



EHESP

Master 2 Parcours AMOS

Promotion **2019-2020**

Date du Jury : **juillet 2020**

**UNIVERSITARISATION DE LA
FORMATION INFIRMIERE**

Etude de cas en USLD et en réanimation
médicale

Nathanaëlle FOUQUERAY

Remerciements

Je tiens à remercier toutes les personnes qui ont contribué à l'écriture de ce mémoire : les infirmiers et infirmières, les cadres de santé, les cadres supérieurs de santé, une directrice des soins, les médecins. Leur disponibilité et la richesse des échanges que nous avons partagés ont nourri une réflexion vivifiante.

A mon directeur de mémoire, Mathias Waelli, pour sa guidance, ses conseils et son accompagnement méthodologique.

A l'équipe pédagogique et aux enseignants de l'EHESP pour leur accompagnement et leurs cours stimulants.

A mes collègues de promotion pour les instants créatifs ... et de détente.

A mon encadrement supérieur, équipe médicale et équipe managée pour leurs encouragements, leur confiance et leur compréhension dans le cadre de cette formation continue intégrée dans l'exercice professionnel.

A Frank, Louis et Antoine pour leur soutien inconditionnel.

A Marine et Ludo...

« La théorie sans la pratique est inutile, la pratique sans la théorie est aveugle »
(Emmanuel Kant).

« Distinguer sans disjoindre et associer sans identifier ou réduire »
(Edgar Morin).

Sommaire

INTRODUCTION.....	1
1 CONTEXTE : UNE HISTOIRE, UNE ACTUALITE.....	4
1.1 Histoire de la formation des infirmiers.....	4
1.2 Histoire de la professionnalisation du métier infirmier	6
1.2.1 La contribution des leaders pour une quête de spécificité.....	6
1.2.2 La formation des infirmiers par des infirmiers pour une affirmation de leur leadership	7
1.2.3 Une fédération du métier pour une quête de reconnaissance sociale	7
1.2.4 Le développement chaotique de la recherche en soins infirmiers pour une légitimité des sciences infirmières à consolider	7
1.3 Réingénierie de la formation infirmière ou comment articuler universitarisation et professionnalisation.....	8
1.3.1 Finalités et enjeux	8
1.3.2 De la conceptualisation à la mise en œuvre : des référentiels	9
1.3.3 L'approche par compétences : l'autonomie et la responsabilisation de l'étudiant comme réponse à la complexité des soins	9
1.3.4 La posture réflexive : un outil et une compétence	10
1.3.5 Le portfolio et le tuteur : la question fondamentale du lien théorie-pratique dans des contextes de travail exigeants.....	11
1.4 La réforme de 2009 comme objet d'étude	12
1.4.1 2018 : le rapport Le Bouler et les axes de réforme... de la réforme.....	12
1.4.2 Etat de la recherche	12
1.4.3 Emergence de la question de recherche	14
2 ORIENTATION THEORIQUE	15
2.1 La professionnalisation du métier, de l'infirmière, de la formation, de quoi parle-t-on ?	15
2.1.1 Les contours de la professionnalisation.....	15
2.1.2 La professionnalisation comme processus social dynamique	16
2.2 L'universitarisation de la formation : un néologisme aux contours flous chargé de représentations.....	17
2.2.1 Une définition pragmatique historico-organisationnelle	17
2.2.2 Une définition conceptuelle... ..	17
2.2.3 ... qui fait le lit de représentations.....	19
2.3 Les compétences ou le produit de l'articulation professionnalisation-universitarisation.....	20
2.3.1 De l'origine du terme aux catégories et critères de compétences	20
2.3.2 Originalité, efficacité et intégration pour être compétent	21
2.4 Quand les contextes de travail nourrissent la réflexion.....	22
2.4.1 Des fonctions, des normes et des rôles : les relations DE travail.....	22
2.4.2 Rôle, analyse stratégique et relation de pouvoir : les relations AU travail.....	23

3	METHODE	25
3.1	Design de l'étude	25
3.2	Terrain d'enquête et population	25
3.3	L'entretien semi-directif comme outil d'investigation	27
3.3.1	Choix de la semi-directivité	27
3.3.2	Conditions d'entretien	27
3.3.3	Guide d'entretien.....	28
3.4	Analyse.....	29
3.5	Considérations éthiques et administratives	29
4	RESULTATS	30
4.1	Présentation des contextes de travail	30
4.1.1	USLD : petite équipe et solitude de l'IDE pour un rôle propre affirmé.....	30
4.1.2	Réanimation médicale : grande équipe et encadrement de l'IDE pour un rôle propre dilué dans des activités transversales.....	32
4.2	La professionnalisation des infirmiers dans et pour des contextes sous tension	33
4.2.1	L'évaluation des compétences ... ou l'efficacité de la formation discutable.....	33
4.2.2	La professionnalisation : une valeur sûre pour une posture ajustée de l'IDE	34
4.3	L'universitarisation : entre reconnaissance, intellectualisation, perte de liens... la question de l'autonomie	35
4.3.1	Une reconnaissance plébiscitée, méritée ... mais insuffisante	35
4.3.2	Une intellectualisation antonyme au « pratico-pratique »	36
4.3.3	De nouvelles modalités pédagogiques : entre perte de lien social et autonomie.....	37
4.4	Quand l'autonomie interroge les pratiques infirmières, l'identité de métier ... et le sens de la réforme.....	38
4.4.1	L'autonomie de l'infirmière : paradoxe entre désir récurrent d'émancipation et encadrement médical accru.....	38
4.4.2	Sciences infirmières et IPA : méconnaissance et obscurité pour une autonomie de l'infirmier relative	39
4.4.3	L'autonomie de l'infirmier dans l'interprofessionnalité : l'identité du métier bousculée par le risque de catégorisation des infirmiers	40
4.4.4	En définitive, un gap entre formation et réalités de travail qui pose la question du sens de la réforme.....	42
5	DISCUSSION	44
	CONCLUSION.....	47
	Bibliographie.....	49
	Liste des annexes	I
	Annexe I : processus d'universitarisation engagé de longue date et multiforme.....	II
	Annexe II : référentiel d'activités.	III
	Annexe III : référentiel de compétences.....	IV
	Annexe IV : modélisation du processus d'universitarisation (Boissart, 2017).	V
	Annexe V : guides d'entretiens définitifs.	VI
	Annexe VI : tableau des écoles de pensées infirmières.	XII

Liste des sigles utilisés

AFEDI : Association Francophone Européenne des Diagnostics interventions et résultats Infirmiers

ANFIIDE : Association Nationale Française des Infirmières et Infirmiers Diplômés et des Etudiants

APP : Analyse de Pratique Professionnelle

ARS : Agence Régionale de Santé

ARSI : Association de Recherche en Soins Infirmiers

AS : Aide-Soignant

ASH : Agent de Service Hospitalier

CEFIEC : Comité d'Entente des Formations Infirmières et Cadres

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CNU : Conseil National des Universités

CS : Cadre de Santé

CSS : Cadre Supérieur de Santé

DPC : Développement Professionnel Continu

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

DSI : Direction des Soins Infirmiers

DU : Diplôme Universitaire

ECTS : European Credits Transfer System

EEES : Espace Européen de l'Enseignement Supérieur

EHEA : European Higher Education Area

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers

IPA : Infirmière en Pratique Avancée

LMD : Licence Maitrise Doctorat

MSP : Mise en Situation Professionnelle

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONDPS : Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé

ONI : Ordre National Infirmier

PHRIP : Programme Hospitalier de Recherche Infirmière et Paramédicale

SRLF : Société de Réanimation de Langue Française

TEFE : Travail Ecrit de Fin d'Etudes

UE : Unité d'Enseignement

USLD : Unité de Soins de Longue Durée

Liste des tableaux

Tableau 1 : évolution de la formation professionnelle initiale en soins infirmiers

Tableau 2 : tableau synoptique de la population enquêtée

Tableau 3 : synthèse des caractéristiques des contextes de travail

INTRODUCTION

Les préoccupations liées à la santé de la population et à la pérennité des systèmes de santé sont centrales et déclinées à l'échelle mondiale. Sous la pression de contraintes budgétaires omniprésentes, dans un contexte de complexification des prises en soins des patients et de normes structurantes accrues, la recherche de solutions innovantes nourrit l'actualité législative et réglementaire des pays. L'enjeu est de taille : adapter les systèmes de santé et l'offre de soins aux besoins des populations. Pour ce faire, les considérations organisationnelles et économiques sont inévitables et au cœur des débats. Ceci étant, la question des professionnels de santé et de leur formation se pose. A l'ère de la mondialisation, une dynamique est initiée à la fin des années quatre-vingts dix par la France, l'Italie, l'Allemagne et le Royaume Uni. La déclaration de la Sorbonne du 25 mai 1998 plaide, en effet, pour une harmonisation de l'architecture du système européen d'enseignement supérieur. Les propositions visent à « encourager l'émergence d'un cadre commun de référence, visant à améliorer la lisibilité des diplômes, à faciliter la mobilité des étudiants ainsi que leur employabilité ». Cette déclaration d'intention se concrétise l'année suivante, en 1999, par la déclaration de Bologne. Le processus éponyme officialisé est rejoint par 29 pays et marque la formation de l'EEES (Espace Européen de l'Enseignement Supérieur, ou EHEA European Higher Education Area) dont l'existence est actée en 2010. La dynamique et l'ambition des accords de Bologne sont à l'origine de réformes de grande ampleur telles que la structuration des études supérieures en trois cycles en Europe (bachelor/master/doctorate : BA/MA/D), déclinés en France en licence/master/doctorat (LMD) et le recours aux ECTS (European Credits Transfer System). Ajoutons que l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) préconise des orientations stratégiques dans un guide publié en 2005¹. Ce dernier souligne que « les infirmières (...) ont des rôles clés de plus en plus importants à jouer dans les efforts déployés par la société pour relever les défis de santé publique de notre époque, pour garantir la continuité des soins et pour tenir compte des droits des personnes et de l'évolution de leurs besoins en matière de santé ». En termes d'effectifs, elles représentent la majorité des professionnels de santé et sont en relation étroite avec la population, de la plus jeune à la plus âgée, dans tous les champs disciplinaires. En conséquence, les infirmiers sont un maillon essentiel des équipes pluriprofessionnelles avec l'enjeu de potentialiser leur contribution. Si les besoins et les demandes en santé évoluent, il est alors logique que les connaissances et les compétences de ces dernières évoluent.

Inscrite dans cette dynamique mondiale et européenne, et face aux défis inédits à relever en matière de santé, la France oriente sa stratégie. En 2018, la DREES² (Direction de la Recherche,

¹ OMS : Orientations européennes relatives à l'orientation des soins infirmiers et obstétricaux dans le cadre des objectifs de santé 2020.

² DREES. Les dépenses de santé en 2018, Résultats des comptes de la santé Edition 2019.

des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques) recense 722 572 IDE (Infirmiers Diplômés d'Etat); un effectif en constante évolution puisqu'elles étaient 528 389 en 2009. Figures de référence dans le système de santé, leur formation fait état de nombreuses mutations stratégiques, administratives et pédagogiques. Si l'alternance entre stages et apports théoriques est historique (1922), la durée totale de formation augmente de 24 mois à 36 mois depuis 1955. Le ratio du temps passé en stage diminue de 87% à 50% sur la même période. Les fonctions principales évoluent de l'assistante médicale à une professionnelle douée d'autonomie, à l'instar du rôle propre infirmier créé en 1978³. Plus récemment et à la suite des pays anglo-saxons, la France entreprend la réingénierie de la formation infirmière via la réforme de 2009⁴. En plus d'être professionnel, le parcours de formation intègre désormais la dimension universitaire. Le grade licence est reconnu et avec lui la possibilité de s'inscrire dans des parcours de Master ou Doctorat. La frontière entre théorie et pratique est de plus en plus trouble et est même à réinventer. « Le concept de formation en alternance qui lie pratique et théorie se trouve ainsi prolongé et même transcendé par l'abstraction, l'esprit critique et l'innovation apportés par l'universitarisation » (Adé, Piot citant Postiaux et Romainville, 2018). C'est un véritable bouleversement qui s'opère dix ans après la déclaration fondatrice car la loi rend effectifs les principes des accords de Bologne de manière précipitée. Le texte réglementaire est publié au mois de juillet 2009 pour une rentrée en septembre de la même année. Par extension, l'identité du métier est interrogée, brouillée, voire modifiée. De nombreux articles débattent des modalités de mise en œuvre en IFSI (Institut de Formation en Soins Infirmiers) et sur le terrain, de la formation des cadres de santé formateurs, de la professionnalisation des étudiants etc... Comment et pourquoi théoriser, intellectualiser, une formation éminemment professionnelle et pratique ? Comment le duo IFSI/terrain intègre-t-il le nouvel interlocuteur qu'est l'université ? Comment réinventer les liens sous forme de trio ? Quels en sont les objectifs opérationnels observables concrètement sur le terrain ? Quels résultats en matière de santé sont attendus et/ou perçus ? Mais, inexorablement pourrait-on dire, le processus d'universitarisation de la formation infirmière se poursuit avec la création des IPA (Infirmières en Pratique Avancée) en 2018⁵ et avec la création de la section des sciences infirmières au CNU (Conseil National des Universités) en 2019⁶. C'est un symbole puissant de reconnaissance et une ouverture à des possibilités nouvelles. Entre aboutissement, inquiétude, scepticisme, les tensions restent fortes. Le métier est tiraillé entre les attentes des acteurs de terrain, les attentes des

³ Loi n°78-615 du 31 mai 1978 modifiant les articles L473 à L476 (définition de la personne exerçant la profession d'infirmière).

⁴ Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat infirmier.

⁵ Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (article 119). Décret n°2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée.

⁶ Décret n°2019-1107 du 30 octobre 2019 modifiant le décret n°87-31 du 20 janvier 1987 relatif au Conseil National des Universités pour les disciplines médicales, odontologiques et pharmaceutiques (devenues « disciplines en santé »).

patients, la valorisation et la reconnaissance de savoirs spécifiques à travers une légitimité scientifique frémissante et des valeurs soignantes défendues.

Dix ans après la réingénierie de la formation infirmière, l'universitarisation est un néologisme qui reste un peu abstrait pour les professionnels. Dans le contexte d'alternance, la question de la formation des étudiants en soins infirmiers est fondamentale parce que la qualité de la formation dispensée conditionne en partie l'acquisition des compétences des professionnels de demain. De surcroît, la qualité de la formation conditionne la qualité des soins et la qualité de la réponse aux besoins de santé. Dans le même temps, l'accompagnement des IDE vers l'incorporation ou l'adhésion des principes liés à l'universitarisation est un enjeu majeur, qu'ils soient diplômés du référentiel de formation de 2009 ou non. Mais plus que d'adhésion, c'est davantage de sens dont il s'agit en confrontant la philosophie de la réforme et les réalités de terrain. Comment cela se passe concrètement dans les unités de soin ? Comment la réforme s'inscrit-elle dans les contextes de travail ? Quels sont les critères objectifs de mise en œuvre de la réforme ? Comment les activités et les relations dans le travail ont-elles été ou non transformées ? Quelles sont les perceptions et les représentations des professionnels ? Ainsi, cette recherche circonscrite aux unités de soins pose la question de l'impact du contexte de travail sur l'appropriation des principes de la réforme.

Nous développons tout d'abord des éléments de contexte à travers un bref détour historique de la formation et de la professionnalisation des infirmiers. Les fondements de la réflexion sont étayés par l'explicitation des principes et enjeux de la réforme avant de se poursuivre par un état des lieux de la recherche et l'émergence de la question de recherche de notre travail (1). Le cadre théorique de ce travail définit les principes de la réforme, les principes pédagogiques de la formation et les contextes de travail à travers les concepts de professionnalisation, universitarisation, compétences et relations DE travail et AU travail (2). La méthode de recherche repose sur des entretiens semi-directifs conduits dans deux unités contrastées auprès d'infirmiers, cadres de santé, cadres supérieurs de santé et médecin (3). Les résultats issus d'une analyse croisée apportent des éléments de réponse en lien avec l'organisation du travail et la nature des collaborations IDE/médecin, en lien avec les représentations dont le processus d'universitarisation fait l'objet et en lien avec les modalités d'expression de l'autonomie des infirmiers (4). La discussion prolonge la réflexion sur les éléments favorisant l'appropriation des principes de la réforme et sur les stratégies à mettre en œuvre pour les déployer dans les secteurs moins enclins (5).

1 CONTEXTE : UNE HISTOIRE, UNE ACTUALITE

Pour contextualiser notre thématique de recherche, nous présentons brièvement l'histoire de la formation des infirmiers avant d'évoquer l'histoire de la professionnalisation du métier à travers la contribution des leaders, l'affirmation du leadership infirmier dans la formation, la volonté de se fédérer et le développement de la recherche. Puis, nous recensons les principes de la réforme de 2009 avec les finalités et enjeux de cette dernière, la référentialisation, l'approche par compétences et la posture réflexive. Parce qu'il devient l'élément central sur les lieux de stage, un focus est fait sur le rôle du tuteur et l'articulation du lien entre la théorie et la pratique. Enfin, à partir des conclusions du rapport Le Boulter de 2018 et de l'état de la recherche sur la question de l'universitarisation, nous exposons les questions qui font émerger notre question de recherche.

1.1 Histoire de la formation des infirmiers

Tableau 1 : L'évolution de la formation professionnelle initiale en soins infirmiers (Adé, Piot, 2018)

Programme	Durée totale	Dont % stage	Fonctions principales
1955	24 mois *	87	Assistant médical, relation patient/médecin
1961	24 mois	87	Responsable des aides-soignants, réflexivité, autonomie d'action, relation patient/médecin et patient/famille
1969	36 mois	58	En plus : rôle préventif, vise l'autonomie du patient
1972	28 mois	61	En plus : émergence du rôle propre, prise en charge de la douleur
1979	33 mois	50	
1992	36 mois	47	En plus : domaine des soins psychiatriques, émergence de la professionnalisation infirmière
2009	36 mois	50	Mise en œuvre de 10 compétences infirmières

*dont 12 mois communs avec assistantes sociales et sages-femmes

En 1972, l'affirmation de l'autonomie de l'infirmier se renforce par les termes « rôle propre ». Consacré dans la loi du 31 mai 1978, il définit l'infirmier comme « toute personne qui, en fonction des diplômes qui l'y habilitent, donne habituellement des soins infirmiers sur prescription ou conseil médical, ou bien en application du rôle propre qui lui est dévolu ».

L'année 1992 est marquée par le décret du 23 mars qui instaure le diagnostic infirmier et donc la capacité de l'infirmier à formuler un jugement clinique issu d'un raisonnement clinique et d'une analyse autonome. Le programme repose sur des modules transverses enseignés centrés sur l'interdisciplinarité : les sciences humaines, la pharmacologie, la santé publique, l'épidémiologie, la législation, l'éthique, le droit, la réglementation et l'organisation (regroupés sous l'acronyme

LEDRO pour les cinq derniers). Les modules dits spécifiques complètent la formation et recouvrent plus ou moins les spécialités médicales existantes (cardiologie, pneumologie, santé mentale etc...) (Jenguot id.). En parallèle, des connaissances en méthodologie sont développées à travers ce qui s'appelle à cette époque la démarche de soins et le TEFE (Travail Ecrit de Fin d'Etudes). Les stages d'une durée de quatre semaines se déroulent en médecine, chirurgie, service de personnes âgées, pédiatrie ou pédopsychiatrie, réanimation/urgence et santé publique.

Faisant suite au rapport Berlan de 2006⁷ et dans le contexte de pénurie de médecins, l'année 2007 dresse les contours du transfert de tâches et de compétences sous forme de dérogation. Sous le terme de coopération, « il s'agit de « spécialiser » des professionnels paramédicaux dans des domaines proches des sciences médicales, c'est une compétence supplémentaire sur un pôle jusque-là purement médical, mais ce n'est pas une nouvelle spécialité » (Jeanguiot, 2006). La loi HPST de 2009⁸ va plus loin en permettant la mise en place des protocoles de coopération validés par les ARS (Agence Régionale de Santé) sur des actes et activités de soins mais aussi sur des modes d'interventions.

Enfin, l'année 2020 verra la diplomation de la première promotion d'IPA françaises. Si en 2006, Jeanguiot interrogeait le choix cornélien de l'IDE entre « développer, accentuer « la technique » en se rapprochant de l'activité médicale comme le propose le transfert de compétences [ou] évoluer vers une profession issue des sciences humaines, basée sur l'approche relationnelle, éducative, sociale », il semble que la pratique avancée consolide et concilie les deux approches. La pratique avancée recouvre les activités d'orientation, d'éducation, de prévention ou de dépistage ; les actes d'évaluation et de conclusion clinique, des actes techniques et des actes de surveillance clinique et paraclinique ; des prescriptions de produits de santé non soumis à prescription médicale, des prescriptions d'exams complémentaires, des renouvellements ou adaptations de prescriptions médicales⁹. Même si l'intégration des IPA reste à éprouver et leur contribution à démontrer, ce mode d'exercice innovant est la manifestation concrète d'une voie ouverte par l'universitarisation de la formation.

⁷ Rapport Berlan de 2006 : Cinq expérimentations de coopération et de délégations de tâches entre profession de santé (dont deux infirmières portant sur l'hémodialyse et le suivi des patients traités pour hépatite C chronique).

⁸ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'Hôpital et relative aux patients, à la Santé et aux territoires.

⁹ Arrêté du 12 août 2019 modifiant les annexes de l'arrêté du 18 juillet 2018, fixant les listes permettant l'exercice infirmier en pratique avancée en application de l'article R.4301-3 du code de la santé publique.

1.2 Histoire de la professionnalisation du métier infirmier

Par professionnalisation, il faut entendre la revendication de la spécificité du métier et la recherche d'autonomie. Sous la double impulsion des infirmiers et des médecins, ce mouvement oscille entre « une émancipation du modèle genré, qui assimile toutes les compétences propres du métier à des qualités naturelles, et, de l'autre côté, l'émancipation du modèle médical qui les soumet au primat des soins techniques » (Fache, Waelli, 2011). Il peut être synthétisé par une chronologie simplifiée en quatre axes : la contribution des leaders infirmières, la formation des infirmiers par les infirmiers eux-mêmes, les mouvements de fédération et le développement de la recherche.

