

L'universitarisation des études infirmières en France : Quelles opportunités et quels risques pour le groupe professionnel infirmier ?

*Etude de la collaboration entre groupes de partenaires sur un territoire académique régional,
au regard des Economies de la grandeur*

Membres du jury :

Thèse réalisée par
Marie Pétrus-Krupsky

Pr Elisabeth Darras, promotrice, Université Catholique de Louvain

Pr Marc Fourdrignier, membre du comité d'accompagnement, Université Reims-Champagne-Ardenne

Pr Bernard Fusulier, promoteur, Université Catholique de Louvain

Pr Walter Hesbeen, secrétaire du jury, Université Catholique de Louvain

Pr Céline Mahieu, Université Libre de Bruxelles

Pr Bruno Milly, membre du comité d'accompagnement, Université Lumière Lyon2

Pr Marc Zune, président du jury, Université Catholique de Louvain

en vue de l'obtention du grade de
Docteur en sciences politiques et sociales

La conscience me dit que parmi mes possibles les plus propres,
je trouve en moi la capacité et l'exigence de distinguer le bien du mal,
capacité toute formelle, en ce sens qu'il appartient à l'expérience quotidienne
et en commun de lui donner un contenu.

Paul Ricoeur.
(Amour et Justice)

Anaphore reconnaissante

Je remercie avec enthousiasme mes promoteurs, Elisabeth Darras et Bernard Fusulier qui ont fait preuve durant plusieurs années, et surtout les deux dernières écoulées, d'écoute, d'empathie, de patience et de pédagogie, en lien avec une brillante expertise. Tous deux ont su susciter l'effort et permettre l'amélioration des travaux sans porter atteinte à ma singularité. Tous deux se sont comporté comme de bons... soignants. Un soutien d'une telle qualité m'a été des plus précieux.

Je remercie les deux membres du comité d'accompagnement doctoral, Bruno Milly et Marc Fourdrignier, qui ont témoigné de l'intérêt pour mon travail, ce qui est un honneur, et ont su me soutenir dans le processus par leurs conseils avisés.

Je remercie les membres du jury final, Marc Zune, Céline Mahieu et Walter Hesbeen, qui ont bien voulu s'intéresser à ma thèse et m'ont permis de réaliser une distanciation d'avec celle-ci.

Je remercie les enseignants en université, les directeurs et formateurs en IFSI, les étudiants infirmiers et les professionnels infirmiers, qui m'ont accordé leur temps et leur confiance lors de l'enquête de terrain.

Je remercie l'ensemble des personnels soignants, administratifs, techniques que j'ai cotoyé durant près de quatre décennies d'exercice infirmier et cadre et qui m'ont donné l'envie et le courage d'aboutir ce travail de recherche.

Je remercie mes collègues de l'IFSI qui ont cru en moi et m'ont donné l'énergie d'avancer.

Je remercie ma famille et mes amis, parfois très éloignés de l'univers du soin et de la recherche en sciences sociales, qui ont malgré tout manifesté de la sympathie pour ma préoccupation.

Je remercie mon époux pour son soutien sans faille.

Je remercie mon chien Farine et mon chat Gaufrette pour leur présence affectueuse.

Sommaire

Introduction générale

6

SECTION 1

Chapitre 1 – La réforme des études infirmières de 2009 : un bouleversement de fond et de forme pour la culture infirmière ? 10

1. La réforme de 2009 11

2. La mise en œuvre de la réforme de 2009 12

2.1. Des différences selon les territoires 12

2.2. Des IFSI et des universités 13

3. Des enjeux majeurs 13

3.1. Une modification de la transmission 13

3.2. Risque de perte de sens ? 14

3.3. Le rapport au pouvoir médical différemment interrogé 15

3.4. Des inconnus dans la maison 15

3.5. Les modalités d'apprentissage interrogées 16

3.6. Quelle définition de l'infirmier ? 16

3.7. Différents niveaux de formation ? 17

3.8. Malaise dans les IFSI et les IFCS 17

4. L'universitarisation : un pas vers une reconnaissance ? 18

4.1. Quelle place pour les sciences infirmières en France ? 19

4.2. Profession, métier et groupe professionnel 20

4.3. Une expertise spécifique 20

4.4. Les obstacles épistémologiques à la scientificité des soins infirmiers 21

5. Quel avenir pour la profession infirmière ? 22

5.1. La science et la pensée infirmière reconnues ? 22

5.2. Quelle transmission ? 23

5.3. Quelles ingénieries de formation ? 23

5.4. L'acquisition des savoirs 24

6. La réforme de 2009 : une opportunité pour la profession infirmière ? 24

6.1. Pour une scientificité des connaissances infirmières 24

6.2. Des « domestiques » à l'université ? 25

6.3. Des infirmières pansantes et pensantes 26

6.4. Une sortie d'adolescence et une maturité à acquérir 26

6.5. Les soins infirmiers au cœur des problématiques de santé publique 27

Conclusion... pour une question de recherche 28

Chapitre 2 – Une longue histoire qui a construit le présent 32

1. Histoire du mot *infirmier* 32

2. Historique de la profession et de la transmission infirmières 34

2.1. L'antiquité et la période gallo-romaine 35

2.2. Le Moyen-Âge : les hospices se multiplient 36

2.3. Les XVI^{ème} et XVII^{ème} siècles : des avancées et des régressions 37

2.4. Le XVIII^{ème} siècle : des religieux aux médecins laïcs 39

2.5. Le XIX^{ème} siècle : une mutation de fond 39

3. Les XX^{ème} et XXI^{ème} siècles, héritiers de l'histoire des soins 43

3.1. Le XX^{ème} siècle : des grands tournants 43

3.2. De 1960 jusqu'à nos jours : des débats et des réformes 48

4. Les conséquences de l'histoire 51

4.1. Une histoire genrée et dépendante 51

4.2. Et aujourd'hui ? 52

4.3. La volonté d'affranchissement du pouvoir médical à nouveau convoquée 53

5. Qui sont les infirmiers aujourd'hui ? 53

5.1. Des données chiffrées 54

5.2. Public ou Privé ? 54

5.3. Différents diplômes cohabitent 56

5.4. D'autres modes d'exercice infirmier 57

5.5. Une segmentation intense 59

Chapitre 3 – Des accords de Bologne à la réforme de 2009 61

1. Les accords de Bologne 61

1.1. Principes et objectifs 61

1.2. Quels pays participent au Processus de Bologne ? 62

1.3. Mise en œuvre et organisation 62

1.4. Historique et dates clefs 63

2. De Bologne 1999 au référentiel de 2009, maïeutique d'une réforme 63

2.1. Les grands principes de la réforme 64

2.2. Une approche par compétences et une posture pédagogique socio-constructiviste 67

2.3. Une adaptation des durées et des contenus d'enseignement 70

3. Une approche universitaire 76

3.1. Les heures d'enseignement universitaires 77

3.2. Le crédit ECTS (european credit transfert system) 77

4. Quelles sont les personnes concernées par la réforme de 2009 ?	77
4.1. Les étudiants	78
4.2. Les universitaires	78
4.3. Les professionnels des IFSI	78
4.4. Les professionnels des terrains de stage	78
Chapitre 4 – Récit d’une transformation porteuse de controverses dans un secteur professionnel hypercomplexe	80
1. Contexte général de mise en œuvre de la réforme	80
1.1. Des déserts médicaux	81
1.2. De nouveaux territoires	81
1.3. De nouvelles politiques pour la santé et l’enseignement supérieur	82
1.4. Conséquences des politiques de santé	82
1.5. Contestations	83
2. Les acteurs au sein des IFSI et entre IFSI	84
2.1. Des gouvernances et des tutelles	84
2.2. Des IFSI très différents	85
2.3. Des projets pédagogiques multicolores	87
2.4. Les débats au sein des IFSI	89
2.5. Les théories de soin infirmier enfin enseignées ?	90
2.6. Les relations entre les formateurs des IFSI et les professionnels infirmiers	91
3. Les relations entre les formateurs des IFSI et les universitaires	92
3.1. Accords des différents ministères	93
3.2. Une collaboration entre IFSI et universités	93
3.3. Des modalités de mise en œuvre du référentiel	93
3.4. Des enseignements universitaires adaptés au public des étudiants infirmiers ?	94
3.5. Des mises en œuvre diverses selon les territoires	94
3.6. Des spécialisations acquises au centre hospitalier universitaire	95
3.7. Les études post licence en chantier	96
3.8. Une mise sous la tutelle des universités ?	96
4. Les universités entre elles et en leur sein	97
4.1. Une orientation budgétaire	97
4.2. Une coordination territoriale des enseignements supérieurs	98
4.3. La suppression de plusieurs milliers de masters	98
4.4. Un souci de rentabilité économique et financière	99
5. Les professionnels infirmiers	99
5.1. Employabilité des infirmiers	99
5.2. Un contexte d’exercice difficile	100
5.3. Un manque de reconnaissance	101
5.4. L’ordre infirmier	101
5.5. Une unité en construction	102
6. Les étudiants	103
6.1. Une revendication pour l’université	103
6.2. Des inquiétudes pour l’emploi	103
6.3. Des abandons en cours de formation	104
6.4. Un accompagnement en stage difficile	104
6.5. Remise en cause des conditions d’accès aux formations paramédicales	104
Chapitre 5 – Un territoire et des accords	106
1. La convention tripartite régionale	107
1.1. Qu’est-ce que la région ?	107
1.2. Les signataires de la convention	107
1.3. La convention	108
2. La convention sur le territoire académique	111
2.1. Le territoire	111
2.2. Les signataires du territoire	112
3. La mise en œuvre de la convention	114
3.1. Historicité	114
3.2. Stratégies	116
3.3. Résultats	118
4. Les autres accords et collaborations, hors convention	118
4.1. Des partenaires universitaires... ou pas	118
4.2. Des groupes de travail inter IFSI	119
4.3. Des accords entre IFCS et universités	119
5. Quel avenir pour la collaboration territoriale	120
5.1. Un bilan réalisé en juin 2012	120
5.2. La collaboration avec les deux autres territoires académiques de la région	121
5.3. Une dépendance à l’égard de l’université	121
5.4. Bilan des liens avec l’université, hors des unités contributives	122
5.5. La compétence 8, initiation à la démarche de recherche	122
5.6. L’avenir des IFSI en débat au sein du territoire	123

SECTION 2

Chapitre 6 – Un cadre théorique pour l'analyse des controverses et des compromis autour de la réforme de 2009 : les Economies de la grandeur

1. Contextualisation de la théorie du Régime de justice	126
1.1. Le contexte sociologique de la théorie du Régime de justice	126
1.2. La sociologie des conventions	127
1.3. Les théoriciens des Economies de la grandeur	129
2. Le Régime de justice	130
2.1. La démarche de Thévenot et Boltanski	131
2.2. Les fondements du régime de justice	131
2.3. Les personnes sont dotées de <i>morale</i>	131
2.4. Pour un principe de justice	132
3. Cités et Mondes	132
3.1. Des axiomes communs à toutes les cités	132
3.2. Modèles théoriques	133
3.3. Les différentes cités	124
3.4. Règles et principes régissant les cités	135
3.5. Les mondes communs	136
4. La justice en mouvement	137
4.1. Les régimes d'action	137
4.2. Epreuves, disputes, critiques, controverses et compromis	138
4.3. La dispute et l'épreuve de justification	138
4.4. La critique et la controverse	138
4.5. L'arrangement et le compromis	139
4.6. Les outils d'analyse	139
5. Le Régime de justice : intérêts et limites pour l'analyse	141

Chapitre 7 – Une posture et une méthode

1. Méthodologie générale	143
1.1. Cadre épistémologique	143
1.2. Posture du chercheur	144
1.3. Observation participante ou participation observante ?	145
1.4. Conditions de réalisation du travail	146
1.5. Critiques et biais de la posture du chercheur	148
2. Méthodologie d'enquête	148
2.1. Etude de cas	149
2.2. Recueil de données existantes	159
3. Méthodologie d'analyse des résultats de l'enquête	162
3.1. Des conseils	162
3.2. Des apports méthodologiques	163
3.3. Différentes étapes suivies	163

Chapitre 8 – Au cœur des IFSI

1. Les directeurs et le sens de la justice	168
1.1. Des références à plusieurs mondes	169
1.2. Une fédération par une dynamique de projet	171
1.3. Des accords et des arrangements	172
1.4. Des difficultés et des doutes	172
1.5. Collaborer avec l'université	173
1.6. Des inquiétudes pour l'avenir	174
1.7. D'autres critiques et disputes	175
1.8. Les professionnels des terrains de stage, autre image du monde domestique	176
2. Les formateurs et le sens de la justice	177
2.1. Les mondes de référence des formateurs	177
2.2. Des mises en œuvre complexes, sources d'épreuves et de critiques	178
2.3. La collaboration avec l'université	181
2.4. Les étudiants	182
2.5. Les professionnels des terrains de stage	183
2.6. Conflits au sein des IFSI	184
2.7. L'avenir de la formation	186
2.8. Une fracture entre professionnels de terrains et professionnels des IFSI ?	187
2.9. Des médiateurs entre les personnes et les mondes	187

Chapitre 9 – Les étudiants infirmiers, au centre des dispositifs

1. Les étudiants en soins infirmiers et le sens de la justice	189
1.1. Des parcours atypiques	189
1.2. Des mondes donnés à voir	191
1.3. Une clarification et un compromis	191
1.4. Les étudiants et les nouveaux objets industriels	192
1.5. Une génération moins impliquée ?	192
1.6. Des étudiants réflexifs	192

2. Les étudiants et les universitaires : des accords et des critiques	193
2.1. Une méconnaissance du milieu universitaire	193
2.2. Une critique de la logique industrielle de formation	193
2.3. Des cours appréciés et d'autres moins	194
2.4. Une première année indigeste	194
2.5. Des apports enrichissants	195
3. Les étudiants et les médecins	195
3.1. Des cours magistraux pas toujours adaptés	195
3.2. L'histoire est présente	195
4. Les professionnels des terrains de stage	196
4.1. Une critique des parcours de stage	196
4.2. Un accompagnement en stage sujet à caution	196
4.3. Des professionnels nostalgiques	196
4.4. Un manque de confiance	197
4.4. Des transferts de compétences sources de controverses	197
4.5. Des arrangements qui apaisent les controverses	197
5. Les étudiants, les formateurs et la formation	198
5.1. L'ingénierie de formation est complexe	198
5.2. Le cœur de métier est plébiscité	198
5.3. Un déficit d'académisme	199
5.4. Une formation infantilissante	199
5.5. Une dynamique domestique	199
6. Parlons d'avenir	199
6.1. Une inquiétude pour l'entrée en activité	200
6.2. Des craintes pour l'emploi	200
6.3. Une main tendue aux futurs étudiants	200
6.4. Un futur ancré dans les principes du passé	201
6.5. D'autres craintes et critiques	201
 Chapitre 10 – Sur les terrains de stage, des professionnels infirmiers	 203
1. Les professionnels infirmiers et le sens de la justice	203
1.1. Le monde domestique et le monde civique sont très prégnants	203
1.2. L'importance de la technique	204
1.3. Une logique marchande dans l'univers du soin	204
2. Les professionnels et le nouveau référentiel	204
2.1. La nouvelle alternance mise en cause	204
2.2. Une réforme mal assimilée car mal comprise	204
2.3. Des connaissances à l'épreuve de la pratique de terrain	205
2.4. Une posture de rejet	205
2.5. Une perte de liens entre IFSI et lieux d'exercice infirmiers	205
3. Les professionnels et les nouveaux objets	206
3.1. De nouveaux objets jugés étranges et d'anciens objets regrettés	206
3.2. La crainte d'une perte de compétence professionnelle	206
4. Les professionnels et les étudiants	207
4.1. Des connaissances mal appliquées à la réalité du travail infirmier	207
4.2. Les principes domestiques mis à mal	207
4.3. Le stress dû à la responsabilité	207
4.4. Des épreuves renouvelées	208
5. Les professionnels et le travail infirmier	208
5.1. Des institutions exigeantes	208
5.2. La logique marchande renforce les difficultés	208
6. Les professionnels et l'avenir	209
6.1. Le pessimisme prévaut	209
6.2. Une tension entre care et cure	209
6.3. Une nouvelle génération d'infirmiers moins motivée ?	209
6.4. Des traditions à maintenir	209
6.5. Une reconnaissance peut-être possible	210
 Chapitre 11 – Des universitaires partenaires de la formation initiale infirmière	 212
1. Les universitaires et le sens de la justice	212
1.1. Des missions ancrées dans la scientificité	212
1.2. Une adaptation au public des étudiants infirmiers	213
1.3. Une méthodologie rigoureuse	213
1.4. Des travaux de recherche impliquant des infirmiers	213
1.5. Une dynamique de projets	214
1.6. Une ouverture vers le monde domestique et le monde civique	214
2. Un universitaire non médecin	215
3. Les universitaires et l'université à l'épreuve de la convention	215
3.1. Une nouvelle mission	215
3.2. Une mission chronophage reconnue mais non valorisée	216
4. Les universitaires, les infirmiers et un compromis	216

4.1. Une clarification	216
4.2. La construction d'un compromis	216
4.3. Des mises en œuvres différentes selon les disciplines universitaires	217
4.4. Une posture d'ouverture	217
4.5. Une évolution des relations	218
5. Les universitaires et la pédagogie	218
5.1. Une nouvelle approche	218
5.2. Le recours à des objets spécifiques nouveaux	219
6. Les universitaires et les étudiants	219
6.1. Un public étudiant peu homogène	219
6.2. Un regret de relations trop superficielles	220
6.3. Une adaptation à l'univers infirmier	220
6.4. Un apprivoisement	221
6.5. Une expérience satisfaisante	221
7. Les universitaires et l'avenir	221
7.1. Une évolution possible ?	221
7.2. Des organisations à améliorer	222
7.3. Une extension de l'expérience	222
 Chapitre 12 – Des transactions en justice qui régulent les collaborations	 224
1. Schématisation des relations entre personnes et des transactions en justice	224
1.1. Relations engagées entre les groupes de personnes concernées par la réforme	224
1.2. Modélisation des transactions en justice	226
2. Au sein des IFSI	229
2.1. Un compromis au service de la qualité de l'enseignement	229
2.2. Critiques et controverses	229
2.3. Accords et consensus	230
3. Une dynamique de projet	231
3.1. Une acculturation	231
3.2. Des développements en cours	231
3.3. Des personnes créatrices de liens	232
4. Les professionnels infirmiers	232
4.1. L'histoire des soins infirmiers permet de comprendre aujourd'hui	232
4.2. Le recours aux arrangements pour sortir des épreuves	233
4.3. Une évolution du métier infirmier	233
 Chapitre 13 – Perspectives et prospectives : des risques et des opportunités	 235
1. Une fracture entre professionnels des IFSI et professionnels des lieux d'exercice	235
1.1. Les raisons de cette fracture	235
1.2. Des critiques	236
1.3. Evaluations en stage, la nostalgie des MSP	237
1.4. Des stratégies variées	237
1.5. Des formations au tutorat	238
1.6. Pour réduire la fracture	238
2. Des médiateurs dans tous les aspects de la formation infirmière	239
2.1. Différents médiateurs	239
2.2. Le rôle des cadres de santé	240
3. L'universitarisation : pour quoi faire ?	241
3.1. L'universitarisation : des plus et des moins	241
3.2. Quelle discipline infirmière ?	241
3.3. Pourquoi une discipline infirmière ?	242
3.4. Infirmiers et aides-soignants : l'ambiguïté du rôle propre	242
4. Quels infirmiers demain ?	244
4.1. Des attentes différentes	244
4.2. Des enjeux de santé publique	244
4.3. Le rôle des infirmiers libéraux	245
4.4. Le sens du soin	245
5. Le soin, un produit comme un autre ?	245
5.1. L'accès aux soins	246
5.2. Une marchandisation de la santé ?	246
5.3. Des témoignages de soignants	247
 Conclusion générale	 249
Une étude de cas et des résultats	249
Intérêt de notre travail de recherche	253
Hypothèses et pistes de travail	255
De possibles travaux ultérieurs	258
L'avenir ne se décrète pas, il se construit	260
De nouvelles mutations en cours d'élaboration	260
Références et bibliographie	263
Glossaire des signes et abréviations	277

Introduction générale

« La formation et le soin sont deux modalités inséparables de notre présence au monde. Pour la mise en évidence des liens qui les unissent, une élucidation de la manière dont nous existons “au monde” est indispensable. » (Honoré, 2003, p. 97)

A la rentrée scolaire 2009 ont eu lieu, en France, les premiers pas de la mise en œuvre d’une réforme des études infirmières.

Issue de l’application des accords de Bologne signés en 1999, cette réforme vise la reconnaissance du grade licence pour les infirmiers diplômés. Elle ne se contente pas de préciser les contenus des enseignements. Elle initie, en outre, une approche pédagogique socio-constructiviste qui modifie les relations entre formateurs et étudiants et elle induit une autre approche de la transmission, basée jusqu’alors entre pairs. Le rapport au savoir qui prévalait est modifié.

Des outils nouveaux sont liés à cette nouvelle approche, tel le portfolio de l’étudiant. La logique modulaire, qui était calquée sur les pathologies médicales, est remplacée par une logique de compétences acquises transversalement au cours des trois années. La réforme remodélise les conditions d’accès au diplôme infirmier et les modalités de l’évaluation des étudiants, en instituant de formation en soins infirmiers (IFSI) comme en stage, modalités auxquelles l’obtention du diplôme est assujettie.

De plus, la réforme fixe un nombre d’heures devant être enseignées par des enseignants affiliés aux universités. Elle s’ouvre ainsi à la collaboration avec l’université et traduit ce que nous appelons une universitarisation de la formation initiale infirmière.

Cette universitarisation tend à réduire la maîtrise que le groupe professionnel infirmier, malgré sa segmentation et sa diversité, était historiquement parvenu à acquérir en ce qui concerne la définition de la formation et des dispositifs qui permettaient d’accéder au diplôme permettant l’exercice professionnel. A ce titre, la réforme n’est pas sans susciter des controverses, des tensions, des compromis, des inflexions, etc. entre les acteurs concernés.

En fixant un nouveau référentiel de formation, la réforme de 2009 affecte inévitablement un jeu social engageant l’ensemble des professionnels du soin. Suivant Hughes (1951), la constitution du groupe professionnel infirmier s’est fait dans la relation aux autres acteurs du soin. Bien entendu, les définitions des rôles de chacun de ces acteurs du soin ne sont pas statiques. Elles évoluent d’ailleurs très vite depuis ces dernières années, aussi bien dans les textes réglementaires que sur le terrain, c’est-à-dire dans le quotidien de la réalisation des soins.

Des tâches, de plus en plus techniques et jusqu’alors dévolues aux médecins, sont à présent réalisées par les infirmiers. Des transferts de compétences s’exercent également des infirmiers vers les aides-soignants. Ceux-ci sont à présent habilités, par exemple, à effectuer des prises tensionnelles et à réaliser des glycémies capillaires.

Observons que les mutations des missions des professionnels du soin s’effectuent en outre dans un contexte de transformations du système de santé. Des changements importants ont en effet eu lieu durant cette dernière décennie, initiés par des textes législatifs et réglementaires. Des lois ont modifié la logique organisationnelle des institutions de soin, par exemple les textes portant sur la tarification à l’activité (T2A) et la loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST). Il s’en est suivi des changements d’organisation des soins et des contraintes économiques plus accrues. Ceci a une incidence sur les conditions d’exercice professionnel infirmier, et par conséquent sur les conditions d’accueil des étudiants lors des stages cliniques.

La réforme s’inscrit dans ce contexte en transformation. Elle n’est potentiellement pas neutre dans sa définition et ses effets, quant à la redistribution des positions des acteurs dans un jeu complexifié.

Le groupe professionnel infirmier s'en trouve-t-il renforcé, affaibli, ou bien simplement requalifié, sans implication en ce qui concerne son positionnement dans la structure sociale des soins ?

Cette question est sous-jacente à notre travail de recherche, même si elle n'en constitue pas le fil conducteur. Notre interrogation directrice porte prioritairement sur la manière dont les acteurs vont négocier la réforme et justifier leur prise de position dans le processus même de son implémentation.

Que nous soyons dans le cas de figure d'une acceptation ou, à l'opposé, d'une contestation, les acteurs doivent rencontrer les contraintes de la justification publique. Le cadre théorique du Régime de justice tel que développé dans les *Economies de la grandeur* (Boltanski, Thévenot, 1991) nous paraît de ce fait un outil théorique de référence en nous permettant de décrypter, au niveau micro-social, les convergences et divergences entre des groupes de personnes qui n'avaient pas vocation à collaborer – les formateurs des IFSI et les universitaires.

Elle nous permet d'interroger les controverses entre mondes de référence des différents acteurs, de lire les disputes et les justifications. Quelle collaboration est œuvrée entre partenaires de la formation initiale infirmière ? Et quelles sont les évolutions données à voir de cette collaboration, au regard des opportunités et des risques pour le groupe professionnel infirmier ?

Une telle approche a évidemment une implication méthodologique directe : nous ne pouvons pas nous limiter à regarder de l'extérieur l'implémentation de la réforme. Nous devons ouvrir la boîte noire de sa mise en œuvre, nous imprégner des lieux et aller à la rencontre des acteurs. Outre les outils méthodologiques classiques, enquêtes et entretiens, notre implication personnelle en tant qu'acteur direct de la formation initiale infirmière nous a engagée dans une démarche complémentaire de participation observante.

La complexité du domaine à étudier nous a conduite à délimiter le champ de notre étude. Si notre terrain est constitué de groupes d'acteurs locaux, agissant au sein d'institutions concrètes établies sur un territoire donné (niveau micro-social), nous devons au préalable le contextualiser en tenant compte, en France, de deux autres niveaux d'analyse qui participent à la structuration de l'échelle locale :

- le niveau macro-social qui nous permet d'étudier la mise en œuvre de la réforme à l'échelle du territoire national, en contextualisant cette mise en œuvre sur les plans institutionnels et sociaux ;
- le niveau méso-social, celui de l'échelle régionale qui met en résonance les enjeux et les acteurs du territoire national et ceux du territoire local.

Les acteurs les plus proches de la mise en œuvre sont influencés par ces paramètres macro- et méso-sociaux. Mais qui sont ces acteurs ? Bien évidemment, nous retrouvons les acteurs de la formation : les responsables des institutions concernées, les personnels des IFSI, les professionnels infirmiers et, à présent, les enseignants universitaires. Ce qui nous amène à nous interroger sur les composantes de l'enseignement prescrites par le référentiel pour chacun de ces groupes d'acteurs. Et il ne convient surtout pas d'oublier les étudiants en soins infirmiers qui sont au centre du dispositif de formation et donc au cœur des orientations pédagogiques issues du référentiel de 2009.

La réforme relève d'une imposition venant d'en haut. Toutefois, sa traduction locale implique une co-construction entre les groupes d'acteurs de la formation.

Autrement dit, en cas de non conflit explicite, elle suppose de trouver au minimum un accord de coexistence pacifique dont les formes et contenus peuvent être variables. Un accord a-t-il été trouvé ? Un compromis a-t-il été frayé entre les acteurs ? Comment ? Telles sont les questions qui nous ont guidée au préluce de cette thèse.

L'observation fine de l'implémentation de la réforme a aussi une portée plus normative en interrogeant les risques et opportunités de l'universitarisation pour le groupe infirmier dans son ensemble. Nous ne pouvons occulter qu'au-delà des enjeux de compréhension scientifique des effets de la réforme, notre étude a des résonances personnelles, en partie liées à notre statut professionnel. S'il s'agit de décrire et d'interpréter rigoureusement des processus et des effets, il s'agit également de réfléchir de façon engagée aux enjeux pour le groupe professionnel et ses publics.

En somme, nous avons entrepris d'étudier en quoi la réforme de 2009 représente un changement essentiel dans l'histoire de la formation infirmière en redistribuant les cartes entre une pluralité d'acteurs, anciens ou nouveaux. Les relations anciennes entre acteurs sont-elles modifiées ? Comment se sont nouées les relations nouvelles ? Comment un accord a-t-il pu être forgé ? Quels bénéfices et quels risques ces changements produisent-ils sur la formation initiale infirmière et, par voie de conséquence, sur le groupe professionnel infirmier ?

Pour répondre à ces questions majeures, nous avons suivi un cheminement allant du général au particulier. Dans une première section, nous traitons du contexte :

- Le Chapitre 1 expose la problématique qui initie l'ensemble de notre étude.
- Le Chapitre 2 s'intéresse au déroulement historique qui a construit la culture infirmière dans ses modes d'exercice et dans sa transmission.
- Le Chapitre 3 situe la réforme de 2009 dans le contexte européen. Il explicite les grandes lignes du nouveau référentiel de formation et les changements fonciers impliqués par celui-ci.
- Le Chapitre 4 examine la mise en œuvre de la réforme de 2009 à l'échelon du territoire national et permet de distinguer les controverses entre groupes de personnes.
- Le Chapitre 5 dessine le contexte de réalisation de notre étude de cas. Le territoire académique régional, les partenaires et les enjeux y sont décrits.

Dans une seconde section, nous analysons la mise en œuvre au plan local :

- Le Chapitre 6 définit le cadre théorique qui nous permet de lire les discours et de les interpréter : les *Economies de la grandeur*.
- Le Chapitre 7 explicite la méthodologie adoptée.
- Les Chapitres 8 à 11 analysent les discours des différents groupes de personnes concernées localement par la réforme de 2009 (directeurs, formateurs, étudiants, universitaires, professionnels infirmiers).
- Le chapitre 12 réalise la synthèse de l'ensemble des analyses et en dégage des lignes d'explicitation, d'interprétation et de réflexion.
- Le Chapitre 13 propose des hypothèses de compréhension et dégage des perspectives et perspectives.

Dans la Conclusion générale, nous avons voulu réarticuler dans un mouvement unique d'écriture les enseignements majeurs que nous retirons de ce vaste travail dont l'enjeu principal, pour nous, a été de comprendre le phénomène de la réforme et les défis qu'elle génère pour un groupe professionnel auquel nous avons été statutairement attachée jusqu'à notre récente retraite, retraite relative puisque nous continuons d'exercer en recherche et en enseignement.

Cette thèse est l'œuvre d'une praticienne qui a dû prendre la distance nécessaire pour saisir une réalité à chaud, selon les standards de l'analyse scientifique, tout en gardant l'ambition de contribuer à la réflexivité d'un milieu de pratique sur lui-même. Une tension lourde à assumer mais que nous espérons fructueuse.

SECTION 1

Contextualisation de la réforme de 2009 et construction d'une problématique

Chapitre 1

La réforme des études infirmières de 2009 : un bouleversement de forme et de fond de la profession infirmière ?

« Nous poserons donc comme hypothèse que la transmission se fait essentiellement en fonction de la représentation de sa pratique et de sa culture professionnelles et que par conséquent l'influence des acteurs de l'université, de l'IFSI et du terrain, du fait de leurs représentations différentes, véhiculent des conceptions du transmettre différentes. » (Noël-Hureaux, 2012, p. 2)

Introduction

La réforme des études infirmières de 2009 a lieu dans un paysage qui est loin d'être neutre de par l'histoire de la profession et de par le climat de crise économique, politique, sociale et financière que connaît la France. Les réformes universitaires, les politiques de santé en plein bouleversement, du fait des enjeux démographiques et des déficits financiers de l'assurance maladie et de l'assurance vieillesse de plus en plus difficiles à maîtriser, accroissent la complexité de l'analyse de la mise en œuvre de cette réforme. Les enjeux sont nombreux, tant les champs concernés se croisent et s'entrecroisent.

L'histoire des soins en France revêt une identité spécifique qui pointe une dynamique conflictuelle. Les tensions entre le pouvoir médical ou institutionnel et les personnels soignants paramédicaux ont été présentes lors des différentes époques de cette histoire. Ces tensions semblent à nouveau agitées du fait de la réforme de 2009 et des incidences de celle-ci. Les professionnels de la santé évoluent dans des conditions politiques tendues et des conditions économiques contraintes.

Nous nous interrogeons donc dans cette recherche doctorale sur ce que la réforme de 2009 fait au groupe professionnel infirmier. Notre propos est de formuler une série de questions, dans le but de problématiser l'effet de la réforme.

Mais il convient, avant de nous pencher sur l'objet qui nous préoccupe, de préciser notre statut épistémologique qui est celui d'un praticien réflexif.

Diplômée en 1980 infirmière de secteur psychiatrique, nous avons travaillé cinq ans dans les secteurs public et privé des soins en psychiatrie. Après 1986, nous avons exercé en soins à domicile en intérim, après validation du diplôme d'Etat *généraliste*. Nous avons ensuite réintégré l'hôpital public et avons travaillé en tant qu'infirmière dans des unités de gériatrie, de cardiologie, de chirurgie et de réanimation polyvalente. Après avoir été faisant fonction de cadre de santé en unité dédiée Alzheimer, nous avons effectué une formation de cadre de santé en 2007 et avons eu en responsabilité pendant deux ans une unité EHPAD de 70 résidents. Nous avons travaillé en région parisienne, dans une grande métropole régionale et dans des villes moyennes de province. Nous avons exercé dans les secteurs public et privé, en hôpital, en clinique, dans des lieux de vie et à domicile, soit en poste fixe, soit en intérim ou encore en pool. Nos expertises les plus prégnantes sont celles des domaines de la gériatrie et des soins d'urgence et réanimation.

En 2010, nous nous sommes tournée vers la transmission, ce qui nous est apparu comme une évidence, après un parcours professionnel de terrain dense et diversifié. C'est ainsi que nous avons été formateur dans un IFSI Croix Rouge de juin 2010 à décembre 2015, avec pour responsabilités principales l'initiation à la recherche et les soins d'urgence et réanimation. Nous avons également eu l'occasion de collaborer avec les facultés de médecine-pharmacie et de langues du territoire académique, dans le cadre de la co-construction d'unités d'enseignement.

C'est ainsi que, après avoir validé un master de sociologie en 2012, nous avons souhaité poursuivre nos recherches en étudiant les faits mêmes que nous vivions dans notre pratique professionnelle. Nous avons alors adopté la posture de participant observateur.

L'ensemble de notre travail doctoral est empreint de notre expérience professionnelle et personnelle. Notre posture d'acteur-chercheur est explicitée amplement dans le chapitre 7 consacré à la méthodologie qui nous a guidée.

1. La réforme de 2009

Il importe de clarifier ce que recouvre le terme d'« universitarisation », trop souvent entendu comme un accès à l'université pour les infirmiers diplômés.

« On parle d'universitarisation. C'est un barbarisme qui suggère trois dimensions : une dimension institutionnelle relative au rapprochement des IFSI avec l'université ; une dimension pédagogique avec ouverture de parcours de formation pluriels ; une dimension professionnelle avec une attente de reconnaissance sociale d'un diplôme universitaire pour les infirmiers, diplôme qui n'est pas anodin pour établir un meilleur équilibre dans les relations de travail entre les professionnels de santé, gage d'un respect mutuel. » (Boissart, 2013, p. 131)

A cet éclairage, il est plus aisé de comprendre les enjeux multiples de la réforme, avec toutefois une réserve. En effet, en ce qui concerne la dimension professionnelle, il nous apparaît sujet à caution que le respect mutuel puisse être assujéti à un diplôme, et non pas à la qualité des relations établies par les personnes au sein des équipes pluridisciplinaires. Ce fantasme de reconnaissance des individus du fait du niveau de reconnaissance de leur diplôme n'est pas un des moindres domaines de réflexion qu'engendrent les réactions à l'universitarisation.

L'injonction de Bologne d'harmonisation des études supérieures en Europe initiée en 1999 s'est incarnée en 2009 en France par un nouveau référentiel qui a une incidence sur la transformation des modes de formation infirmière. Il ne s'agit pas là d'une simple transformation technique, de modification d'ingénierie de formation, mais bien d'un véritable bouleversement.

Les mutations en cours agitent l'ensemble du groupe professionnel infirmier, dans toutes ses incarnations : professionnels exerçant en intra et extra hospitalier, cadres formateurs des lieux d'enseignements, qu'il s'agisse d'IFSI et ou d'Institut de formation des cadres de santé (IFCS).

Des réformes ont eu lieu antérieurement, en particulier en 1992, année où les « écoles d'infirmières » sont devenues « instituts de formation en soins infirmiers ». Il convient de rappeler que la réforme de 1992 a représenté un choc *civilisationnel* (terme employé à l'époque par les militants infirmiers du secteur psychiatrique) lorsque qu'une filière unique infirmière a mis fin aux spécificités soins généraux/soins en psychiatrie. Aujourd'hui, les conséquences se font toujours sentir et les infirmiers exerçant en psychiatrie restent très attachés à leur expertise historique dont la transmission a été assurée par tutorat.

Par rapport à celle de 1992, la réforme de 2009 a apporté des changements fonciers d'un autre ordre. Parmi eux, citons :

- La logique des compétences remplace celle des modules.
- Les évaluations des unités d'enseignement (UE) sont différentes et multipliées, à combiner entre elles, et plus complexes à mettre en œuvre que l'évaluation des modules qui étaient cloisonnés entre eux.
- Le nombre d'heures d'enseignement est réparti entre instituts de formation en soins infirmiers (IFSI) et universités, de manière réglementaire et non plus par choix ou nécessité.
- La modification de l'alternance, impliquant un nombre d'heures d'apprentissage égal entre stages et IFSI, rallonge la durée des stages de chacune des trois années d'études, au détriment de la diversité de ceux-ci : les stages sont moins nombreux mais plus longs.
- La part laissée aux sciences humaines est plus importante mais requiert plus d'apports d'universitaires non soignants.

- L'attribution du diplôme, autrefois soumise à la mise en situation professionnelle (MSP) et au travail de fin d'études (TFE), épreuves rituelles, est à présent assujettie au nombre d'european credit transfert system (ECTS) obtenus par l'étudiant et comptabilisés au fil des semestres.
- De nouveaux outils de formation, les technologies de l'information et de la communication pour l'enseignement (TICE) font leur apparition, tels que les DVD, les cours en ligne, les téléconférences, la simulation sur mannequins électroniques...

La réforme initie différents changements de méthodes d'enseignement.

De plus, la survenue des universitaires, dont un nombre important d'heures d'enseignement est prescrit par le référentiel et avec lesquels les conventions régionales signent un partenariat, vient brouiller le *modus vivendi* de la formation infirmière, jusqu'alors réalisée majoritairement entre pairs. Quelle incidence ces nouvelles conditions d'enseignement peuvent-elles avoir sur la transmission des compétences, des savoirs et des valeurs infirmiers ?

2. La mise en œuvre de la réforme de 2009

Dans le contexte très mouvant que connaît la France, les lieux d'enseignement des professions soignantes et les universités sont agités et tentent de s'adapter pour survivre.

Jusqu'en 2009, l'apprentissage se déroule pour les infirmiers dans un cadre fixé par les pairs, avec des règles qui sont elles aussi fixées par eux. Qu'il s'agisse d'Institut de formation des aides-soignants (IFAS), d'IFSI ou d'Institut de formation des cadres de santé (IFCS), les règles sont posées en termes de durée des études, de contrôles des connaissances et même d'acquisition du savoir-être professionnel.

Cet apprentissage imprègne déjà les professionnels du soin avant même la prise de fonction véritable. Il est renforcé par le principe de l'alternance qui leur permet d'être confrontés à des savoirs professionnels en action. Il peut être comparé à une sorte de parcours initiatique. Ce parcours, fixé depuis des décennies, est remis en cause par la réforme et, en particulier, l'inclusion des universitaires en tant que partenaires institutionnels de la formation infirmière.

Nous avons la préoccupation de décrire et analyser comment agissent les différents groupes de personnes concernées par la mise en œuvre de la réforme des études infirmières.

2.1. Des différences selon les territoires

Compte tenu du passé de la formation infirmière en France, il est impossible de penser un collectif uniforme, disposant des mêmes besoins et des mêmes ressources.

En ce qui concerne Paris et les grandes villes de province, telles Lyon et Marseille, il est à constater que la densité de la population a induit une forte densité de lieux de soins et par conséquent de lieux de formation infirmière, issus des structures religieuses traditionnelles ou créés par les mouvements médicaux laïcs de la fin du XIX^{ème} siècle. Nous sommes là dans un univers de *grosses machines*, de réseaux de groupements hospitaliers (GH), évoluant dans un foisonnement de lieux d'enseignement (IFSI et universités) et ayant développé des collaborations.

La réalité est plus complexe pour les territoires de province, comme, par exemple, ceux des académies de Rhône-Alpes, qui correspondent à des territoires urbains mais surtout ruraux et semi-ruraux. L'étendue des zones géographiques est importante. Dans une même entité d'autorité académique, nous trouvons, d'une part, de grandes villes telles Lyon, Grenoble et Saint-Etienne, qui sont des villes universitaires et comptent chacune un Centre hospitalier universitaire (CHU), plusieurs hôpitaux et cliniques et plusieurs IFSI, et, d'autre part, des déserts semi-ruraux sans offre d'enseignement universitaire ou presque (antennes des grandes villes seulement), peu de grandes structures de soin hospitalières et un seul IFSI dans quelques villes moyennes.

Ces deux contextes géographiques et démographiques ont une incidence sur la mise en œuvre du référentiel de 2009.

2.2. Des IFSI et des universités

Du fait de leurs représentations différentes de la pratique et de la culture professionnelle infirmière, les divers acteurs de la formation abordent chacun à leur manière la transmission.

Le processus d'universitarisation du diplôme infirmier implique une adaptation des contenus des enseignements, des modalités d'évaluation, des responsabilités des universitaires, des professionnels des terrains de stage et des IFSI. La transmission, jusqu'alors agie dans l'alternance entre écoles et terrains de stages, est perturbée et remise en question par l'introduction des milieux universitaires, facultés de médecine-pharmacie et facultés de sciences humaines.

« Le processus d'universitarisation [de la formation infirmière] conduit à ce que l'université joue un rôle actif dans la formation des infirmières en fixant un cadre dans lequel cette formation doit s'effectuer, en contrôlant le contenu et le déroulement de certains enseignements (pour les enseignements à coordination universitaire : qui se composent de deux blocs : "sciences humaines sociales et droit" d'un côté, et, de l'autre, "sciences biologiques et médicales")... » (Mathieu-Fritz, 2013)

Les interactions IFSI-universités sont affectées de manière commutative puisque les universités ont vocation à se professionnaliser et les IFSI à s'universitariser.

Les mondes des savoirs académiques et des savoirs professionnels praxéologiques, sont en présence et en communication. Ils bâtissent des actions qui se veulent communes. Qu'en est-il dans les faits ?

Nous serons amenée à développer de nombreux aspects concrets des différentes collaborations entre personnes qui sont impliquées dans la mise en œuvre de la réforme de 2009.

3. Des enjeux majeurs

Les enjeux liés à la réforme sont nombreux. La transmission est amenée à évoluer tant sur la forme que sur le fond. Les différents groupes de personnes concernés par la formation initiale vont connaître une mutation de leurs missions. Les enjeux des changements se décrivent en risques et opportunités.

« Je crois que l'art infirmier commence à peine à s'émanciper et nous sommes à l'aube d'une nouvelle existence soignante » (Pacific, 2012)

3.1. Une modification de la transmission

Les modifications de fond que nous avons évoquées risquent-elles d'avoir une incidence directe ou indirecte sur la transmission de la culture infirmière ? Si l'on considère que cette culture, comme toutes les cultures professionnelles, est la somme d'une histoire, de savoirs formels et informels spécifiques, d'un langage, d'une posture, d'une transmission et d'une reconnaissance par les pairs, alors oui, il y a lieu de se questionner sur la pérennité de ce qu'elle incarne aujourd'hui. La rupture historique est en germe.

Les savoir-faire formels sont préservés. Mais les savoir-faire informels, les *trucs* de métier, sont moins enseignés en IFSI car les ateliers pratiques deviennent difficiles à mettre en œuvre. De plus, du fait de la diminution du nombre des stages due à la nouvelle alternance, la possibilité d'acquérir des coups de main et des astuces tant pratiques qu'intellectuels sont de plus en plus limités lors du cursus étudiant.

Le langage, quant à lui, risque de perdre ses éléments attachés aux sciences humaines pour se spécialiser de façon technique. Si la technicité a été, et est toujours, plébiscitée par les infirmiers, elle est jusqu'alors enseignée comme un élément du prendre soin. Il serait préjudiciable à la nature des soins infirmiers que seul le langage technique devienne prévalent.

Par ailleurs, les générations entrant en formation cultivent l'immédiateté plus que l'apprentissage sur du long terme. Aussi, l'acquisition d'un vocabulaire et de tournures de phrases et d'idiomes trop précis, jugés par eux trop « intellectuels » ou trop « philosophiques », les *ennuie*, ainsi que nombre de jeunes étudiants l'expriment. Et voilà qui peut être interrogeant lorsque l'on considère que « la

capacité de nommer et de s'exprimer » constitue un des six éléments combinatoires de l'acquisition de la compétence soignante. (Hesbeen, 2017, p. 114)

La posture, la transmission et la reconnaissance sont également interrogées.

3.2. Risque de perte de sens ?

Les logiques de rapports de force et de tensions entre différents groupes de personnes qui luttent pour leur survie financière et/ou identitaire sont à dégager des discours.

« La requête du sens est permanente pour tout être humain, quel que soit son métier ou sa situation; mais la singularité du travail médical dans sa confrontation incessante au mal, à la souffrance et à la mort, la rend encore plus omniprésente, obsédante, insidieuse. » (Thiel et alii, 2003, p. 19)

La confrontation avec de nouveaux groupes de personnes, et plus particulièrement ceux des facultés de médecine et de sciences humaines, interroge, en effet, le risque de perte ou de dilution des valeurs attachées au groupe professionnel infirmier.

Or, les infirmiers sont attachés aux valeurs qui sont les leurs.

Max Weber, dans *Economie et société*, explique que les sciences sociales sont amenées à prendre en considération le rapport aux valeurs des groupes sociaux analysés. Les valeurs sont des impératifs, des exigences, des convictions portant sur ce qui apparaît à l'individu « comme commandé par le devoir, la dignité, la beauté, les directives religieuses, la piété ou la grandeur d'une "cause", qu'elle qu'en soit la nature ». (Weber, 1922, p. 56)

Pour Boudon et Bourricaud, les valeurs sont des « idéaux collectifs », des « préférences finales et ultimes », des « états légitimés, valorisés et désirables du système social » (Boudon et Bourricaud, 1982, p. 663-670).

Nous entendons ici pour valeur ce qui est posé comme vrai, beau, bien, selon des critères personnels ou sociaux, et qui sert de référence.

Nous avons déjà travaillé à mettre en évidence les valeurs plébiscitées par les soignants.¹ Pour tous les soignants rencontrés, la valeur essentielle (au sens étymologique du terme) est le respect : respect soignants/patients et soignants/soignants. Cette valeur de base, elle-même posée sur l'humanité, induit les autres. Elle est un incontournable.

Selon Walter Hesbeen, pour la pratique soignante, les valeurs non négociables sont : respect, dignité, bienveillance et politesse ; les valeurs indispensables sont : humilité, sensibilité, générosité et délicatesse. (Hesbeen, 2017, pp. 68-86)

Pour les soignants, les valeurs sont innées mais se travaillent, se développent par l'expérience professionnelle, la formation, le travail sur soi. Il convient de s'interroger toutefois sur l'écart possible entre valeurs proclamées et valeurs intériorisées, et de réfléchir sur l'évolution des valeurs à l'épreuve de la réalité de l'exercice professionnel.

Les valeurs attachées au soin à autrui trouvent leurs fondements chez les philosophes classiques et contemporains. Des auteurs s'imposent d'emblée pour expliciter cet intérêt porté à l'Autre.

Certains travaux menés par Emmanuel Levinas portent sur la phénoménologie du visage humain, sur la reconnaissance, l'empathie produite par la vision du visage de l'autre, de *l'alter ego*, « l'autre soi-même ». Cette relation au visage est très prégnante dans le soin, dans l'intimité du soin, de visage à visage, d'être à être.

Michel Dupuis, décline les trois niveaux d'exigence éthique exposés par Paul Ricœur :

« Globalement, et dans l'ordre,

- le soin portera d'abord sur moi-même et mon identité, sur le sens de mon travail et de ma vie qui demande l'estime de soi ;
- puis sur autrui, qui me fait face dans la situation du présent (c'est la sollicitude), qui me présente sa souffrance, son mal, son besoin, sa demande d'aide ;

¹ Marie Petrus-Krupsky, Mémoire Master I, *Un management par les valeurs, illusions & réalités*, IFCS Lacassagne-Lyon II, Juin 2008.

- enfin sur les autres, sans visage et anonymes, qui sont la société du présent, du passé et aussi du futur (responsabilité intergénérationnelle), qui demandent des institutions, des organisations et des procédures justes. » (Dupuis, 2013, p. 51)

Philippe Svandra s'inspire également de la pensée de Ricœur lorsqu'il s'exprime ainsi :

« Comme nous l'avons noté, pour Paul Ricœur l'expérience de reconnaissance mutuelle porte un nom : la sollicitude. Le soin, comme mode d'expression de la sollicitude, constituerait, d'un certain point de vue, une réponse à une demande de reconnaissance, celle de la souffrance et de la singularité d'autrui. » (Svandra, 2009, p. 233)

L'éthique et la déontologie des soins infirmiers sont ancrées dans la philosophie humaniste. Pour Hesbeen, il est primordial, lorsqu'il s'agit de s'engager dans une activité de soin, de l'envisager dans un contexte d'engagement d'humanisme soignant :

« L'humanisme soignant se présente comme un courant de pensée qui oeuvre pour accorder plus d'importance à l'humanité des personnes présentes dans les différentes formes de structures et d'organisations qui ont pour mission de prendre soin des hommes et des femmes malades ou, plus largement, de celles et de ceux qui requièrent une aide professionnelle dans le décours de la vie quotidienne. » (Hesbeen, 2017, p. 49)

Ainsi, les soins infirmiers sont indissociables des valeurs qui y sont attachées, valeurs qui sont travaillées lors de la formation initiale et mobilisées lors de l'exercice professionnel. Le bouleversement du à la réforme de 2009 interroge sur le risque encouru pour les valeurs soignantes.

« Si le soin est avant tout une question éthique et politique, c'est parce qu'il concerne tout à la fois ma responsabilité *pour* autrui et *pour* la collectivité. » (Svandra, 2009, p. 208)

3.3. Le rapport au pouvoir médical différemment interrogé

Nombre de formateurs et de professionnels infirmiers considèrent que le pouvoir médical risque de prendre le pas du fait de la réforme de 2009 qui introduit les facultés de médecine au sein des IFSI. Les savoirs médicaux pourraient, en effet, s'affirmer comme savoirs d'experts et, donc, comme savoirs de référence. Les plus pessimistes craignent que les facultés de médecine-pharmacie absorbent purement et simplement les IFSI, au risque de perte de la qualité de la formation, au regard des valeurs que nous venons de poser.

Les soignants et les formateurs des IFSI et IFCS développent des stratégies et des réactions de résistance, ou bien sont en recherche de consensus. Certains cadres, formateurs ou de terrain, et nombre d'étudiants sont favorables au rapprochement avec les facultés de médecine-pharmacie.

« [...] l'Université symbolisant l'accès au savoir et jouant un rôle tout à la fois de *professionnalisation* (par une formation de plus haut niveau qui spécialise davantage) et de *déprofessionnalisation*, une formation dispensée au titre de l'Université, et non plus dans un établissement à caractère directement et plus étroitement professionnel, correspondant mieux à l'idée que l'on se fait de *faire des études*² au sens le plus large). » (Lombard, 2013, p. 33)

Les associations infirmières, peu suivies par les professionnels dont elles sont mal connues ou reconnues, tentent de fédérer une unité de pensée et d'action et continuent de prôner l'intérêt essentiel pour le groupe professionnel de créer, à l'instar d'autres pays francophones, une véritable filière universitaire, par le biais de Hautes Ecoles de Santé, indépendantes des facultés de médecine ou par le biais de départements autonomes au sein des facultés de médecine. Les jeux d'acteurs sont complexes et mouvants.

3.4. Des inconnus dans la maison

Le problème que doivent résoudre les IFSI est de marier la prescription d'universitarisation (et de l'académisme y afférant) avec la tradition d'apprentissage professionnel par le mimétisme, la modélisation, l'opérationnel. Le risque, exprimé par les soignants de terrain et les formateurs, est de

² [...] la technè du soin comporte un appel à ce sur quoi elle peut se construire et se fonder.

transformer un travail professionnel en travail technicien. La résistance au changement n'est pas universelle, mais l'inquiétude et la déstabilisation sont communes.

Le souci des formateurs et des professionnels infirmiers est de se voir désappropriés de leur champ de compétences, de voir les traditions de créativité et d'autorégulation du milieu infirmier menacées par la régulation dirigiste d'un managérialisme impersonnel académique. Ils redoutent de voir le cœur de métier mis à mal du fait de l'universitarisation des études qui amène des *étrangers*, des *profanes*, à pénétrer dans leur univers *sacré*.

3.5. Les modalités d'apprentissage interrogées

Le postulat pédagogique des IFSI est une ingénierie d'apprentissage andragogique axé sur le socio-constructivisme. L'étudiant infirmier, encouragé à la réflexivité, construit ses savoirs professionnels en recueillant des références, des normes, en observant et imitant, en collectant informations écrites, orales, praxéologiques et posturales. Il construit ainsi sa carte personnelle de connaissances, de manière totalement individuelle, empirique, par immersion. La finalité est de lui permettre la transférabilité de ses savoirs, savoir-faire et savoir-être dans des situations de soin complexes. Cette transmission ne répond pas toujours à des protocoles identifiables, et introduit ainsi des aléas. Elle n'est par conséquent pas susceptible de reconnaissance de scientificité car assujettie aux individus, aux contextes, aux représentations individuelles des professionnels-transmetteurs qui prévalent sur les savoirs (Coudray, Gay, 2009, pp. 118 et suiv.). Cette culture de la transmission est un atout par l'authenticité et la complicité dans une logique d'apprentissage et de compagnonnage.

Qu'en est-il de la confrontation de cette approche de l'enseignement professionnel infirmier avec l'approche des enseignants universitaires ? Les deux approches sont-elles semblables ou compatibles ? Ou bien s'agit-il d'envisager une autre logique d'apprentissage venant compléter ou s'opposer à celle préexistante ?

3.6. Quelle définition de l'infirmier ?

Andrew Abbott a abordé la sociologie des groupes professionnels en rappelant qu'ils sont définis par des critères précis (2003). En ce qui concerne le groupe professionnel infirmier, nous pouvons nous interroger sur les repères suivants : Quel recrutement pour les étudiants infirmiers, quel parcours d'études, quel diplôme à la clef de la formation ? Ces trois axes principaux permettent de cerner une définition de l'infirmier.

S'interroger sur une définition de l'infirmier conduit à s'interroger sur la nature même des soins infirmiers.

« Le *soin infirmier* transcende en tous cas la classique ligne de partage posée par la pensée grecque et demeurée si étonnamment pertinente – entre soigner quelqu'un au sens de s'occuper de lui (*épiméleia*) et soigner un corps, une blessure, une maladie (*thérapie*). » (Lombard, 2013, p. 38)

Les soins infirmiers sont constitués du *soin* nécessitant des *soins* : « Au fond, c'est bien de comprendre cette distinction dont il est ici question afin d'écarter le risque de confusion entre la *finalité* – *cet être singulier dont on prend soin* – et les *moyens utilisés* – les *soins qui lui sont prodigués*. » (Hesbeen, 2017, p. 31)

Les soins infirmiers ne peuvent être réduits à un catalogue d'actes et techniques, de même que les infirmiers ne peuvent être réduits à des prestataires d'actes et de techniques.

Par ailleurs, il est intéressant de se demander comment les infirmiers se définissent eux-mêmes, toujours avec le souci de s'interroger sur l'unité ou la diversité de ce groupe professionnel. Existe-t-il des représentations et croyances communes aux infirmiers ? Quelles sont les lignes de segmentations visibles ? Quelles stratégies adoptent les infirmiers pour préserver leur activité et défendre leur légitimité ?

En effet, « [...] les groupes professionnels ne sont pas des entités constituées de l'extérieur, distinguées selon des principes étrangers aux visées des acteurs, sans pertinence pour ces derniers.

Ils sont des groupes organisés, en principe capables de se constituer en acteurs collectifs, de se structurer pour agir, de conduire des stratégies précises, et cela dans l'objectif, général, de défendre les intérêts de leurs membres. » (Demazière, Gadéa, 2009, p. 443)

Marie-Françoise Collière (2000) pose la difficulté de définir l'identité infirmière tant celle-ci revêt des représentations, des apparences et des actions différentes : Existe-t-il une ou des professions infirmières ? Les infirmiers ont-ils un sentiment d'appartenance à un corps professionnel ? Ont-ils le sentiment d'une unité ?

Egalement, nous pouvons observer les moyens d'action et de défense des infirmiers, la reconnaissance recherchée, les alliances et stratégies d'action qu'ils sont à même de développer.

3.7. Différents niveaux de formation ?

Un des risques de la réforme de 2009 n'est-il pas de créer différentes *strates* d'infirmiers ? D'une part, des projets de réforme visant à renoncer au niveau baccalauréat pour l'accès au concours ont produit par rebond l'éventualité de créer deux niveaux de diplôme infirmier, tels qu'ils existent dans plusieurs pays occidentaux. D'autre part, certains infirmiers nouvellement diplômés peuvent envisager une spécialisation par un master, soit un master spécifiquement dédié aux infirmiers, soit un master destiné aux différentes professions paramédicales. Ces éléments ajoutent encore à la cacophonie.

De plus, les spécialisations de plus en plus pointues acquises sur le terrain et la variabilité des rôles et des missions selon les lieux d'exercice, se surajoutent aux différences occasionnées par les différents niveaux d'études. « La subdivision verticale et horizontale des tâches éprouve considérablement la cohésion de la profession infirmière, en la soumettant à des forces centrifuges toujours plus grandes. » (Petitat in Aïach, Fassin, 1994, p. 242) La segmentation du groupe professionnel infirmier est en perpétuelle extension.

La diversité risque de plus d'être complexifiée par différents niveaux de compétences et par différents statuts sur les plans professionnel, social et financier. Les institutions et collectivités territoriales, autorités de tutelle, seraient à même d'utiliser les différents types de professionnels infirmiers au gré de leurs besoins, au risque de promouvoir des inégalités de conditions d'exercice professionnel encore plus accentuées, et au risque de rendre encore plus floue la lisibilité du groupe professionnel. Julia Evetts a exprimé ces risques liés à une vision managériale non consciente de la fragilité des systèmes professionnels : « [...] new forms of managerialism can constitute new types of inequality and forms of stratification both within and between professions. » (Evetts, 2012, p. 1)

3.8. Malaise dans les IFSI et IFCS

Qu'il s'agisse des IFSI ou des IFCS, la réforme des études infirmières implique des changements fonciers.

En 2009, le nouveau référentiel des études infirmières a donné aux IFSI une injonction catégorique dont l'effet se mesure à différents niveaux :

- *Changement de logique d'apprentissage.* De nombreux repères disparaissent par le passage de la logique de modules, correspondant aux grandes fonctions du corps humain et aux sciences humaines, à la logique transversale de compétences.
- *Ingénierie pédagogique complexe.* Cette ingénierie convoque compétences, unités d'enseignement et d'intégration, ECTS, actes et activités, logique d'alternance, évaluations complexifiées... Lors d'une étude comparative à effectuer entre les référentiels d'études infirmières de 1992 et 2009, il sera essentiel, en particulier, de s'attarder sur la logique des compétences par rapport à la logique des modules, sur les modalités d'évaluation, sur le nombre d'heures d'enseignement et les modifications de l'organisation de l'alternance, sur la part laissée aux sciences humaines, sur l'attribution du diplôme d'Etat (DE) en fonction d'un nombre d'ECTS.

- *Obligation universitaire.* Le grade licence accordé aux nouveaux infirmiers diplômés implique, par défaut de *lieu* de scientificité infirmière, l'obligation de recourir à des heures d'enseignement universitaire. Les IFSI ne sont plus maîtres de tous les contenus de formation.
- *Ajustement des accords et réseaux de partenaires.* Les IFSI, soit se replient sur eux-mêmes, dans la région Provence-Alpes-Côte-d'Azur (PACA), par exemple, soit concluent des accords dans l'urgence avec les universités, soit s'organisent de façon collégiale comme cela est le cas en Rhône-Alpes.
- *Modification des modes de fonctionnement des IFSI et IFCS.* L'approche par compétences contraint à revoir les attributions des formateurs et à redistribuer les collaborations entre eux. Les horaires et plannings sont chamboulés, soumis à une logique différente. Une transversalité est installée entre années de formation et unités d'enseignement, venant remplacer une logique d'enseignement par modules.
- *Modification des relations aux professionnels de terrain.* L'alternance est complètement reprise dans les durées et dans les contenus des stages. Par ailleurs, les professionnels ne comprennent que difficilement la logique des compétences. Enfin, les mises en situation professionnelle (MSP) ont disparu.

Ces changements majeurs conduisent les personnes exerçant en IFSI, directeurs et formateurs, à des stratégies de compromis, et des controverses voient le jour.

Les IFCS sont également concernés, même s'il n'existe pour eux aucune injonction réglementaire issue de la réforme de 2009. Le diplôme d'Etat infirmier impliquant un niveau licence pour les nouveaux diplômés depuis la promotion 2009-2012, il en découle *de facto* l'obligation pour les enseignants en IFSI d'être titulaires d'un master 2, a minima.

Pour les cadres de santé de terrain (cadres dits *de proximité*), la question pourrait se poser différemment. Le diplôme de cadre de santé correspondant à la première année de master, il ne serait pas nécessaire d'aller au-delà et de valider un master 2. Mais dans quelle mesure seraient-ils alors légitimés à manager une équipe d'infirmiers de niveau licence ?

Se pose alors la question de la formation des formateurs en IFCS. Comme le dit Chantal de Singly dans son rapport de 2009, qui expose les réflexions recueillies auprès de cadres et de cadres supérieurs de toutes les régions de France : « Mais que les IFCS soient maintenus ou complètement transformés, ils auront besoin de formateurs ayant au minimum un niveau master. » (De Singly, 2009, p. 54) Dans la logique de l'universitarisation du cursus infirmier, la règle voudrait, en effet, que la légitimité des cadres en IFCS repose sur un niveau de diplôme supérieur à celui du master : ils devraient donc alors s'engager dans un cursus doctoral. Cela est, bien sûr, irréalisable à court terme. Il peut en être de même à moyen et long terme, sans volonté de filière infirmière en grande école ou en faculté autonome.

Les IFCS sont donc clairement menacés de disparition, leur enseignement étant depuis quelques années de plus en plus assuré par les universités, faute de légitimité en interne et les marges financières des décideurs se faisant de plus en plus contraintes.

4. L'universitarisation : un pas vers une reconnaissance ?

La réforme de 2009 agit d'autant plus qu'elle incite à la comparaison avec les autres pays, en particulier avec les pays européens et francophones.

Dans la mesure où l'on considère une discipline comme « un corpus d'objets de concepts, de méthodes et de postures intellectuelles » (Berthelot, Martin, Collinet, 2005, p. 17), les sciences infirmières ont-elles vocation à devenir une discipline ?

Contrairement à ce qui existe dans plusieurs pays occidentaux (Belgique flamande, Suisse, Québec, Espagne, Portugal, etc.), il n'existe pas en France d'antériorité de départements universitaires en discipline infirmière.

Jusqu'alors, les seuls lieux de transmission de la science et des valeurs infirmières sont des lieux *privés*, intimes, dénués de reconnaissance universitaire, donc de reconnaissance universelle. Qu'en sera-t-il à l'avenir ?

Les infirmiers découvrent, ou redécouvrent, que les sciences infirmières n'ont pas de reconnaissance en tant que discipline et que l'universitarisation représente peut-être l'opportunité d'accéder à cette reconnaissance via la création d'un département universitaire ou la création de hautes écoles en soins infirmiers. Est-ce souhaité ? Est-ce souhaitable ?

« Au sens épistémologique, la discipline désigne donc un corps de savoir, un champ de connaissances singulier. Les mêmes types d'objets peuvent cependant appartenir à divers champs scientifiques, mais c'est la façon de poser les questions au sujet de ces objets qui distingue une discipline d'une autre. » (Homerin, 2012, p. 6)

Une discipline académique en sciences infirmières permettrait-elle l'autonomie par rapport aux facultés de médecine ?

4.1. Quelle place pour les sciences infirmières en France ?

Philippe Delmas résume ainsi la situation des sciences infirmières en France au moment de l'arrivée du référentiel de 2009 :

« Les sciences infirmières explorent un champ de pratiques. Même si elles tiennent compte des connaissances du modèle médical, les infirmières développent leurs compétences propres au fur et à mesure de leur expérience, mais avec une perte de temps, d'énergie et d'efficacité considérable parce qu'elles ne bénéficient pas, en France, de l'apport des théories infirmières, marginales ici, académiques partout ailleurs. Elles ne savent pas exprimer et approfondir ce qu'elles observent. C'est pour cela que l'instauration d'une filière universitaire infirmière est capitale : elle permet à la fois la reconnaissance par les pairs et par les autres professionnels. » (Delmas, 2008, non paginé)

Mais il convient de s'interroger sur l'ambivalence de la quête d'une reconnaissance disciplinaire concomitamment avec la crainte de la perte du sens même du soin : en quelle mesure l'apprentissage des théories de soin influe-t-il sur la qualité des soins prodigués ?

Selon Denise Jodelet (2003), le métier infirmier recouvre sur les plans sociologique et anthropologique un fort poids symbolique : les représentations sociales recueillies auprès des citoyens indiquent que l'infirmier est *aimé* du public. Par contre, la profession infirmière souffre d'un déficit de lisibilité, par défaut de compréhension réelle des missions qui sont les siennes.

Toute la question est : les infirmiers, qu'ils exercent dans les lieux de soin ou qu'ils soient formateurs en IFSI, vont-ils pouvoir saisir les opportunités, si elles existent, offertes par la réforme ?

« Les professions commencent quand les gens consacrent tout leur temps à faire ce qu'ils désirent. Mais la nécessité de se former se fait vite sentir, sous la poussée des recrues ou des clients. Des écoles sont créées. Les nouvelles écoles, si ce n'est pas déjà le cas, s'affilient à l'université. Inévitablement, elles imposent des exigences élevées, une longue formation, un engagement précoce dans la formation et un groupe d'enseignants à plein temps... » (Dubar, Tripier, Boussard, 2011, p. 95)

Cette réflexion citée ici de Abbott (1988) semble tout à fait pouvoir s'appliquer au groupe professionnel infirmier. En effet, celui-ci a forgé au fil des XIX^{ème} et XX^{ème} siècle un mode d'enseignement *en interne*, réalisé par des pairs. Ce début du XXI^{ème} siècle marque un changement qualitatif : le métier infirmier, du fait de l'universitarisation de sa formation, serait-il en voie de devenir une profession ?

4.2. Profession, métier et groupe professionnel

Nous employons dans l'ensemble de cette dissertation doctorale le terme de « groupe professionnel » pour désigner l'ensemble des infirmiers et infirmières. Lorsque nous évoquons leur activité, nous employons le terme de métier infirmier. En effet, il est inapproprié de considérer l'activité infirmière comme une « profession ».

Il n'est pas aisé, lorsque l'on reste attentif à l'utilisation du terme « profession », de trier les différents emplois qui sont le sien. Ainsi, nous pouvons citer le Code de la santé publique, dans son Article L 4311 – 1 :

« Est considéré comme exerçant la **profession**³ d'infirmière ou d'infirmier toute personne qui donne habituellement des soins infirmiers sur prescription ou conseil médical ou en application du rôle propre qui lui est dévolu. [...] L'infirmière ou l'infirmier participe à différentes actions, notamment en matière de prévention, d'éducation à la santé et de formation ou d'encadrement. »

Nous constatons ici que le terme de « profession » est employé, dans un article réglementaire, ce qui contribue à maintenir l'ambiguïté.

Il est donc nécessaire de revenir à la définition même de ce qu'est une profession.

« ...Isabelle Feroni rappelait dans sa thèse (1994) les traits caractéristiques d'une profession au sens sociologique (anglo-saxon) du terme, par lequel les infirmières tentent de se faire reconnaître :

- l'acquisition d'une forte autonomie : par le contrôle de la formation, des pairs et des normes d'activité ;
- l'élaboration d'un corpus de savoirs théoriques, par des activités de recherche et transmis par l'université ;
- la construction d'une déontologie professionnelle.

La création d'un ordre infirmier et l'« universitarisation » de la formation sont les jalons les plus récents de cette évolution. » (Kotobi, Bissières, Boucau et Niero, 2012, pp. 221-222)

Selon cette acception, dans la tradition anglo-saxonne, du terme « profession », nous pouvons constater que le groupe professionnel infirmier ne peut dès lors se revendiquer en tant que profession.

Pour se faire, il conviendrait que les infirmières affirment leur singularité au regard des autres groupes professionnels. Cela impliquerait, que, sans conteste, elles soient à même de se rendre indispensables, de s'auto-organiser, de défendre leur autonomie et leur domaine de compétence, de se protéger de la concurrence, d'obtenir un monopole.

Ces modes de reconnaissance professionnelle sous entendent plusieurs niveaux d'harmonisation des rapports de pouvoir : avec les professions proches, avec les autorités légitimes, avec les instances étatiques et avec les usagers de leurs prestations.

4.3. Une expertise spécifique

Elliot Freidson (1984), à la suite de Hughes, s'est penché sur les relations interprofessionnelles et sur la relation malade/médecin. Il a décrit comment ce dernier passe à l'action même lorsqu'il ne dispose pas d'un savoir assuré grâce à une expérience liée à la résolution de cas complexes mobilisant l'ensemble de ses connaissances. Ce qui pourrait, dans d'autres domaines de l'activité professionnelle, passer pour une imposture, est communément admis de la part des médecins, et d'autres professions libérales d'ailleurs (avocats, notaires,...). La complexité est le lot commun de ces professionnels ayant affaire avec l'humain. Ils se doivent de transférer sans cesse des acquis antérieurs, d'apprendre en permanence en réajustant d'anciennes connaissances.

Les infirmiers, à leur niveau d'action et de responsabilité, agissent eux aussi dans cette logique de résolution de situations toujours différentes et toujours nouvelles. Cette créativité est constitutive des soins infirmiers. Certes, les connaissances théoriques, les techniques de soin, les protocoles et procédures servent de base et de guide, de *boîte à outils*, mais la complexité des situations rencontrées exige des capacités d'inventivité et d'adaptation qui seules permettent d'offrir au patient un soin de qualité personnalisé et approprié.

L'approche de Freidson peut nous permettre de lire les différentes formes d'exercice du métier d'infirmier et les stratégies d'adaptation développées par ceux-ci en fonction des milieux d'activité.

³ Souligné par l'auteur.

Ce savoir-être infirmier est une richesse qui peut être menacée par une application rigoureuse des normes de qualification et certification issues de la logique de compétences du nouveau référentiel.

Mais l'expertise infirmière ne se résume pas à un savoir-être. La réforme de 2009 précise les conditions d'apprentissage permettant d'acquérir les compétences propres à l'exercice infirmier.

« Encore une fois, qu'est-ce que les travailleurs doivent savoir, quelles compétences doivent-ils posséder, pour effectuer le travail à la satisfaction de ceux qu'ils doivent satisfaire ? Où et comment les travailleurs compétents acquièrent-ils ces connaissances et ces compétences ? (Becker in Demazière, Gadéa, 2009, p. 12)

4.4. Les obstacles épistémologiques à la scientificité des soins infirmiers

« C'est dans l'acte même de connaître, intimement, qu'apparaissent, par une sorte de nécessité fonctionnelle, des lenteurs et des troubles ». (Bachelard, 1934) La rigueur scientifique universitaire n'est pas familière aux infirmiers. La reconnaissance d'une discipline universitaire en soins infirmiers est, de ce fait, difficile à envisager comme plausible pour nombre d'entre eux.

Les infirmiers semblent démunis devant le monde scientifique car ils sont en proie à différents obstacles épistémologiques sans les dépasser par la rupture. (Delhay, 2013) Ils se découvrent et sont freinés sans cesse dans la recherche d'eux-mêmes.

Ils se heurtent tout d'abord à l'obstacle épistémologique majeur de la généralité. Cela pour la raison que la définition de la profession infirmière, de ses missions, rôles et tâches demeure floue, polymorphe et difficilement cernable. Comment, dans ses conditions, penser ce que l'on ne peut décrire et décrire ce que l'on ne peut penser ?

Il est loisible de développer cette approche proposée par Monique Delhay en évoquant les autres obstacles épistémologiques qui freinent les infirmiers. Citons ici les plus prégnants : le perfectionnisme, la culpabilité, l'opérationnel. Ces trois modes d'être en profession n'ouvrent pas la porte à un savoir penser. Les infirmiers peinent à se détacher du savoir opérationnel.

- Le perfectionnisme engendre le besoin de contrôle de tous les éléments examinés, ceux-ci étant pesés, mesurés, vérifiés. La peur de se tromper, de commettre un impair est facteur d'inertie.

- La culpabilité est également source de tétanisation de la pensée puisqu'elle nuira à la sérénité de l'observation et des constats.

- L'opérationnel risque de faire rechercher des recettes et des solutions aux dépens du lâcher prise nécessaire à toute démarche de recherche.

La France se démarque des autres nations européennes du fait de sa posture spécifique à l'égard des filières de formation paramédicales.

« Tous les pays européens ont mis en place, ou vont le faire, une filière universitaire infirmière, conformément aux accords de Bologne de 2002 sur la réforme de la formation universitaire. La France est restée très à l'écart de cette évolution internationale. La profession y est sous l'emprise de la médecine. » (Delmas, 2008, non paginé)

Cette particularité française trouve peut-être en partie son origine dans un fort assujettissement au pouvoir médical, hérité de l'histoire. En effet, le rôle d'exécutante de l'infirmière a persisté jusqu'aux premières décennies du XX^{ème} siècle et l'émancipation des infirmières par rapport à la tutelle médicale s'est produite de manière plus lente et difficile que dans les autres pays occidentaux, comme la Grande Bretagne, la Belgique, la Suisse, le Québec.

Si la faisabilité d'une reconnaissance disciplinaire semble rester, à ce jour, problématique, les infirmiers possèdent d'autres possibilités de reconnaissance.

5. Quel avenir pour la transmission infirmière ?

Les modifications en cours dans les modes de transmission et d'exercice de la profession infirmière interrogent son avenir à court et long terme. Les prospectives peuvent s'appuyer sur des constats et leur analyse.

5.1. La science et la pensée infirmières reconnues ?

Pour une légitimité et une reconnaissance de la profession infirmière, il convient de penser cette profession. De plus en plus de soignants s'y emploient. Jusqu'alors, les infirmiers étaient essentiellement *pensés* par des universitaires des sciences médicales, humaines, politiques, sociales. Certains infirmiers, *de base* ou cadres, dont la parole est portée par les revues professionnelles et scientifiques, considèrent que la réforme de 2009 est pour eux l'occasion de faire reconnaître la discipline infirmière.

Le chemin sera long, entre reconnaissance interne et externe du savoir disciplinaire infirmier. Les résistances des milieux médicaux sont fortes. Ceux-ci ont pu accepter les pharmaciens dans les murs de leurs facultés, et plus récemment les dentistes ou les kinésithérapeutes, mais les infirmiers sont encore mal compris. Toutefois, il convient de considérer que des universitaires sont attentifs à promouvoir un développement pluridisciplinaire des arts du soin et travaillent dans ce sens, en associant médicaux et paramédicaux au sein de groupes de travail et de réflexion. Il en est ainsi, par exemple, des doyens des facultés de médecine des universités d'Angers et de Nice.

Faire accepter une science émergente telle que la science infirmière s'avère un défi. D'autant que les enseignants en IFSI formés au-delà du master 1 sont encore portion congrue. Et que les doctorants (en philosophie, sociologie, sciences de l'éducation, pour l'essentiel d'entre eux) ne sont que quelques dizaines en France. Que dire dans ce cas du nombre de chercheurs exerçant en tant que tels...

Selon Marie-Pierre Homerin, formatrice à l'IFSI de Chambéry et membre du réseau territorial des IFSI de Rhône-Alpes 2 collaborant avec l'université Joseph Fourier de Grenoble, l'universitarisation des études infirmières est une chance : « La fréquentation des universités devrait aider les infirmières à approfondir leur réflexion épistémologique et à légitimer leurs savoirs disciplinaires. » (Homerin, 2012, p. 68)

Par ailleurs, le référentiel de 2009, prônant une entrée par les situations de soins, permet de mettre l'accent sur l'ensemble des enseignements permettant l'acquisition des compétences professionnelles infirmières mobilisables dans lesdites situations. « La reconnaissance de la discipline infirmière peut donc se fonder sur la formalisation de ces savoirs pour soigner. En rendant visibles et lisibles ses savoirs et ses pratiques, elle montre aussi sa fonction sociale, les besoins sociaux qu'elle remplit. » (Homerin, 2012, p. 70)

Hesbeen (2005), quant à lui, dans *Travail de fin d'études, travail d'humanité, se révéler l'auteur de sa pensée*, soulève la difficulté pour les soignants de s'autoriser à penser et surtout à écrire leur pensée. Mais il considère que l'ensemble des professionnels soignants peut faire porter une voix commune, celle d'humains désireux de prendre soin d'autres humains.

« La finalité commune poursuivie par les différents professionnels de la relation de soin devrait les conduire à élaborer des travaux en commun et à mener ensemble des activités de recherche ou plus simplement de mise en mouvement de la pensée soignante à partir de leurs différentes formes de pratiques et de réflexions que celles-ci suscitent.

Cette finalité commune et les travaux académiques, ainsi que ceux d'écriture et de publications qui en résultent, constituent ce qui se présente comme une discipline soignante pluriprofessionnelle que l'on peut désigner par l'expression *sciences et arts du soin*. » (Hesbeen, 2017, p. 158)

Ainsi, au-delà de la pensée infirmière, il s'agit bien d'interroger la pensée de l'ensemble des soignants.

5.2. Quelle transmission ?

« L'accompagnant est un passeur (il aide à passer ou dépasser une étape) et un passant (il est de passage). » (Paul, 2009) Les enseignants en IFSI, communément appelés formateurs, ont pour mission première l'accompagnement des étudiants infirmiers.

Il existe différents types de formateurs en IFSI. S'ils sont tous cadres de santé, certains intègrent directement la fonction de formateur dès leur formation de cadre achevée. D'autres accèdent à l'enseignement en IFSI après quelques années passées en tant que cadre de proximité, d'autres enfin ne rejoindront l'enseignement qu'en fin de carrière, vers la cinquantaine. Ils représentent la majorité des effectifs formateurs en IFSI.

Les cadres formateurs sont donc tous issus de la filière infirmière. La survenue d'une logique d'apprentissage mixant les professionnels des IFSI et des terrains de stage avec des enseignants universitaires interroge la transmission des savoirs professionnels traditionnels. Certains infirmiers et cadres craignent une dégradation de la transmission et une altération de la profession.

Leur inquiétude est vive : inquiétude pour la profession d'une part, pour leur avenir même d'autre part.

5.3. Quelles ingénieries de formation ?

Les cours magistraux, délivrés par des médecins et pharmaciens, occupent une place plus importante dans le nouveau programme d'études, au détriment des travaux dirigés et des travaux pratiques, délivrés eux par des enseignants des IFSI ou des professionnels soignants intéressés et compétents en pédagogie. Cet état de fait semble être parfois vécu comme une fatalité réglementaire, mais on assiste également à des déploiements. Tout cela est *IFSI dépendant* et même *équipe pédagogique dépendant*.

Les stages sont plus longs, représentant des durées très importantes en troisième année et impliquant de ce fait une perte de suivi des étudiants par les formateurs des IFSI. Par ailleurs, les terrains de stage se retrouvent sollicités sans avoir forcément les moyens en termes de personnes et de temps à consacrer aux apprenants. Ils se retrouvent, plus que dans le passé, acteurs de la formation professionnelle des infirmiers sans avoir eu la possibilité de déployer une logique d'action réfléchie et consentie. Certains établissements hospitaliers s'adaptent et forment des tuteurs de stage, rédigent des livrets d'accueil des étudiants. Certains IFSI organisent des journées d'information destinées aux professionnels accueillant des stagiaires. Toutefois, ces démarches restent individuelles et assujetties à la bonne volonté des personnes.

Les mises en situation professionnelles (MSP) ne sont plus pratiquées car elles ne sont plus requises par le nouveau référentiel. Les professionnels de terrain n'ont plus à jouer ce rôle formatif et normatif cadré que les MSP impliquaient et ils sont dubitatifs : faute de moments sacrés entre pairs, comment pouvoir être garant d'une qualité réelle de transmission ? Ils ne disposent pour seul moyen d'évaluation que du portfolio, sur lequel ils peuvent suivre les acquisitions de l'étudiant en matière de compétences et d'actes et activités. Et, bien sûr, ils continuent de remplir les feuilles d'évaluation de stage.⁴

Ces ajustements empiriques ponctuels vont-ils évoluer sur le long cours ? Et si oui, de quelle(s) façon(s) ?

5.4. L'acquisition des savoirs

La logique d'apprentissage par compétences devant permettre une professionnalisation est au cœur de la réforme de 2009.

