurent désuètes, bien qu'elles ne disparaissent pas des pratiques éducatives. Les leçons empiriques tirées de l'expérience latino-américaine démontrent que l'éducation avec l'idée de conscientisation personnelle et politique, soit par la transmission de contenus et d'habiletés à la conscientisation, a été pertinente mais insuffisante pour assurer un apprentissage efficace afin d'aider la population à affronter les problèmes du monde contemporain.

Une des limites des interprétations américaines est, de manière illustrative, celle de McLaren, qui était conseiller du Comité international de l'Institut Paulo Freire (Sao Paulo, Brésil) lors de la parution de son livre en 1993. Dans Paulo Freire. A Critical Encounter, McLaren[11 p38-9] fait mention de la critique de Vanilda Paiva[21] en résumant sans argumentaire que : « But that was an analytical which poses no practical alternatives ». Bien qu'il soit plus explicite sur la critique de Saviani, il ne semble pas connaître le seul ouvrage qui place la pédagogie freirienne dans un ensemble historique plus large. L'édition plus récente révisée et augmentée date de 2003 [23], mais la première édition est de 1972.

La présente recherche d'informations à Joao Pessoa (Brésil) peut être comparée à une étude non structurée formellement dans les termes orthodoxes académiques. Elle peut être perçue comme une réflexion « touristique » des lectures qu'un Anglophone a le droit de considérer irritantes, parce

qu'inaccessibles dans les bibliothèques nord-américaines. En allant fouiller dans la langue écrite des œuvres et aussi des références originales données par Paiva, la critique est encore incomplète, mais elle se rapproche de la règle de Humberto Eco: « On ne peut faire une thèse sur un auteur étranger sans lire l'original ».[41] Il s'agit de s'immerger physiquement dans le contexte historique de l'éducation freirienne (souvent mentionnée ainsi dans la littérature en santé publique nord-américaine), mais surtout des origines plus larges liées à l'éducation populaire au Brésil. Précédé par des années vécues en communautés ecclésiales de base et auprès de mouvements populaires brésiliens,[42] c'est dans ce milieu, éloigné des grands centres, que la chercheuse découvre les structures profondes et informelles des réseaux d'acteurs[43] qui filtrent les connaissances afin de diffuser les informations convenables pour le maintien des échanges de collaboration internationale.

Perspectives pour aujourd'hui

Il faut souligner une limitation voulue de cet article. Son but consiste en un décodage des origines et des contextes nationaux et latino-américains d'une perspective qui caractérise l'image popularisée de Paulo Freire. Elle n'ambitionne pas à être une analyse de l'entière littérature bâtie sur celle-ci. Le regard critique se porte sur l'image diffusée d'une pédagogie libératrice et non-directive, qui a dominé théoriquement la santé communautaire et la promotion de la santé. L'analyse pousse vers une condition préalable à sa pratique empirique.

Avant de tenter d'imposer des changements ou des innovations, le prescripteur des transformations devrait s'immerger dans les contextes humains des groupes communautaires (ladite communauté), afin de découvrir la validité de leur mémoire collective. L'histoire collective définit le réseau intégral de significations, auquel la proposition de changement devrait s'ajouter pour l'enrichir. Il est possible ensuite d'entrevoir des recommandations concrètes.

La pédagogie en santé communautaire devra inclure l'étude de ce qui est enseigné et ce qui est écarté dans son encouragement des étudiants à la pensée critique. Quels sont les contenus, d'où viennent-ils et où vont-ils? S'agit-il d'un projet collectif de société, de la reproduction[24] d'une conviction profonde ou de l'assimilation à un concept à la mode? C'est la conscience de la richesse de la contribution latino-américaine à la compréhension des rationalités multiples qui peuvent parcourir les rapports de diffusion internationale. Cette contribution nous enseigne que ces rapports se présentent sous la forme d'une diffusion altruiste du progrès. Les cul-