1.2.1 La contribution des leaders pour une quête de spécificité

Trois leaders marquent les origines et les enjeux de professionnalisation du métier infirmier. **Florence Nightingale** (1820-1910) élabore un modèle de la profession d'infirmière en tant que profession autonome, non assujettie aux médecins (Jeanguiot, 2006). Deux dimensions du soin apparaissent déjà : « ceux qui réparent en réponse à la maladie, et les soins liés à la personne et à son environnement » (ibid.). Cette citation souligne la complexité pour définir la spécificité des soins infirmiers. Le verbe d'action « répare » connote clairement la finalité des soins médicaux. En revanche, pour les soins infirmiers, il semble plus difficile de les réduire à un verbe d'action... traiter versus soigner ? F. Nightingale établit la notion socle de l'identité professionnelle et la spécificité du métier à travers le concept de « nursing » (id.). Par ailleurs, elle développe l'organisation des soins et, notamment, la hiérarchie infirmière hospitalière : infirmière, surveillante, infirmière générale, autonome par rapport au médecin. Sa conception influence la nature des soins de santé contemporains dans une approche personnalisée de « soin total » identifié comme « l'art de l'infirmière » (id.). **Anna Hamilton** (1864-1935) défend une vision collaborative avec le médecin plutôt qu'un lien de subordination tel qu'il est traditionnellement exercé et enseigné en France. Elle-même médecin, elle préfère nommer les infirmières « assistantes hospitalières ». **Léonie Chaptal** (1873-1937) incarne une posture ambivalente en liant le courant religieux et l'intervention publique, d'une part, et en postulant pour une émancipation en même temps qu'elle inculque aux élèves des principes moraux fondés sur l'obéissance, le dévouement et la soumission au médecin, d'autre part (id.). Elle défend l'idée d'un savoir infirmier au cours d'un discours qui oppose art et science : « L'infirmière doit tout savoir du malade, non pas tout de la maladie ; le malade, c'est l'art de l'infirmière, la maladie, c'est la science du médecin ». Elle inaugure des dimensions nouvelles du soin en rapport avec les déterminants de la santé : la prévention, l'éducation à la santé, la dimension sociale.

1.2.2 La formation des infirmiers par des infirmiers pour une affirmation de leur leadership

« On ne peut évoquer la professionnalisation des IDE sans évoquer la formation car « des liens étroits rapprochent formation et profession depuis plus d'un siècle » (id.). L'accès des infirmiers à l'organisation et à l'enseignement témoigne de leur émancipation. L'accès à des postes de direction d'écoles, l'accès à la validation des diplômes de manière autonome sont des éléments qui consacrent, en référence à un terme contemporain, leur leadership.

1.2.3 Une fédération du métier pour une quête de reconnaissance sociale

Parmi les plus symboliques et encore existants à l'échelle nationale ou internationale, nous retenons la création du CII (Conseil International des Infirmières) en 1899 sous l'impulsion d'infirmières anglo-saxonnes aujourd'hui encore très engagées, contrairement à la présence francophone qui reste limitée (id.). Léonie Chaptal crée la première association d'infirmières en France ANFIIDE (Association Nationale Française des Infirmières et Infirmiers Diplômés et des Etudiants) en 1924. L'année 1988 est marquée par un mouvement des infirmières pour une reconnaissance salariale, professionnelle et des conditions de travail. Cette même année inaugure le premier salon infirmier à Paris. En 1991, l'AFEDI (Association Francophone Européenne des Diagnostics, Interventions et Résultats Infirmiers pour la promotion et l'enrichissement des diagnostics infirmiers) est créée (association originelle américaine). En 1991, également est créée la DSI (Direction des Soins Infirmiers) et en 2006 l'ONI (Ordre National Infirmier).

1.2.4 Le développement chaotique de la recherche en soins infirmiers pour une légitimité des sciences infirmières à consolider

En France, l'expression « recherche infirmière » est définie en 1985 comme reposant sur « les études et les travaux effectués ou conduits par des infirmiers pour trouver une ou plusieurs réponses à des questions sur des faits concrets et sur leur réalisation ; ces questions ont trait au soin et au service infirmier, à la formation en soins infirmiers et à la profession et son histoire. Il s'agit le plus souvent d'une recherche appliquée qui peut être de type descriptif, explicatif, comparatif ou expérimental » (id.). Ce texte qui ne sera pas suivi d'effet amène une nouvelle définition de la recherche en 1988: « *la recherche infirmière a pour objet d'améliorer les techniques, l'efficacité et la qualité des soins infirmiers mais aussi de permettre une meilleure utilisation des crédits destinés aux soins.* Cette « définition comptable » restreint le champ de la recherche initialement défini ; pas un mot sur la recherche clinique, il ne s'agit alors que de technicité, d'efficacité et d'économie... » (id.). Dans le décret suivant du 15 mars 1993, il est énoncé dans l'article 9 que « *l'infirmier propose, organise ou participe à des actions de recherche dans le domaine des soins infirmiers* » ; toute la recherche infirmière tient en une phrase... » (id.). Une revue « Recherche en Soins Infirmiers » créée en 1985 et publiée par l'ARSI

(Association de Recherche en Soins Infirmiers) fait figure de référence dans ce domaine. In fine, les sciences infirmières ont à se définir par rapport aux autres sciences, sciences humaines mais aussi sciences médicales. De fait, si sur le plan symbolique, les sciences infirmières se structurent à travers la section infirmière au CNU notamment, elles restent encore un objet vague et non investi par les infirmiers eux-mêmes. Tout l'enjeu tient dans ce que les infirmiers eux-mêmes investissent ce champ car « l'accès à l'université ne peut reposer uniquement sur une revendication comme un allant de soi fondé par exemple sur le rôle social des professionnels et l'idée qu'ils se font de leur place dans la société » (Lecordier, Jovic, 2014).

1.3 Réingénierie de la formation infirmière ou comment articuler universitarisation et professionnalisation

1.3.1 Finalités et enjeux

La conception anglo-saxonne de la formation infirmière promeut depuis plusieurs décennies la « consubstantialité de l'universitarisation et de la professionnalisation [car] ce qui confère [...] le statut de professionnel à une activité est précisément sa capacité à faire l'objet d'une déclinaison en savoirs scientifiques et techniques de haut niveau, en un corps de savoirs propres reconnus par le développement d'un champ de recherche universitaire particulier donnant lieu à la possibilité de proposer un cursus de formation jusqu'au doctorat » (Adé, Piot, 2018). En s'inspirant de ce principe, la France a débuté la démarche d'universitarisation au début des années 2000¹⁰ sous l'impulsion de trois influences : une volonté politique qui introduit « la nécessité de doter les étudiants d'un portefeuille de connaissances et de compétences (techniques, sociales, intellectuelles, comportementales etc.) et d'une culture générale et professionnelle » (id. citant Le Boterf) ; une demande sociale pour des cursus professionnalisants débutée dans les années 1960-1970 en lien avec une massification des études supérieures (création des IUT fin des années 60) (id.) ; une influence des universités qui, « devenues autonomes¹¹, produisent leur offre de formation et délivrent des diplômes seules ou en coopération avec d'autres établissements » (id.). La finalité est de former des professionnels mieux formés pour répondre aux défis et enjeux du système de santé tels que la prise en charge du vieillissement et des maladies chroniques, le virage ambulatoire comme nouvelle modalité de soins, la dimension préventive du soin, la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé persistantes. Il s'agit d'articuler professionnalisation et universitarisation en permettant l'acquisition des compétences requises pour l'exercice du métier

¹⁰ Annexe I : un processus d'universitarisation engagé de longue date et multiforme.

¹¹ Loi n° 2007-1199 du 10 août 2007 relative aux libertés et aux responsabilités des universités, dite loi LRU. Elle promeut des RCE Responsabilités et Compétences Elargies dans les modes de gouvernance, de pilotage et de gestion budgétaire et financière des établissements d'enseignement supérieur. (cf rapport d'information de 2013 sur l'évaluation de l'application de la loi cité en bibliographie).

au sein d'un système de formation homogénéisé sur le format LMD. Les modalités d'enseignement et d'apprentissage appellent désormais davantage d'autonomie et de capacités d'abstraction.

1.3.2 De la conceptualisation à la mise en œuvre : des référentiels

Sur le plan conceptuel, il s'agit de « concilier les exigences d'une pratique source (la recherche) et les exigences d'une pratique cible (la profession) (...) en tirant les compétences attendues vers le haut à savoir les compétences qui ont, de tout temps, été au cœur même du projet de formation de l'Université : l'abstraction, l'esprit critique et l'innovation » (id. citant Postiaux et Romainville). Sur le plan pratique, cette opération s'est concrétisée par la refonte des diplômes, leur réécriture en référentiels et l'acquisition de compétences dans une temporalité désormais jalonnée par six semestres¹². Le **référentiel d'activités** s'agence en 8 activités¹³. Le **référentiel de compétences** compte 10 compétences génériques¹⁴ avec une distinction entre les compétences transversales et les compétences « cœur de métier ». Le **référentiel de formation** précise les finalités de la formation, les principes pédagogiques (posture réflexive, posture pédagogique, principes d'évaluation et de validation), la durée de la formation, l'attribution des ECTS (30 ECTS par semestre), la formation théorique (modalités pédagogiques, UE, études de situations) et la formation clinique en stage (modalités pédagogiques, objectifs, durée, modalités administratives telles que maître de stage, encadrant de proximité et tuteur, formateur référent, parcours, évaluation). On compte 59 UE (Unités d'Enseignement) articulées en 4 types d'UE : contributives, constitutives, intégratives et transverses. Ces UE sont déclinées en 6 domaines eux-mêmes divisés en sous UE : sciences humaines, sociales et droit ; sciences biologiques et médicales ; sciences et techniques infirmières, fondements et méthodes ; sciences et techniques infirmières, interventions ; intégration des savoirs et posture professionnelle infirmière ; méthodes de travail. Le référentiel de formation est construit sur les crédits ECTS acquis par les résultats de formation (« learning outcomes »), appréhendés en termes de savoirs, capacités et compétences (« knowledge, skills, competences » ou K.S.C). La formation requiert de valider 180 ECTS.

1.3.3 L'approche par compétences : l'autonomie et la responsabilisation de l'étudiant comme réponse à la complexité des soins

La réforme de 2009 inscrit l'approche par compétences au cœur de l'ingénierie de formation avec trois principes fondamentaux. Premièrement, dans une vision performative, les contenus des enseignements tiennent compte de l'évolution des savoirs et de la science et sont actualisés en fonction de l'état des connaissances. Deuxièmement, à l'ère où les situations de soins sont empreintes de complexité « the use of problem-based learning has replaced the previous emphasis

¹² Voir arrêté du 31 juillet 2009.

¹³ Annexe II : référentiel d'activités.

¹⁴ Annexe III : référentiel de compétences.

on key body system and medical pathologies » (Debout et al, 2012). L'étude de situations permet d'évoluer selon trois paliers d'apprentissage: « comprendre », « agir » et « transférer ». Autrement dit, l'étudiant acquiert les savoirs et savoir-faire nécessaires à la compréhension des situations, mobilise les savoirs et acquiert la capacité d'agir et d'évaluer son action et enfin conceptualise et acquiert la capacité de transposer ses acquis dans des situations nouvelles. On note le principe de progression nécessaire à l'acquisition de compétences et l'adaptation régulière dans un contexte mouvant et évolutif. Troisièmement, le processus d'apprentissage est centré sur l'étudiant. Ce principe est défini dans le guide des ECTS comme « un processus de transformation qualitative pour les étudiants (...) dans un environnement d'apprentissage, qui vise à améliorer leur autonomie et leur capacité critique grâce à une approche basée sur les résultats d'apprentissage ». L'ambition du texte est de recourir à un apprentissage actif plutôt que passif, de mettre l'accent sur des capacités critiques et analytiques de l'étudiant pour le responsabiliser et le rendre autonome. Cette vision de l'étudiant, et donc du futur professionnel, si elle n'est pas totalement nouvelle car présente en partie dans le référentiel de formation de 1992, est réaffirmée.

1.3.4 La posture réflexive : un outil et une compétence

Parmi les principes pédagogiques, le principe de réflexivité tient une place centrale. Selon le texte, « l'entraînement réflexif est une exigence de la formation permettant aux étudiants de comprendre la liaison entre savoirs et actions, donc d'intégrer les savoirs dans une logique de construction de la compétence. Cette posture consiste non seulement à positionner des travaux cliniques ou pratiques dans la formation, mais surtout à revenir sur les acquis, les processus et les stratégies utilisées pour en dégager les principes transposables. Ainsi sont nommés et valorisés les principes de l'action, les références scientifiques, les schèmes d'organisation, etc., tout ce qui contribue à fixer les savoirs et à les rendre disponibles et mobilisables lors de la réalisation d'autres travaux ». (Arrêté du 31 juillet 2009). A travers le prisme des sciences de l'éducation, la démarche réflexive-interactive « est un processus de mise à distance [des] apprentissages (métacognition), [des] pratiques professionnelles (pratique réflexive), [des] jugements cliniques, professionnel, critique et éthique, qui suppose réflexion et interaction, prise de décision, analyse et synthèse ». (Lafortune, 2015). Il faut souligner que l'interaction est au centre de la posture car « le déséquilibre cognitif » provoqué dans ce contexte permet de remettre en cause des conceptions ou des apprentissages. L'enjeu de ce déséquilibre est de procéder à une analyse pour devenir compétent. « L'analyse est décrite comme une habileté de pensée complexe [qui] s'apprend » (id.) qui se déroule en 4 étapes selon une grille nommée IDEA : impressions, description, explication, analyse. Dans cette approche, la posture de l'enseignant devient déterminante puisqu'il s'agit d'accompagner l'étudiant vers la construction de savoirs par lui-même. « Le formateur développe des stratégies qui aident l'étudiant dans ses apprentissages en milieu clinique. Il trouve des moyens

qui affinent le sens de l'observation et permettent à l'étudiant d'exercer sa capacité de recherche et de raisonnement dans ses expériences ». (Arrêté du 31 juillet 2009).

1.3.5 Le portfolio et le tuteur : la question fondamentale du lien théorie-pratique dans des contextes de travail exigeants

Sur les terrains de stage, l'approche par compétences est déclinée à travers le portfolio. Cet outil permet de faire le lien IFSI-terrain et formalise l'évaluation des compétences. Conformément à la philosophie de la réforme, l'étudiant est appelé à adopter une posture réflexive et proactive en participant à son évaluation en lien avec les objectifs qu'il s'est fixé. Pour accompagner l'étudiant de l'accueil au bilan de fin de stage et fiabiliser l'évaluation des compétences, le tuteur évalue la progression des acquis et procède à la validation ou non des compétences selon trois critères (acquis, en cours d'acquisition, non acquis) et selon des observations écrites précisant les points forts et les axes d'amélioration de l'étudiant. La fonction du tuteur telle que conçue dans la réforme suppose un engagement conséquent, gage de réussite pour l'accompagnement des étudiants. Ainsi, en France, le phénomène d'universitarisation se caractérise par un renforcement du rôle des acteurs de terrain. En effet, là où la validation des compétences cliniques se faisait avant majoritairement par la MSP (Mise en situation professionnelle), (fameuse MSP !), les infirmiers portent aujourd'hui la responsabilité de la validation des compétences, et en particulier les tuteurs. De surcroît, le facteur clé de la réussite du processus tutorial, repose sur la coopération entre le tuteur et le cadre de santé formateur puisque les deux endossent des missions de formation. Mais les interactions entre les deux restent à approfondir (Boissart, 2017). Se pose aussi la question des modalités de mise en œuvre du tutorat sur le terrain dans un contexte où « les réformes de santé (...) ont conduit à une intensification de l'activité, une augmentation du *turn over* et à un renforcement de la responsabilisation des soignants (entre autre du fait d'une plus grande traçabilité des actes). (...) Les modalités de stage génèrent une surcharge de travail pour le personnel soignant » (Fache, Waelli, 2011) dans la mesure où le texte ne prévoit ni de temps dédié pour le tutorat, ni l'ajustement des maquettes organisationnelles des établissements (contrairement à la formation théorique qui prévoit du temps de travail personnel dans la notion de charge de travail). (Boissart, 2017).

1.4 La réforme de 2009 comme objet d'étude

1.4.1 2018 : le rapport Le Bouler et les axes de réforme... de la réforme

En 2008, FX. Schweyer évoquait des freins financiers (Conseil Régional financeur, IFSI, Universités, établissement support), institutionnels (multiplicité d'acteurs complexifiant la gouvernance) et culturels (savoirs versus pratiques) limitant la concrétisation du projet d'universitarisation depuis le début. Dix ans après le lancement de la réforme, si un bilan peut être fait, il pourrait être synthétisé par le fait que la France se situe dans les « 40% des pays européens qui ne sont pas encore dans le LMD, mais juste dans le L » (Danan, 2018). Dans le cadre de la mission universitarisation dont il est le pilote, Stéphane Le Bouler¹⁵ établit un rapport intermédiaire en 2018. Il postule que les évolutions inhérentes au processus d'universitarisation « sont freinées en France par [le] morcellement du paysage de la formation ». Aussi, les conclusions de la mission formulent quatre axes de réformes : la nécessaire **interprofessionnalité** pour s'affranchir des organisations en silo et gérer les situations de soins complexes. Pour que ce mode de travail soit une évidence, il est envisagé de l'éprouver dès la formation en IFSI en prévoyant des temps de formations communs à plusieurs filières et en déployant des nouveaux métiers intermédiaires ; le développement de la **recherche** par le renforcement des PHRIP (Programmes Hospitaliers de Recherche Infirmière et Paramédicale) et la qualification et le recrutement d'enseignants-chercheurs dans la discipline infirmière. A noter que depuis 2009, 158 projets ont été déposés majoritairement par des infirmiers et financés avec comme thématiques principales la qualité et la sécurité des soins, la prévention tertiaire et la qualité de vie du patient ; les **parcours des étudiants** par la simplification des modalités d'admission et l'uniformisation des recrutements via le dispositif de Parcoursup et des conditions améliorées (carte étudiante, accès à la bibliothèque universitaire, stages) ; l'**ancrage territorial** par le déploiement du numérique pour décroïsonner et gagner en efficience, par le rapprochement des équipes pédagogiques des écoles et de l'université, par l'intégration universitaire physique ou organique (département à l'université), par le renforcement du dialogue de gestion entre les partenaires (universités, instituts, hôpitaux et région) et par la simplification de leurs relations institutionnelles et financière.

1.4.2 Etat de la recherche

Différents champs concernés par les impacts engendrés par la réforme ont fait l'objet d'études. Ceux-ci émanent très logiquement de la structure même de la formation articulée autour de trois axes (l'IFSI, les lieux de stage et l'université).

¹⁵ Mission universitarisation des professions paramédicales et maïeutiques : bilan intermédiaire de la concertation et propositions d'orientation. Rapport Le Bouler (2018).

La première question fondamentale porte sur l'ingénierie pédagogique et l'évolution des compétences des formateurs en IFSI. Pour exemple, sous le prisme d'approches diversifiées (didactique professionnelle, anthropologie, psychologie, sociologie, sciences de l'éducation), la thèse de M. Boissart en 2014 fait un état des lieux et étudie l'impact de la réingénierie sur la professionnalisation individuelle et réciproque de l'étudiant, du cadre de santé formateur et des organisations. La conclusion structurée autour de six « interludes conclusifs » apporte des éléments de réponse sur trois niveaux. Au niveau pédagogique, « bien que des améliorations aient été notoirement, les acteurs reconnaissent que la dimension pédagogique gagne à être alimentée de part et d'autres », et d'ajouter que « les interactions entre les tuteurs et les cadres de santé formateurs restent à approfondir pour évoluer vers une véritable co-construction de la formation ». Au niveau des acteurs : si les savoirs continuent d'être construits par les conflits sociocognitifs issus des interactions, « c'est surtout grâce à la didactique professionnelle, la didactique de l'explicitation et la didactique interdisciplinaire que les étudiants parviennent à réduire l'écart entre la théorie et la pratique pour se professionnaliser ». Du côté des cadres formateurs, leur rôle est primordial pour guider l'acquisition des compétences « cœur de métier » et « défendre la professionnalité dans la collaboration avec les universitaires ». La notion de réciprocité professionnalisante entre les étudiants et les cadres de santé formateurs s'inscrit dans la nécessité, pour les cadres, de se former à un niveau Master. Au niveau social, « les interactions entre les acteurs, les activités et les organisations sur les plans macro, meso et micro sont à la fois sources et produits de professionnalisations » mais l'auteure pondère cette approche sociale dans son étude du fait d'une « approche raisonnée davantage par les représentations que par les pratiques ».

La deuxième question s'intéresse au terrain et à la mise en œuvre du référentiel dans un contexte de tensions entre savoirs académiques et savoirs professionnels et dans un débat alimenté par « la recherche des conditions à mettre en œuvre pour une pragmatisme des savoirs universitaires » (Adé, Piot, 2018). Très concrètement, le « glissement vers un paradigme pédagogique centré sur le développement des compétences [fait] du stage la clé de voûte d'un nouveau modèle d'apprentissage par l'expérience » (Fache, Waelli, 2011). « Réfléchir à ce grand écart entre des stages hyper pratiques et des cours abstraits, et tenter d'y pallier en réinventant les liens de partenariat entre les IFSI et les milieux hospitaliers » devient donc un enjeu incontournable (id.). Par extension, en 2013, Adé et Piot, ont étudié les deux « produits de formation » à la fois distincts et complémentaires qui conditionnent le développement professionnel des infirmiers novices. Il s'agit d'une part « des compétences que le processus de formation a permis de conduire et qui sont identifiées à partir des performances en situation professionnelle, et d'autre part des identités professionnelles elles-mêmes en phase d'élaboration continue. » (Adé, Piot, 2018).

La troisième question relative aux impacts de la réforme infirmière dans les universités ne semble pas très explorée.