⁴ Le portfolio, outil qui suit l'étudiant durant les trois années de son cursus, est encore, en 2015, un « OVNI » pour beaucoup de cadres et infirmiers des services de soin. Il s'agit d'un classeur permettant de suivre les acquis de l'étudiant au fil de son cursus en termes de compétences, d'une part, et d'actes et activités de soin, d'autre part. Il permet par ailleurs à l'étudiant de rédiger des analyses de pratique, à chaque stage. (NDA)

Il serait intéressant, ainsi que nous le suggère Philippe Zarifian (2001), d'étudier la part des savoirs formalisés, qu'ils soient théoriques (savoirs disciplinaires au sens académique du terme) ou procéduraux (par lesquels les savoirs théoriques peuvent s'investir dans l'action) et celle des savoirs de l'action, savoir pratique (mise en œuvre d'un raisonnement personnel) et savoir faire (*boîte à outils* permettant de réaliser un ou plusieurs actes).

Selon cette typologie, les conceptions de transmissions de connaissances en IFSI et en faculté de médecine paraissent devoir être en tension. Les enseignants universitaires de médecine et de pharmacie sont essentiellement attachés à une transmission de savoirs formalisés. Ceux des IFSI tendent à *balayer* l'ensemble des typologies en insistant plus sur l'importance des savoirs pratiques et savoir-faire. Ils revendiquent de surcroît la transmission d'un savoir-être propre à la profession infirmière, savoir-être incarné par le *caring*, le *prendre soin*.

De quelle manière ces deux modes d'approche de la transmission peuvent-ils s'accorder ?

6. La réforme de 2009 : une opportunité pour le groupe professionnel infirmier ?

La diversité des réactions au changement induit par le nouveau programme d'études infirmières, diversité due à l'absence de cohésion entre les différents IFSI de France (publics, privés, HCL ou AP-HP, Croix Rouge, etc.) produira probablement des effets sur les enseignements prodigués et par conséquent sur le type de professionnels produits.

Pour les différents partenaires engagés dans la formation professionnelle infirmière, (instituts de formation, lieux d'exercice infirmier et facultés), la gageure semble de trouver des références communes qui pourront constituer une base pour asseoir les rôles de chacun. Au-delà des acculturations de fait, réalisées dans l'action, il convient de construire tous ensemble.

Cette gageure implique un consensus, ou plus exactement une multitude de consensus à établir sur l'ensemble du territoire national.

Afin de pouvoir poser des prospectives d'avenir, il est essentiel de se poser de multiples questions.

L'universitarisation est à mettre au regard de la réforme portant sur les rôles propres et sur prescription. Elle représente une fracture identique dans le corps infirmier, ainsi que l'a décrit Michel Poisson, cadre supérieur de santé du CHU de Nantes, dont les travaux traitant de l'histoire infirmière sont publiés dans la revue *Recherche en soins infirmiers*.

Deux questions essentielles se posent :

- Que veulent les infirmières, en fonction de leur histoire particulière ?
- Que veulent les infirmières à l'ère universitaire ?

6.1. Pour une scientificité des connaissances infirmières

Nous pouvons affirmer que nous nous retrouvons aujourd'hui confrontés à la mise en évidence du paradoxe des connaissances infirmières. Même si les infirmiers se sont rendus en apparence indépendants, ils sont toujours en dépendance du savoir scientifique des médecins.

Ces dernières années, les différentes conceptions de la profession infirmière sont amenées à se montrer, s'exprimer, se radicaliser face à la réforme. C'est ainsi que certains infirmiers se montrent très favorables à rendre la science infirmière *scientifique* par la voie de l'université, seule garante de scientificité. Ils pensent de ce fait pouvoir enfin prendre leur revanche sur les médecins en allant sur le terrain de leur pouvoir. Au risque de perdre dans cette recherche de reconnaissance scientifique, ce qui, pour d'autres infirmiers, représente l'âme même de la profession infirmière : la clinique infirmière d'une part ; et l'approche humaniste du soin, incarnée par le *care*, d'autre part. De plus, le fait qu'une partie des enseignants universitaires soient des médecins et des pharmaciens va à l'encontre du désir d'affranchissement de ce qu'ils vivent comme une tutelle historique.

Le positionnement du Conseil national des universités (CNU), contrairement à ce qu'il se passe à l'étranger, est de prôner l'adossement des IFSI aux facultés de médecine-pharmacie. De ce fait, les contenus des masters destinés aux infirmiers anesthésistes (IADE) est, par exemple, à questionner. Car les cours magistraux délivrés par des enseignants-chercheurs non infirmiers ne correspondent pas aux pratiques et savoirs infirmiers. Or, peu d'infirmiers sont habilités dans le contexte de la réforme de 2009 à délivrer des cours universitaires. Le discours d'une partie des infirmiers est que certaines spécialités nécessiteraient uniquement des professionnels et aucun universitaire. Par ailleurs, se posent les exigences des masters professionnels, quand ils verront enfin le jour.

Quelles autres voies se dessinent hormis la piste de la fusion des IFSI et IFCS avec les facultés de médecine-pharmacie ?

6.2. Des « domestiques » à l'université ?

Quel sens fait la quête d'une reconnaissance scientifique du métier infirmier ?

« "Science infirmière" entend-on souvent revendiquer. Y aurait-il une science infirmière ? J'en doute. Les soins ne sont pas le propre de la seule profession infirmière, ils ont de tout temps existé, appartiennent à tout un chacun dans les circonstances ordinaires de la vie. Dans certaines circonstances, il est besoin de recourir à plusieurs genres de professionnels exerçant une activité soignante comme kinésithérapeutes, psychologues-cliniciens, etc. Parmi ces professionnels, les infirmières et infirmiers, dont la fonction est de soigner toute personne qui n'est pas à même de l'assurer par et pour elle-même, peuvent apporter une contribution unique au patrimoine des savoirs des soins et par là à la Science des soins. » (Collière, 1996, p. 30)

Si l'on tend vers une reconnaissance disciplinaire qui permettrait de conserver la spécificité unique de la nature des soins infirmiers, il appert que beaucoup de chemin reste à parcourir dans ce sens et que beaucoup d'obstacles restent à franchir.

« Rendre universitaire la formation des infirmières, c'est soutenir qu'elle ne se réduit pas à un corpus clos et replié sur lui-même, même si elle en suppose la validité, la constante mise à jour et la transmission. C'est dire qu'à tout instant ce que recouvre la dénomination "sciences infirmières" reste à découvrir et à écrire, à partir des pratiques et au-delà d'elles. » (Lombard, 2013, p. 37)

Philippe Svandra s'exprime ainsi :

« Les infirmiers se réfèrent au monde domestique. Dans ce cas que signifie l'accès aux savoirs académiques ? Et que va changer l'universitarisation dans l'accès à ces savoirs et à cette reconnaissance ? L'académisation infirmière passerait plutôt par la reconnaissance d'une discipline infirmière et non pas par l'obtention d'une section CNU. Nous assistons à une intellectualisation du métier [...] mais quelle place pour des "domestiques" à l'université ? » (Svandra, 2015)

En effet, la question centrale n'est-elle pas : Pourquoi les infirmiers à l'université ?

Pour les infirmiers se pose le problème de la conceptualisation. Il ne s'agit plus seulement de *faire les choses*, de ne plus être *petite main* mais de mettre en œuvre. La recherche a été introduite depuis la promotion 1979-1981 dans les études infirmières. Aujourd'hui, la reconnaissance de l'utilité de la recherche en soins est en cours d'acquisition et, depuis 1992, la formation par la recherche et à la recherche est intégrée au processus de formation.

Quel sens cela fait-il réellement pour l'ensemble des professionnels, enseignants et acteurs du terrain ? Le principal risque n'est-il pas, pour le groupe professionnel, de se perdre dans sa quête éperdue de reconnaissance ?

« [...] la médecine souffre de trop de scientificité, de technicité et de catégorisation [...] la profession infirmière se débat pour conquérir sa reconnaissance sur les mêmes bases que celles qui créent la maladie de la médecine moderne. ⁵ » (Hesbeen in Svandra, 2009, p. 171)

6.3. Des infirmières pansantes et pensantes

La corporation infirmière, en dépit de ses divergences, est dans une recherche d'homogénéité entre deux versants qui se dessinent de façon plus nette depuis la réforme de 2009. Elle entend présenter les infirmières comme pansantes et pensantes.

La mutation des années à venir ira probablement vers une accentuation des différences entre infirmiers, en fonction de leurs études post-diplôme. Actuellement, les études universitaires ne donnent pas lieu à une valorisation quelconque en termes de salaire ou de statut. Demain, se posera la question de la hiérarchisation entre infirmiers ou cadres généralistes et infirmiers ou cadres en pratiques avancées. Des diplômes différents vont avoir pour conséquence une hiérarchisation de la profession : niveaux de salaires, de statuts, de compétences, de modes d'exercice, de réseaux professionnels, etc.

L'universitarisation ne risque-t-elle pas d'accentuer encore la segmentation du métier infirmier, en créant des carrières infirmières à *deux vitesses* ?

6.4. Une sortie d'adolescence et une maturité à acquérir

La profession infirmière est en pleine adolescence. Elle n'est pas encore stabilisée. Ses déterminants restent encore flous et peu lisibles. Si nous nous risquons à une analogie, comme un adolescent, elle est concentrée sur la construction du cadre intime, reste dans l'entre-soi et accomplit son parcours initiatique.

Ses interrogations et ses doutes lui donnent des difficultés pour s'engager dans un vrai processus adulte de recherches à mener. Les choix à réaliser l'inquiètent comme ils la passionnent. Recherche action, recherche fondamentale, recherche appliquée, recherche académique, recherche de praticien chercheur, etc. Toutes ces promesses d'épanouissement semblent encore difficilement accessibles.

Or, en tant que groupe professionnel, il conviendrait aux infirmiers de proposer une voie (une voix) qu'il leur soit propre, s'ils ne veulent pas risquer de rester dans la complémentarité médicale. Ou même de risquer de se faire *voler* des concepts propres au cœur de métier, tel le concept de *care* que les disciplines des sciences de l'éducation et de la gestion récupèrent et développent à leur manière.

« Pourquoi on n'accède pas aux savoirs académiques ? Parce que l'on n'est pas dans l'intellectualisation du faire ! [...] Les universitaires posent la question des connaissances : Si les infirmiers veulent participer à cette discussion, il leur incombe de démontrer ce qu'il y a en eux de si original, à côté des géographes, pour dire quelque chose de l'humanité ? [...] Quelle place ont-ils à prendre dans la dispute ? » (Lecordier, 2015)

Le défi de la seconde décennie du XXI^e siècle consistera-t-il à faire reconnaître une discipline en sciences infirmières en France ?

Et, si cela est le cas, sans perdre de vue mais, au contraire, en portant en avant, que la finalité est bien une meilleure prise en soin des personnes et de la population.

« [...] l'objectif est de rendre visible la recherche en soins infirmiers en montrant de quelles manières elle peut avoir des répercussions concrètes sur la qualité des prises en charge des personnes soignées. Il s'agit de passer d'une quête sans fin de reconnaissance sociale à l'affirmation active de son rôle social. » (Svandra, 2013, p.89)

⁵ W. Hesbeen, Prendre soin à l'hôpital. Inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante, Paris, InterEditions-Masson, 1997, p. 78.

Les infirmiers disposent de moyens pour accéder à une maturité scientifique. Ils peuvent prendre place par le corps et par une entrée par le *care*. Dans la discussion, dans la dispute, ils peuvent apporter de la connaissance dans la manière de penser la santé. Ils ont l'expertise pour cela et les arguments pour que la société reconnaisse leurs savoirs disciplinaires.

Par ailleurs, les conditions sociales du discours de l'universitarisation sont posées, du fait de la dépendance, du vieillissement des populations, des débats engageant les soins palliatifs qui interrogent toute la problématique du *care* et font écho au cœur de métier, le diagnostic clinique, socle de la singularité infirmière.

La société a besoin des infirmiers. A eux de s'avérer capables de dire ce qu'il y a de singulier chez eux par rapport à l'offre des autres professionnels de la santé.

Il est possible d'effectuer un parallèle avec les sciences de l'éducation et le processus qui les a conduites à une reconnaissance disciplinaire, avec des étapes riches dans les années 1950 à 1980.

« En ce qui concerne la similitude de nature entre les sciences infirmières et les sciences de l'éducation, *“ce sont des entités hybrides réunissant des savoirs issus de disciplines différentes autour d'un objet commun”*⁶: le soin pour les premières, l'éducation pour les secondes. Ce polymorphisme en fait des disciplines fragmentées. En effet, toutes deux empruntent des notions, concepts, paradigmes à d'autres disciplines universitaires. » (Homerin, 2012, p. 36)

6.5. Les soins infirmiers au cœur des problématiques de santé publique

La logique de formation par compétences et par intégration des savoirs de manière détachée de l'opérationnel peut-elle ouvrir à cette dérive de perte de sens que craignent certains soignants qui vivent l'universitarisation comme une uniformisation? Claude Levi-Strauss, dans son approche anthropologique, met en garde contre un risque d'uniformisation des comportements humains en général, professionnels en particulier, lorsque les groupes se retrouvent inscrits dans des processus d'acculturation.

« La collaboration entre les hommes risque d'apporter cette uniformisation des cultures dans l'horizon de l'identité : au cours de cette collaboration, ils voient graduellement s'identifier les apports dont la diversité initiale était précisément ce qui rendait leur collaboration féconde et nécessaire. » (Levi-Strauss, 1973, p. 21)

Il importe donc d'éviter la dilution du caractère des soins infirmiers, de préserver leur spécificité et, ainsi, de monter leur plus-value pour la population.

Mais, surtout, il importe de s'interroger sur la finalité de la réforme, toute immergée qu'elle soit dans un contexte de complexité. Quelle est sa finalité si ce n'est de produire des infirmiers compétents, aptes à soigner et à s'intégrer dans un univers de santé publique pour répondre à des demandes spécifiques de soin ? Ceci nous amène à nous interroger sur les exigences des mondes public et politique à l'égard de la santé.

Regardons la définition des soins infirmiers exprimée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) : « La mission des soins infirmiers dans la société est d'aider les individus, les familles et les groupes à déterminer et réaliser leur plein potentiel physique, mental et social, et à y parvenir dans l'environnement dans lequel ils vivent et travaillent. »

Une telle définition embrasse des champs d'action extrêmement larges. Par ailleurs, aucune mention n'est faite de l'ensemble des dispositifs de santé qui regroupent des professionnels issus de filières différentes : médecins, aides-soignants, assistants sociaux, rééducateurs, etc. Les objectifs et les moyens liés aux politiques de santé locales ou nationales ne sont pas évoqués. Cette définition est, pourrait-on dire « désincarnée ».

⁶ Fansten Maïa, in Recherche en soins infirmiers, n° 93, juin 2008, p. 18.

Il convient, par conséquent, de se pencher à nouveau sur les fondamentaux du soin. A l'origine, les soins infirmiers représentaient une activité humaine *évidente, normale, naturelle*. Le chapitre 2 nous permettra de développer ce point.

« En acquérant le statut de *travail*, l'activité des soins s'est aujourd'hui professionnalisée. Le passage d'une activité "naturelle", faisant partie de la vie, à un travail rémunéré a constitué un changement (qui n'est pas encore fini) non négligeable dans nos sociétés. Pour caractériser ce type d'activité d'aide à la vie, il est d'usage de parler de travail du *care*, une activité considérée comme essentielle mais qui reste souvent invisible et peu attractive. » (Svandra, 2009, pp. 105-106)

La professionnalisation des soins induit des attentes de la société à l'égard des prestataires de soins. Ces attentes portent sur la qualité des soins, sur des façons d'être issues de l'histoire du prendre soin.

En ce qui concerne les décideurs et financeurs, les attentes portent sur les problématiques phares en termes de santé publique. Les choix ayant guidé les contenus de la formation infirmière vont dans ce sens.

« En premier lieu, la démarche ministérielle a consisté à adapter le nouveau programme de formation infirmière à l'état de santé de la population (française), avec notamment une priorité accordée aux domaines du handicap, des maladies chroniques et aux personnes âgées, qui correspondent aux grandes orientations définies en santé publique. Ainsi, seules sont étudiées les pathologies prévalentes en lien avec la Santé publique. » (Bissières et alii, 2012, p. 228)

Les infirmiers sont à la jonction des exigences éthiques et déontologiques, liées à leur exercice professionnel, et des exigences sociétales liées à leurs missions de santé publique. Gérard Cettour-Baron, Directeur adjoint en charge des usagers, de la qualité et de la communication au Centre hospitalier régional d'Orléans, évoque les exigences morales du soin.

« ...Que la meilleure prise en charge du patient ou résident soit érigée au rang de devoir professionnel, d'obligation morale ne saurait choquer, car elle s'inscrit dans la tradition hospitalière vieille de presque un millier d'années. Qu'elle s'inscrive comme obligation sociale dans une société vieillissante qui consacre une part toujours croissante de ses ressources à la santé ne saurait surprendre, dès lors que, dans tous les cas, ces valeurs morales ou sociales sont partagées et non imposées. » (Cettour-Baron, 2007, p.188)

Les infirmiers ont un rôle essentiel à jouer dans les dispositifs de santé publique. Ce rôle sera d'autant plus efficace et reconnu qu'il sera ancré dans les valeurs primordiales qui sont les leurs.

« Pour justifier une présence infirmière dans un service, une organisation, une équipe, une présence qui ne soit pas redondante et qui ne pourrait pas être confondue avec la présence d'un autre professionnel, c'est une valeur ajoutée infirmière dont il convient de se préoccuper, c'est-à-dire, au fond, de l'imprégnation infirmière que permet, que procure cette présence dans une équipe de professionnels. » (Hesbeen, 2017, p. 153)

Les infirmiers figurent parmi les acteurs principaux du secteur de la santé. Ils peuvent montrer leur spécificité en proposant une alliance entre une approche humaniste du soin et une conscience vive des besoins de la population.

Il convient, en retour, que la société prenne conscience de la richesse représentée par le travail des soignants.

« Une société qui refuse de reconnaître l'indispensabilité des soins (ce qui dépasse de beaucoup les traitements) et les conditions nécessaires aux soignants pour les réaliser est une société qui s'autodétruit. » (Collière, 1992, p. 26)

Conclusion... pour une question de recherche

La survenue dans la formation infirmière d'universitaires, essentiellement médecins et pharmaciens, constitue un challenge : quels sont les risques et quelles sont les opportunités pour les infirmiers ? Dans quelle mesure les infirmiers peuvent-ils affirmer leur identité spécifique dans un contexte de collaboration avec les médecins ? La thèse d'Hervé Carbuccia (2010) aborde l'historicité de la profession infirmière par le biais d'une approche par le genre. Elle pose l'identité professionnelle des infirmiers comme une identité féminine, historiquement soumise au pouvoir médical masculin. La réforme de 2009 réactive cette problématique du pouvoir médical masculin, de concert avec le pouvoir institutionnel.

« En fin de XXe siècle, la construction du corps infirmier en tant que corps professionnel autonome était avérée. Ses relations avec ses tutelles administratives se sont faites au cours de la décennie 1990 dans une dimension de collaboration. Ses relations avec le corps médical sont restées empreintes, pour la plupart, de la nécessité de se positionner en collaborateurs. » (Carbuccia et alii, 2012, p.14)

Les relations entre médecins et infirmiers sont-elles toujours marquées par cette dualité qui pourrait être liée au genre ? La féminisation croissante de la profession médicale modifie-t-elle la manière dont se construisent les collaborations ?

Et quelle incidence cette dualité héritée de l'histoire des soins peut-elle avoir sur la formation initiale infirmière aujourd'hui ? Les enseignants universitaires, formés au *cure* et associés à présent réglementairement à l'ingénierie pédagogique des IFSI, mettent-ils en question le cœur de métier infirmier ancré dans le *care* ?

La réforme de 2009 implique l'arrivée des universitaires dans l'univers de la formation infirmière. Cette arrivée est-elle perçue comme une difficulté ou comme une opportunité d'universitarisation de l'ensemble de la formation infirmière ? Et donc d'une reconnaissance disciplinaire ? Quel intérêt l'universitarisation peut-il représenter pour le groupe professionnel infirmier ? Peut-être la réforme représente-t-elle l'opportunité d'une reconnaissance, d'une clarification des métiers infirmiers, d'un décryptage des avenir.

« Autrement dit, l'universitarisation dont on parle aurait deux orientations : une ouverture mais aussi une transformation du système actuel qu'il soit universitaire ou professionnel. Si l'universitarisation aide à promouvoir de tels changements culturels, elle est une opportunité, mais elle ne pourra les accomplir seule. Elle est donc une ambition et un moyen, elle n'est pas une fin. » (Noël-Hureaux, 2012, p. 6)

L'universitarisation n'est pas une fin en soi. Il conviendrait qu'elle soit facteur d'ouverture et de transformation. Un moyen de renouer avec une histoire et des valeurs fortes en asseyant celles-ci sur une base disciplinaire valide.

Il importe pour cela que les savoirs cliniques, constitutifs du cœur de métier infirmier, soit reconnus pour que soit reconnue la profession infirmière. Il importe pour cela de rendre visibles des savoirs *impensés* et donc non parlés.

« Au point de départ du mouvement de professionnalisation, nous trouvons cette négation d'un corps de savoir oral et transmis par l'expérience. » (Petitat in Aïach, Fassin, p. 248).

L'universitarisation peut-elle être l'opportunité de poser et dire les impensés et les non-dits de la profession infirmière, de les donner à voir ?

Avec l'ancien référentiel, les deux partenaires de la formation, IFSI et lieux d'exercice infirmier, étaient proches et issus du même groupe professionnel : les infirmiers. Les formateurs étaient autant, voire plus, infirmiers que formateurs. La pédagogie était centrée sur le cognitivisme et, surtout, le *behaviourisme*. La reproduction, l'imitation, la tradition prévalaient. La transmission se réalisait dans un entre-soi professionnel, entre infirmiers de terrains et formateurs des IFSI.

Avec le référentiel de 2009, les formateurs se sont rapprochés de l'université pour différentes raisons : convention régionale de collaboration ou accès à des diplômes, majoritairement des masters permettant une légitimation à enseigner. Les *moniteurs* d'antan sont de plus en plus titulaires de diplômes universitaires, et beaucoup ont obtenu un master de sciences de l'éducation. Cette expertise modifie leur approche de la transmission et risque de les éloigner des réalités vécues sur le terrain des professionnels.

La sortie d'une transmission entre pairs active une peur plus difficile à débusquer, celle d'une perte des valeurs et de la culture qui ont perduré jusqu'alors et qui risquent d'être en péril. Le risque de perdre son *âme* dans ce processus est perçu par les acteurs de la profession dans la mesure où le flou entretenu par la profession elle-même la fragilise dans ce contexte de mutation.

« Ce n'est qu'à la condition de la compréhension et d'une analyse critique de l'argument de l'interlocuteur, de la recherche du Bien pour tous et des éléments choisis de notre cœur de métier que l'impact de notre argument sera assez puissant pour être entendu. Ce n'est qu'à la condition d'une volonté de dépli individuel et collectif que les mécanismes argumentaires diffuseront dans notre profession. Ce n'est qu'à la condition d'un Argument professionnel légitime que nous pourrions parler d'autonomie. Développons de nouvelles compétences, de nouvelles spécialités, des DU, des Masters, des doctorats et autres valeurs ajoutées qui permettent d'infiltrer les choix, les décisions des organisations pour mieux y participer et moins les subir. Quand le courage, les armes justes et les légions sont réunis, il ne reste qu'à se tenir debout et dire à l'instar d'Emmanuel Levinas [...] face à la sommation éthique "Nous voici !" » (Pacific, 2013)

Les mises en œuvre diverses de la réforme de 2009 ne seront pas sans conséquences sur les professionnels infirmiers issus de la formation, bien sûr, mais aussi sur l'ensemble de la profession dans toute la variété de ses expressions.

Par ailleurs, il est essentiel de penser la dynamique suivante : les identités et les altérités de plusieurs groupes de personnes réunies par un même projet.

Des variations d'orientation ont toujours été visibles lors des décennies antérieures. Mais cette fois, il s'agit, semble-t-il d'un bouleversement de fond et de forme induisant peut-être un changement de paradigme déontologique. La profession infirmière en France semble être à la croisée de son destin.

Autrement dit, en termes de question :

Dans quelle mesure la modification de la formation initiale infirmière, préconisée par la réforme de juillet 2009 en France, génère-t-elle, du fait de la collaboration nouvelle avec les universités, des opportunités ou des risques pour le groupe professionnel infirmier?

(Analyse des discours de groupes d'acteurs au regard des Economies de la grandeur.)

L'émergence des universitaires dans l'univers des infirmiers peut en effet se révéler source de problèmes dus à la confrontation de principes d'action différents et à la réactivation de conflits de valeurs mettant en jeu le *care* et le *cure*. Elle peut, a contrario, représenter l'opportunité de reconnaissance de la discipline infirmière par le biais de l'universitarisation de la formation. La discipline permettrait alors la possibilité de professionnalisation des métiers infirmiers.

Mais il importe, avant de développer ces options, de mettre en perspective historique la profession infirmière afin d'en comprendre le construit.

« En 1973, une intéressante recherche démontrait l'incroyable prégnance des représentations de l'infirmière en termes de dévouement et de vocation, tout en soulignant une tendance à la laïcisation (Parrot, 1973).

Beaucoup voient dans ces survivances de l'infirmière dévouée un obstacle à la professionnalisation : "Etre infirmière en France, écrit Geneviève Charles en 1981, c'est être victime à la fois du foisonnement de stéréotypes en partie périmés et du vide du consensus social" (1981 : 28). » (Petitat in Aïach, Fassin, 1994, p. 235)

Qu'en est-il en ce début du XXIème siècle ? En quelle mesure le poids du passé qui a sculpté les relations entre les différents partenaires du soin, et plus particulièrement entre médecins et infirmiers, a-t-il encore une incidence ? En quoi les siècles de construction de la formation infirmière font-ils toujours résonance ?

Le chapitre suivant permet de développer l'histoire de la formation et des soins infirmiers. Il nous donne également le panorama des infirmiers exerçant aujourd'hui.

Chapitre 2

Une longue histoire qui a construit le présent

« En effet, les médecins ont très tôt pris le pouvoir dans les hôpitaux, qui se sont organisés autour de l'examen clinique et de la visite médicale, avec les succès que l'on sait. Ils avaient besoin d'un personnel restant au chevet des patients, afin de surveiller les paramètres biologiques. Ces auxiliaires médicales furent et sont les infirmières. Nous sentons encore aujourd'hui les conséquences de cette situation. » (Delmas, 2008)

« Qu'il s'agisse de la "maladie" ou du sens de la vie, la question de savoir qui possède une compétence reconnue d'expert est un problème historique dont la solution est largement contingente. » (Dubar, Tripier, 1998, p. 194)

Introduction

Bien des siècles ont été nécessaires avant d'aboutir aux différentes conceptions actuelles des soins infirmiers, et donc aux formations qui en découlent. Depuis l'aube des temps, des humains ont pris soin d'autres humains indigents, malades, handicapés. Ou bien ils ont cherché à contrôler les conduites qui leur paraissaient déviantes en termes de maladies mentales ou de marginalités. Et le discours sur le prendre soin est largement antérieur à l'investissement des hôpitaux par l'Eglise et la Médecine.

La formation professionnelle infirmière actuelle est l'aboutissement d'un lent processus d'ajustements à la demande de soins, remodelée en fonction des faits de guerre et de paix, des différents régimes politiques et des transformations sociales de la France.

L'histoire de la formation infirmière est intimement liée à l'histoire de la profession et, comme elle, est assujettie aux bouleversements humains. La transmission orale a été de mise durant des centaines d'années pour les soignants non médecins. Les premiers écrits infirmiers n'apparaissent qu'en seconde partie du XIX^{ème} siècle. La lecture du passé infirmier ne peut se faire qu'à travers les écrits de l'Eglise, les actes législatifs et réglementaires et les ouvrages médicaux. Pour être entendue, à travers ces filtres qui la laissent deviner, la parole infirmière demande à ce que l'on tende l'oreille.

Après avoir brossé l'étymologie du mot *infirmier*, nous dresserons un historique temporel des soins infirmiers et de la formation infirmière, en insistant sur les événements du passé qui font encore résonance aujourd'hui, et sur ceux de l'ère moderne qui sont toujours d'actualité.

Car l'histoire de la formation et du soin infirmier permet de comprendre les enjeux actuels du groupe professionnel.

Nous pourrons ensuite produire la photographie, réalisée en fin 2015, des diplômés permettant aujourd'hui l'exercice infirmier, et nous présenterons un état des lieux du groupe professionnel infirmier aujourd'hui en France, dans son extrême segmentation.

1. Histoire du mot infirmier

Le mot *infirmier* provient du terme « enfermier » qui trouve son origine au Moyen Âge. Il est issu d'une réfection entre le mot latin *infirmus* qui signifie *faible physiquement ou moralement* et le mot de vieux français *enferm*, qui fait référence à l'association de la maladie et de la mort aux démons de l'enfer, aspect étymologique qui heurte l'image du soin. (Nadot, 2012)

Son utilisation est attestée dès 1398, un siècle environ après l'apparition du mot « enfermerie » en 1288, terme qui désigne indifféremment la maladie, l'infirmité ou le lieu d'accueil et de soin des personnes *infirmes*. Son usage disparaît vers la fin du XVII^{ème} siècle.

Dans l'hôpital laïc public, il lui est substitué le terme de *garde-malade*, jusqu'à la fin du XIX^{ème} siècle, période à laquelle il sera de nouveau employé.

Au début du XX^{ème} siècle, des débats houleux ont lieu lors de grands congrès parisiens concernant le choix du terme *infirmière* : en effet, le mot infirmier restait connoté de son passé religieux. Il a fini par s'imposer au monde laïc.

« Suite aux luttes⁷ discursives, symboliques, conceptuelles, et parfois fort complexes⁸ que se livrent les sympathisants du terme "garde-malade" ou ceux du terme "infirmier" et qui cherchent à contrôler ce nouveau champ d'extension, l'usage du terme "infirmière" va se généraliser lentement, mais progressivement entre 1850 et 1950 au sein de régions latines et de la francophonie, notamment en France, en Afrique francophone, au Moyen-Orient, au Canada et en Suisse romande. » (Nadot, 2012, p. 192)

Le terme *infirmière* signifie tout d'abord certaines tâches exercées au sein des communautés monastiques puis il va qualifier la discipline du prendre soin institutionnel. Le terme est donc utilisé pour la personne qui fait fonctionner les hôpitaux religieux du Moyen Âge à l'Ancien Régime. L'hôpital médiéval prend soin d'une collectivité, avec le langage propre à son activité : accueillir, offrir l'hospitalité, protéger, préserver, contrôler. On considère que l'enfermier ou l'enfermière retire de son activité un bénéfice spirituel et céleste. L'entrée dans les institutions religieuses pour soigner est généralement accompagnée de vœux de pauvreté.

« Dans les différentes formes de soins et activités qui sont mises en œuvre par les multiples professionnels de la relation de soin, il y a les soins infirmiers qui sont prodigués à des hommes et à des femmes *infirmes*. [...] "Infirmes" signifie à l'origine "celui qui manque de force" et désigne, de la sorte, celui qui n'est pas assez ferme, qui n'est pas assez fort, assez solide, qui est donc trop faible, qui est affaibli. » (Hesbeen, 2017, p. 122)

Cette définition-ci permet de cerner ce que furent et sont les soins infirmiers : ils englobent l'ensemble des aides apportés à des personnes qui en ont besoin, de manière provisoire ou durable. Ces aides dépassent largement le domaine des actes de soin pour s'étendre à l'ensemble des besoins d'un être humain, dans ses dimensions corporelles, psychologiques, intellectuelles, sociales.

Par ailleurs, le soin a toujours été un sujet de préoccupation des philosophes de toutes les époques, qui l'ont pensé et qui se sont évertués à lui donner du sens, à le relier à une perception humaniste de la vie.

« [...] quelques siècles avant notre ère, des penseurs épinglent le soin et font de celui-ci le modèle du rapport à soi, aux autres et au monde. » (Dupuis, 2013, p. 53) Le soin n'est pas envisagé dans une seule vision médicale et thérapeutique mais dans l'intention plus large de porter aide et attention aux personnes fragiles.

« Bien plus tard, durant l'Antiquité, le Moyen-Âge, les Temps Modernes, la post-modernité qui est la nôtre, des auteurs sont revenus sur les thèmes secrètement associés au soin : amitié, sympathie, solidarité, justice, compassion, etc. Ce sont autant d'incarnations historiques de ce soin fondamental reconnu comme respect pratique. » (Dupuis, 2013, pp. 53-54)

L'infirmier ne peut être résumé aux gestes qu'il accomplit mais doit être envisagé dans l'intentionnalité humaniste de ces gestes.

« Ainsi le sens du soin infirmier est à rechercher non pas seulement dans le *faire*, auquel trop souvent on le réduit, quitte à le compléter de considérants psychologiques ou déontologiques, ni même dans sa théorisation, si utile soit-elle, mais dans un au-delà du *faire* : sa limite est d'une certaine façon illimitée. » (Lombard, 2013, p. 37)

Au-delà de ce qui inspire et guide le soin infirmier sur le plan éthique, l'hôpital public devient un lieu d'économie domestique qui va exiger une grande diversité de compétences.

Dans le lieu collectif de vie, l'infirmière prend soin de la vie du domaine, de la vie du groupe, et de la vie de l'humain (avec ses proches). Au cœur des institutions de santé, c'est elle qui garde une vision

⁷ Notamment lors du Vème Congrès national d'Assistance publique de la Bienfaisance privée qui a eu lieu à Paris du 3 au 8 juillet 1911.

⁸ De par les enjeux politiques, économiques et de pouvoir, que suscitent les débats sur la formation des infirmières et gardes-malades.

globale de la dynamique institutionnelle et des flux d'information. Elle prend soin de la maison au sens large, avec la coordination des activités et des langages multiples des différents intervenants.

L'infirmière est donc une personne qui exerce un rôle de *médiateur culturel*.

« Avec l'institution, le corps médical, les personnes soignées et leur entourage, ce sont au minimum trois ensembles culturels bénéficiaires principaux des prestations soignantes qu'il faut impérativement coordonner et qui façonnent les exigences de la fonction. Par le passé comme dans le futur, on reste confronté dans cette aventure aux aléas de l'existence humaine, à la souffrance et aux contraintes des organisations de santé, puisque les compétences réclamées par l'activité dépendent de l'information perçue, décodée, traitée et distribuée dans un environnement particulier. » (Nadot, 2012, p. 238)

Si l'on se cantonne à une observation stricte, il est aisé de constater que l'infirmière ne fait pas uniquement du soin au malade. Garder cette vision est réductrice et dévalorise les compétences réelles déployées par les infirmières au quotidien dans un contexte de complexité.

Mais l'infirmière est avant tout celle qui réalise toutes ses activités dans le but de prodiguer de l'aide à un être qui en a besoin.

« S'occuper de "tout" ou de "presque tout", en instillant de l'humain, n'est pas rien pour celui qui nécessite des soins infirmiers, ce n'est pas rien non plus pour celles et ceux qui ont choisi d'en donner. C'est une véritable spécialisation dont il est ici question. En effet, les infirmières et les infirmiers qui relient leurs différentes activités, leurs différentes formes de pratique au fondement même des soins infirmiers se présentent de la sorte comme des "spécialistes du presque tout", ce qui n'équivaut en rien à être des spécialistes du n'importe quoi. » (Hesbeen, 2017, p. 141.)

En ce début du XXI^{ème} siècle, l'infirmière peut être définie simultanément par les multiples missions rôles et tâches qu'elle accomplit, et par les valeurs morales personnelles et professionnelles qui inspirent la qualité de la réalisation de ses multiples tâches et la qualité de sa relation à autrui, qu'il s'agisse des patients et de leur entourage ou des membres de l'équipe soignante.

2. Historique de la profession et de la transmission infirmières

Nous présentons ici un historique qui est loin d'être exhaustif mais qui a pour but de pointer ce qui, dans le passé, a modelé le présent et reste prégnant dans le quotidien des soins.

Les femmes soignantes ont longtemps été privées de parole par défaut d'instruction et du fait des rôles subalternes qu'elles occupaient au sein de la société. Comprendre leur évolution ne peut se faire que par l'histoire et le droit jusqu'à la fin du XIX^{ème} siècle, période où elles commencent à s'exprimer par elles-mêmes. Les documents des congrégations et des paroisses sont par ailleurs des sources d'information.

Dans les écoles d'infirmières, l'histoire de la profession, de même que les pratiques de soin, ont longtemps été transmises de bouche à oreille. Des documents, supports de cours, existent mais sont plutôt des trames servant de fil conducteur. Aujourd'hui encore, les IFSI enseignent l'histoire de la profession en s'appuyant sur des anciens textes qui sont remaniés, mais dont le référencement bibliographique est le plus souvent absent. Cette particularité de l'absence d'épistémologie au-delà d'un siècle est un trait significatif de l'histoire des infirmières.

« L'histoire de la profession est abordée dans les IFSI. Toutefois, d'un IFSI à l'autre, les méthodes pédagogiques diffèrent ainsi que le nombre d'heures accordées à cette thématique [...] La place donnée à cette matière est très faible si l'on considère que l'enseignement des valeurs et de l'histoire infirmière est un vecteur de l'identité professionnelle. Les formateurs devraient en prendre conscience et assurer aux formés la culture professionnelle la plus large possible pour dépasser la conception opérationnelle du métier. » (Homerin, 2012, p. 19)

Les pages qui suivent sont issues de différents documents internes à l'IFSI où nous avons exercé, et en particulier de documents qui nous sont propres, collectés sous forme de notes prises lors de cours ou de conférences, remodelés en 2014-2015 dans le cadre d'interventions pour l'unité d'enseignement 3.1 S1 (raisonnement et démarche clinique infirmière).

Ces documents ont été confrontés à différentes sources tels les sites internet des Hôpitaux de Paris, de la Croix-Rouge Française, des associations infirmières et étudiantes.

Ils ont été réajustés et enrichis par les apports des textes réglementaires et par différents auteurs tels que Geneviève Charles, Marie-Françoise Collière, Michel Foucault, Michel Nadot... ainsi que par des données chiffrées émanant de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) et du Comité d'entente des formations infirmières et cadres (CEFIEC).

Des travaux rédigés par des sociologues tels Françoise Acker, Anne-Marie Arborio, Ivan Sainsaulieu... ont complété notre étayage, auxquels ont été adjoints des mémoires et thèses universitaires.

2.1. L'Antiquité et la période gallo-romaine

Lors de la préhistoire, la femme est la garante des soins dispensés à la communauté familiale et, au-delà, à la tribu. Cet état de fait perdure durant l'antiquité grecque et romaine.

Dans toutes les civilisations de la Basse Antiquité, la médecine et la chirurgie sont développées par les hommes sur les champs de bataille. Les femmes se consacrent aux maladies domestiques, aux naissances et aux mourants. Les matrones sont spécialisées dans l'accouchement des parturientes. Cette responsabilité amène à les consulter pour des conseils de santé et des prescriptions. Plus tard, en Grèce, puis plus systématiquement dans l'Empire Romain, un système de soins est organisé pour traiter les blessures, maladies et accidents survenant chez les soldats et les esclaves, ceux-ci étant nécessaires à la vie de la cité.

Des prêtres guérisseurs exercent dans les sanctuaires consacrés. « La médecine grecque antique eut ses dieux : Asclépios, dont les sanctuaires étaient des lieux de culte célèbres ; Hygieia, qui dès le Vème siècle avant Jésus-Christ, personnifiait la santé physique et mentale. » (Charles, 1984, p. 14) Parallèlement, les femmes sont cantonnées à la préparation des simples et aux tâches ménagères annexes aux soins. Au Ier siècle, on retrouve des traces de soins accordés aux femmes, enfants et vieillards malades.

Dans l'antiquité, on peut dire, en généralisant, que co-existent les médecins avec une connaissance théorique (ce sont des hommes) qui ne touchent pas les corps et qui laissent des traces de leurs découvertes et recettes. Et les soignants (hommes et femmes) qui travaillent dans le quotidien sur le corps vivant : manipulations, herboristerie, grossesse, accouchement, assistance aux mourants...

Les femmes assurant les soins dans les familles et les groupes humains lors de la préhistoire et de l'antiquité se sont transmis oralement leurs connaissances permettant de soulager une douleur, de permettre un accouchement, de laver et panser une plaie... Ce pouvoir féminin pose problème aux hommes, en particulier aux ecclésiastiques, puisque les guérisseuses sont parfois considérées comme des sorcières jusqu'au XVIIIème siècle et qu'elles seront amenées à donner des soins clandestinement.

Les remèdes, réalisés le plus fréquemment à base de plantes, ont traversé les siècles. Certains étaient encore utilisés dans les premières décennies du XXème siècle, avant l'hyper médication survenue au cours des années 60-70. Ainsi, les remèdes de *bonne fame* (et non de bonne femme !), remèdes de bonne réputation, ont perduré par une pratique familiale ayant assis leur efficacité.

En France, de 300-400 avant Jésus Christ jusqu'au Haut Moyen Âge (476), des soins sont prodigués aux pauvres, malades et déshérités dans des lieux publics ou religieux. Ces lieux permettent aussi le contrôle de certains comportements jugés comme déviants. En 325, le Concile de Nicée demande aux évêques de construire des lieux d'hébergement. Beaucoup de fondations apparaissent (*Hostel des Ladres, Hospices, Hôtels Dieu*), de même que les premiers hôpitaux pour indigents. Plus tard, Childebert 1^{er} crée en 540 à Lyon un hôpital sur les bords du Rhône.

Les activités des personnes soignantes constituent l'histoire des pratiques *infirmières* : soins du quotidien, aides diverses et régulation d'une vie communautaire. L'histoire des soins continue à être surtout une histoire de femmes sauf pour deux activités : les soins aux blessés de guerre, dévolus aux barbiers qui deviendront les chirurgiens et l'enfermement des *fous* dans les asiles, dévolu aux moines lazaristes et frères de St Jean, puis aux infirmiers psychiatriques. Le trio *médecin-chirurgien-infirmier* existe déjà.

2.2. Le Moyen-Âge : Les hospices se multiplient

L'enseignement médical reste pénétré de la tradition antique. Les soignants se conforment aux prescriptions des médecins et barbiers lorsque ceux-ci se rendent dans les hospices, contre rémunération. Mais, le plus souvent, les soignants sont seuls pour prodiguer les soins. Parler de formation dans ces conditions est tout à fait déplacé. La transmission se fait là encore oralement et par imitation.

Les registres des abbayes et monastères, les ouvrages rédigés par les médecins attachés aux cours royales ou à celles des seigneurs locaux, nous permettent d'avoir une image de la transmission des savoirs médicaux. Quelques exemples sont proposés en annexe. En ce qui concerne les savoirs infirmiers, il est fort difficile d'en trouver trace écrite. « L'information sur le personnel médical et soignant de l'époque reste très pauvre. » (Charles, 1979, p. 24) Les bibliothèques universitaires des facultés de médecine regorgent de traités d'anatomie, de chirurgie, de physiologie. Mais elles ne possèdent nulle trace de transmission des soins infirmiers.

« Quant au personnel soignant, il remplit avec dévouement une tâche modeste pour laquelle il ne reçoit aucune formation. » (Charles, 1979, p. 31)

Au XII^{ème} siècle, les soins aux malades deviennent une tâche importante, car la société n'est ni assez stable ni assez florissante pour subvenir à l'entretien des pauvres et des malades. L'église, elle, devient une puissance sociale et économique, et on assiste à la création d'ordres hospitaliers. On considère dans ces établissements que la maladie et la mort sont des œuvres du démon (*enfermetés*), que les personnes qui font des soins sont des êtres de vocation et que ces soins sont liés à la spiritualité : « Ce que tu fais au plus petit d'entre les miens, c'est à moi que tu le fais. » (Mathieu, 25, 40). Les communautés religieuses ont des règles strictes et des statuts rédigés par l'autorité épiscopale.

Il existe toutefois, en parallèle, des lieux d'accueil qui ne sont pas religieux. Ce sont les bourgs ou villes qui se dotent d'hospices pour les indigents ou les comportements déviants, ou encore des fondations privées qui vivent sur leurs propres revenus : terres productives, élevage, exploitation forestière, charbonneries, etc.

Les soins prodigués sont rudimentaires : hygiène, abri, et réconfort. Les hospices accueillent indifféremment orphelins, indigents, infirmes, malades sans famille et mourants, particulièrement pendant les périodes de croisade engendrant des famines et des épidémies. L'hôpital est un lieu d'hébergement des indigents et des pèlerins autant qu'un lieu de soins proprement dit. Il est avant tout un lieu d'*hospitalité*. Les salles communes mélangent toutes les personnes accueillies, sans souci d'hygiène réel, sans considération pour les risques de contamination et sans prise en compte de l'intimité et de la pudeur.

« Dans chaque lit, les malades s'entassaient à trois ou quatre selon l'ordre d'arrivée et les places vacantes, sans tenir compte de l'affection dont le patient est atteint ; s'il est gravement atteint – mais alors seulement - il sera seul dans son lit. » (Imbert, 1974, p. 17)

La principale pharmacopée est issue des plantes médicinales dont moines ou moniales spécialisés assurent l'entretien et le renouvellement. Ces mêmes religieux sont responsables de la conservation des végétaux et de la préparation des remèdes.

« Les conceptions physiologiques ne s'étaient pas modifiées depuis l'Antiquité. Le diagnostic reposait encore sur l'allure de la fièvre, la qualité du pouls, l'aspect de la langue et des urines. La thérapeutique se bornait à la prescription de préparations végétales à base de "simples", de drogues étranges ou magiques, de saignées profondes, de cautérisation ou de clystères. » (Coury, 1976, p. 685)

Certains religieux sont remarquables par leurs travaux de recherche destinés à comprendre le fonctionnement du corps humain et tenter d'en résoudre les dysfonctionnements. Ainsi, l'abbesse Hildegarde de Bingen (1098-1179) fait montre dans ses écrits d'un savoir étendu et original.

Dès 1248, du personnel compétent non religieux œuvre dans les hospices. Les nantis, comme auparavant, se font soigner à domicile par leurs domestiques. Et, bien sûr, les femmes restent les soignantes de leur famille.

En 1409, les moines et médecins fondent en Espagne, à Valence le premier asile d'Europe. D'autres établissements verront le jour mais subiront une rapide décadence : les malades furent enchaînés, enfermés. Jean Cleudat après avoir été *hospitalisé* dans ces conditions difficiles, devient infirmier et fonde l'ordre des Frères de Saint Jean de Dieu, ordre religieux au service des malades et notamment des malades mentaux.

La guerre de 100 ans (fin du XIII^{ème} - début du XIV^{ème} siècle) provoque la destruction des hôpitaux. Le grave schisme d'occident (scission de l'église catholique) fait perdre la confiance dans le clergé. L'administration des hôpitaux passe dans les mains des autorités civiles et l'on assiste à une nationalisation des biens du clergé. Après les grandes épidémies des XIV^{ème} et XV^{ème} siècles, la nécessité de créer des structures d'accueil et de soins aux malades devient cruciale. Nous assistons alors à la création de la fondation hospitalière, à l'initiative des seigneurs, évêques et bourgeois (léproseries, Hôpital des Quinze-Vingt créé pour les Parisiens privés de la vue, etc.)

L'hygiène y est très sommaire. Les soins prodigués consistent à laver, réconforter, nourrir, éduquer et panser les plaies. Les diagnostics infirmiers se limitent à l'observation de l'aspect de la langue, des urines, des selles et du facies. L'infirmière est totalement bénévole, qu'elle soit religieuse (le plus souvent) ou laïque. La contrepartie de son travail est l'hébergement et la nourriture, offerts par l'ordre auquel elle est rattachée. L'acte de soin correspond toujours à une valeur culturelle et spirituelle.

2.3. Les XVI^{ème} et XVII^{ème} siècles : des avancées et des régressions

Le XVI^{ème} siècle, siècle de la Renaissance, est caractérisé par l'Humanisme, mouvement d'émancipation de la personne, et par la Réforme : on sépare la foi et la raison. Il s'agit d'une période où apparaissent quelques grands médecins humanistes qui s'insurgent contre la pratique du bûcher appliquée aux fous, et demandent au Pape de faire interdire les actes de barbarie. La demande en soin est telle qu'il devient urgent de penser l'organisation des structures d'accueil et l'acquisition de compétences par les soignants.

Dès 1546, grâce à Gutenberg, les livres permettent la diffusion du savoir. Les traités de médecine se diffusent. Le corps n'est plus sacré et la dissection est donc possible, ce qui permet la naissance de l'anatomie. La chirurgie progresse de manière spectaculaire. Les inventions se multiplient. Mais... les médecins vont très peu dans les hôpitaux et se contentent de soigner les personnes fortunées.

La vocation d'aide et de secours, véritables prémisses de la démarche de santé publique, se structure essentiellement autour du travail réalisé par Saint Vincent-de-Paul (1551-1660).

Il fondera en 1634 l'ordre des Filles de la Charité (ou Sœurs de Saint-Vincent-de-Paul) avec Sainte Louise de Marillac (1591-1660). Les Filles de la Charité sont à l'origine de l'hôpital des Enfants-Trouvés de Paris. Vincent organisera également des collectes à Paris pour porter secours aux victimes des guerres de Religion.

« On a critiqué la configuration des hôpitaux, par exemple celle de l'Hôtel-Dieu de Lyon, de l'Hospice de la Charité : la promiscuité qui y régnait n'était guère favorable à l'hygiène et aux soins. [...] Ce jugement - vrai en partie - ne doit cependant pas faire perdre de vue la polyvalence, à cette époque, du personnel soignant. A l'occasion de l'accueil, de l'alimentation, de l'hygiène, des visites du médecin comme des soins, il était en contact permanent avec le malade, le soutenant pendant la maladie et le préparant, comme le voulait saint Vincent de Paul, à la mort. » (Charles, 1979, p. 48)

La polyvalence pointée ici ressemble fort à la polyvalence contemporaine des infirmiers hospitaliers, dans la diversité de leurs missions.

Deux types de soignantes sont à distinguer. Les infirmières, recrutées dans les familles respectables, doivent être âgées de moins de 28 ans, de santé robuste et d'une réputation excellente. Ne sachant pas lire, comme la quasi-totalité des femmes du XVII^{ème} siècle, elles ne peuvent être que les exécutantes des élèves chirurgiens. Les activités de soins sont souvent exercées librement et pratiquement sans rémunération. Par ailleurs, la main d'œuvre ordinaire, les *petites mains*, qui accepte de travailler dans des conditions difficiles, moyennant le gîte et le couvert et des *gages* très réduits, est issue de la grande pauvreté.

Vincent pense que l'état religieux n'est pas convenable aux emplois de la vocation, puisque la mission des sœurs est avant tout de sauver des âmes plus que de soigner des corps. Il promeut donc l'activité de *filles* non religieuses qui prononcent des vœux privés et annuels. Il demande également à ces *filles*, en plus de répondre aux besoins en hygiène corporelle et alimentaire et d'appliquer les traitements curatifs prescrits par les médecins, d'avoir un rôle de conseil et d'éducation au sein de leur secteur paroissial. Elles se doivent également d'assister les personnes accueillies jusqu'à la mort. Vincent pense le premier à la nécessité de préparer les *filles* aux exigences de leurs tâches et leur donne une ébauche de formation professionnelle, qui est essentiellement contenue dans des recommandations et des conseils. « Elles serviront les pauvres malades avec la plus grande charité, promptitude et assiduité qu'il leur sera possible, instruiront les choses nécessaires à ceux qui guériront, avant de les renvoyer, et aideront à bien mourir ceux qui tendront à la mort. » (Coste, 1932, p. 388)

Nous avons, par les directives prononcées par Saint Vincent de Paul, les premiers fondements des valeurs infirmières modernes et contemporaines : les tâches et rôles de l'infirmière sont décrits, l'obéissance au médecin est posée comme un fondamental, la vision holiste du soin est impérative, avec nécessité de répondre aux besoins de la personne dans les dimensions physiques, psychologiques, spirituelles et sociales. Ce que les enseignements contemporains ont parfois traduit par *prendre en soin la personne dans sa globalité*, avec le risque de niveler tous les besoins.

Hormis pour Vincent, la formation du personnel soignant n'a jamais été une préoccupation importante, ni pour l'opinion, ni pour les médecins, ni pour les législateurs. Après sa mort, les sœurs abandonnent petit à petit toute instruction professionnelle, fortes de la logique selon laquelle une activité portée par la conviction religieuse ne nécessite pas de connaissances, et que seule la Foi compte. Et puis, à quoi bon parler d'asepsie à des congrégations qui n'ont pas le droit de se laver les dents... « La sœur hospitalière, à cause de son caractère religieux, n'a pas besoin d'apprendre sa profession. » (Charles, 1979, p. 50-51)

Michel Foucault (1976) propose la thèse du renfermement des fous et voit dans la fondation en 1656 de l'Hôpital Général de Paris l'acte premier de ce grand renfermement. Les mendiants, les libertins, les galeux, les prostituées, les vénériens, les enfants trouvés vont être internés de plus en plus souvent dans cet établissement, et les *insensés* y sont très minoritaires.

En 1667, un édit est publié, prônant la création d'un hôpital dans chaque ville de France. Mais l'argent manque, ces lieux sont délabrés et insalubres. Les soins continuent à être assurés par des

hommes et des femmes congréganistes ou civils. Malgré les tentatives de laïcisation des hôpitaux et du personnel soignant, l'idée demeure ancrée dans les mentalités que l'on ne peut être un bon soignant si l'on n'appartient pas à une société religieuse, lié par des vœux perpétuels ou temporaires. Les *infirmières*, recrutées dans les familles respectables, ont comme devoir celui de former leurs pairs mais cet aspect de leur mission n'est pas développé.

2.4. Le XVIII^{ème} siècle : des religieux aux médecins laïcs

Le magique et le religieux assurent aux XVII^{ème} et XVIII^{ème} siècles leur permanence. Le maintien des pèlerinages à but thérapeutique et miraculeux en est le témoignage le plus flagrant. A l'opposé, quelques médecins entament une démarche scientifique. En effet, le Siècle des Lumières signe la toute-puissance de la raison, avec le mouvement de l'Encyclopédie qui prétend rendre accessible les savoirs à tous. Il se produit un courant de développement de la liberté de penser, de l'esprit critique. Le savoir est issu d'un travail raisonné, loin des préjugés et superstitions.

Les progrès constants de la médecine et de la chirurgie, changent l'organisation des institutions. Les enseignements en écoles de médecine, jusqu'alors très philosophiques, sont remplacés par une formation théorique et pratique.

Dès 1772, un conflit de pouvoir existait entre les médecins et les religieuses soignantes. Les médecins souhaitaient que les religieuses leur obéissent sans réserve. Ce qui ne leur seyait pas... Puis, la Révolution aboutit à la création d'hôpitaux laïcs. L'hôpital devient un lieu d'apprentissage des médecins.

En 1785 est publié un texte intitulé : *Instruction sur la manière de gouverner les insensés*, qui propose, en 44 pages, un guide d'accueil et de « soins » destiné à la prise en charge des malades mentaux. En 1792, à l'hôpital de la Salpêtrière, le docteur Philippe Pinel et l'infirmier Jean-Baptiste Pussin libèrent de ses chaînes un capitaine anglais interné. Jean-Baptiste Pussin met en valeur les compétences relationnelles nécessaires au métier d'infirmier.

La loi du 6 novembre 1790 interdit le recrutement des infirmiers par les ordres religieux qui conservent toutefois leurs structures et leurs fonctions. Après quelques décennies, les religieux soignants sont au nombre de 7600 environ, et celui des infirmières de 4000 environ (estimation réalisée en 1847). Les religieuses occupent essentiellement un rôle de *gardes-malades*. Elles ont pour mission d'écouter et aider les malades dans les actes de la vie quotidienne et de les réconforter moralement. Les infirmières laïques secondent les médecins, exécutent leurs ordres et leurs prescriptions.

L'enseignement infirmier est, lui, inexistant, il se réalise *sur le tas*, de manière empirique.

Les ordres religieux courbent le dos, en attendant des temps meilleurs.

« Encore que certains historiens aient considéré à tort que le décret du 18 août 1792 sonnait le glas des communautés religieuses, cette mesure révolutionnaire devait en pratique produire des effets purement vestimentaires : les sœurs restèrent en place, mais abandonnèrent leur tenue séculaire. » (Imbert, 1974, p.36)

Le même mouvement de résistance des ordres religieux, approuvés par les populations, sera à constater après la promulgation de la loi de 1905.

Si la médecine connaît des progrès considérables lors du XVIII^{ème} siècle, les soins infirmiers stagnent.

2.5. Le XIX^{ème} siècle : une mutation de fond

Cette période est marquée par les progrès des sciences et de la médecine, la révolution industrielle, les changements politiques, les guerres. Elle est la première étape de la modernisation des soins et des systèmes de santé.

2.5.1. Des progrès scientifiques et le retour des religieux

La médecine progresse, en particulier en matière d'anatomie et de physiologie. Bichat pose les bases de l'anatomie et de la physiologie en 1800. Laennec invente le stéthoscope.

Les écoles de médecine se développent, auprès des hôpitaux, à Paris, Lyon, Marseille et Montpellier. Le XIX^{ème} siècle est le siècle de la science et de la technique. Le positivisme (sciences et techniques posées sur un piédestal) dérive vers le scientisme : la science tient un discours sur tout. La science prend le pas sur la raison. Les techniciennes infirmières sont priées de ne plus penser : elles exécutent selon des fiches techniques d'autant plus que Napoléon inscrit dans la loi l'incapacité juridique de la femme mariée ainsi que l'interdiction de leur accès aux lycées et universités.

Les lois révolutionnaires sont abolies par Napoléon qui autorise le recrutement de jeunes postulantes, les religieuses reprennent leur costume, la mère de l'empereur est nommée protectrice des sœurs de la Charité et des sœurs hospitalières de tout le pays. On assiste à l'essor des sœurs de Saint Vincent de Paul. Malheureusement le nouveau développement des ordres religieux va de pair avec la disparition de la formation et le mépris de l'hygiène.

En 1800, le docteur Jean-Marc Itard met en avant une compétence nécessaire à l'exercice de la profession : l'observation. En 1802, le terme psychiatrie est attesté pour la première fois par les encyclopédistes, même si la médecine des aliénés et des fous restera la référence jusqu'à la fin du XIX^{ème} siècle.

En 1877, il est fait le constat que la laïcisation progressive entraîne un manque d'institutions. Les religieux et les laïcs sont alors recrutés tous azimuts. Les hôpitaux de la seconde moitié du XIX^{ème} siècle sont dans un état d'hygiène quasi inexistante, les chambres ne sont que des grands dortoirs de plusieurs dizaines de personnes, de toutes pathologies et tous sexes confondus, sans intimité.

2.5.2. Une structuration des hôpitaux

A la fin du XIX^{ème} siècle, le principe de division des hôpitaux en unités de soins spécifiques, avec des secteurs géographiques et des personnels dédiés, apparaît.

De nouveaux types de centres de soin modifient les possibilités d'accueil des personnes vulnérables. Ainsi, la création des Dames du Calvaire d'abord à Lyon en 1842, puis à Paris en 1874⁹ permet d'accueillir des malades en sériant leurs pathologies. A compter de 1841, la communauté protestante des Diaconesses de Reuilly s'emploie à une ébauche d'enseignement infirmier, sous l'impulsion de Caroline Malvesin et du Pasteur Vermeil, dans le XII^e arrondissement de Paris, par la création de la maison de santé et de l'infirmerie. Un IFSI (80 étudiants par cohorte) et un IFAS y existent encore aujourd'hui. Ces structures doivent leur apparition à la volonté de femmes bourgeoises et fortunées, soucieuses des maux de leurs contemporains, disposant d'appuis politiques. La création de la Croix Rouge par Henri Dunant en 1864 sera le point de départ d'une approche internationale par le désir de faire vivre des réseaux de soins et d'enseignement des soins¹⁰.

Dans la profession coexistent toujours deux types de femmes : des femmes d'origine modeste, peu instruites, pour lesquelles le métier d'infirmière est source de revenus, de statut social et de reconnaissance ; des femmes issues de milieux plus aisés et instruites, souvent bénévoles.

Le personnel infirmier civil est décrit comme ignorant, non motivé, avec des mœurs déplorables. Il reçoit toujours des gages très modestes accompagnés d'avantages en nature (logement, nourriture, vêtements).

« Les soins sont inscrits dans un système d'échanges et n'ont pas de valeur économique. » (Collière, 2001)

A la fin du XIX^{ème} siècle, une médicalisation croissante avec l'invention d'instruments en parallèle avec le développement de l'asepsie entraîne de nombreux procédés nouveaux et la pratique évolue. Les médecins ont le monopole du savoir soigner. Un changement s'opère dans le rapport au corps. Les dangers de l'infection, révélés par la révolution pasteurienne, se font plus présents et opèrent déjà une distance entre les soignants et le corps du malade. Les gestes appris de façon mécanique

⁹ Une autre structure sera créée à Bordeaux en 1906. (NDA)

avec la technicisation des pratiques, une forme de *dressage* du soignant par le geste accompli, transforment les mains des infirmières en instruments qui mettent à distance. Le corps du malade devient objet de manipulation.

Désiré-Magloire Bourneville, né le 20 octobre 1840 à Garencières (Eure) et mort le 28 mai 1909 à Paris, est un neurologue français qui a participé activement au débat sur la laïcisation des hôpitaux français. Il est neurologue à l'hôpital Bicêtre, animateur du journal le *Progrès médical*, élu député de Paris en 1873. Il multiplie les déclarations à l'encontre des religieuses employées comme infirmières : « L'État qui est laïc a le devoir de se priver du concours d'auxiliaires qui, par leurs vœux, se placent en opposition directe avec les lois de la nature et les intérêts de la société. » Le docteur Bourneville va provoquer une évolution remarquable dans la connaissance de ce qu'on appelle alors les *idiots*.

2.5.3. Florence Nightingale

Florence Nightingale (1820-1910) est une pionnière des soins infirmiers modernes et une statisticienne notable. Sa contribution la plus célèbre survient lors de la Guerre de Crimée (1853-1856), qui devient son centre d'attention lorsque des rapports commencent à atteindre la Grande-Bretagne au sujet des conditions épouvantables supportées par les blessés. Dix fois plus de soldats meurent de maladies telles que le typhus, la fièvre typhoïde, le choléra ou la dysenterie, que de blessures de combat. Les conditions régnant à l'hôpital militaire temporaire sont fatales aux patients en raison de leur surnombre, des égouts défectueux et d'un manque de ventilation. Nightingale et ses compatriotes commencent par assainir complètement l'hôpital et l'équipement, et par réorganiser les soins des patients. En mars 1855, le gouvernement britannique envoie une commission sanitaire à Scutari, près de six mois après l'arrivée de Nightingale. Les égouts sont nettoyés et la ventilation améliorée. Le taux de mortalité diminue rapidement.

Nightingale est la première à écrire les soins infirmiers. Elle s'intéresse beaucoup à la formation des infirmières. Elle pense que « pour soigner, il faut avoir appris ». L'originalité de sa démarche est de mixer et de réaliser une synthèse des cultures du soin catholique et protestante, qui proposent deux façons de percevoir l'homme, la maladie et le corps. Elle étudie chez des pasteurs en Allemagne et chez les sœurs de la Charité en France. En 1848, elle visite les hôpitaux de Paris et en étudie le fonctionnement. Son intérêt englobe les pratiques de soin du monde entier. Elle réalise des études statistiques (elle est habile mathématicienne) et des enquêtes sous forme de questionnaires en France, en Allemagne et en Angleterre. Car elle est aussi une femme de dossiers et de stratégies. Elle est considérée rapidement comme l'hygiéniste la mieux qualifiée d'Europe. (Sinoué, 2008)

Elle écrit *Notes on Nursing*, un petit livre de 136 pages publié en 1860. Cet ouvrage sert de base au programme de la Nightingale School, école de formation infirmière qu'elle fonde à Londres en 1860 et à celui des autres écoles qui sont fondées par la suite. Le livre connaît également un succès auprès du grand public et est considéré comme un texte classique d'introduction aux soins infirmiers. Nightingale passe le reste de sa vie à encourager l'établissement et le développement de la profession d'infirmière et à la faire évoluer vers sa forme moderne. Elle ne se contente pas de s'interroger sur l'amélioration de la qualité de l'hygiène et des soins, mais se préoccupe également de problématiques de santé publique, d'épidémiologie, de prévention et d'éducation à la santé, facettes du rôle infirmier jusqu'alors non portées en avant et réservées aux médecins.

« L'activité infirmière est donc dirigée vers la personne et son environnement, et vise le maintien et le recouvrement de la santé, la prévention des infections et des blessures, l'enseignement des modes de vie sains et le contrôle des conditions sanitaires. » (Kerouac et alii, 1994, p. 4)

2.5.4. La guerre de 1870

La guerre de 1870 constitue un tournant car elle nécessite des soins aux blessés différents, compte tenu des armes nouvelles utilisées. Le docteur Duchaussoy est à l'initiative de la formation de

conductrices ambulancières. Il leur est demandé de savoir tout d'abord lire, écrire et compter et... d'avoir quelques notions d'hygiène... Par la suite, Duchaussoy met au point un cursus de formation qui prend en compte les dimensions de l'école, de l'hôpital et du dispensaire de soins. Sous l'égide de la Croix Rouge, il fonde en 1879 l'Association des Dames françaises dont la vocation est le secours aux blessés.

2.5.5. Des écoles d'infirmières

La formation infirmière devient plus complète et plus complexe. L'exemple de Florence Nightingale inspire les mouvements de réforme des hôpitaux et des soins prodigués aux malades dans l'Europe entière. En France, en particulier, son message est reçu : en effet, « pour soigner, il faut avoir appris ».

La circulaire du 17 juillet 1899 imposant la création dans chacune des villes sièges de faculté de médecine d'au moins une école d'infirmières, l'Hospice de la Charité de Lyon ouvre cette même année. Cette institution publique existe toujours sous le nom des Hospices Civils de Lyon (HCL). Cette fin du XIX^{ème} siècle verra la naissance du terme *Assistance publique*, que nous retrouvons aujourd'hui dans les appellations Assistance Publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP) et Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille (AP-HM). Toujours en 1899, le Conseil International des infirmières est créé, à l'initiative d'Henri Dunan.

A la fin du XIX^{ème} siècle, les médecins œuvrent eux aussi pour que l'enseignement infirmier soit dispensé de façon construite et pertinente. Les observations et remarques de Nightingale sont écoutées et mises en pratique et des formations sont peu à peu mises en place dans le monde entier, avec des différences extrêmes de conditions matérielles, logistiques, pédagogiques, selon les *moyens du bord* dont disposent les initiateurs. Il devient partout évident que les soins ne peuvent être améliorés que par la formation et par l'amélioration de l'état des hôpitaux et de l'hygiène.

2.5.6. Les formations infirmières se développent en fin de XIX^{ème} siècle

Inspiré par le modèle anglo-saxon de formation infirmière, Bourneville, médecin militaire et, nous l'avons vu, farouchement anti clérical, crée dans les années 1870-1890 les écoles municipales infirmières. Le 28 juillet 1900, lors d'une distribution des prix aux élèves infirmières, il s'exprime ainsi :

« Le but des écoles municipales d'infirmiers et d'infirmières est d'assurer un meilleur recrutement du personnel hospitalier, et de substituer les laïques aux religieuses (...). Il est évident que l'instruction s'acquiert à l'école et que l'infirmière laïque, ayant suivi les cours d'anatomie, de pansements, de physiologie, etc. professés par d'excellents maîtres, sera plus apte à remplir les devoirs et les pratiques de sa profession que la religieuse plus ou moins illettrée qui n'a rien appris de tout cela. » (Bon-Saliba, Ouvry-Vial, Saliba, 1993, p. 51)

En 1877 et 1878 sont créées les écoles de La Salpêtrière, Bicêtre, Lariboisière. Le but de Bourneville est de remplacer le personnel ignorant par un personnel instruit et respectueux. La formation dure un an et les cours sont répartis en sept modules : anatomie et physiologie, pharmacie, hygiène, pansements, soins aux parturientes et nouveaux-nés, administration et comptabilité hospitalière, *travaux pratiques* auprès des malades. Sur son initiative, s'élabore un programme d'enseignement commun aux services médicaux et aux services dédiés aux aliénés.

En 1877, sous l'initiative de médecins aliénistes, apparaît l'école d'infirmiers de l'Asile de la Salpêtrière. L'école de Bicêtre, créée en 1878, institue un certificat d'aptitude professionnelle (CAP) basé sur un enseignement technique et pratique sur un an. Les cours, qui ont lieu après les heures de travail, sont pris en charge par les médecins hospitaliers. En ce qui concerne la pratique, l'élève est sous la responsabilité d'un *tuteur*, membre du personnel soignant choisi en fonction de ses compétences professionnelles et pédagogiques. Un premier manuel de formation est adapté par Bourneville.

La Croix Rouge, en 1879, prend la mesure du manque de formation des infirmières et crée les premières écoles d'infirmières en France, après la création de la première école d'ambulancières en 1876. Si elles restent adossées à des hôpitaux, l'enseignement est conçu dans une autre perspective que celle du Docteur Bourneville. Les missions et tâches de l'infirmière sont précisées, relativisées au regard du rôle médical.

Sont créées par la suite l'école de la Pitié en 1880 et l'école de Sainte Anne en 1882. En 1883, ces premières formations aboutissent à un diplôme d'école dont l'obtention est assujettie à l'assiduité aux cours et à la moyenne aux contrôles de connaissances.

En 1882, l'école libre de garde-malades de la maison de santé de Bordeaux ouvre ses portes. Les études durent deux ans avec huit heures de cours par mois en première année et douze heures en seconde année. En *stage*, les futures infirmières sont de service de six heures à vingt-et-une heures et ne bénéficient que d'une seule journée de congé par mois.

La loi du 15 juillet 1893 impose l'assistance médicale gratuite, avec obligation pour la Nation de soigner et de créer des écoles d'infirmières. L'organisation du système de santé se monte avec les médecins. Le service médical se fait à domicile ou à l'hôpital pour tous les malades, y compris les femmes en couches.

Dès 1898, le conseil supérieur de l'Assistance Publique adopte à l'unanimité le principe de la création d'écoles d'infirmiers. La formation dure un an et comprend un enseignement technique et pratique. Il est entériné par la délivrance d'un certificat d'aptitude professionnelle sous l'autorité des commissions administratives. La circulaire du 17 juillet 1899 impose la création dans chacune des villes sièges de faculté de médecine d'au moins une école d'infirmières. Les formations dispensées sont très pratiques et les connaissances médicales en sont quasi absentes. L'opérationnalité est visée. La formation en psychiatrie n'est toujours pas obligatoire.

Ce tournant dans l'histoire de la formation, qui impose des écoles proches des universités de médecine, explique que les IFCS soient aujourd'hui présents dans les villes possédant une faculté de médecine-pharmacie. L'Hospice de la Charité de Lyon, nous l'avons dit, ouvre cette même année 1899. Les établissements de soin et de formation de l'Assistance Publique de Paris et Marseille et ceux des Hospices Civils de Lyon continuent à bénéficier d'un prestige lié à leur historicité, source d'expertise.

La formation infirmière de la fin du XIX^{ème} siècle et du tout début du XX^{ème} siècle est axée sur l'hygiène et dispensée par des médecins. Elle se déroule en *alternance*, sur trois 3 ans. Les critères exigés des postulantes sont le caractère, l'aptitude, la formation. Les motivations des candidates sont le statut social, la reconnaissance, l'élan humaniste et le salaire. L'harmonisation du contenu des enseignements n'est pas encore d'actualité et les diplômes, quoique encadrés par les textes, demeurent des diplômes d'école.

3. Les XX^{ème} et XXI^{ème} siècles, héritiers de l'histoire des soins

La complexité de l'histoire des soins et de l'émergence du statut de l'infirmier explique les difficultés et les turbulences récentes.

Le XX^{ème} siècle permet l'émergence d'une certaine autonomie des infirmiers, autonomie qui sera confirmée en début de XXI^{ème} siècle.

3.1. Le XX^{ème} siècle : des grands tournants

De nombreuses étapes sont franchies durant le siècle dernier, dans les domaines de l'organisation des soins et de la structuration des formations.

3.1.1. Le début du XX^{ème} siècle

En 1901, Bourneville aspire à l'uniformisation du programme de formation des surveillants d'asiles. Le projet est compromis par les divergences de vues des médecins aliénistes en ce qui concerne le

contenu du programme d'enseignement à adopter.

La circulaire ministérielle du 28 octobre 1902 renforce la reconnaissance officielle de la carrière d'infirmière.

En 1903 est créé le premier diplôme d'Etat infirmier aux Etats-Unis.

Le 9 décembre 1905 est promulguée la loi de séparation des églises et de l'Etat. Ceci provoquera l'émergence de deux courants opposés de la conception de la formation infirmière : celle de Léonie Chaptal et celle du docteur Bourneville.

Des écoles privées se montent pour garder au travail infirmier une tradition vocationnelle et prendre en compte des nouvelles qualifications avec une dimension idéologique.

Lors de l'année scolaire 1907-1908 a lieu la première formation conduisant au diplôme d'infirmier psychiatrique départemental.

Quelques écoles se créent sur la modèle anglo-saxon mais restent très peu répandues. « En 1908, sept écoles auraient fonctionné en France d'après les normes anglaises (quatre écoles publiques et trois écoles privées). » (Duval, 1968, p. 486)

3.1.2. Le docteur Bourneville

Bourneville va institutionnaliser l'action médico-pédagogique et participer activement au vote de la loi instituant en 1909 les classes de perfectionnement annexées aux écoles primaires où l'institutrice aura également suivi des études d'infirmière. Sa conviction est que tous les enfants handicapés doivent recevoir une éducation. Il est également à l'origine de réformes de l'hygiène hospitalière, veillant par exemple personnellement à la compatibilité des tenues du personnel avec les pratiques aseptiques. L'aboutissement de son combat pour la reconnaissance des enfants handicapés se trouve sans doute dans le vote en 1909, d'une loi pour un système scolaire adapté aux enfants handicapés, connecté avec le réseau éducatif classique. Il recrute des filles de la campagne qui sont libres de leurs allées et venues, elles ne prononcent pas de vœux. Bourneville n'hésite pas à exprimer que les infirmières se doivent d'être des *auxiliaires dociles et pas trop ignorantes*.

Si l'objectif de l'enseignement est d'acquérir un art pratique transmis par les médecins et centré sur l'anatomie, la physiologie et la pathologie, les élèves sont, pour la plupart, dépourvues d'instruction élémentaire et inaptés à suivre de tels objectifs. Par ailleurs, l'administration a une attitude ambivalente : elle n'exige pas que les soignantes suivent les cours et se contente d'en faire prodiguer en urgence, au sein de l'hôpital, lorsqu'une municipalité se plaint du manque de connaissances des infirmières. De ce fait, les résultats attendus ne sont pas toujours au rendez-vous.

3.1.3. La première guerre mondiale

Durant la guerre de 1914-1918, la médecine militaire est plus efficace. L'organisation des soins et l'application des règles d'hygiène, l'amélioration des connaissances médicales et pharmaceutiques, permettent des soins plus efficaces et ciblés. De nombreuses femmes s'engagent pour soigner les blessés. Femmes et soins aux blessés sont cette fois intimement liés.

«... Du 2 août 1914 au 31 décembre 1914, 798 833 blessés français et 322 672 malades seront traités par la 7ème direction de l'armée, chargée du service de santé.[...] Partout vont se créer des structures de soins comme l'hôpital temporaire n° 103 à Paris, hôpital type de l'Union des Femmes de France, associant bénévoles et médecins et chirurgiens civils. Pour améliorer le niveau des personnels, un effort de formation particulièrement notable fut organisé pour former des infirmières en quantité, le mieux et le plus vite possible. Pendant la première année de la première guerre mondiale, les infirmières emporteront l'estime en ayant su, par leur action, compenser le désordre des premiers temps. » (Marc, 2002, pp. 420-421)

Ces années de conflit et d'engagement des femmes dans les soins auront des conséquences dans les années d'après-guerre.

3.1.4. Léonie Chaptal

Léonie Chaptal fait bouger les lignes du rôle infirmier dans les toutes premières années de ce XX^{ème}

siècle. Elle initie une vision holiste de la prise en soins, fort novatrice, et qui sera développée surtout après les années 1960. Contrairement à Bourneville qui prône une laïcité totale, elle revendique la filiation religieuse des soins aux malades. « La pratique de ce métier difficile, souvent ingrat et prosaïque, doit se soutenir non seulement d'une valorisation par la compétence mais aussi et toujours d'un engagement personnel très fort, d'une *vocation*. (Bon-Saliba, Ouvry-Vial, Saliba, 1993, p. 69)

Léonie Chaptal est une aristocrate qui a travaillé avec Florence Nightingale et Anna Hamilton. Infirmière diplômée de l'Assistance Publique de Paris, elle crée son école en 1905 et va avoir une grande influence sur la profession. Elle affirme l'identité professionnelle infirmière et l'autonomie à l'égard du corps médical. Très influencée par le modèle anglais, elle considère que l'infirmière se doit de se préoccuper de la personne souffrante, alors que le médecin, quant à lui, se doit de se préoccuper de la maladie. « 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. » (Magnon, 1991, p. 150)

Léonie Chaptal accorde une importance extrême à l'engagement personnel, à la vocation, aux valeurs morales des futures infirmières. Pour elle, il ne s'agit pas de se détourner des principes spirituels altruistes mais de les sublimer, d'allier compétences techniques et valeurs personnelles. « Une infirmière complète, ajoute Léonie Chaptal, doit à sa profession et se doit à elle-même de posséder une valeur morale aussi élevée que ses devoirs. [...] Il faut donc, tout au long de la formation, associer intimement l'apprentissage technique à celui des règles de conduite. » (Bon-Saliba, Ouvry-Vial, Saliba, 1993, p. 70)

L'infirmière s'occupe d'êtres humains et non de pathologies. Elle doit donc s'intéresser à tout ce qui concerne son patient. La compétence infirmière est liée à la connaissance de la personne soignée, dans toutes ses dimensions. De plus, en 1909, elle rédige un rapport qui plaide pour l'institution du conseil de perfectionnement des écoles, la reconnaissance administrative des écoles existantes et, surtout, l'institution d'un brevet de capacité professionnelle conférant le droit de porter le titre d'infirmière diplômée de l'état français.

3.1.5. L'entre-deux-guerres

En 1922 est posée la nécessité de prévention et d'éducation à la santé.

En 1923, on assiste à la parution de la revue infirmière *L'infirmière française* et à la création de l'association nationale des infirmières françaises.

« Dès 1924, on relève, dans les écrits de l'époque, une méconnaissance des droits réels de l'infirmière par quelques-uns qui ont recours à leurs services. » (Charles, 1984, p. 159) Leur diplôme est peu connu et valorisé, et, en 1935, l'Association Nationale des Infirmières diplômées de l'Etat français (1936) réclame la reconnaissance de leurs compétences et de ne plus être assimilées à du *personnel de maison*. « Leur statut, les infirmiers et infirmières l'attendront jusqu'en... 1943 ! » (Charles, 1984, p. 160)

En 1920, Anna Hamilton crée l'école de Bagatelle à Bordeaux sur le modèle de Florence Nightingale grâce à des dons effectués par les Etats-Unis après la guerre de 1914-1918. Mais les autorités françaises sont opposées à une reconnaissance de la profession infirmière. Anna Hamilton ne dirigera donc pas une école d'infirmière, mais un *hôpital-école*.

En juin 1922, sous l'impulsion de Léonie Chaptal, un décret uniformise la formation infirmière dispensée dans les différentes écoles et crée le premier diplôme d'infirmière d'Etat, en octroyant aux élèves un brevet de capacité professionnelle. L'article 1^{er} de ce décret stipule :

« Il est institué des brevets de capacité professionnelle permettant de porter le titre d'infirmière diplômée de l'Etat français, qui seront délivrés par le ministère de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociale aux infirmières hospitalières, aux visiteuses d'hygiène sociale et aux diverses infirmières à spécialité restreinte, puériculture, surveillance sanitaire des écoles, hygiène mentale, etc. ».

Mais la formation est conçue par des médecins pour avoir des auxiliaires efficaces. Il n'en existe pas moins, pour la première fois, une certaine reconnaissance des infirmières par l'Etat. Est posé parallèlement la nécessité de prévention et d'éducation à la santé.

A partir de cette année-là, les actions et créations se multiplient.

Les Diaconesses de Reuilly créent en 1924 une école d'infirmières avec préparation au diplôme d'état. En effet, un arrêté en date du 24 juin 1924, fixe et homogénéise les programmes des écoles d'infirmières. La durée de formation est alors 22 mois. « A partir de 1925, l'enseignement est unifié et les écoles sont inspectées une fois par an. Tous les examens d'Etat sont supervisés par le bureau central des infirmières. » (Charles, 1984, p. 128)

Les infirmières visiteuses (infirmières à *domicile*), les infirmières d'hygiène scolaire, les infirmières industrielles font leur apparition après 1925.