tures dites avancées dispensent leur « progrès » vers des pays qui sont traités comme étant aptes à se « faire avancer » vers un développement universel. Ceci prévaut pour les régions centrales de production des connaissances et pour celles qui demeurent périphériques parce qu'éloignées des réseaux de diffusion internationale. La théorie de la dépendance en sciences sociales n'a pas été seulement une dénonciation politique, mais elle s'est basée sur une recherche scientifique qui a traversé l'économie, la sociopolitique, la recherche sociale et l'éducation. Finalement, la formation et la recherche en santé communautaire devra inclure la tâche de reconstituer les sources socio-historiques et politiques qui ont mené à des prises de position dans les choix pédagogiques des pratiques quotidiennes. La directivité ou la non-directivité?

Références

1. Freire P. *Pedagogia do Oprimido*, 9th ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1981.
2. Demo P. *Saber Pensar. Guia da Escola Cidadã*. Instituto Paulo Freire 6. São Paulo: Cortez; 2001.
3. Vasconcelos, EdM. *O Poder que Brota da Dor e da Opressão. Empowerment, sua História, Teorias e Estratégias*. São Paulo: Paulus; 2003.
4. Brandão CR. *A Educação Popular na Escola Cidadã*. Petrópolis: Vozes; 2002.
5. Neto, JFM. *Extensão Popular*. João Pessoa: Editora universitária: UFPB; 2006.
6. Vasconcelos EyM. *Educação Popular e Atenção à Saúde da Família*. São Paulo: Hucitec; 2008.
7. Brasil. Ministério da Saúde. *Coordenação Geral de Apoio à Educação Popular e à Mobilização Social. Handbook of popular education and health*. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
8. Brandão CR, Streck DR (editors). *Pesquisa Participante*. São Paulo: Idéias & Letras; 2006.
9. Giroux HA. *Disturbing pleasures: learning popular culture*. New York: Routledge; 1994.
10. Shor I. *Freire for the classroom: a sourcebook for liberatory Teaching*. Portsmouth: Boynton/Cook; 1987.
11. McLaren P, Leonard P. *Paulo Freire: a critical encounter*. New York: Routledge; 1993.
12. Gadotti M. *Pedagogy of praxis*. New York: SUNY Press; 1996.