Un autre axe de recherche explore les contextes de travail. En s'intéressant à la « boîte noire du fardeau infirmier » (travail administratif) dans une analyse comparative aux Etats-Unis et en France¹⁶, L. Michel fait état des ambiguïtés qui émanent de ce travail administratif : selon les contextes, il est vécu plus ou moins positivement et donc plus ou moins négativement selon les conditions de travail dans lesquelles ce dernier se réalise. Elle suggère que valoriser ce dernier peut être une voie de professionnalisation pour les infirmières françaises à l'instar des *clinical nurse* et *charge nurse* américaines. Ce sont autant de nouvelles voies pour l'émergence de nouvelles formes du métier dites « transversales », en lien avec la coordination notamment : IDE de parcours, IDE de coordination par exemple. Ces voies répondent à une nécessaire évolution du métier « jusqu'ici cantonné à une formation professionnelle de niveau technicien à une formation universitarisée qui amène les infirmiers à résoudre avec une certaine autonomie des problèmes de soins » (Adé, Piot, 2018).

1.4.3 Emergence de la question de recherche

Le processus d'universitarisation peut être modélisé selon trois niveaux : ingénierie des politiques, ingénierie des systèmes de formation, ingénierie pédagogique (Boissart, 2014)¹⁷. Pour étudier l'intégration et les impacts du processus d'universitarisation, une approche systémique triangulaire en rapport avec les niveaux macro meso et micro est de mise. De fait, pour poursuivre les débats et les analyses, nous orientons notre travail sur le niveau micro, et en particulier sur celui des unités de soins. Dans la suite des travaux de M.Boissart, cet axe de recherche centré sur les unités de soins pourrait peut-être compléter le niveau opérationnel de la modélisation qu'elle propose sous les termes « ingénierie pédagogique des unités de soins » ?... Il semble, en effet, qu'il manque des recherches sur l'appropriation de cette réforme par les acteurs dans les unités de soin.

Dans la perspective managériale et d'encadrement qui nous anime, la question est de penser la mise en œuvre de la réforme sur et par « le terrain », c'est-à-dire dans les contextes de travail. Comment cette dernière a transformé l'activité des infirmiers et les modalités d'apprentissages? Comment a-t-elle modifié les relations interpersonnelles entre les professionnels de santé ? Quels sont les facteurs de réussite et d'échec de l'alternance, du lien IFSI/lieux de stage ?

Une précision du cadre théorique de notre recherche s'impose pour expliciter notre démarche et nos orientations.

¹⁶ Dans la boîte noire d'un fardeau infirmier, analyse comparée du travail administratif hospitalier en France et aux Etats Unis. 2017.

¹⁷ Annexe IV : modélisation du processus d'universitarisation.

2 ORIENTATION THEORIQUE

Universitarisation et professionnalisation sont intrinsèquement liées par le principe même de l'alternance sur lequel repose la formation infirmière. Dans le même temps, ils s'opposent à première vue par deux logiques distinctes : les savoirs d'un côté et la pratique/la technique de l'autre. Ainsi, un descriptif théorique de la professionnalisation débute cette partie, avant de poursuivre par les concepts d'universitarisation et de compétences, ce dernier étant la finalité de la formation. Alors que nous interrogeons les contextes de travail dans lesquels s'inscrit la réforme, un détour par les approches fonctionnalistes et interactionnistes des sociologues conclura cette partie pour éclaircir la nature des relations DE travail et des relations AU travail à l'œuvre dans les unités de soins.

2.1 La professionnalisation du métier, de l'infirmière, de la formation, de quoi parle-t-on ?

La professionnalisation est un concept vaste ayant fait l'objet de nombreuses recherches et publications. Dans la perspective de cette étude, nous retenons les écrits de Bourdoncle et Wittorski pour en définir les contours et en préciser les dimensions sociales en tant que processus dynamique qui influence et est à la source des relations DE et AU travail.

2.1.1 Les contours de la professionnalisation

Selon Bourdoncle (1991) cité par Boissart (2017), la professionnalisation s'applique à cinq objets : l'activité, le groupe qui exerce l'activité, les savoirs liés à l'activité, l'individu exerçant l'activité et la formation à travers les programmes, les méthodes. Pour l'auteur, la **professionnalisation de l'activité** sous-tend la rémunération de cette-dernière et la formalisation de savoirs enseignés dans des cursus universitaires. La **professionnalisation du groupe** permet d'augmenter son statut social et son autonomie professionnelle. Appliquée à la formation infirmière, elle s'illustre par l'utilité sociale incontestable et incontestée du métier, par la reconnaissance du grade licence, par le rôle dit propre, et par la prescription encadrée depuis 2007 qui élargit l'autonomie de l'infirmière. La **professionnalisation des savoirs** se manifeste par trois dynamiques : une « spécification, rationalité, efficacité croissantes » (soins infirmiers, ex : surveillance du risque hémorragique) ; une diversification de la nature des savoirs : déclaratifs ou « scientifiques » (sciences infirmières ou « savoir que », « savoir quoi faire », ex : une hémorragie est un écoulement de sang en dehors de la circulation naturelle) et procéduraux¹⁸ ou stratégiques (règles de mise en œuvre ou « savoir comment », ex : surveillance des points de ponction, tension

¹⁸ Pour ces éclairages sur la distinction savoir procédural/savoir déclaratif, voir Fischer JP en bibliographie).

artérielle, fréquence cardiaque, critères biologiques etc...) ; enfin, une reformulation en termes de compétences, c'est-dire de la capacité à reproduire dans des situations de soins complexes, variées et singulières. La triangulation « savoir », « savoir-faire » et « savoir-être » reste dans cette idée et est sans doute la modélisation du concept la plus populaire. La **professionnalisation de l'individu** consiste en l'adoption progressive de manières de faire, de voir et d'être de son groupe professionnel. Celle-ci s'opère par les transmissions par les pairs et par les interactions au sein de générations plurielles. Elle se concrétise par une posture ad hoc qui, pour l'infirmière, pourrait être celle de « pivot » au sein du système de santé incarnant des compétences techniques et relationnelles. **La professionnalisation de la formation** infirmière est en lien avec une réingénierie des programmes rédigés en termes de compétences, en lien avec la nature même de sa pédagogie reposant sur l'alternance et des stages, en lien avec les méthodes spécifiques utilisées (études de cas, simulation, APP (Analyse de la Pratique Professionnelle) et en rapport avec des liens plus solides avec le milieu professionnel (formateurs issus en majorité du terrain). Cette vision « statique » du concept peut être prolongée par une approche dynamique.

2.1.2 La professionnalisation comme processus social dynamique

Nous retenons de Wittorski (2005), l'idée selon laquelle la professionnalisation est associée à la notion de processus social dans son acception dynamique : elle est « un processus de négociation, par le jeu des groupes sociaux, en vue de faire reconnaître l'autonomie et la spécificité d'un ensemble d'activités et un processus de formation d'individu aux contenus d'une profession existante ». Il distingue trois types de professionnalisation selon les enjeux. La **professionnalisation-profession** aboutit à la reconnaissance d'un groupe social autonome : les infirmiers. La **professionnalisation-formation** s'opère par une articulation entre le travail et la formation d'une part, et le développement des connaissances et des compétences d'autre part. Il s'agit concrètement, pour l'un, de l'alternance IFSI/lieux de stage et, pour l'autre, du DPC (Développement Professionnel Continu). La **professionnalisation-efficacité** du travail est la mise en mouvement en situations de travail par essence flexibles : les situations de soins. Wittorski complète cette définition en 2007 en précisant les trois niveaux dans lesquels le processus s'éprouve : l'espace politique et social (faisant écho pour les infirmiers à leur quête de reconnaissance), l'espace des individus et des groupes sociaux (faisant écho à l'évolution de leurs compétences) et l'espace des organisations (faisant écho, dans notre étude, à l'Hôpital et tout particulièrement aux unités de soins).

Si les écrits sur la professionnalisation alimentent des débats théoriques et sociaux depuis plusieurs décennies, l'universitarisation est un néologisme qu'il convient d'explicitier.

2.2 L'universitarisation de la formation : un néologisme aux contours flous chargé de représentations

2.2.1 Une définition pragmatique historico-organisationnelle

M.Boissart précise que le terme « universitarisation » est un néologisme apparu dans les années 2000. Pour en préciser la définition, elle distingue le mot « université » et le suffixe « sation ». Ainsi, étymologiquement « universitas » renvoie à l'acte de connaître. Si la définition historique renvoie aux « institutions ecclésiastiques d'enseignements secondaire et supérieur », sur le plan organisationnel, l'université est « un établissement (en France, établissement public) d'enseignement supérieur constitué par un ensemble d'unités de formation et de recherche, d'instituts de centres et de laboratoires de recherche » (Boissart citant Petit Robert, 2014)¹⁹. Par la première définition qui concerne la période du Moyen âge au 20^{ème} siècle, l'enseignement supérieur est une perspective d'emploi des professionnels qualifiés supérieure dans un contexte de développement industriel. Ces considérations sont à l'origine de la distinction entre les métiers dit « manuels » et les métiers dits « intellectuels ». Par la seconde définition, il faut retenir le caractère public de l'université et les missions qui s'y rapportent : enseigner et chercher. Quant au suffixe, il suppose un mouvement, une dynamique dont le but est de « donner un caractère universitaire à une formation en fonction de critères et de rigueur scientifique, [ou] faire suivre une formation supérieure universitaire à quelqu'un ». (id. citant Bourdoncle). Au-delà de ces définitions étymologique, historique et organisationnelle, Lessart et Bourdoncle apportent un éclairage éloquent en confrontant trois conceptions de l'université.

2.2.2 Une définition conceptuelle...

Ces trois conceptions renvoient aux fonctions spécifiques de l'université. La première, l'**université libérale** renvoie au « savoir désintéressé ». Elle est « une communauté d'échanges et de discussions, et les universitaires sont d'abord des enseignants soucieux de la formation intellectuelle, mais aussi morale des jeunes » (Lessart, Bourdoncle, 2006) (ex : Oxford, Cambridge créées en 1100 et 1200). Cette communauté est renforcée par deux dispositifs de formation typique, le tutorat et l'internat (id. citant Dell 1985). La formation y est pluridisciplinaire et de portée générale pour avoir une vue d'ensemble du sujet traité. La notion de libérale renvoie au fait que « le savoir transmis et discuté est à lui-même sa propre fin, [c'est-à-dire que l'agilité d'esprit qui résulte de l'éducation libérale augmente la] « capacité de connaître et par là, à elle seule, est un bien immense » (id.). Elle exprime « sans retenue les orientations élitistes et aristocratiques anglaises du XIX^{ème} siècle (...) fortement critiquées au fil des ans » (id.). Selon une approche

¹⁹ Petit Robert sous la direction de J.Rey-Debove, A. Rey,Paris, Dictionnaires Le Robert, 2011, p.2659.

philosophique de Newman évoquée par Lessart et Bourdoncle, l'université libérale est celle « des hommes libres, c'est-à-dire libérés du travail manuel » (id.). Autrement dit, la formation professionnelle et les savoirs utilitaires n'ont pas leur place à l'université parce qu'ils sont « conformateurs et non libérateurs, restrictifs et spécialisés, et non généraux et ouverts » (id.). Il y a une « incompatibilité de nature en formation universitaire et formation professionnelle » (id.).

La seconde, l'**université scientifique, de recherche** est née à Berlin en 1806. Sa mission essentielle est de chercher la vérité et donc, pour ce faire, sa mission première est la recherche scientifique. Enseignement et recherche sont intrinsèquement liés : la recherche a pour but d'initier en faisant participer les étudiants aux processus de construction du savoir. Dans ce modèle, seul le chercheur peut enseigner pour communiquer la « vie de la pensée » et non pas « une pensée inerte ». Ce modèle d'université repose sur des principes scientifiques tels que la rigueur, l'objectivité, l'analyse et l'esprit critique. Dans ce modèle, la posture scientifique est transférable dans la formation professionnelle en ce sens qu'elle est « indispensable à la construction et à la maîtrise des connaissances efficaces dans la pratique professionnelle, lui permettant de progresser » (id.). La recherche scientifique est le trait d'union entre formation universitaire et formation professionnelle. C'est par la science qu'est rendue possible « la remise en question de croyances professionnelles établies, mais en apparence sans *fondement scientifique* ou reposant sur des prémisses discutables" et que « la porte à l'évolution et l'innovation professionnelle » (id.) est ouverte. Appliquée à la formation infirmière, cela suppose de transformer le soin infirmier en « sciences infirmières » et donc de « passer d'un ensemble de discours fortement prescriptifs et pragmatiques à un champ pluridisciplinaire soumis aux méthodes de production de connaissances » (id.), autrement dit de procéder à un mouvement de scientification et disciplinarisation.

La troisième, l'**université de service**, initialement développée aux Etats-Unis, renvoie au savoir utile et est au service du progrès social. Lessard et Bourdoncle s'appuient sur les écrits de Whitehead pour expliciter cette conception. Ce dernier « insiste pour que la culture générale et la science se portent à la rencontre de l'action et participent au progrès de la société » (id.). Il s'oppose au fait que la science et la culture soient des fins en elles-mêmes. Dans ce modèle, trois types d'acteurs coexistent et se rencontrent pour fusionner leurs activités : les *scholars*, les *discoverers* et les *inventors*. « Les premiers font revivre la beauté et la sagesse du passé et la tradition des arts, des lettres et de la philosophie. Les seconds font avancer le savoir (scientifique) en formulant des vérités générales, et les troisièmes « appliquent » ces savoirs et ces vérités générales de manière à répondre aux besoins sociaux du monde actuel » (id.). Ce modèle repose sur une vision progressiste qui en fait « un réel instrument de progrès » (id.). Il défend le principe de « symbiose entre la pensée et l'action [puisque selon Whithead] l'intelligence travaille mal dans le vide et cherche toujours à s'appuyer sur la rencontre entre la théorie et la pratique » (id.). Souder action et pensée

« assure l'insertion sociale [de l'université] et en fait un foyer de progrès social » (id). Ainsi, la conception que les acteurs retiennent ou assimilent à l'universitarisation de la formation infirmière est le lit de représentations qui impactent l'intégration et l'appropriation du processus.

2.2.3 ... qui fait le lit de représentations

S'agissant de l'universitarisation de la formation, et par extension, de la réforme, les débats sont nombreux et laissent sceptiques les acteurs. Si la reconnaissance du grade licence est plébiscitée, en revanche, le processus inspire méfiance du fait de l'intellectualisation du diplôme. Aussi, évoquer le concept des représentations à travers leurs fonctions et leurs modalités de changement apporte un éclairage à la réflexion.

La psychologie sociale définit ce concept comme « le moyen par lequel les humains se représentent les objets de leur monde » (Lahlou, 2011). Elles sont un « mécanisme général, omniprésent et fondateur de toute vie sociale » [et ne sont pas] « de simples simulacres ou déchets intellectuels sans rapport avec le comportement humain créateur ». « Au contraire, elles ont une fonction constitutive de la réalité » (id.). Jodelet en précise les quatre fonctions. La fonction cognitive permet de comprendre et d'expliquer un savoir de sens commun et faciliter la communication. Ainsi, l'universitarisation est assimilée très logiquement à l'université. Cela rend plus lisible et compréhensible le diplôme et valide l'objectif d'harmonisation. La fonction identitaire permet d'élaborer une identité structurante et rassurante dans un processus d'influence qui vise à transformer les idées en évidences objectives, en situant les IDE dans un groupe avec des normes, des valeurs dans lesquelles elles vont se reconnaître. De fait, le bouleversement lié à l'universitarisation interroge probablement l'identité des infirmiers et de leur métier. La troisième fonction fait référence à une fonction d'orientation des conduites et des comportements. Elle guide en amont les comportements et les pratiques ayant ainsi un caractère prescriptif. La fonction de justification des pratiques résulte des trois premières et permet de justifier des prises de position et des comportements a posteriori, comme pour protéger celui qui a besoin d'être sécurisé et conforté dans ses choix et actes et pour les IDE, revendiquer, leur cœur de métier : la relation et la technique. Ajoutons que les représentations ne sont pas figées et évoluent avec le temps (Abric, 1994). Leur contenu peut être modifié et évoluer avec le temps sous l'influence de l'histoire personnelle, des mutations sociétales et des interactions avec les personnes rencontrées. Chacun possède des valeurs hiérarchisées et organisées que JC Abric appelle le noyau central. Si ce dernier est modifié, alors toute la représentation est modifiée. Mais le noyau central reste l'élément le plus stable autour duquel s'organisent des éléments périphériques. Ces derniers constituent la partie concrète des représentations et aussi la plus accessible car ils sont faits de croyances, jugements et stimuli. Et c'est parce qu'ils peuvent faciliter l'intégration de nouveaux éléments dans les représentations et parce qu'ils sont en rapport direct avec le noyau central qu'ils peuvent être cause

de changement des représentations. Un décalage peut donc se produire avec le référent et conduit à trois types d'effets sur l'objet de la représentation, ici, l'universitarisation : la **distorsion** accentue ou minore les attributs de l'objet représenté ; la **supplémentation** ajoute à l'objet représenté des attributs qu'il n'a pas ; la **défalcation**, à l'inverse, supprime certains attributs de l'objet. Lessart et Burdoncle ajoutent que « l'université actuelle, c'est un peu cela : un dialogue et un conflit à la fois continu et contenu entre ces trois modèles » et que les rapports à la science ou au savoir rationalisé sont différents : « [...] en soins infirmiers [...], on favorise la pratique centrée de manière réflexive sur le client et la situation plutôt que sur l'application de connaissances établies par la recherche » (Lessart, Burdoncle, 2002).

Ces éclairages théoriques permettent de circonscrire le processus d'universitarisation de la formation infirmière et de mieux comprendre en quoi il consiste. Nous l'avons vu, la finalité est de former des professionnels mieux formés autonomes. Ainsi, le concept de compétences en tant que « produit » de la formation permet de préciser ce qu'est un professionnel compétent et, par extension, d'appréhender le « produit » de la réforme du point de vue des professionnels.

2.3 Les compétences ou le produit de l'articulation professionnalisation-universitarisation

Ce focus sur le concept de compétences décrit cinq catégories de compétences traduites en sept critères. Il détaille ensuite trois dimensions pour illustrer les qualités d'un professionnel compétent dans un processus dynamique évolutif qui s'entretient.

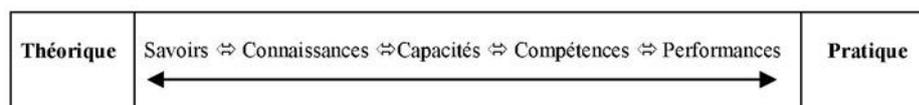
2.3.1 De l'origine du terme aux catégories et critères de compétences

Selon T. Ardouin (2005), le terme de compétence, dans son acception contemporaine, fait son apparition pour trois raisons : la tertiarisation de l'économie caractérisée par la réalisation d'activités plus complexes, moins séquencées et moins prescrites, et dans laquelle la dimension relationnelle est décisive ; le changement dans les organisations concrétisé, de fait, par le transfert d'une logique de conformité vers une logique de complexité, empreinte d'incertitudes internes et externes ; l'évolution de la nature du travail et du fonctionnement des organisations marquée par l'informatisation notamment et l'accentuation de la dimension immatérielle des informations. Pour expliciter le terme compétence, la classification de R. Wittorski (sd) en cinq catégories est à propos. Ce dernier détermine les **compétences d'actions techniques, sociales et gestuelles** (ex : poser un pansement compressif pour contenir une hémorragie), les **compétences d'analyse de l'action ou de la situation** (ex : évaluer le degré de gravité), les **compétences individuelles en interaction avec l'environnement** (ex : gérer ses émotions, alerter), les **compétences partagées transmises d'un individu à l'autre**, les **compétences collectives co-produites ou co-élaborées** (ex : travail en

collaboration avec l'aide-soignante). Pour la formation infirmière, le référentiel de formation est décliné en 10 compétences génériques qui s'inscrivent dans ces catégories. Quant à G. Le Boterf (2007), il formalise sept critères devant être réunis pour reconnaître un professionnel compétent : la prise d'initiatives excluant les tâches répétitives, l'intelligence de situation (adaptation, inventivité), l'exhaustivité d'analyse (considère tous les aspects importants de la situation, y compris implicites), la pertinence d'action, la mobilisation des ressources extérieures (collaboration), la réflexivité (transférer et transmettre), l'éthique de service en rapport avec les normes et règles de la profession (ex : secret professionnel). Ces critères consacrent au terme compétence une part d'invisibilité difficile à appréhender et donc à évaluer laissant poindre des divergences d'appréciation d'une personne à l'autre.

2.3.2 Originalité, efficacité et intégration pour être compétent

La complexité des situations de soins suppose agilité et adaptation du travail dans un collectif et dans un processus. T. Ardouin complète son analyse par l'évolution des modes de gestion du personnel : l'ordre ou le commandement ont laissé place à l'encadrement, à l'animation, aux projets, avec une place majeure accordée à la dimension humaine. Il poursuit en dégagant trois dimensions du travail qui appellent la compétence et définissent les dimensions de cette dernière : l'originalité, l'efficacité et l'intégration. **L'originalité** renvoie au fait qu'« il n'y a pas de solutions toutes faites à tous les problèmes. Est compétent, celui qui peut faire face à un problème inédit, apporter une réponse idoine » (Ardouin, 2005). **L'efficacité** convoque une perspective individuelle à visée collective : « est compétent, celui qui peut trouver la réponse qui permettra à l'organisation de réaliser au mieux ses objectifs, pour le bien collectif » (id.). **L'intégration**, enfin, émane du fait qu'il n'y a plus de solution isolée : « est compétent, celui qui propose une solution qui prend en compte l'ensemble de l'environnement » (id.) proche (l'Hôpital, l'unité de soins) ou lointain (politiques nationales, européennes). A partir de l'usage social qui est fait du concept, et des trois niveaux de langage²⁰, il propose une synthèse de l'ambiguïté du concept dans un continuum allant du plus théorique ou plus concret.



Il faut ajouter que la compétence s'inscrit dans un processus évolutif et progressif gradué autour de cinq stades : novice, débutant, compétent, performant et expert (Benner, 2003). Elle est dynamique et en mouvement et s'entretient notamment à travers le DPC. « Elle se construit dans le temps, progressivement, dans la confrontation avec des situations de travail, des échanges entre

²⁰ Langue théorique, celui des chercheurs (qualification, pratiques). Entre la langue théorique et la langue-outil, le champ des pratiques d'analyse de pratiques qui mobilise à la fois les concepts et la pratique. Langue-outil et langue-objet utilisées par différentes catégories professionnelles, dans différents domaines, et qui correspond au langage commun.

pairs ou avec d'autres professionnels, des organisations de travail, des contraintes de tous ordres (Lucas, Duveau, 2015). De fait, un détour sur les contextes de travail complète cette partie conceptuelle.