« En 1931, cinq cent écoles avaient reçu la reconnaissance administrative du ministère, cinq mille cent huit diplômes avaient été accordés après examen d'Etat et vingt-huit mille cinq cent soixante-quatre par équivalence, sans examen. » (Charles, 1984, p. 149)

En 1932, sont créés le diplôme d'infirmier des asiles de l'état français ainsi que le diplôme d'état d'assistante sociale, qui sera entériné réellement en 1938.

En 1937, l'obtention du diplôme d'état est obligatoire pour exercer la profession d'infirmière.

3.1.6. La seconde guerre mondiale

L'article 5 de la loi n° 372 du 15 juillet 1943 renforce l'obligation de 1937 et contraint les établissements hospitaliers à recruter du personnel diplômé.

« Les établissements publics ou assimilés devront, dans un délai de trois mois à dater de la publication de la présente loi, prendre toutes dispositions utiles pour assurer le recrutement d'un personnel diplômé, soit en créant eux-mêmes des écoles pourvues d'un internat, soit en concluant des accords avec d'autres établissements hospitaliers ou, à défaut, avec des écoles précédemment autorisées. »

Parallèlement, en 1943 est créé le diplôme de sage-femme.

Les infirmières, mieux formées et structurées, exerçant dans des hôpitaux dans lesquels l'hygiène et la technologie ont leur place, ont pu être d'un grand secours lors de la seconde guerre mondiale. Leur action s'est déroulée sur tous les fronts, et ils étaient nombreux.

Au-delà des infirmières diplômées, des femmes et des hommes se proposent pour le secours aux blessés, militaires et civils. Des organisations, telle la Croix-Rouge, proposent des formations aux premiers secours et aident à l'organisation des soins d'urgence sur les terrains. Des sauveteurs bénévoles interviennent sans relâche.

Les hôpitaux sont débordés. Et parfois bombardés... La durée de la guerre et le nombre de civils concernés, la grande étendue des zones de combats de toutes ampleurs, l'occupation imposant la restriction des médicaments et matériels de soin, ont rendu le travail des médecins et soignants extrêmement difficile et dangereux. Les soignants se sont montrés dévoués à maintenir un accueil et des soins, en zone libre comme en zone occupée.

A la fin de la guerre, les hôpitaux ont du se consacrer à la rééducation des nombreux blessés et handicapés militaires et civils.

3.1.7. L'après-guerre

De 1945 à 1960, les infirmières exercent en métropole ou hors métropole - les colonies sont encore d'actualité. En métropole, « 60% des infirmières diplômées d'Etat travaillent dans les hôpitaux publics. » (Charles, 1984, p. 192) Les autres travaillent au sein des établissements destinés à la prévention maternelle et infantile, dans les établissements scolaires, dans les internats (encore très nombreux) de ces établissements, ou même dans divers ministères d'Etat, dans les services

d'assistance sanitaire et sociale.

Par la loi du 8 avril 1946, l'exercice infirmier est réglementé et la définition du rôle de l'infirmière est précisée. En effet, il est indispensable de délivrer des *autorisations d'exercer* pour palier à la pénurie de soignants en cette période d'après guerre.

En 1947 est créé le diplôme d'état de puériculture.

Une modification du programme de formation des études infirmières intervient en 1951 qui prévoit deux années d'études. « La première année, encore commune aux élèves-infirmières, aux assistantes sociales et aux élèves sages-femmes était très chargée. » (Charles, 1984, p. 176) En 1951, est créé un Conseil infirmier supérieur ministériel. Et la Croix-Rouge crée la première école de cadres infirmiers.

Un décret du 5 octobre 1953 précise les conditions d'exercice infirmier : « Est considéré comme exerçant la profession infirmière toute personne qui donne habituellement, dans des services publics ou privés d'hospitalisation ou de consultation, des soins prescrits par un médecin »

L'obtention du Diplôme d'État devient obligatoire pour exercer la profession d'infirmière, avec quelques mesures dérogatoires toutefois. Après examen de l'exercice effectué, les personnes non diplômées qui assurent des soins sont autorisées à exercer la profession en qualité soit d'infirmier polyvalent, soit d'infirmier auxiliaire polyvalent (équivalent approximatif d'aide-soignant), l'un comme l'autre avec une activité limitée.

L'arrêté du 28 juillet 1955 ordonne la nécessité d'une formation professionnelle pour le personnel travaillant en psychiatrie. Il s'agit d'une formation obligatoire et laïque : 120 heures de cours théoriques sur 2 ans, dispensées sur le temps de travail. Les enseignements vont permettre aux infirmiers de se dégager de leur tutelle de gardiennage en référence aux règlements, et grâce à certaines équipes novatrices sous l'égide de psychiatres pionniers (Lucien Bonnafé, François Tosquelles...) de transformer de vieux services hospitaliers en centres de soins actifs.

En 1956 naît le certificat d'aptitude à la fonction d'aide-soignante, *ancêtre* du DPAS (diplôme professionnel d'aide-soignant) qui deviendra le DEAS (diplôme d'Etat d'aide-soignant).

Après la seconde guerre mondiale se développe l'antibiothérapie et les techniques d'exploration. L'hôpital devient de plus en plus hyper-technicisé. De nouvelles professions de santé apparaissent et les infirmières montent en compétences. Les soins sont centrés sur la maladie ou l'organe atteint.

« En effet, l'invention de la catégorie d'aide-soignante au tournant des années 1950 se fait dans un contexte de transformation de l'hôpital et du métier d'infirmière. En dépit des premières mises en ordre de ce métier, depuis la création des premières écoles jusqu'à la création d'un diplôme d'Etat (DE), la plus grande diversité règne alors parmi le personnel des hôpitaux en termes d'origines, de recrutement ou de formation, aggravée par le contexte de guerre ayant nécessité l'embauche rapide de personnels auxiliaires : des infirmières diplômées d'Etat côtoient des infirmières quasi analphabètes, ainsi que des filles de salle sorties du rang. » (Demazière, Gadéa, 2009, pp. 53-54)

L'hyper-technicité entraîne une hiérarchie professionnelle construite sur des valeurs techniques. Il se produit alors la délégation des soins de *garde malade*, les soins au corps, aux aides-soignantes avec une certaine dépréciation, les infirmières préférant les soins plus techniques. Les infirmières, fières de leurs compétences techniques, en arrivent « à déprécier la qualification de garde-malade qui leur vient de Nightingale et à en céder les fonctions aux petits personnels, pour se consacrer aux travaux d'administration. » (Hughes, Chapoulie, 1996) Le métier d'aide-soignant est né.

« L'introduction du titre d'aide-soignante en octobre 1949 constitue d'abord une réponse à cette situation conjoncturelle. Ce titre instaure une position intermédiaire dans la hiérarchie entre les ASH – on dit encore "servantes" ou "filles de salle" – et les infirmières diplômées. (Demazière, Gadéa, 2009, p. 54)

3.1.8. Des statuts différents pour les soins généraux et la psychiatrie

Il est important de noter que la différence des exercices des soignants entre services généraux et services dédiés aux malades mentaux va initier deux formations qui se développent en parallèle. Cette évolution perdurera jusqu'à l'uniformisation de la formation infirmière, en 1992. Les *surveillants des fous*, reconnus dès 1878, principalement des hommes, accèdent à leur propre circuit de formation. Les gardes-malades, nouvellement appelées infirmières, progressent, quant à elles, selon leur propre chemin, chemin lié aux poussées des mouvements féministes et à la reconnaissance de l'efficacité de leur rôle durant la première guerre mondiale.

Les formations d'infirmiers de secteur psychiatrique et d'infirmiers en soins généraux évoluent en parallèle durant plusieurs décennies. Puis, il se produit, par la réforme de 1979, une évolution convergente avec un tronc commun pour la première année de formation. Une unification entre les deux filières avec un programme unique d'études a lieu en 1992, conduisant à la formation commune et au diplôme unique. Ce qui signifie la disparition de la formation en soins psychiatriques spécifiques et du diplôme d'infirmier de secteur psychiatrique. Cette historicité de la formation en psychiatrie laisse des traces aujourd'hui.

3.2. De 1960 jusqu'à nos jours : des débats et des réformes

Nous sommes contrainte, à partir des années 1960, à mêler les événements principaux de l'histoire de la profession infirmière à ceux de l'histoire de la formation infirmière, tant les faits s'accélérent et impliquent des effets rebonds entre formation et exercice infirmiers.

3.2.1. Les années 1960

Dans les années 1960, l'évolution des techniques envahit l'hôpital et la médecine renforce son pouvoir. C'est en 1960 que sont créées les formations d'infirmières aides-anesthésistes, car les évolutions thérapeutiques et techniques nécessitent que les médecins aient auprès d'eux des aides qualifiées.

Tout est centré sur la maladie. A contrario, en réaction à cette emprise technologique, le modèle conceptuel de Virginia Henderson s'impose comme la référence infirmière de base.

Au début des années 1960, l'arrivée des techniques de soins et celles des neuroleptiques vont modifier le rôle infirmier en psychiatrie et rendre nécessaire une connaissance des maladies, des traitements et de la relation indispensable à l'exercice du soin. Auxiliaire du médecin, l'infirmier devient un collaborateur.

C'est à cette période que les infirmières commencent à revendiquer leur autonomie.

La tension existe par ailleurs, avec deux tendances qui feront osciller les réformes : pour faciliter l'accès à la profession, il convient d'abaisser la limite d'âge et le niveau d'études ; pour limiter la possibilité d'exercer, il convient de d'augmenter le niveau d'études afin de permettre une revalorisation de la profession.

En 1967 est signé un premier accord européen sur l'enseignement et la formation infirmiers, appliqué par le décret n° 75-73 du 30 janvier 1975 portant publication de l'accord européen sur l'instruction et la formation des infirmières fait à Strasbourg le 25 octobre 1967.

3.2.2. Les années 1970-1980

A partir des années 1970-1980, il se produit une évolution tendant à instaurer une relation de collaboration entre la médecine et les autres disciplines de la santé, avec un modèle de pratique professionnelle moins traditionnel, plus rationnel et plus scientifique. Le principe des Soins infirmiers comme discipline à part entière, pouvant enrichir d'une pratique et d'un savoir spécifiques les Sciences de la santé commence à voir le jour. Une spécificité s'affirme.

En 1972, une réforme des études infirmières porte le programme d'études à 28 mois. Les rôles infirmiers liés aux problématiques de santé publique en matière d'éducation et de prévention sont précisés.

Mais surtout, cette réforme représente une révolution dans l'enseignement des soins infirmiers car elle rompt avec les formations qui étaient conçues par les médecins depuis 1923. L'enseignement infirmier devient centré sur la personne et la santé, et non plus sur la maladie. En fait, il s'agit de l'amorce d'un mouvement qui mettra plusieurs décennies avant de donner ses fruits.

La loi du 31 mai 1978, modifie certains articles du Code de la santé publique relatifs à la profession d'infirmier ou infirmière : « Est considéré comme exerçant la profession d'infirmière ou d'infirmier 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. » Les soins infirmiers sont recentrés sur la personne et ses besoins, selon le modèle théorique prévalent de Virginia Henderson. Les études sont communes pour la première année pour le secteur psychiatrique et les soins généraux. Le rôle propre infirmier est reconnu. Les notions de rôle propre et de rôle sur prescription sont définies. Le diagnostic infirmier est affirmé comme support et témoin de la zone spécifique du rôle propre.

C'est à cette date que le diplôme d'Etat infirmier est homologué au niveau de Brevet de technicien supérieur (BTS) ou du diplôme des Instituts universitaires de technologie (IUT). Cela est à mettre au regard du niveau licence octroyé par la réforme de 2009.

En 1979, une nouvelle réforme des études infirmières porte la durée de la formation à trente-trois mois, en conformité avec l'accord européen de 1967. Le diagnostic infirmier et la démarche de soins sont enseignés selon un modèle de soins infirmiers qui entend *soigner un patient et non pas une maladie*.

La coordination infirmière des années 80 produira un vaste mouvement d'innovations en matière de publications, telles la collection *Infirmières d'aujourd'hui* chez Le Centurion ou *La recherche infirmière* chez Lamarre, et en matière de création d'instances telles l'ANFIIDE (Association nationale française des infirmières et infirmières diplômés d'Etat) et le CEFIEC (Comité d'entente des formations d'infirmières et de cadres). L'ouvrage de Collière « *Promouvoir la vie* », publié en 1982 est représentatif du changement de la façon dont les infirmiers vivent leur formation et leur exercice professionnel. Ces mouvements ont une incidence aujourd'hui en terme de transmission de certains principes et valeurs du soin.

En 1984, est publié un décret concernant les actes professionnels infirmiers et l'exercice de la profession. Mais le malaise du aux nombreux changements affectant le groupe professionnel initie un mouvement de désapprobation qui s'amplifie au fil des années.

Le 13 octobre 1988, suite à un mouvement issu tant des écoles que des hôpitaux, cent mille infirmiers sont dans la rue à Paris pour défendre leur statut. Les revendications ne comportent aucun volet salarial, mais une demande de reconnaissance et de respect de leur compétence.

« Les événements de l'automne 1988 témoignent pour la première fois d'une mobilisation générale, de dimension nationale, d'une profession *féminine*. Ce sont bien les infirmières de toute la France (non pas les infirmiers) qui ont pris l'initiative et qui ont gardé la direction de la révolte. » (Knibiehler, 2010, p. 389) Les syndicats d'étudiantes se sont alliés avec les syndicats professionnels infirmiers. Cet état d'esprit frondeur persiste dans les IFSI qui ont récemment connu, par exemple, l'émergence du mouvement *Ni bonnes, ni nonnes, ni pigeonnes*, dont le groupe Facebook compte près de 40 000 membres en début 2017. La Fédération nationale des étudiants en soins infirmiers (FNESI) est très active et organise des séminaires et des rassemblements plusieurs fois par an. Les bureaux des étudiants (BDE) sont partie prenante dans l'organisation des IFSI.

Le décret Barzach publié en décembre 1987 a été le facteur déclenchant de cette révolte des blouses blanches : « ...cet arrêté ministériel permettait d'ouvrir la formation professionnelle infirmière à des personnes non titulaires du baccalauréat mais justifiant d'une activité professionnelle quelconque [...] : il fut interprété comme une dépréciation du niveau de formation. » (Knibiehler, 2010, p. 388)

Cet épisode est le premier de l'histoire infirmière en France. Il a réuni les infirmières issues de l'enseignement privé et de l'enseignement public, les hospitalières et les libérales, les étudiantes et les professionnelles. Pour la première fois, les infirmières ont été unies pour défendre la spécificité et la qualité de leur formation.

3.2.3. Les années 1990

En 1991, la loi portant réforme hospitalière, initie la création du service de soins infirmiers (direction des soins).

En 1992, le diplôme infirmier devient unique (psychiatrie et soins généraux). Ce qui signifie la disparition de la formation spécifique en soins psychiatriques. La réforme de 1992 est vécue douloureusement par les infirmiers de secteur psychiatrique. S'ils se réjouissent de la polyvalence permise à l'ensemble des infirmiers, polyvalence qui va leur permettre d'exercer en psychiatrie avec des compétences dans ce domaine, ce qui n'était pas le cas autrefois, ils déplorent la perte d'une culture de soin spécifique, construite au fil du temps. Ce qu'ils vivent comme la destruction de leur champ de connaissances est perçue comme injuste et, pour certains, inacceptable. Il s'agit là d'un véritable deuil d'une culture professionnelle. « Cette réforme des études a donc été vécue comme une perte, une blessure et une attaque des compétences et du fabuleux travail réalisé par cette génération d'ISP... » (Perrin-Niquet, 2006, p.29)

Les élèves deviennent des étudiants et les Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI) se substituent aux écoles infirmières. Le concept de *soins infirmiers* devient visible.

En 1993 sont publiés un décret relatif aux règles professionnelles de l'infirmière et un décret relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession infirmière.

En 1995, le diplôme de cadre de Santé est créé. La formation en IFCS devient obligatoire.

Nous pouvons constater en bibliographie que nous assistons, de 1988 à 2007, à une déferlante de textes réglementaires.

« Depuis la fin des années 1990, le groupe professionnel infirmier connaît donc des changements qui s'articulent avec son passé et qui concernent directement ses membres, mais aussi les membres des autres groupes professionnels voisins paramédicaux ou médicaux, et plus largement le champ de la santé. » (Divay, 2012, p.12)

3.2.4. Le début du XXI^{ème} siècle

En application de la loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale, des principes pédagogiques sont posés et mis en œuvre dans tous les IFSI de France. Ces principes restent encore très présents aujourd'hui dans l'esprit des équipes de formateurs :

- Logique d'enseignement par modules liés à des spécialités d'origine médicale, ce qui implique une expertise pour les formateurs et ce qui n'est pas innocent en tant qu'assujettissement à la logique médicale du soin.
- Enseignement essentiellement par des pairs, les formateurs sont des anciens infirmiers ou des infirmiers toujours actifs, qu'ils soient cadres ou non.
- Alternance diversifiée (stages courts et nombreux).
- Mises en situations professionnelles (MSP) sur les terrains de stage, donc complicité de fait entre IFSI et terrains professionnels, les deux champs de la transmission s'alliant pour former et évaluer les futurs professionnels. Ces principes sont toujours présents dans l'esprit des formateurs et, surtout, des professionnels du terrain.
- Intervention des médecins et universitaires réduite aux besoins ponctuels. Les spécialités médicales sont enseignées par des médecins, le plus souvent praticiens hospitaliers de proximité.

Nous verrons dans quelle mesure ces principes sont remis en cause par la réforme de 2009.

Egalement en 2002, un nouveau décret relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession étend la responsabilité des infirmières. Soins en santé mentale et soins généraux sont

différenciés, l'entretien infirmier à visée psychothérapique est listé parmi les actes infirmiers. Ce décret sera intégré en 2004 au code de la santé publique. Durant la même année 2002, est publié un premier arrêté pour la prescription infirmière sur les dispositifs médicaux, qui sera étendu en 2012.

Toujours en 2002, l'arrêté du 8 janvier « stipule que le diplôme d'Etat infirmier donne un accès de plein droit en licence de sciences sanitaires et sociales et en sciences de l'éducation, ce qui établit automatiquement un lien entre la formation infirmière et l'université. » (Midy, 2002, p. 12) Les relations entre IFSI et universités sont donc déjà en germe dès 2002, bien qu'un très faible nombre d'infirmiers ou de cadres s'orientent vers les études universitaires. Ce seront majoritairement des formateurs en IFSI non issus des IFCS, et donc non cadrés, qui trouveront ainsi le moyen de conforter leur légitimité à enseigner.

En 2006, l'Ordre national infirmier (ONI) est créé pour veiller à maintenir les principes éthiques (code de déontologie) et développer les compétences indispensables à l'exercice de la profession. Son objectif est de contribuer à promouvoir la santé publique et la qualité des soins. Son existence reste problématique et nous y reviendrons.

A la rentrée de septembre 2009, est mis en œuvre le nouveau référentiel des études infirmières, publié le 31 juillet, bâti selon la conception LMD¹¹ issue des accords de Bologne. Il stipule dans l'article 1^{er} : « Le diplôme d'Etat infirmier atteste des compétences professionnelles pour exercer les activités du métier d'infirmier selon les référentiels d'activités et de compétences définis en annexes I et II ; les articles R. 4311-1 à R. 4311-15 du code de la santé publique. » Ce nouveau référentiel fait écho à de multiples interrogations qui l'ont précédé et qui lui succèdent.

« Les infirmières n'ont pas de lieu dédié autre que leurs écoles d'apprentissage qui ne sont reconnues que par elles-mêmes et par l'agrément étatique. Ces écoles n'ont pas la possibilité de délivrer un diplôme autre que professionnel. Les infirmières françaises ne sont pas supposées pouvoir poursuivre des études universitaires. Le cursus universitaire est absent de l'histoire de la formation infirmière française. » (Delmas, 2008, non paginé)

Ces propos sont-ils toujours d'actualité depuis la mise en œuvre de la réforme de 2009 ?

4. Les conséquences de l'histoire

Les différentes étapes que nous venons d'évoquer ont des conséquences sur le vécu actuel des infirmiers, qu'ils soient professionnels de terrain ou enseignants en IFSI. L'extrême segmentation de la profession et le manque d'harmonisation des contenus de formation ne sont que quelques unes des conséquences de l'histoire infirmière. Il convient de lire entre les lignes exposées supra d'autres histoires : celle liée au genre et celle liée à la dépendance aux pouvoirs médical et institutionnel.

De plus, la pratique infirmière recouvre de nombreux champs d'action et de nombreuses mises en œuvre.

« [...] nous pouvons observer que leur pratique quotidienne est composée d'une multitude d'activités et qu'elle s'exerce en une multitude de lieux, rendant cette pratique à la fois omniprésente et très diversifiée. Les infirmières et les infirmiers apparaissent ainsi comme des professionnels "multitâches" et polyvalents, ce qui ne facilite pas la compréhension de la spécificité de leur pratique ni l'identification plus précise de leur utilité sociale. » (Hesbeen, 2017, p. 117)

4.1. Une histoire genrée et dépendante

Si nous constatons actuellement une masculinisation de la profession infirmière, ainsi que le montre les pourcentages en hausse des cohortes étudiantes des cinq dernières années de tous les IFSI de France, la proportionnalité masculine reste faible (un peu moins de 15% des effectifs). Nous avons

¹¹ LMD : Licence, Master, Doctorat. C'est-à-dire, en France, ce que les pays francophones appellent BMD, Bachelor, Master, Doctorat. (NDA)

déjà évoqué la thèse de doctorat en sciences de l'éducation d'Hervé Carbuccion (2010) qui aborde l'historicité de la profession infirmière par le biais d'une approche par le genre et développe ses travaux dans ce sens. (Carbuccion et alii, 2012) Il pose l'identité professionnelle des infirmiers comme une identité féminine, historiquement soumise au pouvoir médical.

Lors de la période moderne, la formation théorique des infirmières est réalisée durant près d'un siècle par des médecins, donc des hommes. Le nombre de femmes médecins est, en effet, très restreint entre 1850 et 1950. La formation par les pairs féminines, les infirmières, est réalisée lors des heures de travail ou de stage.

A partir de 1972, sous la poussée des mouvements féministes et de lutte contre les pouvoirs conservateurs, l'enseignement des soins infirmiers est révolutionné et se recentre sur des principes soignants spécifiques à l'art infirmier. Les pairs formateurs ont un rôle plus important, le nombre des heures de cours médicaux diminue. Les soins infirmiers sont enseignés en accord avec une vision holiste humaniste du malade. La division mécaniste de la vision médicale est remplacée par une approche centrée sur la personne.

Entre 2002 et 2009, l'autonomie des infirmiers à l'égard du corps médical est clairement notifiée et le rôle propre est mieux décrit et valorisé. La transmission est essentiellement réalisée par des pairs infirmiers, en IFSI et en stage. Les médecins n'interviennent que ponctuellement pour des cours théoriques qui sont d'ailleurs « repris » en travaux dirigés par des formateurs experts du domaine de soin concerné.

Il est à noter que la profession médicale se féminise, que la reconnaissance des médecins commencent à être lisible, et enfin que le pouvoir institutionnel et économique pèse autant sur les médecins que sur les infirmiers. Toutefois, la contrainte du pouvoir médical, qui a été le contexte de l'exercice de la profession et de la formation infirmières, contribue à poser le décor des enjeux actuels.

L'histoire de la profession infirmière en France avance par une succession de petits pas discrets et fragiles après la mise à l'écart, à la fin du XVIII^{ème} siècle, des ordres religieux consacrés aux soins. Cette volonté de remettre le soin au centre de la cité laïque a impliqué de nommer des responsables civils du soin : les médecins, chefs de service, chefs de clinique. Les médecins sont souvent proches des pouvoirs politiques en place, acteurs du soin et acteurs de la chose publique. Nous pouvons aujourd'hui lire les conséquences héritées de ce passé.

Par ailleurs, Le monde médical est auto-suffisant et autonome et possède une valeur épistémologique. La profession médicale, ainsi que Parsons, puis Merton, l'ont décrite est fortement ancrée dans l'historicité de sa formation universitaire. « *La faculté de médecine est la gardienne de ses valeurs et constitue l'organisation clé qui transmet sa culture.* » (Merton, 1957, in Dubar, Tripier, Boussard, 2011, p. 93)

Lorsque, en 1905, Léonie Chaptal ouvre son école, elle croit fermement à l'identité professionnelle infirmière et à l'autonomie vis-à-vis du corps médical. Sa philosophie se fonde sur le postulat que l'action infirmière ne porte pas sur les pathologies mais sur la personne souffrante : « La maladie est la science du médecin et la connaissance du malade, celle de l'infirmière ». La dualité complémentaire du couple soignant médecin-infirmière est posée en France.

La crispation des relations entre infirmiers et médecins est toujours regardée avec étonnement par les professionnels de santé d'autres pays européens (Suisse, Espagne, Portugal, etc.) et du Québec. Il est vrai que cette posture singulière est exacerbée par un passé lourd dont les traces restent vivantes. Cette particularité a engendré des mouvements d'oscillation permanents durant les XIX^{ème} et XX^{ème} siècle, les infirmières tentant de conquérir de la reconnaissance, des moyens d'instruction, un statut qui leur soit propre et une qualification professionnelle et sociale qui soit valorisée.

4.2. Et aujourd'hui ?

Le XX^{ème} siècle a permis une certaine émancipation des infirmières par rapport au pouvoir médical par le biais de différentes réformes successives des études infirmières et par un mouvement global de la société allant vers une remise en cause des potentats de tous ordres. De plus les mouvements féministes ont imprégné l'ensemble de la société et, de fait, les groupes professionnels, dans la seconde moitié du siècle en particulier.

Qu'en est-il, dans ces premières années du XXI^{ème} siècle, du statut professionnel infirmier ?

Il est intéressant d'interroger l'analyse sémantique. Aujourd'hui encore, le terme désignant les soignants non-médecins est *paramédical* et non *périmédical*. Cette terminologie signe-t-elle ce particularisme français de la défiance du corps infirmier vis à vis du corps médical ? Lors du Congrès mondial du SIDIIEF à Marrakech en 2009, le directeur d'une Haute Ecole de Santé vaudoise a malicieusement affirmé que la discipline « est même para-rien-du-tout ». (Nadot, 2012, p. 233)

La loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST) a été promulguée à la même date que la réforme des études infirmières. D'un côté, l'universitarisation ouvre vers d'éventuelles possibilités d'essor et de développement de la profession. De l'autre, la logique de pôles d'activité de soins, initiée par la loi HPST institue les médecins comme chefs de pôles, les cadres supérieurs de santé, les cadres de santé et les soignants se retrouvant de fait relégués à des rôles d'exécutants.

Le rapport Corbier (2013), commandé par madame Marisol Touraine, entérine par ailleurs le pouvoir des médecins au titre de la santé publique et de la médecine territoriale : ainsi, les infirmières libérales devraient se référer aux organisations des soins pensées par les médecins libéraux, seuls plébiscités pour coordonner l'offre de soins. Alors que les infirmières possèdent une expérience et une expertise dans le domaine, et savent travailler en réseau avec les travailleurs sociaux, paramédicaux et médicaux, réseau dont elles sont souvent le pivot et l'animateur.

4.3. La volonté d'affranchissement du pouvoir médical à nouveau convoquée

Nous pouvons affirmer que nous nous retrouvons aujourd'hui confrontés à la mise en évidence du paradoxe des connaissances infirmières. Même si les infirmiers se sont rendus en apparence indépendants, ils sont toujours en dépendance du savoir scientifique des médecins.

Ces dernières années, les différentes conceptions de la profession infirmière sont amenées à se montrer, s'exprimer et se radicaliser face à la réforme. C'est ainsi que certains infirmiers se montrent très favorables, à présent, à rendre la science infirmière *scientifique* par la voie de l'université, selon eux seule garante de scientificité.

Le contexte de soumission réglementaire et législatif au pouvoir médical se traduit aujourd'hui encore dans les faits, par le statut et les missions des infirmières, encore souvent exécutantes, *petites mains* des médecins, servantes du savoir.

Au-delà des tentatives d'émancipation, l'ancrage féminin du métier infirmier explique peut-être en partie la pérennisation de la soumission infirmière au pouvoir médical.

« Si tout au long du XX^{ème} siècle, les infirmières n'ont eu de cesse de revendiquer leur autonomie, notamment par rapport au joug médical qui a toujours encadré leur activité professionnelle, comme le souligne Marc Catanas (2009), cadre de santé formateur-infirmier, l'histoire des pratiques soignantes permet d'éclairer le présent de cette profession qui envisage de sortir de sa « semi-professionnalité » en créant ainsi sa forme spécifique. » (Kotobi, Bissières, Boucau et Niero, 2012, p.221)

5. Qui sont les infirmiers aujourd'hui ?

Collière (Collière, 2000, pp. 29-55) pose la difficulté de définir l'identité infirmière tant celle-ci revêt des représentations, des apparences et des actions différentes. Il serait bien évidemment faux de prétendre qu'un seul type d'infirmiers existe, qu'ils ont tous les mêmes histoires professionnelles, les mêmes motivations, les mêmes valeurs.

La mission de l'hôpital est devenue presque exclusivement thérapeutique. Par ailleurs, les métiers infirmiers se diversifient, dans et hors de l'hôpital. Education à la santé, prévention, soutien aux familles et aux enfants, interventions dans les milieux scolaires et dans les entreprises, missions d'enseignement et de recherche, pratiques avancées, spécialisations telles IADE, IBODE, PUER.

Aux parcours individuels spécifiques se surajoutent des parcours professionnels différents.

5.1. Des données chiffrées

Les infirmiers sont protéiformes. Ils se différencient en fonction de leurs statuts de salarié (privé, public), de leurs modes d'exercice, des populations concernées par leur action, du diplôme dont ils sont détenteurs, etc. Ils disposent de quelques points communs : pour l'enregistrement de leur diplôme, l'inscription est obligatoire au fichier d'Automatisation des listes (ADELI) mais n'est pas toujours réalisée et ne permet pas un mode de recensement fiable et actualisé ; l'exercice est régi pour tous les infirmiers par le Livre IX du Code de la santé publique.

« Au 1er janvier 2010, près de 520 000 infirmiers en activité en France sont recensés par le répertoire Adeli. Cette profession a vu ses effectifs multipliés par 1,7 en 20 ans. Ils ont cru à un rythme bien supérieur à celui de la population. En conséquence, la densité d'infirmiers a fortement augmenté. En 2010, on compte plus de 800 infirmiers en activité pour 100 000 habitants. » (Barlet, Cavillon, 2011, p. 1)

Ces chiffres sont à mettre au regard de ceux publiés par le même DREES pour une estimation au 1^{er} janvier 2004. A cette date, le nombre d'infirmiers s'élevait à 437 525 et la densité d'infirmier était de 730 pour 100 000 habitants.

« Cette profession, très majoritairement féminine (88 % des effectifs), travaille principalement à l'hôpital public (49 % des effectifs) et a, contrairement aux médecins, un âge moyen stable. » (Barlet, Cavillon, 2011, p.1)

En 2004, 55% des infirmiers exerçaient en hôpital public (Dubois-Fresney, 2008, p. 40). Cette variation correspond aux dernières orientations de politique de santé, en particulier avec les lois Hôpital-patient-santé-territoire (HPST) et Tarification à l'activité (T2A) sur lesquelles nous reviendrons, et qui ont pour principales conséquences la diminution des durées moyennes de séjour, dans un souci de rentabilité ainsi que l'augmentation des besoins infirmiers en terme de soins post-hospitaliers, en particulier post-opératoires. Les patients restent moins longtemps hospitalisés après un geste chirurgical bénin ou après un accouchement sans complication, par exemple. De plus, le vieillissement de la population explique lui aussi l'augmentation des besoins en soins à domicile et en aide à la personne.

Enfin, autre tendance à prendre en compte, la durée de la carrière s'allonge et les infirmiers des hôpitaux publics cessent leur activité en moyenne à 56 ans, ceux des hôpitaux privés à 59 ans. Les infirmiers libéraux prennent leur retraite à 61 ans en moyenne.

En ce qui concerne la masculinisation de la profession infirmière, les chiffres restent stables depuis 7-8 ans, après un accroissement au début des années 2000. La moyenne des cohortes des nouveaux diplômés est de 14,5-15,2%. (source : CEFIEC).

« Les hommes sont plus présents dans le secteur libéral. En 2006, ils représentent 17% des infirmiers libéraux contre 12% des salariés hospitaliers et seulement 7% des salariés d'un établissement pour personnes âgées. » (Barlet, Cavillon, 2011, p. 4)

Il s'agit à présent de décrire la répartition des différents exercices infirmiers, en fonction des multiples paramètres mobilisés, paramètres facteurs de différences de mission, de statut, de rémunération, de possibilités d'évolution, de pratiques, de réseau professionnel, d'accès aux formations...

5.2. Public ou Privé ?

La distinction secteur public/secteur privé est une des premières possibilités de représenter les modes d'exercice infirmier. Il convient de préciser que cette distinction est loin d'être liée à une différence confessionnel/laïc, comme l'histoire des hôpitaux pourrait le laisser croire. Elle tient au fait que les structures publiques sont gérées grâce aux fonds publics et doivent des comptes à l'Agence Régionale de Santé. Les membres de leur direction sont nommés par le Ministère de la santé et des affaires sociales.

Le secteur privé comporte quant à lui deux types de structures : celles à but lucratif et celles à but non lucratif. Par ailleurs, elles participent ou non (très rarement), sur le plan territorial au service public de santé. Elles sont gérées par des fonds publics et/ou privés.

5.2.1. Secteur Public

Il est entendu par secteur public, les lieux d'exercice infirmier pour lesquels les personnels bénéficient d'un contrat de fonctionnaire d'état ou d'agent des collectivités locales.

A - Les infirmiers en hospitalier public

Ils sont *agents des collectivités locales*, c'est-à-dire assimilés fonctionnaires. Ils exercent dans des cliniques, des hôpitaux et des Centres hospitaliers universitaires (CHU). Les hôpitaux sont de tailles extrêmement diverses et sont spécialisés ou non. Ainsi l'Hôpital du Vinatier à Lyon, l'Hôpital Sainte-Anne à Paris pour la psychiatrie, ou encore de nombreux hôpitaux de l'AP-HP qui proposent des spécialités médicales ou chirurgicales. Les Hôpitaux de Paris, les Hôpitaux de Marseille, les Hospices Civils de Lyon ont un statut particulier et les rémunérations des personnels sont majorées par rapport au régime des autres établissements.

Les localisations des hôpitaux sont très diverses : urbaines en métropoles ou en villes moyennes, en secteur semi-rural ou rural (hôpitaux ruraux plutôt dédiés à la médecine générale et aux personnes âgées).

Les infirmiers relevant du secteur public hospitalier peuvent travailler dans des centres de consultations, en hôpitaux de jour, en Instituts médico-éducatifs (IME), en Centres médico-psychologiques (CMP), etc, tous types de structures « de ville » rattachées à un établissement hospitalier public.

B - Les infirmiers en extra hospitalier public

Ils peuvent travailler au sein de différents Ministères et collectivités locales. C'est pourquoi, nous allons trouver des infirmiers militaires, gendarmes ou pompiers. Ils sont dans ce cas rattachés au ministère de tutelle concerné, avec les missions spécifiques et les grilles indiciaires qui y sont en vigueur.

D'autres infirmiers exercent en milieu scolaire, en collège ou en lycée. Parfois, ils sont attachés à un seul établissement, mais le plus souvent ils partagent leur temps entre plusieurs structures d'enseignement. Ils sont salariés du Ministère de l'éducation nationale et de la recherche. Leur position est méconnue et ils sont parfois mal considérés car leur mission est jugée « facile » et leurs conditions de travail très favorables. « Aussi isolées au niveau collectif qu'au niveau individuel, les infirmières scolaires cumulent donc une somme de propriétés peu valorisées qui les amènent à être davantage sur la défensive que mues par une dynamique de conquête de territoires voisins. » (Divay, 2012, p. 197)

Les infirmiers du secteur public peuvent également exercer en crèche municipale, en centres de soins communaux, en maisons de retraite communale ou départementale. Ils sont alors salariés communaux ou payés par le département. Les maisons de santé départementales ou communales sont en plein essor et sont une mesure permettant de lutter contre les déserts d'offre en soins.

Enfin, les infirmiers du secteur public peuvent exercer à domicile en tant que salarié d'un Service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) destiné à soutenir le maintien à domicile des personnes âgées, très développé en province, en zones rurales, et dépendant d'une municipalité ou d'un groupement de communes.

5.2.2. Secteur privé

Le secteur privé participe au service public de santé. Il représente des établissements de soin à but lucratif ou non lucratif. Il compte également des structures intermédiaires de soin et regroupe la majorité des infirmiers exerçant à domicile.

« Les infirmiers, en particulier les infirmiers libéraux, ne sont pas bien répartis entre les régions et ces fortes inégalités spatiales ne se sont pas réduites depuis 10 ans. Les migrations régionales sont peu fréquentes mais se font toujours au profit (ou au détriment) de certaines régions. Classiquement, les régions du Sud profitent de ces flux migratoires. Les hommes sont plus enclins à changer de mode d'exercice et à choisir de s'installer en libéral. » (Barlet, Cavillon, 2011, p. 1)

A - Les infirmiers en hospitalier privé

Ils travaillent dans des cliniques et hôpitaux privés spécialisés ou non. Les cliniques spécialisées en chirurgie sont nombreuses. Certains établissements privés, cliniques chirurgicales et chaînes d'établissements d'accueil pour personnes âgées, font partie de holdings qui sont parfois même membres du CAC 40. Ainsi l'Hôpital Privé Drôme-Ardèche (HPDA), comprenant trois structures de soins sur Granges-lès-Valence, Valence et Montélimar, est membre de Ramsay Générale de santé créée en 1987 par Générale des Eaux, grosse entreprise multinationale. Les actionnaires ont droit de regard sur l'activité de l'HPDA.

Les salaires du secteur privé hospitalier sont moins élevés que dans le secteur public.

B - Les infirmiers en extra hospitalier privé

Ils exercent dans des centres de soins ou des maisons de santé qui regroupent plusieurs professionnels du soin, médicaux et para-médicaux, proposant une offre de soin diversifiée : consultations médicales, soins dentaires, kinésithérapie, soins infirmiers, diététicien, sages-femmes, etc.

Ils peuvent également être employés dans des entreprises en tant qu' *infirmier du travail*. Ils peuvent aussi être attachés à un club sportif, travailler au sein de mutuelles ou encore d'associations.

Certains exercent dans le cadre d'Organisation non gouvernementales (ONG) et d'associations humanitaires de tous genres, nationales ou internationales.

Enfin, l'exercice à *domicile* est lui aussi très diversifié : association en cabinet libéral ou Société civile immobilière (SCI), société de divers statuts juridiques et réglementaires, travailleur indépendant...

5.3. Différents diplômes cohabitent

La segmentation est agie également par la diversité des diplômes infirmiers qui cohabitent à ce jour. Cette cohabitation est due aux réformes successives des études infirmières. Voici la liste des différents diplômes possédés par les infirmiers exerçant en 2015 :

5.3.1. Des diplômes de base

Diplôme d'infirmier de secteur psychiatrique, d'avant la réforme des études de 1992.

Il est à noter que ce diplôme est le seul permettant l'exercice infirmier sans possession d'un diplôme d'Etat. Etant spécialisé, il interdit l'exercice dans les unités de soins « généraux », c'est-à-dire hors unités psychiatriques. Les infirmiers titulaires de ce diplôme exercent, à ce jour, dans des structures multiples : unité d'hospitalisation à temps complet, centre médico-psychologiques, hôpitaux de jour, ateliers thérapeutiques, centre d'accueil à temps partiel, services d'hospitalisation à temps partiel, centre d'accueils permanents, centre de crise, hôpital de nuit, appartements thérapeutiques, centres de postcure, placement familial thérapeutique, centres médico-psycho-pédagogiques, établissement sanitaire d'aide par le travail, centre thérapeutique à temps partiel, service médico-psychologique régional ou secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire.

Les hommes sont fortement représentés et le secteur psychiatrique est encore marqué par son passé de *gardien de fous*, dont le métier est plutôt réservé aux hommes dotés des capacités musculaires pour les contentions physiques. Cette représentation s'est quelque peu atténuée depuis une vingtaine d'années...

« ...les infirmiers psychiatriques, futurs infirmiers de secteur psychiatrique (I.S.P.), pour leur part, n'avaient pas très bonne réputation, grevés qu'ils étaient de l'héritage du passé. De surcroît, leur diplôme, pour être reconnu au niveau national, ne leur donnait droit d'exercice que dans le strict cadre de la spécialité car la passerelle IDE-ISP était à sens unique: si n'importe quel I.D.E. pouvait travailler en tant qu'infirmier dans un service de psychiatrie, il n'en était pas de même pour les I.S.P. dans les hôpitaux généraux, où ils n'étaient embauchés qu'en tant qu'aides-soignants. » (Berthelier, Zireg, Panigada, 2001)

Diplôme d'Etat d'Infirmier, d'avant la réforme des études de 1992. Il s'agit là du diplôme qui était délivré en parallèle du diplôme d'infirmier psychiatrique, puis, à partir de 1979, en parallèle du diplôme d'infirmier de secteur psychiatrique. Les infirmiers titulaires de ce diplôme sont habilités à exercer dans tous les secteurs de soin, y compris psychiatriques.

Diplôme d'Etat d'Infirmier, depuis la réforme de 1992 et jusqu'en 2009. Il s'agit là du diplôme infirmier qui a posé les missions, rôles et tâches de l'infirmier et a défini ses domaines de pratique. Il a décrit les activités infirmières liées au *rôle propre*, en opposition aux activités liées au *rôle en collaboration*, c'est-à-dire liées aux prescriptions médicales.

Diplôme d'Etat d'Infirmier, depuis la réforme de 2009. La logique de modules d'enseignements devient logique d'apprentissage par compétences. La réflexivité et le transfert des connaissances sont plébiscités. Le grade licence est délivré simultanément au diplôme.

Les heures de cours sont réparties entre formateurs infirmiers et professeurs d'université. La scolarité s'effectue dans une ingénierie d'alternance remaniée, avec des stages moins nombreux et plus longs. Nous reviendrons plus exhaustivement, dans le cadre du chapitre 3, sur le référentiel de formation de juillet 2009.

5.3.2. Des spécialisations

Certains diplômes sont liés à des spécialités et s'acquièrent en deux ans de formation, après l'obtention du diplôme d'Etat. Il s'agit des diplômes d'*Infirmier Anesthésiste* (IADE), d'*Infirmier de Bloc Opératoire* (IBODE) et d'*Infirmier Puériculteur* (PUER). Ces infirmiers bénéficient d'un certain prestige du fait de leur compétence et des années d'études supplémentaires. Leur rémunération est, de surcroît, supérieure à celle d'un infirmier généraliste. Ils revendiquent la reconnaissance d'un grade master.

Actuellement, il est question de nouvelles spécialisations avec la création de cursus d'infirmiers en pratiques avancées et d'infirmiers cliniciens. Il y a peu de lisibilité territoriale car les initiatives sont dépendantes des partenariats entre IFSI et Facultés de médecine-pharmacie. Les grosses structures hospitalières, telle l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), sont à même de faire progresser les initiatives allant dans le sens d'une reconnaissance de la recherche en soins infirmiers. « L'AP-HP veut valoriser tous les talents, mais l'avenir de certains chercheurs n'est pas simple à construire, reconnaît François Bassompierre [...] Il reste beaucoup à faire, pour obtenir des statuts hospitalo-universitaires, mettre en place des transferts de compétence... » (Cabut, 2014)

5.3.3. D'autres qualifications

De plus, certains infirmiers valident un diplôme universitaire (DU) ou un diplôme interuniversitaire (DIU) pour exercer, grâce à cela, en unités spécialisées. Comme, par exemple, les unités mobiles d'accompagnement en soins palliatifs ou de prise en charge de la douleur. Ou encore les services dédiés à l'hygiène, dans le cadre desquels ils participent aux enquêtes de prévalence des infections nosocomiales, effectuent des actions de formation auprès des personnels, rédigent des protocoles de bonnes pratiques...

Enfin, certains infirmiers sont titulaires de masters et de doctorats, dont les spécialités s'étendent de l'éthique au management, en passant par les sciences de l'éducation, la philosophie, la santé publique, la sociologie... La majorité d'entre eux exercent en tant que cadres supérieurs de santé, parfois cadres d'unités de soins, plus rarement comme infirmiers.

5.4. D'autres modes d'exercice infirmier

D'autres modes d'exercice infirmier existent, qui nécessitent des études post diplôme et/ou des années d'expérience professionnelle.

5.4.1. Les infirmiers formateurs

Les infirmiers formateurs exercent en tant qu'enseignants dans les Institut de Formation des aides-Soignants (IFAS) car le grade de cadre de santé n'y est pas exigé. Ils peuvent parfois exercer en IFSI, lorsque l'entrée en école de cadre de santé est prévue dans un court délai. Le nombre d'enseignants non *cadrés* en IFSI se raréfie depuis la réforme des études de 2009. En effet, le grade licence des nouveaux diplômés exige a minima un grade master 1 pour les formateurs... D'ailleurs, l'ensemble des IFSI régularise la légitimité de ses effectifs dans ce sens, et leurs plans de formation de ces dernières années comportent des financements d'entrée en Institut de formation de cadres de Santé (IFCS) pour les formateurs non encore *cadrés* et des financements de masters pour ceux qui le sont mais souhaitent asseoir leur légitimité. Les financements de doctorats sont rares, à l'exception des IFSI des grosses structures hospitalo-universitaires. Les disciplines étudiées sont le plus souvent les sciences de l'éducation et, en moindre proportion, la philosophie et la sociologie.

Les IFCS sont présents uniquement dans les villes disposant d'un Centre Hospitalier Universitaire (CHU). Ils emploient, quant à eux, des formateurs titulaires du diplôme de cadre de santé ou de cadre supérieur de santé, et le plus souvent d'un Master 2. Certains, peu nombreux, sont titulaires d'un doctorat.

5.4.2. Les cadres infirmiers et cadres supérieurs infirmiers

Les cadres infirmiers exercent pour des missions de management d'équipes soignantes essentiellement dans les structures hospitalières et majoritairement dans celles relevant du secteur public. Ils sont communément appelés *cadres de proximité* ou encore *cadres de terrain*. Leur mission est de veiller au bon fonctionnement de la ou des unités de soins dont ils ont la responsabilité. Ils se situent dans des rôles de management, de gestion, d'organisation et servent de liaison entre la Direction des soins et les agents des unités.

Les cadres supérieurs de santé sont le plus souvent associés à un pôle d'activité regroupant plusieurs unités d'une même *famille* de spécialités. Ils coordonnent les actions des cadres d'unité et participent à des missions transversales au sein des administrations hospitalières. Certains titulaires du diplôme de cadre de santé exercent dans le secteur privé et ont parfois des responsabilités de Direction des soins qui leur seraient interdites dans le secteur public.

5.4.3. Les infirmiers intérimaires et infirmiers de pools

L'intérim infirmier est en essor croissant. Entre 2002 et 2010, l'effectif des infirmiers intérimaires est passé de 6935 à 10 213. (Arborio, 2012, p. 97) Il constitue pour les jeunes diplômés une alternative à un emploi salarié jugé trop contraignant et enfermement. Les jeunes choisissent de se forger des expériences de terrain multiples avant de *poser leurs valises* dans une spécialité. Les mères de famille y trouvent une souplesse d'organisation de leur temps. De plus, les salaires intérimaires sont majorés par rapport à ceux du salariat hospitalier. Le recours à l'intérim de la part des institutions de soin publiques est en croissance du fait de la tension des effectifs qui n'absorbe plus les aléas des épidémies de grippe chez le personnel, par exemple.

L'intérim reste l'ultime recours - car fort onéreux - des hôpitaux publics et privés lorsque les pools internes ne peuvent permettre d'ajuster la demande en infirmiers. En effet, la majorité des hôpitaux

d'importance moyenne ou élevée (capacité supérieure à 400 lits) possède un dispositif de pools. Parfois, il s'agit d'un pool unique et polyvalent, mais il peut s'agir, pour les structures plus importantes, de plusieurs pools sectoriels : pool court séjour, pool plateau technique, pool long séjour, pool psychiatrique, etc. peuvent co-exister pour un même établissement de soins.

Les jeunes diplômés sont friands de l'exercice en pool car il leur permet de tester différentes unités de soin dans l'attente d'un poste en contrat à durée indéterminée (CDI).

L'intérim et l'exercice en pool sont donc des moyens pour les infirmiers de travailler tout en développant des apprentissages multiples et en mobilisant leurs capacités d'adaptation.

« L'intérim permettrait d'éviter de se maintenir dans un « mauvais » poste et de rester disponible pour un « bon » poste qui se présenterait, et même de prospecter le marché du travail infirmier à la recherche de ce « bon » poste. » (Arborio, 2012, p. 109)

5.5. Une segmentation intense

Nous venons de constater que la segmentation de la profession infirmière est d'une complexité extrême. De ce fait, il est plus aisé de comprendre les difficultés que rencontrent les infirmiers pour... se rencontrer. Cloisonnés dans des modes d'exercices très divers et des statuts multiples, il existe pour eux peu ou pas de lieux communs pour échanger et communiquer leurs pratiques et leurs préoccupations.

Les infirmiers exerçant en hospitalier paraissent plus à même de s'unifier pour parler d'une même voix, mais il convient là aussi de tenir compte de la disparité de leurs quotidiens, au titre de la diversité des patients accueillis, des rôles et des missions différents, des statuts spécifiques, des diplômes non homogènes.

L'unité de la profession infirmière en France reste un *monstre du Loch Ness* que les syndicats professionnels et étudiants, l'Ordre national des infirmiers, ou encore le CEFIEC chassent avec obstination. Peut-être serait-il profitable à l'ensemble du groupe professionnel de considérer les différences qui le composent comme une richesse et non un handicap ?

Conclusion

Au vu des pages qui précèdent, nous pouvons poser que la complexité, issue du passé, est inhérente aux soins infirmiers français. Cette complexité s'exprime aujourd'hui dans la diversité des accès au diplôme et dans la profusion des modes d'exercice.

Françoise Acker s'interroge sur la création d'une nouvelle carte des métiers :

« Comme le mentionnait Hughes, on ne saurait analyser le travail des infirmières sans regarder le travail des autres personnes impliquées dans l'organisation d'ensemble du travail. Les "métiers" infirmiers sont en transformation, nous venons de le voir, mais d'autres facteurs interviennent dans une refonte de la structure des métiers infirmiers et dans leur mode de diversification. » (Acker, 2012, p. 68)

Elle pointe en particulier les signes suivants :

- Le nombre des médecins en baisse.
- L'inscription des hôpitaux dans une logique de territoire.
- La refonte de la carte des métiers hospitaliers.
- La réflexion sur les métiers intermédiaires.

Quant à Catherine Duboys-Fresney, elle s'intéresse à l'exemple des infirmiers des autres pays qui peut être une source de réveil de la profession. « L'Europe et le niveau international avancent. Regardons les infirmières qui évoluent dans les autres pays et profitons de leur expérience, participons à tous ces niveaux et construisons ensemble ce métier adapté à l'évolution des besoins de santé de la population. » (Duboys-Fresney, 2008, p. 43) La participation des infirmiers français à des groupes de recherche internationaux est probablement une piste à ne pas négliger pour les années à venir.

Au-delà de l'histoire de la profession et de l'état des lieux de l'exercice, se pose le problème du statut ambigu des infirmiers, avec, d'une part, un rôle propre spécifique proclamé dans les textes et dans les discours infirmiers, et, d'autre part, une autonomie professionnelle très peu marquée dans la pratique. Ce qui entraîne un écart déstabilisant pour des personnes découvrant la profession et un écart douloureux pour les professionnels en place.

Faut-il partager la vision pessimiste de Véronique Haberey-Knussi lorsqu'elle écrit : « Bousculée par le cours de l'histoire, l'identité infirmière peine à s'affirmer et le contexte actuel n'est pas pour favoriser sa structuration et sa stabilité. » ? (Haberey-Knussi, 2013, p. 41)
Peut-être pas.

Car si la profession infirmière en France est fragile en apparence, elle a commencé à prendre conscience d'elle-même et semble plus avertie que jamais de ses besoins et de ses ressources. Sa maturité est en cours de construction, fruit d'une longue évolution qui ne peut et ne doit être reniée. Au contraire, la richesse de l'histoire des infirmiers en France peut leur permettre d'envisager l'avenir avec lucidité et confiance.

« En moins d'un siècle, la profession a conquis un titre, un diplôme d'Etat, la réglementation d'un exercice qui en garantit le monopole, le baccalauréat comme critère d'admission dans les écoles, des études plus longues, des spécialisations, une formation-cadre... Elle s'est également constituée une vie associative intense, s'est dotée de revues professionnelles largement diffusées, de nombreuses collections d'ouvrages théoriques ou pratiques... » (Bon-Saliba, Ouvry-Vial, Saliba, 1993, pp. 89-90)

L'histoire de la profession et de la formation infirmières nous a permis de constater que les relations entre médecins et infirmiers ont été incessantes. En particulier, nous l'avons vu, le corps médical a été depuis la fin du XIX^{ème} siècle jusqu'à aujourd'hui partie prenante de la formation infirmière, sous des formes diverses.

Le regard sur les différentes étapes du passé nous permet de lire comment se joue la mise en place de la réforme de 2009 qui instaure une collaboration nouvelle entre les universitaires, dont les médecins et pharmaciens, et les formateurs des IFSI.

Chapitre 3

Des accords de Bologne à la réforme de 2009

« La formation conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier vise l'acquisition de compétences pour répondre aux besoins de santé des personnes dans le cadre d'une pluriprofessionnalité. » (Annexe III de l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier)

Introduction

L'injonction de Bologne d'harmonisation des études supérieures en Europe s'est incarnée en 2009 en France par un nouveau référentiel de formation infirmière. Il ne s'agit pas là d'une simple transformation technique, de modification d'ingénierie de formation, mais bien d'un véritable bouleversement structurel. Les mutations en cours agitent encore l'ensemble du milieu soignant car elles redistribuent les rôles des acteurs de la formation.

Nous posons les principes des accords de Bologne, initiés en 1999, dont l'une des multiples conséquences est la réforme des études infirmières en France.

Nous définissons les grands principes de cette réforme, puis nous exprimons les changements en terme de posture pédagogique et d'attendus. Ces changements sont eux-mêmes incarnés par les modalités de mise en œuvre préconisées dans le référentiel de 2009.

Nous nous interrogeons ensuite sur ce que signifie l'universitarisation des études infirmières. Puis, nous désignons les groupes de personnes qui sont concernées par la formation.

1. Les accords de Bologne

Le Processus de Bologne est un processus de réformes européen, signé en 1999, visant à créer un Espace européen de l'enseignement supérieur à l'échéance 2010.

Ce processus est inhabituel en ce sens qu'il est peu structuré et qu'il est dirigé par les 46 pays qui y participent en coopération avec un certain nombre d'organisations internationales, dont le Conseil de l'Europe. La majorité des informations figurant dans les pages qui suivent proviennent du site du Conseil de l'Europe (www.coe.int) et du site consacré aux législations européennes (<https://eur-lex.europa.eu>).

1.1. Principes et objectifs

Afin de faciliter la mobilité des étudiants au sein de l'espace européen, il s'agit de créer un système permettant d'homogénéiser les équivalences de diplômes. Pour cela, trois principes de base ont été choisis :

- la création d'une architecture des études supérieures fondée sur trois grades : le Bachelor, le Master et le Doctorat (BMD¹²). Les diplômes de bachelor et de master remplacent les anciens diplômes « licences ». Les masters sanctionnent une formation approfondie, une spécialisation ou une formation continue universitaire ; ils reçoivent la dénomination de Master of advanced studies in... (MAS).
- La mise en place du système européen des European crédits transfert (ECTS). Ce système de mesure des acquis a été initié en 1989 dans le cadre du programme Erasmus. L'ECTS est une unité de valeur qui est égale à un nombre de 25 à 30 heures d'activités d'apprentissage.
- L'organisation des études en semestres et en unités d'enseignements.

Le postulat est le suivant :

« D'ici à 2010, les systèmes d'enseignement supérieur des pays européens devront être organisés de telle sorte : qu'il soit facile d'aller d'un pays à l'autre (au sein de l'Espace européen de l'enseignement supérieur), pour y poursuivre des études ou y travailler ; que l'attractivité de

¹² La France, dont le diplôme de fin de second cycle est le baccalauréat, afin d'éviter la confusion avec le bachelor, utilise le terme de licence et qualifie l'ensemble du processus de l'acronyme LMD en lieu et place de BMD. (NDA)

l'enseignement supérieur européen augmente afin qu'un grand nombre de personnes originaires de pays non européens viennent également étudier et/ou travailler en Europe ; que l'Espace européen de l'enseignement supérieur dote l'Europe d'une assise solide de connaissances de pointe de grande qualité, et veille à ce que l'Europe se développe en tant que communauté pacifique et tolérante. » (coe.int, 2012, 2017)

Il est laissé soin à chacun des 46 pays signataires de décider, en accord avec ses universités, des modalités de mise en œuvre. Il leur est également loisible de rejeter les principes du Processus, puisque celui-ci ne fait pas force de loi, mais bien de direction, d'incitation.

Le but n'est pas de normaliser les enseignements supérieurs européens dont la diversité est une richesse, mais d'harmoniser les liens entre les universités des différents pays européens et de favoriser la mobilité des étudiants.

« Par conséquent, même si, par exemple, les systèmes de qualifications présentent de plus en plus de similitudes, il convient de préserver la spécificité de chaque système d'enseignement supérieur. Sinon, à quoi servirait d'aller étudier ailleurs si c'est pour y étudier ce que l'on peut étudier chez soi? » (coe.int, 2012, 2017)

1.2. Quels pays participent au Processus de Bologne ?

Depuis la Conférence ministérielle de Londres réunie en 1999, 46 pays ont rejoint le processus de Bologne. Ce sont :

- Depuis 1999 : Autriche, Belgique, Bulgarie, République tchèque, Danemark, Estonie, Finlande, France, Allemagne, Grèce, Hongrie, Islande, Irlande, Italie, Lettonie, Lituanie, Luxembourg, Malte, Pays-Bas, Norvège, Pologne, Portugal, Roumanie, République Slovaque, Slovaquie, Espagne, Suède, Suisse, Royaume-Uni.
- Depuis 2001 : Croatie, Chypre, Liechtenstein, Turquie.
- Depuis 2003 : Albanie, Principauté d'Andorre, Bosnie-Herzégovine, Saint Siège, Russie, Serbie, « ex-République yougoslave de Macédoine ».
- Depuis 2005 : Arménie, Azerbaïdjan, Géorgie, Moldova et Ukraine.
- Depuis mai 2007 : Monténégro.

1.3. Mise en œuvre et organisation

Le processus est mis en œuvre à plusieurs niveaux : international, national et institutionnel. Nous présentons les points essentiels de l'organisation.

Au niveau international, est institué un groupe de suivi, le Bologna Follow Up Group (BFUG). Tous les deux ans a lieu une Conférence ministérielle réunissant les ministres chargés de l'enseignement supérieur de tous les pays participants.

Au niveau national, les acteurs sont le gouvernement et les ministères chargés de l'enseignement supérieur qui sont amenés à collaborer avec les ministères délivrant leurs propres diplômes (comme cela est le cas dans le contexte du diplôme infirmier), les conférences des recteurs ou d'autres associations universitaires, les organisations étudiantes, parfois des agences qualité, des chefs d'entreprises, etc.

Chaque pays modifie la législation à son rythme afin de s'adapter aux objectifs du Processus. En adoptant le principe des ECTS, par exemple, la France a effectué des audits de plusieurs diplômes et des niveaux de qualification pour l'obtention de ceux-ci...

Au niveau institutionnel, les choses sont plus complexes et varient d'un pays à l'autre et d'une sphère d'enseignement à l'autre. C'est en fait à ce niveau institutionnel que tout se joue réellement pour la mise en œuvre concrète du Processus. C'est là que se décident les ajustements entre universités et écoles d'enseignement professionnel, comme les instituts de formation infirmiers par exemple.

Sans le travail amorcé par les établissements d'enseignement supérieur, leurs facultés ou départements, les centres de formation, les représentants des étudiants et du personnel, les associations professionnelles, rien ne pourrait se réaliser. En ce qui concerne la France, ce travail a abouti, entre autres réalisations, à la réforme des études infirmières de 2009.

1.4. Historique et dates clefs

Le rapport *Attali* (1997) pour « un modèle d'enseignement supérieur européen » est considéré en France comme le déclencheur du processus.

La réunion de Paris en Mai 1998 réunissant quatre Ministres de l'Education européens aboutit à la signature d'une déclaration commune visant à construire l'architecture d'un enseignement supérieur européen. Il s'agit de la Déclaration de la Sorbonne, réel acte fondateur.

En Juin 1999, sont signés par les 29 pays membres de la communauté européenne, les accords de Bologne, du nom de la ville italienne abritant la rencontre.

« La Déclaration énonce les objectifs suivants :

- adoption d'un système de diplômes aisément lisibles et comparables
- adoption d'un système qui se fonde essentiellement sur deux cycles principaux, avant et après la licence
- mise en place d'un système de crédits, comme celui du système ECTS
- promotion de la mobilité en surmontant les obstacles à la libre circulation des étudiants, des enseignants, des chercheurs et des personnels administratifs
- promotion de la coopération européenne en matière d'évaluation de la qualité
- promotion de la nécessaire dimension européenne dans l'enseignement supérieur

Ces six objectifs sont l'essence même du Processus de Bologne et ont été développés depuis. » (coe.int, 2012, 2017)

D'autres étapes ont lieu dans les années suivantes, parmi lesquelles :

- A Prague en 2001, les étudiants sont reconnus comme partenaires à part entière.
- En 2003, à Berlin, 41 pays adhèrent au principe des accords et décident d'une mise en œuvre pour 2010. 6 autres pays les rejoindront entre 2005 et 2007. La prise en compte de la recherche ainsi que l'apprentissage et la formation « tout le long de la vie » sont intégrés.
- La réunion de Bergen, en 2005, entérine le désir de fortifier le lien enseignement supérieur et recherche, restructure les études doctorales et pose le volet social du « savoir accessible à tous ».
- A Budapest et Vienne, en 2010, est lancé l'Espace européen de l'enseignement supérieur. L'Espace européen de l'enseignement supérieur et l'Espace européen de la recherche sont incités à se rapprocher.

L'originalité du processus de Bologne tient au fait qu'il ne s'agit pas de contrats passés entre états signataires, mais d'accords et de conventions. La disparité des enseignements supérieurs entre les différents signataires a produit une succession d'ajustements et de réajustements. En annexe est disponible un document résumant les différentes mises en œuvre des formations infirmières dans plusieurs pays d'Europe. Les études infirmières au Québec et en Suisse y sont également présentées, à titre de comparaison.

Nous allons à présent détailler les points essentiels qui caractérisent le référentiel de formation infirmière de 2009, réalisé dans le sens des accords de Bologne.

2. De Bologne 1999 au référentiel de 2009, maïeutique d'une réforme

Chaque pays signataire s'est approprié les accords et a géré leur application en fonction de l'état des lieux national. En France, d'autres formations que la formation infirmière ont été concernées.

« C'est une harmonisation européenne qui était recherchée et avec elle la convergence du système français avec celui des *Facultés de soins infirmiers* qui existent dans d'autres pays,

héritiers d'une autre tradition. Cette réforme a été justifiée également par la nécessité de prendre en compte "l'évolution de la société et des besoins de santé, le vieillissement de la population, l'évolution ces techniques médicales, les modifications dans l'offre de santé¹³". » (Lombard, 2013, pp. 29-30)

Des textes réglementaires agissent pour la mise en œuvre de l'universitarisation. En Juin et juillet 2009, deux circulaires interministérielles (cf bibliographie) fondent les bases d'une convention incitant les IFSI, les universités et les régions à travailler de concert pour permettre d'attacher le grade licence au diplôme d'Etat infirmier. Ces circulaires seront suivies de peu, le 31 Juillet 2009, par l'Arrêté fixant le nouveau référentiel d'études infirmières.

Il convient de pointer ici le paradoxe qui réside dans le respect des accords et de la logique universitaire pour une formation professionnelle ne possédant pas de département universitaire dédié. L'ensemble du référentiel se fait l'écho de ce paradoxe, en oscillant entre un discours académique et un discours professionnel.

2.1. Les grands principes de la réforme

Ils correspondent à une définition de l'infirmier qui est posée en préalable à la déclinaison du référentiel, dans ses dimensions théoriques et pratiques. Cette définition, présente dans l'annexe 1 (Annexe 1 : Diplôme d'Etat d'infirmier – Référentiel d'activités) de l'Arrêté du 31 juillet 2009, est la suivante :

« Évaluer l'état de santé d'une personne et analyser les situations de soins ; concevoir et définir des projets de soins personnalisés ; planifier des soins, les prodiguer et les évaluer ; mettre en œuvre des traitements. Les infirmiers dispensent des soins de nature préventive, curative ou palliative, visant promouvoir, maintenir et restaurer la santé, ils contribuent à l'éducation à la santé et à l'accompagnement des personnes ou des groupes dans leur parcours de soins en lien avec leur projet de vie. Les infirmiers interviennent dans le cadre d'une équipe pluriprofessionnelle, dans des structures et à domicile, de manière autonome et en collaboration. »

La grande gageure de la réforme est d'allier, au sein d'un même programme de formation, des éléments propres à l'enseignement académique (les sciences médicales et les sciences humaines et sociales enseignées par des universitaires) et des éléments propres à l'apprentissage professionnel (les sciences infirmières, enseignées par des pairs, formateurs ou professionnels de terrain). Cette gageure est complexifiée du fait de la diversité des publics étudiants.

« Pour la première fois, le vocable "sciences infirmières" apparaît dans le programme d'études. La question : "Quels sont les savoirs contenus dans les unités d'enseignement qui couvrent le champ des "Sciences et techniques infirmières" ? est d'autant plus cruciale que la revue de la littérature montre des interrogations sur la pertinence de la notion de science infirmière. » (Homerin, 2012, p. 2)

Les principes pédagogiques majeurs, basés sur le socio-constructivisme, privilégient l'autonomie et la responsabilité de l'étudiant qui se doit d'être « acteur de sa formation » et développer sa réflexivité. La logique de compétences remplace la logique de programme modulaire.

2.1.1. Les modes d'admission en formation

Globalement, la réforme de 2009 ne remet pas en cause les modalités d'entrée en formation infirmière. L'entrée en IFSI est assujettie à différentes modalités.

A - L'accès par concours

Les candidats doivent être âgés de dix-sept ans au moins au 31 décembre de l'année des épreuves de sélection. Ce qui explique que certains étudiants entament la formation en septembre en étant

¹³ Source : www.sante.gouv.fr

mineurs. Aucun âge maximum n'est prescrit, c'est pourquoi certains étudiants commencent des études infirmières, sans expérience du soin, après cinquante ans parfois.

Les candidats doivent être titulaires du baccalauréat français ou d'un diplôme reconnu comme équivalent. Cela signifie, bien évidemment que les personnes titulaires d'un diplôme supérieur peuvent postuler.

Ces personnes doivent ensuite passer deux épreuves. L'épreuve écrite d'admissibilité consiste en des tests psycho-techniques et en une étude d'un texte comprenant 3 000 à 6 000 signes (1 à 3 pages), relatif à l'actualité sanitaire et sociale. Le texte est suivi de 3 questions permettant de présenter le sujet et les principaux éléments du contenu. L'épreuve d'admission consiste en un échange avec un jury oral de trois personnes (un formateur, un psychologue et un professionnel infirmier).

Le nombre de candidats est en général de sept à dix fois supérieur au nombre de places disponibles en IFSI. Le quota de places par régions est déterminé par le ministère. Le quota de places par IFSI est déterminé par l'ARS. Beaucoup de candidats passent le concours dans deux, trois, voire quatre ou cinq IFSI. Cela ajoute une cause d'hétérogénéité des publics étudiants car certains n'effectuent pas leur formation dans l'IFSI de leur zone géographique d'origine.

L'organisation des concours est complexe et coûteuse. Il convient de prévoir et encadrer les épreuves pour plusieurs centaines de candidats, de trouver les locaux, la logistique de sécurité, les personnes adéquates à la surveillance des épreuves écrites, à la réalisation des épreuves orales et aux corrections des copies des écrits.

Compte tenu de la difficulté de cette sélection par concours, un tiers environ des candidats réalise une préparation de durée variable et aux contenus variables selon les IFSI.

B - L'accès par examen d'admission

Il concerne les personnes titulaires du diplôme d'Etat d'aide-soignant ou d'auxiliaire de puériculture, au titre de la promotion professionnelle, après avoir exercé l'équivalent de trois ans à temps plein. Aucune condition d'âge maximum n'est requise.

Ces personnes ne sont pas sélectionnées par concours mais par une épreuve d'admission. Celle-ci consiste en une épreuve écrite, issue d'une situation de soin concrète et en un échange oral avec un jury composé d'un formateur, d'un psychologue et d'un professionnel infirmier.

Réglementairement, les personnes recrutées par cette voie doivent constituer un cinquième des effectifs de chacun des IFSI. Elles sont le plus souvent baptisées *filière 2*. Elles sont rémunérées durant leur formation par leur employeur d'origine, chez lequel elles retournent ensuite. Elles sont dispensées de la validation de la compétence 3, *Accompagner une personne dans la réalisation de ses soins quotidiens*, supposée acquise lors de leur exercice professionnel. Il s'agit d'une validation des acquis de l'expérience (VAE) partielle de leur cursus antérieur. Depuis la réforme de 2009, le fait qu'elles ne soient pas assujetties à un examen complet est remis en question. Certaines personnes, ainsi que nous le verrons plus tard en chapitre 8 et suivants, se retrouvent en difficulté, en particulier dès le premier semestre, par déficit de prérequis.

C - D'autres modes d'accès

Il existe plusieurs autres modes d'accès en formation infirmière. Il peut s'agir de formations partielles permettant de produire une équivalence au diplôme d'Etat. Citons, par exemple, le cas des médecins étrangers, qui, selon leur pays d'origine et sur titre, peuvent réaliser des modules spécifiques de formation. Ils doivent produire un mémoire et sont évalués sur les unités d'enseignement contenues dans leurs modules spécifiques. Citons également l'exemple des sages-femmes qui accèdent directement en seconde année de formation.

Toutes les personnes concernées par des dispenses partielles et des entrées spécifiques en formation sont indiquées dans l'Arrêté du 28 mai 2009. Aucune VAE totale n'est possible.

2.1.2. Le référentiel de formation

Ce qui est communément appelé référentiel de formation est le recueil des textes définissant la formation au diplôme d'infirmier et les conditions d'exercice de cette formation. Son intitulé exact est : « Formations des professionnels de santé, Profession infirmier, recueil des principaux textes

relatifs à la formation préparant au diplôme d'état et à l'exercice de la profession. »

« Le référentiel a été élaboré avec un groupe de travail comprenant des directeurs des soins et des universitaires, dirigé par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS). » (Mercadier, Novic, 2013, p.97)

Sa première publication date du 31 juillet 2009. Il a été distribué à la rentrée scolaire 2009 aux étudiants infirmiers et... aux formateurs à peine rentrés de congés...

« Rappelons que l'on désigne par référentiel métier, l'ensemble des compétences requises pour exercer un métier ; le référentiel formation est la traduction de ce référentiel métier en compétences à développer ou capacités à acquérir, et que le référentiel évaluation précise les modalités et les critères de validation de l'action de formation. » (Noël-Hureaux, 2012, p. 5)

Le référentiel de 2009 est constitué de ces deux pôles de mise en œuvre.

La professionnalisation de l'étudiant est définie par plusieurs grands axes de progression :

- La construction de compétences à travers l'acquisition de savoirs et savoir-faire, attitudes et comportements. Le référentiel comprend 10 compétences identifiées comme compétences de cœur de métier et compétences transverses. C'est au prix d'une acquisition exhaustive de ces dix compétences que le futur professionnel s'engagera dans des soins de qualité auprès des personnes qui lui seront confiées quel que soit le lieu d'exercice.
- Le développement de ressources en savoirs théoriques et méthodologiques, en habiletés gestuelles et en capacités relationnelles. Il établit son portefeuille de connaissances et de compétences et prépare son projet professionnel. Ces ressources sont celles que l'étudiant mettra en œuvre durant sa formation et celles qu'ils utilisera pour adopter une posture professionnelle.
- L'acquisition d'une posture professionnelle implique de devenir un praticien autonome, responsable et réflexif, c'est-à-dire un professionnel capable d'analyser toute situation de santé, de prendre des décisions dans les limites de son rôle et de mener des interventions seul et en équipe pluriprofessionnelle. La pratique réflexive, ainsi que le précise l'annexe II de l'arrêté du 31 juillet, « est une exigence de la formation leur permettant de comprendre la liaison entre savoirs et actions, donc d'intégrer les savoirs dans une logique de construction de la compétence. »
- La connaissance de soi et la maîtrise de ses affects sont indispensables pour la construction d'une posture conforme à la déontologie professionnelle infirmière. L'étudiant apprend à reconnaître ses émotions et à les utiliser avec la distance professionnelle qui s'impose.
- La construction d'une éthique professionnelle permet au futur professionnel de prendre des décisions éclairées et d'agir avec autonomie et responsabilité dans le champ de sa fonction. Exercés au raisonnement clinique et à la réflexion critique, les professionnels formés sont capables d'intégrer rapidement de nouveaux savoirs et savent s'adapter à des situations variées. Ces éléments sont déclinés dans l'annexe III de l'arrêté du 31 juillet 2009.

2.1.3. Les grandes orientations du référentiel, en résumé

Ces grands axes peuvent être concentrés en deux grands pôles :

- Le développement de compétences professionnelles.
- Le développement d'une posture professionnelle.

Nous allons développer infra les trois logiques qui s'entrecroisent dans la construction de la méthode d'apprentissage du nouveau référentiel, à savoir :

- Une pédagogie socio-constructiviste et une approche par compétences.
 - o La logique de compétences remplace la logique de modules et induit une transversalité entre années d'apprentissage.
 - o L'approche socio-constructiviste répond aux attendus à l'égard de l'étudiant (réflexivité, autonomie, responsabilité) et à la logique de transversalité des compétences.

- Une adaptation des durées et des contenus d'enseignement.
 - Les compétences se traduisent par un découpage en unités d'enseignement (UE). et en unités d'intégration des compétences par semestres (UI).
 - Les modalités d'évaluation sont diversifiées réglementairement et impliquent de nouvelles stratégies.
 - La nouvelle alternance entre périodes en IFSI et périodes en stage modifie les modalités d'apprentissage.
- Une approche universitaire.
 - Les ECTS permettent la validation des UE, en IFSI comme en stage.
 - Un nombre d'heures d'enseignement universitaire est prescrit.
 - Le grade licence est délivré simultanément au diplôme d'Etat.
 - Les années sont découpées en semestres.

« Le référentiel de 2009 a comme enjeu une autre définition du professionnel qui “brouille” le transmettre en le modifiant et le déplaçant. » (Noël-Hureaux, 2012, p. 2)

2.2. Une approche par compétences et une posture pédagogique socio-constructiviste

Le but de la réforme de 2009 est de répondre aux besoins en santé de la population en proposant une formation en adéquation avec ceux-ci. « La finalité exprimée de la formation est que l'infirmière diplômée puisse « répondre aux besoins de santé des personnes dans le cadre d'une pluriprofessionnalité » (Hainzelain, 2010, p. 15)

Le référentiel conjugue des connaissances disciplinaires, des connaissances techniques, des connaissances méthodologiques. Il intègre également la dimension pluridisciplinaire du métier, avec l'approche des professions avec lesquelles le futur infirmier va travailler en partenariat, ou en collaboration. Est également introduite la dimension sociale de la profession infirmière et les aspects éducation et prévention, en termes de santé publique, sont plus développés.

Ces connaissances diverses sont rattachées à une ou plusieurs compétences se conjuguant entre elles. Elles sont par ailleurs articulées autour de plusieurs types d'unités permettant chacune d'obtenir un ou plusieurs ECTS.

Parallèlement à ces indications, les étudiants infirmiers sont incités à devenir des professionnels *réflexifs, autonomes et responsables*. Pour ce faire, les modalités pédagogiques des IFSI sont remises en question et l'ingénierie est remaniée pour se tourner vers le socio-constructivisme.

2.2.1. Le socio-constructivisme se substitue au behaviorisme

La logique d'apprentissage par compétences implique un détachement du behaviorisme qui était plus facilement de mise jusqu'alors. Il implique également une modification de l'ingénierie pédagogique au sein des équipes des IFSI. Les projets pédagogiques ont été remaniés en profondeur et sont fortement ancrés dans une approche socio-constructiviste qui considère que l'apprentissage émane de 3 dimensions : cognitive (situation problème//tâches, résolution, construction, transfert) ; affective (motivation, responsabilité, autonomie, posture//représentations) ; sociale (interactions, collaboration, échanges entre apprenants, co-construction).

Le principe de base est que l'apprentissage est à la fois un processus et un résultat. Il est facilité par la prise de conscience du fait de la verbalisation des apprenants des procédures utilisées pour résoudre un problème posé. Il s'agit bien là d'apprendre à apprendre. L'étudiant est amené à réfléchir sur son agir : avant, pendant et après l'action. L'individu étudiant est aidé à cela par le groupe et l'ensemble des membres le constituant. Cette aide sera d'autant plus efficace que les groupes seront multiples au cours des années de formation, réunissant les étudiants sur des projets et des travaux différents. Les analyses de la pratique professionnelle, réalisées après chaque stage permettent elles aussi d'avancer dans cette voie d'apprentissage. Le portfolio, que nous présenterons plus loin, est, quant à lui, un outil d'aide à l'auto-évaluation.

L'important pour chacun est de conscientiser, verbaliser, comparer, débattre et argumenter. L'étudiant est encouragé à devenir le propre producteur de ses savoirs, à être acteur de sa formation. Il apprend à confronter ses idées et ses connaissances, et s'attache à rechercher du sens dans ses actions, dans une logique d'autoanalyse.

2.2.2. Une posture réflexive

« On parle de didactique professionnelle comme recherche de relations entre les compétences acquises dans l'expérience professionnelle et les contenus de formation » (Geay, 1993)

Le référentiel de 2009 qui fait basculer d'une logique disciplinaire à une logique de compétences est influencé par la didactique professionnelle. Son principe essentiel est de s'appuyer sur les situations professionnelles réelles pour en faire des situations d'apprentissage, afin de faire émerger les compétences qui leur sont associées.

Le principe même de l'alternance stage/IFSI s'inscrit dans le cadre de la didactique professionnelle, et les trois paliers d'apprentissage développés dans le référentiel illustrent cette volonté d'ancrer la formation infirmière dans une formalisation des savoirs issus de l'expérience. Ils sont à associer à une posture réflexive de l'étudiant, telle que préconisée par le référentiel.

En parallèle aux compétences requises par l'exercice du métier, agir comme professionnel suppose de trouver sa place et d'adopter la posture conforme à la culture du métier. « Une posture pourrait se définir comme une qualification du rapport à..., comme une sorte d'idéal ou de norme... » (Perrenoud, 2001)

Il importe que les dispositifs ainsi que la relation pédagogique instaurée permettent la conscientisation et le développement par chaque étudiant de sa propre posture professionnelle.

Cette posture est en lien avec la finalité de la formation qui est de préparer des professionnels autonomes, responsables et réflexifs, afin qu'ils puissent exercer dans toutes les dimensions du soin infirmier, conformément à la définition qui en est donnée dans le référentiel. Cela signifie qu'ils soient capables d'analyser des situations de santé, de prendre des décisions dans les limites de leur rôle et de mener des interventions seuls et en équipe pluridisciplinaire.

« A partir d'un répertoire de situations similaires, l'étudiant pourra construire des modèles d'action. Les connaissances sont créées à partir d'une transformation de l'expérience. Cet étayage ne peut se concevoir qu'à l'aide de formateurs issus de la profession. » (Homerin, 2012, P. 61)

Basée sur une logique de didactique professionnelle et sur une approche socio-constructiviste de l'apprentissage, la formation donne aux étudiants l'occasion de travailler trois paliers d'apprentissage :

- Comprendre : les étudiants acquièrent les savoirs et savoir-faire nécessaires à la compréhension des situations (recueil d'informations, recherches personnelles, échanges avec les pairs, les professionnels et les enseignants, étude compréhensive des enseignements,...).

- Agir : les étudiants, en mobilisant leurs ressources, développent la capacité d'agir et d'évaluer leur action. Ils construisent leurs compétences expérientielles en faisant le lien entre savoirs acquis en IFSI et expériences vécues en stage, sur un mode commutatif.

- Transférer : les étudiants conceptualisent et acquièrent la capacité de transposer leurs acquis dans des situations de soin nouvelles (comparaisons, transpositions, argumentation, analyses critiques).

Cette nouvelle approche pédagogique peut être source de déstabilisation des équipes de formateurs et des professionnels infirmiers. Nous aurons l'occasion d'explorer cette interrogation.

2.2.3. La logique de compétences remplace la logique de modules

Les modules de l'ancien programme étaient au nombre de vingt. Quinze modules étaient consacrés aux soins infirmiers en relation avec les différentes pathologies médicales. Cinq autres étaient des modules transversaux.

Les formateurs étaient responsables des modules pour lesquels ils avaient une expertise. Par exemple, une ancienne infirmière en cardiologie, devenue cadre en pneumologie, pouvait être chargée de l'enseignement des modules *Soins infirmiers aux personnes atteintes d'affections cardiovasculaires* et *Soins infirmiers aux personnes atteintes d'affections respiratoires*.