- 13.Valla VV. Dialogue of the deaf: comprehension between professionals and the poor in Brazil. *Latin American Perspectives* 1999; 26(4):95-106.
- 14.Minkler M, Cox K. Creating consciousness in health: applications of Freire's philosophy and method to the health care setting. *International Journal of Health Sciences* 1980; (10)2:311-22.
- 15.Wallerstein N, Bernstein E. Empowerment education: Freire's ideas adapted to health education. *Health Education Quarterly* 1988; 15(4):379-94.
- 16.Wallerstein N, Sanchez-Merki V, Dow L. Freirian praxis in health education and community organizing: a case study of an adolescent prevention program. In: Minkler M (edn). *Community organizing and community building for health*, 2nd Edition. New Jersey: Rutgers University Press; 1999. 195-229.
- 17.Minkler M, Wallerstein N. Improving health through community organization and community building. In: Glanz K, Rimer, BK, Lewis FM (editors). *Health Behavior and Health Education*, 3rd ed. San Francisco: John Wiley & Sons; 2002. 279-311.
- 18.Minkler, M. Ethical challenges for the « outside » researcher in community-based participatory research. *Health Education & Behavior* 2004; 31(6):684-97.
- 19.Carroll G, Gastaldo G, Piché M. Les tendances actuelles. In: Carroll G (ed). *Pratiques en santé communautaire*. Montréal: Chenelière Éducation 2006;369-77.
- 20.Freire P. *Educação como Prática da Liberdade*, 11th ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1980.
- 21.Paiva V. *Paulo Freire e o Nacionalismo Desenvolvimentista*, 2nd ed. Rio de Janeiro: Civilização brasileira; 1986.
- 22.Paiva V. Anotações para um Estudo sobre Populismo Católico e Educação no Brasil. In: Paiva V (editor). *Perspectivas e Dilemas da Educação Popular*, 2nd ed. Rio de Janeiro: Graal 1986; 227-65.
- 23.Paiva V *História da Educação Popular no Brasil*, 6th ed. rev. and incr. São Paulo: Edições Loyola; 2003.
- 24.Bourdieu P, Passeron JC. *La reproduction*. Paris: Les éditions du minuit; 1970.
- 25.Kadt E. *Catholic radicals in Brazil*. London: Oxford University Press; 1970.
- 26.Figes O. *Natasha's dance: a cultural history of Russia*. New York: Henry Holt; 2002.
- 27.Pinto AV. *Consciência e Realidade Nacional*. A Consciência Ingênua, Volume 1. Rio de Janeiro: MEC/ISEB; 1960.
- 28.Pinto AV. *Consciência e Realidade Nacional*. A Consciência Crítica, Volume 2. Rio de Janeiro: MEC/ISEB; 1960.
- 29.Pinto AV. *Ciência e Existência*. Problemas Filosóficos da Pesquisa Científica. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1969.
- 30.Lovisololo H. *Al Servicio de Nosotros Mismos: Relaciones entre Agentes y Campesinos*. In: Tapia G (ed). *La producción de conocimientos en el medio campesino*. Santiago: Programa Interdisciplinario de Investigaciones en Educación; 1987. 80-99.
- 31.Wendhausen A. *O Duplo Sentido do Contrôlo Social*. Caminhos da Participação em Saúde. Itajaí: UNIVALI; 2002.
- 32.Marx K, Engels F. *L'idéologie allemande, 1ère partie, précédée des Thèses sur Feuerbach*. Paris: Éditions sociales; 1970.
- 33.Paiva V. Catholic populism and education in Brazil. *Revue Internationale de l'Éducation* 1995; 41(3-4):151-75.
- 34.Saviani D. *Educação do Senso Comum à Consciência Filosófica*. São Paulo: Associados; 1993.
- 35.Boudon R. *L'inégalité des chances*. Paris: Colin; 1973.
- 36.Paiva V. *Paulo Freire e o Nacionalismo Desenvolvimentista*, re-edition. São Paulo: Graal; 2000.
- 37.Horowitz IL. *The rise and fall of project camelot*. Studies in the relationship between social science and practical politics. Cambridge: The MIT Press; 1974.
- 38.Gramsci A. *Os Intelectuais e a Organização da Cultura*. Rio de Janeiro: Civilização brasileira; 1988.
- 39.Paludo C. *Educação Popular em Busca de Alternativas*. Rio Grande do Sul: Tomo; 2001.
- 40.Giddings LS. A theoretical model of social consciousness. *Advances in Nursing Science* 2005; 28(3):224-39.
- 41.Eco H. *Como se Faz uma Tese*, 15th ed. São Paulo: Perspectiva; 2000.
- 42.Laperrière H. *Discovering popular education in professional community health care practices*. *Texto e Contexto em Enfermagem* 2007; 16(3):294-302.
- 43.Friedberg F. *Le pouvoir et la règle*. Paris: du Seuil; 1997.

Remerciements

L'auteure remercie Ricardo Zúñiga, Professeur associé à l'École de service social de l'Université de Montréal, pour les échanges constructifs entourant la perspective polémique de ce texte.

Pour contacter l'auteur:

Hélène Laperrière

Professeure adjointe

Université d'Ottawa

Faculté des sciences de la santé

École des sciences infirmières

451 Smyth Rd

Ottawa, Ontario, K1H 8M5

Canada

Courriel : hlaperri@uottawa.ca

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-Duchscher, 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 heideggérienne.[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 corrélacionnels 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'emphase 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, Vizehfar 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*