2.4 Quand les contextes de travail nourrissent la réflexion....

2.4.1 Des fonctions, des normes et des rôles : les relations DE travail

La grille de lecture des sociologues apporte un éclairage. Inscrite dans une division du travail marquée par la spécialisation²¹, la notion de fonction analysée à travers l'approche de l'école fonctionnaliste par Robert k. Merton, sociologue américain, permet de poser le cadre des relations de travail à l'Hôpital et dans les unités de soins. Cette école postule que les fonctions sont nécessaires et sont issues des besoins présumés du système (Bernoux, 1985). L'organisation hospitalière est hiérarchisée et des règles sont établies pour « veiller à l'adéquation du comportement de l'individu aux buts que les organisateurs ont fixés à l'organisation » (ibid.) à savoir dispenser des soins dans un contexte contraint. Les postes définis sont déclinés en fonctions spécialisées issues de la division du travail (IDE, AS etc...) L'organisation est ainsi définie comme « un ensemble humain formalisé et hiérarchisé en vue d'assurer la coopération de leurs membres dans l'accompagnement de buts donnés » (Friedberg, cité par Etienne, 2012). Toutefois, dans une perspective un peu différente, Talcott Parsons dépasse ce caractère formel et met en avant le caractère normatif de l'organisation. Selon lui, l'atteinte des buts suppose « d'une part que l'organisation qui veut le faire se structure en conséquence, d'autre part qu'elle le fasse en tenant compte de ce que les individus sont différents » (Bernoux, op.cit.). La question qui se pose alors est celle de la cohérence du système et de l'atteinte des buts communs alors que ce dernier est constitué d'individus différents : les buts communs d'une unité de soins étant d'apporter les meilleurs soins au patient par des professionnels de grades différents (IDE, aides-soignants, médecins, fonctions supports etc...). La réponse qu'il apporte est celle de l'idée de valeurs dont la connaissance (...) permet aux individus et aux groupes -les acteurs- d'élaborer un comportement correct, en relation à l'attente des autres à leur égard, et donc d'avoir à leur tour un comportement conforme à ces attentes » (ibid.) (ex : empathie, dignité etc... auxquelles peuvent s'ajouter celles du service public pour les fonctionnaires).

Inspiré par les travaux anthropologiques de Linton, le concept de rôle est aussi une mise en application de droits et de devoirs. Trois comportements de rôles sont ainsi décrits : les comportements de **rôles prescrits**, les comportements de **rôles attendus** et les **performances de rôles**. Les premiers répondent à des normes implicites et explicites institutionnelles orientant la

²¹ Voir « De la division du travail social » écrit en 1893 par E. Durkheim, père fondateur de la sociologie.

manière d'agir de la personne (ex: l'IDE applique la prescription du médecin, le tuteur accompagne les étudiants et évalue les compétences). Les seconds se situent au niveau de l'interaction et correspondent aux attentes réciproques des acteurs (ex : l'étudiant attend du tuteur de la disponibilité, le tuteur attend de l'étudiant de l'engagement). Les troisièmes, enfin, se situent au niveau individuel et illustrent la manière dont chaque acteur interprète personnellement et de manière singulière son rôle selon ses objectifs personnels et ses valeurs. Cette approche introduit l'individu dans sa subjectivité et permet d'explorer ce qui appartient au domaine de l'humain et du social « où les réactions sont plus ou moins prévisibles, inquiétante boîte noire d'où on ne sait jamais à l'avance ce qui va sortir » (id.) (ex : les attentes du tuteur en termes d'exigences, la posture de l'étudiant). Le professionnel n'est pas qu'un agent, c'est aussi un acteur avec une capacité d'agir qui lui est propre et « la pondération que fait l'acteur entre ses objectifs et les possibilités, les opportunités que lui laisse l'organisation » (id.) est le lit de l'expression de sa subjectivité, de sa capacité d'agir et de sa responsabilité.

2.4.2 Rôle, analyse stratégique et relation de pouvoir : les relations AU travail

La grille de lecture des sociologues interactionniste complète ce cadre théorique en ce sens que les relations AU travail dans une unité de soins à l'Hôpital font écho à la qualité de l'engagement, à l'évolution des carrières, à la motivation, à la reconnaissance, à la relation de confiance, à la communication, à la collaboration, à l'autonomie etc... Les interactions y sont nombreuses, multiples, variées et interdisciplinaires. Cette approche développe une conception plus fluide et mouvante du concept de rôle et éclaire la complexité des rôles se jouant à l'intérieur du système hospitalier. Elle postule que les rôles ne se limitent pas à l'expression d'attentes normalisées liées à des statuts et fonctions stables. Ils sont perçus comme l'expression des droits et des devoirs des individus à travers le prisme de la subjectivité de l'individu. Cette dernière lui confère un certain degré d'autonomie, une marge de liberté, à l'origine de relations d'échanges et de pouvoir entre les acteurs, chacun œuvrant pour l'atteinte et la satisfaction de ses motivations personnelles (Crozier, Friedberg, 1977). Ce que les théoriciens appellent **analyse stratégique** « postule des individus divergents, mêlant en permanence leurs objectifs propres, ceux des dirigeants et de l'entreprise » (Bernoux, op.cit.). Selon eux, trois principes illustrent cet état. Premièrement, « les hommes n'acceptent jamais d'être traités comme des moyens au service de buts que les organisations fixent à l'organisation » (id.). Deuxièmement, les acteurs détiennent « une liberté relative » (id.), expression de leur autonomie, même limitée, dans les « zones mal réglementées de l'organisation » (id.). Cette autonomie suppose un moyen de régulation : le pouvoir, défini comme une relation, en situation, et non comme un attribut lié à un statut hiérarchique qui l'instaurerait de fait, dans laquelle les acteurs sont dépendants les uns aux autres pour réaliser des objectifs à la fois communs et personnels. Cette relation d'interdépendance fait

l'objet d'échanges entre les individus. Ce qu'ils échangent, ce sont leurs possibilités d'actions respectives, teintées de négociation et compromis. Cela met en scène « un rapport de force, dont l'un peut retirer davantage que l'autre, mais où, également, l'un n'est jamais totalement démuné face à l'autre » (Crozier, Friedberg, op.cit.). Le pouvoir est donc une relation d'échange déséquilibrée qui implique négociation. Troisièmement, « dans ces jeux de pouvoir, les stratégies sont toujours rationnelles mais d'une rationalité limitée » (id.). Aucun acteur, en effet, n'a le temps et les moyens d'envisager toutes les solutions possibles pour trouver une solution à un problème. Celle qu'il retient est celle, qui, sur l'instant, lui paraît « la moins insatisfaisante (id.) et qui « présente (...) le minimum d'inconvénients » (id.).

La question qui se pose in fine est celle de la coopération entre l'IDE et les acteurs, en tant que processus social et dans le cadre de l'action organisée de l'Hôpital. Les fonctions, les normes, les rôles délimitent le périmètre d'actions des uns et des autres. Mais, dans les faits, les interactions et les jeux d'acteurs complexifient la mise en œuvre des activités. La réforme de 2009 bouleversant radicalement la formation, un retentissement sur le terrain est inévitable. Un tel changement bouscule les normes, les organisations, les habitudes et les représentations. Dix ans après la réforme, nous posons la question de l'intégration des principes de la réforme par les acteurs, des aspects positifs ou négatifs retenus, de l'atteinte des objectifs visés, et cela au niveau micro, au plus près des professionnels concernés, et au plus près du patient.

Dans une perspective interactionniste, cette recherche pose la question de l'impact du contexte de travail sur l'appropriation des principes de la réforme de 2009 par les acteurs de terrain et vise à mieux saisir l'impact des réformes sur les relations DE travail et AU travail.

3 METHODE

3.1 Design de l'étude

Pour mieux saisir l'impact du contexte local de travail sur la mise en œuvre effective et l'appropriation des principes de la réforme de 2009 par les acteurs de terrain, cette recherche a été réalisée sous forme d'étude de cas. Les services ont été choisis en fonction de leur activité et organisation contrastées pour permettre une analyse comparée des données recueillies. Cette dernière repose sur trois dimensions principales: le lieu d'exercice, la formation IDE reçue (avant et après la réforme de 2009), le grade des professionnels enquêtés et leur point de vue respectif.

3.2 Terrain d'enquête et population

Le cadre de l'enquête se situe dans le secteur sanitaire. Pour potentialiser les possibilités de réalisation de la recherche grâce à la taille de l'établissement, cette étude de cas a été conduite dans un CHU (Centre Hospitalier Universitaire) de l'Ouest français. Les deux unités contrastées choisies sont l'USLD (Unité de Soins de Longue Durée) et la réanimation médicale car elles présentent des profils de patients, une nature d'activité, un niveau de technicité, une organisation et une temporalité des soins différents.

S'agissant de la population enquêtée, le personnel de nuit n'a pas été intégré à l'étude du fait de la spécificité de l'exercice du métier dans le contexte de la nuit (le travail de nuit mobilise d'autres compétences et pourrait faire l'objet d'une étude spécifique). Les critères d'inclusion retenus sont les suivants : des IDE diplômées avant 2012, des IDE diplômées à compter de 2012 et après, une affectation dans l'unité datant depuis une année au moins, les cadres de santé (CS), les cadres supérieurs de santé (CSS), le responsable d'unité médical (MED). Pour chaque unité, l'échantillonnage réunit donc 6 IDE (3 diplômées avant 2012 et 3 diplômées en 2012 et après), 2 cadres de santé, 1 cadre supérieur de santé et le responsable médical, soit 20 professionnels.

Toutefois, quelques entorses au protocole ont dû être faites. Au cours de la prospection, sur le secteur gériatrique, la composition de l'équipe n'a pas permis de rencontrer des IDE selon les critères d'inclusion définis. L'échantillon étant réduit à 4 IDE, il n'y a qu'une IDE diplômée avant 2012 dans l'effectif de jour. Nous avons choisi d'élargir le terrain d'enquête à l'EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes) et de rencontrer trois IDE, parce qu'il reste un lieu de vie et parce qu'il est rattaché au CHU. Cette décision permet de circonscrire le cadre de l'étude au sein de l'établissement et de conserver des logiques similaires (soins de longues durées). Une IDE ne travaillait plus sur l'USLD depuis quinze jours mais avait eu une expérience de dix-huit mois dans l'unité. Sur le secteur de la réanimation médicale, bien que l'effectif infirmier soit important, des mouvements de personnels en fonction de leur ancienneté

ont lieu entre le jour et la nuit. Une IDE interviewée était de nuit depuis un mois lors de notre entretien mais avait eu une expérience de jour de six mois dans l'unité.

Au total, 21 entretiens d'une durée d'une heure environ ont été réalisés, dont deux exploratoires (1 CS et 1 IDE) recensés dans le tableau ci-dessous. Les professionnels interviewés sont identifiés de la façon suivante : les professionnels de l'USLD sont associés aux chiffres impairs et les professionnels de réanimation médicale sont associés aux chiffres pairs. Pour les IDE et pour faciliter la lecture, les professionnels diplômés avant 2012 sont associés aux trois premiers chiffres de chaque série (IDE1, IDE3, IDE5 / IDE2, IDE4 et IDE6) et les professionnels diplômés après 2012 par les trois derniers chiffres (IDE7, IDE9, IDE11 / IDE8, IDE10 IDE12).

Tableau 2 : Tableau synoptique de la population enquêtée

Professionnels interviewés	Tranche d'âge	Grade	Ancienneté dans l'unité	Date de DE	Date de l'entretien	Durée (min)
USLD - EHPAD						
IDE 1 (EHPAD)	30 - 39	IDE	1 an	2008	28/02	57
IDE 3 (USLD)	50 - 59	IDE	13 ans	1989	9/03	64
IDE 5 (EHPAD)	50 - 59	IDE	9 ans	2010	18 et 19/03	68
IDE 7 (USLD)	30 - 39	IDE	16 mois	2018	02/03	69
IDE 9 (EHPAD)	20 - 29	IDE	3 ans	2016	03/03	68
IDE 11	20 - 29	IDE	18 mois	2015	17/03	48
CS 1	30 - 39	CS - PPH	8 mois	2006	02/03	55
CS 3	50 - 59	CS - IDE	2 ans 1/2	1983	02/03	41
CSS 1	Non renseigné	CSS - IDE	2 ans	1988	27/02	54
MED 1	Non renseigné	Médecin	5 ans		24/04	43
MED 3	40 - 49	Médecin	Non renseigné		16/04	33
REANIMATION MEDICALE						
IDE 2	30 - 39	IDE	10 ans	2008	11/02	60
IDE 4	30 - 39	IDE	13 ans	2004	04/03	112
IDE 6	40 - 49	IDE	17 ans	2002	05/03	66
IDE 8	20 - 29	IDE	6 mois	2019	11/02	51
IDE 10	20 - 29	IDE	7 ans	2013	18/02	50
IDE 12	20 - 29	IDE	8 mois	2019	03/03	46
CS 2	40 - 49	CS - IDE	5 ans 1/2	1994	10/02	48
CS 4	50 - 59	CS - IDE	3 mois	1987	09/03	45
CSS 2	50 - 59	CSS - IDE	Non renseigné	Non renseigné	10/04	41
MED 2	Non renseigné	Médecin	Non renseigné		22/04	34

3.3 L'entretien semi-directif comme outil d'investigation

3.3.1 Choix de la semi-directivité

Parmi les outils d'investigation à la disposition du chercheur, celui de la conduite d'entretien a été retenu. Le contact direct entre le chercheur et ses interlocuteurs met en œuvre des processus fondamentaux de communication et d'interaction humaine qui facilitent l'expression des perceptions, des interprétations et des expériences de l'interviewé (Van Campenhoudt, Quivy, 2017). Quant au degré de directivité, la solution médiane de semi-directivité a été retenue car elle participe à la production de sens par l'acteur tout en cadrant l'entretien par des questions et des relances (Juan, 1999). Cette technique autorise une certaine liberté de l'interviewé qui peut parler ouvertement, avec ses mots et dans l'ordre qu'il souhaite (Van Campenhoudt, op.cit.). Conformément aux règles de conduite, le guide d'entretien a permis des réajustements pour recentrer l'entretien sur les objectifs et les questions.

3.3.2 Conditions d'entretien

Au-delà de la méthodologie, ce dont il s'agit dans l'entretien, c'est du « cas particulier de l'interaction entre l'enquêteur et celui ou celle qu'[on] interroge » (Bourdieu, 1993). La relation d'enquête telle que définie par Bourdieu « reste, quoi qu'on en fasse, une *relation sociale* qui exerce des effets [...] sur les résultats obtenus [...] parce que toutes sortes de distorsions sont inscrites dans la structure même de la relation d'enquête » (id.). Le but est de viser une « communication non violente » et de réduire les effets d'une dissymétrie sociale, a fortiori lorsque l'enquêteur occupe une place hiérarchique supérieure comme cela est le cas pour cette étude. Pour ne pas introduire de biais lié au statut, la présentation en tant qu'étudiante en Master 2 a été privilégiée lors des entretiens conduits auprès des IDE. De même, l'analyse comparée a été tuée quand cela a été possible pour éviter des biais d'interprétation par le professionnel et recueillir un discours authentique contextualisé à chaque unité pour maximiser la qualité de l'analyse portant précisément sur les divergences et/ou convergences liées au contexte de travail. Sur le plan matériel, les entretiens ont été enregistrés pour rester centré sur le discours de la personne et non sur la prise de notes pour adopter une *attitude empathique* (Juan, op.cit.). Les entretiens se sont déroulés dans des conditions globalement optimales. Les professionnels nous recevaient, à leur convenance, sur leur temps de travail ou sur leur temps de repos, dans un bureau dédié. Ils étaient informés du temps nécessaire et étaient globalement disponibles. Quatre entretiens ont été conduits par téléphone en raison des mesures de confinement imposées par la pandémie de coronavirus. Le guide d'entretien a été ajusté à quinze questions pour les professionnels interviewés tardivement (CSS1, MED1, MED3, MED2).

3.3.3 Guide d'entretien

Dans la perspective d'un traitement qualitatif, un guide d'entretien a été construit pour introduire une « *homogénéité protocolaire* entre les différents enquêtés nécessaire à l'agrégation des résultats » (id.) Il est progressif pour permettre à la relation de se mettre en place. Il est structuré autour de thèmes. Suite aux entretiens exploratoires, des réajustements ont permis de parfaire le guide en améliorant l'organisation chronologique des questions, et ce, au service de la cohérence et de la fluidité de l'entretien. Des questions ont été supprimées ou déplacées. Trois guides ont été construits et adaptés de manière croisée pour être administrés auprès des trois grades des personnes interviewées. Huit thèmes ont été développés dans le guide d'entretien définitif en fonction d'objectifs précis²².

- Thème 1 (Q1 à Q2) connaissance de la personne : connaître les données socio-professionnelles, identifier le mode d'affectation (choix ou non), créer un climat de confiance favorable aux échanges en montrant notre intérêt pour la personne.
- Thème 2 (Q3 à Q8) les contextes de travail : comprendre l'environnement et les contextes de travail grâce à une description générale de l'organisation fonctionnelle, des activités, de la dynamique de l'unité et du climat au travail perçu ; identifier des éléments structurels d'organisation, d'éventuelles difficultés.
- Thème 4 (Q9 à Q12) la formation des infirmiers : identifier le niveau d'appropriation du référentiel de formation par les professionnels, la plus-value ou non de l'universitarisation du point de vue des professionnels, la connaissance des outils et des modalités de mise en œuvre, le sens de la réforme.
- Thème 5 (Q13 à Q18) les compétences et les relations dans les contextes de travail : comprendre les modalités de collaboration entre les professionnels (y compris avec le médecin), comprendre les perceptions des professionnels sur l'effectivité des compétences dans la pratique, faire un focus sur les compétences 3 et 9.
- Thème 6 (Q19 à Q22) les sciences infirmières : connaître le degré d'appartenance, de connaissance et d'identification aux sciences infirmières des professionnels. Pour ce faire, un focus sur la compétence 8 cherche des éléments en lien avec une démarche/posture scientifique (résolution de problème via l'abstraction, l'esprit critique et l'innovation). Par extension, la question du sens accordé au travail est également interrogée.
- Thème 7 (Q23 à Q25) le management : connaître la dynamique managériale et la perception de cette dynamique par les professionnels ; identifier des axes d'améliorations.

²² Annexe V : guides d'entretien définitifs.

- Thème 8 (Q26 et Q27) les perspectives : connaître la perception des professionnels en lien avec les orientations stratégiques. Une question ouverte pour laisser libre cours à la parole et ouvrir la recherche vers d'autres thématiques éventuelles.

Un focus sur les compétences 3 (accompagner une personne dans la réalisation de ses soins quotidiens = rôle propre), 9 (organiser et coordonner les interventions soignantes) et 8 (rechercher et traiter des données professionnelles et scientifiques) a été réalisé. Bien entendu, il ne s'agit pas d'en prioriser une plus qu'une autre dans l'exercice du métier, elles sont complémentaires. Mais, la compétence 3 permet d'évaluer le rôle propre de l'infirmière et à travers lui l'autonomie de l'IDE ; la compétence 9, le rôle de coordination et d'organisation en tant que spécificité du rôle infirmier dans le cadre de la prise en charge globale du patient et de gestion de parcours de soins complexes; la compétence 8 permet d'interroger l'intégration et l'adhésion aux sciences infirmières.

3.4 Analyse

Les entretiens ont été intégralement retranscrits. Ils ont fait l'objet d'une analyse thématique horizontale et verticale croisée à partir d'une grille d'analyse préalablement construite. Cette dernière reprend les thèmes du guide d'entretien auxquels ont été ajoutées des thématiques issues du discours des enquêtés. L'objectif est de mettre en évidence le type de réponse donnée en fonction du lieu de travail et du profil professionnel des personnes. A l'Hôpital, les liens de coopérations sont une des clés pour la qualité et la continuité des soins. La nature des résultats attendus explore notamment le rapport entre contextes de travail et appropriation de la réforme de 2009, les impacts de la posture managériale et médicale sur sa mise en œuvre sur et par le terrain, les relations de travail et au travail dans les unités.

3.5 Considérations éthiques et administratives

Pour réaliser cette étude de cas, l'accord de l'institution a été obtenu auprès de la direction des soins et de la direction des affaires médicales. Les chefs de services des unités ont également donné leur accord. Les enquêtés étaient libres d'accepter ou non les entretiens. Ils ont donné leur accord oral pour l'usage des données recueillies sous couvert de la garantie de leur anonymat ainsi que de l'anonymat des lieux.