Par ailleurs, la logique d'année prévalait pour l'organisation pédagogique des IFSI. Chaque formateur, responsable de plusieurs modules, était affecté à une année définie. Quelques entorses étaient parfois possibles pour la collaboration aux modules transversaux, tel le module *Hygiène*, par exemple.

A la logique de modules consubstantielle du référentiel de 1992, est substituée en 2009 une logique d'approche par compétences.

Il est entendu comme compétence, la combinaison des connaissances, des savoir-faire, des expériences et des comportements s'exerçant dans un contexte précis. (Perrenoud, 2001)

La validation des compétences est liée à la validation des enseignements théoriques et cliniques.

« Il n'y a de compétence que de situation et ce qui est ainsi validé en une situation pédagogique est bien sa compétence observée à un moment donné, c'est-à-dire la pertinence qui fut la sienne dans cette situation, mais qui n'en fait pas pour autant un soignant dorénavant compétent. » (Hesbeen, 2017, p. 104)

Depuis le nouveau référentiel, les projets pédagogiques sont bouleversés. En effet, l'acquisition des compétences n'est pas dépendante d'une logique d'année ou même de semestre. La transversalité de l'acquisition des compétences est présente durant l'ensemble de la formation, ce qui implique une toute autre approche et une refonte des organisations et des missions des formateurs. Par exemple, la compétence 4, *Mettre en œuvre des actions à visée diagnostique et thérapeutique*, s'acquiert durant les semestres 1, 2, 3, 4 et 5, ce qui implique une cohérence dans la progression de la compétence elle-même, et une cohérence dans l'organisation des semestres en articulation avec les autres UE et compétences concernées, en prenant appui sur les unités d'intégration (UI) de chacun des semestres.

Les équipes pédagogiques des IFSI ont du s'adapter à ce nouveau mode de conception de la formation infirmière. Cela leur a nécessité des efforts d'ajustement, un changement de posture et de rapport au savoir.

Pour obtenir le diplôme infirmier, l'étudiant doit avoir validé les 10 grandes compétences définies par le référentiel.

Les compétences à maîtriser sont :

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.

La compétence 3 du nouveau référentiel *Accompagner une personne dans la réalisation de ses soins quotidiens* peu écrite, peu valorisée, est le socle sur lequel s'appuient et se légitiment les 9 autres compétences. Elle peut être considérée comme le cœur du métier infirmier.

En effet, elle peut être caractérisée par le concept de « prendre soin » ce qui la relie à la compétence 1 par la singularité de la personne, à la compétence 2 par le projet de soin personnalisé, à la

compétence 4 par la réalisation de soins adaptés, à la compétence 5 pour la part d'éducation à la santé qui peut être requise, à la compétence 6 pour l'aspect relationnel du soin prodigué, à la compétence 7 pour la dimension qualité, à la compétence 8 pour la réflexivité et le questionnement d'évaluation des pratiques, à la compétence 9 pour les réseaux pluridisciplinaires mobilisés dans le soin, à la compétence 10 dans la logique d'encadrement et de transmission lorsque le soin sert de cadre pour une modélisation ou une exemplarité.

Cette manière de concevoir les soins infirmiers est en lien direct avec la vision holiste du soin.

« [...] des soins d'hygiène, des soins alimentaires, des soins de confort, des soins qui accompagnent les besoins d'élimination, des soins qui facilitent le repos, qui permettent de se lever, de s'habiller, de se déplacer, des soins esthétiques pour préserver et parfois flatter l'image de soi, des soins permettant de se distraire, de s'occuper afin de ne pas se sentir isolé voire oublié, etc., mais également des soins ménagers soucieux de la propreté d'un lieu, du caractère sain et agréable d'un environnement. » (Hesbeen, 2017, p. 123)

L'ensemble des dispositions liées aux compétences est mise en œuvre grâce à des modalités pratiques qui les encadrent.

« Le souci de rendre explicite un répertoire de compétences (référentiel métier) se développe, ce qui a pour effet de rabattre l'activité professionnelle au niveau de l'individu, au détriment d'une solidarité collective au sein du groupe professionnel (au nom de la qualification) et parfois au détriment de la solidarité d'équipe, qui est porteuse de compétences collectives rarement reconnues. » (Schweyer, 2013, p.122)

Le risque de la logique de compétences est de produire une juxtaposition d'individualités et de diluer l'importance primordiale de la cohésion d'équipe.

Pour les professionnels de terrain, plus encore que pour les formateurs, le découpage de l'apprentissage infirmier en compétences, à première vue abstraites, a été, et est peut-être encore, source de nombreuses interrogations et réserves. Nous y reviendrons.

2.2.4. Le référentiel d'activités validées en stage ou en IFSI

Un référentiel d'activités complète le référentiel de compétences. Le référentiel d'activités s'attache à l'objectivation de l'acquisition des compétences.

« La professionnalisation des activités passe par la formalisation de référentiels - que l'on pourrait assimiler à des bornes de territorialité ou à des systèmes de justification à destination de l'espace des professions – qui remplissent des fonctions identitaires "pour autrui" (Dubar, Tripier, 1998). » (Noël-Hureaux, 2012, p. 6)

Les activités à maîtriser et à valider sont les suivantes :

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.

Les activités sont validées soit par les professionnels lors des stages, avec un impératif fort jusqu'en 2015, soit par les formateurs de l'IFSI. Nous verrons de quelle manière l'évaluation des activités par les professionnels infirmiers peut parfois être source de difficultés.

2.3. Une adaptation des durées et des contenus d'enseignement

La formation infirmière a été modifiée dans ses contenants (durée, années) et dans ses contenus (types d'enseignements et liens entre eux).

2.3.1. Une formation moins longue

La durée de la formation est passée de 40 à 36 mois. La formation débutait, le plus souvent, en septembre de l'année N pour s'achever en décembre de l'année N + 3. Depuis 2009, la durée est calée sur 6 semestres universitaires, correspondant aux six semestres de la formation licence. Si l'on constate un déficit objectif de 4 mois de formation en moins, la comparaison est impossible compte tenu des modifications des contenus.

Le nombre total des heures de formation est de 5100 heures, permettant l'acquisition de 180 ECTS.

Les heures de formation sont réparties ainsi :

- 2100 heures en IFSI soit 60 semaines.
- 2100 heures en stage soit 60 semaines.
- 900 heures de travail personnel.

Les 120 semaines de formation sont réparties sur 6 semestres. Elles sont toutes constituées de 35 heures.

Il est à constater que nous sommes là dans une alternance exactement symétrique, avec un nombre d'heures également réparti entre enseignement en institut et enseignement professionnel en stage, dans une logique *mathématique* de l'alternance.

La directive européenne 2013/55/UE rend caduque le référentiel de 2009 dans la mesure où le nombre d'heures de formation préconisé pour la professionnalisation infirmière est de 4600 heures, partagées en une alternance égale de 2300 heures, permettant l'acquisition de 240 ECTS. Les heures de travail personnel ne sont pas comprises. En annexe, nous exposons les dispositifs de formation de plusieurs pays dont certains, en recherche de conformité avec la directive, ont porté la durée des études à quatre années.

2.3.2. Des unités associées aux compétences

Nous avons vu supra que la stratégie pédagogique est sous-tendue par dix compétences. Ces compétences sont construites autour d'unités. Il s'agit des unités d'enseignement, des unités d'intégration, des unités méthodologiques, des unités optionnelles, et des unités acquises lors des parcours de stages. En annexe, un document complète notre présentation.

A - Les unités d'enseignement

Les unités d'enseignement (UE) sont en lien les unes avec les autres et contribuent à l'acquisition des compétences. Elles couvrent six champs :

- 1 : Sciences humaines, sociales et droit.
- 2 : Sciences biologiques et médicales.
- 3 : Sciences et techniques infirmières, fondements et méthodes.
- 4 : Sciences et techniques infirmières, interventions.
- 5 : Intégration des savoirs et posture professionnelle infirmière.
- 6 : Méthodes de travail.

Le référentiel de formation du diplôme d'Etat d'infirmier est ainsi constitué de 36 matières de formation réparties dans 59 unités d'enseignement pour permettre une progression pédagogique cohérente. Ceci est à mettre au regard des 30 unités d'enseignement qui permettent la validation d'une licence de sociologie en France. Cette quantité importante d'UE permet d'expliquer une certaine incompréhension de la part des personnes issues de champs disciplinaires moins éclatés dans de multiples connaissances. Il s'agit moins dans le contexte de la formation infirmière d'approfondir tous ces champs que de les mettre en lien.

Selon la prescription du référentiel, les UE sont thématiques, comportent des objectifs, des orientations de contenus, des indications d'heures d'enseignement (TD et/ou CM...). Des modalités spécifiques d'évaluation et un nombre d'ECTS y sont associés.

Elles se répartissent en deux types : les unités constitutives et les unités contributives.

Les unités constitutives représentent ce que l'on peut appeler le cœur de métier infirmier : démarche clinique, diagnostic infirmier, élaboration de projet de soin infirmier, organisation des soins, collaboration interdisciplinaire, éducation thérapeutique... Par les sciences infirmières, outre les méthodes et techniques de soin, les rôles infirmiers sont enseignés : rôle propre et rôle sur prescription.

Les unités contributives regroupent les sciences médicales (biologie, anatomie, physiologie, pharmacologie) et les sciences humaines (philosophie, droit, éthique, sociologie, ethnologie).

Les unités contributives sont enseignées majoritairement par des cours magistraux (CM), et souvent, pour les sciences médicales, en e-formation ou en visio-conférences. Les travaux dirigés (TD) restent plus importants en volume horaire pour les sciences infirmières, de même que les travaux pratiques (TP) prodigués par les formateurs ou des professionnels intervenant (savoirs opérationnels). Les savoirs contributifs sont à l'articulation du *care* et du *cure* : d'une part les enseignements médicaux, liés au *cure*, apportant des connaissances pures et enseignant les fonctions du corps de manière fractionnée et morcelée. Et, d'autre part, ceux attachés aux sciences humaines qui s'attachent à une vision holiste de la personne soignée, avec une part importante laissée aux soins relationnels, considérés comme des soins à part entière, distincts des soins techniques.

Les unités constitutives des soins infirmiers sont supposées faire le lien entre *care* et *cure* en apportant une logique et en donnant un sens à l'ensemble des connaissances, qui sont mises au service du soin infirmier aux personnes.

Il s'agit là de la juxtaposition au cœur même du dispositif de deux aspects, toujours en tension, de la formation en soins infirmiers.

B - Les unités d'intégration

Ces unités ont pour but de développer la dimension de la posture professionnelle. Elles consistent à amener les étudiants, par le biais d'études de situation de soin (qui se complexifient au fil des semestres) à mobiliser les connaissances acquises dans les différentes compétences afin de résoudre une situation professionnelle. Ces situations de soin sont issues de plusieurs sources : soit elles sont données par les formateurs, soit il s'agit de jeux de rôles (mises en situation simulées), soit des situations vécues en stage sont analysées. L'étudiant doit faire preuve de pertinence dans ses mises en lien, montrer la mobilisation de ses connaissances et ses capacités de transposition.

Chaque semestre d'enseignement comporte une unité d'intégration qui évalue les connaissances liées aux compétences concernées par le semestre en cours et les semestres antérieurs.

« On peut mesurer l'importance de ces unités d'intégration définies comme la colonne vertébrale (Coudray, Gay, 2009) et le lien qu'elles font entre les savoirs disciplinaires et les savoirs opérationnels ». (Hainzelain, 2010, p. 18)

C - Les unités méthodologiques transversales

Il s'agit des deux unités consacrées à l'acquisition de méthodes de travail et à l'apprentissage de l'anglais. L'unité 6.1 S1 permet de se familiariser avec les TICE, d'appréhender les exercices de réalisation de fiche de lecture, d'analyse, de synthèse et de résumé de documents professionnels. L'unité 6.2, déclinée lors des 6 semestres, permet l'apprentissage d'une pratique de l'anglais destinée à l'accueil de patients étrangers anglophones, à la possibilité d'exercice en pays anglophone, à la lecture d'articles scientifiques rédigés en anglais, à la légitimation du grade licence.

D - Les unités optionnelles

A ces unités d'enseignement s'ajoutent les deux unités optionnelles, qui se déroulent en semestre 5 et 6. Elles permettent d'approfondir un domaine d'exercice de la fonction infirmière et de mener une réflexion sur un choix possible d'orientation à la sortie de la formation.

E - Les unités liées au parcours de stage

Les étudiants effectuent six stages durant leurs trois années de formation, soit un stage par semestre. Ces stages sont plus longs et de ce fait moins nombreux que lors du dispositif d'études de 1992.

Lors des deux premiers semestres, les stages sont majoritairement effectués en services de long séjour médicalisé, maison de retraites, milieu scolaire, crèches, soins à domicile.

Les professionnels de terrain encadrent l'étudiant et un tuteur suit plus particulièrement son évolution et constitue pour lui une personne ressource. La relation entre l'IFSI et le stage est assurée par un formateur référent de stage dont la « mission concerne l'organisation du stage, les liaisons avec le tuteur de stage en ce qui concerne les questions pédagogiques. » (Hainzelain, 2010, p. 18)

2.3.3. Une nouvelle alternance

L'ancien programme d'études était constitué ainsi :

Enseignements théoriques obligatoires	:	2080 h
Enseignements théoriques optionnels obligatoires	:	160 h
Stages cliniques obligatoires	:	1680 h
Stages laissés à l'appréciation des équipes pédagogiques	:	700 h
Suivi pédagogique	:	140 h

Soit un total de 4760 heures de formation.¹⁴

Le nombre d'heures de stage total était de 2380, sur 68 semaines. Les disciplines concernées étaient clairement mentionnées.

La nouvelle alternance, outre qu'elle ne permet que 2100 heures de stage, regroupe les semaines de stages et de ce fait diminue la diversité des expériences de terrain.

En effet, le stage occupe 50% du temps de formation, soit 2100 heures. Les stages sont d'une durée de 5 semaines au premier semestre, de 8 semaines au second semestre, de dix semaines au cours des semestres 3, 4 et 5 et de quinze semaines scindées en deux au semestre 6. Soit un maximum de sept stages, contre neuf à dix dans l'ancien référentiel.

Chaque étudiant, compte tenu des directives concernant les différents types de stages à effectuer, bénéficie d'un parcours de stage personnalisé, établi en fonction de ses acquis antérieurs, de ses orientations professionnelles, des échanges avec les formateurs responsables pédagogiques et responsables des stages.

Quatre types de stage sont obligatoires :

- Soins de courte durée.
- Soins en santé mentale et en psychiatrie.
- Soins de longue durée et soins de suite et de réadaptation.
- Soins individuels ou collectifs sur des lieux de vie.

Le stage doit permettre :

- D'acquérir des connaissances et de parfaire son habileté gestuelle.
- D'acquérir une posture réflexive, en questionnant la pratique avec l'aide des professionnels.
- D'exercer son jugement et de confronter ses idées, ses opinions, et ses « manières de faire » à celles des professionnels et des autres étudiants.
- De centrer son écoute sur la personne soignée et proposer des soins de qualité.
- De prendre progressivement des initiatives et des responsabilités.
- De reconnaître et canaliser ses émotions, et les utiliser avec la distance professionnelle qui s'impose.
- De mesurer ses acquisitions dans chacune des compétences.

Un stage est reconnu *qualifiant* lorsque le maître de stage se porte garant de la mise à disposition des ressources, notamment la présence de professionnels qualifiés et des activités permettant un

¹⁴ Le temps de travail personnel n'est pas mentionné. Si l'on ajoute les 900 heures préconisées par le référentiel de 2009, nous atteignons un total de 560 heures de formations, soit 500 heures de plus. (NDA)

réel apprentissage. En outre, les critères de qualification d'un stage peuvent être concrétisés par l'établissement d'une charte d'encadrement et d'un livret d'accueil des étudiants.

L'encadrement clinique sur le lieu de stage est assuré par les professionnels de terrain.

Les IFSI sont incités à pratiquer des visites en stage qui correspondent à des temps de suivis pédagogiques individualisés.

Le nouveau dispositif de stages implique une diminution de la diversité des apprentissages de terrain. Elle suppose par ailleurs une plus forte responsabilité des professionnels infirmiers et une bonne relation entre IFSI et lieux d'exercice professionnel. Nous pouvons questionner ces particularités comme des sujets possibles de tension entre les différents acteurs impliqués.

Certains stages peuvent être réalisés à l'étranger dans le cadre du processus Erasmus ou dans d'autres contextes d'accords internationaux.

Il doit être établi une convention de stage tripartite, entre l'IFSI, l'étudiant et l'établissement d'accueil.

L'outil de liaison entre les trois partenaires est le portfolio de l'étudiant.

2.3.4. Le portfolio

Le portfolio sert à mesurer la progression de l'étudiant en stage. Il est centré sur l'acquisition :

- Des compétences
- Des activités
- Des actes infirmiers

Il fait le lien entre l'institut et le stage. Il permet de visualiser l'ensemble du parcours de stage. Les objectifs de stage sont négociés avec le lieu du stage à partir des ressources de celui-ci. Ils sont rédigés et inscrits dans le portfolio.

L'acquisition des éléments de chaque compétence et des activités techniques est progressive.

Chaque étudiant peut avancer à son rythme, à condition de répondre aux exigences minimales.

L'étudiant remplit lui-même son portfolio, avec l'assistance de son tuteur de stage.

Le formateur référent pédagogique fait le bilan des acquisitions avec l'étudiant.

La bonne utilisation du portfolio implique que les IFSI fasse preuve de pédagogie à l'égard des équipes infirmières qui seront amenées à le manipuler, au risque de postures de rejet d'un outil nouveau.

2.3.5. De nouvelles modalités d'évaluation

Sur l'ensemble de la formation, l'étudiant doit acquérir 180 crédits ou ECTS (European Credits Transfert System), répartis ainsi :

- 120 ECTS pour l'enseignement théorique sur les 6 semestres de formation. Les formes et contenus des évaluations sont en adéquation avec les principes pédagogiques.

Elles sont conformes au référentiel. Les étudiants bénéficient de sessions initiales et de rattrapage conformément à la réglementation.

- 60 ECTS pour l'enseignement clinique en stage sur les 6 semestres de formation.

Les étudiants bénéficient de stages complémentaires ou de rattrapage durant l'été.

Les Commissions d'attribution des crédits (CAC) sont organisées sous la responsabilité du directeur de l'institut. Elles sont composées des formateurs référents des étudiants, d'un ou de plusieurs représentants de l'enseignement universitaire, d'un ou de plusieurs représentants des tuteurs de stage, et du directeur de l'IFSI. Par année de formation, trois CAC sont organisées : une en mars, ce qui correspond à la fin des semestres 1, 3 et 5 ; une en juillet en fin des semestres 2, 4 et 6 ; une troisième CAC a lieu fin août/début septembre pour traiter des évaluations théoriques de rattrapage d'été et des validations de stages de rattrapage et complémentaires d'été.

Pour accéder à la troisième année, les étudiants doivent avoir validé les unités des semestres 1 et 2.

En fin de formation, après la CAC de juillet, les résultats de l'ensemble du cursus de formation sont présentés devant le jury d'attribution du diplôme.

Ces dispositifs d'évaluation, nombreux et complexes, génèrent une importante charge de travail pour les formateurs. Ils peuvent contribuer à mettre des étudiants en difficulté lors de la première année. Ils peuvent également être mal compris des professionnels infirmiers. Tous ces points seront repris ultérieurement.

« [...] La compétence soignante procède d'un art du singulier dont la qualité ne peut être prédéterminée par la validation, même brillante, des différents repères que proposent en formation les grilles d'évaluation. » (Hesbeen, D'hoore, 2016, p. 23)

2.3.6. Des méthodes pédagogiques

Les enseignements sont réalisés sous la forme de cours magistraux, travaux dirigés, travaux personnels guidés, travaux pratiques et apprentissages en stage.

Les cours magistraux (CM) sont des cours dont la forme est pas ou peu interactive. Ils sont donnés par un enseignant devant l'ensemble de la promotion, en amphithéâtre. Certains de ces enseignements sont prodigués via la e-formation, d'où l'intérêt de l'UE 6.1 (méthodologie).

Les travaux dirigés (TD) sont des cours permettant une interactivité, un échange entre formateur(s) et étudiants et des étudiants entre eux. Ils réunissent de faibles nombres d'étudiants, si possible 20 au maximum. Ils peuvent permettre d'explicitier un cours magistral, de travailler en groupe sur un exposé ou un compte-rendu, de réfléchir sur une situation clinique, de mettre à plat les vécus en stage... Les TD sollicitent souvent le soutien logistique des centres de documentation des IFSI, pour la recherche d'information.

Les travaux pratiques (TP) sont destinés à l'exercice de gestes de soin. Ils peuvent être réalisés sur mannequins, en situations simulées ou consister en une familiarisation avec des dispositifs médicaux ou des procédures (contrôles avant transfusion sanguine, par exemple). Ils sont assurés par les formateurs des IFSI, ou, le plus souvent, par des professionnels concernés par le thème du TP. Exemple : infirmière spécialisée en stomatologie, pour expliciter les différents dispositifs. Les TP font appel à l'imitation, la modélisation.

Les travaux personnels guidés (TPG) sont des temps de travail lors desquels les étudiants effectuent eux-mêmes certaines recherches ou études, préparent des exposés, des écrits, des projets ou autres travaux demandés par les formateurs, ou encore rencontrent leur formateur et bénéficient d'entretiens de suivi pédagogique. Ces temps individuels sont guidés par les formateurs qui vérifient si les étudiants sont en capacité d'utiliser ces temps en autonomie ou ont besoin d'un encadrement de proximité. Là encore, les centres de documentation sont fréquemment sollicités.

Il existe un différentiel entre le prescrit du référentiel en ce qui concerne la répartition des volumes entre les types de cours et le réel des mises en œuvre selon les IFSI, en fonction de leur projet pédagogique, de leurs moyens humains et financiers, de leur histoire et de leurs partenaires, ainsi que nous le verrons infra.

2.3.7. Les suivis pédagogiques

Ils sont constitués par les suivis de groupe, par exemple lors des départs et retours de stage.

Les suivis individualisés, quant à eux, permettent aux étudiants d'échanger avec leur formateur référent pédagogique.

Le mémoire de fin d'études est réalisé sous la guidance d'un formateur référent de mémoire. Des évaluations formatives peuvent permettre la préparation des évaluations normatives.

Les visites de stage ne sont pas réalisées par tous les IFSI, en fonction de leurs contraintes organisationnelles. Elles peuvent être œuvrées selon des processus différents : rencontres

individuelles ou collectives, centrées sur des objectifs ou sur des situations de soin... Lorsqu'un même lieu de stage accueille des étudiants provenant d'IFSI différents, les professionnels doivent s'adapter aux exigences de chacun des IFSI. Cela leur est-il toujours aisé ?

2.3.8. L'obtention du diplôme d'Etat

Elle était autrefois assujettie à la réussite des mises en situation professionnelle (MSP) en stage, à des résultats aux épreuves théoriques et à la rédaction du mémoire de travail de fin d'études (TFE). Le rite de passage est fortement modifié. Cela est-il bien perçu des professionnels infirmiers ?

Aujourd'hui, le dispositif de validation du diplôme d'Etat est le suivant :

En fin de formation, les résultats de l'ensemble de la formation sont présentés devant le jury régional d'attribution du diplôme d'état. Le TFE, mémoire de fin d'études, est évalué par les UE qui le composent et non comme une entité à part entière comme autrefois. L'article 61 de l'arrêté du 31 juillet 2009 stipule :

« Le jury régional se prononce au vu de l'ensemble du dossier de l'étudiant(e) et d'une synthèse réalisée par l'équipe pédagogique ».

Le dossier comporte :

- 1- La validation de l'ensemble des UE dont les unités d'intégration.
- 2- La validation de l'acquisition de l'ensemble des compétences en situation.
- 3- La validation des actes, activités ou techniques réalisées en situation réelle ou simulée ».

Et l'article 64 conclut ainsi :

« Les candidats ayant acquis l'ensemble des connaissances et des compétences, soit les 180 crédits européens, sont déclarés reçus au diplôme d'état d'infirmier ».

Les nouveaux diplômés obtiennent conjointement le Grade Licence.

Le jury du diplôme d'Etat se réunit 3 fois par an : une session principale en juillet, une session en novembre et une session en mars. Les 2° et 3° sessions sont complémentaires ou de rattrapage.

Les étudiants ont la possibilité de se présenter quatre fois au jury du diplôme d'Etat, indépendamment des suspensions de formation dues à des raisons personnelles ou de santé, et ce dans un délai de trois maximum suivant la fin des cours suivis. Ces dispositions complexifient l'ensemble de l'organisation des cursus de formation.

3. Une approche universitaire

L'approche universitaire a été initiée depuis plusieurs décennies :

« Par contre, c'est à cette date [1978] que le diplôme d'Etat infirmier est homologué au niveau du Brevet de technicien supérieur (BTS) ou du diplôme des Instituts universitaires de technologie (IUT). () La reconnaissance du diplôme à un niveau Bac+4 est alors revendiquée, justifiée par le fait que les études durent 3 ans et demi après la réforme de 1992. L'arrêté du 8 janvier 2002 stipule que le diplôme d'Etat infirmier donne un accès de plein droit en licence de sciences sanitaires et sociales et en sciences de l'éducation, ce qui établit automatiquement un lien entre la formation infirmière et l'université. » (Midy, 2002, p. 12)

Les relations entre IFSI et universités sont donc déjà en germe dès 2002, bien qu'un très faible nombre d'infirmiers ou de cadres s'orientent vers les études universitaires. Ce seront majoritairement des formateurs en IFSI non issus des IFCS, et donc non cadrés, qui trouveront ainsi le moyen de conforter leur légitimité à enseigner.

La marque de l'universitarisation des études infirmières peut se lire à travers plusieurs indicateurs :

- L'attribution d'heures dévolues aux enseignements universitaires sont imposées par le référentiel et non en option, ce qui implique une augmentation de leur nombre.
- L'attribution du grade licence est assujettie à cet impératif d'heures obligatoires d'enseignement universitaire.
- La logique de compétences et d'unités d'enseignements est imposée de fait.
- La validation des unités est matérialisée par l'acquisition d'ECTS.
- Les trois années de formation sont découpées en 6 semestres et non plus en années.

- L'enseignement de l'anglais est obligatoire sur les six semestres.
- Les étudiants sont susceptibles de bénéficier du dispositif Erasmus.

Il est pertinent de prendre en compte l'ambiguïté du nouveau diplôme infirmier, diplôme professionnel supposé être également universitaire. « L'universitarisation des études d'infirmiers a été engagée sur la base d'un compromis, puisqu'elle maintient le diplôme professionnel tout en attribuant un grade licence. » (Homerin, 2012, p. 56)

3.1. Les heures d'enseignement universitaire

Le temps d'enseignement universitaire préconisé¹⁵ représente 645 heures.

Le temps d'enseignement des formateurs IFSI représente 1070 heures.

Il est à ajouter 85 heures d'anglais et de méthodologie et 300 heures de travail personnel.

- *Coordination pédagogique dévolue aux universités :*

Sciences humaines et droit	150h Univ	105h IFSI
Sciences médicales (biologie, anatomie, physiologie, pathologies)	420h Univ	120h IFSI

- *Coordination pédagogique dévolue aux IFSI:*

Sciences et techniques infirmières (fondements)	50h Univ	205h IFSI
Sciences et techniques infirmières (interventions)	25h Univ	405h IFSI
Intégration des savoirs		235h IFSI

A contrario des autres formations infirmières, particulièrement francophones, la formation dispensée en France ne s'est tournée que tardivement vers les sciences humaines pour se détacher de l'aspect purement médical et technique du soin. Un bond caractéristique a été réalisé par la réforme de 1992. Mais la réforme de 2009 montre que les apports restent peu développés et quasi essentiellement limités à la première année d'études.

« Concernant l'enseignement des sciences sociales qui recouvrent l'UE 1.1, le nombre d'heures demeure peu élevé : en S1 (psychologie, psychologie sociale) : 40 h de CM, 15 h de TD et 20 h de TP ; en S2 (sociologie, anthropologie, soins) : 25 h de CM, 10 h de TD et 15 h de TP) en regard d'une activité professionnelle censée placer « l'humain » au cœur de son métier. » (Kotobi, Bissières, Boucau et Niero, 2012, p. 228)

3.2. Le crédit ECTS (European credit transfert system)

Il s'agit d'un système de mesure des acquis lancé en 1989 dans le cadre du programme Erasmus, l'ECTS étant une unité de valeur. Ainsi, on admet qu'un ECTS est égal à 25 à 30 heures d'activités d'apprentissage. Ce qui implique les instaurations suivantes : un bachelor = 180 à 240 crédits selon qu'il dure 3 ou 4 ans, un master équivaut à 60 ou 120 crédits (en 1 ou 2 ans). De la même manière pour le doctorat : tout dépend du nombre d'années d'études (une année = 60 crédits) et de ce fait un doctorat requiert a minima 180 ECTS, correspondant à trois années post master.

L'ECTS garantit la reconnaissance académique des études à l'étranger ; il permet de capitaliser des crédits, de les compenser et de les transférer dans n'importe quel établissement européen où les études peuvent être prolongées. Le système des ECTS entraîne plus de souplesse et de flexibilité, s'adaptant à tous les rythmes d'apprentissage et à tous les types de contenus et de durées.

4. Quelles sont les personnes concernées par la réforme de 2009 ?

La formation en soins infirmiers concerne et implique plusieurs groupes d'acteurs : les étudiants, les personnels des IFSI, les universitaires et les professionnels exerçant dans les lieux de stages.

4.1. Les étudiants

Le quota du nombre d'étudiants pouvant être admis dans l'ensemble des IFSI du territoire national

¹⁵ Réalisé ou non par des universitaires selon les mises en œuvre de l'immédiateté de la réforme.

est établi par arrêté ministériel.

Pour l'année 2016-2017, le nombre d'étudiants à admettre en 1^{ère} année d'études préparatoires au diplôme d'Etat d'Infirmier est fixé, par l'arrêté du 18 juillet 2016, à 30 997.

D'horizons variés, les étudiants sont soit de jeunes adultes (possédant ou ne possédant pas une expérience dans le monde du travail) soit des professionnels en reconversion (domaine de la santé ou d'autres secteurs d'activité).

Chacun d'entre eux est doté de ressources, de capacités et de stratégies personnelles qui assurent un socle aux apprentissages futurs.

Chacun d'entre eux est singulier par son histoire personnelle, ses valeurs personnelles, ses capacités relationnelles, ses connaissances, ses expériences professionnelles, ses représentations de l'homme, de la santé et du métier infirmier.

Nous reviendrons sur l'hétérogénéité du public des étudiants infirmiers.

4.2. Les universitaires

Ils sont soit présents dans les IFSI pour des cours magistraux soit en présentiel, soit en visio-conférences destinées à plusieurs IFSI, soit par des cours enregistrés et disponibles sur DVD ou plateformes. Ils peuvent parfois animer des séminaires inter-IFSI. Plus rarement, ils assurent des travaux dirigés.

Certains sont des partenaires anciens et fidélisés des IFSI, d'autres interviennent plus ponctuellement, en particulier en sciences humaines. Ceci est variable en fonction des réseaux de relation établis entre universités et IFSI sur les territoires.

4.3. Les professionnels des IFSI

Les équipes des IFSI comptent les formateurs et du personnel indispensable à la bonne marche des instituts, sans lesquels la formation ne pourrait être dispensée.

L'équipe pédagogique de l'IFSI est encadrée par un cadre supérieur responsable pédagogique de l'institut. Il peut parfois en être le directeur.

Selon les instituts, certaines fonctions et missions sont allouées à tout ou partie des membres de l'équipe pédagogique : formateur coordinateur de stages, formateur référent de promotion, formateur référent d'année, formateur référent de compétence, formateur référent de stage, formateur référent pédagogique, formateur guidant de mémoire...

La direction et l'équipe pédagogique sont assistées de l'équipe administrative, des documentalistes, des responsables informatiques et multimédias.

4.4. Les professionnels des terrains de stage

Il s'agit de l'ensemble des personnels médicaux et paramédicaux que les étudiants rencontrent sur leurs lieux de stage. Les professionnels infirmiers sont les plus concernés, et parmi eux, certains jouent un rôle plus prégnant.

Le maître de stage est responsable de l'organisation et de la qualité de l'encadrement de l'étudiant en stage : il est un des interlocuteurs privilégiés des formateurs de l'IFSI. Il s'agit majoritairement du cadre de santé responsable de l'unité de soin.

Le tuteur de stage accompagne l'étudiant dans son apprentissage et sa progression. Il est l'interlocuteur privilégié de l'étudiant sur le terrain, et du formateur lors des visites en stage.

Le professionnel de proximité encadre l'étudiant dans les pratiques au quotidien. Il est supposé collaborer avec le tuteur de stage, sous couvert du maître de stage.

Ces trois fonctions peuvent être exercées par une même personne pour des raisons d'organisation ou dans le cas d'équipes d'encadrement restreintes.

La suppression des mises en situation professionnelle, qui avaient lieu à chaque stage, et pour l'obtention du diplôme d'Etat, permettait une validation conjointe réalisée par les pairs formateurs et les pairs acteurs de terrain. Elle est souvent déplorée par ceux-ci. Nous y reviendrons.

D'autres personnes sont bien évidemment concernées par la mise en œuvre des études infirmières en France. Nous n'avons mentionné ici que celles directement impliquées dans l'enseignement des étudiants.

Conclusion

« La réforme des études infirmières a permis d'engager une description de l'activité infirmière et des compétences requises pour l'exercer, par le biais de la rédaction de référentiels. L'explicitation des savoirs et l'adoption d'une méthode pédagogique fondée sur l'exploitation des situations de soins génère une rupture épistémologique et didactique par rapport aux approches antérieures des formateurs. » (Homerin, 2012, p. 68)

La réforme des études infirmières de 2009 a impliqué de nombreux bouleversements tant dans la conceptualisation de la logique de formation que dans celui des mises en œuvre des prescriptions du référentiel. Une approche par modules est remplacée par une approche par compétences. Des éléments nouveaux (ECTS, UE, etc.) liés à l'universitarisation apportent, au-delà d'un vocabulaire à décrypter, des modalités différentes de construction pédagogique.

« La formation des étudiants se trouve ainsi confrontée à une triple nécessité : celle de leur permettre d'acquérir une *capacité technoscientifique*, celle de les aider à s'entraîner à une *capacité relationnelle*, et enfin celle de les accompagner à élever leur *capacité de fonder leur pratique sur l'intelligence du singulier*. » (Hesbeen, 2013, p.64)

Les expertises de chacun sont diluées dans la transversalité entre années et entre unités exigée par l'acquisition des compétences. Le grade licence des étudiants exige des formateurs un niveau master.

Les professionnels de terrain ne sont plus associés à la formation sous le même mode : les MSP ont disparu et les nouveaux dispositifs d'accompagnement sont à assimiler (portfolio, tutorat) en plus des nouvelles modalités d'apprentissage.

Les étudiants, du fait de l'optique socio-constructiviste prescrite, deviennent acteurs de leur formation.

L'universitarisation des études infirmières signe la sortie d'un entre soi, d'un entre pairs, du fait de la survenue d'un tiers : l'université. De quelle manière est agi ce changement foncier ?

D'autres pays assujettis aux mêmes contraintes de Bologne et des directives qui en ont découlé, organisent de manière différente les formations infirmières, ce qui permet de relativiser certains aspects de la réforme qui sont en fait contexte-dépendant. Nous décrivons dans le chapitre suivant la mise en œuvre sur le territoire national.

Chapitre 4

Récit d'une transformation porteuse de controverses dans un secteur professionnel hypercomplexe

« [...] le processus fondamental de l'étude de la société – nous commençons par des représentations et nous finissons par des représentations – est la production et le perfectionnement d'une représentation de l'objet que nous étudions. Nous apprenons quelques petites choses (ou parfois beaucoup plus) sur un sujet qui nous intéresse. A partir de ces petites choses, nous construisons (ou imaginons) une histoire assez complète du phénomène. » (Becker, 2002, p. 38)

Introduction

Dans les IFSI, de nouvelles stratégies pédagogiques sont mises en œuvre depuis septembre 2009. En début 2017, cinq promotions ont été formées selon le nouveau référentiel. Il nous est loisible de faire le bilan des premières années de mise en œuvre et de s'interroger sur l'existence ou non d'une *vitesse de croisière*. Quels sont, depuis les accords de Bologne, les processus et les actions qui ont conduit aux constats d'aujourd'hui ? Quelles sont les positions des principales associations et groupements infirmiers et étudiants ? De quelle(s) voix parlent-ils ? Quelles stratégies sont mises en œuvre par les IFSI et les universités sur le territoire national ? De quelle manière s'expriment les partenaires institutionnels ?

Les différentes lois modifiant le système de santé et l'organisation de l'enseignement supérieur ont une incidence sur les acteurs de la formation, qu'il s'agisse des IFSI, des universités ou des professionnels infirmiers. Le désengagement financier de l'Etat influe sur les fonctionnements des partenaires de la formation.

Nous présentons les acteurs dans leurs contraintes d'organisation et d'exercice liées à la réforme des études infirmières. Ces descriptions des mises en œuvre nous laissent lire les discordes et ententes entre groupes de personnes.

Nous nous appuyons sur des documents de travail et des données chiffrées des IFSI, des textes réglementaires et législatifs, des statistiques de l'Agence régionale de santé (ARS) et de la direction de la recherche, des études, des évaluations et des statistiques (DREES), des articles professionnels et des articles publiés dans les revues de recherche, des travaux du CEFIEC et du SIDIIEF, etc.

La présentation de l'état des lieux à l'échelle du territoire national peut parfois sembler polémique, mais il est indéniable qu'elle soit liée à une actualité factuelle. Cette actualité d'un monde de la santé en crise est présentée par le biais de parutions d'articles professionnels ou de témoignages médiatiques. Nous verrons si elle se trouve corroborée ou infirmée par les témoignages recueillis lors de notre enquête.

1. Contexte général de mise en œuvre de la réforme

La réforme de 2009 est survenue dans un contexte général de crise économique, politique et financière. Les échéances électorales multiples, l'insécurité occasionnée par les vagues d'attentat ont accru les tensions ressenties dans tous les milieux professionnels. Des modifications essentielles sont survenues au sein des univers de la santé et de l'enseignement supérieur. Le problème crucial des déserts médicaux, le découpage de la France en de nouveaux territoires, la loi de Santé promulguée en janvier 2016, le désengagement massif de l'Etat à l'égard des régions, tous ces éléments contribuent à modifier l'organisation des soins et de la formation aux soins.

1.1. Des déserts médicaux

La problématique des déserts médicaux est un sujet d'actualité régulièrement convoqué depuis ces dernières années. La France commence à manquer cruellement de médecins spécialistes tels les ophtalmologistes pour lesquels les prises de rendez-vous peuvent s'étendre à 6 mois ou plus. Les gynécologues, les pédiatres sont en voie de disparition sur certains territoires. Et surtout, les médecins généralistes commencent à se raréfier dans plusieurs départements.

Les zones concernées ne sont pas exclusivement des zones de campagne. Si de 2007 à 2016, le nombre de médecins a chuté de 25% dans le département très rural du Gers, il a chuté dans le même temps de 28% à... Paris intra muros. La baisse nationale globale est de 8,4%.

La cause de cette pénurie est multifactorielle. Elle correspond aux départs en retraite de la tranche d'âge du *baby boom* et à une politique n'ayant pas anticipé l'augmentation nécessaire des *numerus clausus* et l'accès aux études. De plus, l'incitation à la spécialité de médecin généraliste, nouvellement créée, n'est pas encore assez persuasive. Ajoutons à ces éléments la féminisation de la profession qui implique un souhait d'horaires aménagés permettant de concilier travail et vie familiale. Pour les jeunes médecins qui s'installent, le choix de l'hôpital et de la ville est majoritaire, car la vie en zones rurales implique des difficultés pour l'éducation des enfants, l'accès à la culture et aux loisirs... Malgré tout, certains optent pour la province en raison de la qualité de vie qu'elle procure. Quant à elles, les organisations professionnelles médicales proposent des solutions d'incitation à l'installation. « Au niveau national, la ministre de la Santé, Marisol Touraine, a lancé deux plans de lutte contre les déserts médicaux, qui ne suffisent pas à inverser la tendance. L'Ordre réclame donc une réforme structurelle. Et alerte : si rien n'est fait, de 2007 à 2025, la France aura perdu un quart de ses généralistes. » (Guichard, 2016) Même en réajustant dans les années qui viennent, huit à dix ans seront nécessaires pour parvenir à un renversement de tendance.

Pourquoi évoquer ici les déserts médicaux ? Parce qu'ils sont en lien avec les missions des infirmières qui sont amenées à évoluer pour faire face à la pénurie de médecins. Les professionnels de la santé s'interrogent sur la question des transferts de compétences.

« L'activité des infirmiers va connaître des évolutions. Les infirmiers vont notamment devoir acquérir de nouveaux savoirs-faire afin d'assurer la prise en charge des personnes âgées, parfois atteintes de pathologies dégénératives, et répondre aux attentes des patients exigeants sur la qualité de la prise en charge. La baisse annoncée du nombre de médecins dans les dix prochaines années devrait renforcer le besoin en personnel infirmier et modifier les modalités de la coopération entre professionnels de santé. » (Barlet, Cavillon, 2012, p. 53)

1.2. De nouveaux territoires

Les territoires de la France ont été modifiés de façon significative à deux reprises très récemment. En 2014, les cantons, ont été réorganisés, et en 2015, les régions. Pour cela, la loi du 27 janvier 2014 de modernisation de l'action publique territoriale et d'affirmation des métropoles (dite loi MATPAM) est complétée par la loi du 7 août 2015 (dite loi NOTRe). Les changements structurels et organisationnels importants apportés par ces textes commencent à être rendus visibles en 2016.

Les cantons sont des territoires regroupant plusieurs communes selon une logique géographique et/ou de bassin d'activité. Ils constituent des sous-ensembles des départements. Leur nombre est passé de 4055 à 2074¹⁶. Les Conseils généraux s'appellent désormais conseils départementaux.

La France est passée de 22 à 13 régions en métropole, par le biais de regroupements. « Les régions deviennent les interlocuteurs majeurs de l'Etat. D'une relation contractuelle, on passe à une coresponsabilité, concrétisée par la mise en place de plates-formes Etat-régions qui engagent toutes les parties afin de définir en commun une stratégie et des moyens. » (Roger, 2016)

Ces modifications interviennent à des moments clefs, en pleine période électorale des départementales de mars 2015 et des régionales de décembre 2015.

¹⁶ Le nombre des conseillers départementaux est passé de 4055 à 4128. (NDA)

Elles ont une incidence sur les organisations et les fonctionnements de toutes les administrations. Les universités et les IFSI sont concernés du fait de leurs modes de financement. Les centres hospitaliers et l'ensemble des structures de soin sont également affectés par des changements de cartes de besoins et de ressources territoriaux qui, à terme, laissent augurer des regroupements d'établissements.

1.3. De nouvelles politiques pour la santé et l'enseignement supérieur

Le désengagement financier de l'Etat a pour conséquences des contraintes budgétaires qui pèsent sur les collectivités locales (régions, départements, communes). Ceci a des incidences sur la santé et sur l'enseignement supérieur et la recherche, par ailleurs en pleine période de mutations.

Différentes mesures législatives et réglementaires ont modifié le fonctionnement des milieux de santé. Pour rappel, citons : le plan hôpital 2007, qui a instauré le système de la tarification à l'activité (T2A) et la nouvelle gouvernance hospitalière ; le plan hôpital 2012, initiateur de fusions et de conventions entre établissements ; la loi Hôpital patient santé territoire (HPST), qui est contemporaine de l'arrêté modifiant la formation infirmière, redéfinit les territoires de santé et remplace en 2010 les Directions régionales des affaires sanitaires et sociales (DRASS) par les Agences régionales de santé (ARS) et par les directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS). En quelques années, les milieux du soin ont été soumis à de grands bouleversements organisationnels et à des modifications de fonctionnement liées aux contraintes de logique financière. Ces modifications sont plus ou moins bien vécues par les professionnels.

Parallèlement aux bouleversements des politiques de santé, les universités ont été contraintes à des évolutions de missions dues à la réforme de 2007 (Loi n° 2007-1199 du 10 août 2007 relative aux libertés et responsabilités des universités, dite loi LRU ou loi Pécresse). Cette réforme instaure l'autonomie des universités, à charge pour elles d'être responsables de l'ensemble de leur gestion et de leur organisation. Elles disposent d'un budget, en partie financé par l'Etat, qu'elles doivent gérer et équilibrer. Elles sont responsables de la gestion des personnels. Il est fait injonction de regroupement entre universités d'un même territoire pour mise en commun des administrations et de la logistique, dans un souci d'économies et d'efficience. Par ailleurs, les missions de l'enseignement supérieur et de la recherche sont redéfinies. Les universités sont à présent acteurs essentiels de la formation continue, de la formation professionnelle et des VAE. Ces nouvelles activités représentent pour elles des ressources financières.

1.4. Conséquences des politiques de santé

Les dernières années ont impliqué des restructurations territoriales et des regroupements d'hôpitaux. Les IFSI publics, pour une grande partie d'entre eux, sont concernés par ces regroupements.

Les financements alloués par les conseils régionaux et départementaux (anciennement généraux) deviennent hasardeux et font l'objet de négociations de plus en plus serrées. Les subventions régionales allouées aux IFSI stagnent depuis 2013.

Les IFAS et les IFCS, plus largement tous les établissements formateurs du domaine paramédical sont assujettis à des gels ou à des baisses de subventions.

Les IFCS fusionnent entre eux (par exemple Le Vinatier et Lacassagne à Lyon, à la rentrée 2015) et certains sont des antennes universitaires dans lesquelles les enseignants issus du monde infirmier sont minoritaires (comme à l'IFCS de Grenoble).

Les financeurs (région et départements) ont formulé, à la rentrée 2013, en Rhône-Alpes, l'exigence de 100% de réussite au diplôme infirmier. Cette injonction, déontologiquement inaudible, permet de percevoir le souci de rentabilité des financeurs à l'égard des établissements formateurs en soins

infirmiers : les moyens engagés doivent être rentabilisés. Nous sommes là bien loin d'une logique de compétences et d'excellence basée sur des valeurs déontologiques et éthiques, mais bien dans une logique purement politique et comptable. Cela interroge les tensions pouvant exister entre les motivations diverses des acteurs de la formation infirmière.

Par ailleurs, tous les acteurs du soin, dont les infirmiers libéraux, sont touchés par les mesures d'économie visant à baisser le déficit de la Sécurité Sociale. Par exemple, Aymeric Pivodori, vice-président du Syndicat national des associations d'assistance à domicile (SNADOM) déplore, à la rentrée 2016, la suppression des remboursements de 250 dispositifs médicaux permettant le maintien des personnes à domicile, suppression visant à réaliser 180 millions d'euros d'économies exigées par un texte voté durant l'été, sans concertation préalable. Ceci va à l'encontre de l'incitation à l'ambulatoire et à l'hospitalisation à domicile. (Pivodori, Sud-radio, 2016)

« Le pilotage de la politique de santé a été ces dernières années de plus en plus guidé par une logique managériale et gestionnaire, répondant à une volonté de réduction des coûts, de contrôle des dépenses, de quantification des tâches de travail et d'une diminution des effectifs de soignants. » (Divay, 2012, p.11)

La logique comptable s'imposant, un climat social très tendu agite les milieux de la santé et engendre des mouvements sociaux de protestation, qui ne cessent de s'amplifier depuis 2015.

1.5. Contestations

Il est impossible de se pencher sur la formation infirmière sans l'ancrer dans le contexte de sa mise en œuvre sur les terrains du soin. Ces terrains du soin sont agités par des mouvements de contestation d'une ampleur inconnue depuis deux décennies.

En avril 2014, dans son article, *10 milliard d'euros à économiser : la potion amère de la FHF*, la rédaction de la revue en ligne *Actusoins*, s'insurge contre les 7 propositions faites par la Fédération hospitalière de France (FHF) à Marisol Touraine et approuvées par celle-ci, destinées à réaliser des économies sur les soins de ville, le fonctionnement des hôpitaux, la consommation des médicaments,... Il y est question de réduction des effectifs de soignants. Les médecins libéraux et hospitaliers et plusieurs corps de paramédicaux organisent des mouvements de grève et de grève du zèle reconduites depuis décembre 2014. Les étudiants infirmiers se mobilisent depuis début 2015 contre l'absence de suivi de la logique d'universitarisation des cursus d'études infirmières.

La promulgation de la Loi de santé, en janvier 2016, et la Grande conférence de la santé de février 2016, loin d'apaiser les personnels soignants, agitent les milieux du soin. Les contestations se multiplient durant toute l'année.

Le 8 novembre 2016, les infirmiers, aides-soignants et étudiants se mobilisent par des grèves et des manifestations de façon massive dans toute la France. Il s'agit de la première journée de mobilisation aussi importante depuis 30 ans, depuis les manifestations de la fin des années 1980. Seize syndicats et organisations professionnelles infirmières sont signataires du communiqué de presse.

Les revendications portent sur six axes principaux :

- La sécurisation de l'exercice.
- L'amélioration des conditions d'exercice.
- La possibilité de jouer un rôle de professionnel de santé.
- L'investissement dans une formation de qualité.
- La prise en compte des infirmiers libéraux dans leur spécificité.
- La reconnaissance financière en fonction des niveaux d'étude.

Cette journée d'action fait suite à de nombreuses autres. Et le mouvement de protestation perdure en début 2017, dans un contexte de campagne présidentielle.

Frédéric Valletoux, président de la Fédération hospitalière de France s'exprime à l'antenne d'*RTL 13h* le 8 novembre 2016 et parle d'un « système à bout de souffle », qu'il est urgent de réformer. Il évoque les trois milliards d'économies imposées par le ministère, dont un milliard en 2015. Pour lui,

ces mesures drastiques imposent des conditions de travail intenable en milieu hospitalier et des contraintes de plus en plus difficiles en secteur libéral.

Une infirmière, exerçant au CHU de Nantes, témoigne dans la même émission spéciale. Elle déplore la *mutualisation* en vigueur dans un nombre croissant d'hôpitaux et de CHU : une infirmière experte en cancérologie, est envoyée dans d'autres unités de soin telles la dermatologie ou la gastrologie. Le souci n'est plus la compétence mais de « boucher les trous » des effectifs. Elle déplore que l'humain ne soit pas la priorité, et que les infirmiers deviennent des *agents* interchangeables entre spécialités. Elle affirme que « les médecins n'ont pas de pouvoir sur la mutualisation, car c'est l'administration qui décide. »

Les Agences régionales de santé (ARS), dont le personnel a augmenté de façon importante ces dernières années, exercent une pression sur les établissements de santé. Elles entendent appliquer les prescriptions ministérielles et sont dans une logique de communication descendante et d'injonctions.

« Ces agences sont devenues les pilotes du système de santé au niveau régional. Elles assurent la régulation de l'hôpital, du secteur médico-social et du monde libéral dans le cadre de la mise en œuvre des politiques de santé ; elles essayent de réguler la démographie des professions de santé. » (Schweyer, 2013, pp. 120-121)

Cela est à poser au regard des postulats du référentiel de 2009 qui prône des soins centrés sur les besoins des personnes soignées et entend former des infirmiers capables d'écoute et d'empathie. A contrario, la bureaucratie et la gestion comptable priment sur l'humain.

D'autres problèmes sont pointés. Le déficit de médecins généralistes et une volonté d'ambulatoire mal anticipée et encadrée, engendrent un engorgement des services d'urgence et une surcharge de travail pour les infirmiers libéraux.

Les infirmiers ne sont pas seuls concernés et l'ensemble des personnels médicaux et paramédicaux tirent la sonnette d'alarme.

Nous pouvons constater des controverses entre soignants et institutions, étatiques ou professionnelles. Aucune possibilité de compromis ne paraît à ce jour émerger. Les arrangements tiennent plus ou moins selon les territoires et les particularités des modes d'exercice des professionnels du soin. Nous reviendrons infra sur les problématiques agitant le milieu professionnel infirmier.

2. Les acteurs au sein des IFSI et entre IFSI

Depuis 2009, le paysage institutionnel des IFSI a été modifié. Les organismes de tutelle et de financement instaurent des conditions d'exercice difficiles.

Selon leur culture et leur historicité, les IFSI développent des stratégies différentes, ce qui rend la vision d'ensemble complexe à décrypter.

Par ailleurs, au sein même des IFSI, des différends ont lieu entre formateurs, du fait des choix pédagogiques et des contraintes du référentiel qui modifient les organisations et les ingénieries pédagogiques.

Nous exposons ici des observations réalisées dans le contexte de notre activité de formateur au sein d'un IFSI et des relations entretenues avec les formateurs et directeurs des dix autres IFSI du territoire académique dans le cadre de la convention régionale. Ces observations sont étayées par des lectures de documents de travail et de revues professionnelles.

2.1. Des gouvernances et des tutelles

Les gouvernances sont complexes à définir et la réforme a accentué le déficit de lisibilité. Les partenaires principaux restent les suivants :

- L'Etat fixe et définit les programmes d'enseignement et d'études. Il définit le chiffre des cohortes régionales.

- L'ARS fixe les quotas (nombre d'étudiants) par établissement de formation, détermine le budget et préside à la Commission pédagogique et aux jurys de délivrance des diplômes.
 - La Région alloue des subventions.
 - Les hôpitaux supports, s'ils existent, assurent la gestion qui échoie aux IFSI eux-mêmes sinon.
- « Quelles qu'en soient les raisons historiques, cet enchevêtrement des responsabilités est aujourd'hui un handicap à la nécessaire reconfiguration d'un dispositif de formation trop éclaté et donc forcément coûteux. » (Barbot, 2010)

De plus, les IFSI publics sont sous la gouvernance de l'établissement hospitalier auquel ils sont adossés, centre hospitalier ou CHU. Il faut rajouter à cela les réseaux d'appartenance : IRFSS pour les IFSI Croix-Rouge, réseaux hospitalo-universitaires pour les AP-HP, HCL et AP-HM, groupements de coopération sanitaires (GCS), groupements entre partenaires des territoires (GIPNL, par exemple). De plus, les communes et départements sont amenés à avoir un droit de regard sur les IFSI dont ils subventionnent certains budgets d'investissement (travaux) ou de fonctionnement.

Les hôpitaux auxquels sont associés un IFSI ont été assujettis à des surcoûts depuis la mise en œuvre de la réforme, surcoûts dus aux équipements pédagogiques, à l'adaptation des locaux, à la rémunération des universitaires. « Même si, dans la plupart des cas, les établissements supports restent attachés à leur IFSI qui constitue souvent le principal vivier de recrutement, l'accumulation de dépenses non financées risque de rendre, à terme, la situation intenable dans un contexte financier de plus en plus contraint. » (Barbot, 2010, p. 19)

Les collectivités locales ont également un regard sur la formation infirmière : financeurs des formations professionnelles, elles entendent pouvoir compter sur un retour sur investissement.

« Les régions qui financent les formations paramédicales peuvent s'interroger en termes de retour sur investissement : la mobilité permise par le nouveau diplôme pourrait entraîner une fuite d'une partie des diplômés et serait donc un manque à gagner pour les régions. La question des moyens alloués rendra difficile l'équilibre à trouver entre la région, l'IFSI, l'hôpital et l'université » (Homerin, 2012, p. 55)

En tout état de cause, la logique comptable et technocratique institutionnelle risque d'être un frein à la qualité des soins.

« Dans l'oubli de la dimension soignante de toute existence, le monde se médicalise alors que les systèmes de soins deviennent de plus en plus complexes et économiquement plus pesants. » (Honoré, 2003, p. 120)

Par ailleurs, les conventions signées avec les universités, bouleversent l'autonomie dont pouvaient jouir les hôpitaux partenaires et les relations étroites entretenues par ceux-ci avec les collectivités locales les finançant.

Nous allons à présent regarder de plus près les différents types d'IFSI.

2.2. Des IFSI très différents

De même que la profession infirmière est segmentée, l'enseignement infirmier est polymorphe. Son histoire a produit des cultures du soin différentes et des stratégies pédagogiques diverses. La réforme de 2009 peut être l'occasion de simplifier la complexité du paysage des IFSI français. Cette simplification, cette homogénéisation est-elle possible ? Est-elle souhaitable ?

Depuis 1992, seuls les IFSI sont habilités à délivrer l'enseignement conduisant au diplôme d'Etat infirmier. Les IFSI français sont au nombre de 328. Les quotas annuels d'admission en première année sont aux alentours de 30 000 depuis plusieurs années (30 997 pour la rentrée 2016, selon l'arrêté du 18 juillet 2016). Un cinquième des effectifs est réservé aux aides-soignants en promotion professionnelle.

Cohabitent en France, en 2017, des établissements d'enseignement infirmier encore marqués par leur passé et leur culture. Les différences sont dues à leur implantation géographique, à leur historicité, à leur appartenance à des réseaux différents, à leur statut administratif et institutionnel, à leur mode de financement, à l'importance des cohortes étudiantes...

2.2.1. Des IFSI publics ou privés

Un IFSI peut être un service à part entière d'un établissement hospitalier auquel il est rattaché, hôpital local de plus ou moins grande capacité, ou centre hospitalier universitaire. C'est le cas de près de 86% d'entre eux.

Un IFSI peut aussi être privé, à but majoritairement non lucratif (4,6%). Les IFSI privés sont le plus souvent d'anciennes *écoles d'infirmières* religieuses associées à des cliniques elles aussi autrefois et, parfois encore aujourd'hui, gérées par des ordres religieux. L'histoire des soins et de l'enseignement infirmier continue de rester visible au présent.

Un seul IFSI en France est à but lucratif.

Les IFSI de la Croix Rouge, sous statut associatif, représentent près d'un dixième du nombre total des IFSI (9%).

Les IFSI privés bénéficient d'un moindre financement de la région et leur enseignement est en partie payant pour les étudiants.

2.2.2. Des IFSI de différentes capacités selon leur implantation

Selon leur emplacement territorial, leur statut, leur histoire, les IFSI ont des capacités d'accueil pouvant varier de quarante à plus de deux cent étudiants. Les structures les plus petites sont souvent privées ou attachées à de petits hôpitaux. Les plus grosses sont assises sur des centres hospitaliers universitaires (CHU). Les CHU disposent le plus souvent d'un réseau de plusieurs IFSI, car ils sont situés en zone urbaine dense.

La formation infirmière, avant et après la réforme de 2009, est basée sur l'alternance et, de ce fait, se joue l'importance des places disponibles en terrains de stages hospitaliers ou extra-hospitaliers.

2.2.3. Des IFSI de culture psychiatrique

Lors de la réforme de 1992, les IFSI de culture psychiatrique se sont reconvertis en gardant leurs liens avec leurs établissements hospitaliers de tutelle qui sont des hôpitaux psychiatriques. Pour Paris, cela est le cas, par exemple, pour l'IFSI et l'IFCS du Centre hospitalier Sainte-Anne. En région Rhône-Alpes, cela est le cas, entre autres, pour l'IFSI et l'IFCS du Vinatier (Lyon), pour l'IFSI de Sainte-Egrève (Grenoble) et pour l'IFSI (privé) de Sainte-Marie de Privas (Ardèche). Les formations qui y sont délivrées sont toujours très *pointues* pour l'enseignement de la psychiatrie et de la psychologie, compte tenu de la transmission de l'expertise, et des apports des médecins et universitaires spécialisés en psychiatrie et psychologie de proximité.

2.2.4. La formation des cadres formateurs

Elle est à ce jour toujours réalisée en IFCS. Chaque IFCS collabore de façon plus ou moins rapprochée avec le pôle universitaire du territoire. La part d'enseignement assurée par les universitaires a tendance à devenir de plus en plus importante dans certains IFCS. Ainsi, à l'IFCS de Grenoble, lors de l'année scolaire 2012-2013, 80% des cours sont assurés par des universitaires et seulement 3,5 postes de formateurs issus de la filière soignante subsistent.

La formation des cadres de santé est en plein remaniement.

« Depuis le décret de 2001¹⁷, le corps des cadres de santé est ouvert non seulement aux agents de la filière infirmière, mais aussi à ceux des filières de rééducation et médico-technique. Cette brèche ouverte dans une logique de recrutement des cadres parmi des "gens de métier" tend à s'élargir depuis qu'est envisagée la conversion des cadres de santé

¹⁷ Décret n° 2001-1375 du 31 décembre 2001.

en gestionnaires de service, provenant éventuellement de la sphère administrative. » (Divay, 2012, p.11)

Plus récemment, des projets de remaniement profond de la formation des cadres ont été envisagés depuis quelques années, tel le rapport Yahel-Mounier (2010) qui préconisait l'interchangeabilité entre cadres formateurs et cadres d'unités de soin.

Mais, le groupe professionnel est resté vigilant et a, pour l'heure, réussi à empêcher une modification foncière de la formation.

« Le rapport de l'IGAS portant sur la formation des cadres de santé ne sera pas suivi par le ministère de la santé, qui a tenu compte de son rejet unanime par les principaux acteurs de la formation infirmière. » (Boissart, 2013, p. 250)

Il reste à attendre les suites données par le comité de suivi du processus d'universitarisation des professions de santé, lancé le 14 mars 2018, après remise en février 2018 du rapport de Stéphane Le Bouler, rapport qui pointe la nécessité de refonte des formations de cadres de santé.

Les IFSI, depuis la réforme de 2009, ont été face à la mise au niveau des qualifications de formateurs. Enseigner à des étudiants d'un grade licence implique d'être titulaire a minima d'un master 2. Or le diplôme de cadre de santé ne délivre qu'un master 1, et pas toujours selon les IFCS, l'ancienneté du diplôme et les cursus individuels. Quelques IFCS, tel celui de Reims, ont toutefois passé convention avec l'université et la préparation du diplôme de cadre de santé s'effectue simultanément avec celle d'un master 2.

Certains IFSI, afin de permettre à leur équipe pédagogique d'accéder à des diplômes universitaires, ont engagé des programmes de formation continue, dans le but de donner l'accès à un master 2 à l'ensemble des formateurs. C'est le cas des AP-HP, des hôpitaux de Toulouse, des AP-HM : le master 2 est exigé pour être formateur, les formations sont payées. Si le formateur en place refuse de suivre une formation master ou s'il est âgé de plus de 55 ans, il est contraint de retourner exercer comme cadre en service de soin.

Les directeurs des IFSI doivent être titulaires d'un diplôme de cadre supérieur de santé ou de Directeur des soins. Il n'existe à ce jour qu'une seule école de formation des cadres supérieurs de santé en France : l'Ecole des Hautes études en santé publique de Rennes, en Bretagne. Elle forme aux postes de Directeur des Soins, Directeur d'IFSI, Directeur de Maison de Retraite... Les diplômes obtenus sont de niveau Master 1 ou 2, Master 2 le plus souvent depuis 2009. Un parcours doctoral spécifique vient d'y être créé qui est axé sur la gestion administrative et l'organisation des soins.

Nous constatons qu'il est difficile ici encore de trouver une harmonisation. Les qualifications et les diplômes des formateurs en IFSI sont très variables. Les politiques de formation continue des IFSI sont très disparates.

2.3. Des projets pédagogiques multicolores

La grande diversité des IFSI se traduit dans la mise en œuvre du référentiel de 2009. Chaque IFSI tient à conserver sa possibilité de rédiger un projet pédagogique, certes respectueux des textes réglementaires, mais également conforme à sa singularité. La part de créativité que permet l'élaboration des projets pédagogiques peut être considérée comme un moyen d'affirmer son caractère et ses valeurs. Les étayages théoriques sont diversifiés et les choix d'ingénierie pédagogique différents.

« Si les programmes de formation en soins infirmiers sont réglementés par les pouvoirs publics et s'imposent, dès lors, à chaque établissement, le projet pédagogique, quant à lui, traduit la manière particulière que l'on a, au sein d'une école, d'un institut, de vouloir donner vie à ce programme. » (Hesbeen, D'hoore, 2016, p. 93)

Une autre raison des disparités de mise en œuvre est celle des contraintes budgétaires et/ou organisationnelles. Ainsi, certains IFSI ont du renoncer à réaliser des visites aux étudiants sur les

terrains de stage, afin d'éviter des surcoûts de frais kilométriques, dans les départements ruraux particulièrement.

La compétence 8, associée à la recherche et permettant de réaliser le TFE, est gérée de manières très diverses. Certains IFSI confient les UE de la compétence 8 à des universitaires, d'autres mixent entre universitaires et formateurs, d'autres enfin ne délèguent aucun enseignement. Les modalités de recherche varient en terme d'exigences quantitatives et qualitatives, de méthodologies, de réalisations (individuelles ou collectives), d'objectifs, de lissage sur les semestres.

Les réseaux des IFSI des CHU fonctionnent par une mise en commun des besoins et des ressources. Ils peuvent ainsi disposer de pôles multimédia uniques, de partage des lieux de stage, d'outils pédagogiques partagés... Les réseaux régionaux des IFSI Croix-Rouge fonctionnent eux aussi dans une logique de mutualisation.

L'ensemble des IFSI Croix-Rouge de France a été formé selon l'approche de Guy Le Boterf pour initier une transversalité des compétences. Cette transversalité est une des exigences du référentiel de 2009, mais certains IFSI y ont renoncé en terme d'organisation de l'équipe pédagogique. Ils peuvent l'avoir conservée dans la logique de compétences et le projet pédagogique de progression. Ils peuvent avoir choisi de conserver une logique d'années.

Il est à constater que chaque IFSI *fait sa sauce*, en fonction de ses particularités et de ses possibilités. Cela implique qu'il n'existe pas d'harmonisation de la mise en œuvre de la réforme. Aucun comité de pilotage n'a été mis en place, qui aurait pu réaliser un suivi sur le plan national. Des initiatives régionales du CEFIEC ont permis d'avoir un peu de lisibilité, mais aucune enquête d'ampleur n'a été réalisée qui permettrait d'avoir une image précise de ce que vivent les IFSI, en eux-mêmes et entre eux.

L'Association Nationale des Directeurs d'Ecoles Paramédicales (ANdEP) est une association loi de 1901, fondée en 1997, qui regroupe des directeurs d'instituts de formation des secteurs public et privé. Elle n'a pas pour but de permettre aux directeurs des IFSI et des autres instituts de formation paramédicale d'échanger et de mettre en commun leurs réflexions, leurs difficultés, leurs ressources, mais de promouvoir le métier de directeur de structures et d'accompagner les directeurs dans les mutations et les changements. Cette association pourrait jouer un rôle dans la coordination et l'harmonisation entre IFSI.

L'Ordre Infirmier, s'il était plus visible et lisible, pourrait lui aussi fédérer les énergies.

Il est à constater qu'à ce jour, aucun lien n'est réellement possible entre l'ensemble des IFSI du territoire national, du fait de leur éparpillement physique et structurel, d'une absence de volonté de rassemblement qui risquerait de nuire au particularisme de chacun, du faible engagement des institutions gouvernementales et des organisations professionnelles.

On peut considérer que les IFSI souhaitent garder une autonomie de créativité des enseignements qu'ils procurent et se singulariser par cela.

Dans ces conditions, il est évident qu'en dehors des collaborations entre IFSI réalisées par le biais des conventions avec les universités, une homogénéisation des enseignements est loin d'être d'actualité.

2.4. Les débats au sein des IFSI

Ils sont multifactoriels. Ils sont engendrés par des différences d'approche de la formation infirmière, dues à l'histoire des personnes, aux expertises professionnelles, aux expériences en tant que formateurs, aux diplômes... Le changement de posture exigé par l'approche socio-constructiviste liée à la logique de compétences exacerbe les divergences.

2.4.1. Hétérogénéité au sein des populations d'un même IFSI

L'hétérogénéité des IFSI a été pointée. La population des formateurs en IFSI, quant à elle, est fortement segmentée. L'ensemble de ces deux données ne s'additionne pas mais multiplie la complexité des relations entre acteurs des IFSI.

Les formateurs en IFSI ont des âges variés, échelonnés de 35 à 65 ans. Certains sont retraités de la fonction publique hospitalière et complètent leurs revenus en exerçant en IFSI privé. D'autres n'ont exercé que peu de temps en tant qu'infirmier, ont obtenu leur diplôme de cadre de santé et intégré un IFSI à la trentaine. Ils n'ont pas de ce fait connu l'expérience du management d'équipe. Plus fréquemment, les formateurs ont été cadres dits *de proximité*, en unité de soin, avant de se tourner vers la transmission.

Les formateurs possèdent des diplômes différents. Si la tendance vise à les rendre à terme tous titulaires d'un master 2 à minima, pour l'heure, différents diplômes cohabitent : simple diplôme d'Etat de cadre de santé, diplôme de cadre de santé associé à un master 1, un master 2, plus rarement un doctorat. Certains possèdent un DU ou un DIU de spécialité.

Les plus anciens des formateurs peuvent être pour certains issus de la filière d'études psychiatriques. De grandes différences enfin sont appréciables en terme d'intérêt, de formation spécifique et de compétences pour la pédagogie et la transmission, selon les formateurs.

2.4.2. De l'expertise au partage

Les anciens formateurs, longtemps appelés *monitrices*, intégraient un IFSI avec une expertise d'un domaine des soins infirmiers qu'ils se jugeaient à même de transmettre.

Chacun était, en dépit et selon les organisations pédagogiques, un peu dans sa *tour d'ivoire*, son domaine préservé, chacun *spécialiste de sa spécialité* pour un ou plusieurs modules de la formation infirmière. De plus, la logique d'année prévalait et un même formateur ne traversait pas (ou peu) les trois années de cursus.

A présent, la transversalité de la logique de l'apprentissage par compétences, implique de partager les savoirs et de mettre en commun. Par exemple, le formateur responsable de l'ancien module des soins d'urgence et de réanimation est amené à travailler en collaboration avec ses collègues affectés à la pharmacie et la Formation aux gestes et soins d'urgence (FGSU). Il n'est plus aussi libre de ses enseignements.

Certains formateurs, plus intéressés par les aspects médicaux et techniques du soin, se tournent vers la compétence 4, et surtout les UE médicales (2.1, 2.1, 2.11 et processus). Les formateurs de culture psychiatrique revendiquent la compétence 6 (soins relationnels). Ceux titulaires d'un DU d'éthique, d'une licence de droit, etc. revendiquent les UE consacrées aux sciences humaines non encore confiées aux universitaires dans certains IFSI.

Les directeurs proposent ou imposent les attributions des UE et des compétences, les ingénieries et les organisations pédagogiques.

Des clans peuvent se former et nous avons pu assister à des *débats des anciens et des modernes* lorsqu'il s'est agi d'intégrer les TICE. Certains IFSI ont connu des problèmes importants de cohésion d'équipe et même des démissions massives.

Ce qui sauve le plus souvent les équipes pédagogiques des IFSI de la dérive des discordes est le désir commun de prodiguer une formation de qualité afin de permettre des soins de qualité.

Tout ceci fait ressortir l'importance de l'adhésion à un projet pédagogique fédérateur, et, par conséquent, l'importance du rôle des directeurs et des responsables pédagogiques. L'organisation des équipes, pour permettre un fonctionnement structuré par des compromis se doit de privilégier les formations internes, les réunions, les groupes de paroles, la participation de tous à l'élaboration des projets pédagogiques généraux et spécifiques (compétences, UE, UI, etc.).

2.4.3. Un changement de posture

Pour plusieurs raisons, les formateurs des IFSI ont dû modifier leur posture. Nous venons de voir ci-

dessus qu'ils ont du abandonner leur domaine d'expertise exclusive pour co-construire les enseignements en équipe. Par ailleurs, les formateurs, du fait de leur mission d'accompagnement de la professionnalisation des étudiants, sont amenés à cumuler différentes responsabilités : les montages pédagogiques permettent la nomination de formateurs responsables de compétence, d'UE, d'UI, de promotion, d'année, de périmètre de stage, de référence pédagogique, de guidance de TFE, etc.

L'approche socio-constructiviste implique un changement de posture car un nouveau rapport au savoir est exigé. Et de fait, cela implique également un changement de relation avec les étudiants. Le nombre de cours de TD est en accroissement et tend à se substituer aux CM, le présentiel prend une allure toute différente. Les face-à-face avec les étudiants deviennent interactifs, ce qui peut être déstabilisants pour certains formateurs.

Les formateurs sont contraints d'effectuer une mutation pédagogique complexe. Leur sens du devoir et des responsabilités leur vaut d'être attachés au respect de la législation. Cela leur permet de s'adapter aux mutations pédagogiques.

Par ailleurs, la nécessité de collaboration entre les formateurs en IFSI, issus de la filière professionnelle infirmière, avec les enseignants universitaires est une nouvelle cause de tensions. Les étudiants sont à présent formés par les professionnels formateurs des IFSI, les professionnels des lieux de stage et les enseignants universitaires. Pour les formateurs, cela correspond à une sortie de l'entre-soi.

2.5. Les théories de soin infirmier enfin enseignées ?

Marie Françoise Collière, cadre de santé ayant exercé aux Hospices Civils de Lyon (HCL), est décédée en 2005. Son approche du soin sous un angle anthropologique est originale. Son œuvre est très connue par les formateurs, en particulier ses ouvrages « *Promouvoir la vie* » et « *Soigner... Le premier art de la vie* ». De ce fait, elle est enseignée, quoique jugée *difficile*, tant par les formateurs que par les étudiants.

Walter Hesbeen, docteur en santé publique belge, est connu et reconnu dans le monde de la formation infirmière en France. Les formateurs et les étudiants apprécient la fluidité de son expression comme la clarté de son discours. Son ouvrage *Prendre soin à l'hôpital* est toujours un best seller dans les IFSI.

Le psychologue Carl Rogers est une des figures les plus enseignées en raison de son approche relationnelle axée sur l'empathie.

Hildegarde Peplau est plébiscitée par les formateurs de culture psychiatrique. Quant à Jocalyn Lawler, Jean Watson, Callista Roy, Suzanne Kerouac, Michel Nadot... ils restent peu ou pas enseignés, car peu ou pas connus des formateurs.

Les IFSI ont un gros déficit de connaissance de l'épistémologie des soins infirmiers. Cela s'explique par différentes raisons. La première est sans doute, nous l'avons déjà pointé, l'absence de lieu d'enseignement universitaire dédié aux soins para-médicaux : pas de *fac* infirmière en France. La seconde, qui est liée à la première, est le passé des relations infirmiers-médecins qui a induit un rapport hiérarchique basé sur le savoir médical. La troisième est la pénurie des écrits des soignants, peu nombreux, et de plus peu ou pas conservés lors des siècles précédents, du fait des première et seconde raisons. La quatrième est la difficulté notoire des français pour la maîtrise des langues étrangères, difficulté qui leur interdit la lecture des auteurs anglophones en particulier (peu ou pas d'ouvrages anglophones sont disponibles dans les IFSI et IFCS). La cinquième est le repli sur soi des IFSI qui reproduisent les enseignements connus et maîtrisés et se montrent frileux pour assimiler des théories nouvelles, chaque IFSI mettant un point d'honneur à conserver ses traditions d'enseignement.

Lorsqu'est étudié l'enseignement théories de soin, il est généralement constaté un « [...] manque d'ancrage clairement énoncé et référencé, parfois même, le modèle a été réduit au seul outil ou encore envisagé comme un moyen de formaliser l'observation du malade. » (Homerin, 2012, p. 19)

Mais il est certain que l'apprentissage des théories de soin n'est pas une fin en soi : s'il va dans le sens de la reconnaissance d'une discipline en sciences infirmières, qu'en est-il de son influence pragmatique sur la qualité des soins ?

Depuis la réforme de 2009, la recherche en soins infirmiers est jugée comme un peu moins incongrue. Mais les mentalités sont encore fixées dans l'idée qu'*un bon infirmier n'a pas besoin de penser*.

S'interroger sur la recherche en soin infirmier et intégrer des théories de soin jusqu'alors non enseignées crée une fracture paradigmatique entre professionnels infirmiers et formateurs en IFSI. Ceux-ci, se réfèrent à présent aux savoirs académiques autant voire plus qu'aux valeurs et aux pratiques des milieux du soin. Certains se présentent comme des chefs de projet lorsqu'ils organisent les rencontres avec les universités ou les autres IFSI du territoire. Ils découvrent le travail en réseau, les alliances, le partenariat.

2.6. Les relations entre les formateurs des IFSI et les professionnels infirmiers

Qu'en est-il des liens entre les acteurs professionnels de terrain, les professionnels infirmiers, et les acteurs de la formation initiale infirmière, les formateurs ? Dans le contexte des stages, des échanges sont supposés se produire. Cela n'est pas toujours le cas, car certains IFSI, nous l'avons vu, ont renoncé à rencontrer les étudiants et leur encadrement professionnel en stage. Les liens existent par le biais des étudiants et par le biais des outils d'accompagnement. Une incompréhension est-elle en train de se creuser entre ces deux pôles professionnels ?

2.6.1. Des outils qui existent ou pas, qui sont utilisés ou pas

Nous l'avons vu dans le chapitre 3, section I, les professionnels disposent d'outils permettant d'encadrer les étudiants. Le seul outil commun à tous les lieux de stage est le portfolio des étudiants, dont les infirmiers des unités de soin prennent connaissance avec l'étudiant.

Les conventions de stage entre IFSI, lieu de stage et étudiant, sont imposées par la réglementation. Hormis ces deux dispositifs communément partagés, chaque IFSI et chaque lieu de stage développe ou non d'autres outils. Il peut s'agir d'un livret d'accueil de l'étudiant proposé par des unités recevant des stagiaires et précisant les conditions d'exercice infirmier, les possibilités d'acquisition de compétences, de réalisation d'actes...

Certains IFSI développent une politique de signature de chartes d'encadrement avec les structures hospitalières de leur territoire géographique. Les IFSI adossés à un établissement hospitalier ont d'emblée un processus de charte implicite, lié au projet d'établissement.

Certaines structures de soin proposent un guide du tutorat destiné aux infirmiers qui se proposent comme tuteurs ou qui sont désignés comme tels par le cadre de santé de l'unité. Les tuteurs reçoivent ou non une formation spécifique délivrée par certains IFSI. Cela est tributaire des plans de formation des établissements employeurs.

Des réunions d'information ont eu lieu, et ont toujours lieu, dans beaucoup d'IFSI, afin d'expliquer aux professionnels les particularités du nouveau référentiel de formation et son incidence sur l'encadrement des étudiants en stage. Il est toutefois à constater un déficit de pédagogie de la part de certains IFSI, et un désintéressement pour le nouveau dispositif de formation de la part des professionnels qui sont surchargés de travail.

Les modes de relation entre les personnes ne sont pas normalisés et revêtent des modalités extrêmement diverses et utilisent des objets différents.

2.6.2. Une coupure par rapport aux professionnels

Pour beaucoup de professionnels formés avant 2009, les nouveaux enseignements sont flous, difficilement reconnus et identifiables.

Les plus anciens des soignants sont confrontés à une génération nouvelle instruite par les IFSI, les facultés, les TICE, sans notes de stage et sans MSP. Cela fait beaucoup ! Le fait de ne plus être associés aux parcours d'études (nous faisons là référence à ce qui est pratiqué par un grand nombre d'IFSI, par souci de simplification organisationnelle et d'économies : arrêt des visites de stage, arrêt des guidances, arrêt des interventions en cours...) risque d'augmenter le clivage entre enseignement et pratique professionnels.

Les formateurs des IFSI, poussés par le souci de reconnaissance de la discipline infirmière, se penchent sur les théoriciens en soins infirmiers, affinent les ingénieries pédagogiques, s'acclimatent aux mondes des universitaires. Ceci risque de renforcer encore le clivage entre les formateurs infirmiers et les soignants infirmiers.

2.6.3. Des parcours de stage peu professionnalisants

Certains parcours de stage ne permettent pas une réelle acquisition de compétences car ils ne sont pas suffisamment diversifiés. Les étudiants de fin de cursus se retrouvent en difficulté face à des professionnels qui exigent d'eux une posture professionnelle qu'ils n'ont pas eu la possibilité d'acquérir. Cet état de fait met en difficulté les étudiants qui sont discrédités par des infirmiers de leurs lieux de stage. Par exemple, un étudiant peut être amené dans certains parcours de stage, à ne réaliser que très peu d'actes techniques tels les ponctions veineuses ou les transfusions sanguines. Malgré l'acquisition de techniques par des ateliers en IFSI, ils sont mal perçus par les professionnels qui les trouvent parfois incompetents.

De surcroît, l'encadrement est chaotique, réalisé ou non par un ou plusieurs tuteurs, suivi ou non par le cadre de l'unité, établi ou non sur la base d'une relation de confiance avec les étudiants et les formateurs.

Le fossé semble se creuser au sein même du monde infirmier. Ce fossé devrait être comblé par le renouvellement de la classe professionnelle c'est-à-dire par l'arrivée de diplômés issus du nouveau référentiel. Force est de constater que la transmission est moins sereine, les professionnels restent suspicieux des nouveaux modes de formation. Les nouveaux diplômés sont souvent en difficulté lors de leur prise de fonction car ils ne sont pas toujours suffisamment préparés.

Les divergences proviennent de la prédominance de nouveaux objets (compétences, portfolio, tutorat, ECTS, etc.) qui se substituent à la logique de transmission entre pairs, via des rites de passage telles les mises en situation professionnelles (MSP). Les professionnels, exerçant dans des conditions souvent difficiles, sont peu disponibles pour aller au devant de changements aussi importants. Les difficultés sont présentes au quotidien.

3. Les relations entre les formateurs des IFSI et les universitaires

Les récents accords entre Ministère des affaires sociales et de la santé, et Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche ont imposé différentes collaborations entre des partenaires non historiquement habitués à se rencontrer et à échanger.

La formation infirmière est concernée par ce type de collaboration nouvelle.

La mise en œuvre de la réforme fait se côtoyer des mondes jusqu'alors cloisonnés et contraints à sortir des *entre-soi*.

3.1. Accords des différents ministères

Le ministère des affaires sociales et de la santé et le ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche ont signé de multiples accords et conventions ces dernières années. Ces accords et conventions portent essentiellement sur les formations professionnelles et la validation des acquis de l'expérience (VAE) des métiers paramédicaux. Le ministère des affaires sociales et de la santé a

également conclu des accords avec le ministère de l'éducation nationale pour certains grades soignants de niveau inférieur (aide médico-psychologique, conducteur ambulancier, aide-soignant). Les IFAS, formateurs des aides-soignants, sont amenés à revisiter leur stratégie de formation. L'offre de formation aide-soignante apparaît dans les lycées professionnels, comme cela est le cas, par exemple, au lycée professionnel Victor Hugo de Valence, dans la Drôme. La réforme des études d'aide-soignant accentue la possibilité de déléguer à des non soignants tout ou partie de la formation actuellement dévolue aux IFAS.

Les infirmiers ne sont pas seuls concernés par la réforme de 2009. Les assistants sociaux, les kinésithérapeutes, les éducateurs spécialisés, sont également assujettis à revoir leurs processus de formation.

Le diplôme de cadre de santé, créé en 1995, est en cours de remaniement. Des chercheurs universitaires se penchent sur les orientations futures de la professionnalisation des cadres de santé par une spécialisation acquise par un master.

3.2. Une collaboration entre IFSI et universités

Pour beaucoup des IFSI, les universitaires sont indifféremment des personnes enseignant au sein d'une université ou des personnes titulaires d'un titre universitaire. Des questions se sont posées : un praticien hospitalier ou une psychologue clinicienne peuvent-ils être considérés comme des universitaires ? Cette confusion est due à un manque de connaissance de l'univers des études supérieures par beaucoup des formateurs, en particulier lorsque leur IFSI d'appartenance se situe loin des pôles universitaires.

Alexandre Mathieu-Fritz relate la mise en place du processus d'universitarisation des IFSI au sein de son université, en mettant en relief les particularités du dispositif choisi, ainsi que les solutions adoptées pour faire face aux difficultés rencontrées. « Concrètement, pour que l'universitarisation puisse se mettre en place, une convention doit être signée par la Région, les universités et les structures de formation en soins infirmiers. Le plus souvent, des Groupements de coopération sanitaire (GCS) - qui permettent de réunir, au sein d'une même structure, des acteurs privés et publics - ont été créés. » (Mathieu-Fritz, 2015)

Quelques soient les encadrements institutionnels, la mise en œuvre dépend des bons vouloirs des acteurs.

3.3. Des modalités de mise en œuvre du référentiel

L'injonction du référentiel de 2009 prescrit qu'une partie des enseignements des étudiants infirmiers soient prodigués par des enseignants universitaires. Pour rappel, il s'agit des UE concernées par les sciences médicales, par les sciences humaines, par l'anglais et par la recherche. Les formateurs continuent de prodiguer certains cours de ces UE, majoritairement des TD.

« Nous constatons que lorsque les enseignements sont partagés entre les deux partenaires, il n'est pas pour autant explicité quels sont les enseignements exacts attribués de part et d'autre, ce qui laisse présager de grandes disparités d'une région à l'autre voire même au sein d'une même région dans le cas de plusieurs GCS. » (Boissart, 2013, p. 140)

Selon les territoires académiques, la commande est remplie en ce qui concerne les sciences médicales. Les modalités sont différentes mais le plus souvent le recours aux cours enregistrés a permis de surseoir aux distances géographiques et aux contraintes de disponibilité de temps. Dans les grands pôles urbains, les cours en présentiel restent possibles. Pour les TD d'accompagnement, des praticiens hospitaliers de proximité sont sollicités dans les zones rurales et semi-rurales.

Certains IFSI ont des habitudes de relation forte avec les universités de sciences humaines, ce qui permet à celles-ci de dispenser les cours de philosophie, droit, éthique... D'autres IFSI font appel à

des intervenants ponctuels qui sont ou non enseignants universitaires, ou bien les cours sont dispensés par des formateurs disposant d'une expertise (cursus professionnel, DU, master...)

L'enseignement de l'anglais sur les six semestres n'est pas toujours réalisé par des enseignants universitaires. Les IFSI se sont dans un premier temps débrouillés *avec les moyens du bord* et tendent à normaliser leurs enseignements en ayant recours aux facultés de langues.

Quant à la recherche, tous les modes opératoires cohabitent : délégation complète aux universités, cours méthodologiques uniquement, apports réalisés exclusivement par des formateurs. Les types de recherche divergent également.

De manière globale, il existe un clivage entre les IFSI des zones rurales et semi-rurales et ceux des zones urbaines. Les relations avec l'université sont très différentes du fait de la proximité géographique et des relations ayant pu se créer par le passé.

3.4. Des enseignements universitaires adaptés au public des étudiants infirmiers ?

Peut-on considérer que les universités, et en particulier les facultés de médecine-pharmacie, possèdent une expertise en terme de formation professionnelle, de formation professionnalisante ? Sont-elles compétentes en terme d'ingénierie pédagogique d'alternance ? Ont-elles manifesté un intérêt spécifique pour la formation infirmière ?

Les accords entre ministères et les réformes ont imposé de nouvelles missions aux universités. Les mises en œuvre ont été et sont très diverses, selon les doyens, les relations territoriales, les difficultés internes.

Les facultés de médecine-pharmacie participent depuis de longues années à des formations paramédicales telles celle de sage-femme ou de kinésithérapeutes. La Première année commune aux études de santé (PACES) est leur référence et nombre d'universités ont appliqué aux étudiants infirmiers cette logique de méthodes et de contenus, sans tenir compte des spécificités de la formation infirmière et des prérequis propres au public des étudiants infirmiers. D'autres universités ont développé une réelle collaboration avec les IFSI pour construire des enseignements spécifiques. Ainsi, selon les cas, une acculturation a pu être construite ou pas.

3.5. Des mises en œuvre diverses selon les territoires

Dans chaque région, des conventions ont été signées au cours de l'année 2010, entre régions, universités et IFSI pour chaque territoire régional, avec découpage en second lieu par la logique des territoires académiques. Des différences de mises en œuvre sont à constater selon les territoires, selon la volonté des doyens et des directeurs d'IFSI, selon la réactivité du CEFIEC local et d'autres acteurs. Il s'agit là d'une question de personnes. Les IFSI avaient la charge de l'organisation des groupes de travail. Certains se sont trouvés démunis et n'ont pas su négocier avec les universitaires.

Il s'agissait de trouver un équilibre satisfaisant pour tous les partenaires, mais sans accompagnement, sans gouvernance, sans pilotage extérieur, cet équilibre était un pari sur la bonne volonté des partenaires. Ce qui explique la grande disparité des dispositifs de mises en œuvre selon les régions et les territoires académiques. En région Provence-Alpes-Côte d'Azur, les premières années se sont déroulées en tension et en défiance réciproque, conditions qui ont été nuisibles à l'élaboration de dispositifs pédagogiques satisfaisants. La prédominance des IFSI relevant de l'AP-HP, à Paris, a permis un travail en réseau d'IFSI et d'universités. Les modalités ont privilégié l'accès commun de plusieurs IFSI à un même enseignement, au détriment parfois de cours adaptés à un public infirmier car calqués sur la PACES. A Versailles, les étudiants naviguent entre les locaux universitaires et ceux de l'IFSI, car le choix n'a pas été celui de visio-conférences ou de cours en ligne, mais de cours magistraux en présentiel.

La mise en œuvre de la formation initiale infirmière, dans son articulation entre IFSI et universités, a entériné une fois de plus la diversité des projets pédagogiques et des modalités conceptuelles et opératoires.

Les facultés de sciences humaines ont parfois des collaborations anciennes avec les IFSI. C'est le cas pour beaucoup d'IFSI situés en région Bretagne qui traditionnellement ont développé une forte collaboration avec les universitaires de médecine-pharmacie mais aussi ceux des disciplines humaines. Voici comment est présenté l'IFSI de Nantes, sur la page d'accueil de son site internet :

« Une sectorisation géographique propice... Dans sa localisation, l'Ifsi se situe au sein du département des instituts de formation (DIF) qui regroupe 11 écoles et instituts du secteur sanitaire et social. Ceci facilite les échanges, concrétisés notamment par un conseil de vie partagé qui regroupe les délégués des promotions d'étudiants et élèves de ces écoles et instituts. La vie étudiante fait partie de la formation !

L'Ifsi est inclus dans l'environnement du CHU de Nantes, c'est pourquoi les étudiants en soins infirmiers peuvent bénéficier de stages au sein de services de soins de pointe des pôles hospitalo-universitaires.

La recherche fait partie du quotidien du CHU de Nantes, ce qui favorise les liens avec l'université de Nantes tant avec l'Unité de formation et recherche de médecine, qu'avec le pôle Lettres, langues, sciences humaines et sociales. À ce titre, les étudiants ont des cours dispensés par des vacataires universitaires. » (Alglave, 2016)

D'autres stratégies se développent ailleurs, en fonction de l'isolement des territoires. Par exemple, les IFSI publics de Lorraine ont adapté tardivement une stratégie d'adaptation aux contraintes de l'universitarisation en lien avec les spécificités territoriales :

« Une des réponses aux difficultés engendrées par le partenariat université/IFSI à la problématique de l'éloignement des sites universitaires et au manque de moyens pour satisfaire les enseignements de tous les IFSI a été de créer une plateforme "e-learning" gérée par les universités. Les enseignants-chercheurs pourront ainsi diffuser des enseignements identiques à tous les IFSI par le biais d'une plateforme informatique. » (Zufia-Szyba, 2016, p. 320)

La région Rhône-Alpes, quant à elle, est séparée entre trois territoires académiques correspondant aux groupements universitaires de Lyon, Grenoble et Saint-Etienne. Les trois territoires, du fait de leur histoire, ont chacun développé des mises en œuvre différentes avec les IFSI concernés par la convention régionale.

3.6. Des spécialisations acquises en centre hospitalier universitaire

D'autres collaborations unissent les infirmiers et les universitaires, au-delà de la formation initiale infirmière.

Les diplômes d'infirmier de bloc opératoire, infirmier anesthésiste, infirmier puériculteur, sont délivrés, après deux ans d'enseignement post diplôme d'Etat, en service spécialisé d'un centre hospitalier universitaire (CHU), sur sélection. Certains enseignements sont délivrés par la faculté de médecine attachée au CHU.

Les masters de spécialité sont délivrés par les facultés de médecine-pharmacie partenaires de l'agence régionale de santé (ARS).

Quant au grade « licence », qui accompagne le diplôme d'Etat infirmier depuis 2009, il est délivré par les facultés de médecine et non par les IFSI qui n'y sont pas habilités. Sa réelle validité continue d'être interrogée.

« Un équivalence de grade, fondée sur la seule durée des études et l'organisation en semestres, UE et ECTS, peut être contestée par une communauté universitaire, à juste titre, au niveau des diplômes et court le risque d'être perçue comme une licence "au rabais", ce qui est le cas actuellement. » (Homerin, 2012, p. 58)

3.7. Les études post licence en chantier

Les masters spécifiquement infirmiers restent majoritairement non actés, malgré beaucoup de travaux et de groupes de réflexion, sauf dans deux cas :

- Master de recherche en sciences cliniques en soins infirmiers proposé à l'Université de Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines.
 - Master sciences cliniques infirmières proposé par l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (Nantes) : en partenariat pour le M1 avec les AP-HP (Paris) et pour le M2 avec les AP-HM (Marseille).
- L'Université de Haute-Alsace propose depuis septembre 2014, le master « Organiser, conduire, évaluer une démarche d'éducation thérapeutique du patient ». Il s'agit là d'un master qui n'est pas spécialement destiné aux infirmiers, dans un contexte de filière ou de discipline, puisqu'il concerne l'ensemble des professionnels médicaux et para-médicaux. Dans d'autres régions, d'autres masters non spécialement dédiés existent ou sont en cours de création.

Par ailleurs, sont en projet de nouvelles spécialisations en tant qu'infirmier en pratiques avancées ou infirmier clinicien. Nous ne pouvons que constater le peu de lisibilité et une absence d'homogénéité pour la couverture du territoire national. Les initiatives proviennent essentiellement des gros centres hospitalo-universitaires tels ceux des Hôpitaux de Paris.

« Le 28 novembre, dans l'amphithéâtre flambant neuf de l'institut du cerveau et de la moelle épinière de la Pitié-Salpêtrière, c'est la recherche infirmière et paramédicale qui était à l'honneur, lors d'une journée organisée par l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (APHP). L'occasion de découvrir une génération décoiffante de jeunes chercheurs et surtout chercheuses au parcours atypique, précédemment infirmiers, diététiciens, kinésithérapeutes... » (Cabut, 2014)

Les écrits et commentaires concernant la recherche infirmière sont souvent nimbés de *romantisme* et peu pragmatiques : le discours destiné au grand public est très différent du discours des professionnels du soin et des chercheurs. De plus, il n'y a pas lieu de s'enthousiasmer outre mesure car il est difficile d'imaginer une réelle volonté de création de masters, dans le contexte de la suppression de plusieurs milliers d'entre eux. (cf infra)

Depuis 2009, d'autres stratégies sont développées par les universités qui se tournent, par exemple, vers les VAE de master en sciences de l'éducation pour les formateurs expérimentés en IFSI. C'est le cas de l'université de sciences humaines de Lyon 2.

Un nombre restreint d'infirmiers est titulaire d'un doctorat. Là encore, l'absence d'études statistiques exhaustives récentes rend difficile le chiffrage exact. Il est possible d'estimer, au vu des recensements réalisés par l'ARSI, que les infirmiers docteurs seraient une petite centaine. Aucun doctorat en sciences infirmières n'existant à ce jour en France, les disciplines sont majoritairement celles des sciences de l'éducation, de la sociologie, de l'éthique, de la philosophie...

3.8. Une mise sous la tutelle des universités ?

Le rapport IGAS-IGAENR établi en juillet 2013 (Marsala, Allal, Roussel, 2013), conjointement par l'Inspection générale des affaires sanitaires (IGAS) et l'inspection générale de l'administration de l'enseignement supérieur et de la recherche (IGAENR), constitue un énorme pavé dans la mare pour le groupe professionnel infirmier.

Les principales recommandations suggérées par le rapport pour la formation infirmière ont été mal perçues par les acteurs des IFSI et par les organisations professionnelles infirmières qui ont interprété les préconisations suivantes :

- La présence non requise aux CAC (commissions d'attribution des crédits) des directeurs des IFSI.
- La participation des universitaires aux corrections.
- Les nouvelles modalités d'admission en IFSI.

comme :

- La main mise des universités sur des contenus de formation pour lesquels existait un flou réglementaire, par exemple les UE relevant du domaine 6 (méthodologie de travail et anglais).
- Le mépris à peine voilé pour les formateurs non universitaires.

Ce rapport est pointé par le CEFIEC lors de ses réunions régionales et par le communiqué de presse de la présidente nationale. Il s'ensuivra des demandes d'entrevue avec le ministère, des courriers adressés aux financeurs et partenaires...

« Il faut repréciser la place de l'université dans la réforme car il en ressort une dérive. »

Ces démarches sont restées lettre morte. Et sur le terrain des négociations entre IFSI et facultés, l'ambiguïté est souvent levée. « Le président de l'université et le directeur des études ont exprimé leur satisfaction quant à l'entrée des études infirmières à l'université [...] Ils parlent tous deux, dans leur discours, de "*rattachement des IFSI à l'université*" [...] » (Homerin, 2012, p. 40)

La confusion est loin d'être dissipée en début 2017, d'autant que la Grande conférence de la santé de février 2016 (*Accompagner le progrès en santé : nouveaux enjeux professionnels*) indique dans sa feuille de route 22 mesures phares qui tendent à aller dans le sens d'une organisation des formations paramédicales sous la houlette de l'enseignement supérieur.

En ce qui concerne plus particulièrement la formation infirmière, est préconisé :

- D'octroyer les avantages étudiants aux étudiants infirmiers (services universitaires, CROUS, carte d'étudiant et bourses). Ces avantages sont actifs à la rentrée 2016.
- De favoriser l'accès à la formation en régulant les différences de frais de scolarité entre instituts. Ceci revient à envisager le contrôle du fonctionnement des instituts de formation, de leur budget et de leur financement.
- De confier aux universités l'encadrement des formations paramédicales, à moyen terme. Ce qui impliquerait de revoir les termes des conventions tripartites.
- D'étendre la logique d'évaluation de l'enseignement supérieur aux écoles et instituts de formation.

Ces trois dernières mesures nécessitent des inventaires, des concertations et des missions spécifiques qui sont diligentées de fin 2016 à fin 2017.

« La première opportunité "ratée" de cette réforme est de ne pas avoir obtenu l'autonomie de la profession et d'avoir dû être chapeautée par une autre faculté pour acquérir ses lettres de noblesse. En effet, la reconnaissance par le ministère de l'enseignement supérieur du grade de licence, nécessite que l'ensemble des IFSI (ou établissements de santé publics ou privés supports d'un IFSI) passent une convention au sein de chaque académie, avec le conseil régional qui assure le financement de la formation et une université disposant d'une composante de formation en santé, c'est-à-dire une faculté de médecine. » (Homerin, 2012, p. 30)

Nous reviendrons en chapitre 5 sur l'application concrète d'une convention à l'échelle d'un territoire académique.

4. Les universités entre elles et en leur sein

Les universités sont contraintes de s'adapter aux nouvelles gouvernances. Elles sont amenées à modifier les relations qu'elles entretenaient entre elles et à former des regroupements territoriaux alliant des disciplines non accoutumées à fonctionner de concert.

4.1. Une orientation budgétaire

Marie-Christine Corbier, dans *Les Echos en ligne* du 23 Janvier 2014, signe un article qui montre la volonté ministérielle de pousser les universités à adopter une politique de gestion économique plus agressive et tournée vers le marché de la professionnalisation. Madame Geneviève Fioraso, alors Ministre de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche, s'exprime ainsi : « La plupart des universités n'ont pas la culture d'un centre de coûts. Or, si on est autonome, si on gère son budget,

on est un centre de coûts et un centre de profits. Il faut qu'elles acquièrent cette culture. » Le monde universitaire est confronté à l'injonction de la logique comptable.

En 2014, Madame la Ministre espère voir le chiffre d'affaires des Universités passer de 640 Millions en 2013 à 1,5 Milliards d'euros minimum d'ici 5 ans. Elle compte pour cela sur l'ouverture à l'offre de formations professionnelles initiales et de formations continues aux entreprises publiques et privées. Elle envisage également une ouverture vers les formations pour les demandeurs d'emploi et les VAE des jeunes aux cursus discontinus. Ces types de formation relèvent pour certaines du social et les universités s'intéressent à la source potentielle de revenus qu'elles pourraient prodiguer. (« Cette formation continue de type social peut être une ressource, car elle est financée par les régions », nous dit Gérard Blanchard, vice-président de la Conférence des présidents d'université, dans le même article.)

4.2. Une coordination territoriale des enseignements supérieurs

Par ailleurs, la loi du 22 Juillet 2013, qui correspond à un deuxième axe de réforme des universités, indique la nécessité de regroupement des universités dans des communautés d'universités, dans la fusion d'établissements, dans l'association des établissements d'enseignement post-bac avec un établissement public à caractère scientifique, culturel et professionnel. La loi prévoit que « la coordination territoriale est organisée par un seul établissement d'enseignement supérieur pour un territoire donné (académique ou inter-académique) ».

Un seul contrat pluriannuel d'établissement sera conclu entre le ministre chargé de l'Enseignement supérieur et les établissements regroupés. Car il ne s'agit plus d'agrément ministériel des diplômes mais d'agrément ministériel des établissements.

La communauté d'universités et établissements est un nouveau type d'établissement public à caractère scientifique, culturel et professionnel et elle entend remplacer les pôles de recherche et d'enseignement supérieur, les réseaux thématiques de recherche avancée et les établissements publics de coopération scientifique, créés par la loi de programme pour la recherche de 2006.

La réforme régionale de 2015 accentue les tensions dans les nouvelles grandes régions. En effet, certaines régions comptent à présent deux pôles universitaires de référence, ce qui interroge en terme de budgets, d'influences, de leadership. C'est le cas en Occitanie, par exemple, pour les pôles de Toulouse et de Montpellier.

4.3. La suppression de plusieurs milliers de spécialités de masters

Les décrets d'application de la loi n° 2013-660 du 22 juillet 2013 relative à l'enseignement supérieur et à la recherche prônent la simplification des intitulés des masters, qui doivent passer d'environ 5000 à 346, avec encouragement à démarrer cette simplification par le jeu des suppressions dès la rentrée 2014. Dans ce contexte de *simplification*, quid de plusieurs intitulés dédiés aux sciences infirmières ? Le souci est grand parmi les enseignants et étudiants infirmiers. Cet article tiré de la Lettre du SIDIIEF du vendredi 24 Janvier 2014, intitulé *Mort annoncée des masters science clinique en soins infirmiers*, n'est pas fait pour les réconforter.

« ...les accords Berland avaient préconisé la création de masters en sciences cliniques en soins infirmiers. A ce jour, il existe dans notre pays deux cursus, le premier à la faculté d'Aix Marseille (débuté en 2009), le second à l'université Saint Quentin en Yvelines (débuté en 2011). Or, La refonte des intitulés des diplômes proposés par le ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche, dans le cadre du plan quinquennal des universités, n'inclut plus les spécialités des deux masters sciences cliniques en soins infirmiers. Le risque est donc grand de voir disparaître ces deux formations universitaires. »

L'Association Nationale Française des Infirmières et Infirmiers Diplômés Et Etudiants (ANFIIDE) s'inquiète de cette nouvelle orientation et tente de plaider pour le maintien des masters en sciences infirmières et lance en Février 2014 une pétition nationale.

Les sites du Centre Hospitalier de Sainte-Anne et de l'EHESP proposent toujours ces masters en Février 2017. La revue *Actusoirs* publie le 14 Février 2014 un article, intitulé *Masters ou non*, qui tente d'effectuer des prospectives. La situation est à ce jour non éclaircie.

Ces faits sont à mettre en parallèle avec la communication du Professeur Henk Verloo, en collaboration avec le Professeur Diane Morin, lors du Congrès du SIDIIEF en Novembre 2013 à Lausanne. Le plaidoyer pour des masters infirmiers, en France, est-il toujours réaliste ?

4.4. Un souci de rentabilité économique et financière

D'autres propos montrent un ton ministériel clairement soucieux de la dimension économique et financière liée à la gestion des universités : « ...les universités seront bientôt incitées à adopter une comptabilité analytique... l'ENA et les instituts d'administration des entreprises (IAE) vont prodiguer aux équipes de direction des formations à la gestion. » (Corbier, 2014)

Il est à rappeler qu'un même souci de rentabilité a guidé les choix des contenus de la formation infirmière :

« En premier lieu, la démarche ministérielle a consisté à adapter le nouveau programme de formation infirmière à l'état de santé de la population (française), avec notamment une priorité accordée aux domaines du handicap, des maladies chroniques et aux personnes âgées, qui correspondent aux grandes orientations définies en santé publique. Ainsi, seules sont étudiées les pathologies prévalentes en lien avec la Santé publique. » (Bissières et alii, 2012, p. 228)

Les injonctions de la loi LRU de regroupements des universités en pôle territoriaux commencent à être actés en 2015-2016. Ainsi, les UFR grenobloises Mendès-France (sciences humaines), Stendhal (lettres et langues) et Fourier (médecine-pharmacie) ont fusionné au 1er janvier 2016 sous l'appellation *Université Grenoble-Alpes*. Le pôle universitaire de Bordeaux a également regroupé les disciplines des sciences médicales et des sciences humaines dans un même établissement.

Les universitaires sont contraints à la cohabitation entre *sciences dures* et *sciences molles*.

De plus, les universités sont contraintes à œuvrer dans des directions différentes : « C'est ainsi que l'université se retrouve aujourd'hui à assurer deux missions : former des professionnels capables d'être opérationnels rapidement (IUT, licence et master professionnels) et continuer à développer les différentes disciplines académiques (master recherche, doctorat). » (Svandra, 2013, p. 86)

5. Les professionnels infirmiers

Depuis le printemps 2015, les soignants de tous grades font connaître leurs inquiétudes concernant leurs conditions de travail qui nuisent à la qualité des soins prodigués. Les infirmiers ne sont pas épargnés par les contraintes pesant sur les milieux de la santé en France depuis l'adoption de restrictions budgétaires drastiques. La profession d'infirmier devient de plus en plus difficile à exercer dans des conditions satisfaisantes pour les personnes soignées et le personnel.

5.1. Employabilité des infirmiers

Une forte augmentation des numéros clausus a eu lieu après 2005 car la pénurie infirmière était très forte au début des années 2000. La demande reste forte jusqu'en 2012, année où les besoins s'effondrent car les déficits budgétaires des hôpitaux poussent à une réduction des dépenses de personnel, que le contexte de crise incite à augmenter les quotités de temps de travail pour les infirmières à temps partiel ou à retarder les départs en retraite.

Nous assistons pour la première fois depuis des décennies à une saturation des offres de postes infirmiers. Cette saturation est biaisée par des éléments divers : les problèmes financiers conduisent les infirmiers à exercer de plus en plus à temps plein, de préférence au temps partiel. Ils travaillent plus longtemps et ne font pas valoir leurs droits à la retraite. Les établissements hospitaliers imposent de plus en plus les rythmes de travail en 12 heures qui permettent de « grignoter » quelques postes infirmiers supplémentaires.

En juillet 2013, les Hospices civils de Lyon, le Centre Hospitalier de Valence n'offrent aucun poste infirmier. Les Hôpitaux Drôme Nord ne proposent que quatre postes. Ceci est un exemple local que nous avons pu observer et qui est relayé par la FNEI et l'Ordre sur le plan national, avec une variabilité selon les zones du territoire, ainsi qu'il est loisible de le constater auprès des sites en ligne de ces instances.

5.2. Un contexte d'exercice difficile

Les conditions de travail des infirmiers se dégradent fortement, qu'il s'agisse de l'exercice hospitalier ou libéral. C'est ce qui a conduit récemment, nous l'avons vu supra, à des mouvements protestataires.

Les unités hospitalières sont confrontées à gérer leur budget dans la logique de la T2A¹⁸. Les DMS¹⁹ raccourcissent. Les cadres supérieurs de santé et les médecins ont appris depuis 2007 à jongler tant bien que mal avec les GHM et les GHS²⁰. Leur expertise de soignants se doit d'être doublée d'une expertise de gestionnaires. Depuis deux ans, les médecins membres des Commissions médicales d'établissement (CME) des hôpitaux de Paris, Marseille et Lyon refusent de signer les budgets prévisionnels car ils jugent ceux-ci trop restreints. Ils ne veulent pas les approuver car ils craignent pour la qualité des soins.

La logique financière, initiée par la tarification à l'activité (T2A), a pour conséquences une dégradation des conditions de travail qui s'amplifie. Les budgets contraints engendrent :

- Moins de personnel.
- Des changements incessants de service.
- Des nouveaux plannings (en 12 heures, en coupé...).
- Des retours sur les repos et des comptes épargne-temps qui explosent.

L'ambulatoire est de plus en plus répandu et :

- Les séjours sont plus courts mais plus intenses avec des soins plus lourds.
- Le turn over des patients est plus complexe donc plus fatigant à gérer.
- Les contacts humains se sont détériorés.

Les exigences de qualité des soins sont dans ce contexte de plus en plus en tension avec les contraintes budgétaires.

De plus, les violences envers les personnels soignants sont en nette augmentation (+ 48% entre 2010 et 2014). L'Observatoire national des violences faites aux soignants (ONVS) reproduit chaque année le même constat et produit les statistiques des différentes violences dont sont victimes les différents soignants. Les infirmiers sont en première ligne. L'ONVS, dans son rapport annuel 2014, considère que les solutions ne peuvent pas être que globales, mais que chaque établissement doit trouver des réponses adaptées à ses particularités. « Les conventions locales permettent, après un diagnostic et dans le cadre d'une politique de prévention des atteintes aux personnes et aux biens, de répondre à une partie essentielle des problématiques de sécurité dans le cadre de l'amélioration des conditions de travail et l'un de ses corollaires, le sentiment d'insécurité. » (ONVS, 2014)

Tous ces éléments conduisent à un conflit de valeurs. Les infirmiers sont épuisés. Les dépressions et burn-out sont en très nette augmentation. Des suicides ont eu lieu, cinq ont été constatés durant l'été 2016, dont deux avec des lettres explicites et pour lesquels une enquête est en cours.

Il convient de rappeler que le mode d'exercice infirmier est, de par la nécessité d'assurer la continuité des soins, contraint par des exigences d'horaires, de mobilité, de disponibilité aux

¹⁸ T2A : tarification à l'activité.

¹⁹ DMS : durée moyenne de séjour.

²⁰ GHM : groupe homogène de malades ; GHS : groupe homogène de séjour.

patients, à l'équipe soignante et à l'institution, qui ont un fort impact sur la vie personnelle des professionnels, et sur l'articulation de leur vie professionnelle avec leur vie familiale.

« Les horaires atypiques, la charge de travail, l'engagement nécessaire dans le travail relationnel, dans un contexte structurel accentuant la pression temporelle et un milieu de travail où le sentiment de soutien de la part de la hiérarchie est relativement faible et où les modalités d'une gestion souple et intégrative des impératifs familiaux et professionnels sont peu présentes, génèrent le ressenti d'un conflit travail/famille non négligeable. » (Fusulier, 2009, p. 97)

Les professionnels infirmiers souffrent de la prédominance de la logique comptable qui met à mal leur idéal : procurer aux personnes des soins de qualité.

Dans quelle mesure, compte tenu de l'état des lieux des milieux du soin, les étudiants infirmiers peuvent-ils être accueillis en stage dans des conditions favorables à leur professionnalisation ?

5.3. Un manque de reconnaissance

Le rapport Cordier, paru le 21 juin 2013, intitulé *Un projet global pour la stratégie nationale de santé, 19 Recommandations du comité des « sages »*, montre une orientation vers un retour à l'organisation des soins autour des médecins, hospitaliers ou de ville. La Loi de Santé de janvier 2016 entérine cet état de fait.

« Les infirmières occupent une toute petite place dans la stratégie nationale de santé telle qu'elle s'élabore en préambule de la présentation du projet de loi de santé, prévue avant juillet. A peine les évoque-t-on dans les parcours de soins et au sujet de la formation. Les syndicats le déplorent. Une feuille de route très détaillée, 160 débats, plus de 20000 participants, une loi de santé à la clé... la stratégie nationale de santé affiche de belles ambitions. Mais quelle place fait-elle aux infirmières, quelle place leur donne-t-elle ? « Le mot "infirmière" a du sortir du vocabulaire », ironise Thierry Amouroux, président du Syndicat national des professionnels infirmiers. Il apparaît fort peu, c'est vrai, dans les documents officiels. On le devine tout juste sous les rares mentions des "auxiliaires médicaux" ou "professionnels de santé non médicaux" ou au sein des "équipes pluri-professionnelles"... » (Dujardin, 2014)

Les infirmiers se sentent oubliés par les pouvoirs publics et ont l'impression d'être *transparentes*. Comment peuvent-ils se faire entendre et comprendre ? L'Ordre infirmier peut-il être une solution ?

5.4. L'Ordre infirmier

Un des moyens de structuration d'un groupe professionnel consiste en la création d'un Ordre qui lui soit propre et qui soit vecteur de l'épanouissement de sa spécificité. C'est ce qu'ont réalisé les professions libérales : médecins, pharmaciens, dentistes, sages-femmes, notaires, avocats, etc.

« Les ordres professionnels dont se sont dotées les professions libérales pour défendre et réguler leur juridiction sont souvent considérés comme la forme collective typique, comme le mode d'institutionnalisation de référence des groupes professionnels. » (Demazière, Gadéa, 2009, p.443)

Créé en 2006, l'Ordre National Infirmier (ONI) a été longtemps critiqué par les professionnels. Il a également été plus récemment désavoué par le Ministère, qui pensait même à sa suppression.

Un article publié dans le Journal International de Médecine précise sa position :

« Depuis son arrivée au ministère, Marisol Touraine n'a jamais caché sa faible considération pour l'Ordre infirmier. On se souvient par exemple qu'elle avait déclaré dès l'automne 2012 qu'à ses yeux cette instance n'avait pas trouvé sa place au sein de la profession et qu'elle avait défendu l'idée d'une "adhésion facultative". Après avoir plus rarement abordé le sujet au cours de l'année écoulée, Marisol Touraine y est revenue récemment et a confirmé ses positions. A l'occasion des journées organisées par la CFDT santé sociaux, le 14 février, le ministre a en effet indiqué que le député PS Annie Le Houérou allait déposer prochainement

une proposition de loi visant à rendre l'adhésion à l'ordre facultative et qu'elle projetait de soutenir ce texte. » (Crébat, 2014)

Les choses s'apaisent à la fin 2015. Voté en première lecture à l'Assemblée Nationale, puis refusé par le Sénat, l'amendement supprimant l'Ordre infirmier a été rejeté le 28 novembre.

Mais l'Ordre infirmier peine à trouver une crédibilité et une légitimité chez les professionnels qui ne se sentent pas réellement concernés. L'adhésion, contrairement à celle d'autres pays européens, n'est pas exigée pour exercer. Les hospitaliers semblent considérer que le cadre de l'employeur et des syndicats est suffisant pour protéger leurs intérêts, et que seuls les libéraux nécessitent d'être fédérés. De plus, la cotisation annuelle était jugée excessivement élevée. Depuis 2015, elle a été abaissée à 30 euros, ce qui va peut-être faire évoluer le nombre d'adhérents.

Annie Le Houerou, député rapporteur des amendements visant à supprimer l'ONI ou à en modifier les missions s'exprime ainsi : « [que L'ONI] ne fait toujours pas consensus, qu'il n'est pas représentatif de la profession et qu'il continue à créer des tensions au sein d'une profession qui aurait besoin de se rassembler. »

Fin 2015, « [...] parmi les quelque 600 000 professionnels recensés – le chiffre est difficile à évaluer précisément –, environ 177 000 personnes sont inscrites à l'ordre, sans être nécessairement adhérentes, à jour de leur cotisation. »

Nous avons vu supra, au début de cette thèse, que la création d'un ordre fait partie des étapes de la professionnalisation d'un métier. Mais le groupe professionnel infirmier en mesure-t-il l'intérêt ? D'autres étapes sont peut-être nécessaires pour fonder une convergence de vue entre les infirmiers, divisés du fait d'une segmentation intense.

5.5. Une unité en construction ?

La solidarité est à l'œuvre dans le quotidien des infirmiers. Cette solidarité est pointée par Madame Le Houerou : « La DREES note également une amélioration dans les relations interprofessionnelles. Ainsi, 93 % des salariés des hôpitaux déclarent être aidés par leurs collègues en cas de travail compliqué. Tout n'est donc pas si noir... » Par contre, lorsqu'il s'agit de se détacher du niveau micro de l'activité professionnelle, pour regarder le niveau macro du territoire, cette solidarité est moins lisible.

Le nombre d'organismes représentant les infirmiers est le reflet de la grande segmentation de la profession. Les organisations professionnelles IADE, IBODE et PUER s'apparentent, non pas à des syndicats, mais à des ordres infirmiers de spécialité.

En 2016, la Confédération Nationale Infirmière (CNI) parvient peu ou prou à fédérer une partie des quarante syndicats, associations et groupements infirmiers. Ils seront 16 signataires du communiqué de presse de la mobilisation du 8 novembre 2016 :

- Syndicats d'IDE salariés : CNI, SNICS, SNIES, SNPI.
- Syndicats l'IDE libéraux : FNI, SNIIL, Convergence infirmière, SNIPUERLIB.
- Organisations professionnelles IADE : ANEIA, CEEIADE, ANIA.
- Organisations professionnelles IBODE : AEEIBO, UNAIBODE.
- Organisation professionnelle PUER : ANPDE.
- Syndicats étudiants : UNIDEL, FNESI.

Les organisations infirmières se réunissent. Un précédent avait déjà eu lieu au printemps 2015. Les professionnels infirmiers sont-ils en voie de faire reconnaître leurs difficultés à accomplir leur mission auprès du public ?

6. Les étudiants

Un rapport DREES publié le 03 novembre 2016, effectue un état des lieux des étudiants en formation en 2014. Les étudiants en formation infirmière étaient 28 500 en 2004. Ils sont 30 996 à la rentrée 2016. Ce sont des femmes pour l'essentiel (83%), la part des hommes ayant pris plus de 4 points en dix ans. Un tiers (32%) des élèves de première année a effectué une formation préparatoire. Un autre tiers a exercé une activité professionnelle avant son entrée en IFSI. Un cinquième d'entre eux est représentée par des promotions professionnelles de grades inférieurs, aides-soignants majoritairement. Leur moyenne d'âge est plus élevée que celle des autres professions paramédicales. Ils sont issus de milieux sociaux très divers, des cadres et médecins aux employés, ouvriers, agriculteurs... 94 % d'entre eux sont titulaires du baccalauréat. Ce diplôme est à plus de 80 % obtenu dans d'autres filières que celle du baccalauréat scientifique général. 22% d'entre eux ont du changer de région pour effectuer leur formation. La moitié des élèves infirmiers reçoit une aide financière pour leurs études, contre un tiers des élèves des autres formations paramédicales de même niveau.

6.1. Une revendication pour l'université

Les nouvelles cohortes étudiantes n'ont pas conscience des modifications qu'a connu la formation initiale infirmière depuis 2009. Souvent, la reconnaissance universitaire de leur qualification leur importe, et ils peinent à comprendre de ne pas disposer des mêmes avantages que les étudiants des pôles universitaires. Leurs syndicats, telle la FNESI, œuvrent dans le sens de l'acquisition de ces avantages. Suite au mouvement social du 8 novembre 2016, la bourse des étudiants infirmiers devrait être alignée sur celle des étudiants à l'université. (Déclaration d'un Directeur de cabinet du Ministère, le 10 novembre 2016)

Les étudiants infirmiers sont avides de reconnaissance et impatients d'être traités comme tout étudiant, quelque soit la discipline universitaire concernée. Il s'agit là, peut-être, de la conséquence de la masculinisation de la profession, de la modification des motivations des étudiants en soin (ce que l'on peut constater lors des entretiens des concours d'entrée en IFSI), et aussi de changements sociétaux plus larges et profonds.

6.2. Des inquiétudes pour l'emploi

Le magazine en ligne *Infirmiers.com* a mené une enquête du 5 décembre 2014 au 20 janvier 2015, pour faire le bilan de l'emploi des infirmiers diplômés d'État en France. Plus de 2.500 personnes ont répondu à l'enquête. Plus de 12% des infirmiers n'ont pas d'emploi, et 25% sont en contrat à durée déterminée (CDD).

« Le temps du plein emploi semble révolu », s'inquiète sur le site *espaceinfirmiers.com*, le 23 janvier 2013, la Fédération nationale des étudiants en soins infirmiers, dans un état des lieux de la formation et de l'emploi infirmier. » (Caroline Coq-Chodorge, 2013)

Selon un rapport de la DREES réalisé en 2011, « [...] les effectifs infirmiers devraient croître à un rythme moyen de 1,2 % par an d'ici 2030. Cependant, les difficultés d'emploi récentes, et les conditions de travail délétères obligent à se questionner sur le devenir de la profession ». (Trentesse, 2016)

Un article de La Nouvelle République en ligne en date du 15 juillet 2013 exprime des possibilités d'embauche à l'international pour les diplômés infirmiers, dans un article intitulé *100% de réussite à l'institut de soins infirmiers de Thouars*.

« En France, dans certaines régions, le taux moyen des infirmiers-infirmières sans emploi se situe à 25 %. "Pour lutter contre cet obstacle, le niveau de licence acquis formellement depuis cette année (il intègre aussi la promotion précédente) " permet d'ouvrir les portes de l'Europe, soit une population de 500 millions d'habitants", a indiqué André Razafindranaly, directeur du centre hospitalier nord Deux-Sèvres. Les infirmiers et infirmières peuvent donc

exporter leur savoir-faire plus facilement dans les vingt-sept autres pays membres. » (Hérault, 2013)

Il reste à savoir si nos voisins européens sont désireux d'accueillir des infirmiers français et s'ils ne connaissent pas, eux aussi, des difficultés...

6.3. Des abandons en cours de formation

La profession infirmière reste attractive, mais nombre d'étudiants en soins infirmiers abandonnent en cours d'études. On relève en effet un écart de 16 % entre les quotas et le nombre de diplômés trois ans après durant la période 2012-2014. Le fait que toutes les places ne soient pas pourvues chaque année et les redoublements expliquent en partie cette déperdition. Cependant, d'autres facteurs sont à prendre en considération. La formation est réputée difficile et les témoignages d'étudiants maltraités, notamment sur les lieux de stage, ne manquent pas. 8% des étudiants abandonnent leur formation en fin de première ou de seconde année.

Les nouvelles méthodes désarçonnent dans un contexte de formation destinée à développer des compétences relationnelles. En témoigne ainsi cet extrait d'un article du Figaro en ligne du 10 octobre 2012.

« Cette rentrée universitaire a réservé une surprise aux étudiants infirmiers d'Aix-en-Provence. Une surprise dont ils se seraient bien passés. Pour les matières ne portant pas spécifiquement sur le métier d'infirmier, les cours ne sont plus assurés par un professeur... mais par un DVD! "Pour une profession qui prône l'humain et le contact, là, on en est carrément loin", s'indigne une étudiante. L'académie d'Aix-Marseille n'est pourtant pas la seule à agir de la sorte. Selon la Fédération nationale des étudiants en soins infirmiers (FNESI), 80 % des écoles d'infirmiers sont concernées. »

En juin 2012, pour la région de Paris-Ile de France, seuls 30% des étudiants furent présentables au jury final du diplôme. Ces données ne semblent plus d'actualité à plusieurs années de recul de mise en œuvre.

6.4. Un accompagnement en stage difficile

Les conditions d'accueil en stage sont parfois difficiles du fait des conditions de travail des personnels infirmiers. La charge d'un étudiant est un peu la *cerise sur le gâteau*. De plus, les contraintes du nouveau référentiel (portfolio, compétences,...) ne sont pas toujours comprises par déficit d'explications. L'absence de mises en situation professionnelles (MSP) et de notations des équipes infirmières déroutent. Les professionnels *ne se retrouvent pas* dans l'encadrement des nouveaux étudiants. Cela peut les conduire parfois à se montrer maltraitants.

« Maltraitance, harcèlement, humiliation... D'après une enquête de la FNESI, 12 % des étudiants peuvent témoigner de cas de suicides dans leur IFSI, et 7 % ont pensé à mettre fin à leurs jours durant la formation. » (Hight, 2015)

« De manière plus large, la Fédération nationale des étudiants en soins infirmiers (FNESI) a révélé que 44,61 % des étudiants estiment que "la formation est vécue comme violente dans la relation avec les équipes encadrantes" durant les stages. » (Trentesse, 2016)

6.5. Remise en cause des conditions d'accès aux professions paramédicales

Les facultés sont ouvertes à tous, ce qui signifie qu'il n'y a pas de concours d'entrée.

La culture infirmière prône une sélection avant admission, portant sur la culture générale, l'aptitude à la profession et la posture du futur étudiant. Les épreuves sont écrites et orales et permettent d'obtenir des quorums qui ne soient pas en risque d'échec ou de renoncement. Cette philosophie de pré-sélection s'avère toujours bénéfique depuis 2009 au vu des résultats des deux promotions sorties en 2012 et 2013, dont les résultats en terme de proportion de réussite sont comparables à ceux d'avant réforme. Selon le rapport DREES du 6 novembre 2016, le taux de réussite au jury final est de 94% en 2014.

Par ailleurs, le contexte économique tourne de nombreux jeunes (et moins jeunes) vers les professions paramédicales, sans vraie motivation, ce qui est un débat d'un autre ordre.

Les concours d'entrée de beaucoup d'IFSI se durcissent et deviennent plus difficiles à réussir sans réel travail de préparation et sans motivation personnelle forte.

Les étudiants se retrouvent au centre de toutes les difficultés. Leur formation est en effet répartie entre les IFSI, les universités, les lieux de stage. Les trois groupes de partenaires sont eux-mêmes en tensions internes et entre eux. Les premiers à pâtir de ces tensions sont bien les étudiants en soins infirmiers.

Conclusion

La relation particulière des sphères médicales et infirmières, la séparation des soins infirmiers en deux filières distinctes jusqu'en 1992, la réticence à un changement qui réactive des conflits peu ou pas exprimés dans le passé, la remise en cause de la légitimité des formateurs du fait de la délivrance aux nouveaux infirmiers du grade licence, créent un climat tendu à l'échelle du territoire national.

L'histoire de la profession infirmière fait perdurer de nos jours une extrême complexité des lieux d'exercice et des lieux d'enseignement infirmier. Les secteurs publics et privés qui co-participent au réseau de santé s'enchevêtrent, porteurs de logiques d'action antinomiques ou complémentaires, héritées de leur passé. La laïcisation du soin n'a pas aboli l'héritage de la culture religieuse. La filière psychiatrique continue de vivre selon ses traditions. Les tensions liées aux rôles propre et en collaboration perdurent et continuent d'être débattues, malgré un ancrage réglementaire et expérientiel de plusieurs décennies. La segmentation de la profession est dépositaire de ses vécus.

A tout le moins, la logique comptable qui gouverne les réformes est un facteur de déstabilisation des régulations antérieures et de reconfiguration des rapports entre les différents acteurs de la formation infirmière. Ils vivent le challenge de la création d'une nouvelle façon d'enseigner comme une épreuve. Les issues semblent singulières selon les positions et jugements spécifiques aux acteurs présents sur chacun des territoires.

La disparité des types de lieux d'enseignement, des contenus des formations reçues, des diplômes obtenus, conjuguée à la diversité des modes d'exercice professionnel, rendent difficile l'étude de l'effet de la réforme de 2009 à ce jour. En l'état du contexte et de la situation, aucune prospective globale n'est clairement lisible du fait d'absence de groupe de pilotage et d'accompagnement à l'échelon national.

L'étude de cas réalisée sur un territoire académique régional qui correspond aux universités de la capitale du territoire et de ses environs, et qui concerne onze IFSI de différentes natures, nous permettra de saisir la mise en œuvre concrète de la réforme de 2009 et des enjeux qui en découlent pour les parties prenantes. Le chapitre suivant décrit les spécificités du territoire étudié.

Chapitre 5

Un territoire et des accords

« Aussi, dans le cadre de la préparation au Diplôme d'Etat d'infirmier (DEI), et afin de permettre aux étudiants qui se sont inscrits dans cette formation à compter de la rentrée 2009 dans des instituts de la région [...], de se voir délivrer le grade de licence à compter de la session 2012, les parties à la présente convention sont convenues des dispositions suivantes : [...] » (Convention de partenariat et d'objectif, Instituts de formation en soins infirmiers, Universités, Conseil régional de la région, signée le 20 juillet 2010, p. 3)²¹

Introduction

L'organisation de la collaboration entre IFSI et universités a été réalisée en plusieurs étapes.

« Des formes nouvelles d'organisation du travail en commun ont dû être impulsées afin de permettre aux IFSI tout d'abord de travailler ensemble, puis avec les universités, les ARS et les Conseils régionaux. Dès 2009 sont créés des Groupements de coopération sanitaire au sein d'une même Académie²² (Convention constitutive du GCS-IFSI) relativement aux nouvelles circulaires du 26 juin (délivrance du grade licence) et du 9 juillet (conventionnement des IFSI) et de l'Arrêté du 31 juillet 2009 (diplôme d'Etat d'infirmier). Concrètement, la structure coordinatrice de l'enseignement est désormais, dans chaque région, l'université chargée de l'enseignement en santé (le plus souvent celle où siège la faculté de médecine). » (Kotobi, Bissières, Boucau et Niero, 2012, p. 225)

La signature des conventions régionales a été un pas décisif pour sceller les accords. Les régions précurseuses ont été Midi-Pyrénées, Limousin et Rhône-Alpes.

Nous concentrerons notre attention sur un territoire académique régional, que nous nommerons territoire 2.

Celui-ci correspond à quatre départements. Ce vaste territoire représente le double des deux autres territoires académiques régionaux réunis, sa densité démographique est faible et les espaces ruraux ou naturels sont nombreux et étendus.

Une carte, destinée aux membres du jury, est à consulter en annexe. Elle présente l'imbrication des territoires universitaires et des territoires de santé de la région. Elle illustre la superposition des zones d'influence et pose la problématique des enjeux de financement des collectivités locales en fonction des besoins en offre de soin et des ressources logistiques de formation.

« Le dialogue est ancien entre la médecine et la sociologie, l'anthropologie ou l'économie. Il remonte à l'Antiquité pour la géographie (souvenons-nous du traité d'Hippocrate Des airs, des eaux, des lieux), mais s'effaça devant la révolution pasteurienne.

Or la géographie revient en force à la fin du 20^e siècle et, en 2009, une loi française s'empare d'un de ses mots clés, le "territoire". Pourquoi ? Quels sont donc les apports de cette discipline ? La carte est une image forte de la discipline qui, toutefois, ne saurait se réduire à cette production. La géographie apporte son regard sur les lois de distance, de polarité, de flux, qu'elle a contribué à établir, sur les concepts et notions d'échelle, d'accessibilité, de réseau, de bassin, d'espace vécu, de dynamiques territoriales... Les circonstances sont on ne peut plus favorables à un dialogue entre santé et géographie. » (Amat-Roze, 2011, p. 3)

²¹ La région, les territoires académiques et les villes sont anonymisés pour le public. Le chapitre non anonymisé est disponible pour le jury.

²² En France, le terme « académie » correspond à un découpage universitaire du territoire. (NDA)

Le fait que la région vienne récemment de fusionner avec une région limitrophe apporte une nouvelle complexification des stratégies d'alliance. Nous ne reviendrons pas sur les contraintes budgétaires qui impliquent un gel des financements des structures de formation et d'enseignement depuis l'année 2013.

Nous nous recentrons sur la région qui nous intéresse, et plus particulièrement sur le territoire académique 2, siège de notre étude de cas qui a été réalisée en 2015, avant que le nouveau découpage régional ait une incidence sur les institutions et les personnes.

Une même convention a été signée en 2010 pour les trois territoires académiques de la région. Nous regardons qui sont les différents acteurs signataires de l'ensemble de la région et nous présentons les termes de la convention.

Puis, nous précisons la localisation géographique et les acteurs concernés par cette convention sur le territoire 2.

Nous décrivons ensuite l'historique des différentes collaborations dues à la signature de la convention.

Nous produisons quelques bilans et résultats.

Nous nous interrogeons sur les travaux en cours et les perspectives qui se dégagent.

1. La convention tri-partite régionale

Il s'agit ici de présenter succinctement ce qu'est la région et quels sont les signataires de la convention tripartite. Les principales mesures de la convention sont ensuite détaillées.

1.1. Qu'est-ce que la région?

La région, avant sa récente fusion, regroupe sept départements. Elle est la troisième région de France en terme de superficie, après la Guyane et Midi-Pyrénées. Il lui est associé un département du début du centre de la France.

Ses paysages et ses climats sont très variés : fruitiers et vignobles, pentes neigeuses, anciens terrils. La région est frontalière de deux pays européens. Sa population est de près de 6 400 000 habitants, ce qui en fait la seconde région la plus peuplée de France, après la région Ile-de-France.

Trois grandes métropoles sont situées dans la région. Nous les baptiserons Métropole 1, Métropole 2 et Métropole 3. Deux d'entre elles sont des métropoles au sens juridique précisé dans la loi MAPTAM (Métropole 2 et Métropole 3). Métropole 1 dispose d'un statut particulier, unique en France, dû à la fusion de la communauté de communes avec le département et à un redécoupage territorial.

Les distances sont importantes entre les différentes villes préfectures²³, distances accentuées par les difficultés liées aux zones de montagne et aux intempéries en saison froide.

Une carte de la région est présente en annexe pour les membres du jury.

1.2. Les signataires de la convention

La convention régionale est dite tripartite car elle concerne trois acteurs ou, plus exactement trois groupes d'acteurs : le Conseil régional, les IFSI, les universités.

1.2.1. Le Conseil régional

La région est un territoire autonome pour la gestion d'un certain nombre de postes d'activité. La loi du 13 août 2004, qui complète les textes antérieurs portant sur la décentralisation, a dévolu trois nouvelles compétences aux régions. Parmi celles-ci, nous trouvons la formation professionnelle, l'apprentissage et l'orientation (hors l'orientation scolaire et universitaire qui est du ressort de l'État). A ce titre, la région est responsable de l'élaboration de la politique et de la carte des formations professionnelles. Elle gère les lycées professionnels, finance les formations des demandeurs d'emplois, les bourses aux formations des métiers sociaux et paramédicaux, et l'apprentissage.

²³ Par exemple, environ 112 kms entre Métropole 1 et Métropole 2, environ 220 kms entre la préfecture du département 1 et celle du département 2. (NDA)

La loi NOTRe du 7 août 2015 complète les textes législatifs antérieurs, et ajoute des compétences destinées à permettre un meilleur ajustement des besoins et des ressources.

Le Conseil régional est l'assemblée délibérante de la région. Il est élu au suffrage universel et les dernières élections ont eu lieu en décembre 2015.

Le Conseil régional est financeur des IFSI. Le directeur de l'Institut régional des formations sanitaires et sociales Croix-Rouge régional s'exprime ainsi le 28 janvier 2013, lors d'une réunion organisationnelle d'un IFSI : « En ce qui concerne le Conseil Régional, le regard se fait plus fin, plus acéré par rapport aux besoins exprimés. Il faut plus compter sur une stabilité que sur un développement. »

1.2.2. Les IFSI

Tous les ans, en juin ou juillet, l'Agence régionale de santé (ARS) fixe le nombre d'étudiants. Le nombre d'étudiants infirmiers prescrit par l'ARS à la rentrée 2016 pour l'ensemble de la nouvelle région est de 3565 pour un total national de 30997. A la rentrée 2015, 2955 étudiants étaient admis en Rhône-Alpes, avec un total national de 30844.

En 2011, 3540 étudiants, pour un total national de 30846.

Les IFSI de la région sont au nombre de trente, et se répartissent ainsi :

3 dans le département 1 dont un privé et un de culture psychiatrique.

3 dans le département 2 dont un privé de culture psychiatrique.

2 dans le département 3 dont un privé.

5 dans le département 4 dont un de CHU, un privé et un de culture psychiatrique.

5 dans le département 5 dont un de CHU et un privé.

8 dans le département 6 dont un de CHU, trois privés et un de culture psychiatrique.

1 dans le département 7.

3 dans le département 8 dont un privé.

Parmi ces IFSI, trois sont attachés aux CHU des trois métropoles régionales.

Neuf IFSI, dont trois dépendant de l'IRFSS Croix-Rouge, sont privés.

Quatre IFSI sont de culture psychiatrique et adossés à des établissements spécialisés en santé mentale. L'un d'entre eux est privé.

Les IFSI privés sont affiliés au Groupement des IFSI Privés à but Non Lucratif de la région (GIPNL).

Tous les IFSI sont membres du Groupement de coopération sanitaire (GCS) des IFSI régionaux.

La liste nominative des IFSI est présente en annexe pour les membres du jury.

1.2.3. Les universités

Seules les universités comportant un pôle de médecine-pharmacie sont signataires de la convention.

Il s'agit de :

L'université des sciences – Métropole 1 (territoire académique 1).

L'université des sciences – Métropole 2 (territoire académique 2).

L'université des sciences – Métropole 3 (territoire académique 3).

Les 3 universités de la région fonctionnent différemment. Nous en verrons les conséquences sur l'harmonisation des apports à la formation infirmière sur les trois territoires de la région.

1.3. La convention

Elle a pour but d'associer, selon une logique de proximité territoriale, les IFSI de la région aux facultés de médecine-pharmacie. Elle s'appuie sur la circulaire du 9 juillet 2009 relative au conventionnement, et formule dès son premier article, ainsi que rappelé lors du bilan réalisé lors du congrès du SIDIEF de Bruxelles en 2013, les bases d'une collaboration : « Les universités, signataires de la convention, permettront la réalisation en co-construction avec les IFSI, d'enseignements universitaires correspondant notamment aux UE contributives. » La convention figure en annexe pour les membres du jury.

1.3.1. La prescription de convention est liée au grade licence

La convention tripartite, en page 3, mentionne que la logique est celle de l'obtention du grade licence qui implique « que l'ensemble des établissements de santé publics et privés, supports d'un IFSI, et les IFSI dotés de la personnalité juridique, passent convention avec la région et les universités, ces dernières étant coordonnées par les universités disposant d'une composante de formation en santé. »

Cela signifie par ailleurs que les universités de médecine-pharmacie sont pilotes pour l'ensemble des universités du territoire académique. Ceci est à interroger dans le contexte des regroupements des universités.

1.3.2. Des enseignements universitaires

Les universités s'engagent à une co-construction avec les IFSI des enseignements universitaires correspondant aux unités d'enseignement (UE) contributives dans les disciplines des sciences humaines et sociales et du droit, et des sciences biologiques et médicales.

Il convient de remarquer ici que la troisième composante de la formation infirmière, les sciences infirmières, ne figure pas dans les disciplines concernées par la collaboration car n'ayant pas d'existence académique.

L'anglais, élément important de la formation qui court sur les six semestres, n'est pas mentionné.

La convention confirme le rôle de supervision des facultés de médecine-pharmacie pour l'ensemble des interventions universitaires, y compris celles relevant des sciences humaines.

Les IFSI s'engagent quant à eux dans un partenariat avec les universités en ce qui concerne ces UE contributives.

Et le Conseil régional, comme précisé en page 4 de la convention, s'engage à participer financièrement aux surcoûts engendrés par les enseignements universitaires destinés aux IFSI « dans la limite de la compensation apportée par l'Etat, à participer au financement des surcoûts engendrés par la réforme de la formation en soins infirmiers... »

1.3.3. Des intervenants universitaires

Il est entendu que les intervenants seront soit des personnels des universités, soit des intervenants habilités par l'une ou l'autre des universités. Ces habilitations peuvent concerner des praticiens hospitaliers ou des personnes recrutées en raison de leurs compétences par les IFSI sur les UE contributives. La référence aux sciences humaines n'est pas lisible dans cette prescription présente dans l'article 2 du titre I de la convention.

Le postulat, spécifié en page 6 de la convention, est d'homogénéiser les intervenants universitaires non seulement sur chacun des trois territoires académiques, mais aussi de créer, à terme, « une base de données inter-universitaire des enseignants habilités. »

1.3.4. Des formateurs habilités ?

Un passage de l'article 2.2, en page 6 de la convention, est abscons. Il concerne la possibilité, pour les formateurs des IFSI, d'être agréés par les universités. En voici l'intégralité :

« Le caractère professionnel de la formation essentiellement dispensée par les professionnels en institut et sur les terrains conditionne la répartition du temps accordé aux formateurs habilités par les universités dans le souci d'assurer un enseignement de même qualité. »

Cela signifie que des formateurs seraient éventuellement habilités, mais les modalités ne sont pas précisées, et les disciplines concernées ne sont pas indiquées. Que signifie, de surcroît, « la répartition du temps accordé aux formateurs » ? Que ce temps ne doit pas être trop important, au risque de ne pouvoir dispenser « un enseignement de même qualité » entre IFSI disposant d'universitaires à proximité et ceux qui en sont éloignés ? La suite du texte n'apporte pas d'éclaircissement sur un des sujets de questionnement qui perdurent en 2017.

1.3.5. Une collaboration universités/IFSI

La mise en œuvre des enseignements universitaires, toujours en page 6, est déterminée par chaque université avec les IFSI de son périmètre. « Sont en particulier définis, soit de manière collégiale, soit au cas par cas avec chaque IFSI, les modalités et les contenus des enseignements ainsi que des évaluations. »

Nous voyons ici que la mise en œuvre de la collaboration est très imprécise, selon les différentes interprétations possibles de ces dispositions très floues. Cela rend compréhensible certains aspects de la controverse nationale.

1.3.6. Rémunérations des intervenants universitaires ou habilités

Les modalités des rémunérations et indemnités des frais de déplacement des différents intervenants sont précisées, mais aucune référence de montant n'est indiquée. Lorsqu'il s'agit des enseignants statutaires de l'université, c'est-à-dire les personnels enseignants et hospitaliers des centres hospitaliers et universitaires (CHU), un budget prévisionnel semestriel est présenté par les universités aux IFSI partenaires. Ce budget est revu en fin de semestre en fonction du réel réalisé. Il est alors l'objet d'une facturation.

Cette disposition financière est elle aussi peu explicite. Certains IFSI s'acquittent de factures, d'autres pas, selon les doyens et les réseaux d'IFSI. A terme, le *marché* des IFSI est une ressource financière supplémentaire pour les universités.

Lorsqu'il s'agit des enseignants habilités par les universités, ils sont rémunérés directement par les IFSI.

1.3.7. Participation des universitaires à la formation dans les IFSI

Les universités participent à la vie scolaire des IFSI. Ils participent aux commissions d'attribution des crédits (CAC) qui valident chaque semestre les ECTS dévolus aux étudiants.

Les étudiants infirmiers peuvent, s'ils le désirent, bénéficier de certains services universitaires tels les centres de documentation, les activités sportives, la médecine universitaire, des activités culturelles et des informations. Est interrogée ici la distance qui sépare les IFSI des zones les plus reculées des territoires, des locaux universitaires des CHU. Tous les IFSI n'ont pas les mêmes possibilités de bénéficier des avantages universitaires.

Les étudiants infirmiers ont un statut hybride, ils ne sont pas vraiment considérés comme universitaires. Se pose en arrière plan le problème des frais d'inscription qui n'est pas à ce jour résolu, bien que la carte d'étudiant de l'université de référence soit délivrée depuis la rentrée 2016.

Les IFSI et les universités s'engagent par ailleurs à favoriser les programmes d'échanges européens, la mise en œuvre du dispositif Erasmus, par exemple.

1.3.8. Des poursuites d'études et des VAE

La convention précise, en page 9, la possibilité pour les infirmiers diplômés à compter de 2012 de l'accès « ...aux diplômes universitaires relevant des disciplines étudiées dans le cadre de la préparation du diplôme d'Etat en Soins Infirmiers. »

Lorsque l'on mesure le nombre des UE enseignées lors des trois années de formation, qu'il s'agisse du cadre des sciences humaines, des sciences médicales, sans même parler des sciences infirmières, cette mention est plus que sujette à interprétation.

En page 9 de la convention également, un dispositif de validation des acquis de l'expérience (VAE) est envisagé pour les infirmiers titulaires d'un diplôme antérieur à 2012, afin de permettre « la préparation d'un diplôme national de licence dans des domaines comme les sciences humaines et sociales ou les sciences de la vie par exemple... »

Les contenus et échéances ne sont pas clairement déterminés. Ils sont laissés à la libre appréciation des partenaires.

Enfin, les universités s'engagent à étudier la possibilité de mettre en place des formations de niveau

master, destinées aux formateurs des IFSI, permettant aux titulaires de master l'obtention de compétences spécialisées, ou aux personnels d'encadrement en soins infirmiers de compléter leur formation.

Ce passage est ambigu. Il ouvre la possibilité d'envisager une formation de cadre de santé à l'université. Il n'ouvre pas la possibilité nette de masters de spécialités infirmières. Parmi les formations qu'il est possible de mettre en œuvre, l'université de sciences humaines de Métropole 1 propose à compter de 2014 une procédure de VAE permettant aux formateurs expérimentés d'obtenir un master en sciences de l'éducation.

1.3.9. Un pilotage

Des évaluations du dispositif sont prévues à l'échelle interne des IFSI, régionale et nationale. L'évaluation nationale de l'Agence d'Evaluation de la Recherche et de l'Enseignement Supérieur (AERES) sera publique. Il est à remarquer que l'évaluation n'est pas prescrite dans le domaine des soins. A ce jour, aucun document collectant l'ensemble des expériences régionales n'a été produit. Ce qui laisse supposer que l'AERES n'a pu réaliser son évaluation nationale.

Une Commission spécialisée régionale est chargée de s'assurer du respect des objectifs et des engagements. Elle est composée du directeur de l'Agence régionale de santé (ARS), du président du Conseil régional, des présidents des universités, des représentants de la commission spécialisée du GCS régional et des représentants des IFSI du GPINL.

1.3.10. Dispositions diverses

La convention est signée pour une durée de cinq ans, renouvelable. La convention initiale a pris fin en juillet 2015 et a été renouvelée sous la même forme.

Le Conseil régional a un droit de regard sur tous les éléments de coûts financiers liés à l'application de la réforme.

C'est le tout CHU qui prévaut et les facultés de médecine-pharmacie des trois territoires sont chargées de coordonner l'ensemble des intervenants universitaires du pôle. On comprend peut-être mieux la difficulté des IFSI à obtenir la collaboration des facultés de sciences humaines qui ne souhaitent peut-être pas se trouver sous la tutelle des facultés de médecine-pharmacie. Le groupement universitaire territorial réalisé au 1^{er} janvier 2016 devrait permettre de clarifier les accords.

2. La convention sur le territoire académique

Il convient de présenter ici de quelle manière le territoire qui nous concerne, le territoire 2, est défini, au sein de la région. Quelles sont ses caractéristiques ? Il convient de présenter également les différents signataires de la convention présents sur ce territoire.

2.1. Le territoire

Le territoire académique 2 est très vaste et représente la moitié environ de la superficie régionale. Les distances, déjà évoquées plus haut, sont très importantes. Par exemple, environ 150 kms séparent les villes A et B, 160 kms séparent la ville C de la ville D, et 250 kms séparent la ville E de la ville F. Les villes en question comportent des IFSI qui, bien qu'éloignés géographiquement, sont liés par la convention régionale du territoire 2.

Les zones de montagne sont très nombreuses, non seulement dans les départements 7 et 8 mais également dans une grande partie des départements 2 et 3. De ce fait ces départements sont peu peuplés, l'activité est semi rurale avec toutefois des pôles urbains regroupant des activités du secteur secondaire et tertiaire.

Les transports sont bien développés, avec l'axe TGV proposant une gare dans le département 3. Les trains express régionaux (TER) desservent les axes est-ouest et nord-sud. Des zones restent enclavées, tels les départements 1, 7 et 8. De plus, les liaisons inter-régionales sont peu aisées par les transports en commun et le véhicule individuel s'impose souvent.

Métropole 2, chef-lieu du territoire 2, qui comptait un peu plus de 160 000 habitants en 2013, est la ville la plus peuplée et celle dans laquelle l'activité économique est la plus prospère.

Le grand territoire 2 présente une infinité de paysages et de modes de vie dus à la diversité des terroirs et des implantations agricoles et industrielles. Les besoins de santé diffèrent entre les villages reculés des départements 1 et 8, les villes moyennes de la vallée du département 3, l'agglomération de Métropole 2. La juxtaposition des cartes de territoires de santé et de territoires académiques peut être consultée en annexe par les membres du jury.

2.2. Les signataires du territoire

Nous avons présentés supra les différents partenaires de la convention pour l'ensemble de la région. Nous allons à présent nous intéresser aux partenaires sur le territoire 2.

2.2.1. La faculté de médecine-pharmacie

La faculté de médecine-pharmacie (FMP) a été créée en 1970 à Métropole 2. Elle s'inscrit dans la lignée de la faculté des sciences créée en 1810 par un mathématicien et physicien, ami de Champollion. Cette faculté des sciences s'inscrit dans une historicité plus ancienne puisque la première université de Métropole 2 date de 1339.

La FMP est également connue sous le nom d'université 1. Elle constitue le second centre scientifique français, après la région parisienne, et dispose de l'appui de nombreux partenaires locaux : CNRS, Ecole polytechnique, Laboratoire Européen de Biologie Moléculaire, Institut Laue-Langevin, Commissariat à l'Energie Atomique, European Synchrotron Radiation Facility, Institut de Radio Astronomie Millimétrique...

La FMP est répartie sur différents sites : le campus qui regroupe ses principaux bâtiments dans une commune mitoyenne de métropole 2, le centre ville de Métropole 2, une ville mitoyenne qui est siège du CHU et des unités de médecine-pharmacie, une antenne à la préfecture du département 3, le laboratoire CERMOSSEM dans le département 2, l'école de physique dans le département 8 et le jardin botanique, hors région, fondé en 1899.

Les disciplines enseignées par la FMP sont :

- La chimie et la biologie.
- L'informatique, les mathématiques et les mathématiques appliquées.
- La géographie et l'aménagement (Institut de géographie alpine).
- Le laboratoire PhITEM (Physique, Ingénierie, Terre, Environnement, Mécanique).
- La médecine.
- La pharmacie.
- Les activités physiques et sportives.

La faculté comporte cinq écoles doctorales. En 2015, elle compte environ 19600 étudiants.

Le décret du 11 septembre 2015 déclare la fusion de la FMP avec les deux autres universités de Métropole 2, l'université de lettres et langues et l'université de sciences humaines. La fusion prend effet au 1^{er} janvier 2016. La nouvelle entité adopte le nom d'université Métropole 2. Elle propose des formations initiales, professionnelles et continues dans les domaines suivants :

- Arts, lettres, langues.
- Droit, économie, gestion.
- Sciences humaines et sociales.
- Sciences, technologies, santé.

Les universitaires plus particulièrement concernés par la convention sont ceux des départements de médecine, de pharmacie et de biologie.

2.2.2. Les onze IFSI

Onze IFSI sont rattachés de fait à la faculté de médecine-pharmacie de territoire 2. Ils relèvent des départements 2, 3, 4, 7 et 8.

La liste ci-dessous précise les IFSI par département.

Département 2 :

IFSI du Centre hospitalier – Ville G

IFSI du Centre hospitalier – Ville H

Département 3 :

IFSI du Centre hospitalier – Ville A

IFSI Croix-Rouge – Ville I

Département 4 :

IFSI du Centre Hospitalier Universitaire – Métropole 2

IFSI Croix-Rouge – Métropole 2

IFSI du Centre hospitalier – Ville J

Département 7 :

IFSI du Centre hospitalier – Ville K

Département 8 :

IFSI de l'Hôpital privé – Ville L

IFSI du Centre hospitalier – Ville M

IFSI des Hôpitaux du ZZZ – Ville N

L'IFSI du Centre hospitalier de Ville O, situé au Nord du département 2 à proximité du département de territoire 3, est associé à la faculté de médecine-pharmacie de territoire 3. Les IFSI du Centre hospitalier de Ville P et l'IFSI du Centre hospitalier de Ville Q, situés tous deux au nord-est du département 4, à proximité de Métropole 1, sont associés à la faculté de médecine-pharmacie de territoire 1.

La logique départementale est laissée de côté pour faire place à une logique de territoire.

Les onze IFSI se répartissent ainsi :

- Sept IFSI ont un statut public. Quatre ont un statut privé.
- Un IFSI est attaché au CHU de Métropole 2.
- Six sont attachés à des établissements de soin publics.

Les IFSI adossés à des hôpitaux relèvent du secteur public hospitalier. Ils bénéficient à ce titre du soutien logistique et financier de celui-ci. Les formations ne sont pas payantes pour les étudiants, hors frais d'inscription dont le montant est aligné sur l'inscription universitaire (184 euros en 2016) auxquels s'ajoutent les frais de scolarité (entre 85 et 100 euros par année selon les IFSI).

Quatre IFSI sont privés, ou plus exactement *privés relevant du service public*. Deux sont attachés à des centres hospitaliers. Deux IFSI ne sont pas adossés à un établissement hospitalier : l'IFSI Croix-Rouge de Ville I, hébergé contre loyer par le Centre Hospitalier de Ville I et l'IFSI Croix-Rouge de Métropole 2.

Les frais de formation s'élèvent à environ 2000 euros par an pour ces IFSI privés. Cette somme est élevée mais reste très inférieure à celle demandée par certains IFSI : l'IFSI franco-britannique de Levallois-Perret facture 8500 euros par an aux étudiants.

Il est à noter également les frais occasionnés par l'accès au concours d'entrée : de 90 à 150 euros selon les IFSI.

Deux IFSI sont des anciens lieux de formation au Diplôme d'infirmier de secteur psychiatrique : l'IFSI de Ville K qui relève du secteur public et est adossé à un Centre Hospitalier spécialisé en psychiatrie, public, qui a fêté ses 100 ans en 2012 ; l'IFSI de Ville H qui relève du secteur privé et est adossé à un Centre hospitalier privé spécialisé en psychiatrie. La page d'accueil du site de l'IFSI le présente ainsi : « Ancien centre de formation des infirmiers psychiatriques,

L'Institut est empreint d'une culture de la relation au sujet, considéré comme une personne avec des ressources, des faiblesses et des projets. »

Les établissements issus de la culture psychiatrique continuent à affirmer leur spécificité.

Les deux IFSI Croix-Rouge sont membres de l'Institut régional de formation sanitaire et sociale (IRFSS) de la région. Les IRFSS ont été créés en 2007. L'IRFSS comprend quatre IFSI, situés à Métropole 1, Métropole 3 et Ville I, qui sont rattachés académiquement aux facultés de médecine-pharmacie de Métropole 1, Métropole 3 et Métropole 2. Un quatrième IFSI Croix-Rouge a été adjoint le 8 Mars 2013, celui de Métropole 2. Il est associé à la faculté de médecine-pharmacie de Métropole 2, puisqu'il se trouve lui aussi dans le territoire 2.

Ainsi, trois partenariats différents cohabitent dans une même organisation, l'IRFSS régional. Ceci démontre la difficulté d'homogénéiser les pratiques, au sein même d'une institution unique. La diversité des stratégies d'alliances est de mise.

2.2.3. Le Conseil régional

Cf supra.

2.2.4. Les partenaires associés, hors contexte de la convention

L'Agence régionale de santé (ARS) est un établissement public, autonome moralement et financièrement, placé sous la tutelle des ministres chargés de la santé, de l'assurance maladie, des personnes âgées et des personnes handicapées. Elle est amenée à intervenir dans les fonctionnements des IFSI (quotas des promotions, CAC, jury final du diplôme, etc.).

Les départements 2, 3, 4, 7 et 8 participent à certains des financements et à des organisations, par exemple dans le contexte du Groupement de coordination sanitaire (GCS).

Les communes des sites d'implantation des IFSI sont elles aussi parties prenantes. Elles peuvent être financeur de certains équipements et sont, en tous cas, partenaires.

Les structures de soin d'adossment exercent une autorité de tutelle administrative et financière.

Les lieux de stage sont des partenaires essentiels des IFSI. Ils sont situés dans les établissements de soin d'adossment et dans le territoire élargi, au sein de territoire 2 Ils peuvent aussi être situés hors de territoire 2, et même à l'étranger.

3. La mise en œuvre de la convention

Nous resterons centrés sur ce qui fait la collaboration entre les onze IFSI et la collaboration entre les IFSI et les universitaires : l'application des injonctions du référentiel, en ce qui concerne l'universitarisation des études infirmières via la convention de 2010. Les autres collaborations sont posées en IV^{ème} partie du présent chapitre.

3.1. Historicité

Lors d'un entretien réalisé le 6 décembre 2012, la Directrice de l'IFSI de Ville K, présidente intérimaire du CEFIEC régional, nous présente un résumé des premières années de mise en œuvre de la collaboration entre les onze IFSI du territoire et la FMP.

3.1.1. Le tout début

Le travail avec les universitaires date de Février 2010. Une convention a été signée le 20 Juillet 2010. Une première réunion a lieu en février 2010, à l'initiative de la FMP. Il y est décidé de travailler ensemble, essentiellement en ce qui concerne les unités contributives médicales (biologie, pharmacologie, anatomie et physiologie). Des groupes de travail sont créés. La coordination est assurée par la directrice de Ville K et un administrateur de l'université, ainsi que par deux enseignants universitaires pour chacune des unités d'enseignement (UE) concernées.

En mars 2010, a lieu une réunion des directeurs des onze IFSI du territoire. Il est convenu par consensus d'une mutualisation des moyens et des ressources, après débat sur l'opportunité de travailler sur certaines unités d'enseignement (UE) : 5 IFSI sur l'UE 2.11 (pharmacie) et 6 IFSI sur les

UE 2.1 et 2.2 (biologie et anatomie-physiologie). Les cours des enseignants seront disponibles sur la plateforme *Learneos* et/ou sur DVD. Des séminaires seront organisés une fois par an pour permettre aux étudiants de rencontrer les enseignants universitaires, à raison de une demi-journée de séminaire pour chacune des cinq UE (3 en pharmacologie, 1 en biologie, 1 en anatomie-physiologie). Un bilan est fait des travaux effectués par chacun des IFSI pour les UE concernées. Les UE sont délimitées et les contenus quelque peu cernés. La répartition du travail à venir est effectuée et la méthodologie est posée.

3.1.2. Les premières années

Des réunions ont lieu cinq à six fois par année scolaire en 2010-2011 et 2011-2012, réunissant représentants des onze IFSI et enseignants universitaires auteurs de cours enregistrés, disponibles sur plateforme et sur DVD, selon les ressources des IFSI.

Il est décidé d'effectuer des évaluations communes (initiales et rattrapages) et de construire pour cela des bases de données communes. Les épreuves de ces évaluations sont validées par les enseignants universitaires. Les pharmaciens décident du contenu des évaluations.

De juillet 2012 à juillet 2014, le rythme de travail reste soutenu. Trois groupes de travail se sont définis de manière plus lisible, chacun concernant les onze IFSI : un groupe pour les UE 2.11 S1, 2.11 S3, 2.11 S5, un groupe pour l'UE 2.1 S1, un groupe pour l'UE 2.2 S1.

Chaque groupe a son référent, une des directrices des IFSI de Ville K et Ville H, et son rythme de réunions. Des bilans généraux sont effectués tous les six mois.

Les évaluations mutualisées sont entérinées pour l'année scolaire 2012-2013 pour l'UE 2.1 et une partie de l'UE 2.11. La 2.2 est quasi finalisée en terme d'apport de contenus par les universitaires, seule la fonction digestive reste indisponible avant 2013-14.

3.1.3. Des premiers bilans

En ce qui concerne l'UE 2.1, il est possible d'effectuer un bilan depuis 2010-2011. La première année fut une année test. Des réajustements ont été effectués en terme de contenus car les premiers apports étaient *stricto sensu* ceux de la première année de médecine (PACES).

Les évaluations de ces apports ont été effectuées lors des réunions, en plus de l'appréciation des résultats des étudiants, en difficulté extrême sur cette UE.

L'aspect positif est que les cours sont tout prêts, et ne nécessitent aucun travail de la part des formateurs des IFSI, si ce n'est d'apprendre eux-mêmes les contenus pour pouvoir assurer les TD d'accompagnement.

Les difficultés se situent par rapport aux niveaux scolaires disparates des étudiants, l'utilisation des outils informatiques, l'impératif de délimiter les contenus et de les reposer à plat en fonction du contexte de formation infirmière et les difficultés supplémentaires rencontrées par les étudiants de filière 2 (aides-soignants en promotion professionnelle), qui nécessitent un accompagnement spécifique.

Ces remarques peuvent être étendues aux autres UE, bien qu'elles n'aient démarré qu'avec un décalage pour ce processus de collaboration, l'UE 2.1 étant l'UE test.

Après une seconde année scolaire et les réajustements effectués lors de celle-ci, l'ensemble est stable, pertinent, partagé. Les évaluations se sont déroulées de façon satisfaisante en 2011-2012, avec un taux d'échec moindre, les contenus ayant été remaniés et étant plus adaptés.

Pour les étudiants, 2010-2011 a été très difficile car ils n'ont eu accès aux cours que mi-novembre, pour une évaluation en janvier, à la fin du semestre.

En 2011-2012, beaucoup d'ajouts ont été effectués, parfois un peu confus (UE 2.2).

L'année 2012-2013 est plus satisfaisante car les cours sont arrivés très tôt (dès le mois d'Août). Par ailleurs, l'accompagnement par les formateurs est plus efficient.

3.1.4. Des perspectives

La légende des *vilaines UE*, ainsi que les nommaient les formateurs responsables des unités contributives médicales, relayant le discours des étudiants, commence à se dissoudre. Il est envisagé

de travailler dans les mois qui viennent sur les TD, afin de mettre en commun les différentes approches des IFSI. Et de continuer à travailler avec les enseignants universitaires pour l'amélioration des contenus. Les formateurs des IFSI prennent le relai des cours magistraux enregistrés pour proposer des TD permettant aux étudiants de faire le lien avec la pratique infirmière.

« Il nous suffit d'illustrer les cours magistraux des unités contributives, avec un regard infirmier, au travers de situations de soins et nous sommes tout à fait compétents pour le faire. » (Homerin, 2012, p. 62)

S'il était difficile de partager au début, chaque IFSI tenant à son *pré carré* et défendant ses savoirs-faire jalousement, une évolution s'est effectuée durant ces trois ans et un réel travail de collaboration est visible.