4 RESULTATS

4.1 Présentation des contextes de travail

Tableau 3 : Synthèse des caractéristiques des contextes de travail

	USLD	EHPAD	Réanimation médicale
Capacités d'accueil et organisation spatiale	120 lits répartis en 3 unités de 40 lits (2 à un étage et 1 à un autre étage)	120 lits répartis en 4 unités dont 1 unité dite « Alzheimer » de 26 lits	21 lits répartis en 3 modules + 1 lit dit « supplémentaire »
Organisation journalière du travail	7h30 + RTT	7h30 + RTT	12h
Nature de l'activité	Lieu de vie	Lieu de vie	Soins aigus et d'urgence
Encadrement infirmier	1 IDE / 40 résidents + 1 IDE de coupe 6 à 8 fois par mois	1 IDE / 120 résidents + 1 IDE de coupe à l'unité Alzheimer	1 IDE / 2 à 3 patients + IDE de gestion
Equipe aide-soignante et ASH	Matin : 7 AS AM : 5 AS	Matin : 4 AS AM : 3 à 4 AS 1 ASH de coupe	2 AS pour 3 IDE
Encadrement de proximité	2 CS (1 responsable de 40 lits et 1 responsable de 80 lits)	1 CS	2 CS (1 responsable des IDE et 1 responsable des AS)
Encadrement médical	1.6 ETP	Non renseigné	24h/24h sous forme de gardes
Contexte au moment de l'étude	-Absence médicale pour raisons de santé - Arrivée d'une CS hors filière en 2019 -Crise sanitaire COVID-19	-Arrivée d'un nouveau médecin et du CS hors-filière en 2019 -Crise sanitaire COVID-19	-Arrivée d'une CS à l'automne 2019 -Crise sanitaire COVID-19
Profil des enquêtés	- 2 IDE sur 6 ont entre 50 et 59 ans - 2 IDE sont tuteurs et diplômés avant 2012 - 4 IDE sur 6 ont une ancienneté de moins de 5 ans - Aucune IDE titulaire de DU - 2CS sur 3 de filière PPH		-Aucun IDE entre 50 et 59 ans - 1 IDE est tuteur et diplômé après 2012 - 2 IDE sur 6 ont une ancienneté de moins de 5 ans - 1 IDE titulaire de DU + 1 IDE en attente de validation - CS de filière IDE

4.1.1 USLD²³ : petite équipe et solitude de l'IDE pour un rôle propre affirmé

L'effectif paramédical et médical constitue une équipe restreinte. Cette configuration suppose des relations singulières. La proximité avec le médecin est forte et le collectif se crée autour des problématiques de confort ou de soins du patient. L'IDE5 formée particulièrement à l'évaluation de la dépendance explique « *je suis un petit peu l'interlocuteur favori quand on fait les GIR, puisqu'on les refait tous les 3 mois. Ça me plaît beaucoup. J'aime beaucoup faire ça. (...) ça*

²³ Lire partout « USLD-EHPAD » dans la suite du propos.

permet de mieux connaître la personne et d'affiner toujours la grille pour avoir la meilleure vue possible du niveau de dépendance ». Le MED1 revendique une dynamique innovante et ajustée aux besoins : « on est en gériatrie, et on a l'impression que tout est vieux. Et bien non en fait ! (...) je trouve que quand on lance une nouvelle idée, sur une nouvelle façon de faire et bien, ça fonctionne. Et Les gens ont plaisir à faire, s'approprient, ont envie » (MED1). Cela passe par la collaboration avec le CS « je suis très aidée par les cadres quand on met en place des nouvelles choses comme ça » et « j'ai bien compris que ça se prépare » (MED1). Ainsi, contrairement aux idées reçues, l'activité en USLD est diversifiée et dispense des soins techniques (picline, cathéters sus pubiens, pleurix, dialyse péritonéale). Le ratio du nombre de patients par IDE a des répercussions sur la nature de la relation avec le patient en ce sens que l'objectif est de passer voir au moins une fois le résident dans la journée et cela crée de la frustration. L'USLD fait l'objet de représentations négatives fortes qui lui confèrent une dimension peu stimulante a priori. Des effets de distorsion accentuent une des activités de l'IDE en gériatrie comme le relève l'IDE7 : « ça reflète la vieillesse : c'est faire des changes, des toilettes complètes ». De surcroît, des effets de dévalorisation dévalorisent ou minorent le métier dans ce secteur « pour certains, ça rabaisse un peu. (...) on est des infirmiers au rabais un petit peu pour certains » (IDE7). A tel point que l'affectation peut être perçue comme une punition : « la première fois que je suis venue ici, j'ai pleuré. J'ai pleuré carrément parce qu'on a une très mauvaise image de X, une très mauvaise idée. On a que des mauvais échos. Personne ne veut venir. En gros, c'est la punition de venir ici » (IDE7). Les moyens en général sont décrits par une sémantique péjorative, imprégnée par le manque, le « moins ». L'encadrement confirme que des ASH font faisant-fonction d'aides-soignantes, que des vacataires sont présents les dimanches et jours fériés de 9h à 13h parce qu'« il n'y a pas suffisamment de personnes pour assurer un week-end sur deux physiquement » (CSS1). Les effectifs médicaux ne sont pas épargnés et les occurrences du terme « carence médicale » dans le discours en témoignent. De fait, l'encadrement oriente des projets « pour pouvoir aussi enlever cette image un peu néfaste qu'on peut avoir » (CS1). En outre, au regard de ce contexte, des réponses ont été apportées récemment : une secrétaire pour la prise de rendez-vous à l'EHPAD et une IDE « de coupe » (c'est-à-dire en horaire 8h-16h) 6 à 8 fois par mois à l'USLD depuis 2018. Cette présence pondère le sentiment de solitude, autorise un relais le cas échéant pour l'IDE. Elle permet également d'ajuster l'organisation: transfusions et autres aides ponctuelles, logistique et tâches dites annexes (commandes, péremption) et accueil du résident, moment fondamental dans la prise en soins. Des dispositifs cherchent à améliorer l'attractivité de l'unité, notamment par le biais d'une stagiairisation anticipée.

4.1.2 Réanimation médicale : grande équipe et encadrement de l'IDE pour un rôle propre dilué dans des activités transversales.

A l'inverse, l'équipe en réanimation médicale est importante portant l'effectif IDE, AS (Aide-Soignant) et ASH (Agent de Service Hospitalier) à 123 personnes. L'effectif médical s'inscrit dans le même rapport. La proximité avec le médecin est forte par la nature de l'activité et la multiplicité des interactions. Le collectif se crée autour de thématiques transversales telles que la recherche et a des répercussions sur l'organisation du travail : « *je crois qu'ils [les médecins] sont bouffés par leur activité universitaire, ils sont bouffés par l'institution qui leur demande je ne sais pas quoi... mais plein de trucs (...)* On travaille ensemble mais surtout dans un sens, vous voyez ? » (IDE6) ; ce que confirme le CS2 : « *l'équipe médicale a ses contraintes aussi entre la biblio du mercredi, le classement de dossiers du mercredi, les staffs du vendredi après-midi* ». Les relations de travail sont plus diluées, en même temps qu'elles sont davantage encadrées: MED2 « *les médecins et les infirmières en réa ont toujours eu un rapport particulier. Il a toujours été très particulier. On est très proches des équipes. On est là beaucoup. Et en plus, il y a un nombre important de soignants par patient. Donc automatiquement, les gens sont entre eux* » et le CSS2 de faire l'analogie avec une ruche pour imaginer à la fois le nombre de personnes et l'activité. De surcroît, pour les nouveaux arrivants, la confiance se gagne comme le précise l'IDE8 « *j'ai pu remarquer que les médecins sont relativement proches de leur équipe. Après, pour ma part, c'est différent. (...) il faut apprendre à se connaître, à travailler ensemble* » et l'IDE10 « *ce sont des gens qui sont très exigeants et pour faire sa place au début, ce n'est pas évident (...) ce sont de grosses personnalités et des gens qui ne font pas forcément confiance aux gens qui arrivent parce que c'est des nouveaux, parce qu'il faut faire ses preuves* ». La fréquence des surveillances prescrit une présence IDE auprès du patient au moins toutes les heures. Elle représente un critère fondamental en termes de satisfaction au travail. Les représentations sont positives et des effets de distorsion accentuent la nature de l'activité. Pour l'IDE8 et l'IDE4, la technique est un puissant facteur de motivation en ce sens que c'est le « *service hospitalier le plus technique accessible aux infirmiers de base* ». Si l'affectation en USLD peut être perçue comme une punition, en réanimation, les professionnels tous grades confondus mesurent leur « chance » et l'expriment en ces termes. « *Les gens y sont bien et y restent* » (CSS2), créant ainsi des listes d'attente pour y être affecté.

4.2 La professionnalisation des infirmiers dans et pour des contextes sous tension

4.2.1 L'évaluation des compétences ... ou l'efficacité de la formation discutable

USLD

L'approche par compétences est perçue par certains comme plus précise (IDE1, CS1), plus concrète (IDE11), détaillée et facile à remplir (CS3). Comme un guide, elle oriente et facilite l'évaluation alors que la complexité de l'ingénierie est de mise. Pour d'autres, la complexité peut en limiter l'accès et l'adhésion. L'IDE5 évoque « *des phrases sans queue ni tête* » et l'IDE3 « *des phrases alambiquées* ». Le tuteur devient alors la référence sur qui l'évaluation repose et qui peut réduire cette approche à « *cocher des cases pour avoir son diplôme* » (IDE9). De plus, dans des contextes de travail contraints et sous tension, la charge et la responsabilité de l'évaluation laisse les professionnels frustrés. Le temps pour assurer cette mission d'encadrement et de formation fait cruellement défaut. Ce constat est partagé par les IDE quelle que soit leur année de diplôme: « *on n'arrive pas à leur donner le temps qu'ils devraient avoir pour être de bons professionnels par la suite* » (IDE1). L'IDE9 confirme « *on aimerait avoir plus de temps pour leur enseigner des choses. (...) ce n'est pas toujours évident de prendre le temps et ça peut en pâtir aussi sur leur formation* ». Ainsi, selon le discours des enquêtés, le résultat n'est pas évident à fortiori lorsque des soins dits basiques ne sont pas maîtrisés : « *des fois quand elles arrivent en tant que jeunes diplômées, il y a des fois, il y a des soins qu'elles n'ont jamais faits. Donc, on est obligés de les encadrer sur une sonde urinaire* » (IDE3).

REANIMATION MEDICALE

Lorsqu'il s'agit d'efficacité, on peut évoquer l'évaluation des compétences dans sa dimension performative et en tant que produit de la formation. D'un côté, le parcours de stage ne fait pas l'unanimité parce que les étudiants rencontrent moins de spécialités et donc moins de situations de soins. Ainsi, si le reproche était fait à la MSP d'avoir un côté théâtral et non authentique, aujourd'hui le recours à des simulations est de mise pour valider impérativement les compétences : « *s'il n'y avait pas de stages qui correspondaient, ils essayaient de nous les valider. Des fois, en stage, on était obligés de créer des espèces de simulation avec les infirmiers ou les référents pour pouvoir valider cette situation-là* » (IDE10). L'enjeu est grand et va jusqu'à interroger le sens de l'approche par compétences car l'objectif de validation peut primer sur l'objectif de professionnalisation : « *on n'est pas évalué sur notre pratique du coup (...) l'apprentissage par compétences, maintenant, c'est comme ça, au niveau des feuilles qu'il faut valider lors des stages (...) parce qu'au final on n'avait pas le choix pour valider le stage. Puisque c'était comme ça qu'on était évalué* » (IDE8). D'un autre côté, les résultats ne semblent pas systématiquement concluants : « *on se rend compte pour l'avoir éprouvé quelque fois dans les services : étudiant qui arrive à son dernier stage en fin de diplôme et là, on se dit que ce n'est pas possible. On n'a pas pu passer à côté* » (CS2).

4.2.2 La professionnalisation : une valeur sûre pour une posture ajustée de l'IDE

USLD : l'IDE « pilier »

La professionnalisation en tant que processus d'une part, et finalité d'autre part, s'exprime à travers les compétences de l'IDE. Ces dernières dépassent le cadre technique et relationnel du métier. Du fait d'une présence réduite à une IDE, le suivi du patient repose sur elle. Elle devient incontournable et sa voix est capitale : « *limite, on est un peu la parole d'évangile parce qu'on connaît les patients (...) le médecin, il n'est pas figé. C'est un médecin pour deux ou trois unités en ce moment. Du coup, on est un peu le pilier* » (IDE7). La solitude de l'IDE à travers l'autonomie qu'elle suppose est sublimée et devient un enjeu et un objet de reconnaissance et de considération « *on est vraiment considérée (...) ici, je suis X, je suis considérée. Je trouve que c'est valorisant parce que dans d'autres services, franchement, on n'est pas valorisée en tant qu'infirmière* » (IDE7). Et l'IDE9 de confirmer que « *ce que j'aime bien, c'est qu'on peut donner notre avis sur la prise en charge et notamment de dire parfois est-ce que ce n'est pas de l'acharnement ?* » avec une forme de combat « *on se bat, on est un peu obligés de se battre là-dessus* » pour exposer leur avis et leur connaissance de la personne et mettre en avant des considérations éthiques. De plus, leurs compétences en termes d'organisation sont essentielles car elles conditionnent la qualité des soins comme le souligne le CS3 « *c'est leur positionnement par rapport au nombre (...) il faut parfois savoir se positionner et dire voilà on fait ça comme ça (...) se dire je suis l'IDE, c'est à moi de dire et de décider comment on fait les choses et quand on le fait par rapport au fait que justement elles soient seules* ». 1 IDE travaille en collaboration avec 7 aides-soignantes : la synchronisation du temps IDE et AS est donc fondamentale, en particulier lorsqu'il s'agit de l'administration des prémédications avant le déroulement des soins.

REANIMATION MEDICALE : l'IDE « pivot », l'IDE « tampon »

L'autonomie ne s'acquiert qu'après avoir acquis la maîtrise de l'univers technique. Cette vision est partagée par tous les professionnels quel que soit le grade « *ce n'est pas que la toilette n'est pas prioritaire ou un soin inférieur, c'est qu'il y a d'autres trucs à faire et d'autres trucs à maîtriser avant* » (IDE6). « *L'infirmière de réanimation pour arriver à son rôle propre au plus près a besoin d'avoir absorbé la technique, d'avoir enlevé ce stress (...) il faut avoir d'abord absorbé tout ça pour pouvoir regarder* » (CSS2). Ensuite, l'IDE gagne et légitime son rôle pivot dans l'organisation des soins notamment : « *on fait un peu le tampon entre tout le monde. Notre rôle est centralisé (...) on coordonne, on a un rôle de coordination de tout le monde, un peu un rôle de marionnettiste j'ai envie de dire* » (IDE4). Et le MED2 de confirmer que le rôle des IDE « *c'est énorme... C'est d'elles dont dépend toute l'organisation des soins. Son rôle, c'est aussi d'intervenir dans l'organisation des soins, ça va très loin : aussi bien dans le timing que dans la hiérarchie de ce que l'on fait* ». Il prolonge cette perception en évoquant la capacité de l'IDE à prendre du recul sur les situations de soins et à en conscientiser la complexité. Ainsi, par une posture réflexive, une IDE compétente serait une IDE

capable de « *ne pas avoir un prisme trop fort dans son analyse des éléments qui l'entourent, que ce soit des événements chez le malade, chez les familles, chez les collègues de travail ou chez les médecins* ». Il prolonge encore l'importance du rôle central à l'échelle du système de santé en ce sens que les IDE « *ont un rôle important dans le système de santé. Donc, ça veut dire avoir un rôle important, des patients qui ont vraiment besoin de soins et deuxièmement avoir soi-même l'impression qu'il y a une réelle répercussion sur la santé des gens* ».

4.3 L'universitarisation : entre reconnaissance, intellectualisation, perte de liens... la question de l'autonomie

4.3.1 Une reconnaissance plébiscitée, méritée ... mais insuffisante

USLD

Pour les professionnels, quel que soit le métier, l'universitarisation renvoie en premier lieu à la reconnaissance du grade licence et du statut qui s'y rapportent, tel un aboutissement, une évidence. Le MED3 l'inscrit dans un processus d'uniformisation des diplômes à l'échelle européenne et d'accès à des formations supérieures type master tout comme le CS3. Ces possibilités sont positives parce qu'elles valorisent la profession. Toutefois, elles laissent un goût d'inachevé car « *en terme de reconnaissance salariale, ça ne donne rien* » (CSS1) et que « *ça a fait évoluer la profession mais ce n'est pour ça qu'on est mieux payé soit dit en passant* » (IDE3). De plus, les nouvelles possibilités et les perspectives d'évolutions qu'elles offrent sont susceptibles de modifier les carrières. Les contextes de travail sont le siège de frustrations « *j'en veux à la hiérarchie, à la direction, à l'ARS, au gouvernement de limiter nos besoins que ce soit humains, matériels (...) quand je repars de mon travail, je suis souvent frustrée* » (IDE3), y compris pour les jeunes diplômées. L'IDE11 déplore « *on n'arrive pas à faire notre travail dans de bonnes conditions. Clairement, il y a trop de soins pour une seule infirmière* ». Les propos du MED1 complètent cette analyse en précisant que « *c'est une grosse charge de travail ...et une impression d'inachevé. (...) Probablement que tout ce qui est technique, tout ce qui est médicament, tout ça, ça, ça a été très bien fait. Mais le côté relationnel, écoute, prendre du temps, celui-là, souvent, il a été renié* ». De fait, les novices expliquent qu'elles ne feront pas ça toute leur vie. « *Ça c'est quand même un peu interpellant parce que autrefois, on faisait le métier d'infirmière pour quand même un certain temps. Et c'est quand même récurrent le « je ne ferai pas ça toute ma vie* ». *C'est une évolution à prendre en compte pour l'avenir du système de santé. C'est important de s'en préoccuper* » (IDE5).

REANIMATION

En réanimation médicale, l'universitarisation renvoie également et unanimement à la reconnaissance du diplôme et de la profession. De la même façon, qu'en USLD, la valorisation des salaires est jugée encore insuffisante. Le diplôme est rendu plus lisible et plus compréhensible par

tous par le grade licence : « *je pense que la licence parle plus à plein de gens plutôt qu'un diplôme comme ça où les gens ne savent pas trop combien ça dure, sur combien de temps* » (IDE10). L'IDE8 évoque la possibilité de poursuivre en Master. Du point de vue médical, l'universitarisation de la formation infirmière est une question fondamentale. Il insiste sur cette question et plébiscite cette avancée car selon lui « *il y a un problème de fond avec la formation infirmière (...) ça commence à changer avec les masters (...) elle est bloquée à partir d'un certain stade* ». L'accélération du processus matérialisé par la création d'une section IDE au CNU laisse planer le doute chez les IDE. Ils évoquent la crainte d'une poudre aux yeux, une « *façade* », un « *avenir utopique* » (IDE4). L'IDE6 y voit : « *là, j'ai l'impression qu'on nous a donné juste l'honorifique parce que ça ne coûte pas grand-chose. Si le côté financier en découle, alors ce sera parfait* ». L'encadrement interroge de la même façon : « *est-ce qu'il y a simplement un titre et rien en-dessous ?* » (CS4). Et la CS2 confirme qu'il ne faut pas que ce soit juste de l'écriture, ce qui sous-entend que cela doit être suivi de faits.

4.3.2 Une intellectualisation antonyme au « pratico-pratique »

USLD

Pour les IDE et CS, universitarisation rime avec intellectualisation. Par des effets de distorsion, il faut probablement y voir une assimilation du processus à la conception libérale de l'université dans laquelle le savoir est une fin en soi. Alors que le métier est un métier dit de « terrain », et qu'il revendique ses capacités techniques et son savoir-faire, les professionnels sont sceptiques, voire réticents : « *on est en train d'intellectualiser le métier d'infirmière mais on s'éloigne un petit peu du cœur de notre métier, du prendre soin de l'autre (...) on est en train de faire du diplôme infirmier un diplôme intellectuel* » (IDE5). L'encadrement est tout aussi sceptique et craint que « *la partie universitaire prenne trop de place par rapport au pratico-pratique* » (CS3, CS1). L'élitisme que cette conception sous-tend se retrouve et ne correspond pas aux rôles prescrits et attendus (dans leur acception fonctionnaliste) de l'IDE: « *on les a farcies avec plein de données. C'est très poussé j'ai l'impression quand même. (...) il y a des thèmes, ça a l'air d'être très pointu (...) c'est vrai qu'on leur demande beaucoup (...) elles sont tellement sur le papier qu'elles ne voient plus la personne* ».

REANIMATION MEDICALE

Nous retrouvons dans le discours des enquêtées une sémantique évocatrice. IDE2, IDE4, CS2, CS4, MED2 parlent du « terrain », du « pratico-pratique », du « basique » et appellent à ne pas s'en détacher. Le processus d'universitarisation fait craindre un éloignement du métier de base qui recouvre des aspects pratiques notamment : IDE6 « *à la fac, on apprend moins à pratiquer, on est peut-être un peu plus dans les bouquins (...) ça, ça me fait peur* ». Le vocabulaire utilisé est qualifié de « *barbarisme* », de « *joli mot* » (IDE2) et ne fait pas réellement sens. Si le processus n'est pas totalement rejeté, il est approché avec précautions et les professionnels ne sont pas prêts à céder ce qui fait la valeur d'une IDE. Le MED2, s'il y est tout à fait favorable, alerte cependant en précisant

qu'« *il ne faut pas transformer les IDE en intello déconnectées de leur métier* ». Quant à l'encadrement de proximité, il évoque un « *curseur à mettre au bon endroit pour ne pas perdre le sens de ce pourquoi on est là : soigner le patient* » (CS4).

4.3.3 De nouvelles modalités pédagogiques : entre perte de lien social et autonomie

USLD

Sur le plan pédagogique, l'universitarisation renvoie à des modalités pédagogiques nouvelles telles que le e-learning. Pour les professionnels cela rime avec davantage de travail a fortiori lorsque ce dernier suppose davantage d'autonomie : « *franchement, c'était des gros pavés qu'il fallait qu'on travaille chez soi. Moi, ça m'a demandé énormément de travail* » (IDE7). Par opposition, l'IDE9, formée par le nouveau référentiel, souligne que les cours magistraux sont une chance : « *j'avais encore la chance d'avoir des cours magistraux avec des professeurs qui étaient là en direct (...) ce n'est pas tout à fait pareil que de partir de rien entre guillemets, d'avoir juste la vidéo. C'est vrai que les cours magistraux en direct, je crois que c'était quand même mieux* ». Cette autonomie revêt un caractère nostalgique parce qu'elle laisse entendre une diminution des liens avec les formateurs « *c'était bien parce que c'était personnalisé (...). C'est vrai qu'on était quand même proches de nos formateurs (...) c'était réconfortant* » (IDE1). De plus, cette autonomie suppose un engagement de l'étudiant dont on ne peut être certain : « *c'est vraiment le système fac. En gros, c'est on vient quand on veut. Alors que l'école d'infirmières, on est dans une école où on a des formateurs. Il y en a pour qui venir en cours, c'était que les cours obligatoires. Et les cours non obligatoires, il y avait personne. C'est un peu ça le risque* » (IDE7), le risque étant de tronquer la qualité de la formation en misant sur la responsabilisation de l'étudiant.