L'exemple de cette collaboration fait émulation auprès des deux autres territoires universitaires régionaux (territoires 1 et 3) qui ont également conclu des conventions avec les universités et commencé à mutualiser leurs ressources.

Nous venons de montrer ici une photographie réalisée en fin 2012 grâce à l'entretien réalisé avec la directrice de l'IFSI de Ville K, réajusté en 2013. L'enquête réalisée en 2015 permettra de continuer cette histoire de la mise en œuvre en territoire 2.

3.2. Stratégies

Les premiers temps de la mise en œuvre de la réforme ont abouti à des stratégies propres à chacun des partenaires ou partagées entre eux. Le panorama à observer est complexe.

3.2.1. Un appui théorique et méthodologique

Les IFSI du territoire ont opté ou non pour un appui théorique en soutien à la construction du projet et de l'ingénierie pédagogiques.

A l'IFSI de Ville I, au printemps 2011, l'ensemble de l'équipe pédagogique part à Nîmes pendant deux jours pour travailler avec Guy Le Boterf. Il s'agit de traduire le nouveau référentiel en terme de stratégie pédagogique. Il ressortira de ces travaux une proposition, concrétisée par un tableau A3 distribué à chaque formateur. Ce tableau décline les 10 compétences au fil des trois années de formation dans une logique de progression transversale, de l'initiation à la maîtrise. L'IFSI de Métropole 2 qui a rejoint le réseau Croix-Rouge en mars 2013, s'inspire lui aussi de cette approche.

Les neuf autres IFSI du territoire ont fait des choix qui sont en adéquation avec leur culture et leur vision de la formation infirmière.

Le fait que les IFSI ne fassent pas un même choix de théorie et de méthodologie d'approche par les compétences explique les différentes constructions des projets pédagogiques, et les différentes mises en œuvre du référentiel.

3.2.2. Exemple d'application des prescriptions d'heures universitaires

Comment prendre en compte le quota d'heures exigé par le nouveau référentiel : 400 heures sur 2100 heures au total d'enseignement délivré par des universitaires :

Au sein de l'IFSI de Valence, les heures réalisées par les universitaires se répartissent ainsi en 2012 :

100h sur 231h de CM en 1^{ère} année

15h sur 118h de CM en 2^{nde} année

30h sur 116h de CM en 3^{ème} année

Il est loisible de constater que répondre aux prescriptions du référentiel n'a pas pu être réalisé en quelques années, mais qu'il s'agit bien d'un processus long et complexe.

3.2.3. Les UE contributives mais pas que...

Le 6 mai 2013, a lieu à la FMP, une réunion entre des représentants des onze IFSI et des universitaires. La FMP se confirme partie prenante pour les UE contributives (pharmacie, biologie, cycles de la vie et, à compter de la rentrée 2013, processus).

Il est rappelé que pour la reconnaissance universitaire des études infirmières, 70% des CM des unités contributives médicales doivent être assurés par des universitaires, soit 21 h sur les 30 h de chacun des processus

La FMP se dit également très intéressée par l'enseignement de la méthodologie de recherche. Les IFSI ne veulent pas *lâcher* sur ce point. Certains d'entre eux, situés à proximité du site universitaire, se déclarent volontaires pour des projets de recherche-action au sein du CHU, en collaboration avec des universitaires maîtres de projet.

3.2.4. Accès aux cours enregistrés

Les IFSI du territoire sont connectés à la plateforme *Learneos*, grâce à laquelle ils interagissent avec les étudiants, et sur laquelle sont disponibles des cours enregistrés par les universitaires. Seuls les deux IFSI Croix-Rouge (Métropole 2 et Ville I) disposent d'une autre plateforme, *Dokeos*. Pour cette raison, les cours enregistrés sont délivrés aux étudiants sur DVD.

A partir du 15 septembre 2010, 31 cours sont sonorisés pour les trois UE contributives médicales, hors processus. Les TD en présentiel sont assurés par les formateurs pour les explications et la mise en liens avec le métier infirmier. Un séminaire semestriel est proposé pour chacune des 3 UE (donc 3 pour la pharmacie, qui est présente sur les trois années de formation)

Pour les UE 2.1 et 2.2, les stratégies pédagogiques sont très différentes d'un IFSI à l'autre même si les contenus des cours sont identiques, les séminaires sont identiques et les évaluations sont identiques.

Chacun des IFSI met sa patte, donne son ton et son style, en fonction de ses moyens et de ses habitudes de fonctionnement, de ses priorités et de ses choix pédagogiques, malgré l'apparente homogénéité des contraintes et des process (dates communes des évaluations, contenu commun des évaluations, DVD unique pour tous, plateforme unique pour relayer...)

3.2.5. Des enjeux financiers

L'ancienne directrice de l'IFSI de Ville I, lors d'un entretien réalisé le 7 novembre 2012, relate une rencontre qui a eu lieu le 9 Octobre 2012 entre les administratifs, les professeurs de la FMP et les directeurs des onze IFSI du territoire 2.

Le climat a été perçu comme tendu. La disposition de la salle favorisait l'« opposition » et non la collaboration, de par les distances entre les interlocuteurs.

Il n'a pas été ce jour question de pédagogie. N'ont été évoqués ni le contenu des apports des universitaires, ni les moyens pédagogiques sous-tendus par les disciplines concernées.

Le débat a principalement tourné autour des aspects financiers. Le service administratif chargé de délivrer le document *grade licence* aux infirmiers diplômés à compter de 2012 a expliqué que la faisabilité « posait problème ». Le chargé des services économiques de la FMP a fait observer que cela se répercutait en termes financiers et que les IFSI seraient amenés à déboursier une somme non encore fixée à ce jour.

(Plus tard, en 2013, la liste des étudiants infirmiers est chargée dans le logiciel APOGEE pour l'attribution du grade Licence. Il a été présenté aux IFSI la facture des frais de recrutement d'une secrétaire affectée à la délivrance du diplôme de grade Licence. Ainsi que les frais divers (documents, téléphone, mail, etc.) Ce qui a impliqué pour les IFSI de solliciter une augmentation de leur subvention de fonctionnement.) (NDA)

Par ailleurs, l'accès aux services universitaires (CROUS pour restauration et emplois, consultations médicales, aides aux logements et aux transports, Centre de Documentation, etc.) a également provoqué une polémique. La FMP réclame que 180 euros par étudiant lui soient versés pour l'accès à ces services. Ce qui sous-entend, si cette demande est mise en œuvre, des gros soucis d'équilibre budgétaire pour la majorité des IFSI.

Depuis 2009, les onze IFSI du territoire cotisent à concurrence de 20 euros par étudiant de première année auprès d'une association universitaire, ce qui leur ouvre accès au Crous de la FMP et de la

faculté de sciences humaines de Métropole 1, et 26 euros par visite médicale des étudiants de seconde année.

En 2016, les étudiants s'acquittent de 184 euros par an de frais d'inscription universitaire.

3.2.6. Des baisses de subvention

En 2013, les subventions sont à la baisse, pour tous les instituts. Baisse également en 2014, gel en 2015 et 2016. Il est demandé aux formateurs de *faire attention* aux salaires des vacataires par rapport à la diminution des subventions. Cette baisse ne doit pas être répercutée sur les étudiants. Les frais annuels qui leur sont demandés dans les IFSI privés contribuent à compenser le déficit des financements publics. Les IFSI publics n'ont pas ce problème, et de ce fait, il n'y a pas d'équité entre les IFSI. Même si, en 2012, les financements du public ont été rabotés pour pouvoir donner suffisamment au privé. Valence fait partie des IFSI les plus chers de France.

3.3. Résultats

Les universités ont mis en place des enseignements, des dispositifs d'évaluation. Elles ont concrétisé leur partenariat et leurs conventions avec les IFSI par la production de cours magistraux enregistrés disponibles sur DVD ou plateforme, par des rencontres régulières, par des séminaires calqués sur ceux en vigueur dans les facultés de médecine-pharmacie. Les évaluations sont également proches des modèles de ces facultés (QCM, QROC). Les formateurs des IFSI ont été amenés à temporiser et plaider la cause d'autres méthodes d'enseignement et d'évaluation, nombre d'entre eux ayant une formation aux sciences de l'éducation et étant heurtés par les méthodes pédagogiques des médecins et pharmaciens.

Ce lent travail d'acculturation réalisé sur le territoire 2 a été choisi comme modèle pour les territoires 1 et 3. Mais les mises en œuvre sont encore hésitantes. Une formatrice de l'IFSI de Ville I s'exprime ainsi le 25 septembre 2015 :

« [Les formateurs de] [...] ont les DVD de [la FMP] depuis la rentrée 2015 pour les 2.1 2.2 et 2.11 mais... ils ne savent pas s'en servir et même ils ne s'en servent pas car ils ne se sont pas approprié les contenus. Par exemple, ils réunissent les étudiants dans une salle pour visualiser le DVD. De plus, ils ne comptent pas suffisamment les heures consacrées à la e-formation, ce qui met les étudiants en difficulté... Les IFSI ont de plus peur d'être dépossédés de leur transmission, de leur pouvoir, par les universitaires et du fait de l'universitarisation. Donc : ils freinent ! »

4. Les autres accords et collaborations, hors convention

En dehors de la collaboration entre les IFSI et la FMP pour l'enseignement des unités contributives relevant des disciplines biologique et médicale, d'autres relations se sont tissées ou ont évolué du fait de la réforme de 2009. Il est intéressant de constater qu'au delà de la convention signée entre les onze IFSI du territoire existent, pour chacun des IFSI de territoire 2, une multitude de partenariats, majoritairement suite à des accords liés sur les terrains géographiques de proximité et en lien avec l'histoire des IFSI. Le Groupement de coopération sanitaire (GCS) créé en 2010, année de la signature de la convention tri-partite, resserre les liens entre les IFSI du territoire.

4.1. Des partenaires universitaires... ou pas

Les IFSI du territoire 2 collaborent avec des universitaires qui ne sont pas tous situés sur le territoire. Certains enseignants disposent d'un statut non clarifié.

En ce qui concerne les autres unités contributives, celles relevant des sciences humaines, la mise en œuvre est plus lente à se réaliser. Historiquement, peu d'échanges existent avec l'université de sciences humaines de Métropole 2. C'est pourquoi les IFSI font appel à des universitaires de Métropole 1, Marseille, Aix... et même Paris, pour les cours de droit, de philosophie, de psychologie, d'anthropo-sociologie.

Les praticiens hospitaliers locaux intervenaient avant la réforme et continuent à intervenir dans les zones géographiques éloignées de Métropole 2. Nous ne savons pas s'ils sont tous habilités, ainsi que

le prévoit la convention.

Des psychologues cliniciens interviennent également, qui ne sont pas enseignants en université. D'autres enseignants appelés par les IFSI, pour les unités de sciences humaines ou pour l'anglais, ne sont pas non plus enseignants universitaires. Pour eux aussi se pose le problème de l'habilitation.

Enfin, dans tous les IFSI certains formateurs disposent d'une expertise dans une des disciplines concernées et sont, par exemple, titulaire d'un DU d'éthique, d'une licence de droit, d'un master de philosophie... Là encore, quelle est leur légitimité ?

4.2. Des groupes de travail inter IFSI

Le fait de se rencontrer pour construire ensemble les enseignements des UE contributives via le média de l'université, a permis d'établir des relations nouvelles entre les formateurs des IFSI. Au-delà des échanges et des dialogues, des travaux communs se réalisent depuis cinq ans. Deux groupes de travail mis en place en juin 2009 ont élaboré pour un groupe une maquette de *livret d'accueil et d'encadrement* à l'attention des étudiants et pour l'autre groupe *la charte d'encadrement*. Ces groupes ont été initiés par la concertation inter-IFSI et ont associés les professionnels de proximité.

D'autres collaborations ont lieu entre IFSI :

- Mutualisation des trames de TD des unités contributives médicales par création d'une banque de données.
- Mutualisation des évaluations formatives.
- Groupes de travail divers (recherche, situations simulées,...).
- Modèle de convention de stage commun pour les IFSI de Métropole 2.

La mutualisation et la collaboration avec les IFSI de proximité ont été amplifiées du fait des rencontres occasionnées par l'universitarisation. Par exemple, les IFSI de Ville G et de Ville I pour la mutualisation des stages qualifiants, l'échange sur les projets pédagogiques, le partage sur les pratiques d'évaluation, la mise en commun d'outils pédagogiques (simulation). Une mise en place de collaboration avec l'IFSI de Ville H a été initiée.

4.3. Des accords entre IFCS et universités

Les professionnels infirmiers de territoire 2 désirant effectuer une formation cadre sont amenés à se tourner vers l'ensemble des IFCS régionaux, selon leur lieu d'habitation et selon la réussite au concours d'entrée.

Les IFCS de la région (deux en Métropole 1, un en Métropole 2 et un en Métropole 3) ont développé, depuis 2005-2006, des partenariats avec les universités de sciences humaines dont ils sont proches géographiquement et qui correspond à une approche académique universitaire.

Ces partenariats ont été entrepris dans une logique d'adaptation suite aux directives gouvernementales qui commençaient à se lire entre les lignes par le biais de différents rapports et commissions d'études.

Sur la région :

- L'IFCS de Métropole 1 adossé au CHU est associé à la Faculté de sciences humaines de territoire 1 (Sociologie des Organisations).
- L'IFCS de Métropole 1 adossé à un Centre hospitalier psychiatrique est associé à la Faculté de sciences humaines de territoire 1 (Sciences de l'Education, option métiers de la formation et de l'intervention sociale et éducative).
- L'IFCS de Métropole 2 est associé à L'Institut d'études politiques de territoire 2 (Politiques publiques de santé).
- L'IFCS de Métropole 3 est associé au Pôle universitaire de territoire 3 (Gestion et management).

Les deux IFCS de Métropole 1 ont fusionné à la rentrée 2015, ce qui modifie les champs disciplinaires. Sur le plan régional, les interrogations sont nombreuses en ce qui concerne l'avenir des IFCS et la légitimité des cadres formateurs est interrogée. Le directeur de l'Institut régional de formation

sanitaire et sociale Croix-Rouge s'exprime ainsi, lors d'une réunion d'organisation, le 28 janvier 2013 à l'IFSI de Ville I :

« Les cadres de santé sont un corps en voie d'extinction. Il est envisagé qu'ils soient à terme remplacés par des cadres paramédicaux. Le diplôme de cadre de santé est très interrogé en ce moment. »

5. Quel avenir pour la collaboration territoriale ?

Nous pouvons nous interroger sur les perspectives d'avenir de la collaboration des IFSI et des universités du territoire 2, au vu des différents aspects de la mise en œuvre donnés à voir. Un bilan réalisé en juin 2012 permet de lire les pistes suivies dans les années ultérieures. Les relations avec les territoires 1 et 3 se précisent. Des questionnements subsistent en ce qui concerne les limites du rôle de l'université.

5.1. Un bilan réalisé en juin 2012

Cinq points faibles et cinq points forts ont été pointés lors d'un bilan réalisé par 33 formateurs d'IFSI des territoires 1 et 2, le 19 juin 2012.

Les points faibles étaient les suivants :

- Tutorat insuffisant par manque de maîtrise et de moyen des institutions.
- Offre de stage insuffisante /diversité souhaitable.
- Nombre trop important d'évaluations.
- Forme prescriptive des évaluations qui nuisent aux regroupements.
- Complexité de l'interprétation des textes parfois flous (délivrance du diplôme par exemple).

Les critiques et interrogations portent donc sur la mise en œuvre de la réforme au sein des établissements de soin. Le tutorat prescrit est difficile à mettre en œuvre de façon optimale. La modification de l'alternance impose des stages moins nombreux et plus longs, ce qui implique un déficit d'offres de stage. Les étudiants ont un accès moins large aux différentes spécialités de soin, ce qui restreint leur champ de compétences.

Le second point de difficulté concerne les évaluations. Celles-ci sont très nombreuses car une évaluation doit avoir lieu pour chacune des unités afin de permettre l'obtention des ECTS qui lui correspondent. Le regroupement des évaluations est problématique car les modalités sont prescrites. Exemple : un oral et un devoir sur table sur un même semestre pour des unités qu'il serait possible de rapprocher.

Enfin, certaines des recommandations et prescriptions du référentiel nécessitent une explicitation et/ou des textes réglementaires en complément, afin d'éliminer des ambiguïtés. Plusieurs circulaires parues après 2012 permettront de réajuster et de préciser les modalités, par exemple en ce qui concerne le passage en troisième année, à présent assujetti à la validation des unités d'enseignement des deux premiers semestres.

Les points forts suivants ont par contre été soulignés :

- Formation par la réflexivité.
- Accompagnement individuel.
- Qualité du suivi pédagogique.
- Qualité d'analyse des travaux des étudiants.
- Principe du stage long.

Trois grands axes ressortent de ce bilan positif. Les étudiants font preuve de réflexivité et de capacités d'analyse. Le suivi des étudiants est individualisé et de qualité. Et... les stages plus longs permettent une meilleure adaptation.

5.2. La collaboration avec les territoires 1 et 3

L'objectif était posé, en 2014, qu'à la rentrée 2016, toutes les UE 2 soient mutualisées au niveau de la région, avec un accès pour tous les étudiants aux mêmes enseignements.

Cela a été le cas pour les cours enregistrés par les universitaires de la FMP. Il s'agit des cours de biologie (UE 2.1), de pharmacologie (UE 2.11) et de l'anatomo-physiologie (UE 2.2), qui n'est pas tout à fait finalisée.

A la rentrée 2014, les partenaires du territoire 2 ont donc *offert* à ceux des territoires 1 et 3, les cours enregistrés de ces trois UE. En contrepartie, les territoires 1 et 3 s'engageaient à produire les cours enregistrés des unités processus (principaux groupes de pathologies)²⁴.

Depuis, les travaux d'élaboration avancent lentement sur les deux autres territoires. Cela semble dû à un investissement différent des universités de Métropole 1 et Métropole 3, à des cultures universitaires différentes, au fait que les IFSI ne disposent pas des mêmes outils informatiques (plateformes très diverses), à la disparité des territoires. La faculté de médecine-pharmacie de Métropole 3 travaille avec les IFSI de territoire 3 sur les processus 2.3 et 2.6 qui sont aboutis pour la rentrée 2016. La faculté de Métropole 1 travaille avec les IFSI de territoire 1 sur les processus 2.9, 2.4 et 2.8. Seul l'unité 2.9 est achevée. Les processus 2.5 et 2.7 ne sont pas encore aboutis. Une formatrice de l'IFSI de Ville I estime qu'« Il n'y a pas de dynamique de collaboration de la part des universités, contrairement à ce qu'il se passe en territoire 2. Les IFSI ne se concertent par ailleurs pas autant qu'ici. Sur le territoire 3, les IFSI ont donné un *plan* aux universitaires. Sur le territoire 1, il existe peu ou pas de liens entre les IFSI. Certains IFSI travaillent seuls. »

Pour rappel, il existe six IFSI à Métropole 1 : deux IFSI adossés au CHU, un IFSI de culture psychiatrique, un IFSI privé à but lucratif, un IFSI privé d'origine religieuse, un IFSI privé Croix-Rouge. L'IFSI de Ville R est excentré et moins concerné par les relations avec l'université. Deux IFSI de Métropole 3 travaillent sur les processus, l'IFSI Croix-Rouge et celui du CHU. Les IFSI de Ville S, Ville T et Ville U sont associés à l'ancienne région jumelée récemment, par logique géographique, et ne participent que depuis très récemment au projet.

Le territoire 2 est le territoire régional le plus vaste (nous l'avons dit, il représente une superficie égale à celles de territoire 1 et 3 réunis). Moins urbain, il comporte plus d'IFSI mais la collaboration est effective car les énergies se manifestent.

Il est constaté ici l'importance de la dynamique de projet qui est plus ou moins activée selon les territoires et les personnes.

Certains IFSI du territoire national s'inspirent également des méthodes de travail du territoire de 2, selon les propos de la directrice de l'IFSI de Ville K lors de l'entretien exploratoire réalisé le 21 Février 2012.

Ceci est à mettre au regard des éléments du chapitre consacré à la controverse nationale.

5.3. Une dépendance à l'égard de l'université

Des interrogations importantes subsistent, concernant l'évolution des relations. La dépendance des IFSI à l'égard de l'université se développe dans plusieurs dimensions et est source d'inquiétude.

La convention fixe des normes de collaboration. Elle permet de remplir les consignes du référentiel en ce qui concerne les heures d'enseignement devant être réalisées par des universitaires et l'obtention du grade licence. Cela implique un lien de dépendance de facto. Les organisations universitaires supervisent le fonctionnement des IFSI, ne serait-ce que partiellement. Par exemple, le bilan de la promotion 2009-2012 a été réalisé en fonction des critères de l'Agence régionale de l'enseignement supérieur (ARES) et non pas en fonction de ceux de soignants.

²⁴ Il s'agit des cours concernant les processus traumatiques (UE 2.4), les processus inflammatoires et infectieux (UE 2.5), les processus psychopathologiques (UE 2.6), les processus dégénératifs (UE 2.7), les processus obstructifs (UE 2.8), les processus tumoraux (UE 2.9). (NDA)

Les infirmiers et les IFSI sont par ailleurs dépendants des décisions de l'université pour la poursuite d'études post-diplôme. L'accès au masters reste problématique et cette question est toujours sans réponse, faute de filière *soins* en université. De plus, l'ambiguïté du terme *grade licence* interroge car, a priori, les demandeurs accèderaient en master sur dossier, et non pas sur production de leur diplôme.

La qualification universitaire pour les formateurs n'est pas clairement définie, malgré des débuts de VAE master de sciences de l'éducation à la faculté de sciences humaines de Métropole 1, en 2014. Ce master n'est d'ailleurs pas réellement adapté à la transmission professionnelle infirmière. Métropole 2 ne propose pas de solutions de ce genre.

La FMP développe des projets de master, qui sont en *stand by* ces dernières années. Il s'agit des spécialités : sciences cliniques infirmières (déjà en place à Nancy et Lyon) ; pratiques avancées (en cours de développement accentué en 2015-2016) ; ingénierie santé et médicaments (destinée aux nouveaux métiers en vue) ; politiques publiques de santé ; vieillissement, santé et technologie (qui concernera surtout les kinésithérapeutes et ergothérapeutes). La spécialité sport et santé (avec le département Sciences et techniques des activités physiques et sportives (STAPS) est mise en œuvre à l'IFSI Croix-Rouge de Métropole 2.

5.4. Bilan des liens avec l'université, hors des unités contributives

Les pratiques avancées devaient échoir aux IFSI, du fait de la professionnalité qu'elles impliquent. Les choix de 2014 ont conduit les universités à développer cette spécialité, ce qui inquiète les formateurs des IFSI ainsi qu'ils le manifestent lors des réunions pédagogiques d'IFSI et inter IFSI.

Des STAPS ont lieu en collaboration avec l'IFSI Croix-Rouge de Métropole 2 pour plusieurs étudiants.

En 2012, il était envisagé de supprimer des DU dans un avenir très proche. Il est à signaler que les DU et DIU sont des diplômes dont les infirmiers et cadres infirmiers sont particulièrement demandeurs car ils permettent l'approfondissement de domaines de compétences tels l'hygiène, la transfusion sanguine, la démarche qualité, la gestion des risques, les soins palliatifs... Cette suppression est restée modeste dans les faits, contrairement aux suppressions de nombreux masters.

Des questions étaient posées en 2012 et restent posées en 2017 :

L'université de sciences humaines de Métropole 2 sera-t-elle incitée à créer des modules de collaboration avec les IFSI, du fait de la fusion des trois universités en pôle universitaire de Métropole 2, avec une gouvernance commune ?

L'université de lettres et langues de métropole 2 va-t-elle collaborer avec l'ensemble des onze IFSI pour proposer des enseignements communs de l'anglais ?

Quid des spécialisations IADE, IBODE, Psychiatrie, Puériculture dans le contexte de la co-tutelle ?

Quel accès pour les infirmiers aux différents masters déjà disponibles ou en prévision ?

Quelle est la marge de manœuvre des IFSI à l'égard des propositions de la FMP ?

Toutes ces questions sont anxiogènes.

Une directrice s'interroge, fin 2012 : « N'est-on pas en train de perdre notre identité professionnelle et notre culture spécifique ? »

5.5. La compétence 8, initiation à la démarche de recherche

La compétence 8 du référentiel de formation est dévolue à la recherche. Cette compétence, de par la réglementation, doit être enseignée par des universitaires.

Or, si la compétence 8 inclue les unités 6.1 (méthodologie et TICE) et 6.2 (anglais des six semestres), elle est composée également des unités 3.4 des semestres 4 et 6, unités relevant du cœur de métier infirmier.

La tendance actuelle de certains IFSI, dans le contexte du travail de recherche associé à cette compétence 8 du nouveau référentiel, est de pratiquer la recherche-action sur commandes

d'établissements hospitaliers publics et/ou de participer à des recherches réalisées par des étudiants des facultés de médecine. Les étudiants infirmiers, délaissant les thèmes de recherche propres aux soins infirmiers, intègrent des programmes de recherche qui sont distanciés des soins infirmiers et sont contrôlés et jugés par des pharmaciens, des médecins et/ou des cadres hospitaliers.

C'est l'expérience, par exemple, de l'IFSI Croix-Rouge de Métropole 2 qui coopère avec la FMP et dont les étudiants infirmiers sont inclus dans des projets de recherche commandés par le Centre Hospitalier Universitaire de Métropole 2, sous le contrôle de médecins chercheurs. Les thèmes des recherches ne sont plus des thèmes issus et allant vers les soins infirmiers mais relèvent de commande de démarche qualité et de recherche-action.

Certains IFSI envoient d'ores et déjà leurs étudiants suivre les unités de méthodologie de la recherche en université. Si la recherche peut rester au sein des IFSI, il conviendrait pour cela que les formateurs soient légitimes. Une directrice pose ses inquiétudes le 12 novembre 2012, lors d'une réunion organisationnelle :

« L'université veut récupérer nos étudiants et nos sous. Nous sommes à un virage »

5.6. L'avenir des IFSI en débat au sein du territoire

Les débats sont nombreux lors des différences réunions pédagogiques et organisationnelles des IFSI, ainsi que le montrent ces propos recueillis lors d'observations.

Soit les IFSI seront rattachés à l'université selon le souhait du ministère et également de certains syndicats étudiants, soit les IFSI devront se métamorphoser pour permettre la création de Hautes écoles de santé.

A Marseille, l'université de médecine a voulu donner son avis pour des évaluations concernant des VAE de sages-femmes (article 36) en donnant leur accord des ECTS comme prétexte.

Certains IFSI, surtout en région parisienne, collaborent d'ores et déjà avec les universités pour la recherche et les sciences humaines et ne conservent que l'« opératoire ».

Les facultés de médecine-pharmacie du territoire national auraient pour projet de proposer une première année d'études communes pour médecine et soins infirmiers. Cela impliquerait une refonte totale des contenus de formation, et donc... une nouvelle réforme.

Le projet de création de Hautes Ecoles en Santé en territoire 1 et territoire 2, initié par le CEFIEC et abandonné par l'ARS début 2013, a-t-il des chances de revoir le jour ces prochaines années ? Une directrice d'IFSI, rencontrée fin 2012, voit les choses différemment :

« Il convient pour les IFSI de défendre le cœur de métier infirmier qui est la clinique. La culture du soin infirmier repose sur la clinique. C'est ce qui doit être mis en avant. Des Hautes Ecoles de Santé ? Non ! "Autre chose" à inventer et à proposer. Avec un autre nom et une autre fonction. »

Conclusion

Nous avons cerné les partenaires de la collaboration entre IFSI et universités sur le territoire académique 2 dans le cadre de la formation initiale infirmière.

La convention régionale permet de définir les relations entre partenaires mais laisse des possibilités d'interprétation dans différents domaines. Cette marge d'ajustement peut être source de différends entre les groupes d'acteurs.

Par ailleurs, si le rôle de la faculté de médecine-pharmacie est clairement posé et a été incarné sur le terrain par une mise en œuvre construite depuis 2010, les autres facultés (sciences humaines et lettres-langues) ont un positionnement plus en retrait.

A la fin 2012, la FMP est satisfaite de la co-construction qu'elle qualifie de positive.

L'harmonisation pédagogique entre les onze IFSI est très bien perçue par la Région. Et les Conseils régionaux et Conseils départementaux restent extrêmement favorables aux IFSI et IFAS car ceux-ci

sont des partenaires territoriaux par rapport au chômage, aux validations des acquis, aux besoins de santé bien évidemment. Ils sont des éléments importants du maillage territorial en terme de santé et de social.

Les IFSI ont pu collaborer entre eux, développer des stratégies pédagogiques adaptées aux contenus des enseignements universitaires.

Une acculturation réciproque des formateurs et des universitaires semble avoir lieu.

De nombreuses questions restent néanmoins en suspens :

- Quel sera l'avenir des IFSI et quel rôle l'université jouera-t-elle dans les années à venir ?
- La recherche restera-t-elle au sein des IFSI ou sera-t-elle assurée par l'université ?
- L'université de sciences humaines et l'université de lettres et langues vont-elles jouer un rôle plus important et augmenter leurs interventions en IFSI ?
- Des masters destinés aux spécialisations infirmières vont-ils être développés par l'université ?
- De quelle manière les pratiques avancées vont-elles être construites ?
- La fusion des trois universités en une seule entité va-t-elle permettre d'accélérer les projets en cours ?
- Les alliances avec les territoires 1 et 3 vont-elles aboutir à une réelle collaboration ?

Nous posons que l'enseignement infirmier en territoire 2 se trouve à la croisée de différents mondes qui s'interpénètrent et se répondent. Cette cartographie de territoires culturels et de territoires de représentations se superpose aux territoires géographiques et académiques, et aux logiques d'actions issues de l'histoire des acteurs.

De cet enchevêtrement vont émerger différentes stratégies d'adaptation, de négociation, de projection qui permettent de vivre l'ajustement de chacun des mondes et l'acculturation des différents mondes entre eux.

La section 2 va nous permettre, après avoir posé notre cadre théorique de référence et précisé notre approche méthodologique, de resserrer le focus sur une partie des personnes concernées par la réforme des études infirmières de 2009.

Nous entrerons en contact avec des groupes d'acteurs de trois des onze IFSI du territoire 2 pour les interroger sur leur vision et leur vécu de la formation infirmière depuis 2009. L'analyse des discours nous permettra de dégager des hypothèses de compréhension et de poser des pistes prospectives.

SECTION 2

**La réforme de la formation infirmière
à l'épreuve d'une étude de cas territoriale**

Chapitre 6

Un cadre théorique pour une analyse des controverses et compromis autour de la réforme de 2009 : les Economies de la grandeur

« Pour étudier la façon dont les acteurs s'orientent vers le jugement dans un cours d'action, nous adoptons un point de vue sur l'action qui privilégie le moment réflexif de retour sur ce qui s'est passé, ou d'interprétation de ce qui est en cours. » (Boltanski, Thévenot, 1991, p. 427)

Introduction

L'universitarisation des études infirmières met en présence des univers différents de par leur histoire, leurs territoires, leurs cultures, leurs valeurs, leurs interlocuteurs, leurs langages et leurs représentations internes et sociales. L'universitarisation provoque la rencontre de personnes qui *normalement* n'auraient pas été amenées à se fréquenter dans un contexte professionnel. Les infirmiers fonctionnent dans une logique où le poids institutionnel est fort. Les enseignants des facultés de médecine et pharmacie, ainsi que le montrent leurs discours sont eux aussi contraints dans des schèmes de paroles et d'actes liés à leur statut et qu'ils donnent à voir dans le contexte de la réforme. Partenaires institutionnels et médiateurs ont également des logiques d'action générées par leur confrontation à la dynamique de la réforme.

Les mondes de référence des différents acteurs se révèlent et s'expriment.

La compréhension de ces dynamiques, des principes mobilisés, des désaccords manifestés et des accords trouvés n'est pas directe. Pour y accéder, un cadre théorique s'avère nécessaire. Dans l'espace de la sociologie française, les Economies de la grandeur traitant du *Régime de justice*²⁵, nous paraît constituer un outil particulièrement ajusté à notre problématique. Bien qu'il soit aujourd'hui déjà largement repris et discuté, il nous semble utile d'en rappeler l'origine, les fondements, les constituants mais aussi les limites.

1. Contextualisation de la théorie du Régime de justice

La théorie du Régime de justice trouve sa place dans le cheminement épistémologique de la sociologie contemporaine. Lorsque les ouvrages la décrivant sont édités, plusieurs courants sociologiques sont présents, dont, plus particulièrement, la sociologie des conventions qui inspirera fortement les premiers travaux des auteurs.

Nous présentons la sociologie des conventions, ses origines, ses théoriciens et ses grands principes théoriques. Nous faisons le lien entre la sociologie des conventions et le Régime de justice. Ceci nous permet de présenter les co-auteurs des Economies de la grandeur et de comprendre le cheminement de l'écriture de la théorie.

1.1. Le contexte sociologique de la théorie du Régime de justice

La parution de la théorie du Régime de justice survient lors des années 1990, plus exactement de la fin des années 1980 jusqu'à la fin des années 1990. Des courants sociologiques divers proposent alors des outils d'explication des faits sociaux qu'il est de règle de rappeler pour situer le Régime de justice dans le contexte de l'épistémologie sociologique.

Nous allons citer là quelques uns d'entre eux, de manière simplifiée :

- Le structuralisme (Bourdieu, Passeron) insiste sur le poids des structures organisationnelles et des classes économiques sur les individus, dans une logique de déterminisme social.
- l'analyse stratégique (Crozier et Friedberg), qui peut être qualifiée de structuro-fonctionnaliste, considère les actions humaines comme régies par des règles et des systèmes d'action.

²⁵ Nous employons indifféremment l'un ou l'autre terme, dans la mesure où ils désignent tous deux un même objet.(NDA)

- La sociologie de la régulation (Reynaud) est inspirée des travaux de Crozier et Friedberg et recherche la logique permettant aux groupes humains de construire les règles permettant les actions collectives.
- L'identité est portée en avant par certains auteurs (Dubar, Sainsaulieu) pour lesquels elle est perçue comme un résultat de la socialisation. Il s'ensuit la notion d'identité de groupe selon deux optiques : l'identité pour autrui, l'identité pour soi.
- La culture est un élément essentiel à prendre en compte pour la compréhension des faits sociaux pour certains sociologues (D'Iribarne, Sellier, Silvestre). Il peut s'agir de la culture d'une entreprise, de celle d'un groupe professionnel, ou plus largement d'un pays.
- La sociologie de la traduction (Callon, Latour) est dite aussi *théorie de l'acteur réseau*. La personne est médiateur et traducteur. Les concepts clefs sont la traduction, l'intéressement, le script, la controverse... « Ni la nature ni les Autres ne deviendront modernes. C'est à nous de changer nos façons de changer. » (Latour, 1991, p. 198) Latour influencera Boltanski par sa « vision de la société comme succession d'épreuves, [son] attention portée vers la construction des collectifs, [sa] réévaluation des objets dans la vie sociale... » (Boltanski, Molenat, 2012).
- La sociologie anti-utilitariste est inspirée de la sociologie de Marcel Mauss. Pour Mauss, les seules stratégies des acteurs ne peuvent expliquer le fonctionnement des organisations humaines. Le don est essentiel dans la société humaine et structure les relations selon trois aspects : l'obligation de donner, l'obligation de recevoir, l'obligation de rendre.
- La sociologie des conventions que nous développons ci-dessous.

1.2. La sociologie des conventions

La sociologie des conventions prend naissance lors des années 1980. Elle est issue d'une approche transdisciplinaire entre économie, histoire et sociologie. Cette approche complémentaire aboutit à une application en deux branches elles aussi complémentaires : l'économie politique et la sociologie pragmatique. La sociologie des conventions est mentionnée le plus souvent sous les termes d'*Economie des conventions* ou EC, puisqu'elle a été initiée par des économistes. Elle relève majoritairement du champ de la sociologie dans ses diverses applications.

« La théorie des conventions est un mouvement transdisciplinaire, dont l'innovation consiste à créer un lien entre une économie institutionnaliste et une sociologie pragmatique. En France, cette approche s'est mise en place par le biais d'une collaboration entre des économistes, des historiens et des sociologues afin d'apporter une solution aux problèmes soulevés par l'analyse des institutions et organisations économiques et de l'action (pas uniquement) économique [...] bien que l'EC ait un caractère transdisciplinaire, elle exerce une grande influence en sociologie (particulièrement en sociologie économique)... » (Rainer Diaz-Bone, Thévenot, 2010, p. 1)

1.2.1. Origines et principaux acteurs

Les premiers travaux qui ont permis l'émergence du concept de convention ont été initiés lors des années 1980.

« Dès la fin des années 80, un renouveau est venu en France d'un courant de recherches sociologiques cherchant à [...] développer une approche centrée sur une conception plus ouverte de l'action, de son inscription dans une situation, de son incertitude et des capacités cognitives et évaluatives des acteurs. C'est pourquoi ce courant a été désigné comme "sociologie pragmatique" ». (Rainer Diaz-Bone, Thévenot, 2010, p. 2)

Les premiers chercheurs sont des économistes réunis en collaborations dans des centres de recherche scientifique majoritairement parisiens.

« Plusieurs membres fondateurs (François Eymard Duvernay, André Orléan, Robert Salais, Laurent Thévenot) réunis dans le numéro manifeste de la Revue économique se trouvaient d'ailleurs initialement en relation à l'institut national de statistiques et d'études économiques (INSEE) où Alain Desrosières, puis Thévenot, avaient mené les travaux premiers sur les catégorisations. » (Rainer Diaz-Bone, Thévenot, 2010, p. 3)

Par la suite, Thévenot a collaboré étroitement avec Eymard-Duvernay au sein du Centre d'études de l'emploi.

Luc Boltanski, sociologue, se détachant du travail accompli auprès de Pierre Bourdieu et débutant une collaboration avec Thévenot, poursuit des recherches portant sur le régime de justice et sur les différents registres de justices, qui aboutiront aux notions de cités et de mondes (cf infra).

« Boltanski (1990) avait déjà mis en évidence les capacités différentes qu'ont les dénonciations publiques de passer des tests de rationalité. » (Berthelot, 2000, p.136)

1.2.2. Principes théoriques de la sociologie des conventions

Le concept de convention tel que définit dans le champ de la sociologie des conventions constitue « un paradigme complet pour l'analyse sociologique et socio-économique des organisations et institutions sociales, de la cognition sociale, de l'action, de l'interaction et de la coordination ainsi que de la construction sociale des entités et de leurs qualités. En d'autres termes, l'approche de l'EC intègre un réseau dense de concepts reliés les uns aux autres pour former une théorie sociale plus générale. » (Rainer Diaz-Bone, Thévenot, 2010, p. 4)

Dit autrement : « [La convention] se traduit [...] simultanément par la construction d'un collectif (à l'état de représentation), l'affirmation d'une forme de coordination associée à une modalité d'évaluation prééminente en son sein, et la formation d'attentes sur les comportements respectifs de ses membres. » (Bessis, 2008, p. 16) Sont là en germe les fondements du Régime de justice que nous décrivons plus loin.

François Eymard-Duvernay a posé les trois grands axes de la sociologie des conventions. Lors de ses travaux conjoints avec Thévenot au sein de l'INSEE, il a développé la notion d'*investissement de forme*. Le terme de forme correspond à « des êtres sociaux, des coutumes, des "personnes collectives", [...] des êtres institutionnels, juridiques ou moraux, des règlements et des conventions, et enfin d'objets techniques ou industriels qui procèdent également de principes d'équivalence. » (Thévenot, 1986, p. VIII) Ces principes d'équivalence permettent de réguler les relations institutionnelles entre personnes à l'intérieur d'un cadre qui définit les normes d'équité, évaluant ainsi les intérêts des individus au sein des intérêts du groupe. « La notion d'investissement de forme (Thévenot, 1985 ; Eymard-Duvernay, 1986) rend compte du coût que suppose cette opération de passage d'une chose indéterminée ou régularité observable à un objet (une qualité) qualifié(e) ou une règle explicite [...] » (Bessis, 2008, p. 18) Les applications concrètes de l'investissement de forme portent sur l'établissement de labels de qualité ou de guides de bonnes pratiques, par exemple.

Eymard-Duvernay réinvestira par la suite cette approche en travaillant plusieurs années tant sur les problématiques de l'emploi et du recrutement que sur des problématiques politiques.

Par la suite, il s'inspirera des premiers travaux de Boltanski et Thévenot exposant les Economies de la grandeur (1987) pour développer la notion de *convention de qualité*. Eymard-Duvernay suppose « qu'il existe une pluralité d'ordres de qualité, incommensurables les uns par rapport aux autres ; ensuite que ces ordres émergent à la façon d'une convention, sans pilotage par un acteur décisif ; enfin que l'on peut identifier des ordres de qualité "industriel", "marchand", "domestique", etc., sur le modèle des Cités. » (Favereau, 2017, p. 7)

Enfin, la troisième notion développée par Eymard-Duvernay est celle de *pouvoir de valorisation* qui constitue une nouveauté théorique originale. « La découverte de François Eymard-Duvernay peut être énoncée sous la forme d'une proposition à double face : une forme de pouvoir très importante réside dans la capacité de dire ce qui vaut en dernier ressort – et on peut inférer que, dans toute société, il y aura une vive concurrence entre les différents pouvoirs de valorisation, d'où résultera une hiérarchie de ces pouvoirs. Il faut apprendre à se représenter l'économie "en termes d'architecture de pouvoirs de valorisation." (2012, p.184) » (Favereau, 2017, p. 9)

La sociologie des conventions s'applique à l'analyse d'objets économiques, politiques et sociaux tels que les marchés et les modèles de production dans les secteurs de l'industrie et des services, l'étude des mises en œuvre des politiques publiques ou d'associations.

1.3. Les théoriciens des Economies de la grandeur

La sociologie des conventions a initié en grande partie la construction de la théorie des Economies de la grandeur.

« Les conventions deviennent des ordres de justification ou "grandeurs" lorsque les acteurs sont critiqués ou critiquent eux-mêmes. Ils s'engagent alors dans une dispute où ils peuvent mobiliser une pluralité de conventions (ordres de justification) discordantes. » (Diaz-Bone, Thévenot, p. 4)

Les accords obtenus ou recherchés entre les personnes sont possibles grâce à l'établissement de conventions qui régissent les relations et la présence des personnes entre elles. Les conventions sont relatives à un registre de justice qui varie selon la cité ou le monde de référence. Nous y reviendrons.

De nombreux chercheurs ont contribué à développer les différentes propositions offertes par le concept de conventions. Parmi eux, Thévenot comme Boltanski, lors de l'écriture de *De la justification, Les Economies de la grandeur*, procèdent du courant de la sociologie pragmatique qu'ils déclinent en fonction de leurs travaux et recherches personnels.

« C'est là que l'approche dite des "économies de la grandeur" fournit une tentative originale et très ambitieuse. Cherchant à dépasser l'opposition entre économie et sociologie, L. Boltanski (sociologue d'origine) et L. Thévenot (économiste d'origine) proposent une approche qui peut retenir notre attention. Ils s'intéressent en effet aux accords justifiés, légitimes entre membres d'une société. » (Amblard et alii, 2005, p. 74)

Il est à noter que l'appartenance de la théorie du Régime de justice à la théorie des conventions ne fait pas l'unanimité des sociologues français. « La place des "économies de la grandeur" au sein du courant général de l'économie des conventions est soumise à débat. » (Amblard et alii, 2005, p. 74)

Il est toutefois majoritairement admis, par les conventionnistes mêmes et du fait, surtout, du parcours de Thévenot, que celle-ci se présente comme une branche de filiation qui propose une grille permettant de rendre opérationnelle la sociologie des conventions.

Pour ce qui concerne Boltanski, qui resta longtemps proche de Bourdieu, alors que Thévenot ne passa que peu de temps auprès de lui, son lien avec la sociologie des conventions est plus controversé : « même si "De la justification" est une œuvre fondatrice pour ces nouvelles sciences sociales françaises, le mouvement propre de Boltanski ne s'inscrit pas dans la théorie des conventions. » (Diaz-Bone, Thévenot, 2010, p. 9)

Du fait du passé de Boltanski en tant que chercheur proche de Bourdieu, Le Régime de justice connaît toujours des difficultés à être connu et reconnu hors des frontières françaises. « Aujourd'hui les ouvrages de Boltanski sont reçus en Allemagne comme une continuation de l'approche critique du dernier Bourdieu. L'ironie de l'histoire tient à ce que son livre écrit avec Laurent Thévenot "De la justification" a marqué une rupture fondamentale avec Bourdieu et l'école de Bourdieu. » (Diaz-Bone et Thévenot, 2010, p. 9) Par contre, d'autres pays comme l'Italie et la Russie, accueillent les Economies de la grandeur avec un regard plus objectif. (Diaz-Bone, Thévenot, 2010)

Thévenot, du fait de ses travaux conjoints avec Eymard-Duvernay et de son expertise d'économiste, travaille dans la continuation de ses premières recherches. Boltanski complète les acquis issus de la sociologie des conventions par des apports personnels. Il développe une recherche concernant le principe de justice issu de sa réflexion sur l'agapè, découvert avec Paul Ricœur : *L'Amour et la Justice comme compétences* (1990) porte en germe des aspects de *De la justification. Les économies de la grandeur*.

D'autres contributions ont nuancé l'élaboration de la théorie des Economies de la grandeur : « Le modèle de Bruno Latour et Michel Callon ayant en outre influencé celui de Boltanski et Thévenot par la place réservée à la dépendance entre humains et non-humains. » (Rainer Diaz-Bone, Thévenot, 2010, p. 2)

L'essentiel du postulat du Régime de justice peut se résumer ainsi, au vu des travaux et parcours antérieurs de Boltanski et Thévenot :

« L'hypothèse est en effet que si les personnes n'ont elles-mêmes aucune nature définie et peuvent, suivant les circonstances, se référer à toutes sortes de choses, les objets ont en revanche des natures ancrées dans certains domaines de réalité et que cet ancrage permet de départager des prétentions ou des justifications concurrentes. » (Berthelot, 2000, p. 136)

Luc Boltanski est docteur en sociologie. Laurent Thévenot est économiste et sociologue.

Eve Chiapello est docteur en sciences de gestion, spécialiste de management, et sociologue.

Les trois auteurs enseignent et sont directeurs d'études à l'Ecole des hautes études en sciences sociales de Paris (EHESS).

Boltanski et Thévenot ont fondé, au sein de l'EHESS, avec Michel Pollak, le Groupe de sociologie politique et morale (GSPM), dans le milieu des années 1980.

Thévenot poursuit ses recherches en développant certains thèmes de la sociologie des conventions. Il publie en 2006 *L'action au pluriel* qui expose sa théorie d'une sociologie des régimes d'engagement. Il se montre dans la lignée de ses travaux antérieurs : « Fort de l'expérience déjà menée entre économie et sociologie dans le cadre de l'économie des conventions, nous cherchons des bénéfices comparables pour une confrontation entre droit et sociologie qui soit assez exigeante pour revenir aux opérations et catégories fondamentales de ces disciplines. » (Thévenot, 2006, p. 158)

Boltanski poursuit des travaux en collaboration avec Arnaud Esquerre avec lequel il vient de publier *Enrichissement. Une critique de la marchandise* (2017). Cet ouvrage pose la problématique de l'établissement de la valeur des choses en Europe occidentale et plus particulièrement en France.

Après avoir co-publié un manuel de recherche traitant de la Sociologie des outils de gestion (Chiapello, Gilbert, 2013), Chiapello coordonne un programme de recherche en coopération avec l'Université d'Hambourg (2016- 2021) dans le but de « développer une analyse des transformations du capitalisme à partir d'un décryptage des outils de gestion utilisés par les entreprises et des instruments politiques... »

Les principaux ouvrages consacrés à l'exposition de la théorie des Economies de la grandeur ont été publiés durant les décennies 1980-1990 :

1987 : *Les économies de la grandeur* (Boltanski, Thévenot)

1991 : *De la justification. Les économies de la grandeur* (Boltanski, Thévenot)

1999 : *Le Nouvel esprit du capitalisme* (Boltanski, Chiapello)

Nous allons exposer ci-dessous les principes fondateurs de la théorie.

2. Le Régime de justice

Le Régime de justice trouve ses sources dans des principes théoriques fondateurs qui sont issus d'une réflexion philosophique, sociologique, économique et politique. Cette réflexion conduit à affiner une structuration théorique et à la rendre opératoire pour l'étude des faits sociaux, grâce à des *outils* d'interprétation. Les Economies de la grandeur ouvrent la sociologie des conventions vers une application pragmatique des axes théoriques qu'elle propose.

« Le cœur de la problématique des conventionnalistes en général et des EG en particulier réside dans la réflexion sur la construction des accords, la réalisation des constructions entre personnes. » (Amblard et alii, 2005, p. 76)

2.1. La démarche de Thévenot et Boltanski

Dans leur ouvrage *De la justification. Les économies de la grandeur*, Boltanski et Thévenot traitent de la relation et des enjeux entre accords et disputes. Afin de pouvoir analyser les différentes logiques d'action des personnes, ils vont construire un cadre théorique et des instruments théoriques de mesure qui définissent les attributs de différentes cités. Leur approche se veut dépasser le clivage entre sociologie et économie. Ils partent du postulat selon lequel les acteurs qui désirent manifester leur désaccord sans recourir à la violence vont se livrer à des opérations critiques. Ces opérations vont les conduire à structurer des *accords*, provisoires ou pérennes, c'est-à-dire affichés et signés. Les auteurs refusent de s'inscrire dans la dialectique impératifs collectifs/choix individuels. Ils considèrent que les personnes s'inscrivent dans une logique de *mondes* de référence, d'identification, logique qui leur permet de construire les accords et les conventions.

2.2. Les fondements du régime de justice

Boltanski et Thévenot étudient les contraintes qui font obstacle à la constitution des accords visant la généralité. Ils vont pour cela s'appuyer sur des modèles issus de la philosophie politique, car ils considèrent que les personnes s'accordent selon des constructions de légitimité d'ordre et non pas seulement en fonction d'intérêts pratiques. Ces modèles vont leur permettre d'élaborer des *modèles-types de cités* possédant chacune son ordre légitime. Afin de résoudre les discordes, les personnes établissent entre elles des *équivalences* et des hiérarchies d'*ordre de grandeur*, en référence à la cité.

Cette hypothèse principale étant posée, les questions suivantes sont à résoudre afin de la vérifier : La justification étant assujettie à une épreuve, quelle est la nature de celle-ci dans les différentes cités ? De quelle manière se résolvent les controverses ? Quelle est la nature des preuves avancées en justice ? En quoi le jugement peut-il être arrêté ?

La réponse à ces questions est apportée dans un premier temps par l'analyse de *manuels pratiques* qui proposent de décrire *des justes façons d'agir* et proposent des instruments de mesure des actions. Cette mesure des actions se fait à l'aune du *principe supérieur commun* de chacune des cités, dans un idéal de *cité harmonieuse*. Le but des auteurs est de constituer un guide pour l'action grâce aux catalogues de *sujets* et d'*objets* et à d'autres instruments de *mesure de justice* pouvant être clairement décrits pour énoncer le juste de chacune des cités. Ils visent à une validation universelle des modèles proposés.

2.3. Les personnes sont dotées de morale

Boltanski et Thévenot se situent dans l'instant de la situation et non pas dans une perspective d'antériorités et d'origines sociales et culturelles des personnes et des organisations.

« Dans ce cadre de pensée, le passé des acteurs n'est pas pris en compte, encore moins leurs caractéristiques socioculturelles. Seuls les termes d'« êtres », de « personnes » ou de « gens » servent en effet à les qualifier ; l'observation prend seulement en compte les « situations » (repas de famille, réunion d'entreprise, compétition sportive, etc.) dans lesquelles ils interviennent. Cette « neutralité » dans le chef du sociologue est justifiée par le fait qu'une même personne traverse, au cours de sa vie sociale voire déjà au cours d'une même journée, plusieurs mondes exclusifs les uns des autres (comme l'école, le noyau familial, le club sportif ou même la rue) et dans lesquels l'attribution de cette personne à une catégorie (homme/femme, père, ami, écrivain, etc.) voire à une classe s'effectue selon des règles propres. Autrement dit, les principes de classement et de catégorisation des personnes, y compris ceux que les sociologues emploient, varient selon les contextes et sont le résultat d'opérations complexes ayant cours dans la vie sociale. Ils constituent de ce fait des objets pour la sociologie, et non des outils qu'elle peut employer impunément (J, p. 11). » (Vrydaghs, 2006, § 5)

Une personne traverse différents systèmes. Elle est supposée être dotée de capacités morales et pouvoir justifier en public ses actions au sein de chacun de ces systèmes. Nous sommes donc là dans une sociologie de la morale confrontée à une sociologie de l'ordre social.

La justice permet de construire l'accord entre individus disposant d'une morale individuelle. La justice introduit le personnel dans le collectif, sans pour autant faire peser sur le jugement les poids des inconscients, des histoires personnelles et familiales, des habitus (au sens bourdieusien du terme). La personne argumente ses actions et les justifie en public en mobilisant pour cela toutes ses ressources. Parmi ces ressources, des *objets* peuvent contribuer à la justification : vêtement professionnel, serment d'Hippocrate, permis de conduire C ou D pour poids lourds et transport de personnes, etc.

L'argumentation en justice est contextualisée par la situation et les contraintes qu'elle impose aux personnes et/ou aux cités.

« Ces "personnes" ne sont donc plus, comme chez BOURDIEU, des agents qui n'ont qu'une connaissance incomplète et erronée du monde social, mais des "êtres moraux" qui possèdent la capacité de s'abstraire de leurs particularités pour "monter en généralité", c'est-à-dire rechercher l'appui d'un principe supposé valoir en toute occasion (AJC, pp. 74-75). Elles sont ainsi capables de critiquer une situation qu'elles trouvent injuste au moyen d'arguments tenus pour légitimes par le plus grand nombre dans un état donné d'une société (soit des arguments reposant sur un principe dont la validité est universellement reconnue). Reconnaisant ces compétences morales chez les personnes qu'il observe, Luc BOLTANSKI entend "prendre au sérieux" leur discours, et refuse par conséquent de le qualifier de "mensonger" par rapport à leurs conduites [...]. Il cherche alors à le "clarifier", notamment en partant des arguments employés par les personnes pour remonter aux normes de justice d'une société (AJC, p. 58). »²⁶ (Vrydaghs, 2006, § 8)

2.4. Pour un principe de justice

La question est : Qu'est ce qui fait que des acteurs aux intérêts divergents parviennent finalement à coopérer au sein d'une organisation ? Pourquoi et comment ça fonctionne ?

L'objectif est donc de connaître les conditions de production des accords entre acteurs.

L'hypothèse est que ces accords reposent sur des « conventions », système d'attentes réciproques entre acteurs sur les compétences, les droits et devoirs de chacun, attentes qui sont perçues comme naturelles. Ces conventions entre acteurs règlent et sont régies par le principe de justice, et ne sont pas remises en cause au sein de la cité dans laquelle elles ont cours.

Regardons à présent de plus près les différentes cités et mondes auxquels se réfèrent les personnes.

3. Cités et Mondes

Les cités sont régies par des axiomes. Elles sont définies par des modèles issus de la philosophie politique. Elles sont décrites dans leurs attributs spécifiques.

3.1. Des axiomes communs à toutes les cités

Six axiomes (ou principes conceptuels de base) régissent la définition des *modèles communs de cités*.

Le principe de *commune humanité* permet que des personnes puissent s'accorder dans une même cité. Ce principe suppose que les hommes soient libres et ne soient pas des choses.

« Les êtres humains ne sont pas des choses ». La théorie de Boltanski et Thévenot ne peut s'appliquer à une civilisation ou une société pratiquant l'esclavage et considérant les esclaves comme des sous-hommes ou des objets.

Le principe de *dissemblance* pose l'absence de toutes différenciations. Les cités doivent comprendre

²⁶ Le n° de page indiqué ne correspond pas à la pagination de l'ouvrage *De la justification*. (NDA)

deux états possibles pour les personnes, état de grand et état de petit, ce qui implique une logique de hiérarchisation des personnes de la cité. La notion de mise en équivalence qui implique la justice ne serait pas possible s'il n'existait pas au moins deux états différents possibles pour les personnes. Les *Edens*, qui supposent l'égalité entre les personnes, ne peuvent être concernés par le Régime de justice.

La *commune dignité* représente l'égalité d'état des personnes. En sociologie *classique*, une personne ne verra pas son statut évoluer de façon notable, il lui est attaché. Ici, la *grandeur* n'est attachée à une personne qu'à l'issue d'une *épreuve*. La *grandeur* d'une personne n'est pas pérenne parce que les *épreuves* sont constamment renouvelées. L'axiome de *commune dignité* ne peut être en vigueur dans les sociétés où règne un système féodal, un système de caste, une hiérarchie raciale ou un régime esclavagiste.

L'*ordre de grandeur* détermine le rang des personnes au sein d'une cité. Ainsi qu'une « échelle des biens et des bonheurs attachés à ces états ». Il est impossible d'être *grand* dans toutes les cités à la fois.

La *formule d'investissement* se définit comme le renoncement à la *grandeur* dans les autres cités. C'est le prix à payer, le *sacrifice* nécessaire. Renoncer à la grandeur dans l'ensemble des cités est indispensable pour acquérir la grandeur d'une cité particulière. En fonction de leur capacité au renoncement, les personnes seront plus ou moins grandes ou petites.

Le *bien commun* est source de bonheur, la personne égoïste étant transcendée par l'état de *grandeur* d'une cité à laquelle elle souhaite accéder. Le Régime de justice suppose que les personnes présentent un argumentaire en référence au *bien commun*. Chaque cité étant dépositaire d'un *bien commun* spécifique, l'argumentaire permettant de *monter en généralité*, c'est-à-dire de passer du particulier de la personne au général de la cité, revêtira des aspects différents.

Les notions de *bien commun* et de *grandeur* sont centrales dans le modèle théorique des cités. Elles permettent de régir les *accords* en étant réunies par *le principe supérieur commun* « qui permet de contenir les désaccords dans l'admissible en évitant qu'ils ne dégénèrent en mettant en cause le principe d'accord, c'est-à-dire la définition des grandeurs et donc les fondements de la cité. » (Boltanski, Thévenot, 1991, p. 100)

Nous sommes bien là à la racine de la logique du Régime de justice. Tous les axiomes sont cohérents en eux-mêmes et cohérents entre eux. Leur compréhension permet la construction du système théorique des *Economies de la grandeur*. Elle ouvre à la compréhension du Régime de justice et aux notions d'*épreuve*, de *dispute*, de *controverse*, de *compromis*,... sur lesquelles nous reviendront.

« La prise en compte des grandeurs est nécessaire pour que l'ordre décrit puisse servir de support aux disputes, dont un des ressorts est justement la remise en cause du statut des personnes. Bien sûr, les acteurs échangent des arguments fondés sur d'autres principes que les six qui sont proposés par les auteurs, mais ces arguments sont moins résistants et moins aptes à supporter les remises en cause que ceux qui sont adossés à un principe supérieur commun et qui sont donc censés profiter à chacun. » (Juhem, 1994, p. 85)

3.2. Modèles théoriques

Les modèles théoriques qui fondent les cités sont inspirés par des textes issus de la philosophie politique, et seront dans un second temps étayés par des textes issus de documents professionnels, guides ou manuels, emblématiques de chacune des cités.

Ces modèles théoriques ont été choisis comme proposant chacun une forme spécifique de *bien commun*, forme reconnue de façon universelle dans notre société occidentale. Ils posent les notions de *juste* et *injuste* des situations qui nécessitent qu'un accord puisse s'établir sur la base d'un bien

commun, d'un principe universel qui régit l'équilibre de justice de la cité, le *principe supérieur commun*.

Six *principes supérieurs communs* émergent des textes étudiés et de la réflexion de Boltanski et Thévenot, six principes servant de référence pour six cités, basés sur des normes correspondant à une façon idéale de vivre en société. Ces cités sont la cité du renom, la cité domestique, la cité industrielle, la cité marchande, la cité inspirée et la cité civique. Une septième cité, la cité par projets, n'est pas étayée par un texte mais est issue des réflexions de Boltanski, au regard de l'évolution des modes de relation résultant d'une logique de maillages relationnels et de réseaux.

L'encadré ci-dessous présente les textes ayant inspiré la définition des cités.

Les textes de référence pour chacune des six cités

La Cité de Dieu de Saint Augustin a permis la construction de la **cité inspirée** où la grandeur réside dans le fait d'entretenir une relation directe avec un principe supérieur extérieur, divin, métaphysique ou inspirant, sans désir de la reconnaissance d'autrui.

La Politique de Bossuet a permis de concevoir la **cité domestique** où la grandeur des gens dépend de leur position hiérarchique dans une chaîne de dépendances interpersonnelles.

Le Léviathan de Hobbes a permis d'établir la **cité du renom**, où la grandeur des êtres dépend en priorité de l'opinion des autres.

Le Contrat social de Rousseau a permis de bâtir la **cité civique**, où la grandeur des personnes réside dans leur capacité à sortir de leurs préoccupations personnelles pour servir le bien commun.

La Richesse des nations d'Adam Smith a permis la création de la **cité marchande**, où la grandeur est définie en fonction de la capacité des personnes à réaliser des transactions commerciales (achat et vente).

L'œuvre de Saint-Simon a permis d'élever la **cité industrielle**, où la grandeur des personnes est liée à leur efficacité, leur performance et leur capacité à organiser et planifier.

Les manuels et guides ayant permis de développer les principes et règles des cités sont basés, eux, sur une logique de conseils pratiques de *prudence* et non sur des systèmes de philosophie politique.

3.3. Les différentes cités

Une cité est une logique de justification basée sur une conception du *bien commun* liée à un principe de base. La *montée en généralité* dans une cité construit l'accord autour d'un *principe supérieur commun* en mettant en équivalence, c'est-à-dire en hiérarchisant, les *sujets* et les *objets*. Ce *principe supérieur commun* est supposé être plébiscité par un grand nombre de personnes.

La cité de l'inspiration repose sur l'imagination, la créativité et la spontanéité. Il s'agit là de l'archétype de l'univers des créateurs et des artistes.

Ce qui importe, c'est l'originalité, la nouveauté de ce qui a été produit. La valeur marchande des produits n'est pas prise en considération. Le *principe supérieur commun* est défini par la créativité, l'authenticité dans la recherche artistique et créatrice, l'inspiration.

La cité domestique est fondée sur la tradition, les habitudes, la hiérarchie et la confiance. Ces composantes règlent les relations qui sont basées sur la confiance. Il s'agit là de l'archétype des organisations de type familial (entreprise dirigée de manière patriarcale, par exemple).

La *grandeur* est liée au respect des règles de préséance et des rangs des personnes, au sens de

l'honneur, à la place dans la lignée.

Suivre et perpétuer la tradition, être respectueux des règles et des sujets plus âgés fondent *le principe supérieur commun*.

La cité de l'opinion (ou *du renom*) est construite sur l'opinion de l'autre et la reconnaissance qu'une action peut procurer à son auteur. Il s'agit là de l'archétype de l'univers du show-biz, des médias, de la communication publicitaire. Le *grand* est celui qui est connu, réputé. La dimension de personnage public intervient ici.

Le *principe supérieur commun* s'appuie sur la notoriété, le fait d'être renommé auprès du plus grand nombre possible de personnes.

La cité civique fait primer l'intérêt collectif sur les intérêts individuels. Le droit d'expression de chacun, ou celui des représentants d'un collectif, est le principe fondamental. La *grandeur* des personnes est basée sur leur esprit de solidarité, leur souci de travailler au bien de tous et leur représentativité. Il s'agit là de l'archétype des organisations syndicales et politiques, des entreprises à vocation humanitaire, des administrations dédiées au service public.

Le *principe supérieur commun* est constitué par la représentativité, la capacité à parler et agir au nom de la collectivité.

La cité marchande repose sur les principes de concurrence dictés par les lois du marché. La capacité de réaliser des profits, d'éliminer les adversaires commerciaux prime. Il s'agit là de l'archétype de l'univers des entreprises marchandes. La *grandeur* des individus est établie par leur capacité à négocier dans l'achat et la vente, à se démarquer de la concurrence, à séduire des clients.

Le *principe supérieur commun* impose de gagner des parts de marché, n'est guidé que par le seul intérêt du profit, par l'appât du gain.

La cité industrielle est fondée sur l'inventivité scientifique et sur la performance technique. Il importe, pour être *grand*, de faire preuve d'efficacité et de performance technique, de mettre en œuvre les moyens appropriés à un but. Il s'agit là de l'archétype de l'univers technologique et industriel.

Le *principe supérieur commun* exige la rationalité, l'efficacité voire l'efficience, la véracité des démonstrations.

La cité par projets est décrite dans *Le nouvel esprit du capitalisme* (p. 154-238). Laissons Boltanski et Chiapello nous la présenter :

« Elle prend appui sur l'activité de médiateur mise en œuvre dans la formation des réseaux, de façon à doter d'une valeur propre, indépendamment des buts recherchés ou des propriétés substantielles des entités entre lesquelles la médiation s'effectue. Dans cette perspective, la médiation est en soi une valeur ou plutôt, dans le cadre conceptuel utilisé ici, une grandeur spécifique dont est susceptible de se prévaloir tout acteur quand il "met en rapport", "fait des liens" et contribue par là à "tisser des réseaux". » (Boltanski, Chiapello, 1999, pp. 161-162)

L'état de *grand* de cette cité est incarné par le fait d'être engagé, engageant et mobile. Le *principe supérieur commun* est basé sur l'activité, les projets, l'extension du réseau, la prolifération des liens.

3.4. Règles et principes régissant les cités

Chaque cité se définit en fonction d'une définition spécifique du *bien commun* et possède sa propre logique de justification qu'elle active lors des événements.

Une même personne peut se référer à plusieurs cités et, par conséquent, passer d'une logique de justification à une autre selon la ou les cité(s) de référence concernée(s) par la situation vécue.

Les éléments essentiels constitutifs des cités sont :

- Le principe supérieur commun
- L'état de grandeur

Le principe supérieur commun

C'est en référence à ce principe que les acteurs évoluant dans le même monde, voire dans des mondes différents, vont rechercher des équivalences, des compatibilités qui vont leur permettre d'être en accord.

« Loin de recourir à des critères d'excellence ou de médiocrité farfelus, les personnes font le plus souvent référence, dans leurs arguments, à des principes d'ordre inscrits dans les normes de justice d'une société. Ces principes sont appelés "principes supérieurs communs" dans De la justification. » (Vrydaghs, 2006, § 8)

Exemple : le respect, partagé par les différents acteurs de l'hôpital, à l'égard de la personne soignée.

L'état de grandeur

C'est la caractérisation de ce qui est *grand* important, valorisé ou *petit*, sujet à moindre caution, voire à être rejeté, ou même à être considéré comme une hérésie...

C'est le champ des principes propres à un même monde.

Il peut exister un coût d'acquisition (un *sacrifice*) à l'état de *grand*. Il faut bien accepter de perdre son intimité pour accéder au renom, transiger avec sa morale pour accéder à certaines affaires...

3.5. Les mondes communs

La justification en justice est réalisée par l'évaluation du poids des personnes au regard des principes de la cité et par le soupesage des *objets* attachés à chacune des personnes.

Les *objets* qui sont impliqués dans un événement ou une situation sont représentatifs des principes d'une cité ou d'une autre et permettent de poser, de façon objective, l'*épreuve*.

Une cité devient un « monde » lorsque de nombreux *objets* peuvent lui être attribués en référence.

« La référence à des choses qualifiées entraîne donc une extension du cadre de cohérence par lesquels les cités se déploient dans des mondes communs. » (Boltanski, Thévenot, 1991, p. 165)

Formulé autrement : La *référence à des choses qualifiées* qui complètent la nature des cités en les situant plus universellement permet de définir des *mondes* dont les caractéristiques sont celles des cités.

On pourrait écrire la formule suivante :

(*cité plus objets = monde*) (Cité plus objets égale monde)

Nous pouvons alors penser un monde civique, un monde domestique, un monde de l'inspiration, un monde industriel, un monde marchand, un monde de l'opinion. Et un monde *connexionniste* qui correspond à la cité par projets.

Bien sûr, chacun de ces mondes n'a d'existence que sur un plan théorique.

Les cités et les mondes sont à considérer comme des *idéaux-types*, au sens du concept défini par Weber, permettant de mettre à jour les principes mobilisés par les acteurs lors d'un simple désaccord, voire d'un conflit, et ainsi d'envisager les marges potentiellement consensuelles entre acteurs pour parvenir à résolution du désaccord ou du conflit.

4. La justice en mouvement

Selon Boltanski et Thévenot, il faut se situer du point de vue des personnes et analyser non leurs stratégies, ainsi que le préconisent Crozier et Friedberg (1977), mais les *justifications* que chacune donne à ses actions, c'est-à-dire les différents principes sur lesquels les personnes basent leurs actions.

Le recours à des *principes communs* permet aux individus de se mettre d'accord sur ce qui est bien ou mauvais... et d'interagir ensemble. Cela permet donc de repérer des registres d'actions différents via des principes de sens dominants et donc de comprendre les logiques d'action des personnes. Ces principes définissent ce qui est *grand* dans un monde.

4.1. Les régimes d'action

« Luc Boltanski a toujours affirmé que les moments de critique et de justification, auxquels il a consacré le plus gros de son œuvre, ne constituaient pas le tout de la vie sociale. Son ambition était de cartographier les diverses logiques, ou "régimes d'action" des acteurs. Pour cela, L. Boltanski a élaboré une matrice qui permettait une cartographie des différents régimes d'action envisageables. Cette matrice distingue sur un premier axe des régimes de paix et de dispute et, sur un second axe, des régimes en équivalence (principes de justice, recherche de l'accord,...) ou non. » (Molénat, 2009)

Quatre régimes sont ainsi distingués : le régime d'agapè, le régime de violence, le régime de justice-justification et le régime de justesse. Les événements et situations ne sont pas toujours régulés par le Régime de justice.

Le tableau ci-dessous présente les principales caractéristiques des différents régimes activés en équivalence ou hors équivalence.

Les régimes d'action
Hors équivalence Le régime d'agapè correspond à un régime de paix où l'équivalence n'est pas invoquée. Nous sommes dans une logique de don gratuit, sans calcul de contre-don, dans la logique de la définition chrétienne de l'amour. Le régime de violence correspond à un désaccord lors duquel les équivalences ne sont plus de mise et où seul compte le rapport de force des personnes en présence.
En équivalence Le régime de justice-justification correspond aux situations de désaccord entre des personnes. Le désaccord conduit à activer une dispute en justice au regard de l'équivalence, avec recherche d'un accord en référence à un principe de justice en équivalence. Le régime de justesse est un idéal utopique car il suppose qu'aucune justification ne soit nécessaire. Il correspond aux phases intermédiaires entre épreuves et désaccords lors desquelles les personnes sont en accords entre elles et en accord avec la situation vécue et lorsque l'équivalence activée permet la paix.

D'autres régimes ont été ajouté à la cartographie d'origine de Boltanski : le *régime de compassion*, basé sur une éthique du face-à-face, opposé au *régime machiavélien* (Corcuff) ; le *régime de familiarité*, basé sur l'accommodement personnel et particulier à l'environnement, et le *régime du plan*, basé sur une intentionnalité rationnelle. (Thévenot) ; le *régime écologique* basé sur la cité verte (Latour, Hache)...

Nous sommes ici centrés sur le régime de justice.

4.2. Epreuves, disputes, critiques, controverses et compromis

Nous l'avons vu supra, une même personne traverse plusieurs mondes. Elle peut être amenée à résoudre différentes situations, soit au sein d'un monde, soit entre différents mondes.

« Chaque cité vise, en émettant un principe d'ordre, à servir le bien commun (ou bien de tous les êtres humains). D'une cité à l'autre, la conception de ce "service" peut fortement varier. C'est, entre autres choses, ce qui explique les disputes : celles-ci surviennent lorsque deux principes d'ordre différents et, partant, deux cités, sont invoquées par les personnes dans une même situation. » (Vrydaghs, 2006, § 12)

Les personnes confrontées à l'injustice peuvent opter entre plusieurs attitudes : la *critique*, la participation à des *accords* locaux ou à des *compromis*, ou encore le silence, ce que Boltanski et Thévenot appellent *fermer les yeux*.

Les *disputes* et *épreuves* concernent un même monde. Les *critiques*, *controverses* et *compromis* peuvent concerner plusieurs mondes.

4.3. La dispute et l'épreuve de justification

La *dispute* a lieu entre personnes d'un même monde.

Lors de l'*épreuve*, la *dispute* peut se faire *en violence* ou *en justice*. La dispute en violence devient *épreuve de justification* lorsque les personnes sont disposées à se défendre en justice et à argumenter leur positionnement.

Dans un monde, les *états de grandeur* ne sont pas attribués de façon pérenne aux personnes. De manière périodique, des *épreuves* surviennent qui interrogent et remettent en cause les *grandeurs*. Celles-ci sont alors disputées en justice et réattribuées ou pas.

Lorsque les personnes revendiquent des principes généraux qui relèvent du *principe supérieur commun*, l'*épreuve* de justification est appelée *montée en généralité*. La personne fait valoir son cas particulier comme emblématique des principes dont se revendique l'ensemble des êtres qui se réfèrent à la cité et argumente au nom du *bien commun*. La personne plaçant en justice fait parfois appel au *principe supérieur commun* lui-même, lors de la *montée en généralité*, faute d'avoir abouti à un accord basé sur un principe moins fondateur. L'accord issu de l'*épreuve*, qui confirme ou infirme les états de grandeur des personnes, ne remet pas par ailleurs en cause les rapports de force et de hiérarchisation sociale et professionnelle des individus (par exemple : étudiant et enseignant).

Il n'y a pas toujours lieu de recourir à l'*épreuve* au sein d'un monde. Parfois, la *clarification* sera suffisante. Dans ce cas, les personnes se fédèrent autour d'un *principe supérieur commun*.

4.4. La critique et la controverse

Parfois, il est possible que plusieurs mondes se juxtaposent dans une même situation sans pour cela qu'une discorde se produise.

Mais dans certaines situations, plusieurs mondes peuvent être amenés à se confronter. Prenons l'exemple d'une entreprise qui relève du *monde marchand* du fait de son activité commerciale, du *monde industriel* du fait de ses ateliers de production, du *monde civique* compte tenu de ses règles déontologiques et des accords syndicaux, du *monde domestique* du fait de son fonctionnement hiérarchique patriarcal, du *monde connexionniste* par son innovation en réseau de relations internationales...

Les *controverses* entre personnes seront probablement dues à des rapports de justice lorsqu'elles ne se référeront pas au même monde.

Afin de sortir de la *controverse*, les personnes doivent parvenir à un accord par une critique des attributs relatifs aux mondes concernés.

Lorsqu'une personne relève de plusieurs organisations, elle se doit d'être à même d'identifier dans les situations à quels mondes elle se trouve confrontée afin d'ajuster sa *critique* aux circonstances si elle doit justifier son comportement.

La *controverse* entre plusieurs mondes fait appel aux attributs de chacun des mondes concernés. Les différents éléments sont jaugés en justice. Faire appel à un *bien commun* permettra de parvenir à un *compromis*. Certains mondes sont, par essence, tellement éloignés que le *compromis* est quasi impossible à envisager, sauf situation d'urgence et de survie pour toute la communauté.

Le tableau des critiques des mondes entre eux est présenté dans les pages 291 à 334 de *De la justification* (Boltanski, Thévenot, 1991). Les figures du compromis des mondes entre eux sont présentées dans les pages 357 à 407 de *De la justification* (Boltanski, Thévenot, 1991).

L'originalité de la cité par projets au regard des six autres cités est décrite dans les pages 192 à 208 du *Nouvel esprit du capitalisme* (Boltanski, Chiapello, 1999)

4.5. L'arrangement et le compromis

Il n'y a pas toujours lieu de recourir au *compromis*. Un *arrangement* local peut être trouvé, chacun restant dans son monde, les personnes concluent un accord plus ou moins explicite, qui convient plus ou moins à chacune des parties. Ce type d'*arrangement* risque de ne pas résister dans le temps, à défaut de négociation d'un *principe supérieur commun*.

Le *compromis* est une forme d'accord plus pérenne. Il vise un *bien commun* qui dépasse les *grandeurs* en présence. Le recours au *compromis* peut concerner deux ou plusieurs mondes. Certains *objets* ou *sujets* peuvent permettre à la *controverse* de se résoudre par un *compromis*. Ainsi, il n'est pas nécessaire de recourir à la preuve, à la justification par la preuve.

La seule condition est celle d'un *bien commun* tel que défini par le monde concerné à l'origine, *bien commun* pour lequel les personnes se positionnent explicitement. Il peut aussi s'agir d'un *bien commun* recherché entre différents mondes, autre figure du *compromis*.

Le *compromis* entre plusieurs mondes suspend le différend, permet de mettre fin à l'*épreuve* ou évite de recourir à l'*épreuve*. Il autorise la compatibilité de jugements concernant des références à des mondes différents. Il ne peut être que fragile et provisoire tant qu'il ne peut être rapporté à un *bien commun* constitutif d'un des mondes et permettant de définir pour les personnes des *états de grandeur*.

Une personne considérée comme légitime dans plusieurs mondes peut faciliter les relations entre eux, servir de médiateur. Cela peut être le cas de « groupes projets » qui sont à même d'initier une logique commune à partir de *principes supérieurs communs* différents.

Les différentes figures de *compromis* permettent de suspendre la contrainte de justification. Cela n'exclut pas l'émergence de nouvelles critiques et disputes.

4.6. Les outils d'analyse

Boltanski et Thévenot proposent une analyse des mondes communs où l'ordre naturel de chacun des mondes est décrit par le biais de catégories les définissant dans leur singularité.

La *boîte à outils* d'analyse comporte tous les éléments permettant de définir les comparaisons et équivalences lorsque se produit une *dispute* au sein d'un monde ou une *controverse* entre plusieurs mondes. Le *principe supérieur commun* et l'*état de grandeur* servent de base à la définition des autres éléments. Les *sujets* et les *objets* sont, quant à eux, directement liés à la définition du *grand* d'un monde. Par exemple, si l'on se trouve dans le contexte du *monde de l'opinion*, les *sujets* seront hiérarchisés en fonction de leur notoriété et de leur popularité, et les *objets* pourront être un disque d'or, un article de presse élogieux, une remise de prix... La *formule d'investissement* dans ce monde peut être la perte de sa vie privée, le harcèlement des paparazzis... L'*épreuve modèle* peut consister à

promouvoir un nouveau CD ou un nouveau film. Et la *déchéance* serait de perdre en célébrité, d'échouer à l'*épreuve* et de retourner à l'anonymat.

Le tableau ci-dessous présente l'ensemble des outils et les liens qui les organisent entre eux.

Les outils d'analyse des mondes communs

Le principe supérieur commun permet la cohésion d'un monde et la coordination des personnes. Il est basé sur des accords, une convention. Il s'appuie sur les *états de grandeurs* des *sujets* et des *objets* présents.

L'état de grand. Plusieurs états de grandeur coexistent dans un monde. Les grands êtres sont référents pour les autres personnes et garants du *principe supérieur commun*.

La dignité des personnes. Chaque être est considéré comme capable de s'élever dans le *bien commun*. Ceci est une aptitude naturelle des personnes.

Le répertoire des sujets. Les sujets d'un monde sont qualifiés en fonction de leur *état de grandeur*.

Le répertoire des objets. Les objets concrétisent et réifient la *grandeur* des personnes. Ils ont physiques ou virtuels. (uniforme, diplôme ou qualités)

La formule d'investissement. L'accès à l'état de *grand* est assujéti à un sacrifice. Certains plaisirs liés à la condition de *petit* devront être abandonnés.

Le rapport de grandeur. La hiérarchisation des différents *états de grandeur* est posée et permet de préciser comment *grands* et *petits* contribuent ou non au *bien commun*.

Les relations naturelles entre les êtres. Les relations entre personnes sont en accord avec les *sujets* et *objets* du monde.

Les figures harmonieuses de l'ordre naturel. Elles représentent un idéal emblématique du principe supérieur commun mis en action. Elles sont concrètes et doivent être conformes au principe d'équité.

L'épreuve modèle. Elle est perpétuellement renouvelée à l'intérieur d'un monde et représente le moment de remise en question des *grandeurs* des personnes.

Le mode d'expression du jugement. Il est conditionné par le *principe supérieur commun* et fixe le verdict du jugement.

La forme de l'évidence. Elle constitue l'élément de preuve propre au monde.

L'état de petit et la déchéance de la cité. Il représente l'antithèse de ce à quoi tend le *principe supérieur commun*.

5. Le Régime de justice : intérêts et limites pour l'analyse

Lorsque nous nous trouvons confrontés à des événements impliquant une grande quantité d'acteurs et une grande complexité d'actions, il convient pour décrypter cela de disposer d'un outil adéquat, qui soit à la fois souple et largement explicitant, qui permette d'embrasser tous les aspects, qui nous donne à la fois la possibilité d'analyser chacun des points abordés et de réaliser une synthèse globale.