REANIMATION MEDICALE

On retrouve le rapprochement avec des nouvelles modalités pédagogiques telles que le numérique : « *je pense que l'universitarisation passe aussi par-là : les cours en ligne ou des choses comme ça (...) je sais que beaucoup d'instituts travaillent avec des plateformes qui font que les étudiants ont des cours en ligne et tout ça* » (IDE8). L'autonomie est de mise et, avec elle, le lien formateur/étudiant revêt de nouvelles modalités sources d'inquiétudes pour les professionnels, qu'ils soient diplômés avant ou après 2012. « *A l'IFSI, c'était du cocooning. Mais pour le coup, quand je me suis retrouvé à l'université de médecine, la première fois que je suis rentré dans la BU, j'ai cru que j'allais faire une dépression !* » (IDE4 dans le cadre d'un DU). Et de poursuivre que l'universitarisation risque de perdre « *la part humaine que moi j'ai connue parce qu'on avait un suivi individualisé par les formateurs* ». Les « jeunes diplômés » corroborent ces perceptions en expliquant qu'avant « *c'était moins un système fac entre guillemets. C'était un peu plus personnalisé que maintenant* » (IDE10). L'IDE12 confirme : « *j'ai peur que ça enlève un peu de relationnel à la*

formation (...) je perçois ça comme ça...un peu lâchés ... on est seuls ... on doit se débrouiller, apprendre plus par nous-mêmes ».

4.4 Quand l'autonomie interroge les pratiques infirmières, l'identité de métier ... et le sens de la réforme

4.4.1 L'autonomie de l'infirmière : paradoxe entre désir récurrent d'émancipation et encadrement médical accru

USLD

La solitude de l'IDE convoque la notion d'autonomie. De par une présence médicale réduite à 1.6 ETP (Equivalent Temps Plein) (ou un turn over en EHPAD), elle s'exprime à travers les protocoles mais aussi à travers le rôle propre et les capacités de l'IDE à surveiller, décider et transmettre selon le niveau d'urgence et de gravité de la situation. Dans les « zones mal règlementées » de l'organisation (Crozier, Friedberg, 2010), « *elles sont en première ligne : elles évaluent, elles réfléchissent, elles prennent des initiatives pour savoir si c'est urgent et appellent le médecin tout de suite. (...) Elles sont aussi en première ligne avec les aides-soignantes, mais elles sont aussi en première ligne avec les questions des familles qui sont parfois de l'ordre médical* » (MED3). Paradoxalement, la judiciarisation de la société et les impératifs de traçabilité ont modifié la définition des rôles. En évoquant les IDE nouvellement diplômées, l'IDE3 explique qu'« *on les a tellement mises sur la prescription médicale (...) on leur a tellement dit, ça, tu n'as pas le droit, ça, tu n'as pas le droit, ça, tu n'as pas le droit. On leur demande : alors on fait quoi ? Le médecin, il n'est pas là, ou en tous les cas, il n'est pas arrivé* ». Sauf que, le système atteint ses limites et le glissement de tâches se trouve quasi « prescrit » par le médecin : « *J'aime les infirmières qui prennent des initiatives quand c'est approprié. Et je valide a posteriori* » (MED1) ; d'autant que le médecin n'est présent que 3 jours par semaine « *donc c'est bien d'avoir anticipé (...) sinon on va attendre 15 jours que quelque chose ne se passe* » (MED3). Cette forme d'intelligence de travail originale et efficace (Ardouin, 2005) qui vise le bien-être du patient s'inscrit dans un accord tacite entre les acteurs (« *quand c'est approprié* ») où l'IDE décide ce qu'elle s'autorise ou non à faire, en fonction de ses valeurs et de son expérience.

REANIMATION

Dans cet univers où la temporalité du soin est courte et l'instabilité clinique du patient omniprésente, l'autonomie de l'IDE s'exprime dans un autre registre : celui du protocole d'abord, à l'instar des propos du MED2 qui explique que les IDE ont « *une autonomie probablement plus importante [en réanimation]. Et en même temps, elles ont un encadrement très serré. Elles font des tâches complexes mais il y a des médecins partout* ». Ainsi, adapter un traitement en fonction de la glycémie du patient est cité comme exemple (IDE10) ; celui lié aux capacités d'analyse de l'IDE

ensuite, car « *l'analyse du patient, diagnostic et analyse. Pour moi, les infirmières, elles ont un rôle important dans le diagnostic et l'analyse* » (MED2). Les professionnels s'accordent sur un critère voire LE critère fondamental pour ajuster l'organisation en permanence, celui de la gravité du patient : « *c'est par rapport au patient en premier (...) je crois que toute l'équipe, tous les intervenants, on voit tous les choses de la même façon* » (IDE8). En conséquence, la présence médicale, si elle est appréciée et rassurante, devient parfois pesante parce qu'elle a la primauté en fonction du critère de gravité précisément. Techniquer ou accompagner un patient à un examen complémentaire, type scanner, se réalise avec le médecin et l'IDE. C'est ainsi qu'on retrouve les termes de soumission dans des circonstances précises : « *on a un problème je trouve dans le métier, c'est que le médecin n'est pas notre supérieur hiérarchique mais on est tributaire du médecin. Savoir dire aussi le médecin, il veut quelque chose, s'il le veut, et bien, c'est maintenant. (...) Je n'ai pas peur de dire que je suis soumis au médecin à un moment donné par rapport à l'exécution d'un acte* » (IDE2).

4.4.2 Sciences infirmières et IPA : méconnaissance et obscurité pour une autonomie de l'infirmier relative

USLD

La posture des enquêtés est ambiguë. D'un côté, les sciences infirmières sont plébiscitées : CS1 « *c'est bien qu'il y ait eu une branche de faite pour les infirmières de mon point de vue, pour garder cet aspect et cette spécificité du métier infirmier et notamment au niveau relationnel* ». L'IDE3 le voit comme « *ça permet d'avancer le métier d'infirmière sans descendre dans la rue* » (en référence au soulèvement des infirmières en 1989, année de diplôme de la dite IDE3). Elles permettent une reconnaissance du métier. D'un autre côté, les initiatives sont rares. Les sciences infirmières en tant que discipline scientifique sont méconnues. Et c'est la pratique avancée qui fait davantage écho chez les IDE et chez les médecins : « *ce qui me parle plus, c'est la pratique avancée plutôt* » (IDE5), « *je sais juste, sur les IPA, là, c'est un master* » (MED1). Elles ne sont pas investies par l'encadrement « *ce n'est pas ma priorité* » (CS3) et par les IDE elles-mêmes qui manquent de confiance et ... précisément d'autonomie : « *je ne me sens pas assez expérimentée à l'heure actuelle pour pouvoir vraiment mener quelque chose dans la recherche infirmière (...) je ne m'en sentrais pas vraiment capable. Je pense qu'il faut quand même un minimum d'expérience (...) il faut prendre beaucoup d'initiatives et être très indépendant (...) les freins, c'est peut-être ceux qu'on se met à soi, si on ne se sent pas capable de faire ça. Mais après, c'est des freins personnels* » (IDE9). Ce que confirme le CSS1 « *je crois que l'on ne se l'est pas beaucoup autorisé. Je crois qu'on a à défendre nos connaissances, nos expériences* ».

REANIMATION MEDICALE

L'universitarisation perçue à travers les sciences infirmières contribue à « *considérer que les études infirmières ne sont pas secondaires. Ça permet de reconnaître qu'on a un vrai savoir professionnel, des connaissances* » (IDE4). Mais elles restent, pour les IDE, un objet obscur et empreint d'ambiguïtés. L'IDE6 initialement sceptique parce que le mot science connote avec le côté médical de la profession, fait finalement le lien avec les sciences humaines et, de fait, y adhérerait davantage : « *il y a les sciences humaines, vous me direz, alors pourquoi pas ? Mais en fait, ce n'est pas scientifique au sens médical du terme. (...) Je ne le mettrais pas comme ça. Plutôt le côté communication, accompagnement, pour moi, ce serait plutôt ça les sciences infirmières (...) je n'aurais pas appelé ça comme ça parce que science ça fait trop carré* ». Les professionnels ayant bénéficié de la formation réformée ne semblent pas davantage éclairés et décrivent la discipline comme « *en dehors du métier (...) en plus (...) qui complète la formation initiale (...) j'avoue je ne visualise pas concrètement ce qu'ils entendent honnêtement* » (IDE8). En conséquence, l'autonomie de l'IDE est réduite voire inhibée. MED2 explique que « *les infirmières, elles partent avec un petit handicap au début, parce qu'elles sont habituées à obéir au docteur. Donc, dans la création des projets, au début, on peut imaginer une certaine inhibition* ». C'est donc sous l'impulsion du corps médical que la recherche infirmière débute en réanimation. « *On a aussi la chance d'avoir une équipe médicale très très très pro recherche. (...) Ca fait déjà 3 ans qu'ils avaient ouvert : il faut y aller ! Il faut y aller ! Chez nous en tous cas, c'est très valorisé et très porteur* » (CS2). Ce que confirme le MED2 : « *le fait d'avoir créé les PHRIP, nous, on a sauté dessus* ».

4.4.3 L'autonomie de l'infirmier dans l'interprofessionnalité : l'identité du métier bousculée par le risque de catégorisation des infirmiers

USLD

« Le cœur de métier » (IDE5, CS3), telle est la question. Universitarisation, sciences infirmières, IPA, Parcoursup sont des évolutions qui bousculent l'identité de métier, a fortiori lorsque les réformes semblent s'accélérer (pour les deux derniers notamment). Pour l'IDE11, l'universitarisation et la reconnaissance des sciences infirmières sont une voie pour valoriser le métier et définir les contours du rôle propre encore flous malgré son apparition dans les textes en 1978. : « *le rôle propre n'a pas vraiment de définition. Alors que si ça devient une science infirmière ce sera peut-être un peu plus décrit* ». S'agissant des IPA, l'IDE9 constate que « *on va plus loin dans notre métier avec des infirmières qui sont expérimentées, qui ont développé tellement de compétences, de connaissances, qui vont être capables d'avoir un rôle encore plus important (...) ça va dépasser notre champ de compétences infirmier de base* ». Mais ce nouveau statut fait craindre une catégorisation du métier et interroge les modalités de collaboration : « *ça crée des spécialités de spécialités (...) on va peut-être entendre que c'est le super infirmier. Il n'a pas le rôle du super infirmier, ça ne veut rien*

dire. Il apporte d'autres choses, il permet d'apporter un nouveau lien, faire une coordination » (CS1).

Le MED3 adhère à ces évolutions parce que le statut d'IPA répond selon lui à une réalité de terrain et formalise des pratiques qui se font déjà en dehors du cadre réglementaire : *« moi je trouve ça bien parce que c'est peut-être déjà des choses finalement qu'elles font déjà. Il y a peut-être des choses qu'elles font et qu'elles savent très bien faire, qui ne sont peut-être pas reconnues par le diplôme initial. (...) Enfin, voilà, pour moi, ça donne du plus à leur parcours ».* Mais finalement, le MED1 pose la question fondamentale de l'interprofessionnalité et de la complémentarité des rôles plus que celle de l'identité : *« est-ce que c'est vraiment aussi scindé le médical et la recherche paramédicale ? ».* Il faut ajouter que, en amont des pratiques, le déploiement récent de Parcoursup pour le recrutement des futurs infirmiers émeut. Jusqu'ici, le concours d'entrée donnait l'accès des étudiants sélectionnés, choisis, notamment au travers d'un entretien. Aujourd'hui, la sélection sur dossier s'oppose à la nature même du métier basé sur l'humain et la relation et suppose que *« n'importe qui »* peut se présenter : *« comment au vue d'un dossier, on peut juger quelqu'un dans un métier où il faut du relationnel ? Ça pose question » (CS1)* et le CSS1 de préciser que *« on va se retrouver avec des gens qui vont se tromper, qui ne sont pas à l'aise dans la relation à l'autre, ou dans la relation à l'autre qui est malade surtout, avec un corps vieillissant, abîmé. Et ça, tu ne peux pas le mesurer juste sur Parcoursup ».*

REANIMATION

Légitimer et reconnaître les sciences infirmières, *« ça voudrait dire que notre métier ce n'est pas que de la nursery, pas dans le sens enfants, dans le sens anglais. On n'est pas juste des assistants au médecin mais on aurait un vrai savoir et des vraies compétences » (IDE4).* L'utilisation du conditionnel marque le doute, le manque de conviction ou une prise de conscience car pour l'IDE6, le risque serait de faire des *« bêtes à penser »* intéressées peut-être plus par la science que par le malade *« et je n'aimerais pas (...) qu'on puisse faire ce reproche aux infirmières ».* Pour l'IDE2, les perspectives d'évolution vers des Masters ou Doctorats offertes par l'universitarisation modifie la dynamique : *« moi, quand j'ai fait l'école d'infirmiers, c'était pour devenir infirmier ».* Désormais, certains étudiants n'exerceront jamais dans les unités de soins pour embrasser un parcours universitaire ou une voie différente que celle du soin. D'autres évolueront en dehors des voies classiques de spécialisations. De surcroît, l'évolution du mode de recrutement vers le dispositif Parcoursup déçoit parce qu'il retire un peu de la singularité de l'IDE *« L'entretien au moins permet d'éliminer entre guillemets un certain nombre de personnes qui venaient là juste parce qu'il fallait trouver quelque chose. C'est quand même un métier où on est quand même confrontés à plein de choses, avec des gens qui sont malades. Tout le monde ne peut pas le faire entre guillemets » (IDE10).* S'agissant des IPA, les perceptions divergent. Le CSS2 s'interroge et espère *« qu'il n'y aura pas trop de morcellement au niveau des catégories parce que ça tend vers ça quand même. Ce statut notamment pour les IPA auquel je pense, pour lequel elles vont pouvoir prescrire ... un peu comme*

si le métier allait être gradué (...) c'est un petit peu ça qui m'inquiète. Enfin qui m'inquiète... non, en même temps, ce sont les évolutions. Ça va évoluer avec des graduations d'infirmières qui ne pourront pas prescrire, d'autres qui pourront prescrire. (...) j'espère qu'il n'y aura pas une désolidarisation de corps ». A l'inverse, le MED2 valide et plaide pour l'idée de graduation dans une perspective de professionnalisation: « je pense qu'il y a toute une gradation du métier qui doit apparaître avec l'universitarisation (...) on n'a probablement pas besoin d'avoir des médecins partout (...) il faudrait qu'elles apprennent à faire des diagnostics médicaux, des diagnostics différentiels. Ce n'est pas des sous médecins. C'est autre chose. C'est une autre profession ». Mais plus que d'identité, MED2 recentre le débat sur le patient pour éviter l'écueil de tomber « dans des partitions syndicales de l'analyse des patients. (...) si vous me demandez de l'écrire sur un papier et de mettre deux carrés, rôle du médecin et rôle de l'infirmière, ça ne marcherait pas. Je ne serais pas d'accord car pour moi (...) chacun apporte sa pierre à l'édifice ». Il évoque « la science du patient » plus que les sciences infirmières ou les sciences médicales.

4.4.4 En définitive, un gap entre formation et réalités de travail qui pose la question du sens de la réforme

USLD

Pour parler du sens, la question des moyens est un premier élément à considérer. Force est de constater que les professionnels déplorent l'inadéquation des moyens mis en place avec les réalités des lieux de stage, pourtant devenus la pierre angulaire de la formation et de la validation des compétences. Dix ans après la réforme, le besoin de simplification reste grand. En évoquant le portfolio, l'IDE1 plaide pour « quelque chose de plus synthétique, de plus concret, de plus simple pour les soignants sur le terrain (...) il faudrait trouver un outil qui soit plus révélateur d'emblée, que ce soit moins compliqué, parce que à l'heure actuelle, et bien on n'a plus le temps. Il faut s'adapter aux conditions de travail actuelles ». L'écart entre théorie et pratique est historique mais reste sur le devant de la scène pour toutes les IDE quelle que soit l'année de diplôme : « clairement, entre ce que j'ai appris à l'école...c'était super. Mais quand je suis arrivée sur le terrain, j'ai vite déchanté » (IDE1). L'IDE9 constate que « dans nos études on nous dit que c'est le relationnel mais en réalité il faut quand même savoir gérer son organisation et on est limité par le temps forcément ». Et l'IDE11 « je trouve qu'il y a un gros fossé entre la formation théorique à l'IFSI et la pratique sur le terrain (...) je me rappelle de tous les cours qu'on a eus sur la bientraitance, l'humanité, tout ça, tous ces concepts qui sont très théoriques... et en fait, c'est horrible à dire, mais c'est un peu à mille lieux de ce qu'on vit vraiment à l'Hôpital aujourd'hui ». Ce gap s'illustre également dans la volonté de promouvoir la recherche infirmière : « les profs nous disaient : mais si vous verrez vous ferez de la recherche. (...) Mais on n'a pas le temps en fait. On n'a pas le temps de se poser, de prendre un magazine en recherche » (IDE7). De fait le sens de la réforme n'est pas évident. L'encadrement et

les IDE s'interrogent sur la finalité : « *est-ce que c'est juste une course aux diplômes ? Je n'espère pas* » (CSS1). Il faut noter que les IDE formés avec le référentiel actuel ne semblent pas plus au fait : « *je ne sais pas vraiment ce que ça a apporté à la formation infirmière* » (IDE9); IDE11 « *on ne connaît pas vraiment les tenants et les aboutissants un peu de cette formation* ».

REANIMATION

Sur un plan macro, une IDE évoque une des dimensions stratégiques de la réforme : « *on entend parler qu'il manque de médecins qu'ils cherchent un petit peu des solutions. (...) pour enrichir encore plus la formation infirmière pour qu'on ait davantage de compétences (...) pour peut-être combler un peu de manques sur le fonctionnement de la santé* » (IDE12). Sur un plan plus micro, la complexité du portfolio dessert l'esprit de la réforme et ne facilite pas l'adhésion des acteurs. Il matérialise le lien crucial entre théorie et pratique. Pourtant, sur le terrain, les tuteurs ont créé des outils qui le prolongent, complètent, suppléent : feuille de suivi, quizz, calculs de doses et même des cours théoriques portant sur les respirateurs ou la ventilation non invasive. Selon leurs dires, il n'y a plus de modules réanimation à l'IFSI (IDE2, IDE6) et ils compensent donc ce manque. L'encadrement concède « *avec beaucoup d'humilité, je sens que je suis un peu dépassée* » (CS2) et délègue cette mission d'accompagnement des étudiants en toute confiance (CS4). Mais les attentes ne sont pas claires. Lors d'une présentation de leurs pratiques sur l'accompagnement des tuteurs « *bizarrement, ça a été décrié par d'autres tuteurs d'autres réanimations et d'autres IFSI qui trouvent que ici on est trop exigeants avec les étudiants infirmiers et qu'on pousse trop loin la démarche intellectuelle* » (IDE4). Dès la formation, la recherche en soins infirmiers à travers le MIRS, en tant qu'initiation, est perçue comme trop succincte, minime, voire castratrice par le nombre de pages (IDE6, IDE12). L'IDE8 explique être « *frustrée que le diplôme repose là-dessus* », ce que confirme l'IDE10 en soulignant, quand même, la satisfaction de créer quelque chose soi-même. Si la recherche est promue au sein de l'établissement enquêté, les freins sont liés à la question des moyens humains et financiers (IDE10, IDE4, CS2, CS4) et selon la CS4 à l'instabilité des équipes paramédicales. Les mouvements de personnel ne favorisent pas le processus de recherche qui demande du temps.

5 DISCUSSION

L'universitarisation de la formation infirmière s'inscrit dans un fonctionnement dialectique du métier et des professionnels entre le rôle propre et la délégation médicale. De fait, elle bouscule et nourrit la tension historique et structurelle qui existe entre théorie et pratique, en tant que le lien entre les deux reste une priorité pédagogique. En conséquence, deux débats fondamentaux alimentent les réflexions. D'abord, celui de l'articulation entre universitarisation et professionnalisation alors qu'elles sont hétérogènes et dotées d'un héritage socio-historique hétéroclite. La seconde est connotée positivement parce qu'elle implique la mobilisation et l'expression subjective des compétences des personnes (Wittorski, 2007). En convoquant la notion de compétences, elle porte l'attention sur les infirmiers et le groupe auquel ils appartiennent. Elle fait écho à la formation infirmière initialement vocationnelle qui forme les novices par l'imitation des pairs chevronnés. La première, elle, est perçue par les acteurs comme décalée dans les représentations dont elle fait l'objet (université libérale élitiste et intellectuelle) et sa légitimité à apporter une valeur ajoutée à la formation reste à démontrer (Adé, Piot, 2018). Le second débat porte sur l'ingénierie de formation. Trop rationnelle et oublieuse de l'acculturation professionnelle, sur le terrain, l'appropriation est mise en mal : le portfolio utilise une sémantique confuse et polysémique, les outils sont technicistes et positivistes (id.). De plus, la mise en œuvre de la réforme n'a pas laissé aux acteurs le temps de l'appropriation et n'a pas prévu son intégration dans les contextes de travail déjà contraints. De ce point de vue, en sus de la question de la formation, s'ajoute celle des réalités de travail. Dix ans après sa mise en place, le sens de la réforme reste obscur et ne convainc pas les principaux intéressés. Le sens défini à travers les critères de cohérence, de signification et de direction (Morin, 2006) manque et cristallise les tensions sur les conditions de travail. Pour les professionnels, quand les moyens alloués ne permettent pas la réalisation du travail, voire ajoute du travail dans le cadre de la réforme en reportant la charge de l'évaluation sur le terrain, le scepticisme, les doutes et les craintes sont de mise.

Dans ce cadre, cette étude ancrée dans des contextes de travail contrastés questionne plus précisément l'impact de ces derniers sur l'appropriation des principes de la réforme par les acteurs de terrain et vise à mieux saisir l'impact de cette dernière sur les relations DE travail et Au travail. Ainsi, certains environnements de travail sont plus favorables à la mise en œuvre de la dimension universitaire de la formation. Comme cela est le cas en réanimation médicale, la proximité avec le corps médical est un premier élément de réponse. S'agissant de la recherche, elle est confondue avec l'activité médicale et fait partie intégrante et intégrée du travail. Pour preuve, les productions en matière de recherche sont dynamiques, régulières et valorisées dans les colloques de réanimation notamment. Ainsi, la dynamique de recherche des infirmières, sous l'impulsion des médecins, se développe à travers les PHRIIP notamment. En tant que centre de référence des

maladies infectieuses, le secteur est porteur et offre une dynamique de formation variée. Certains IDE sont titulaires de DU (Diplômes Universitaires) portant sur les plaies ou l'antibiothérapie par exemple. Les conditions de travail sont un troisième élément de réponse. Même si les conditions se dégradent aussi, les professionnels mesurent la chance qu'ils ont de travailler en réanimation : taille de l'équipe permettant entraide et soutien, temps de présence auprès du patient, travail en douze heures permettant une organisation du travail plus souple, matériel, soutien logistique.

En USLD, la proximité avec le médecin est toute aussi forte mais elle s'opère dans un registre différent que celui de la réanimation. Si la fréquence des relations est moindre, les échanges sont plus singuliers et plus individualisés par nature. Le duo CS/médecin fonctionne en symbiose sur la dynamique projet, au premier rang de laquelle le projet personnalisé du patient. La collaboration IDE/médecin est authentiquement complémentaire. Le rôle de l'IDE y est quasi sublimé dans une singularité de ton et de pensée. Dans les perspectives de la réforme, cette proximité médicale n'est pas suffisante car le lead médical dans le domaine de la recherche n'est pas incarné. Ainsi, le terreau pour orienter les recherches sur des problématiques spécifiquement infirmières²⁴, au-delà des recherches portant sur des techniques cliniques valorisantes, est présent mais non exploité. Et donc, si le rôle moteur du médecin, l'accès à la formation et les conditions de travail sont des éléments induisant une appropriation des principes de la réforme, l'inverse se vérifie. S'agissant de la formation, la structuration de l'équipe en limite l'accès : les mouvements de personnel compliquent la construction du plan de formation. Quant aux conditions de travail, là où tout est atténué (effectif, moyens), le problème de fond porte sur « l'activité empêchée » qui produit frustration et désillusion: « ce qui exaspère les salariés, ce n'est pas la réalisation de la tâche, mais l'empêchement, l'arrêt en cours. C'est, de façon récurrente, de ne pas pouvoir terminer ce qui a été commencé, de devoir attendre en pensant à ce qu'on pourrait faire, de faire une chose en pensant à une autre, et même de commencer une tâche en sachant très bien qu'on ne pourra pas la mener à bien » (Clot, 2010). Intégrer la dimension universitaire et la recherche demeure donc compliqué.

Après avoir identifié les éléments favorables à la mise en œuvre de la réforme, nous interrogeons les modalités de diffusion et de transposition des dits éléments dans d'autres secteurs. Nous retenons deux axes. Le premier, celui de la formation, continue. Au-delà de la formation initiale, il s'agit de former les IDE à la méthodologie pour dépasser le stade de la sensibilisation. C'est dans cette dynamique que s'inscrit le CHU enquêté : un DSI est missionné spécifiquement sur le développement de la recherche paramédicale, des CS référents de pôles ont été identifiés, des modules de formation ont été créés, des cafés lectures ont été mis en place. Le second axe, celui de la dynamique managériale pour valoriser l'autonomie et le leadership des IDE

²⁴ Annexe VI : tableau des écoles de pensées infirmières.

dans une logique interprofessionnelle. Les postes stratégiques telles que la programmation, la coordination des parcours, l'annonce sont le terreau des innovations et évolutions vers des formations types DU, Master et IPA. Si ces dernières sont éléments de réponse à une carence médicale, elles sont aussi des opportunités pour les IDE. Et donc, « on aurait tort de penser que l'évolution actuelle de l'universitarisation diviserait les infirmières en deux catégories : les généralistes et les super infirmières aux pouvoirs élargis. Il s'agit plutôt de lire dans le temps une évolution professionnelle se traduisant par la mise en place de la pratique avancée pour répondre à une demande sociale de soins plus importante et plus complexe en s'appuyant sur une formation universitaire en sciences infirmières » (Lecordier, Cartron, Jovic 2018). D. Allen va plus loin en postulant un changement de paradigme quant au mandat confié aux IDE : « re-conceptualising holism in the contemporary nursing mandate : from individual to organisational relationships » (Allen, 2014). L'approche globale du patient et la gestion des parcours complexes ne peuvent se réduire à une relation singulière. Elles s'intègrent dans des « relations organisationnelles » qui font de l'IDE la pierre angulaire. Et c'est donc l'identité de métier qui est interrogée. La « conversion identitaire » conceptualisée par Hughes s'opère notamment par la formation : elle consiste à se changer soi-même et à incorporer des idées sur ce qu'est le travail de l'IDE, sur ce que doit être son rôle, sur ce que sont les carrières existantes, possibles et souhaitables et sur ce qu'on est soi-même en tant que professionnel. Les travaux de D. Allen nous invitent à transposer cette « conversion identitaire » au métier lui-même. Cela suppose une « acculturation » des acteurs à la logique universitaire, c'est-à-dire une dynamique qui impulse une vision positive de l'universitarisation et les changements ad hoc, y compris auprès des CS pour favoriser leur engagement. Le modèle de Berry (Mokoukolo, Pasquier, 2008) postule que le processus s'inscrit dans une ambivalence qui oscille entre le désir de conserver l'avant et la volonté de changer. Parmi les stratégies que le modèle propose, l'intégration est sans doute la cible visée en ce sens qu'elle permet de conserver les éléments de l'avant (la professionnalisation) tout en empruntant les nouveaux (universitarisation).

Limites et perspectives

Cette étude est circonscrite à deux unités volontairement contrastées. Il faudrait probablement poursuivre ce travail en enquêtant dans des unités plus médianes et explorer ce que nous avons appelé « l'ingénierie pédagogique des unités de soins », car si la fonction du tuteur est opérationnelle, dans les faits, la question de sa professionnalisation est un enjeu fondamental.

CONCLUSION

En réponse à l'évolution des besoins de santé de la population et à la complexité croissante des situations de soins dans un contexte budgétaire contraint, la réforme de la formation infirmière est mise en œuvre depuis 2009. L'objectif stratégique est de potentialiser le rôle des infirmiers parce que, grâce à leurs compétences et à l'effectif qu'ils représentent, ils sont la pierre angulaire du système de soins. La finalité est de former des infirmiers mieux formés autonomes et réflexifs : un nouveau diplôme pour un nouveau professionnel en devenir. Alors que la dynamique internationale et européenne est favorable, en France, le processus d'universitarisation reste à un niveau de maturité faible si on se réfère à l'adhésion des infirmiers aux sciences infirmières.

Dix ans après la réingénierie, nous interrogeons l'appropriation de la réforme par les acteurs, dans les contextes de travail et les impacts de la réforme sur les relations DE et AU travail. Pour asseoir notre cadre de travail, les orientations théoriques suivantes sont convoquées : la professionnalisation, l'universitarisation, les compétences, les représentations, les approches sociologiques fonctionnalistes et interactionnistes. Notre méthode d'enquête se présente sous la forme d'une étude de cas dans un CHU de l'Ouest français, dans deux unités contrastées : l'USLD et la réanimation médicale. Vingt et un entretiens ont été conduits auprès d'infirmiers, cadres de santé, cadres de santé supérieurs et médecins pour explorer plusieurs thèmes : les contextes de travail, la formation, les compétences et les relations dans les environnements de travail, les sciences infirmières, le management. Les résultats montrent trois points. Premièrement, l'universitarisation fait l'objet de représentations qui nourrissent la méfiance des professionnels à aborder cette évolution positivement. La crainte réside dans le fait d'altérer davantage le lien social formateurs/lieux de stage alors qu'il est une préoccupation fondamentale des formations en alternance. Deuxièmement, et dans la même perspective, l'intellectualisation du diplôme laisse sceptiques les acteurs, voire est réfutée, parce qu'elle éloigne le métier de ses dimensions techniques, pratiques et relationnelles revendiquées à travers des valeurs soignantes fortes. Troisièmement, l'utilité de la réforme par la démonstration de sa plus-value dans l'expression des compétences des infirmiers n'est pas évidente. Toutefois, ces conclusions sont à pondérer, en rapport avec les contextes de travail qui constituent le cœur de notre recherche. Un focus sur la dynamique de recherche paramédicale, en tant qu'elle est la manifestation concrète de l'intégration de la dimension universitaire et académique des sciences infirmières, permet de mesurer la portée des actions de promotion déployées. Ainsi, la réanimation est davantage favorable à l'intégration de la réforme grâce à trois éléments moteurs : un leadership médical en matière de recherche, un accès à des formations types Diplômes Universitaires et des moyens humains et matériels importants. En USLD, le leadership médical s'exprime sur un autre registre que celui de la recherche, sur des problématiques pratico-pratique qui font écho à des

préoccupations infirmières. L'autonomie de l'IDE consacrée par la solitude de l'IDE constitue un terreau pour la recherche mais n'est pas exploité, notamment parce que les contextes de travail, à l'inverse de la réanimation, sont moins favorables.

Sans traiter du débat épistémologique des sciences infirmières, nous interrogeons l'évolution de la formation, l'évolution des pratiques mais aussi l'identité du métier à travers les notions de professionnalisation et d'autonomie. Parmi les cinq objets de professionnalisation décrits par Burdoncle, celui des savoirs et celui de la formation sont en pleine mutation. Quant à l'autonomie, elle prend tout son sens dans l'interprofessionnalité, à condition qu'elle ne se confonde pas avec l'indépendance. En effet, l'autonomie s'inscrit dans l'interaction et ne se résume pas au simple fait d'exercer seul (Piguet, 2010). En évitant les clichés outranciers, notre objectif est donc de nourrir une réflexion vivifiante sur l'évolution du métier vers des nouvelles pratiques de coordination ou de pratique avancée et vers le développement de la recherche en soins infirmiers, avec une finalité qui rassemble tous les acteurs du soin : le patient. Entre passéisme et réformisme, l'enjeu pour les IDE est d'assumer les titres d'infirmier technicien, infirmier ingénieur, infirmier professionnel (Lecordier, Jovic, 2016) auquel nous ajoutons celui de chercheur.

Bibliographie

OUVRAGES

- Abric JC. (dir), Pratiques sociales et représentations, Paris, PUF, 1994, 303p.
- Adé D., Piot T., La formation entre universitarisation et professionnalisation : tensions et perspectives dans des métiers de l'interaction humaine, Rouen, Presses universitaires de Rouen et du Havre (PURH), 2018,152p.
- Ardouin T., « Pour une épistémologie de la compétence », dans Astolfi JP. (dir), Savoirs et acteurs de la formation, Rouen, PURH, 2005, p.31-49.
- Benner P., « De novice à expert : excellence en soins infirmiers », Paris, Masson, 2003, 264p.
- Bernoux P., La sociologie des organisations : initiation, Paris, Seuil, 1985, 382p.
- Boissart M., La formation infirmière à l'ère de l'universitarisation : ingénieries, enjeux et défis de professionnalisations, Noisy-le-grand, SETES édition (coll « recherche »), 2017, 376p.
- Bourdieu P., « Comprendre », dans Bourdieu P., La misère du monde, Paris, Seuil, 1993, p.1389-1425.
- Clot Y., Le travail à cœur, Paris, La Découverte, 2010, 190p.
- Coudray MA., Accompagner le changement dans le champ de la santé, Paris, Boeck Diffusion, 2015, 182p.
- Crozier M., Friedberg E., L'acteur et le système, Paris, Seuil, 2010, 190p.
- Etienne J., Bloess F., Noreck JP., Roux JP., Dictionnaire de sociologie, Paris, Hatier, 2012, 448p.
- Jodelet D., « Représentation sociale : phénomènes, concept et théorie » dans Moscovici S. (dir), Psychologie sociale, Paris, PUF, 1997.
- Juan S., Méthodes de recherche en sciences en sciences socio-humaines : exploration critique des techniques, Paris, PUF, 1999, 296p.
- Lahlou S., « Diffusion des représentations sociales et intelligence collective distribuée » dans Almeida de et al, Teoria das representaçoēs sociais-50 anos, Brasilia, TechnoPolitik Editoria, 2011, p.59-97.
- Le Boterf G., Professionnaliser : le modèle de la navigation professionnelle, Paris, Eyrolles, 2007, 142p.
- Le Boterf G., Construire des compétences individuelles et collectives, Paris, Eyrolles, 2013, 302p.
- Lucas S., Duveau V., « Sans compétences, pas de performance ? » dans Fermon B., Grandjean P., Performance et innovation dans les établissements de santé, Paris, Dunod, 2015, 480p.
- Wittorski R., Formation, Travail et professionnalisation, Paris, L'Harmattan, 2005, 206p.
- Wittorski R., Professionnalisation et développement professionnel, Paris, L'Harmattan, 2007, 190p.
- Van Campenhoudt L., Marquet J., Quivy R., Manuel de recherche en sciences sociales 5ème édition, Paris, Dunod, 2017, 256p.

ARTICLES

Allen D., « Re-conceptualising holism in the contemporary nursing mandate : from individual to organisational relationships », *Social science and Medicine*, 2014, n°119, p.131-138.

Danan JL., « Formation en santé et université : point d'étape, in 73èmes Journées Nationales d'Etudes du CEFIEC, Dans Une formation en mouvement : gardons le cap ! », *Info CEFIEC Hors-série*, 2018, n°7, p10.

Debout C., Chevallier-Darchen F., Petit Dit Dariel O. & Rothan-Tondeur M., « Undergraduate nursing education reform in France: from vocational to academic programmes », *International Nursing Review*, 2012, n°59, p.519-524.

Fache P., Waelli M., « Des bancs à la blouse : les stages infirmiers en terrain miné ? », *Pratiques Les cahiers de la médecine utopique*, 2011, n°54, p.44-45.

Lecordier D., Jovic L., « Quel sens donner à l'universitarisation de la formation des infirmières ? », *Recherche en soins infirmiers*, 2014, n°118, p.6-7.

Lecordier D., Jovic L., « Les soins infirmiers : perspectives et prospectives », *Recherche en soins infirmiers*, 2016, n°127, p.43-54.

Piguet C., « Autonomie dans les pratiques infirmières », *Savoirs et soins infirmiers*, 2010, p.1-10.

Schweyer FX., « L'universitarisation de la formation en soins infirmiers : les promesses et leurs ombres », *Recherche en Soins Infirmiers*, 2008, n°93, p.120.

WEBOGRAPHIE

Déclaration de la Sorbonne, (1998), Récupéré le 5 mai 2020 sur http://www.ehea.info/media.ehea.info/file/1998_Sorbonne/61/6/1998_Sorbonne_Declaration_French_552616.pdf

DREES, (2019), « Les dépenses de santé en 2018, Résultats des comptes de la santé Edition 2019 », Récupéré le 31 octobre 2019 sur <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/cns2019.pdf>.

EHEA, (2015), « Guide d'utilisation ECTS 2015 », Récupéré le 4 mai 2020 sur https://ec.europa.eu/education/sites/education/files/document-library-docs/ects-users-guide_fr.pdf

Fischer JP., (1998), « La distinction procédural/déclaratif : une application à l'étude de l'impact du passage du cinq au CP », Récupéré le 9 mai 2020 sur https://www.persee.fr/doc/rfp_0556-7807_1998_num_122_1_1139

Jeanguiot N., (2006), « Des pratiques soignantes aux sciences infirmières », Récupéré le 6 mai 2020 sur <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2006-4-page-75.htm>

Le Bouler S., (218), « Mission universitarisation des formations paramédicales et de la maïeutique : bilan intermédiaire des concertations et propositions d'orientation », Récupéré le 6 mai 2020 sur https://cache.media.enseignementsup-recherche.gouv.fr/file/Actus/55/8/DP_L_UNIVERSITARISATION_DES_FORMATIONS_EN_SANTE_912558.pdf

Lessard C., Bourdoncle R., (2002), « Note de synthèse : Qu'est-ce qu'une formation professionnelle universitaire ? Conceptions de l'université et formation professionnelle, Revue française de pédagogie n°139, p.131-153 », Récupéré le 08 mai 2020 sur https://www.persee.fr/doc/rfp_0556-7807_2002_num_139_1_2889

Michel L., (2017), « Into the black box of a nursing burden, a comparative analysis of administrative tasks in French and American hospitals », Récupéré le 25 avril 2020 sur <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01762491/document>

Ministère de l'Enseignement Supérieur, « Présentation de l'EEES », Récupéré le 4 mai 2020 sur <https://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/cid56043/presentation-de-l-e.e.e.s.html>

Mokoukolo R., Pasquier D., (2008), « Stratégies d'acculturation : causes ou effets des caractéristiques psychosociales ? L'exemple de migrants d'origine algérienne, Les cahiers internationaux de psychologie sociale, n°79, p.57-67 », Récupéré le 14 juin 2020 sur <https://www.cairn.info/revue-les-cahiers-internationaux-de-psychologie-sociale-2008-3-page-57.htm>

Morin EM., (2006)., « Donner un sens au travail », Récupéré le 1 juin 2020 sur <http://docplayer.fr/docview/40/21773181/#file=/storage/40/21773181/21773181.pdf>

ONDPS., (2006), Rapport Berlan, Récupéré le 6 mai 2020 sur cinq expérimentations de coopération et de délégations de tâches entre profession de santé https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_cinq_experim_juin2006.pdf

Petit-dit Dariel O., Waelli M., Ricketts T., (2014) « France's transition to academic nursing : the theory-practice gap. Journal of Nursing Education and Practice, 2014, n°14, p.88-100 », Récupéré le 29 décembre 2019 sur https://www.researchgate.net/publication/272658079_France's_transition_to_academic_nursing_the_theory-practice_gap. DOI: 10.5430/jnep.v4n10p88

Liste des annexes

Annexe I : processus d'universitarisation engagé de longue date et multiforme.

Annexe II : référentiel d'activités.

Annexe III : référentiel de compétences.

Annexe IV : modélisation du processus d'universitarisation.

Annexe V : guides d'entretiens définitifs.

Annexe VI : tableau des écoles de pensées infirmières

Annexe I : processus d'universitarisation engagé de longue date et multiforme.

Un processus d'universitarisation engagé de longue date et multiforme

Le chantier de l'intégration universitaire est complexe, les parties prenantes nombreuses. Le processus d'universitarisation n'a pas progressé de façon linéaire depuis dix ans. Les deux rapports récents, réalisés par les inspections des deux ministères à l'été 2017 et par Stéphane LE BOULIER cet hiver, dans le cadre de sa mission de concertation, montrent pourtant qu'un pas décisif a été franchi.

- 2004** → La loi n°2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et aux collectivités locales transfère aux régions la responsabilité des formations paramédicales et sociales
- 2009** → Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires crée notamment des groupements de coopération sanitaire regroupant les instituts de formation
- 2009** → Réingénierie du diplôme d'État d'infirmier
- 2013** → Rapport IGAS-IGAENR sur Les formations paramédicales : bilan et poursuite du processus d'intégration dans le dispositif LMD
- 2016** → La loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé inclut des dispositions relatives à la pratique avancée infirmière
- Février 2016** → Grande conférence de santé
- Juin 2016** → Partenariat État-Régions avec un volet "santé" important
- Août 2017** → Rapport IGAS-IGAENR Pour une meilleure intégration des formations paramédicales à l'université : mise en œuvre des mesures 5, 6 et 13 de la Grande conférence de santé
- Sept. 2017** → Lancement par Agnès BUZYN et Frédérique VIDAL de la mission de concertation confiée à Stéphane LE BOULIER
- Février 2018** → Remise aux ministres du rapport intermédiaire de Stéphane LE BOULIER
- 14 Mars 2018** → Installation par les ministres du Comité de suivi du processus d'universitarisation des formations paramédicales et de maïeutique
- Mars-Sept. 2018** → Concertation sur les 5 premiers objectifs et leurs évolutions réglementaires
- Sept. 2018** → Rapport final et définition des objectifs de l'année 2018-2019

Annexe II : référentiel d'activités.

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DES RELATIONS SOCIALES, DE LA FAMILLE, DE LA SOLIDARITÉ ET DE LA VILLE
MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS

Activités

1. Observation et recueil de données cliniques ;
2. Soins de confort et de bien-être ;
3. Information et éducation de la personne, de son entourage et d'un groupe de personnes ;
4. Surveillance de l'évolution de l'état de santé des personnes ;
5. Soins et activités à visée diagnostique ou thérapeutique ;
6. Coordination et organisation des activités et des soins ;
7. Contrôle et gestion de matériels, dispositifs médicaux et produits ;
8. Formation et information de nouveaux personnels et de stagiaires ;
9. Veille professionnelle et recherche.

Annexe III : référentiel de compétences.

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DES RELATIONS SOCIALES, DE LA FAMILLE, DE LA SOLIDARITÉ ET DE LA VILLE
MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS

ANNEXE II

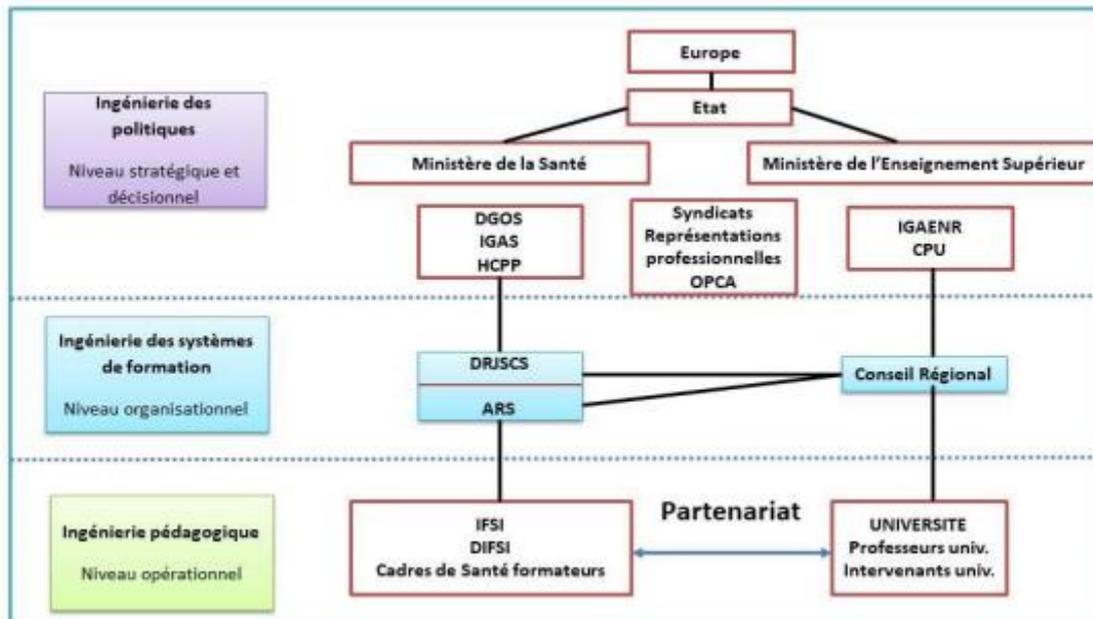
DIPLÔME D'ÉTAT D'INFIRMIER RÉFÉRENTIEL DE COMPÉTENCES

Les référentiels d'activités et de compétences du métier d'infirmier diplômé d'Etat ne se substituent pas au cadre réglementaire. En effet, un référentiel n'a pas vocation à déterminer des responsabilités. Il s'agit de décrire les activités du métier, puis les compétences. Celles-ci sont rédigées en termes de capacités devant être maîtrisées par les professionnels et attestées par l'obtention du diplôme d'Etat. Cette description s'inscrit dans la réglementation figurant au code de la santé publique (CSP).