La grille de lecture que proposent Boltanski, Thévenot et Chiapello nous offre une approche pragmatique de la compréhension des faits sociaux. Elle nous permet, en effet, de :

- Prendre en compte les justifications revendiquées et exprimées par les personnes.
- Comprendre dans quel registre d'action agissent les différents acteurs et en déduire les mondes auxquels ils se réfèrent, en se basant pour cela sur leurs discours.
- Mettre à jour les logiques d'action pour des partenaires de la mise en œuvre de la réforme de 2009 ne se référant pas aux mêmes valeurs socio-professionnelles ou individuelles.
- Détecter les possibilités d'accords entre acteurs des différents groupes socio-professionnels.

La plus-value des économies de la grandeur est qu'elle montre l'hétérogénéité des logiques présentes dans une situation ou dans une organisation. Les individus n'agissent pas seulement pour des raisons stratégiques, ils agissent aussi en se référant à des principes de justice.

Par contre, elle accorde beaucoup de poids à la parole des acteurs avec comme contreparties la difficulté de traiter de manière compréhensive une personne qui ne parle pas, et la difficulté de prendre en compte les motivations cachées des personnes, le poids d'une habitude, d'une culture de groupe dont elles ne sont pas forcément conscientes.

Elle ne prend pas en compte les contraintes de l'environnement lorsqu'elles ne sont pas exprimées par les acteurs, et ne permet pas de discerner clairement les rapports de pouvoir. Or, les *compromis* ne sont pas que le produit de points de vue argumentatifs. Des rapports de force peuvent influencer le choix d'un *principe supérieur commun*.

Par ailleurs, si la catégorisation des personnes dans des mondes est utilisée de façon rigide, elle risque de présenter une fixité du modèle d'analyse.

Boltanski et Thévenot ont développé la théorie des mondes pour effectuer une classification des logiques d'action des personnes et des groupes de personnes. Cette classification est, pourrait-on dire événementielle, liée à une situation, une action particulière de l'organisation, à un projet. Elle souhaite s'affranchir de perspectives trop exclusivement centrées sur le poids des habitudes de culture professionnelle ou de collectivité humaine située dans une historicité comportementale.

Cette approche se veut coller à une situation ponctuelle et circonstanciée. Si nous la plébiscitons dans le contexte de l'étude du processus de mise en œuvre de la réforme de 2009, nous sommes toutefois consciente que nous ne pouvons pas faire l'impasse sur le poids des cultures, des histoires et des rapports de force.

Conclusion

La réforme de 2009 produit inévitablement un effet sur un certain nombre d'acteurs et d'institutions. Ce faisant elle les oblige à prendre position. Cette prise de position peut être favorable ou défavorable à la réforme et, à travers le processus d'implémentation, peut se modifier. Ce faisant, les acteurs entrent dans le Régime de la justice en devant justifier leurs accords ou désaccords.

Le cadre théorique des Economies de la grandeur apparaît alors comme un outil utile au décodage de la dynamique d'appropriation et/ou de contestation de la réforme. Un corpus de questions en découle pour notre recherche :

- Qui sont les acteurs (personnes, groupes, institutions) impliqués dans le jeu qu'ouvre la réforme ?

- Quel sens donnent-ils à leurs actions en référence à la réforme et en quoi ce sens peut-il être lu sous l'angle des mondes communs ?
- Quelles controverses la réforme génère-t-elle ? Entre qui ? Autour de quoi ? Comment sont-elles résolues ?
- Peut-on observer la création de compromis guidé par un *principe fédérateur commun* « trans-mondes », permettant un agir-ensemble ?

Notre stratégie d'analyse de la mise en œuvre de la réforme sera donc menée sous le prisme des principes théoriques des Economies de la grandeur et du Régime de justice. Il conviendra de déterminer à quels mondes les personnes font référence. Pour cela, nous nous interrogerons sur les attributs des différents mondes. Le répertoire des *objets* et des *sujets*, l'*épreuve modèle*, la *figure harmonieuse* permettront de compléter les éléments théoriques plus essentiels que sont *le principe supérieur commun* et *l'état de grandeur*. La lecture de ces indicateurs autorise, en effet, lorsque l'on est conduit à examiner un phénomène social, à repérer les différentes personnes et groupes de personnes se référant ou non à tel ou tels mondes.

Cet outil théorique nous permettra d'opérer des choix méthodologiques pour notre enquête, choix exposés dans le chapitre 7 ci-suit.

Chapitre 7

Une posture et une méthode

« La conceptualisation mêle étroitement la perception et le raisonnement. Le sociologue doit être conscient de ses présupposés. Etre à même de pouvoir prendre à leur égard une distance critique, c'est peut-être cela – rien de plus mais rien de moins – la nouvelle conception, sociologique, de l'objectivité. » (Cœnen-Huther, 1995, p. 43)

Introduction

Lorsqu'il s'agit d'explicitier la méthodologie de pensée et d'action d'un travail de réalisation de thèse, il est nécessaire d'avoir suffisamment de recul pour regarder de manière sereine et objective le parcours marathonien qui est en voie d'achèvement. Il convient alors de faire un pas de côté, de *se détacher le nez du guidon*, pour voir se dessiner plus clairement les choix réalisés et les raisons de ces choix, pour constater les erreurs et les impasses, pour critiquer les biais et maladresses, pour estimer les limites de l'ensemble.

Nous allons, dans un premier temps, exposer la méthodologie générale qui a guidé ce travail.

Après avoir posé le cadre épistémologique, il importera de préciser la posture que nous avons adoptée depuis le début de notre recherche, et plus particulièrement pour mener l'enquête de terrain.

Cette posture est celle du participant observateur. De ce fait, il sera utile de préciser les conditions de travail de la doctorante et de mentionner les dates repères du calendrier de réalisation.

Nous pourrons, dans une seconde partie, nous pencher sur la méthodologie des études de cas, qui sera mise en lien avec le cadre théorique choisi : les Economies de la grandeur.

Il sera précisé la manière dont a été conçue et réalisée l'enquête de terrain : choix des lieux, des acteurs, des outils, des stratégies, ainsi que les réajustements et difficultés. La conception et la réalisation seront critiquées et limitées.

Puis, la méthodologie ayant guidé le recueil de données existantes sera expliquée, avant d'être critiquée.

Enfin, la stratégie d'analyse des résultats de l'enquête sera produite : différentes étapes d'analyse (descriptive, explicative, interprétative), outils, choix de présentation des différents niveaux d'analyse. Tous ces éléments seront posés au regard de la problématique et du cadre théorique.

1. Méthodologie générale

Dans cette première partie consacrée à la méthodologie générale de notre travail, nous allons pointer dans un premier temps, tout ce qui concerne le cadre épistémologique de la recherche. Nous nous pencherons logiquement ensuite sur la posture qui est la nôtre, guidée par ce cadre et par les conditions d'exercice de la recherche. Ces conditions seront exposées dans un dernier moment, de même que le calendrier d'exécution de la thèse.

1.1. Cadre épistémologique

Notre recherche combine principalement deux approches : une approche descriptive et une approche compréhensive. Notre postulat est de permettre aux discours de décrire une réalité qui sera certes une représentation de la réalité de chacune des personnes, mais qui sera objectivable. Nous nous plaçons dans une approche sociologique qualitative, et la dimension quantitative n'est qu'un appoint de compréhension de cette approche essentielle. En outre, notre choix théorique, celui de la grille des Economies de la grandeur, nous a conduit à construire notre stratégie d'enquête et nos choix d'acteurs et d'outils en fonction des variables propres à cette théorie.

Les champs convoqués seront, outre la sociologie qui est le phare de cette recherche, les sciences infirmières, les sciences de l'éducation et la philosophie. Notre objet de recherche est en effet au carrefour de ces disciplines, et certaines explicitations obligent à les appeler pour un éclairage plus approprié. C'est pourquoi figurent en bibliographie des références autres que sociologiques. Il n'est pas question pour autant de *se perdre*, mais de pouvoir lire les phénomènes étudiés grâce à des prismes complémentaires. Le fil conducteur étant de donner plus de couleur et de lisibilité aux Economies de la grandeur.

Il est important de préciser ici que nous menons ici une analyse contextualiste et processualiste privilégiant l'étude monographique, qui vise à étudier les processus tels que les personnes les œuvrent et les vivent.

« Rappelons d'abord que nous ne sommes pas dans une logique de l'échantillon : ce que nous observons ne "vaut" pas pour une autre population que celle que nous avons enquêtée directement. De ce point de vue, nous entrons dans la catégorie des monographies. Toutefois, nous n'abdiquons toute ambition à la généralisation. Simplement, nous ne généralisons pas sur des individus ou des populations mais sur des processus et des relations. Et surtout, nous entrons dans une logique cumulative : nous nous essayons à des interprétations et des hypothèses, par définition générales, qui ont vocation à être contestées, ici et ailleurs. Nous apportons une pierre, à notre modeste mesure, à l'édifice cumulatif qu'ont édifié nos prédécesseurs. Loin de chercher l'originalité théorique à tout prix, et la table rase, nous nous situons dans une tradition scientifique solide, même si elle n'est pas reconnue universellement, et nous avançons sur le terrain déjà bien balisé de la description des relations sociales. » (Beaud, Weber, 1997, 2010, pp. 247-248)

Une logique d'étude de processus implique d'interroger :

- D'où vient-on ? De quelle histoire, de quelle culture ?
- Où va-t-on ? Rupture ? Continuité ? Entre-deux ?
- Avec qui ? Partenaires historiques ? Partenaires nouveaux ?
- Avec quels moyens ? Ingénierie nouvelle ? Adaptation de l'ancienne ingénierie ?
- Et surtout : Pourquoi ? Pourquoi ce processus ? Quel est le but à atteindre ou, du moins, vers lequel tendre ?

Cette logique revendiquée de processus, inscrite dans une vision ethnographique, nous amène à contextualiser la mise en œuvre de la réforme, et à préciser les éléments mobilisés et les acteurs qui la concernent.

L'ensemble de ces choix nous conduit à l'adoption d'une posture de chercheur spécifique.

1.2. Posture du chercheur

Nous sommes immergée dans notre sujet d'études et le quotidien de notre activité professionnelle nourrit notre questionnement.

Aussi, nous avons tenté de cerner la posture qui est la nôtre. Cela n'est pas tâche aisée dans la mesure où les auteurs ayant abordé la participation observante et l'observation participante ne font pas consensus.

« La différence fondamentale entre observation participante et participation observante réside à leurs yeux dans l'activité principale du chercheur : s'il est avant tout acteur de terrain, se transformant uniquement en chercheur une fois sa mission terminée (par la prise de notes, par exemple), on peut parler de participation observante. [...] Si, au contraire, la priorité va à l'observation, avec des prises d'initiative plus rares de la part de quelqu'un qui n'est pas familier du terrain, il est alors question d'observation participante, consistant éventuellement en une forme d'apprentissage. » (Soulé, 2007, p. 135)

1.3. Observation participante ou participation observante ?

Alain Touraine, en commentaire de *Street corner society*, ouvrage de William Foote White (1943) traduit en français en 1996, définit l'observation participante comme « la compréhension de l'autre dans le partage d'une condition commune ». Ce mode d'investigation ethnologique et sociologique s'est développé à partir des années 1910-1920. Malinowski en fut un des précurseurs, s'immergeant dans la vie quotidienne des peuples mélanésien qu'il entendait étudier. L'école de Chicago a poursuivi dans ce sens de travail. Par la suite, des sociologues tels Coenen-Huther, Dofny ou Peneff ont pratiqué l'observation participante, en particulier dans le domaine de la sociologie du travail. Chapoulie en dressera un historique. (Chapoulie, 1991) Cette méthode d'enquête n'est reconnue que comme périphérique et épiphénoménale par certains courants de la pensée sociologique, qui lui reprochent de ne pas apporter une réelle valeur dans la connaissance sociologique. Lui sont en particulier reprochées la durée longue des immersions qui risque de nuire à l'objectivité, l'ambiguïté de l'implication de l'observateur par rapport à son objet d'études, l'écriture et l'analyse théorique insuffisamment abouties.

Nous avons opté pour une posture de recherche de participant observateur et non d'observateur participant. Quand bien même : « Ce jeu sur la formulation ne consiste pas seulement en une inversion des termes ; l'adjectivation de l'un et la substantivation de l'autre confortent la position exprimée par Favret-Saada (1990), qui qualifie l'OP [l'observation participante] d'oxymore. » (Soulé, 2007, p. 137)

L'approche anthropo-sociologique de participant observateur est celle de Loïc Wacquant. Il ne s'agit pas là d'implication ponctuelle et volontariste, mais d'une plongée réelle dans le milieu observé impliquant le chercheur dans toutes les dimensions de sa vie scientifique, professionnelle et personnelle.

« [...] comprendre l'univers de la boîte exige que l'on y plonge en personne, qu'on en fasse l'apprentissage et qu'on en vive les principales étapes de l'intérieur. L'appréhension indigène est ici la condition indispensable de la connaissance adéquate de l'objet. » (Wacquant, 2000, p. 60)

Aborder une recherche sociologique *de l'intérieur* permet d'accéder à de nombreuses données explicites.

Et c'est bien là l'intérêt extrême de la participation observante : l'afflux d'informations. Avec, en parallèle, la difficulté que peut représenter un tel afflux si une ligne directrice n'a pas été décidée pour en permettre le tri, pour ne pas se noyer dans les documents, les dossiers, les fiches, les échanges et la... *digestion intellectuelle* de toute cette masse. Les informations collectées ne font pas sens en elles-mêmes. Elles ne le peuvent que si elles sont mises au regard d'un cadre théorique et d'une problématique.

Nous faisons ici référence également à Howard Becker lorsque nous disons choisir de rester en position d'individu chercheur car cela nous paraît correspondre à la réalité de ce que nous vivons dans ce travail. Un rapport de familiarité avec le terrain d'enquête, mais mis à distance à travers des prismes théoriques et l'usage de méthodes : voilà la posture que nous adoptons.

Becker présente le chercheur en sociologie comme un individu porteur d'une histoire, d'une culture, d'un ensemble de composants intellectuels qui lui sont propres et qui de ce fait interviennent, quoi que l'on fasse à l'encontre, lors d'un travail d'enquête. Nous ne sommes pas vierges, nous ne sommes pas une page blanche. Aussi, comme les acteurs que nous sommes amenée à étudier, faisons-nous appel à des représentations pour lire le monde,

Ces remarques ont vu le jour après la phase exploratoire et les premières prises de contact avec certains acteurs. A l'orée de ce travail, nous avons pris conscience des représentations qui furent les nôtres. Ces représentations ont évolué et évoluent au moment même où nous écrivons ces lignes. Il est bien évident qu'il est impossible de *fixer* ces représentations, de les classer comme des timbres dans un album. Il s'agit plutôt d'être conscient de leur existence et de veiller à ce qu'elles n'entravent pas la construction de la méthodologie d'enquête de terrain et ne brouillent pas la lecture du cadre théorique que nous avons choisi.

Jacques Cœnen-Huther, quant à lui, relativise l'importance de la posture du chercheur sur le terrain. Pour lui, « ... ce qui fait la spécificité de la démarche sociologique, c'est moins l'usage de certaines techniques de recherche que le recours à certains concepts. » (Cœnen-Huther, 1995, p. 11) Ce qui importe, c'est la capacité, grâce à un outillage conceptuel approprié, à lire les faits, à traduire les événements en dépistant les invariants.

Les présupposés existent et ils doivent être connus du chercheur qui sans cela sera trop guidé par ses sensations et perceptions. La seule posture pouvant être adoptée réside dans un travail sur soi qui oblige à l'objectivation, qui contraint à *désaffectiver* les commentaires, qui force à une argumentation contradictoire et solidement étayée. L'affinement progressif de la problématisation ainsi que la référence aux Economies de la grandeur se présentant comme des garde-fous.

Pour Cœnen-Huther, l'observation participante peut autoriser à dire que la sociologie est une *manière de voir* sans pour autant se montrer péjoratif. « Comme la littérature, la sociologie dans ce qu'elle a de meilleur et de plus fécond permet de jeter un regard neuf sur une réalité familière. Elle nous aide à voir ce que nous regardions sans voir. » (Cœnen-Huther, p. 76)

Et il vrai que notre regard sur l'univers de l'enseignement en soins infirmiers s'est décillé, éclairci, enrichi, au fil de notre travail de recherche.

Comment s'est déroulé ce travail ?

1.4. Conditions de réalisation du travail

Notre cursus professionnel explique, d'une part les conditions de réalisation de notre travail doctoral, d'autre part l'implication personnelle et professionnelle qui a accompagné celui-ci.

En effet, ainsi que nous l'avons précisé en début du chapitre 1, nous avons été formateur à l'IFSI Croix Rouge de Ville I de juin 2010 à décembre 2015. Ce statut nous a permis d'être au cœur même du sujet de notre étude. Nous avons été immergée dans l'univers professionnel que nous étudions. Il nous a été loisible d'accéder aux informations de notre territoire d'enquête et de permettre la collecte d'une grande richesse de matériaux.

Au début de notre travail de recherche, nous nous sommes efforcée à adopter une posture de retrait et d'objectivité, pour aborder notre objet avec un œil et un esprit dépourvus d'aprioris. Mais cette posture est une gageure.

Comment, *ex abrupto*, nous détacher des affects engendrés par notre praxis pour nous positionner en tant que chercheur ? Comment, étant nous-même acteur d'une des mises en œuvre de la réforme des études infirmières, parvenir à s'extraire des enjeux et des intérêts des différents acteurs, y compris et surtout des nôtres, pour nous placer dans une posture d'observateur et de témoin ?

Nous sommes tout à fait consciente de l'impossibilité d'œuvrer en recherche dans une neutralité scientifique désincarnée. Nous adoptons pour cadre la vision d'Howard Becker, déjà exposée supra, lorsqu'il présente le chercheur comme lié à des représentations professionnelles qui se surajoutent aux siennes propres : « ...nos représentations déterminent l'orientation de notre recherche : elles déterminent nos idées de départ, les questions que nous posons pour les vérifier, et les réponses que nous trouvons plausibles. » (Becker, 2002, p. 38)

1.4.1. Une rigueur

L'immersion dans un milieu professionnel qui est celui-là même que nous étudions nous a contrainte à adopter une posture de rigueur. Cette rigueur a été nécessaire pour réduire les aprioris liés à nos représentations, à nos expériences, à nos réflexions antérieures, aux échanges quotidiens avec certains des acteurs.

Nous admettons donc que « Le sens de l'expression "faire sens" n'a rien d'évident ici.... » et que « l'histoire doit incarner ou être organisée selon un principe qu'aussi bien le lecteur que l'auteur acceptent comme étant une manière raisonnable de relier les choses entre elles. » (Becker, 2002, p. 47)

Afin de parvenir à cette « manière raisonnable », notre postulat a été de parvenir à nous astreindre à une posture de retrait, retrait relatif autorisé par la participation observante, afin de la mettre au service d'une lisibilité de la problématique soulevée. Cette volonté posturale est étayée, outre les choix de méthodologie de travail, par la rigueur accordée à la mise en œuvre des études de cas, guidées par le cadre théorique des Economies de la grandeur et du Régime de justice.

1.4.2. Un contexte

L'ensemble du travail s'est déroulé, hors rédaction, de mars 2012 à juin 2017, soit un peu plus de cinq ans. Durant la quasi-totalité de cette période, nous avons travaillé à temps plein en tant que formatrice en IFSI. Pour l'année 2012-2013, aucun congé de formation n'a été dégagé. Pour l'année 2013-2014, il a été octroyé par l'employeur dix journées de congés de formation ainsi que le règlement du Minerval²⁷. Pour l'année 2014-2015, vingt journées de congés de formation ont été octroyées. Enfin, à compter du 1^{er} janvier 2016, nous avons cessé notre activité de formateur et nous sommes consacré aux retranscriptions, à l'analyse des données et à la rédaction de la thèse.

Les premières années auront été notoirement marquées par une forte charge de travail, peu ou pas compensée. Nous avons été contrainte de travailler lors de nos temps de repos : soirées, week-ends, congés annuels... et même pause repas. Tout cela dans des conditions d'exercice professionnel de surcroît difficiles du fait d'un contexte tendu et de réorganisations permanentes. Ce qui a également été préjudiciable à la sérénité de la recherche, est le fait de ne pouvoir que peu ou pas échanger avec d'autres sociologues ou d'autres infirmiers docteurs. Il faut préciser que notre université d'appartenance se trouve à Louvain, en Belgique, et que notre lieu de résidence est dans le sud de la France. C'est pourquoi, il a été profitable de prendre part à des séminaires, colloques, conférences, journées de travail.

1.4.3. Un calendrier

Voici une présentation des différentes étapes de du travail doctoral :

L'avant projet a été conçu en mars 2012. Puis, il a été présenté aux promoteurs et réajusté. Durant deux années, il s'est agi :

- D'affiner la problématisation.
- De fixer le cadre théorique et de conforter notre connaissance des Economies de la grandeur.
- D'effectuer des recherches concernant l'histoire de la profession et de la formation infirmière.
- De trier les données concernant la réforme de 2009.
- D'étudier le donné à voir des mises en œuvre nationale et régionale.
- De réaliser des enquêtes exploratoires.
- De déterminer le comité d'accompagnement.
- De préparer l'épreuve de confirmation.

L'épreuve de confirmation a eu lieu début juin 2014. Nous avons produit pour cela une première rédaction des chapitres problématisation, histoires de la profession et de la formation, réforme de 2009, mises en œuvre. L'épreuve a permis de fixer les étapes restant à parcourir pour finaliser le cursus doctoral. Les chapitres à rédiger ont été précisés, de même que les conditions de réalisation de l'enquête de terrain. Les modes d'acquisition des ECTS non liés à la thèse elle-même ont été posés.

²⁷ Minerval : en Belgique, droits d'insription en cursus doctoral. (NDA)

De juin 2014 à mars 2015, les chapitres ont été rédigés tels que le calendrier du compte-rendu de confirmation le précisait. Parallèlement, l'enquête de terrain a été préparée : le choix des lieux, acteurs, outils et méthodes, ainsi que le calendrier prévisionnel de réalisation.

L'enquête s'est déroulée de mars 2015 à décembre 2015. La méthodologie et les outils d'analyse ont été réfléchis durant la même période.

Les retranscriptions et le tri des matériaux ont eu lieu de janvier à mars 2016.

Une résidence de deux semaines, en mars, au sein de l'Institut de recherche interdisciplinaire sur les enjeux sociaux (IRIS), au sein de l'Ecole des hautes études en sciences sociales (EHESS) a été l'occasion d'échanges et de rencontres fructueux, notamment avec Luc Boltanski, qui ont permis de nourrir notre réflexion.

L'analyse des résultats et la rédaction finale se sont déroulées de mars 2016 à mai 2017. Du début à la fin du travail, le recueil de données existantes et la lecture d'articles et d'ouvrages n'ont jamais cessé.

1.5. Critiques et biais de la posture du chercheur

Nous avons lors de ce travail été confrontée à plusieurs difficultés. La première, sans doute, est l'inexpérience du chercheur, inexpérience qui a pu avoir une incidence sur sa posture.

Lorsque nous avons entrepris, au printemps 2012, de nous interroger sur les enjeux et conséquences de la réforme des études infirmières de 2009, nous avions des représentations dues à notre expérience professionnelle et à notre vécu quotidien, celui de notre sujet d'étude, au niveau micro-social. Or, il s'agissait de se détacher de ce quotidien pour adopter une posture de recul et d'objectivation des faits et de regarder la problématique, en particulier aux niveaux méso et surtout micro-social.

« Comparativement à un sociologue, un anthropologue ou un ethnologue "professionnels", les infirmières vont pouvoir s'épargner des mois d'immersion dans un milieu, d'entretiens préparatoires pour cerner les us et les coutumes, le langage, les codes de la profession ou du travail étudié. » (Michaux, 2013, pp. 71-72)

Le fait d'être immergé dans notre objet de recherche a parfois été difficile à gérer. En effet, la posture de participant observateur implique beaucoup de rigueur.

Tenir une posture de chercheur en étant impliqué dans son objet de recherche est réellement une gageure, tant il est difficile de *faire du vélo en se regardant pédaler*. Quelques soient les préventions, des recadrages personnels et extérieurs ont été indispensables lorsque le chercheur se montrait trop partie prenante, risquant alors de nuire à la scientificité de l'étude. Le réajustement permanent des écrits a été nécessaire et n'est sans doute pas parfaitement achevé.

« Un grand nombre d'infirmières ayant effectué une thèse en sciences humaines ont mentionné ce biais de l'éventuelle implication trop grande qui aurait pu les aveugler. » (Michaux, 2013, p. 72)

Ne pas être entouré d'autres chercheurs travaillant sur des thèmes proches ou même des thèmes très éloignés a parfois induit une sensation de solitude et de désarroi. Les échanges avec les promoteurs ont permis de palier à ces moments difficiles

2. Méthodologie d'enquête

Nous allons ici présenter le *making of* de l'ensemble de notre enquête. Nous expliquerons l'ensemble de la méthodologie de l'étude de cas, depuis la conception, comprenant le choix des lieux acteurs et outils jusqu'à la réalisation sur les terrains. Ces différentes étapes seront critiquées.

Le recueil de données existantes a été permanent durant toute la durée de notre travail. Il aura permis d'alimenter la totalité des chapitres de la présente thèse. Nous présentons les moyens, les natures et les limites de ce recueil.

2.1. Etude de cas

Notre étude de cas a été conçue de manière à observer la mise en œuvre de la réforme de 2009 à un niveau méso-social. Dans les chapitres suivants, après avoir présenté les disputes en justice engendrées par la mise en œuvre de celle-ci sur le plan national, nous nous proposons, d'observer trois réseaux de partenaires du territoire régional 2. Ce territoire correspond au territoire académique des universités de Métropole 2. Elle regroupe les départements 2, 3, 4, 7 et 8.

Les réseaux observés sont représentés par trois IFSI par le biais de leurs directeurs, de formateurs et d'étudiants de fin de troisième année, par des enseignants universitaires et par des infirmiers des lieux de stage collaborant avec ces IFSI. D'autres acteurs sont convoqués tels le Conseil Régional, les conseils départementaux, les hôpitaux et les mairies, en tant que financeurs et/ou interlocuteurs. Ou tels le CEFIEC et les différents syndicats professionnels infirmiers, en tant que partenaires. Ces acteurs sont présents par le biais du recueil de données.

La réalisation de cette enquête a nécessité près de quarante entretiens, trois recueils de données dans les IFSI, et une centaine de questionnaires diffusés auprès des acteurs des terrains de stage.

La méthodologie a été conçue de manière à permettre une lecture des corpus au filtre des Economies de la grandeur.

2.1.1. Qu'entendons-nous par « étude de cas » ?

Nous employons le terme *étude de cas* dans cette acception :

« ... méthode d'investigation à visée d'analyse et de compréhension qui consiste à étudier en détail l'ensemble des caractéristiques d'un problème ou d'un phénomène restreint et précis tel qu'il s'est déroulé dans une situation particulière, réelle ou reconstituée, jugée représentative de l'objet à étudier. » (Albero, 2010, p. 15)

L'étude de cas est une méthode d'enquête qualitative de type empirique, dont le parti-pris est heuristique et non nomothétique²⁸. L'intérêt est de recueillir du réel, du vécu, du vivant et non du contrôlé, de l'artificiel, du normé.

Nous ne sommes pas là dans le cadre d'une recherche de la preuve au sens bachelardien (Erikson, 1986) mais

« le discours du chercheur se situe [...] dans le registre de l'argumentation et de la recherche d'une "plausibilité" [...] Une attention particulière est portée aux processus d'objectivation puisqu'aucune référence ne peut être faite à l' "objectivité" du discours produit, objectivité considérée par définition inaccessible en SHS²⁹. Ce positionnement conduit à travailler d'autant plus soigneusement la méthode... » (Albero, 2010, p. 16)

La rigueur de la méthode implique plusieurs étapes d'élaboration.

- Délimitation du ou des sujet(s) d'étude et justification des choix en fonction de l'environnement. Argumentation objective et subjective de ces choix.
- Sélection des faits observés, en fonction des filtres concomitants aux études en sciences humaines et sociales : subjectivité du chercheur-acteur, particularités liées à la création du discours, méthodologie générale de la recherche (choix épistémologique, cadres théoriques, méthodologie de recueil et d'analyse des corpus).
- Réification du discours vivant et transformation de celui-ci en un *machin* scientifique fixé par l'écriture du chercheur, réification qui pourra être corrigée par la prise en compte des retours des acteurs.
- Détermination des limites de l'étude et de la lisibilité, du *donner-à-voir* de celle-ci.
« Malgré le déploiement d'une méthodologie riche qui tente de rendre fidèlement la densité, l'incertitude et la fragilité des interactions humaines, le moment arrive immanquablement de

²⁸ La recherche de montée en généralité n'est pas à remettre toutefois en cause. Il s'agit dans une étude de cas de rendre lisible le chaos des corpus, de donner les lois propres à l'historicité et à la contextualisation d'une étude donnée, sans pour autant en tirer des lois générales, universelles. (NDA)

²⁹ SHS : sciences humaines et sociales (NDA)

délimiter un observable, arrêter une analyse, circonscrire un champ de compréhension. » (Albero, 2010, p. 18)

- Formalisation par une rédaction conforme aux règles scientifiques et déontologiques qui s'efforcera par ailleurs de reconstituer « la singularité irréductible du vécu ». (Albero, 2010)

Il convient de considérer en l'espèce que les obstacles méthodologiques nombreux ne constituent pas en eux-mêmes des erreurs mais se situent dans une démarche d'étude compréhensive des faits, démarche alimentée par des choix épistémologique, déontologique et éthique.

2.1.2. Liens avec problématisation et cadre théorique

L'étude de cas est menée dans le contexte de la problématisation, exposée supra. La problématisation influe sur les choix méthodologiques, dans le fond comme dans la forme. Elle permet d'orienter l'enquête vers les lieux et acteurs pertinents au regard des questions soulevées.

Il s'agit donc ici d'observer les personnes évoluant dans les réseaux d'enseignement infirmier du territoire académique 2, c'est-à-dire dans le territoire académique des facultés de Métropole 2. Pourquoi ce choix de territoire ? Nous sommes nous-même implantée dans ce secteur géographique et avons une connaissance des lieux, des enjeux, des acteurs. La proximité, parfois relative compte tenu de la typologie du territoire, permet la faisabilité d'une enquête.

Nos interrogations initiales sont :

Quels sont les vécus, les effets produits, les perspectives ?

Quels sont les discours officiels et le discours sur le réel ?

Quels sont les discours prescrits et réels, formels et informels ?

Quels sont les acteurs concernés et comment fonctionnent-ils ?

Comment les infirmiers sont-ils présents et présentés ?

Bref : *comment ça marche ?!*

Les matériaux recueillis permettront, du fait de la construction des outils, de transférer les informations au filtre des Economies de la grandeur. Nos recherches vont donc dans le sens des éléments fondateurs de la théorie des Economies de la grandeur, à savoir, pour la définition des mondes et des personnes y faisant référence :

- Principe supérieur commun.
- Rapport de grandeur.
- Répertoire des sujets.
- Répertoire des objets.
- Dignité des personnes.
- Formule d'investissement.
- Relations naturelles entre les êtres.
- Figure harmonieuse de l'ordre naturel.
- Epreuves modèles.
- Jugement.
- Evidence.
- Déchéance.

Pour étudier la justification des personnes et la régulation des controverses internes dans un monde, ou la régulation des controverses entre mondes, nous examinerons les épreuves, compromis, clarifications, arrangements.

2.1.3. Choix des lieux, personnes, outils, stratégies d'enquête

Notre étude de cas a été conçue de manière à observer la mise en œuvre de la réforme de 2009 à un niveau méso-social.

Nous nous proposons de procéder à une étude de cas auprès de trois IFSI choisis parmi les onze IFSI collaborant avec le pôle universitaire de Grenoble. Cette étude sera réalisée grâce à des entretiens et des questionnaires. Elle sera complétée par un recueil de données.

A - Choix des lieux d'enquêtes

Choix des universités

Le territoire académique 2 correspond aux universités de Métropole 2, réunies depuis le 1^{er} janvier 2016 en un seul pôle universitaire : l'Université de Métropole 2. Cette université regroupe les facultés de médecine-pharmacie, de lettres et langues et de sciences humaines. Ce pôle universitaire est la référence pour la mise en œuvre du nouveau référentiel de formation, dans le contexte de la convention signée avec la région le 20 juillet 2010.

Choix des IFSI

Nous avons pointé supra, la grande hétérogénéité entre les Instituts de formation en soins infirmiers. Il nous a paru par conséquent pertinent d'observer les réseaux de trois IFSI de cultures, d'histoires, de statuts, de moyens et d'implantations géographiques différents.

Nous avons choisi l'IFSI de Ville A, l'IFSI de Ville K et l'IFSI Croix-Rouge de Métropole 2. L'IFSI de Ville A a un passé d'école infirmière publique généraliste, c'est-à-dire non dédiée à la psychiatrie avant la réforme de 1992. Il est adossé à un Centre hospitalier public et de ce fait est une unité de ce centre hospitalier. Ses cohortes comptaient 49 étudiants jusqu'à la rentrée 2012, date à laquelle elles sont montées à 83. Un IFAS est associé, ainsi que des classes préparatoires. Les bâtiments sont neufs depuis la rentrée 2012, dans un environnement distant du centre hospitalier. Il est situé au sud de la Drôme, dans la vallée du Rhône, dans un département très rural.

L'IFSI Croix-Rouge de Métropole 2 est situé dans la commune de Métropole 2. Anciennement privé, sous un statut associatif, il a fusionné avec le réseau des IFSI Croix-Rouge régionaux depuis mars 2011. Un IFAS et une école d'auxiliaire de puériculture sont associés, ainsi que les classes préparatoires. La formation d'infirmier de bloc opératoire y est dispensée en collaboration avec le CHU de Métropole 2. Ses cohortes comportent 86 étudiants.

L'IFSI de Ville K a un passé d'école publique dédiée à la formation d'infirmiers de secteur psychiatrique. Il est situé en proche banlieue de Métropole 2 et est adossé à un centre hospitalier spécialisé en psychiatrie. Il comporte un IFAS et des classes préparatoires. Ses cohortes comptent 71 étudiants. Il est situé au sein même de l'enceinte du centre hospitalier, dans des bâtiments datant de plus d'un siècle.

B - Choix des populations

Plusieurs groupes de personnes, directement impliquées par la mise en œuvre de la réforme des études infirmières de 2009 ont été consultés : les directeurs et formateurs des IFSI, des étudiants de fin de troisième année, des universitaires partenaires de la formation, des professionnels exerçant dans les lieux de stage.

Les directeurs

Nous avons choisi d'interroger les trois directeurs des trois IFSI sélectionnés. Leur position de dirigeant de structure nous permettait ainsi d'accéder à des renseignements factuels lors de l'entretien et par la suite sous forme de documents (rapports, notes, etc.)

Ils sont dépositaires d'informations qu'eux seuls peuvent rassembler. Ils sont le lien entre leur IFSI d'appartenance et les partenaires institutionnels. Ils détiennent des données concernant à la fois le fonctionnement interne de l'école et son environnement extérieur. Les directeurs ont donc été interrogés et de plus sollicités pour le recueil de données.

Les formateurs

Pour chacun des IFSI, nous avons décidé d'interroger trois formateurs afin d'avoir plusieurs angles d'approche de notre problématique. Leur choix a été multifactoriel. Ils ont été soit désignés par le directeur ou la directrice (pour un à l'IFSI de Ville A, pour les trois à l'IFSI de Ville K) soit indiqués par des collègues formateurs de l'IFSI dans lequel nous exerçons (pour un à l'IFSI de Ville A, pour deux à l'IFSI Croix-Rouge de Métropole 2), soit encore ils étaient connus de vue par nous-même pour les avoir croisés en réunions régionales (pour une à l'IFSI de Ville A et un à l'IFSI Croix-Rouge de Métropole 2).

Les étudiants

Nous avons également opté pour le recueil des discours de cinq étudiants de fin de troisième année de chacun des IFSI. Ils ont été sollicités par une formatrice à l'IFSI de Ville K, par une formatrice à l'IFSI Croix-Rouge de Métropole 2 et par le directeur, relayé par l'équipe de formateurs, à l'IFSI de Ville A. La communication entre les étudiants a permis de sursoir à quelques défections.

Douze étudiants de l'IFSI Croix-Rouge de Métropole 2 se sont portés volontaires et nous avons choisi de nous limiter à six, dans l'ordre des prises de contact.

Les universitaires

Nous avons de plus souhaité recueillir les propos des universitaires collaborant avec les IFSI du territoire 2, ainsi que d'universitaires intervenant auprès de chacun des IFSI à titre plus ponctuel, hors contexte de la convention.

Nous avons contacté par mail les personnes ayant participé à des réunions de travail pour les unités d'enseignement contributives ou celles dont le nom figure sur les DVD de cours enregistrés.

Nous avons sollicité les formateurs afin qu'ils nous adressent les coordonnées d'universitaires n'appartenant pas à la faculté de médecine-pharmacie et intervenant dans leur IFSI en présentiel.

Les professionnels

Pour chacun des IFSI, il importait d'enquêter auprès des infirmiers *de terrain* accueillant les étudiants infirmiers en stage. Ceci afin de mettre en évidence, dans les discours de ceux-ci, leur opinion et leur jugement du nouveau référentiel de formation, en vue de les confronter aux discours des directeurs, formateurs et étudiants.

Il était impossible, en termes de temps et de volume de travail, d'interroger les personnes, au risque de ne recueillir que peu de témoignages. Nous avons donc opté pour le dépôt de questionnaires, via les IFSI : le directeur, pour l'IFSI de Ville A, ou la formatrice responsable des stages, pour l'IFSI Croix-Rouge de métropole 2.

C - Constitution des échantillons

Sommes-nous dans une logique d'échantillons, comme dans un contexte d'étude statistique ? Non, le terme ne nous semble pas approprié ici, dans la mesure où, contrairement à la construction des échantillonnages des études statistiques, il n'y a pas d'interchangeabilité des enquêtés. Chacune des personnes interviewées est unique même si toutes appartiennent à un même groupe professionnel. La singularité de leur être, du fait de leurs âges et cursus divers, interdit de les réduire à leur statut et de les confondre toutes dans un même état social et individuel. Il convient d'utiliser plutôt le mot *monographie*³⁰.

D - Choix et construction des outils

La réalisation de cette étude de cas a nécessité une quarantaine d'entretiens, trois recueils de données dans les IFSI, et potentiellement une centaine de questionnaires diffusés auprès des acteurs des terrains de stage, dont le retour sera... d'une quarantaine.

Les entretiens

Tous les entretiens ont été conduits sur un mode semi-directif. Il importait de recueillir les éléments suivants :

Pour les directeurs d'IFSI tous les renseignements concernant la structure d'enseignement, à savoir :

- Lieu(x) d'implantation - Cadre et architecture – Histoire.
- Statut administratif et financements.
- Projet d'établissement - Projet pédagogique.
- Effectifs du personnel formateur - Effectifs des cohortes d'étudiants.
- Lieux de stage : territoires et conventions.
- Méthodes pédagogiques - Organisation pédagogique.

³⁰ Monographie : Étude détaillée sur un point spécial d'histoire, de science, sur une personne, sa vie, etc. (Larousse en ligne le 30 juin 2106) - Écrit sur un point particulier d'histoire naturelle, de médecine, d'archéologie, de philologie, d'histoire, etc. La monographie de la cathédrale de Bourges. (Littré en ligne le 30 juin 2016)

- Partenariats et collaborations - Liens au sein du territoire.

Pour les directeurs d'IFSI et pour les formateurs en IFSI, il importait de se documenter sur les points suivants :

- Genèse de la mise en œuvre - Bilan à l'aulne de la promotion 2015.
- Facilités et difficultés - Réajustements souhaités et/ou en cours.
- Climat interne de l'IFSI - Adaptation du projet pédagogique.
- Relations avec les universités - Relations avec les autres IFSI.
- Relations avec les acteurs des terrains de stage.
- Prospectives d'avenir :
 - Qualité de la formation dispensée.
 - Devenir de la formation et de la profession.
 - Collaborations.

Pour les étudiants de troisième année, il s'agissait de lire dans le discours des futurs infirmiers, enquêtés en toute fin de formation, leurs représentations des compétences, des valeurs et des savoirs infirmiers, leur bilan de la formation venant d'être suivie et leur projection dans un avenir professionnel.

Les universitaires sont interrogés sur leur vécu de la collaboration avec les IFSI, sur leurs relations avec formateurs et étudiants, sur leur approche pédagogique dans le contexte de la formation infirmière, sur leur représentation de l'infirmier et leur prospective d'avenir de la formation.

Les entretiens ont été conçus pour être semi-directifs et permettre un temps d'expression le plus libre possible tout en restant centrés sur notre préoccupation. La fin de l'entretien permet une expression totalement libre si l'interlocuteur le désire. Le fait que ce temps d'expression libre intervienne après les questions posées permet parfois de faire émerger des discours argumentés et réfléchis chez certaines personnes.

La durée des entretiens était envisagée de 30 à 45 minutes pour les directeurs, compte tenu du plus grand nombre de points abordés, et de 20-30 minutes pour les autres personnes interrogées.

Les guides ont été constitués de manière à permettre de faire émerger un discours le plus authentique possible. Après les questions d'ouverture, plusieurs questions permettent de cerner les représentations du locuteur et ses jugements.

Les questionnaires

Ils visent à pointer l'appréciation des professionnels infirmiers à l'égard des cohortes étudiantes depuis la rentrée scolaire 2009. Les questions d'entrée permettent de connaître leur âge, ancienneté dans le diplôme et dans l'unité, de savoir s'ils sont ou non tuteur ou encadrant des étudiants. Les questions suivantes, semi-ouvertes et ouvertes, leur permettent de s'exprimer sur la réforme de 2009, sur leur vision des étudiants et nouveaux diplômés (à travers des compétences, des savoirs et des valeurs), sur l'avenir de la profession et de la formation infirmières.

Les outils d'enquête (guides d'entretiens et questionnaires) sont construits dans le souci de permettre l'émergence de ces éléments.

Les différents outils sont présents en annexe.

2.1.4. Réalisation de l'étude de cas

Le cœur de l'enquête a été mené courant 2015. Toutefois, des enquêtes exploratoires antérieures ont permis de préparer et ajuster les outils et la stratégie d'ensemble.

A - Enquêtes exploratoires

Plusieurs enquêtes ont été menées lors des premières années de ce travail de recherche, en 2012, 2013 et 2014, enquêtes qui ont permis d'obtenir des résultats exploitables tels qu'en eux-mêmes et réajustables aux exigences de notre cadre théorique de référence.

- Des questionnaires auprès d'étudiants infirmiers de première année ont été recueillis en novembre 2013 au sein de l'IFSI de Ville I.

- Des entretiens ont été réalisés au cours de l'année 2012 auprès de la directrice de l'IFSI de Ville I et auprès de la directrice de l'IFSI de Ville K.
- Des questionnaires ont été réalisés auprès d'étudiants de troisième année de l'IFSI de Ville K en Mai 2014 des observations de réunions : entre IFSI et université, internes à l'IFSI de Ville I, propres à l'IRFSS, du CEFIEC régional... ont été réalisées de 2012 à 2014.

La relecture de ces collectes nous a été fort utile, en termes de réajustement et d'adaptation à la problématique et au cadre théorique, particulièrement pour la construction des outils d'enquête.

B - Réalisation des entretiens

Les 36 entretiens ont été réalisés entre le 7 mai 2015 et le 9 octobre 2015, après quatre promotions issues du nouveau référentiel, ce qui laisse supposer que les différents groupes de personnes étaient *rôlés* à celui-ci. La majorité des entretiens a été réalisé par téléphone, compte tenu des distances importantes liées à la particularité du territoire, compte tenu du temps contraint du chercheur et compte tenu de la disponibilité des personnes.

L'enregistrement a été effectué sur un enregistreur mp3 permettant une bonne qualité d'écoute pour faciliter les retranscriptions. Les entretiens durent de 12 à 60 minutes.

Les lieux de réalisation sont multiples : pour les formateurs de Ville A, ils ont été effectués dans les locaux de l'IFSI de Ville A, pour tous les autres entretiens, ils ont été réalisés soit dans la cuisine du chercheur, dans son bureau de l'IFSI de Ville I ou dans d'autres locaux de l'IFSI de Ville I (bureaux de collègues formateurs ou salles de réunion).

Nous avons collecté 35 entretiens enregistrés et un entretien retranscrit par notes manuscrites.

Les entretiens se répartissent comme suit :

IFSI de Ville A :

- Directeur.
- Trois formatrices.
- Cinq étudiants.

IFSI de Ville K :

- Directrice.
- Trois formateurs.
- Six étudiants.
- Un universitaire hors médecine-pharmacie

IFSI Croix-Rouge de Métropole 2 :

- Directrice.
- Trois formatrices.
- Cinq étudiants.

UFR de médecine-pharmacie :

- Six universitaires.

Il convient d'ajouter deux entretiens : un entretien réalisé à l'IFSI de Ville I auprès d'une formatrice qui intervient sur le plan régional et qui a pu préciser certains points de l'évolution des territoires 1 et 3 en lien avec le territoire 2 ; un entretien réalisé auprès d'un universitaire hors de la faculté de médecine-pharmacie.

C - Retranscription des entretiens

Les retranscriptions ont été réalisées par trois personnes différentes. Un des entretiens a été pris en notes et retranscrit par nous-même. Les 35 autres ont été retranscrit ainsi : 3 par une aide extérieure (deux étudiants de l'IFSI de Ville A et une formatrice de l'IFSI Ville A), 4 par une autre aide extérieure (Directrice de l'IFSI Croix-Rouge de Métropole 2, deux formateurs de l'IFSI Croix-Rouge de Métropole 2 et un universitaire intervenant à l'IFSI Croix-Rouge de Métropole 2), les 28 autres par nous-même.

Notre souci, dans notre propre travail et via les consignes données aux deux aides extérieures, a été de retranscrire mot à mot dans la mesure où les hésitations, les silences, les soupirs, les trébuchements sur un mot, les exclamations, tous les modes d'expression, verbaux et non verbaux, font sens et permettent de nuancer la teneur des discours. Même si, quel que soit le soin apporté au respect des propos, « [...] quelle que soit la qualité de votre transcription, vous allez faire perdre à

l'entretien une partie de ce qui fait la richesse de l'interaction de face à face et des paroles qui s'y prononcent, notamment tout le subtil dégradé des émotions qui passent à travers la voix. » (Beaud, Weber, 1997, 2010, p. 211)

Nous avons fait le choix, toujours dans le même objectif de respect des corpus récoltés, d'une retranscription intégrant les tics verbaux, les silences, soupirs, rires, hésitations. Ces *parasites* à la fluidité des discours ont été supprimés lors de l'illustration de l'analyse par des phrases emblématiques, afin de rendre la lecture plus aisée. Quoi qu'il en soit, « ... la retranscription intégrale permet aussi d'éviter d'écarter trop vite de l'analyse des parties de l'entretien qui seraient jugées a priori inintéressantes, ce qui pourrait se révéler inexact au fil de l'analyse. » (Campehoudt, Quivy, 2011, p. 199)

Il est certain que les retranscriptions sont extrêmement chronophages. Toutefois, le bénéfice pour le chercheur est énorme, et nous avons pu prendre, durant ces longues heures de frappe, des dizaines de pages de notes qui nous ont été fort utiles et profitables pour construire les premières bases de l'analyse, tant il est vrai qu'« ... en transcrivant bien, vous faites déjà un travail sociologique : vous engagez des choix importants d'analyse. » (Beaud, Weber, 1997, 2010, p. 213)

Les pistes d'ouverture, les phrases emblématiques, les occurrences, les tics d'expression, tous les éléments apportés par les enregistrements faisaient sens. Il importait de les saisir dans l'immédiateté de leur compréhension.

Les retranscriptions nous ont aussi permis de mesurer les aprioris selon lesquels les guides d'entretien avaient été construits et de prendre conscience de maladresses lors de la conduite des entretiens.

« Plus important encore, la retranscription à domicile ou "à froid", par la prise de distance qu'elle permet, vous fera mieux voir la manière dont vous avez mené l'entretien : avec quelles conceptions, avec quelles idées en tête, avec quelles fausses perspectives, etc. la transcription peut vous permettre de voir plus clair dans votre propre rapport à l'enquête, notamment de débusquer tout ce que vous avez engagé comme présuppositions, comme idées de départ trop arrêtées. » (Beaud, Weber, 1997, 2010, p. 216)

D - Anonymisation des retranscriptions

L'anonymisation, si elle paraît une évidence déontologique, pose le problème de « ...l'impératif scientifique de contrôle de la validité des observations. » (Beaud, Weber, 1997, 2010, p. 265)

C'est pourquoi, nous avons eu le souci de construire une grille d'anonymisation, destinée aux membres du jury de la thèse, « ...qui livre la clé de correspondance entre les personnes et les institutions citées et leurs pseudonymes. » (Beaud, Weber, 1997, 2010, p. 266) Cette grille est non disponible au public qui ne connaîtra des personnes que leur identification d'emprunt.

E - Recueil des questionnaires

Pour les cadres et infirmiers des lieux de stage accueillant des étudiants infirmiers, des questionnaires devaient être déposés dans des unités de soin désignées par les IFSI comme étant des partenaires pérennes.

Nous espérions collecter trente à quarante questionnaires par IFSI, correspondant à plusieurs lieux de stage. Pour les hôpitaux de Ville A et de Ville K, le partenariat d'emblée d'un centre hospitalier d'adossment impliquait une possibilité de retours. Pour l'IFSI Croix-Rouge de Métropole 2, il s'agissait de partenaires du réseau de stages. Les terrains de stage ont été choisis par le directeur de l'IFSI de Ville A, par la formatrice coordinatrice des stages à l'IFSI Croix-Rouge de Métropole 2. Nous n'avons pu recueillir de questionnaires auprès des professionnels des terrains de stage de l'IFSI de Ville K.

Les questionnaires recueillis sont répartis ainsi :

Pour l'IFSI de Ville K

Aucun questionnaire

Pour l'IFSI de Ville A

CH Ville A, pneumologie-diabétologie : 8

CH Ville A, oncologie : 1

CH Ville A, addictologie	: 5
CH Ville A, médecine de jour, chirurgie ambulatoire, endoscopie	: 2
<i>Pour l'IFSI Croix-Rouge de Métropole 2</i>	
Centre de santé de Métropole 2	: 1
CHU de Métropole 2, réanimation médicale	: 18

Soit un total de 35 questionnaires recueillis

L'intégralité des questionnaires est disponible, pour les promoteurs et les membres du jury, en annexe.

2.1.5. Critiques et biais de l'étude de cas

Du fait de notre inexpérience, de notre immersion dans le milieu professionnel concerné par notre objet de recherche et du fait de l'absence de recul et de clairvoyance que cela engendrait, nous avons connu des difficultés pour concevoir et réaliser une étude de cas tout à fait satisfaisante sur le plan de la méthodologie scientifique.

A - En ce qui concerne la conception

Les entretiens et questionnaires ont été recueillis en fin d'année scolaire 2014-2015, c'est-à-dire avec l'éclairage de la quatrième promotion sortie depuis le nouveau référentiel. Cette temporalité est due à la contrainte de temps du chercheur et à la logique d'articulation générale de la réalisation du cursus doctoral. L'étude de l'évolution des personnes au fil de plusieurs promotions aurait, sans doute, été plus pertinente.

Le choix d'étudier la mise en œuvre sur le territoire académique régional 2 est dû à notre posture de participant observateur. Les biais y afférant ont été exposés supra.

Le choix des IFSI peut être critiqué. Il a été influencé par la possibilité de contacts plus aisés du fait de notre proximité géographique ou relationnelle.

Le choix des groupes de personnes interrogées est pertinent compte tenu de la problématique. En effet, l'ensemble des acteurs concernés par la formation initiale infirmière a pu être sondée. Se pose la question du volontariat tant pour les entretiens que pour les questionnaires. La méthode de recrutement des personnes, hormis peut-être les directeurs et les universitaires de la faculté de médecine-pharmacie, aurait mérité plus d'affinement : les formateurs et les étudiants se sont portés volontaires et n'ont pas été interrogés de manière aléatoire. Il est à noter le manque de disponibilité de tous les groupes de personnes : professionnels, formateurs, universitaires. Les étudiants sont, apparemment plus accessibles, mais cela est à relativiser, ainsi que nous le verrons infra.

Le choix des outils ne semble pas poser question. Par contre, leur conception est sujette à caution. Les guides d'entretien ont été adaptés aux groupes de personnes et les inférences sont de fait difficiles à détecter lors de la comparaison des corpus. Le souci de recueillir des informations permettant de nourrir notre réflexion pour défricher la problématique a parfois été compliqué par notre désir d'en *savoir plus*, ce qui nuit à la clarté des matériaux recueillis. Enfin, le souci de pouvoir faire décrypter des éléments propres à la théorie des Economies de la grandeur nous a conduit à modifier des libellés qui ont perdu de leur précision.

Les questionnaires sont imparfaits. Ils n'interrogent pas sur le sexe des professionnels. Il n'est pas demandé d'expression sur le vécu de leur propre formation ou sur les conditions d'exercice. Ces deux derniers points ont pu être malgré tout évoqués grâce aux questions ouvertes de fin de questionnaire.

B - En ce qui concerne la réalisation

La réalisation de l'enquête s'est déroulée sur un temps fort long, de mars 2015 à octobre 2015 pour les tous derniers entretiens. Cela a pu être nuisible à la temporalité d'un bilan commun, photographie à un instant T. Le fait d'être seul chercheur, et de surcroît exerçant professionnellement pendant l'étude de cas, n'a pas permis de procéder autrement.

Du fait des distances et des contraintes de temps, la grande majorité des entretiens a été réalisée par téléphone, ce qui est préjudiciable à la création d'une relation. Certains des entretiens ont été pratiqués auprès de personnes connues du chercheur, ce qui relativise la distance de la relation.

« Demandez-vous toujours pour quelles raisons les enquêtés ont accepté de vous recevoir. Pourquoi vous ont-ils autorisé à être là ? Qu'ont-ils voulu vous montrer, vous dire ? Demandez-vous pour qui on vous a pris ce jour-là. » (Beaud, Weber, 1997, 2010, pp. 219-220)

Les étudiants

En ce qui concerne les étudiants, les biais sont nombreux. Ils ont été sollicités par les formateurs et directeurs de leur IFSI et se sont désignés sur la base du volontariat. Ce qui interroge sur les réponses qu'auraient pu produire des étudiants choisis de façon aléatoire.

Le fait que le chercheur soit formatrice crée un biais de lien de rapport de pouvoir qui peut avoir nuit à la liberté de la parole. Il est ainsi remarqué pour plusieurs entretiens des rires gênés, des hésitations nombreuses, des phrases d'excuse et un signe de respect d'ordre presque hiérarchique à l'égard du chercheur. Cela est amplifié par le support téléphonique qui peut être intimidant pour certains. Les hésitations et les silences enregistrés dénotent parfois une certaine gêne.

Selon les IFSI, les entretiens ont été réalisés à des dates différentes, ce qui n'est pas sans incidence. Pour l'IFSI de Ville A, les étudiants se trouvaient en stage entre les mois de mai et juin ; pour l'IFSI Croix-Rouge de Métropole 2, les entretiens ont eu lieu avant le jury du diplôme et pour certains durant les vacances ; pour l'IFSI de Ville K après l'obtention du diplôme³¹. Les étudiants interrogés en août et septembre n'étaient de fait plus des étudiants de fin de 3^{ème} année, mais de jeunes diplômés dont certains exerçaient déjà une activité professionnelle. Il est à noter que douze étudiants de l'IFSI Croix-Rouge de Métropole 2 se sont portés volontaires après mail déposé par une formatrice sur la plateforme. Seuls six ont été interrogés.

Les directeurs

Nous n'avons pu avoir d'entretien direct mais un entretien téléphonique avec le directeur de l'IFSI de Ville A, que nous ne connaissions pas. L'échange a été chaleureux et la posture aidante à l'égard de notre démarche. Des documents pertinents nous ont été communiqués à plusieurs reprises. Les formateurs, les étudiants et les lieux de stage ont été contactés par lui-même, ce qui a permis une réalisation fluide et rapide de l'étude. Un universitaire spécialisé en droit nous a été recommandé mais n'a pu être contacté.

La directrice de l'IFSI de Ville K est accueillante et positive. Elle nous avait déjà octroyé un entretien exploratoire direct en 2012. Celui de l'étude de cas a été réalisé par téléphone. La surcharge de travail a rendu difficile l'obtention des contacts avec les étudiants et formateurs. Aucun universitaire intervenant à l'IFSI hors faculté de médecine-pharmacie n'a été recommandé. Quant aux professionnels, aucun questionnaire n'a pu être recueilli. Les formateurs et les étudiants ont pu être interrogés en fin d'été. Un document présentant l'IFSI a été communiqué fin octobre et nous a fourni des informations pertinentes en ce qui concerne le fonctionnement de l'IFSI.

La directrice de l'IFSI Croix-Rouge de Métropole 2 est elle aussi accueillante et positive. Nous nous étions rencontrées à plusieurs reprises dans le contexte de collaboration régionale et l'entretien a pu être réalisé en direct lors d'une de ses visites à l'IFSI de Ville I. Son emploi du temps chargé l'a conduite à déléguer aux formateurs les contacts avec les étudiants et les lieux de stage, ce qui a facilité l'organisation de l'enquête. Des documents nombreux ont été communiqués qui ont permis de dresser un portrait de l'IFSI.

Les formateurs

Ils ont été sollicités par le directeur de leur IFSI d'appartenance et se sont portés volontaires pour un entretien. Certains d'entre eux nous étaient connus du fait de rencontres de travail au sein du territoire 2. Les entretiens ont tous été réalisés téléphoniquement pour les IFSI Croix-Rouge de Métropole 2 et de Ville K, et en direct à l'IFSI de Ville A.

³¹ Etudiants contactés par une formatrice lors de la remise du grade licence, semaine du 21 septembre 2015 et entretiens réalisés pour la plupart en octobre 2015. (NDA)

Les professionnels

Nous avons eu retour du questionnaire de plusieurs unités de soin du Centre hospitalier de Ville A, partenaire historique de l'IFSI qui avait été sollicité par le directeur. La Directrice des services de soins infirmiers (DSSI) a centralisé les retours. Les questionnaires ont été recueillis entre juin et juillet. Il peut être à déplorer de ne pas avoir de paroles d'autres professionnels hors ceux du Centre hospitalier.

Les professionnels des lieux de stage collaborant avec l'IFSI de Ville K n'ont pu être contactés.

En ce qui concerne l'IFSI Croix-Rouge de Métropole 2, une formatrice responsable des stages a adressé un mail à plusieurs cadres de santé de différents lieux de stage. Il a été fait retour de questionnaires du service de réanimation médicale du CHU et d'une IDE exerçant en centre départemental de soins. Aucun autre retour de questionnaires n'a pu être obtenu, malgré les relances de la formatrice et de moi-même : nos mails sont même restés sans réponse, hormis celle d'un cadre de santé d'un centre hospitalier: « Désolée. Je ne suis pas en mesure de vous fournir des retours. Manque de temps, trop de sollicitations. Excusez moi. Salutations ». Ce mail nous éclaire sur la difficulté pour les professionnels de sortir de l'exécution des tâches quotidiennes tant ils sont submergés de travail.

Enfin, il importe de noter que seule une professionnelle ayant répondu au questionnaire n'exerce pas en milieu hospitalier. Notre étude sur les terrains de stage s'avère, par conséquent, hospitalo-centrée et n'est, de ce fait, pas représentative de l'ensemble des professionnels infirmiers des territoires dans la diversité de leurs modes d'exercice.

Les universitaires de la faculté de médecine-pharmacie

Il aura fallu, pour la plupart des entretiens, de nombreux échanges de mails avant d'obtenir une réponse, puis pour convenir d'une date. Cela est dû au grand nombre de sollicitations dont les universitaires sont l'objet et aux multiples facettes de leurs missions. Les entretiens ont tous été des entretiens téléphoniques. Nous avons rencontré certains des universitaires lors de réunions de travail en territoire 2.

Les universitaires hors faculté de médecine-pharmacie

Un seul universitaire non attaché à l'UFR de médecine-pharmacie et intervenant en présentiel en IFSI a pu être interrogé. Il s'agit d'un universitaire intervenant à l'IFSI Croix-Rouge de Métropole 2 et dont le père est... infirmier.

Tous les autres universitaires contactés par le biais des formateurs collaborant avec eux n'ont pas même donné réponse à notre demande. Cela s'explique en partie par le fait que leurs relations avec les IFSI sont très ponctuelles. Cela interroge leur investissement pour la formation infirmière, hors les apports personnels de leur discipline. Et, bien sûr, cela interroge la méthode de prise de contact via des intermédiaires, les formateurs.

Toutes les difficultés présentées mettent en question la stratégie de recueil de données auprès de personnes surchargées de travail, qu'il s'agisse des personnels des IFSI, des universitaires et des infirmiers de terrain.

C – Autres remarques

Nous l'avons déjà dit, mais il convient d'y revenir. Les résultats de notre enquête sont dépendants des personnes qui y ont répondu. Ces personnes ne peuvent en aucun cas être assimilées à un échantillon calibré en fonction de postulats de représentativité de l'ensemble du groupe dont elles ont issues. Elles ne sont pas représentatives du groupe dans son entier mais sont uniquement représentatives du groupe des personnes interrogées.

« Rappelons d'abord que nous ne sommes pas dans une logique de l'échantillon : ce que nous observons ne "vaut" pas pour une autre population que celle que nous avons enquêtée directement. » (Beaud, Weber, 1997, 2010, p. 248)

Quelques remarques sont à formuler :

Les formateurs qui se sont montrés volontaires pour être interrogés ne sont-ils pas, par essence, plus communicants que leurs collègues restés en retrait ? Cela n'implique pas que l'ensemble des formateurs leur ressemble. Les directeurs étant tous interrogés, la question ne se pose pas pour eux.

Les universitaires les plus motivés par les entretiens sont ceux qui sont porteurs du projet : les pharmaciens et un biologiste, une médecin.

Les étudiants qui se sont portés volontaires sont peut-être les plus à l'écoute du monde, les plus curieux. Ils ont répondu aux sollicitations des formateurs et directeurs, mais le nombre d'étudiants volontaires est bien loin de représenter l'intégralité d'une promotion.

Enfin, les professionnels qui ont répondu au questionnaire sont, soit incités par le cadre de santé, comme cela est le cas pour l'unité de réanimation médicale, soit, au regard de leurs propos, motivés par la possibilité de dire leur défiance à l'égard de la réforme. L'enquête représente probablement pour eux une occasion de pouvoir s'exprimer. Il ne convient pas de généraliser à l'ensemble des professionnels des unités de soin concernées, et encore moins à l'ensemble des professionnels des lieux de stage associés aux trois IFSI.

Pour ce qui concerne le recueil et l'analyse des matériaux, il convient de noter la difficulté de traiter une telle masse de données qualitatives. Les entretiens, en particulier, représentent plus de 500 pages de retranscription, ce qui a impliqué une analyse extrêmement complexe, au risque de perdre des éléments ou de trop synthétiser. Chaque parole, écrite ou parlée, est importante et il a été douloureux de devoir restreindre la restitution des discours.

2.2. Recueil de données existantes

Nous présentons ici les méthodes et moyens ayant permis le recueil de données dans un contexte de posture de participation observante. Nous décrivons les types de documents et informations collectés. Nous critiquons la méthodologie et le résultat de ce recueil.

2.2.1. Recueil de données existantes : quels moyens ?

Quel a été notre mode opérationnel pour recueillir les données existantes ? Et quelle est la nature de celles-ci ?

A - Au cœur du sujet

Du fait de notre emploi de cadre formateur à l'IFSI Croix-Rouge de Ville I et à notre choix postural de participation observante, nous sommes au cœur d'une source d'informations très riches et diversifiées. En effet, nous avons accès à des documents institutionnels de toutes provenances et de tous niveaux (local, régional, ministériel, propres à la Croix-Rouge, etc.), participons à des réunions internes, régionales et à des colloques et séminaires, et nous rencontrons fréquemment les universitaires et les dix autres IFSI partenaires du territoire 2.

Nous pouvons observer in vivo la mutation des modes d'enseignement au sein même de l'IFSI et au sein même du territoire dans lequel nous exerçons.

« La présence sur le terrain n'est pas seulement destinée à décrypter un système social de l'intérieur; elle vise à comprendre ce que c'est qu'être un acteur de ce terrain, compréhension qui demeure toutefois ancrée dans une expérience essentiellement subjective. » (Soulé, 2007, p. 127)

B - Responsabilités professionnelles

Nous allons faire ici un état des lieux de nos missions, rôles et tâches au sein de l'IFSI Croix-Rouge de Ville I et au sein de l'IRFSS régional, de même que celui des relations de réseaux nationaux et internationaux dont nous sommes membre.

Au sein de l'IFSI de Ville I :

- Responsable de la compétence 8 (initiation à la démarche de recherche, méthodologie, anglais et TICS) depuis 2012.
- Responsable de plusieurs unités d'enseignement contributives, en collaboration avec les enseignants universitaires de la faculté de médecine-pharmacie.
- Rencontres avec les employeurs de la région depuis 2010.

- Suivis pédagogiques d'une vingtaine d'étudiants par an depuis 2010.
- Guidances de mémoire de fin d'études de 7 à 10 étudiants par an depuis 2010.
- Formatrice en GSU (Gestes et soins d'urgence) depuis 2011.

Au sein de l'IRFSS Croix-Rouge :

- Groupes de travail Compétence 8 et recherche spécifique Croix Rouge en collaboration avec les IFSI de Métropole 1, Métropole 2 et Métropole 3 et l'école des assistants sociaux de Métropole 1.
- Groupes de travail avec la faculté de médecine-pharmacie de métropole 2 et les IFSI régionaux pour les UE 2.1, 2.2 et 2.11.
- Groupes de réflexion pédagogiques et formations internes.

Au niveau national et international :

- Collaboration avec ASCODOCPSY (Association de la coordination des documentalistes des établissements psychiatriques).
- Membre de l'ARSI (Association de Recherche en Soins Infirmiers).
- Membre du GEFERS (Groupe francophone d'Etudes et de Formations en Ethique de la Relation de Service et de soin).
- Membre du SIDIEF (Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone).
- Membre de l'AFEDI (Association francophone européenne des diagnostics, Interventions et résultats infirmiers).
- Membre de l'AFS (Association française de sociologie).

C - Regard sur les acteurs nationaux

Du fait de notre situation d'observation privilégiée, nous sommes attentive à recueillir toutes les informations émanant des différents partenaires concernés par la formation infirmière sur le territoire national :

- Ministère de la Santé et des Affaires Sociales.
- Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la recherche.
- Comité d'Entente des Formations Infirmières et Cadres (CEFIEC).
- Fédération Nationale des Infirmiers (FNI).
- Syndicat National des Professionnels Infirmiers (SNPI).
- Ordre National des Infirmiers (ONI).
- Syndicat National des Infirmiers Libéraux (SNIL).
- Fédération Nationale des Etudiants en Soins Infirmiers (FNESI).
- Association Nationale Française des Infirmiers et infirmières Diplômés et Etudiants (ANFIIDE).

D - Séminaires, colloques et publications

Nous avons participé et participeront à différentes rencontres qui nous ont permis de recueillir des informations et de faire avancer notre réflexion :

- Janvier 2013 : participation à deux journées de colloque de l'ARSI.
- Novembre 2013 : communication de 45 minutes réalisée à l'Hôpital Sainte-Anne dans le cadre de la journée ASCODOCPSY, sur le thème *Collaboration entre documentalistes et cadres formateurs au sein des IFSI*. Public de formateurs, de documentalistes et d'universitaires des AP-HP (Paris-Descartes), Lille, Montpellier, Toulouse, etc.
- Mars 2014 : participation à la journée internationale des sciences infirmières de Nîmes, organisée par l'IRFSS Croix-Rouge Languedoc-Roussillon.
- Avril 2014 : participation à deux journées de conférences et à l'assemblée générale du SIDIEF.
- Novembre 2014 : séminaire ARSI *Sciences infirmières épistémologie, pratique et recherche* - Présentation de notre travail de thèse.

- Février 2015 : séminaire ARSI *Sciences infirmières épistémologie, pratique et recherche* - Présentation de notre travail de thèse.
- Mai 2015 : communication lors du colloque GEFERS *Ethique et pédagogie*.
- Septembre 2015 : publication d'un article dans la revue *Recherche en soins infirmiers*.
- Octobre 2015 : communication lors du colloque CEFIEC régional « Enjeux éthiques de l'accompagnement des apprenants ».
- Décembre 2015 : publication d'un article dans la revue *Perspectives soignantes*.
- Mars 2016 : participation à des ateliers et séminaires de l'IRIS (EHESS).
- Juin 2016 : préparation d'une communication pour la journée des doctorants en sociologie des groupes professionnels organisée par l'AFS (Université de Nanterre).

« C'est cette prise de conscience qui appellerait un changement de conception de l'observation, prenant pleinement en considération la participation active du chercheur à son terrain, et en faisant un réel outil de connaissance. » (Soulé, 2007, p. 132)

2.2.2. Recueil de données existantes : quels documents ?

L'extrême foisonnement des documents recueillis a représenté une difficulté lorsqu'il s'est agi de prioriser : comment ne pas se noyer sous la masse des informations ? La profusion des publications de textes législatifs et réglementaires concernant l'exercice infirmier et la formation infirmière³², le nombre d'ouvrages et d'articles consacrés à l'exercice infirmier et à la formation initiale infirmière, nous ont contraint à une rigueur de classement de la pertinence des documents. Cette pertinence a pu s'établir en gardant le cap sur la problématique.

A - Quels documents ?

Voici les types de documents qui ont nourri notre travail et les modes de recueil :

Publications officielles

Des ministères (Santé et Enseignement supérieur).

Des organismes d'études travaillant sur des missions gouvernementales.

Des organismes travaillant sur des statistiques nationales.

Documents professionnels

Souci permanent de recueil de données existantes.

Accès à des documents de travail régionaux et nationaux du CEFIEC.

Mise à jour en continue des textes réglementaires régissant l'exercice et la formation infirmière.

Revue de presse

Revue de l'actualité par le biais du SIDIEF et de l'ARSI et par un travail personnel de lecture des journaux et magazines spécialistes et généralistes.

Articles professionnels infirmiers

Transmis par la documentaliste de l'IFSI d'exercice sous forme de revue de presse et/ou explorés par mes soins ou recherché par nous-mêmes.

Ouvrages

Accès au Centre de documentation de l'IRFSS et à la bibliothèque universitaire. Nombreux achats et consultations en ligne sur les sites du *cairn*, *em-premium*, *persée*,...

Communiqués d'associations

Bulletins d'information des associations professionnelles d'affiliation, reçus en mails professionnels ou privés.

Informations radiophoniques et télévisuelles

Par souci de décryptage de l'incidence des choix politiques et économiques sur les pratiques et habitudes de santé.

³² A consulter, dans *Références et bibliographie*, les différents textes, classés par ordre chronologique, régissant le métier infirmier depuis la fin du XVIIIème siècle. (NDA)

B - Difficulté d'accès à des données statistiques

Nous avons eu des difficultés à nous procurer des données statistiques concernant les résultats des IFSI régionaux et des IFSI nationaux. Le CEFIEC régional n'a pas publié de données depuis plusieurs années, et le CEFIEC national n'a rien publié sur son site et n'a pas répondu à nos demandes. Aucun document d'enquête national n'a à ce jour été publié pour recenser les résultats factuels des étudiants infirmiers en terme d'abandons, suspensions et reports d'études, d'employabilité, de poursuites d'études post diplôme.

2.2.3. Critique et biais du recueil de données existantes

La somme des documents récoltés se chiffre à plus de 600 pièces. La lecture, le tri et la priorisation de ces documents a parfois été très chaotique par manque de disponibilité et par manque de méthode pertinente de sélection.

A certaines périodes, le traitement de toutes ces données s'est révélé chronophage au détriment de temps à consacrer aux fondamentaux du travail doctoral.

3. Méthodologie d'analyse des résultats de l'enquête

« [...] Le chercheur est une source de résultats, non pas de contamination de ceux-ci. » (Emerson, 2003, p. 410)

L'analyse des données a été débutée en mars 2016, selon plusieurs modalités. Le moment de l'analyse des corpus est toujours délicat. Quelle méthode employer qui permette de traiter les informations sans les maltraiter ?

Lorsque des paroles ont été données, elles sont à respecter et, si bien même notre subjectivité ne peut être abolie dans son entièreté, il importe de la juguler. Nous avons pour cela jugé préférable d'opérer en plusieurs étapes que nous vous exposons ici.

3.1. Des conseils

Nous avons eu l'opportunité d'être en résidence au laboratoire IRIS de l'EHESS au cours du mois de mars 2016. Dans ce contexte, le 16 mars 2016, à la suite d'un séminaire de Luc Boltanski et Arnaud Esquerre, nous avons pu échanger avec Boltanski, et, en particulier, lui demander conseil pour la phase d'analyse des données que nous venions de débiter.

Nos interrogations étaient les suivantes :

Comment croiser les données quantitatives et qualitatives, selon lui et dans l'axe des Economies de la grandeur ?

Convient-il d'associer la critique aux Economies de la grandeur ?

Comment choisir les variables de configuration ?

Quelle lecture des disputes et controverses dans les matériaux quantitatifs, dans les matériaux qualitatifs ?

L'avis de Boltanski nous a permis d'amorcer sur de bonnes bases l'analyse de matériaux, en cohérence avec notre cadre théorique. Boltanski nous explique qu'il ne connaît absolument pas le milieu de la santé et du soin. Il ne peut nous conseiller, par conséquent, sur la problématique, la construction de la thèse et les études de cas. Par contre, il propose plusieurs pistes pouvant nous permettre d'avancer sur l'analyse des études de cas en fonction de la grille des Economies de la grandeur.

Hélas, nous n'avons pas pu nous procurer un exemplaire de la première édition de *De la justification*, qui comporte des annexes montrant la méthodologie d'analyse utilisée, mais l'article de Philippe Corcuff (1998), en lien avec les Economies de la grandeur, nous a donné un bon éclairage. Quant à Bruno Frère, nous avons trouvé dans sa thèse soutenue en 2006 un certain nombre d'éléments aidants. Pour *Le nouvel esprit du capitalisme*, un logiciel, *Prospero*, avait été utilisé. Cette solution n'était pas envisageable compte tenu du coût du logiciel, du, finalement, faible volume, de matériaux à traiter, et du désir de *toucher* nous-mêmes les contenus des discours.

Pour ce qui est de la dualité quantitatif/qualitatif, Boltanski nous a suggéré la lecture de *Justesse et justice dans le travail* (Desrosières, 1990) mais nous n'avons pu nous procurer cet ouvrage. Au vu de notre échange, nous avons conclu que les méthodes quantitatives et qualitatives sont complémentaires. Les données existantes recueillies sont en partie des données factuelles (nombre d'étudiants par cohorte, par exemple) ou des statistiques. Elles seront illustrées ou contredites par les données qualitatives des documents de travail des acteurs, les articles professionnels et scientifiques, etc. Et bien sûr par les entretiens et observations.

Pour parvenir à croiser les données qualitatives entre elles et à croiser les données qualitatives avec les données quantitatives, il nous a paru essentiel de se cadrer sur les catégorisations des Economies de la grandeur, au regard de la problématique et des hypothèses de recherche.

Au final, les conseils de Boltanski ont été les suivants :

- Le but premier est d'étudier la ou les disputes. D'où l'importance d'en tracer dans un premier lieu la cartographie afin de dégager les structures.
- Pour l'analyse de contenu, il convient de procéder par mots-clefs correspondant à des thèmes et de réaliser des fiches par thème et par personne interrogée. Il est possible de réaliser 10 ou 15 fiches par entretien.
- Il est loisible ensuite de procéder à des croisements entre thèmes par entretien et entre entretiens.

Ces conseils nous ont permis de structurer les différentes étapes de l'analyse des données recueillies.

3.2. Des apports méthodologiques

Nous nous sommes appuyée pour réaliser les analyses des données recueillies sur notre propre expérience d'enquêtes antérieures, en master 1 et master 2. Des ouvrages ont été d'une grande aide :

Beaud, S. et Wéber, F. (1997). *Guide de l'enquête de terrain*. Coll. Grands repères. Paris : La découverte.

Quivy, R et Van Campehoudt, L. (2011). *Manuel de recherche en sciences sociales*. Paris : Dunod.

Bardin, L. (1977). *L'analyse de contenu*. Paris : PUF.

Les références de ces ouvrages figurent dans la bibliographie générale.

3.3. Différentes étapes suivies

Le corpus des matériaux recueillis était très important et a nécessité beaucoup de travail pour son traitement.

L'analyse descriptive, compte tenu de son volume important (plus de 100 pages) est présentée en annexe pour les membres du jury. L'analyse explicative au regard des Economies de la grandeur est exposée dans le chapitre 8. L'analyse interprétative est présente dans les chapitres 8 et suivants, et dans la conclusion générale.

3.3.1. Analyse descriptive : Eléments observés

Nous avons eu le souci de poser les similitudes et disparités entre IFSI, et d'étudier certains paramètres particulièrement emblématiques.

Citons, par exemple :

Généralités :

- Bassin de population, zone urbaine ou semi-rurale, etc.
- Culture propre à l'IFSI (public, privé, psychiatrie ou non).
- Nombre d'étudiants par ETP³³ formateurs.
- Formation, âges, diplômes, origines géographiques des étudiants.
- Formation, âges et diplômes des formateurs.

³³ ETP : Equivalent temps plein

Pédagogie :

- Nombre d'EIDE par référent pédagogique.
- Visites de stage (Oui, non, combien si oui).
- Modalités du TFE (interne ou externalisé, types de recherches réalisées).

Collaborations :

- Conventions avec lieux de stages.
- Conventions avec universités et région.
- Collaborations avec autres IFSI du territoire.

3.3.2. Méthodologie d'analyse compréhensive mise en œuvre

« Vous ne pouvez pas interpréter isolément un entretien. Il ne “parle” jamais de lui-même, il “parle” toujours dans un contexte : à la fois celui, particulier, de la relation d’entretien et celui, plus large, de l’enquête ethnographique. » (Beaud, Weber, 1997, 2010, p. 217)

Les temps de parole libre, en fin d’entretien et de questionnaire, permettent le surgissement d’éléments spontanés de langage. En effet, le cadrage trop strict de certaines questions peut être un frein à la possibilité de s’exprimer sur les sujets de préoccupation réellement prégnants pour les personnes. Lorsque celles-ci ont la sensation d’avoir *répondu à la commande* prescrite par l’enquête, elles s’autorisent à se livrer et à parler sincèrement de leurs soucis, leurs doutes, leurs peurs, leurs certitudes, leurs valeurs. Elles donnent alors à voir ce qui importe vraiment pour elles. Leurs propos sont plus que jamais précieux, et plus que jamais à prendre en considération. Cela implique beaucoup de rigueur car les grilles d’analyse, par essence, n’ont pu prévoir ces surgissements. Nous avons eu à cœur de traiter ces paroles libérées avec le respect qui leur est dû.

Nous avons eu le souci du respect des discours. Nous avons tenté de limiter la tentation de *faire entrer les ronds* des propos des personnes *dans les carrés* des grilles théoriques des Economies de la grandeur. Pour cela, il nous a paru essentiel de procéder à une phase de décryptage global s’articulant autour des préoccupations de notre problématique. Par conséquent, ce qui est recherché dans le corpus sont les éléments permettant de comprendre la transmission et d’envisager son devenir et, au-delà, d’envisager l’avenir du métier infirmier. Nous avons été attentive au vécu des personnes, à leur représentation d’eux-mêmes et des autres acteurs de la transmission, à leur définition de l’infirmier (exposée ou donnée à lire entre les lignes), aux perspectives d’avenir qu’elles formulent.

Nous avons étudié les personnes par groupes professionnels d’appartenance. Soit le groupe des enseignants universitaires, le groupe des étudiants de fin de troisième année, le groupe des formateurs en IFSI et le groupe des directeurs d’IFSI. Le groupe des infirmiers des terrains de stage a été pris en compte via les questionnaires récoltés.

Pour l’analyse des questionnaires, nous avons procédé aux mêmes opérations que pour l’analyse des entretiens. Bien évidemment, le process a été plus rapide car le corpus était plus réduit. De plus, les questions fermées et semi-ouvertes permettaient de dévoiler facilement les convergences et divergences. Les résultats ont pu être présentés de façon qualitative et également quantitative, même si l’échantillon est modeste.

L’analyse d’un corpus important de matériaux a produit un document de près de 200 pages qui ne peut, du fait de son volume, être introduit dans le corps même de la thèse. Il est toutefois loisible au jury de s’y référer en annexe, pour une meilleure compréhension de certains points de notre analyse explicative réalisée au regard des Economies de la grandeur.

3.3.3. Phase 1 : lectures

Dans un tout premier temps, nous avons procédé à plusieurs lectures successives en format papier, lectures qui ont permis le surlignage de différentes couleurs et l’écriture d’annotations, ceci afin de dégager les éléments requis pour la construction de la première partie de la grille d’analyse.

Nous avons attaché importance à repérer les mots indigènes, à décrypter la diversité des manières

de s'exprimer sur un même thème, à prendre en compte les éléments non verbaux (rires, silences, soupirs,...), à détecter les phrases emblématiques de chacun des locuteurs, à pointer les « tics » d'expression, à noter les occurrences. Nous avons écrit en marge des textes des corpus lorsque le discours nous inspirait une note d'analyse.