Compétences

1. Evaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le domaine infirmier ;
2. Concevoir et conduire un projet de soins infirmiers ;
3. Accompagner une personne dans la réalisation de ses soins quotidiens ;
4. Mettre en œuvre des actions à visée diagnostique et thérapeutique ;
5. Initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs ;
6. Communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins ;
7. Analyser la qualité des soins et améliorer sa pratique professionnelle ;
8. Rechercher et traiter des données professionnelles et scientifiques ;
9. Organiser et coordonner des interventions soignantes ;
10. Informer et former des professionnels et des personnes en formation.

Annexe IV: modélisation du processus d'universitarisation (Boissart, 2017).



Annexe V : guides d'entretiens définitifs.

GUIDE IDE

THEME 1: CONNAISSANCE DE LA PERSONNE

Q1: Pouvez-vous vous présenter et me parler de votre parcours professionnel ?

QR : Comment êtes-vous arrivé dans cette unité ? (choix de l'affectation ?)

Q2: Pourriez-vous me parler des motivations qui vous ont poussé à choisir ce métier ?

QR : quels étaient vos objectifs en choisissant ce métier ?

THEME 2 : CONTEXTES DE TRAVAIL

Q3: Pourriez-vous me présenter l'unité dans laquelle vous travaillez ? (spécialité, patients...)

QR : Quels profils de patients accueillez-vous ?

Q4: Pourriez-vous me parler de l'organisation de l'unité ?

QR : Composition de l'équipe

QR : Pouvez-vous me parler de votre planning ? (alternance jour/nuit, équipe de nuit dédiée?)

Q5 : Pourriez-vous me décrire le déroulement d'une journée de travail ?

Q6 : Pourriez-vous me parler des projets en cours dans votre unité ?

QR : Y a-t-il des projets auxquels vous participez ou avez participé? Si oui/non, pourquoi ?

Q7 : Pourriez-vous me dire ce qui vous plaît le moins dans votre travail ?

Q8 : A l'inverse, pourriez-vous me dire ce qui vous plaît le plus dans votre travail ?

THEME 3 : FORMATION

Q9 : Pourriez-vous me dire ce que vous connaissez du référentiel de formation infirmier de 2009 ?

QR : C'est quoi pour vous l'universitarisation ?

QR : Selon vous, quel est l'objectif visé par l'universitarisation ?

Q10 : L'approche par compétences est une des mesures introduites dans la réforme du programme. Qu'est-ce que cette approche évoque pour vous ?

QR : Concrètement, quels changements cette approche amène-t-elle selon vous?

QR : Pourriez-vous me parler du processus de validation des compétences ?

QR : Comment cela se passe dans votre unité ?

Q11 : Une autre des mesures introduites dans la réforme du programme est celle qui consiste à développer une posture réflexive de l'étudiant et donc du futur professionnel.

QR : Selon vous, c'est quoi être réflexif ?

QR : Selon vous quel est l'objectif recherché ?

Q12 : Que pensez-vous de la formation des IDE ?

THEME 4 : COMPETENCES DANS LES CONTEXTES DE TRAVAIL

Q13 : Pourriez-vous me dire quelles sont, pour vous, les compétences d'une IDE?

QR : C'est quoi pour vous être compétent ?

Q14 : Pourriez-vous me parler de la manière dont les professionnels avant 2012 et 2012 travaillent ensemble ?

QR : Concrètement, comment cela se passe sur le terrain ?

QR : Avez-vous des observations particulières ?

Q15: Pourriez-vous me parler de la manière dont vous organisez votre travail?

QR : Comment gérez-vous les aléas ?

Q16 : Pourriez-vous me parler de la manière dont vous coordonnez les interventions soignantes ?

(Circonstances)

QR : Comment y avez-vous fait face ?

QR : Y a-t-il des éléments facilitant pour assurer ce rôle de coordination ? En quoi sont-ils facilitants ?

Q17 : Pourriez-vous me parler du rôle propre infirmier ?

QR : En quoi les compétences infirmières qui y sont associées sont-elles spécifiques ?

QR : Comment l'exprimez-vous au quotidien ?

Q18 : Pourriez-vous me parler de votre relation de travail avec le médecin ?

QR : Selon vous comment perçoit-il l'évolution de la formation IDE ?

THEME 5 : SCIENCES INFIRMIERES

Q19 : Pourriez-vous me parler des sciences infirmières ?

QR : C'est quoi pour vous les sciences infirmières ? (objet, théories, leaders)

Q20 : Que pensez-vous du fait que les sciences infirmières soient élevées au rang de discipline scientifique ?

Q21 : Pourriez-vous me parler de votre mémoire de fin d'étude ?

QR : Quel est l'objectif de ce travail ?

QR : Pensez-vous utiliser les compétences développées au cours cet exercice dans votre pratique quotidienne ? Si oui comment ? Si non pourquoi ?

Q22 : La recherche en soins paramédicaux est développée au sein du CHU, qu'en pensez-vous ?

QR : Quel est l'objectif recherché ?

QR : Dans quelles mesures vous sentez-vous concerné par la recherche en soins infirmiers ?

QR : Dans quelles mesures les CS et médecins se sentent-ils concernés par la recherche ?

QR : Selon vous, quelles sont les motivations des professionnels qui s'inscrivent dans une démarche de recherche ?

QR : A titre personnel, avez-vous été porteur de projet ? Si oui, pourriez-vous m'en parler ? Si non, pourquoi ?

THEME 6 : MANAGEMENT

Q23 : Pourriez-vous me parler du rôle de l'encadrement dans le développement de la recherche en soins ?

QR : Selon vous existe-t-il des éléments limitant le développement de la recherche en soins ?

QR : Selon vous existe-il des éléments facilitant le développement de la recherche en soins paramédicaux ?

Q24 : Pourriez-vous me parler du rôle du médecin dans le développement de la recherche en soins IDE ?

Q25 : Pourriez-vous me parler du rôle de l'encadrement dans la mise en œuvre de l'universitarisation de la formation infirmière ?

QR : Au niveau de la formation des étudiants sur et par le terrain ?

QR : Au niveau de l'accompagnement des professionnels diplômés ?

THEME 7 : PERSPECTIVES

Q26 : Pourriez-vous me parler de l'évolution du métier d'infirmière ?

Q27 : Y a-t-il un thème que nous n'aurions pas abordé et que vous souhaiteriez évoquer ?

TALON SOCIOLOGIQUE

Date de l'entretien : _____

Lieu où s'est déroulé l'entretien : _____

Destinataire de l'entretien : _____

Sexe : M F

Age: _____

Quotité de temps de travail : _____

Date du DE : _____

Ancienneté dans l'unité : _____

GUIDE CS/CSS

THEME 1 : CONNAISSANCE DE LA PERSONNE

Q1: Pouvez-vous vous présenter et me parler de votre parcours professionnel ?

THEME 2 : CONTEXTES DE TRAVAIL

Q3: Pourriez-vous me présenter l'unité/pôle dans laquelle/lequel vous travaillez ? (spécialité, patients...)

QR : Quels profils de patients accueillez-vous ?

Q4: Pourriez-vous me parler de l'organisation de l'unité ?

QR : Composition de l'équipe

QR : Pouvez-vous me parler du planning IDE ? (alternance jour/nuit, équipe de nuit dédiée?)

Q5 : Pourriez-vous me décrire le déroulement d'une journée de travail d'une IDE ?

Q6 : Pourriez-vous me parler des projets en cours dans votre unité ?

QR : Quelles sont les raisons qui expliquent l'engagement ou non des IDE aux projets ?

Q7 : Pourriez-vous me dire ce qui, selon vous, plaît le moins aux IDE dans leur travail ?

Q8 : A l'inverse, pourriez-vous me dire ce qui leur plaît le plus dans leur travail ?

THEME 3 : FORMATION

Q9 : Pourriez-vous me dire ce que vous connaissez du référentiel de formation infirmier de 2009 ?

QR : C'est quoi pour vous l'universitarisation ?

QR : Selon vous, quel est l'objectif visé par l'universitarisation ?

Q10 : L'approche par compétences est une des mesures introduites dans la réforme du programme. Qu'est-ce que cette approche évoque pour vous ?

QR : Concrètement, quels changements cette approche amène-t-elle selon vous ?

QR : Pourriez-vous me parler du processus de validation des compétences ?

QR : Comment cela se passe dans votre unité ?

Q11 : Une autre des mesures introduites dans la réforme du programme est celle qui consiste à développer une posture réflexive de l'étudiant et donc du futur professionnel.

QR : Selon vous, c'est quoi être réflexif ?

QR : Selon vous quel est l'objectif recherché ?

Q12 : Que pensez-vous de la formation des IDE ?

THEME 4 : COMPETENCES DANS LES CONTEXTES DE TRAVAIL

Q13 : Pourriez-vous me dire quelles sont, pour vous, les compétences d'une IDE ?

QR : C'est quoi pour vous être compétent ?

Q14 : Pourriez-vous me parler de la manière dont les professionnels avant 2012 et 2012 travaillent ensemble ?

QR : Concrètement, comment cela se passe sur le terrain ?

QR : Avez-vous des observations particulières ?

Q15: Pourriez-vous me parler de la manière dont les IDE organisent leur travail ?

QR : Comment gèrent-elles les aléas ?

Q16 : Pourriez-vous me parler de la manière dont les IDE coordonnent les interventions soignantes ?

QR : Y a-t-il des situations dans lesquelles elles se trouvent en difficulté ? (Circonstances)

QR : Comment y font-elles face ?

QR : Y a-t-il des éléments facilitants pour assurer ce rôle de coordination ? En quoi sont-ils facilitants ?

Q17 : Pourriez-vous me parler du rôle propre infirmier ?

QR : En quoi les compétences infirmières qui y sont associées sont-elles spécifiques ?

QR : Comment l'expriment-elles au quotidien ?

Q18 : Pourriez-vous me parler de leur relation de travail avec le médecin ?

QR : Selon vous comment perçoit-il l'évolution de la formation IDE ?

THEME 5 : SCIENCES INFIRMIERES

Q19 : Pourriez-vous me parler des sciences infirmières ?

QR : C'est quoi pour vous les sciences infirmières ? (objet, théories, leaders)

Q20 : Que pensez-vous du fait que les sciences infirmières soient élevées au rang de discipline scientifique ?

Q21 : Pourriez-vous me parler du mémoire de fin d'étude des IDE ?

QR : Quel est l'objectif de ce travail ?

QR : Pensez-vous que les compétences développées au cours cet exercice sont utilisées dans leur pratique quotidienne ? Si oui comment ? Si non pourquoi ?

Q22 : La recherche en soins paramédicaux est développée au sein du CHU, qu'en pensez-vous ?

QR : Quel est l'objectif recherché ?

QR : Dans quelles mesures les IDE se sentent-elles concernées par la recherche en soins infirmiers ?

QR : Dans quelles mesures les CS et médecins se sentent-ils concernés par la recherche ?

QR : Selon vous, quelles sont les motivations des professionnels qui s'inscrivent dans une démarche de recherche ?

THEME 6 : MANAGEMENT

Q23 : Pourriez-vous me parler du rôle de l'encadrement dans le développement de la recherche en soins ?

QR : Selon vous existe-t-il des éléments limitant le développement de la recherche en soins ?

QR : Selon vous existe-t-il des éléments facilitant le développement de la recherche en soins paramédicaux ?

Q24 : Pourriez-vous me parler du rôle du médecin dans le développement de la recherche en soins IDE ?

Q25 : Pourriez-vous me parler du rôle de l'encadrement dans la mise en œuvre de l'universitarisation de la formation infirmière ?

QR : Au niveau de la formation des étudiants sur et par le terrain ?

QR : Au niveau de l'accompagnement des professionnels diplômés ?

THEME 7 : PERSPECTIVES

Q26 : Pourriez-vous me parler de l'évolution du métier d'infirmière ?

Q27 : Y a-t-il un thème que nous n'aurions pas abordé et que vous souhaiteriez évoquer ?

TALON SOCIOLOGIQUE

Date de l'entretien : _____

Lieu où s'est déroulé l'entretien : _____

Destinataire de l'entretien : _____

Sexe : M F

Age: _____

Quotité de temps de travail : _____

Date du DE : _____

Ancienneté dans l'unité : _____

GUIDE MEDECIN

THEME 1 : CONNAISSANCE DE LA PERSONNE

Q1: Pouvez-vous vous présenter et me parler de votre parcours professionnel ?

THEME 2 : CONTEXTES DE TRAVAIL

Q3: Pourriez-vous me présenter l'unité de réanimation médicale / USLD-EHPAD? (spécialité, patients...)

QR : Quels profils de patients accueillez-vous ?

Q4: Pourriez-vous me parler de l'organisation de l'unité ?

QR : Composition de l'équipe

QR : Pouvez-vous me parler du planning IDE ? (alternance jour/nuit, équipe de nuit dédiée?)

Q5 : Pourriez-vous me décrire le déroulement d'une journée de travail d'une IDE ?

Q6 : Pourriez-vous me parler des projets en cours dans l'unité ?

QR : Quels sont les raisons qui expliquent l'engagement ou non des IDE aux projets ?

Q7 : Pourriez-vous me dire ce qui, selon vous, plaît le moins aux IDE dans leur travail ?

Q8 : A l'inverse, pourriez-vous me dire ce qui leur plaît le plus dans leur travail ?

THEME 3 : FORMATION

Q9 : Pourriez-vous me dire ce que vous connaissez du référentiel de formation infirmier de 2009 ?

QR : C'est quoi pour vous l'universitarisation ?

QR : Selon vous, quel est l'objectif visé par l'universitarisation ?

Q10 : L'approche par compétences est une des mesures introduites dans la réforme du programme. Qu'est-ce que cette approche évoque pour vous ?

QR : Concrètement, quels changements cette approche amène-t-elle selon vous?

QR : Pourriez-vous me parler du processus de validation des compétences ?

QR : Comment cela se passe dans l'unité ?

Q11 : Une autre des mesures introduites dans la réforme du programme est celle qui consiste à développer une posture réflexive de l'étudiant et donc du futur professionnel.

QR : Selon vous, c'est quoi être réflexif ?

QR : Selon vous quel est l'objectif recherché ?

Q12 : Que pensez-vous de la formation des IDE ?

THEME 4 : COMPETENCES DANS LES CONTEXTES DE TRAVAIL

Q13 : Pourriez-vous me dire quelles sont, pour vous, les compétences d'une IDE?

QR : C'est quoi pour vous être compétent ?

Q14 : Pourriez-vous me parler de la manière dont les professionnels avant 2012 et 2012 travaillent ensemble ?

QR : Concrètement, comment cela se passe sur le terrain ?

QR : avez-vous des observations particulières ?

Q15: Pourriez-vous me parler de la manière dont les IDE organisent leur travail?

QR : Comment gèrent-elles les aléas ?

Q16 : Pourriez-vous me parler de la manière dont les IDE coordonnent les interventions soignantes ?

QR : Y a-t-il des situations dans lesquelles elles se trouvent en difficulté ? (Circonstances)

QR : Comment y font-elles face ?

QR : Y a-t-il des éléments facilitant pour assurer ce rôle de coordination ? En quoi sont-ils facilitants ?

Q17 : Pourriez-vous me parler du rôle propre infirmier ?

QR : En quoi les compétences infirmières qui y sont associées sont-elles spécifiques ?

QR : Comment l'expriment-elles au quotidien ?

Q18 : Pourriez-vous me parler de leur relation de travail avec les médecins ?

QR : Comment percevez-vous l'évolution de la formation IDE ?

THEME 5 : SCIENCES INFIRMIERES

Q19 : Pourriez-vous me parler des sciences infirmières ?

QR : C'est quoi pour vous les sciences infirmières ? (objet, théories, leaders)

Q20 : Que pensez-vous du fait que les sciences infirmières soient élevées au rang de discipline scientifique ?

Q21 : Pourriez-vous me parler du mémoire de fin d'étude des IDE ?

QR : Quel est l'objectif de ce travail ?

QR : Pensez-vous que les compétences développées au cours cet exercice sont utilisées dans leur pratique quotidienne ? Si oui comment ? Si non pourquoi ?

Q22 : La recherche en soins paramédicaux est développée au sein du CHU, qu'en pensez-vous ?

QR : Quel est l'objectif recherché ?

QR : Dans quelles mesures les IDE se sentent-elles concernées par la recherche en soins infirmiers ?

QR : Dans quelles mesures les CS et médecins se sentent-ils concernés par la recherche ?

QR : Selon vous, quelles sont les motivations des professionnels qui s'inscrivent dans une démarche de recherche ?

THEME 6 : MANAGEMENT

Q23 : Pourriez-vous me parler du rôle de l'encadrement dans le développement de la recherche en soins ?

QR : Selon vous existe-t-il des éléments limitant le développement de la recherche en soins ?

QR : Selon vous existe-il des éléments facilitant le développement de la recherche en soins paramédicaux ?

Q24 : Pourriez-vous me parler de votre rôle dans le développement de la recherche en soins IDE ?

Q25 : Pourriez-vous me parler du rôle de l'encadrement dans la mise en œuvre de l'universitarisation de la formation infirmière ?

QR : Au niveau de la formation des étudiants sur et par le terrain ?

QR : Au niveau de l'accompagnement des professionnels diplômés ?

THEME 7 : PERSPECTIVES

Q26 : Pourriez-vous me parler de l'évolution du métier d'infirmière ?

Q27 : Y a-t-il un thème que nous n'aurions pas abordé et que vous souhaiteriez évoquer ?

TALON SOCIOLOGIQUE

Date de l'entretien : _____

Lieu où s'est déroulé l'entretien : _____

Destinataire de l'entretien : _____

Sexe : M F

Age: _____

Quotité de temps de travail : _____

Date du DE : _____

Ancienneté dans l'unité : _____

Annexe VI : tableau des écoles de pensées infirmières.

ÉCOLES	INFLUENCES	THÉORICIENNES	ÉLÉMENTS CLÉS
DES BESOINS (1955-1960)	MASLOW ERICKSON	V. HENDERSON	dépendance et indépendance de la personne dans la satisfaction de 14 besoins fondamentaux
		D. OREM	capacité de la personne d'effectuer ses auto-soins
DE L'INTERACTION (fin 50, début 60)	Interaction psychanalyse phénoménologie existentialisme	H. PEPLAU	processus interpersonnel thérapeutique
		I. ORLANDO	relation personnelle /- besoin d'aide
		J. TRAVELBEE	signification des expériences
		E. WIEDENBACH	relation interpersonnelle significative
		I. KING	processus d'interaction réciproque
DES EFFETS SOUHAITÉS (1960, 1975)	Théorie de l'adaptation et du développement théorie générale des systèmes	D. JOHNSON	équilibre dynamique du système comportemental
		L. HALL	<i>core; care, cure</i>
		M. LEVINE	conservation de l'énergie et de l'intégralité
		B. NEUMAN C. ROY	réponse de la personne aux agents de stress personne vue comme un système d'adaptation avec des mécanismes régulateurs et cognitifs.
DE LA PROMOTION DE LA SANTÉ (1963)	Bandura Système	M. ALLEN	famille capable d'apprendre de ses expériences / promotion de la santé
ÊTRE HUMAIN UNITAIRE (1970)	phénoménologie existentialisme	M. ROGERS	personne vue comme un champ d'énergie et qui se caractérise par des patrons
		M. NEWMAN	favoriser l'expansion de la conscience
		R. RIZZO-PARSE	la santé est co-crée dans les interrelations entre l'être humain et l'environnement et vécue selon la signification qu'il accorde aux situations.
CARING (1980)	Anthropologie C.Rogers phénoménologie existentialisme	M. LEININGER	soins transculturels /- caring science et art humaniste
		J. WATSON	art et science humaine du caring, facteurs caritatifs

Tableau 1 - J. Bonnet d'après "La pensée infirmière" de KÉROUAC, PÉPIN, BUCHARME, DUQUETTE, MAJOR, Sept 1996

FOUQUERAY

Nathanaëlle

1^{er} Juillet 2020

MASTER 2 AMOS

Promotion 2020

UNIVERSITARISATION DE LA FORMATION INFIRMIERE

Etude de cas en USLD et en réanimation médicale

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : Universités Rennes 1 - Rennes 2

Résumé :

Pour répondre aux besoins de santé de la population et aux exigences de qualité dans un contexte budgétaire restreint, la formation des infirmiers devient un enjeu fondamental. Sous l'impulsion d'une dynamique internationale, le processus d'universitarisation de la formation est à l'œuvre depuis plus de dix ans. Toutefois, si sur la forme, cette mesure est d'ordre technique, sur le fond, sa portée symbolique est considérable. Elle est un aboutissement lorsqu'il s'agit de reconnaissance statutaire ou sociale à travers l'obtention du grade licence et offre des possibilités d'évolutions nouvelles. En revanche, elle bouleverse les processus d'apprentissage, ambitionne un renforcement de la professionnalisation et bouscule l'identité du métier infirmier. L'objectif est de développer de nouvelles compétences et de mieux former les infirmiers pour une meilleure compréhension des enjeux et des situations de soins dont la complexité est le maître mot. Cette étude pose la question de l'impact des contextes de travail sur l'appropriation des principes de la réforme par les acteurs de terrain et vise à mieux saisir ses effets sur les relations DE et AU travail. Au-delà de cette recherche, notre propos dépasse le cadre du soin pour traiter de la reconnaissance, de l'identité professionnelle et d'une professionnalisation inachevée.

Mots clés :

Universitarisation - Professionnalisation - Compétences - Infirmier - Contextes de travail
- Représentations - Autonomie - Identité professionnelle

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.