3.3.4. Phase 2 : grilles d'analyse

Nous avons réalisé des grilles d'analyse pour chacun des interlocuteurs. La première partie de ces grilles vise à découvrir :

- Quelles sont les représentations de chacun du métier infirmier, de la formation professionnelle infirmière, de son rôle dans cette formation, de sa profession, de l'avenir du process ?
- Quelle est la définition de l'infirmier émergeant du discours ?

La seconde partie détecte, dans le fond et la forme qui ont été recensés dans la première partie, les éléments pouvant être mis au regard des Economies de la grandeur, soit :

- Quels sont les mondes donnés à voir ?
- Quelles sont les critiques exprimées ?
- Quelles sont les controverses données à voir ?

Le modèle vierge de la grille d'analyse est visible en annexe. Les grilles d'analyse de chacune des personnes interrogées sont disponibles pour les membres du jury.

3.3.5. Phase 3 : comparaison des groupes d'acteurs

Nous avons ensuite rassemblé les éléments de chaque grille pour un même groupe d'appartenance. Ce qui nous a permis de lire les lignes forces de chacun des quatre groupes qui nous intéressent : directeurs, formateurs, étudiants, universitaires.

« Au niveau de chaque entretien, les relations entre ses éléments peuvent être mis en évidence, [...] de manière à reconstituer la structure de l'entretien et, par là, le système de représentation et d'action de la personne interviewée. Au niveau de l'ensemble des entretiens, des comparaisons peuvent être faites, [...] des convergences et divergences peuvent être mises en évidence de manière à faire apparaître les logiques sociales implicites, qui, en l'occurrence, pourront être elles-mêmes saisies par l'outil de la typologie. » (Van Campehoudt, Quivy, 2011, pp. 200-201)

Pour rappel, nous avons interrogé seize étudiants infirmiers de fin de troisième année, neuf formateurs, trois directeurs, sept universitaires et une formatrice d'un IFSI partenaire. Nous n'avons pu appliquer une grille strictement identique pour chacun des groupes de personnes, les guides d'entretien étant adaptés à leurs spécificités.

Cela nous a permis de poser l'analyse descriptive par groupes d'appartenance.

Il s'est agi alors de traiter les questionnaires recueillis auprès des infirmiers des terrains de stage (cinquième groupe de personnes) et d'appliquer les mêmes paramètres de recherche de compréhension, c'est-à-dire une grille de décryptage conçue sur le modèle de celle utilisée pour les entretiens.

3.3.6. Phase 4 : faire des liens

La méthode d'analyse propositionnelle du discours (APD), telle que décrite par Laurence Bardin nous a paru pertinente dans un contexte d'entretiens et dans le souci de cohérence avec la problématique et le cadre théorique des Economies de la grandeur.

« L'objectif de l'ADP est d'identifier l' « univers de référence » des acteurs sociaux. Autrement dit, comment et au travers de quelle structure argumentative s'expriment les enjeux et les actions des acteurs ? » (Bardin, 2007, 2011, p. 264)

La seconde partie des grilles d'analyse nous a permis de dégager des pistes d'analyse explicative au regard des Economies de la grandeur. Les résultats sont visibles dans les chapitres 8 et suivants.

Nous avons pu à ce stade émettre quelques hypothèses.

« Quoiqu'il en soit, adoptez toujours une position critique à l'égard des propos qu'on vous tient, recoupez toujours vos informations. » (Beaud, Weber, 1997, 2010, p. 228)

Cette phase correspond au début de l'analyse explicative.

3.3.7. Phase 5 : construire la discussion doctorale

Les phases 3 et 4 ont permis de donner corps à l'analyse explicative callée sur les Economies de la grandeur et cohérente avec notre problématique.

La synthèse des analyses permet de dégager les controverses, disputes, arrangements et compromis. Cette synthèse sera reprise et commentée par une analyse interprétative présentée en discussion doctorale.

« Dans l'analyse, le matériau de départ a, en quelque sorte, "fermenté" par la comparaison et la mise en relation de ses composantes, révélant des perspectives d'explication non perçues à l'origine de la recherche, jetant sur les phénomènes un regard plus éclairant, à la fois plus englobant et plus subtil. » (Van Campehoudt, Quivy, 2011, p. 201)

3.3.8. Critiques et biais de l'analyse

Nous espérons avoir su, au filtre des différentes étapes, extraire des éléments de compréhension permettant d'éclairer la problématique.

Toutefois, notre faible expérience des enquêtes de terrain a été source d'erreurs méthodologiques telles qu'une perte de temps considérable liée au souci de ne rien perdre des propos recueillis, au détriment d'un focus sur nos préoccupations premières. L'aspect positif est que les éléments *parasites* ont permis des angles d'approche différents en offrant une contextualisation plus définie.

La méthodologie d'analyse APD, non maîtrisée car juste découverte, a été un frein durant les premières semaines d'analyse. En particulier car les référents-noyaux (RN) ont été difficiles à identifier, ce qui nous a conduit à réaliser des regroupements sémantiques moins aboutis.

Notre état de novice en matière de recherche nous a conduit à des erreurs d'organisation. La gestion des différentes étapes a parfois été complexe, ce qui a amené à réaliser l'analyse sur un temps très long, en plusieurs phases qui s'entrecroisaient. Cette façon de procéder a été chronophage et déstabilisante, même si elle s'est avérée au final productive et positive pour l'articulation des résultats des différents groupes de personnes entre eux.

Le cadre théorique proposé par le Régime de justice, s'il permet une approche complète du fait sociologique étudié, nous a toutefois causé quelques difficultés.

La première difficulté rencontrée est celle de déterminer la montée en généralité compte tenu de l'hétérogénéité des personnes de chaque groupe et de la diversité des vocabulaires.

Un autre problème est lié au fait que les Economies de la grandeur se situent dans l'instant de la situation. Elles ne prennent pas en compte les perspectives d'antériorité et les origines sociales et culturelles des personnes et des organisations. Ce qui peut être considéré comme un *moins* dans notre propos car la dimension d'historicité n'est lue... qu'au présent.

Conclusion

Nous avons eu le souci constant de respecter une méthodologie permettant de traiter les informations sans les maltraiter. Les aprioris, liés aux représentations du chercheur, ont certes été préjudiciables à la construction d'outils plus pertinents et à une stratégie générale d'enquête plus rigoureuse. Mais ces aprioris, une fois démasqués grâce au coltinage avec les retranscriptions et au tamisage des matériaux, ont laissé place à de belles surprises qui sont présentées infra.

Car, ayant posé les cadres théorique et méthodologique, nous pouvons à présent nous concentrer sur les personnes actrices de la formation dans trois des onze IFSI du territoire académique et les interroger sur la réforme de 2009 : en allant à la rencontre des groupes d'acteurs territoriaux, nous avons la possibilité de constater les vécus présents dans les discours des directeurs, de formateurs, d'étudiants de fin de troisième année, d'universitaires et de professionnels des terrains de stage.

Les chapitres suivants sont consacrés à la présentation et à l'analyse des discours de ces personnes.

Chapitre 8

Au cœur des IFSI, les directeurs et les formateurs

Il s'agit toujours de tâcher de faire mieux ce qu'il faut faire, comme en faisant silence, on laisse advenir, à leur moment, les mots peut-être plus adéquats. (Dupuis, 2013, p. 157)

Introduction

L'universitarisation des études infirmières oblige des repositionnements d'acteurs, de nouvelles rencontres et interdépendances entre des personnes et des institutions qui ont différentes histoires, cultures, valeurs, routines partenariales et qui possèdent leurs propres langages et représentations sociales. Les parties prenantes sont contraintes d'investir un nouvel espace commun, en donnant publiquement sens à cet investissement, à le justifier voire le contester et le critiquer mais tout en restant dans un régime de justice qui évite que les relations ne basculent dans un régime de violence. La théorie des Economies de la grandeur offre une grille d'analyse de cette mise en présence et dynamique. Elle permet d'interpréter les voix entendues et les postures adoptées par chacun des protagonistes en fonction de leurs propres mondes de référence. Plusieurs questions directrices guident l'analyse :

- « - Quelles sont les personnes et les objets en présence ?
- Quels sont les rapports de grandeur en présence ? Comment évoluent-ils ?
- Y a-t-il des principes supérieurs communs à l'œuvre ? Lesquels ?
Comment s'articulent-ils ? Y a-t-il des épreuves qui les manifestent ?
- Quels compromis existent ? Sur quels dispositifs sont-ils fondés ? »
(Boltanski, Thévenot, 1991, p.103)

Nous allons, dans ce chapitre 8, étudier les discours des professionnels travaillant dans les IFSI : les directeurs et les formateurs.

Afin de comprendre l'implémentation du référentiel de 2009, nous avons dans un premier temps étudié chacun des trois projets pédagogiques des trois IFSI concernés par notre étude. Cette lecture des projets nous a permis de dégager un consensus entre les trois établissements qui, bien que se basant sur des apports théoriques pédagogiques différents, vont tous dans le sens du socio-constructivisme. Les trois projets représentent des marqueurs de la grandeur du *monde industriel* (ingénieries élaborées, organisation des contenus et des contenants de la formation très perfectionniste, mise en œuvre complexe des moindres détails, souci d'efficacité) et de la grandeur du *monde domestique* (respect des personnes, transmissions des principes de la communauté infirmière, mise en valeur du *caring*).

De quelle manière les professionnels des IFSI donnent-ils forme et sens aux projets pédagogiques ? Les acteurs de la formation infirmière, au sein des IFSI, sont interrogés sur la réforme, ses conséquences, ses enjeux. Comment ont-ils vécu et vivent-ils les modifications de la transmission initiées en 2009 ? Quelles sont leurs relations entre eux et avec les autres personnes concernées par la formation initiale infirmière ? Quel sens donnent-ils à l'universitarisation ?

1. Les directeurs et le sens de la justice

« ...ça, c'est un peu l'effet négatif de se croire à la fac quand on est en institut, alors que c'est pas du tout ça. » (PR)

Nous avons interviewé chacun des trois directeurs des établissements d'enseignement infirmier concernés par notre étude de cas, trois IFSI parmi les onze du territoire académique 2 présenté en chapitre 5, section 1 : l'IFSI de Ville A, public, adossé à un centre hospitalier, situé dans la Drôme, dans la vallée du Rhône ; l'IFSI Croix-Rouge de Métropole 2, privé, membre du réseau Croix-Rouge ;

l'IFSI de Ville K, public, adossé à un centre hospitalier spécialisé en santé mentale, situé en banlieue proche de Métropole 2. Plus de 66 pages de retranscription ont été exploitées. L'analyse des discours des directeurs nous permet de dégager des éléments révélateurs des mondes auxquels ils se réfèrent et des transactions en justice qui sont œuvrées. La quasi homogénéité des trois discours est à signaler. Les initiales des directeurs ont été modifiées : « SB » désigne la directrice de l'IFSI Croix-Rouge de Métropole 2, « PR » désigne le directeur de l'IFSI de Ville A et « DF » la directrice de l'IFSI de Ville K.

1.1. Des références à plusieurs mondes

La réforme de 2009 a secoué les habitudes de fonctionnement des IFSI. Les mondes de référence traditionnels des directeurs se trouvent soumis à des *épreuves*. Quels sont ces mondes de référence et dans quelle mesure des *critiques* se font jour ?

1.1.1. L'attachement aux logiques domestique et civique

Ce que les directeurs considèrent comme *grand*, dans le *monde domestique*, est l'attention accordée à l'étudiant. Cette référence au *monde domestique* est initiée par leur expérience professionnelle d'infirmier puis de cadre de santé. Ils connaissent les principes d'action propres à l'univers du soin et transposent ceux-ci au sein de la formation infirmière, d'une part dans l'objectif de former des professionnels compétents aptes à soigner de façon optimale, d'autre part parce qu'ils ont le souci de l'Autre, étudiant.

Cette attention à l'Autre se manifeste également dans leur attachement à la solidarité entre les membres de l'équipe, à l'esprit d'équipe, qu'ils ont eu l'occasion de connaître en services de soin et qu'ils continuent à vivre au sein de l'IFSI avec l'équipe pédagogique des formateurs.

Le souci de traiter l'étudiant avec bienveillance et équité reste d'actualité et est très présent dans les discours.

« ... et je présente la clémence de la CAC, et pour laquelle la décision finale est en lien avec le parcours de l'étudiant. » (PR) Il s'agit là de principes propres au *monde domestique*.

Le nouveau référentiel accorde une grande part aux problématiques de santé publique. L'aspect humaniste et humanitaire du soin y est développé et est plébiscité par les directeurs car il incline vers une approche sociale de la prise en soin. La *grandeur* du *monde civique* est ici une référence : des soins pour tous, sur tout le territoire. Le référentiel de 2009 augmente la place accordée aux problématiques de santé publique, ce qui convient aux directeurs, dans le registre civique de la formation.

« Donc, moi, je dirais que ce qui a essentiellement changé sur la réforme, c'est la place de la santé publique. » (DF)

1.1.2. Le cœur de métier infirmier

La démarche clinique infirmière est plébiscitée comme représentant le cœur de métier infirmier, comme ce qui définit le mieux sa spécificité et son originalité. Il sera important pour l'avenir de valoriser le cœur de métier.

« C'est-à-dire, qu'est-ce qui reste à l'infirmier ? L'infirmier c'est le raisonnement clinique, c'est le cœur du métier... Le cœur du métier, il faut qu'on s'en empare... C'est pas l'acte technique qui est intéressant quand on est infirmier, c'est le raisonnement clinique ! » (SB)

Cet *objet* fondamental, qui s'apparente au *monde industriel*, permet un *compromis* pour structurer l'ensemble de la formation. Le cœur de métier, la clinique infirmière, est la base de construction qui unifie les sciences médicales, les sciences infirmières et les sciences humaines dans le but de prodiguer une formation de qualité qui permettra d'assurer des soins de qualité. Il est reconnu par les infirmiers formateurs comme par les infirmiers praticiens.

1.1.3. Les nouveaux projets pédagogiques, ancrés dans une logique industrielle

Les projets pédagogiques ont toujours été l'objet d'une extrême attention et leur rédaction a toujours été réalisée minutieusement par les directeurs et les équipes pédagogiques. En effet, d'une part, ils affirment le respect des textes régissant la formation, et, d'autre part, ils affichent la singularité de chaque institut. La réforme de 2009 exige encore plus de minutie en même temps qu'elle oblige à plus de créativité. Lorsqu'il s'agit de décrire les montages des projets pédagogiques, les directeurs se réfèrent au *monde industriel* : les stratégies pédagogiques sont complexes, dans une volonté d'efficience.

« ... notre projet est basé sur une entrée par les compétences... qui est inscrite... dans le champ de la didactique professionnelle... le fait d'attraper les semestres par les compétences et par les situations cliniques représentatives des compétences fait qu'aujourd'hui l'intégralité des contenus des autres unités s'articule autour de l'unité d'intégration. » (DF)

Dans le *monde industriel*, les directeurs portent en avant la qualité du projet pédagogique et la pertinence des organisations et méthodes qui en découlent. Ils ont tous le souci de l'ingénierie pédagogique : *« les contenus arrivent vraiment au dernier moment. » (DF)* Cette posture sera à mettre au regard de celle de la majorité des universitaires qui sont plus centrés sur la véracité et l'exhaustivité des connaissances liées à leur discipline, avant de se préoccuper des méthodes pédagogiques.

Les directeurs, habitués à se situer dans une logique industrielle, ont dû toutefois redistribuer les *rapports de grandeur* à l'issue de l'épreuve de la réforme. Sont qualifiés comme *petits* ceux qui ne savent pas s'adapter aux nouvelles exigences des montages pédagogiques.

« Donc ça a obligé les formateurs à avoir une nouvelle posture. Donc je pense que les anciens qui n'adhéraient pas à ce nouveau paradigme sont partis et tant mieux. Pas parce que je voulais qu'ils partent, loin de là, mais c'est que, n'adhérant pas, ils ne pouvaient pas se mettre dans la posture qui était attendue. Voilà. » (SB)

1.1.4. D'autres changements au sein du monde industriel

Aux logiques de partenariat tissées au fil des ans, se sont ajoutées les injonctions du référentiel. Il s'agit là d'un nouveau développement, dans une logique industrielle : la collaboration avec l'université, sur laquelle nous reviendrons. Mais, au-delà des collaborations initiées par la signature de la convention régionale, les trois directeurs ont tissé des réseaux de partenariats et de relations diversifiés.

«... mais avec l'Université on a ouvert le champ des sportifs de haut niveau, donc on a conventionné avec eux. On a ouvert le champ de la Recherche avec des travaux de fin d'études qui sont coordonnés par des chercheurs pour nos étudiants de 3^{ème} année...» (SB)

« On travaille avec des enseignants-chercheurs de l'université [de sciences humaines de Métropole 2] aussi, en sciences humaines. Et on a un intervenant philosophe de l'université Descartes de Paris, je crois que c'est Descartes. Il vient tous les ans faire des cours ici. Ensuite, on est un petit peu en lien, avec l'université du Kremlin-Bicêtre parce que j'ai une formatrice qui démarre un doctorat en éthique. » (DF)

Il s'agit là de montages de collaborations spécifiques, basées sur la confiance entre partenaires, et pour lesquels le *monde industriel* est fédérateur, en élevant le niveau de formation, ouvrant à la recherche et enrôlant des universitaires.

1.1.5. La logique comptable inhérente au monde industriel source de dispute résolue par le pragmatisme

Deux des directeurs sont en lien avec une structure hospitalière. La troisième est amenée à adhérer aux directives institutionnelles de la Croix-Rouge. Ces quotidiens organisationnels les amènent à se confronter à d'autres expressions du *monde industriel*, et mettent en jeu la nécessité d'efficience. Ils sont donc en conflit au sein d'un même monde, le *monde industriel*, entre désir d'ingénierie pointue

et contraintes institutionnelles et financières. Les directeurs sont, en effet, appelés à une référence autre au *monde industriel*, la logique comptable. SB gère des contraintes budgétaires depuis treize ans au sein de l'IFSI. PR, du fait de son parcours professionnel a eu l'opportunité de se confronter à différents modes de gestion et d'économie pratique. DF est consciente des difficultés budgétaires des financeurs.

Pour résoudre la dispute, les directeurs se montrent pragmatiques. Ils défendent leurs objectifs pédagogiques dans le respect du cadre institutionnel et budgétaire, parvenant à équilibrer les tensions entre deux injonctions rationalisatrices : assurer une offre de formation pointue tout en administrant de façon efficiente des ressources rares. Ils parviennent à des *compromis*, avec comme *principe fédérateur* l'objectif d'une offre pédagogique de qualité, en dépit du contexte économique tendu.

1.2. Une fédération par une dynamique de projet

Des réseaux de partenaires ont toujours été présents dans l'univers des IFSI. La réforme de 2009, de par les modifications de collaborations qu'elle implique, s'inscrit dans une exigence de développement de nouvelles alliances fédérées autour d'un projet commun : co-participer à la formation initiale infirmière.

1.2.1. Une antériorité de réseaux relationnels

Les trois directeurs, du fait de leurs missions et de leurs personnalités, se situent tous dans des réseaux relationnels importants par leur taille et par leur diversité. SB et DF ont participé au tout début de la mise en œuvre de la collaboration entre IFSI et universités. Elles ont été co-porteurs du projet. Elles évoluent dans un réseau professionnel riche et ancien, tissé au fil du temps, en développement perpétuel. Elles ont pu s'adapter aux nouvelles exigences issues de la convention.

DF a été présidente du CEFIEC régional et est toujours en mission pour développer la collaboration entre IFSI et universités sur l'ensemble de la région.

PR est arrivé plus récemment en poste de direction d'IFSI. Du fait de son parcours professionnel diversifié, il a développé un réseau relationnel dense sur le territoire régional et sur le territoire national (région PACA, AP-HP, réseau national des directeur ANdEP, rencontres avec des doyens...)

Dans le contexte du nouveau référentiel et de la signature de la convention régionale, le *monde industriel* parvient à fédérer les autres mondes autour de la nécessité de réseaux de collaborations efficaces. Le *principe supérieur commun* du *monde industriel* permet la *clarification* dans ce monde car il importe de s'allier dans un même projet de formation performante des étudiants infirmiers. Les échanges permettent d'ajuster les jugements et de définir les accords.

« ... ça permet aussi d'échanger sur les mêmes préoccupations dans le cadre de la Région, entre les Universités, les IFSI et les étudiants. » (SB)

Ces réseaux relationnels sont à la fois une garantie de répondre aux nouvelles cartes administratives territoriales de la santé, de rencontrer des partenaires de la formation infirmière, de mettre en commun avec les autres IFSI du territoire, de s'enrichir d'une ouverture vers le monde universitaire. Ici, réseaux et projet contribuent à constituer une communauté territoriale d'acteurs, ce qui relève somme toute d'une logique domestique valorisée au sein des IFSI.

1.2.2. Des réseaux relationnels qui permettent les accords

La réforme de 2009, du fait de la logique de projet initiée par les directeurs et fixée dans les projets pédagogiques, permet de fédérer autour d'*objets* communs, plus particulièrement le référentiel et la convention régionale.

Les trois directeurs évoquent peu le rapport à l'Europe, aux accords de Bologne, au diplôme *exportable*, aux modalités des autres diplômes européens, si ce n'est pour parler des échanges selon le processus Erasmus. Peut-être ne se sentent-ils pas autant impliqués par des actions internationales que par les projets locaux. Ou peut-être est-il nécessaire pour eux de parfaire les liens de proximité avant d'envisager de se développer plus largement.

1.3. Des accords et des arrangements

L'universitarisation de la formation initiale infirmière introduit de nouveaux réseaux relationnels : les universitaires sont des acteurs à part entière de la formation. Le *monde industriel* devient plus prégnant.

1.3.1. Accords entre mondes

Les *mondes domestique et civique* étaient jusqu'alors les mondes de référence prévalents, en association avec le *monde industriel*, et étaient fédérés par le *principe supérieur commun* d'un enseignement professionnel infirmier de qualité. Du fait de l'épreuve de l'universitarisation, ces trois mondes ont été de nouveau fédérés autour des principes du *monde industriel* qui dit les priorités car il permet d'assurer la pérennité et signe le *compromis* avec les universitaires.

1.3.2. Efficience des directeurs et arrangements impliquant le monde industriel

Des tensions peuvent être ressenties dans les postures. Les trois directeurs, dans la mesure où ils occupent ou ont occupé des fonctions faisant d'eux des personnes publiques et exposées aux regards, s'inscrivent dans une logique industrielle : ils se doivent d'être efficaces.

Les directeurs revendiquent l'intérêt d'une réelle créativité pédagogique, *principe supérieur* qui doit prévaloir sur les contraintes organisationnelles. Elles sont amenées à réaliser des *arrangements* au sein du monde industriel pour permettre d'associer les impératifs du référentiel, les orientations du projet pédagogique et les contraintes de fonctionnement des IFSI.

« ... la nouvelle réforme, ... elle est pas très précise sur ce qu'on attend du contenu des enseignements... A nous de le construire et de voir un peu les axes à privilégier dans les contenus des UE qui sont imposées, bien évidemment..., je parle du théorique, là... » (PR)

Les directeurs ont recours à des *arrangements* ponctuels ou à des *accords* fixés par des *objets* relevant du *monde industriel* : plannings formateurs et étudiants, calendriers de mises en œuvre, modifications des projets de compétences ou d'unités, etc.

1.4. Des difficultés et des doutes

Si les directeurs se montrent majoritairement sereins lorsqu'ils présentent leur vision de la réforme de 2009, certains points se révèlent toutefois problématiques.

1.4.1. Le monde industriel devient plus prégnant

Le *monde industriel* était revendiqué par la nécessité de l'acquisition de techniques de soin et de connaissances académiques en sciences médicales et en sciences humaines. Le *grand* était lié à l'univers professionnel infirmier : la qualité des soins s'incarnant pour la majorité des acteurs par une alliance entre maîtrise des savoirs professionnels et des gestes techniques, et développement de qualités relationnelles. Les directeurs sont amenés à critiquer la prépondérance nouvelle des sciences et techniques qui bouleverse les habitudes de fonctionnement des IFSI. En effet, la part des sciences médicales et l'approche par compétences obligent à affiner les ingénieries pédagogiques.

1.4.2. Des adaptations nécessaires

Le nouveau référentiel implique une complexification des montages pédagogiques. Le *grand* du *monde industriel* devient, dans ce contexte, la capacité à créer et faire vivre un nouveau produit : une ingénierie de formation qui modifie la posture des formateurs, et qui, ancrée dans une logique socio-constructiviste, favorise la réflexivité de l'étudiant.

« ... le rapport au savoir qui a changé, le rapport à l'enseignement même... pas que le savoir mais vraiment la posture du formateur. » (SB)

1.4.3. Des buts à atteindre mais un déficit de moyens

Les premières années de mise en œuvre ont impliqué une augmentation importante de la charge de travail des équipes pédagogiques, du fait de l'effort d'adaptation à de nouvelles logiques d'apprentissage. La charge de travail de l'ensemble des équipes reste importante en fonction des

changements d'approche pédagogique qui n'ont pas été accompagnés d'un soutien financier permettant des créations de postes de formateurs. Les directeurs se retrouvent en tension entre les composantes industrielles d'efficacité pédagogique et de logique comptable.

« Augmentation du volume de travail... on a une augmentation des équivalents temps plein formateur sur les TD... Et que nous n'avons pas eu la compensation financière pour embaucher un formateur de plus. Donc, il est vrai que ça a été répercuté sur les formateurs, en un an... » (DF)

1.5. Collaborer avec l'université

Les trois directeurs évoquent facilement la collaboration avec les universitaires et l'administration de la faculté. S'ils se montrent satisfaits de la collaboration, ils formulent toutefois quelques réserves.

1.5.1. Un diplôme qui n'en est pas un

L'ambiguïté de l'universitarisation des études infirmières est notifiée, dans la mesure où elle n'est que partielle, que ce soit en terme de volumes d'heures universitaires ou de spécificité de la licence accordée simultanément au diplôme infirmier, licence *« qui n'en est pas une »*.

«... D'avoir reconnu un grade de licence, c'est quand même pas une licence, donc c'est pour ça que je dis qu'on est pas à l'université. C'est pas une licence professionnelle parce que je pense que ça n'a pas de sens non plus. » (DF)

La critique est ici émise au sein du *monde industriel* : il n'est pas fiable, sérieux, de proposer un diplôme sujet à controverse, dans la mesure où il n'est pas reconnu comme un diplôme universitaire à part entière.

1.5.2. L'IFSI n'est pas l'université

Les directeurs pointent également la spécificité des études en IFSI :

« ...il y a peut-être plus d'étudiants qui arrivent en formation peut-être en pensant que c'est une formation universitaire et qui arrêtent en première année. » (DF)

« Parce que les étudiants rentrent dans un IFSI, ils savent qu'il y a le mot universitarisation, ils le confondent un peu avec le mot université. [...] Et c'est pas la fac, un IFSI. Donc, en terme de valeurs en présentiel, le respect de l'autre, le respect de l'intervenant, etc. [...] on est pas dans un amphi de fac. [...] Et ça, il faut le rappeler assez souvent... et en tous cas, c'est bien inscrit dans le règlement intérieur. » (PR)

La composante *domestique* est prévalente au sein des IFSI. Le rapport de proximité est plus important qu'à l'université où prédomine la *composante scientifique*.

La confusion liée à l'universitarisation est pointée : les IFSI restent imprégnés des principes du *monde domestique* et ne se revendiquent pas uniquement du *monde industriel* perçu comme la caractéristique des universités. Les directeurs se veulent garants du maintien des traditions propres à la communauté professionnelle à laquelle appartient leur institution.

1.5.3. Des controverses et un compromis

La collaboration avec les universités, lors des années 2010 à 2012, a représenté une période riche en *controverses*. Les justifications ont pu avoir lieu grâce aux *épreuves modèles* représentées par la signature de la convention, les premières rencontres des groupes de travail, la réception des premiers cours enregistrés par les universitaires.

« ...les unités contributives, l'effet positif, c'est justement la rencontre entre ces deux univers pédagogiques que sont la fac et les instituts de formation... et ça, ça a permis de se comprendre les uns les autres... » (PR)

Un *compromis* a été possible. En se rencontrant, en apprenant à se connaître et se reconnaître, les universitaires et les directeurs ont réalisé une acculturation dans un espace-temps à caractère domestique et ont réussi à faire communauté autour du projet commun dédié à la formation.

L'ensemble des directeurs est satisfait, et même très satisfait, de la collaboration avec la faculté de médecine-pharmacie. La découverte réciproque de façons différentes de concevoir la transmission,

la familiarisation avec des *objets* et des *sujets* nouveaux, ont permis de co-construire, dans le respect mutuel, des enseignements spécifiques.

« ...on a la chance d'avoir un réel partenariat avec [la faculté de médecine-pharmacie de Métropole 2] ... pour lesquels les unités ont été montées vraiment en partenariat entre les équipes pédagogiques et les universitaires... » (PR)

Le *compromis* permet aux IFSI et aux universités de travailler ensemble grâce à la fédération autour des principes du *monde industriel* : enseignement performant, construit, étayé par des connaissances scientifiques, dont les ingénieries sont complètes et complexes et qui délivre un diplôme qualifiant et de qualité.

Les trois directeurs souhaitent que l'ensemble des IFSI et des universités de la région puisse continuer à développer les unités contributives médicales, et que les unités contributives des sciences humaines commencent elles aussi à se fédérer, probablement sous l'égide de la faculté de sciences humaines de Métropole 1, plutôt que sous celle de la faculté de sciences humaines de Métropole 2 qui est moins historiquement tournée vers le domaine de la santé.

Toutefois, si la situation est stable du fait du *compromis* donné à voir, des incertitudes concernant l'avenir persistent.

1.6. Des inquiétudes pour l'avenir

Bien que la collaboration avec les universitaires soit jugée satisfaisante et que les ingénieries pédagogiques aient pu se rôder durant les dernières années, des sujets d'inquiétudes persistent.

1.6.1. Une disparition des singularités ?

L'uniformisation des enseignements est une crainte pour les directeurs. Le projet pédagogique est unique et propre à chaque IFSI, au-delà d'une réglementation commune (le référentiel de formation). Les cours prodigués par les universitaires seront de plus en plus nombreux dans les prochaines années et les directeurs craignent que cette présence plus forte risque de nuire à la culture des IFSI.

« ... une obligation peut-être d'uniformisation, parfois.... parce que aujourd'hui on arrive quand même à garder nos projets pédagogiques, même si on a 2-1, 2-2, 2-11, après il y aura 2-8, 2-9, etc. ... j'en passe et des meilleures, après les unités 1³⁴, mais n'allant pas trop quand même dans une uniformisation – on a des contextes différents dans chaque IFSI – donc nos projets pédagogiques doivent être quand même personnalisés. Moi je pense que ça c'est un danger, un risque, un risque... » (SB)

Nous voyons ici exprimée une défiance du *monde domestique* à l'égard du *monde industriel*.

1.6.2. Le cas des pratiques avancées

Les directeurs d'IFSI déplorent avoir été dépossédés d'un domaine qui, pour eux, ressort de leur expertise : les formations post-diplôme en pratiques infirmières avancées, formations permettant l'accès à des expertises spécifiques.

« ... les pratiques avancées, moi j'imaginais il y a quelques années que ça allait être les IFSI qui allaient organiser ça... Pas du tout ! Ça va être l'université ! » (SB)

Cette critique ne permet pas de déboucher sur une transaction : les directeurs sont contraints à l'*arrangement* en ce qui concerne les pratiques avancées.

1.6.3. Quel avenir pour les IFSI ?

L'absorption éventuelle des IFSI par les pôles universitaires, du fait de l'injonction d'universitarisation des études infirmières, est un sujet d'interrogation et de crainte.

³⁴ Les unités contributives 2.? sont les unités d'enseignement des sciences médicales.

Les unités contributives 1.? sont les unités d'enseignements des sciences humaines. (NDA)

« Alors, je ne fais pas de bilan sur l'universitarisation parce que pour moi, ça ne veut rien dire . Donc, moi, c'est un mot que je déteste.... je ne sais pas ce qu'il y a derrière. Donc, je ne me positionne pas... nous sommes conventionnés avec des universités, sur les UE contributives. Nous avons à défendre le constitutif de notre métier... » (DF)

Les trois directeurs s'accordent pour dire que les IFSI sont amenés à être bouleversés dans les prochaines années : absorption par l'université sous forme de département disciplinaire ou sous forme d'IUT intégré, regroupements entre IFSI à l'instar des regroupements hospitaliers... Quelques extraits de discours sont significatifs :

« ... l'avenir des IFSI.....à un moment donné... forcément regroupés au niveau des directions. [...] Donc, on est quand même enclins à réfléchir à quel est le niveau pertinent de regroupement... » (DF)

« ... le discours du coordinateur du Système LMD, au niveau du paramédical, [avec la faculté de médecine-pharmacie] dit que "demain, tous les IFSI passent sous couvert de l'Université" – et, en principe, il ne se trompe pas trop, il a beaucoup de liens avec le Ministère, alors... » (OC)

1.7. D'autres critiques et disputes

Les directeurs donnent à lire plusieurs *critiques* du milieu professionnel infirmier, critiques qui sont dévoilées dans le contexte de la réforme. Elles concernent le *monde industriel*. Aucune critique concernant le *monde civique* et le *monde domestique* ne sont formulées.

1.7.1. L'Ordre infirmier en question

OC considère que les infirmiers se manifestent comme une « *profession sans défense* ». Elle déplore que l'Ordre infirmier ait déçu.

«... j'ai eu beaucoup d'espoir dans l'Ordre infirmier – puisque quand il y a eu création de l'Ordre infirmier, je crois que c'était 2004... je me suis dit... si c'est un Ordre infirmier comme celui du Canada, c'est super, parce que du coup, une vraie défense de la profession infirmière... avec une remise à niveau, avec des contrôles, avec de la formation, enfin tout ce à quoi on aspire pour être professionnel. Une lisibilité, une visibilité...» (SB)

OC témoigne donc d'une attente et montre ici une critique concernant le *monde industriel*. L'Ordre infirmier est un *objet* insuffisamment précis et efficace, selon elle.

1.7.2. Un déficit de pilotage de la réforme

PR, quant à lui, critique la mise en œuvre non coordonnée du référentiel de 2009 et l'absence de pilotage du suivi de cette mise en œuvre .

« C'est-à-dire qu'on a mis dans les pattes le fait que : accords de Bologne, il faut que le grade licence soit donné aux diplômés infirmiers, mais ça en est resté là, quoi. [...] Comment on le construit, ça, par contre... » (PR)

La critique repose ici sur l'absence de rigueur et de précision dans l'accompagnement de la réforme, qualités qui sont du registre *industriel*.

1.7.3. La logique comptable interrogée

Les critiques portant sur le *monde industriel* concernent également la logique comptable qui représente un obstacle.

DF déplore qu'un poste de formateur supplémentaire ne soit pas financé, ce qui permettrait de surseoir à l'augmentation de la charge de travail qui met l'équipe en difficulté.

« A l'avenir, nous allons assister à un désengagement de l'Etat en ce qui concerne le financement des IFSI... » (DF)

Toutefois, elle apprécie de pouvoir, compte tenu des facilités budgétaires qui lui sont allouées, permettre aux formateurs de bénéficier de plans de formation, pour la poursuite d'études en master et doctorat. Enfin, elle craint que la logique de regroupement des établissements hospitaliers risque de s'étendre aux IFSI, compte tenu de la logique comptable qui prévaut dans le milieu du soin :

« Parce que de toutes façons le système n'est pas viable vis à vis de nos financeurs de la région... »

SB évoque la complexité des montages financiers qui ont présidé à la fusion. Cette fusion, nécessaire à la survie de l'IFSI, a modifié la convention collective et les grilles salariales de façon péjorative. De plus, elle ne dispose pas ou peu de financements pour la formation continue des formateurs en études supérieures.

1.7.4. Le manque de pragmatisme des politiques de santé

SB remet en cause certaines des orientations des politiques de santé qui se montreraient contre-productives car insuffisamment ancrées dans la réalité du soin.

« Des attentes différentes aussi et puis on voit également sur le plan économique, dans la mesure où la durée de séjour d'un patient dans un hôpital se limite maintenant et se réduit de plus en plus. Par contre, les politiques n'ont jamais réfléchi à une politique de réseaux, de prise en charge au niveau du territoire. C'est-à-dire qu'on dirait des cautères sur des jambes de bois : on va pallier en créant de nouveaux métiers ou autres et sans avoir une réflexion de fond. Donc, moi, c'est un petit peu cette dimension-là qui m'interroge : faire des économies, donc pour faire des économies il faut avoir certaines pratiques... mais c'est pas comme ça qu'il faut réfléchir ! L'économie elle viendra pas comme ça ! » (SB)

SB émet ici des critiques à l'égard d'une mauvaise gestion au sein du *monde industriel* : *objets* et *sujets* ne sont pas employés de façon optimale, ce qui va à l'encontre des principes d'efficacité et de qualité des résultats.

1.8. Les professionnels des terrains de stage, autre image du monde domestique

Les professionnels de terrain sont peu présents dans l'ensemble des trois discours, si ce n'est pour exprimer la nécessité de conserver un lien entre terrains professionnels et IFSI, via les visites de stage. La profession infirmière est surtout parlée en fonction de ses missions et de son rôle en tant qu'agent de la santé publique. La définition de l'infirmier est ancrée dans la notion de bien public, de service public, de droit pour tous à la santé : nous avons là une référence au *monde civique*.

Les directeurs parlent également d'une profession en pleine mutation, ou encore d'un métier évoluant vers une reconnaissance universitaire. Le quotidien des unités de soin, qui conditionne la qualité de la formation clinique des étudiants infirmiers est peu ou pas évoqué.

Les directeurs sont assez optimistes en ce qui concerne les relations entre étudiants et professionnels des lieux de stage. Ils pensent que ceux-ci commencent à intégrer les modifications de transmission dues au nouveau référentiel.

« Et on a vraiment responsabilisé l'équipe de terrain, dans l'accompagnement clinique de l'étudiant. » (PR)

DF reproche aux professionnels des unités de soin de ne pas pratiquer les entretiens d'évaluation des infirmiers en conformité avec le nouveau référentiel. Elle considère que cela crée un décalage entre le prescrit et le réel de la réforme et retarde l'assimilation de celle-ci.

Les directeurs considèrent que les professionnels sont des partenaires parmi d'autres qui co-participent à la formation initiale infirmière. DF considère que les professionnels portent *« un nouveau regard sur les nouveaux diplômés »*, nouveau regard plus approuvateur. Pour les directeurs, il n'existe pas de dispute au sein du *monde domestique*. Nous pourrions constater une divergence de vue plus loin, avec la lecture du discours des formateurs et des étudiants et, bien sûr, de celui des professionnels.

Après avoir écouté les directeurs, nous allons à présent nous tourner vers les discours des formateurs.

2. Les formateurs et le sens de la justice

« ...enseigner est une intention, et je suis tout à fait d'accord avec ça... On sème. On sème des graines. » (MPG - Ville A)

Nous avons interrogé neuf formateurs, trois pour chacun des trois IFSI. L'échantillon est constitué de huit femmes et un homme, ce qui correspond plus ou moins à la moyenne de la répartition par sexe parmi les enseignants en IFSI (un homme pour dix femmes). Leur moyenne d'âge est d'environ 50 ans. Ils exercent tous à temps plein, sauf une formatrice qui exerce à 90%.

Six des formateurs ont une ancienneté telle (plus de douze ans) qu'ils ont donc connu l'avant et l'après réforme de 2009 et la mise en œuvre de celle-ci. Une formatrice a été engagée en 2008, c'est-à-dire qu'elle était nouvellement arrivée dans la fonction avant la réforme. Enfin, deux formatrices n'ont été embauchées sur leur poste qu'après le début de la mise en œuvre, en 2011 et 2012.

La majorité des entretiens a duré entre trente et quarante minutes. Le nombre total de pages de retranscription est de 149. Pour présenter les extraits des discours, les initiales des formateurs ont été modifiées et sont associées à la ville de leur IFSI d'appartenance.

2.1. Les mondes de référence des formateurs

Les éléments importants pour les formateurs sont la qualité de l'ingénierie pédagogique, le souci de l'étudiant, l'importance de l'égalité de traitement respectant la singularité de chaque étudiant. Le tout peut exprimer une volonté de délivrer un enseignement professionnalisant de qualité en permettant à chaque étudiant un parcours personnalisé, en l'aidant à développer sa réflexivité, en lui garantissant l'équité des évaluations. On le voit, les formateurs se réfèrent à plusieurs mondes.

2.1.1. Un postulat socio-constructiviste

Comme nous l'avons déjà signalé, le postulat pédagogique du référentiel de 2009 est socio-constructiviste, contrairement à celui de 1992 qui était plus axé sur le behaviorisme. L'ensemble des formateurs attache une importance extrême à la qualité de la stratégie pédagogique (référence au *monde industriel*). Leur *grand* est dans la pertinence et l'aboutissement des prestations proposées aux étudiants. Leur travail de préparation des séquences relève de la haute couture. Par exemple, les cas concrets utilisés en TD sont le plus souvent travaillés à partir de réelles situations de soins, et sont ciselés, modifiés et peaufinés d'une année sur l'autre. Il s'agit ici de concilier une logique industrielle de rationalisation pédagogique et une logique domestique qui fait place au respect de la tradition et à l'application de *recettes* éprouvées, ancrées dans la pratique de la communauté infirmière. Les projets pédagogiques nécessitent en outre un important travail d'équipe.

« ...l'élaboration du projet pédagogique de l'IFSI, puisque ça en règle générale, on le fait en équipe. C'est vraiment une réflexion, on est en plein dedans encore au jour d'aujourd'hui, qu'on mène de façon générale en filigrane sur toute une année, dans toutes nos journées pédagogiques... »

(PC - Ville K)

Les formateurs aiment faire preuve de leurs facultés à monter des sessions d'enseignement très réfléchies et étayées par leurs connaissances des sciences de l'éducation. Ils aiment « *jouer avec les textes* », « *avoir une marge de créativité* », en jetant un pont vers le *monde de l'inspiration* (avec d'ailleurs une certaine conception du métier infirmier comme un art).

Pour les formateurs, comme pour les directeurs, le contenant est aussi, voire plus, important que le contenu. Il est vrai que la majorité des masters obtenus par les formateurs sont des masters en sciences de l'éducation. La coloration de cette discipline universitaire est de plus en plus donnée à voir au sein des IFSI.

2.1.2. Des valeurs humanistes

Le *monde domestique* est toujours très présent dans les références des formateurs. Ils veulent, à l'identique des directeurs, défendre des valeurs humanistes et prendre soin des étudiants, gérer leur mission de transmission comme une mission de soin éducatif similaire à celle qui prévaut dans la communauté professionnelle et dans la pratique infirmière comme activité de soins.

« Des valeurs qui sont en plus partagées quelque part, en équipe. Donc, forcément, à un moment donné, l'étudiant il va en prendre un peu la couleur, quoi. » (PC - Ville K)

Dans l'IFSI Croix-Rouge de Métropole 2, les valeurs de la Croix-Rouge se surajoutent à celles pré-existantes. Elles sont imposées et non plébiscitées, mais ne sont pas toutefois source de conflit.

2.1.3. Un engagement civique

Le *monde civique* est prégnant du fait des structures et des modes de fonctionnement des IFSI, qui sont des entités intégrées dans un centre hospitalier ou dans une structure relevant d'une organisation centralisée, avec une vocation de service au public. Cette prégnance est renforcée par le devoir de transmission. Les *objets* qui importent sont les lois régissant la justice et l'équité, l'éthique et la déontologie professionnelle, l'agir collectif. Les *sujets* de qualité sont des professionnels, formateurs ou infirmiers de terrain, qui savent travailler en équipe, partagent leurs connaissances, se préoccupent de l'engagement dans la mission collective.

2.1.4. Une créativité pédagogique

Les formateurs disposent souvent d'un diplôme universitaire et sont pour certains d'entre eux en cours d'études universitaires pour l'accès au master II, et pour l'une, d'un doctorat. Ils sont ainsi à même, là aussi d'être concernés par le *monde industriel*.

« ... pourtant moi, j'avais déjà les relations humaines dans les anciens modules, mais on a complètement changé la façon de regarder les choses. Et on a par contre... dans le positif, c'est la créativité. On a pu mettre en place des choses... qu'on n'arrivait pas à mettre en place dans l'ancien programme. » (SRS - Ville K)

« ...il y a des choses que j'aurais voulu mettre en place en 92, ce qui était pas possible et qui a été possible avec le programme de 2009... par exemple, je pense à la compétence 6, où on a construit à la fois des savoirs théoriques, mais où on a pu mettre en place avec nos étudiants des jeux de rôle... » (PC - Ville K)

« Et là, on s'est éclatés, là je vais te dire, là, vraiment, ah ouais ouais, on s'est vraiment fait plaisir. On a mis en place plein de choses tout à fait différentes... le côté positif, c'était vraiment faire la part belle à la créativité, ça oui. » (SRS - Ville K)

Leur référence aux *mondes domestique et civique* se trouve à présent colorée par leur référence aux *objets* nouveaux du *monde industriel* apportés par le nouveau référentiel qui exige une explicitation des démarches et des compétences visées.

2.2. Des mises en œuvre complexes, sources d'épreuves et de critiques

La réforme de 2009 a impliqué pour les équipes de formateurs de nombreux ajustements posturaux, techniques, organisationnels. La survenue de nouveaux partenaires universitaires, la complexification de l'ingénierie de formation, l'augmentation de la charge de travail, représentent différentes sources d'épreuves et de critiques.

2.2.1. La rencontre de nouveaux partenaires, épreuve primordiale

Certains formateurs étaient partie prenante des premières mises en œuvre de la convention régionale. Ils gardent un souvenir prégnant des premiers contacts, mettant en présence des personnes qui n'avaient pas vocation à se rencontrer. Il s'agissait là de l'épreuve primordiale, à la genèse de la mise en œuvre du référentiel.

« Il y avait trois mondes, sociologiquement. Trois mondes. Il y avait le monde universitaire, il y avait le monde de la Région, des financeurs. Et le monde du terrain... qui était la pédagogie. Et trois mondes qui se réunissaient et nous ne parlions pas le même langage.... on a réussi à avoir un même langage. Mais ça a été extrêmement long. » (BC - Ville A)

Il est à relever que les professionnels de terrain ne sont pas représentés lors des réunions de mises en œuvre de la convention.

Si l'épreuve de la confrontation à d'autres partenaires a pu, au fil du temps, s'accomplir de manière satisfaisante et permettre une justesse des transactions, les formateurs ont été confrontés à d'autres difficultés génératrices de critique.

2.2.2. Une complexification des organisations pédagogiques

Les formateurs ont tous noté que la réforme de 2009 a engendré une complexification de l'organisation pédagogique des IFSI. Si les postulats de base sont identiques et font référence aux mêmes *grandeurs*, ainsi que nous l'avons vu plus haut, les mises en œuvre diffèrent d'un IFSI à l'autre. Les équipes pédagogiques ont été confrontées à de nouveaux *objets du monde industriel*, pour lesquels chaque IFSI a développé sa propre stratégie d'approvisionnement. Les variations d'interprétation des textes réglementaires portent sur plusieurs points :

- Théories de construction des projets pédagogiques.
- Organisations pédagogiques (par compétences et/ou par années).
- Visites de stage plus ou moins nombreuses et plus ou moins construites.
- Relations avec les professionnels au sein de l'IFSI plus ou moins importantes.
- Réseau de collaboration avec les universités du territoire et/ou au-delà.
- TP réalisés par les formateurs et/ou des professionnels.
- CM remplacés ou non par des TD.
- Anglais enseigné par des formateurs et/ou par des universitaires.
- Recherche enseignée par les formateurs et/ou des universitaires.
- ... / ...

2.2.3. Une dispute impliquant monde domestique et monde industriel

La mise en œuvre du référentiel a produit de grands bouleversements. Les formateurs, en particulier lors des deux premières années, ont connu des moments difficiles. La charge de travail supplémentaire a été complexifiée par les interrogations portant sur la légitimité des enseignements. En effet, les formateurs ont été déstabilisés dans un premier temps par le changement de logique d'apprentissage : la logique modulaire devient une logique de compétences.

Dans le souci *domestique* d'accompagner les étudiants de façon optimale, d'être responsables d'eux, de même que les professionnels infirmiers se sentent responsables à l'égard des patients, la majorité des formateurs a, dans un premier temps, *collé* aux textes réglementaires et aux nouvelles normes contenues dans le référentiel de 2009.

Les formateurs qui ont acquis une expérience de nombreuses années de montage de sessions pédagogiques, semblent avoir plus de facilité pour, d'emblée, interpréter les textes de façon pragmatique et les articuler avec l'existant, en faisant preuve de créativité. « ...Parce que justement à partir du texte, eh bien, on peut y mettre sa créativité... je fais la différence avec les jeunes formateurs... Il y en a qui sont très scotchés ... ça c'est le privilège de l'expérience... je parle pas de l'âge civil, mais je parle de la maturité professionnelle. » (BC - Ville A)

Leur expérience leur a permis de concilier plus rapidement le principe *domestique* du souci de l'étudiant et de la transmission avec la nécessité d'introduire de nouveaux *objets industriels*.

2.2.4. Les nouveaux objets sources de tension en équipe

L'hétérogénéité de la composition des équipes, parfois génératrice de frictions, a été rendue plus visible du fait des réactions au changement qui ont généré des adaptabilités diverses. Une partie des équipes est composée d'*anciens*, formateurs depuis plus de dix ans, ayant consacré l'intégralité ou presque de leur carrière professionnelle à l'enseignement, tandis qu'une autre partie est composée de personnes retraitées de l'administration publique hospitalière, et qu'une autre, enfin, est constituée de personnes plus jeunes, encore proches de l'expérience des terrains professionnels. Les équipes sont fédérées autour du projet pédagogique. Ces différents cursus impliquent différentes postures face au changement.

En 2009, lors de la parution du nouveau référentiel, les nouveaux *objets* de la formation déroutent et doivent être approchés : le portfolio, les cours enregistrés, la construction des compétences autour

des unités d'enseignement, etc. doivent être expliqués aux étudiants, avant même d'être maîtrisés par les formateurs. Certains d'entre eux manifestent peu d'enthousiasme à l'égard de la réforme. Ils craignent de perdre pied dans l'inconnu : le changement dû à la réforme est pour eux une épreuve qui risque de les faire déchoir.

« Il y a des formateurs qui ont pas intégré cette nouvelle démarche, et qui sont dans quelque chose de mortifère, et qui s'ennuient énormément dans ce qu'ils font là, parce que ils ont pas compris la dynamique qui pouvait être apportée par ce référentiel, et ils sont dans une résistance au changement permanente... [...] par exemple, tout ce qui tourne autour des pratiques professionnelles et des apprentissages pratiques... » (MPG – Ville A)

« ... c'est des choses que j'ai entendues par certains collègues - alors, ils le disent pas comme ça, mais... le référentiel finalement implique une forme de perte de pouvoir, quelque part... Et comme certaines personnes sont quand même un peu dans la toute-puissance, surtout dans la formation ! Ben c'est pas évident de perdre du pouvoir ! » (OM - Métropole 2)

2.2.5. Une surcharge de travail

En ce qui concerne les contenus des enseignements, des deuils ne peuvent être faits par les formateurs, qui ne souhaitent pas renoncer à la transmission de savoirs et de connaissances qu'ils jugent essentiels et pour lesquels ils ont développé une expertise pédagogique. Aussi les plannings des étudiants et ceux de l'équipe pédagogique sont surchargés lors des deux-trois premières années scolaires.

« L'année 2009-2010, ça a été, ça a été terrible. On a toutes explosé nos comptes épargne-temps par le temps qu'on a passé à repenser notre ingénierie de formation, on l'a entièrement reconstruite. » (SRS – Ville K)

« ... dans la mise en œuvre du référentiel, j'ai été obligé de refaire mes cours de A à Z. Mais vraiment de A à Z ! Il y a plus rien qui tenait la route, quoi, en fait ! Donc oui, ça a demandé beaucoup de travail ! Alors si je voulais résumer : ça a demandé beaucoup de travail au départ, maintenant pas tant que ça ! » (OM - Métropole 2)

Les formateurs qui étaient présents à la mise en œuvre de 2009, considèrent que le présent est plus serein, bien qu'encore très difficile, en particulier du fait de la complexité des organisations, du nombre d'heures de présentiel en TD, du volume très important d'évaluations initiales et de rattrapage des 64 UE, des suivis pédagogiques parfois compliqués, des suivis de stage, des guidances de travaux de recherche, des réunions et commissions, des missions transversales... La surcharge de travail est majorée par le choix pédagogique délibéré de substituer des TD à certains des CM prescrits par le référentiel.

« ... C'est pas possible de faire rentrer si on respecte dans le programme le nombre d'heures de TD et ça rentre pas dans les plannings. C'est impossible entre les cours magistraux et les TD on y arrive pas... ... on y arrive pas à 2 niveaux : déjà à faire rentrer tout ça dans le planning des étudiants et en plus à se libérer pour faire autant de TD... » (HP - Ville A)

2.2.6. Un bilan sur cinq ans

Ainsi, on peut constater plusieurs temps de mise en œuvre : des premières années difficiles avec une improvisation *sur le tas* générant beaucoup de stress et de charge de travail, puis un temps d'adaptation avec une ouverture sur la créativité et les réseaux relationnels.

En 2015, la réforme est globalement bien perçue et semble être *digérée* par la majorité des formateurs. Même si elle a été source de fatigue, les formateurs y perçoivent un sens qui permet à la fois de maintenir la référence à la tradition professionnelle et de la combiner avec une amélioration des connaissances scientifiques et des compétences techniques.

« D'un point de vue personnel, je suis très... pour moi, c'est un plaisir que de participer à la formation des futurs professionnels et d'être engagée activement [...] avec ce programme, de pouvoir s'en saisir

et d'en être... en tous cas de le mettre en œuvre de manière active et de pas le subir, ça c'est important. » (ML - Ville K)

La phase actuelle est une phase de consolidation et de réflexion sur les perspectives à moyen et long terme.

2.3. La collaboration avec l'université

Les formateurs sont majoritairement satisfaits des relations établies avec les universitaires. Ils considèrent que les deux parties ont appris l'une de l'autre. Il est possible de constater l'établissement d'un *compromis* tissé autour d'une acculturation réciproque. La logique de projet (co-participer à la formation infirmière) a permis de frayer un compromis entre les *mondes domestique* et *industriel*. Formateurs et universitaires, au fil des séances de travail permettant de fixer les contenus des unités contributives, ont pu s'ajuster les uns aux autres, apprendre à se connaître et se comprendre. Les enseignements produits en commun sont de ce fait satisfaisants pour tous car ils tendent à correspondre aux exigences du référentiel, d'une part, et de la particularité du public infirmier, d'autre part.

2.3.1. La collaboration avec l'université permet aux onze IFSI de travailler ensemble

Comme les directeurs, les formateurs se félicitent de l'homogénéisation des contenus des unités contributives médicales pour les onze IFSI du territoire. Ils apprécient que la collaboration avec les universitaires soit l'occasion pour les onze IFSI de travailler ensemble. Les universitaires ont fait office de médiateurs.

« [Les pharmaciens] ont été très modérateurs parce que je pense que la plus grande difficulté, ça a été d'arriver à partager à onze IFSI. Je pense que la difficulté, elle était plus là, et ils ont été à un moment donné modérateurs, mais au jour d'aujourd'hui, j'ai envie de dire que c'est un réel partenariat entre universitaires et formateurs. » (PC - Ville K)

Les IFSI ont pu réaliser une mise en commun des évaluations et des TD. S'unir, parler d'une même voix pour trouver des solutions, c'est ce qui leur permet de vivre le changement, avec un arrêt des *prés carrés*, du chacun pour soi.

2.3.2. La collaboration avec l'université permet de s'enrichir

De plus, collaborer avec les universitaires est une source d'enrichissement personnel et professionnel pour les formateurs qui sont responsables d'unités contributives.

« Les universitaires, moi je trouve qu'ils amènent une autre logique de pensée, et moi, ça me convient bien, et une autre ouverture. » (DC - Métropole 2)

« Et ça, ça, moi j'ai trouvé sympa qu'on puisse échanger là-dessus, avec leur expertise à eux et la nôtre... j'ai trouvé que le partenariat il a été vraiment enrichissant, et je pense qu'il a été enrichissant des deux côtés. » (SRS - Ville K)

2.3.3. La collaboration avec l'université permet de dépasser la convention

D'autres collaborations existent avec les universitaires, hors du contexte de la convention régionale. Par exemple, l'IFSI de Ville K, malgré son grand nombre de formateurs diplômés d'un master 2, a fait le choix de confier la méthodologie de recherche à des universitaires de la faculté Mendès-France. L'IFSI Croix-Rouge de Métropole 2 collabore avec la faculté de médecine-pharmacie pour l'ensemble des travaux de recherche des étudiants. La proximité du pôle universitaire explique ces pratiques.

2.3.4. Un bilan positif, au risque d'un académisme éloignant des réalités professionnelles

Les équipes se sont structurées autour des nouvelles ingénieries pédagogiques, et ont pris l'habitude des nouveaux *objets* du *monde industriel* liés au référentiel, ont développé une réelle collaboration avec les universitaires. Elles se sont ainsi structurées, d'une manière différente que celle des directeurs autour du *monde industriel*. Elles ont découvert de nouvelles façons de travailler ensemble, de par les relations entretenues avec les universitaires via les unités contributives et via les cursus de master, mais aussi par les nouveaux réseaux de relation créés au sein même des IFSI et

entre les formateurs des différents IFSI. Le référentiel devient cohérent et *vivable* lorsqu'il est associé à ce flux de collaborations et d'échanges.

Au risque, pour les IFSI, de se détacher du milieu des professionnels.

« ... *Le revers de la médaille ... on a quand même la crainte que ça devienne trop universitaire... j'ai peur qu'on s'éloigne trop des réalités.* » (OM - Métropole 2)

2.4. Les étudiants

Les étudiants sont au centre de la préoccupation des formateurs, avec le support de l'ingénierie pédagogique et avec le souci d'articuler l'ensemble des partenaires de la transmission.

2.4.1. Des étudiants en difficulté

Pour les formateurs, il est difficile de dire que les étudiants sont *moins bons* ou qu'ils rencontrent des problèmes, car cela équivaldrait à dire que, eux, sont *moins bons* et ne savent pas les accompagner. Ils considèrent que les étudiants sont mis à mal avec la première année pour beaucoup d'entre eux, et que le nombre de partiels dû au nombre d'UE est maltraitant.

« ... *le nombre de partiels... et de rattrapages de partiels et de corrections de partiels... C'est l'enfer... on tente de penser autrement, mais pour arriver à rapprocher des UE et faire que un partiel puisse permettre l'évaluation de différentes UE, c'est pas toujours facile.* » (EP - Métropole 2)

«... *depuis 2012, on a une augmentation des gens en difficulté au fil du temps... avec des gens qui lâchent, qui s'attendaient pas à avoir des cours en e-learning par exemple, mais pas seulement, qui ne pensaient pas qu'il y avait autant de travail à fournir... on a de plus en plus d'abandons et de situations difficiles chez nos étudiants.* » (HP – Ville A)

« ...*cette année, on a déjà trois étudiants... il y en a une qui n'a pas rendu son travail de fin d'études. Et deux étudiants qui ont rendu un TFE qui ne sera pas validé, hein. D'office. Et c'est la première promotion depuis l'augmentation des effectifs...* » (MPG – Ville A)

2.4.2. L'accompagnement des étudiants, un souci permanent

Durant les premières années, avant la sortie de la première promotion issue du nouveau référentiel, en juillet 2012, ce qui est déroutant pour les équipes pédagogiques est de travailler dans le flou, l'absence de certitude sur la qualité du travail fourni, l'impossibilité de percevoir le futur infirmier qu'elles sont en train d'accoucher. Car les formateurs infirmiers ont une logique de maïeutique fortement chevillée au corps. En effet, leur implication se veut responsable. Ils se sentent investis d'un devoir pour la transmission de la science infirmière. Leur référence au *monde domestique* reste forte. L'étudiant est une personne à accompagner pour qu'il puisse s'instruire.

« ... *on intervient beaucoup plus en vis-à-vis pédagogique sur des travaux dirigés, très peu en cours magistraux. On est plus là pour accompagner les étudiants dans les acquisitions de leurs connaissances.* » (DC – Métropole 2)

Les cours enregistrés nécessitent un accompagnement spécifique pour ne pas mettre les étudiants en difficulté. Les formateurs complètent les cours magistraux enregistrés par des TD qui reprennent ceux-ci en les reliant aux soins infirmiers. Ils permettent ainsi aux étudiants de s'adapter aux nouveaux outils du *monde industriel*.

Du fait que les formateurs sont soucieux d'un accompagnement de l'étudiant, qu'ils sont attachés au développement de sa réflexivité, de son autonomie et de sa responsabilité, les évaluations qu'ils sont contraints de réaliser viennent en contradiction avec ces principes humanistes et bienveillants. Ils sont là en conflit de valeurs : il y a en fait une tension entre une logique *domestique* d'attention particulière à la personne des étudiant et une logique plus *industrielle* d'une évaluation objective et désincarnée, basée sur l'égalité plus que sur l'équité.

2.4.3. Des critiques impliquant les étudiants

Les étudiants sont perçus comme moins attachés aux logiques d'action du *monde civique* et comme se comportant avec plus d'individualisme, ne plaçant pas le rôle professionnel, la mission au service du public, au centre de leur vie. La génération *zapping* n'est pas soucieuse de s'insérer dans un réel travail d'équipe et d'envisager un plan de carrière hospitalière, par exemple.

« ... on les appelle la génération Y ou peut importe... ce sont des générations qui n'ont pas le rapport au travail que nous avons... C'est des générations qui vont aussi passer d'un emploi... ils sont pas carriéristes comme on pouvait l'être, on rentrait à l'hôpital et bon, finalement, on faisait sa carrière à l'hôpital. C'est effectivement des générations *zapping*. » (SRS - Ville K) »

« ... il me semble que les générations aujourd'hui, la génération Y Z... Je sais pas comment l'appeler... intègre des données d'ordre beaucoup plus personnel et du coup, ces données là apparaissent bien sûr dans la construction de l'identité professionnelle... je pense qu'il y a une modification de cet ordre là. » (EP - Métropole 2)

Certains formateurs sont même inquiets pour l'avenir de la profession du fait de ce changement de mentalité.

« J'ai plus un sentiment un peu d'inquiétude quand même pour l'avenir... par rapport à la place que les nouveaux professionnels donnent au travail... C'est à dire que moi j'organisais ma vie personnelle autour du travail, maintenant c'est plutôt le contraire... Les nouvelles générations, elles cherchent à organiser leur temps de travail autour de leur vie personnelle... Donc ça change la donne... » (HP – Ville A)

Les logiques d'action anciennes du *monde domestique* et du *monde civique*, ancrées dans l'histoire des soins semblent pour beaucoup de formateurs moins présentes chez les jeunes générations étudiantes.

Tous les formateurs notent que les étudiants font montre d'une posture parfois réfractaire vis-à-vis de la hiérarchie et de l'institution.

« ...Des fois c'est un peu compliqué, notamment avec les générations Y et ... qui se trouvent être un petit peu des générations "*zapping*"... Ce sont des générations qui n'accordent pas de poids à l'ancienneté. Il faut faire ses preuves. » (DC – Métropole 2)

« ...les étudiants ont changé parce que, aussi, ils ont changé dans leur éducation, et là, je parle de la prime enfance. Ce ne sont pas des étudiants auxquels on fait manger et boire quand ils ont pas envie... moi, j'ai bien vu l'évolution de nos apprenants... Quand ils sont pas d'accord, ils le disent. Nous, on osait pas. » (BC - Ville A)

La dimension ancienne de la profession infirmière qui faisait appel aux principes du *monde civique*, à la vocation, au dévouement, à l'oubli de soi pour se consacrer aux autres, serait moins partagée par les jeunes générations, **ce qui équivaut à une déchéance dans le *monde civique*.**

2.5. Les professionnels des terrains de stage

Les formateurs sont en relation fréquente avec les professionnels infirmiers. De ce fait, ils peuvent exprimer ce qu'ils ont perçu sur les terrains de stage.

2.5.1. Les professionnels nécessitent un accompagnement

Les formateurs considèrent que les professionnels des terrains de stage sont inquiets de la modification de la transmission et de son incidence sur leur propre devenir, et qu'ils doivent être rassurés et accompagnés dans leur prise en charge des étudiants en stage. Les formateurs plus présents sur les terrains de stage rapportent les discours des professionnels.

« ...on n'a pas encore assez pris de temps pour collaborer avec le terrain sur des choses très simples. Très, très basiques : les rassurer, leur expliquer surtout l'évaluation... j'ai une fonction de formation continue, de tutorat auprès des équipes soignantes... les questions des équipes sont souvent très, très simples et très basiques ! Très basiques ! C'est vraiment : "Expliquez-nous comment évaluer les étudiants ? Qu'est-ce que c'est que le "Tutorat" ? Comment on fait

un Livret d'accueil ? ...On comprend rien à votre portfolio!" Voilà, c'est ça les questions qui reviennent. » (OM - Métropole 2)

« Quand je parle des "réalités"... les projets c'est super, se mettre dans de la recherche universitaire c'est super, mais je passe beaucoup de temps sur le terrain à aller voir des équipes..., ce que j'entends à 99%, c'est pas des demandes en rapport avec ça pour former des infirmiers... c'est : "Venez nous voir, expliquez-nous comment on évalue ! Tel étudiant a pas assez de technique"... » (OM - Métropole 2)

Ne pas perdre le contact avec les réalités des professionnels reste probablement une des priorités à gérer. Les formateurs sont conscients qu'une *dispute* au sein des *mondes domestique, civique et industriel* est en œuvre qui oppose les *grands* des professionnels des IFSI et les *grands* des professionnels de terrain.

2.5.2. Les professionnels se montrent réticents

Tous les formateurs regrettent la résistance au changement manifestée par de nombreux professionnels de terrain.

« ... on peine encore dans certains endroits à faire comprendre cette approche par compétences et ça creuse un petit peu parfois un fossé entre les professionnels de terrain et les formateurs, enfin, et la formation en général. Mais, pour les gens qui sont formés, là on fait la formation tutorat, les gens qui viennent dans la formation, ils repartent, ils disent : ben ok, c'est vraiment génial. Et c'est dommage que tous nos terrains de stage n'aient pas formés leurs professionnels. » (MPG – Ville A)

2.5.3. Les professionnels critiquent les nouveaux étudiants

La réforme a produit des changements fonciers et les professionnels infirmiers, co-constructeurs de la transmission, sont peu préparés. Ils se sentent mis à l'écart du fait de la nouvelle approche pour laquelle ils n'ont pas toutes les clefs de compréhension. Le nouveau référentiel leur paraît peu pragmatique et les étudiants leur semblent trop *intellectuels* et pas assez soignants.

« Et on entend un petit peu moins quand même, mais au début, l'idée que ils allaient obtenir un grade de licence, alors là, c'était vraiment, ça allait devenir que des intellos, voilà. Ils savent plus travailler mais alors, ils savent bien... » (MPG – Ville A)

2.6. Conflits au sein des IFSI

Différentes sources de tension existent au sein des IFSI. Elles sont d'origines multiples et peuvent impliquer des épreuves renouvelées en permanence.

2.6.1. Un changement de posture parfois problématique

Des conflits peuvent se produire au sein des équipes pédagogiques, conflits dus au changement de posture du formateur exigé par le nouveau référentiel, qui implique une modification du rapport au savoir. Les face-à-face avec les étudiants sont plus nombreux et différents : moins de cours magistraux, plus de travaux dirigés en petits groupes. Certains formateurs sont encore dans la résistance au changement et les équipes sont en tension. Leurs discours peuvent parfois faire penser à l'illustration d'une *querelle des anciens et des modernes* ».

« ...Il y a des formateurs qui ont pas intégré cette nouvelle démarche, et qui sont dans quelque chose de mortifère, et qui s'ennuient énormément dans ce qu'ils font là, parce que ils ont pas compris la dynamique qui pouvait être apportée par ce référentiel, et ils sont dans une résistance au changement permanente... être à la hauteur... par exemple, tout ce... tout ce qui tourne autour des pratiques professionnelles et des apprentissages pratiques... » (MPG - Ville A)

«... c'est des choses que j'ai entendues par certains collègues - alors, ils le disent pas comme ça, mais... le référentiel finalement implique une forme de perte de pouvoir, quelque part...Et comme

certaines personnes sont quand même un peu dans la toute-puissance, surtout dans la formation !... ben c'est pas évident de perdre du pouvoir ! » (OM - Métropole 2)

2.6.2. Les nouveaux objets sources de critiques

Les nouvelles méthodes liées aux TICE (cours enregistrés, plateformes, situations simulées...) renforcent les dissensions. Certains formateurs sont dans la critique du *monde industriel* dont ils ne comprennent pas les nouveaux *objets*. Les projets pédagogiques peuvent permettre aux équipes de trouver une cohérence d'action et de parvenir à des *compromis*.

« ...une équipe qui a beaucoup changé depuis qu'il avait été écrit [le projet] et donc, ça nécessitait de remobiliser les troupes autour d'un projet, et d'identifier les valeurs communes parce que il y avait... il y a (rires) on peut parler toujours au présent, quand même des valeurs et des pratiques assez différentes entre les formateurs. Dans cet IFSI. » (MPG - Ville A)

2.6.3. Un IFSI dans la tempête

A l'IFSI Croix-Rouge de Métropole 2, la fusion avec l'Institut régional de formation sanitaire et sociale (IRFSS) Croix-Rouge, a créé des tensions au sein de l'équipe. Il s'agit là d'un conflit spécifique : la logique *domestique* des formateurs sont heurtées par la logique *industrielle* auxquelles se réfère l'organisation Croix-Rouge. Une organisation nationale pyramidale comprenant de multiples niveaux décisionnels se substitue à une organisation de type familial. L'incidence de la rigueur budgétaire, et surtout l'introduction d'un principe *marchand* (vendre des formations professionnalisantes), se surajoutent aux difficultés d'adaptation de l'équipe. Deux des formateurs interrogés sont démissionnaires.

« Parce qu'on nous demande de faire, mais pas faire trop, mais faire plus et il faut toujours plus et... Avec moins. Alors, bon, on veut bien l'entendre... Mais, voilà... c'est une des raisons pour lesquelles je pars. » (EP - Métropole 2)

Les changements d'organisation, les nouvelles contraintes hiérarchiques régionales et nationales, de nouvelles grilles salariales et une nouvelle convention collective ont modifié l'identité de l'équipe pédagogique et provoqué des rejets et des conflits.

2.6.4. Le débat entre le care et le cure

Le *care*, qui signifie prendre soin, relève des sciences humaines et fait appel à la philosophie, la déontologie, l'éthique. Il s'agit, avec le *care*, de considérer l'individu que l'on prétend soigner dans toute son intégrité, sa singularité. Le *care* fait référence à des principes *domestiques* (respect de l'Autre), et *civiques* (appliquer ces principes à tous et toujours).

En effet, *cure* indique le traitement mis en œuvre alors que *care* renvoie à la fois aux soins qui sont prodigués et, selon le contexte, à l'attention qui est portée à autrui. C'est ainsi que dans le langage professionnel, *to cure* désigne le fait de « traiter » alors que *to care* celui de « soigner ».

Le *cure* qui signifie soigner, traiter, relève des sciences médicales et infirmières. Il est de l'ordre de l'expertise des connaissances médicales et des techniques de soin. Les UE 2.1, 2.2 et 2.11 (biologie, anatomie-physiologie et pharmacologie) sont celles pour lesquelles les facultés de médecine ont proposé des cours sur DVD. Le *cure* fait référence à des principes relevant du *monde industriel*. A l'intérieur des IFSI, certains formateurs privilégient le *care* au *cure* et d'autres sont plus experts dans le *cure* et moins porteurs des valeurs du *care*. Ces différences de posture créent parfois des tensions au sein des IFSI. Certains des formateurs craignent que le *care* soit mis à mal si les facultés de médecine-pharmacie absorbent les IFSI, et que le *monde domestique* se trouve *dilué* dans le *monde industriel*.

Il s'agit dans les deux configurations, externe ou interne aux IFSI, de critiques du *monde civique* et du *monde domestique* à l'égard du *monde industriel*.

« Diagnostiquer, prescrire, guérir, hein, c'est ça leur truc. Sauf qu'aujourd'hui, on se retrouve face à des maladies chroniques dont on sait très bien que la guérison est... est impossible, et

que, le rôle infirmier et surtout une démarche préventive en santé publique pourraient vraiment, je pense, être un nouveau chemin dans le système de santé. » (MPG - Ville A)

2.7. L'avenir de la formation

Les formateurs laissent percevoir dans leur discours la manière dont ils appréhendent l'avenir de la formation et de la profession infirmière. Leurs perspectives sont ancrées dans le pragmatisme.

2.7.1. L'avenir des IFSI est anxiogène

Les politiques de santé sont fluctuantes et de nouvelles *controverses* se profilent à l'avenir.

De même que les directeurs, les formateurs sont inquiets pour l'avenir des IFSI. Ils pensent que les regroupements des IFSI sont inéluctables, mais craignent également l'absorption des IFSI par les facultés de médecine-pharmacie, avec une même année commune, calquée sur l'actuelle PACES.

Les formateurs craignent de voir se diluer la composante *domestique* dans la composante *industrielle*, par le biais de nouveaux *compromis*.

« Alors, ce qui peut disparaître, c'est la structure IFSI avec un regroupement des enseignants formateurs infirmiers dans les universités, peut-être... cette fonction, elle est incontournable, et surtout avec cette idée d'accompagnement de la construction professionnelle, par des gens qui savent ce que c'est que la formation, que la profession. » (MPG - Ville A)

« ... après, est-ce qu'on va être intégrés, c'est vrai que ça, c'est d'autres questions mais je pense que ça, je le verrai pas, je serai partie à la retraite d'ici là. » (PC - Ville K)

« ... si on écoute un petit peu ce qui se raconte, les IFSI peuvent peut-être être amenés à disparaître, plus ou moins, si justement on va vers le versant universitaire... C'est pas mon souhait, en tous les cas, moi c'est pas du tout mon souhait ! Je pense qu'il y a vraiment nécessité à conserver le lien avec le terrain. » (OM - Métropole 2)

« Alors l'avenir des IFSI, je dirais que je suis assez pessimiste et je la vois bien passer à l'Université complètement. Je suis pas sûr qu'on garde des Instituts de Formation en Soins Infirmiers tels qu'ils sont actuellement. » (DC – Métropole 2)

2.7.2. Le grade licence mis en cause

Les formateurs doutent de la possibilité de la création d'une discipline universitaire des sciences infirmières dans un avenir proche et croient plus en la création d'IUT intégrés ou non aux universités. Le grade licence les laisse perplexes car il n'implique pas un accès facile aux études universitaires supérieures pour les nouveaux diplômés. Plusieurs formateurs constatent que la licence n'est pas tout à fait pleine et entière, et que, de ce fait, elle n'ouvre pas réellement à des études universitaires.

« ...c'est de la licence pro plus que de la licence véritable, [...] on serait peut-être dans une licence, une vraie licence, si on avait trois ans de cours et un an de stage... » (EP - Métropole 2)

Les personnes ayant présidé à la rédaction des textes de la réforme de 2009 sont jugées insuffisamment engagées dans la reconnaissance de la profession infirmière, et la formation risque de se cantonner à une formation professionnalisante sans assise véritablement disciplinaire.

2.7.3. L'importance du cœur de métier

Les formateurs, de même que les directeurs considèrent que la mise en valeur du cœur de métier infirmier, la clinique infirmière, est à porter à l'avenir afin de défendre la spécificité du groupe professionnel en le définissant.

« ... en tant que formateurs de garder notre place au sein de cette formation parce que le cœur de métier, c'est nous qui allons le défendre [...] je pense qu'il faut pas nous laisser prendre la transmission en tous cas du cœur de métier, pour moi, ça, c'est assez important. C'est pour ça qu'on parle d'unités constitutives qui sont vraiment ce qui constitue le cœur de métier et tout ce qui est de l'université, c'est du contributif, hein, qui vient contribuer en tous cas à la richesse de la profession... » (SRS – Ville K)

L'objet *industriel* « cœur de métier » constitue un enjeu majeur pour les professionnels des IFSI.

2.7.4. Un manque de cohésion du groupe professionnel infirmier

Plusieurs formateurs pointent l'hétérogénéité de la profession et la difficulté de se faire entendre. Les infirmiers sont divisés et cette division est préjudiciable à la construction d'un avenir. Le nombre des syndicats professionnels est très important, l'Ordre infirmier a connu des déboires qui ont réduit son influence, l'histoire continue de peser.

Deux formateurs de l'IFSI de Ville K, à l'instar de SB, directrice de l'IFSI Croix-Rouge de Métropole 2, souhaitent un Conseil de l'ordre plus présent et un code de déontologie digne de ce nom.³⁵

« *C'est ça, ouais ouais, pas de culture de corps. Hein, alors c'est rigolo, hein, pour des gens qui s'occupent du corps, ne pas avoir un corps infirmier...* » (SRS – Ville K)

Cette absence de parole commune affaiblit l'ensemble des 550 000 IDE de France.

Les IFSI ont tous un *pré carré* qu'ils défendent jalousement. Le partage est difficile, même si la convention a permis d'échanger et de collaborer. « *Alors, peut-être que si tous les IFSI du monde se donnaient la main...* » (EP - Métropole 2) Ces remarques relativisent le *compromis* réalisé autour de la convention régionale. Les formateurs savent que ce compromis n'est pas partagé à l'échelle nationale.

2.8. Une fracture entre professionnels de terrain et professionnels des IFSI ?

L'écart entre les professionnels du terrain et les professionnels des IFSI se creuse-t-il ? Sont-ils encore de la même *famille* ?

La formation prodiguée depuis 2009 produirait-elle des infirmiers qui auraient le *c... entre deux chaises* : pas tout à fait intellectuels et de moins en moins techniciens ? Les formateurs se laissent-ils entraîner dans un courant qui, les rapprochant de l'univers des universitaires, les éloignerait de celui des professionnels ?

« *...On est parfois dans des mondes différents... l'un des dangers justement de cette universitarisation qui serait trop importante, pourrait être vraiment une perte de contact complète avec le terrain...* » (OM – Métropole 2))

Si la logique *domestique* prévaut, tant pour les formateurs que pour les professionnels de terrain, les *objets* et *sujets* traditionnels sont remis en cause par les nouveaux processus d'apprentissage liés à la réforme. Les formateurs sont familiarisés à ces processus mais les professionnels, nous le verrons, restent le plus souvent nostalgiques des anciens principes qui fondaient une formation ancrée dans un *monde domestique*.

Les formateurs qui sont les plus proches des réseaux établis avec les facultés sont également ceux qui avancent dans des cursus universitaires, qui développent les unités d'enseignement nécessitant le recours aux TICE, qui s'engagent dans la création de modules de situations simulées.

2.9. Des médiateurs entre les personnes et les mondes

Les IFSI sont les pivots de la formation et coordonnent l'ensemble de la transmission entre enseignements en IFSI, enseignements des universitaires et enseignements cliniques des professionnels.

Les formateurs sont les personnes qui côtoient tous les groupes de personnes concernés par la formation initiale infirmière. Ils sont en contact direct avec l'ensemble des promotions étudiantes, en contact plus étroit avec les étudiants dont ils sont référent pédagogique ou référent de stage ou encore guidant de mémoire de fin d'études. Ils participent au sein de l'équipe pédagogique à l'élaboration du projet pédagogique. Ils sont en lien avec les universitaires de la faculté de médecine par les unités contributives dont ils ont la responsabilité, ou bien ils sollicitent d'autres universitaires en sciences humaines ou médicales pour délivrer certains cours magistraux. Enfin, ils sont amenés à rencontrer les professionnels, sur les terrains de stage ou à l'IFSI, lors des formations au tutorat ou lors de leurs interventions en TP.

³⁵ Ils seront peut-être exhaucés dans les années à venir, compte-tenu de la publication du décret du 27 novembre 2016 portant code de déontologie des infirmiers. (NDA)

Les formateurs sont donc des personnes centrales du processus de formation, pivots de tous les dispositifs. Ils en sont le fil conducteur, étant, malgré les ruptures dues aux stages, au plus proche de l'étudiant, comme les professionnels infirmiers sont au plus proche du patient.

Les formateurs sont des passeurs pour les étudiants et ils les accompagnent dans les mondes des professionnels comme dans ceux des universitaires. Ils sont des interprètes pour les étudiants. Il conviendrait peut-être qu'ils le soient pour les professionnels.

Conclusion

Pour les directeurs et les formateurs, la formation dans les IFSI était garante d'une intégration et d'une socialisation aux principes et pratiques d'une communauté professionnelle, c'est-à-dire gouvernée par une logique principalement domestique. La réforme les a contraints à une ouverture vers une logique *industrielle* nouvelle et à un partenariat avec des universitaires perçus comme des experts et des scientifiques éloignés de la communauté professionnelle. Ils ont peu à peu co-construits avec ceux-ci un *compromis* et une acculturation a même pu voir le jour.

La justesse de la transaction a permis de fédérer les personnes autour d'un projet commun : produire une formation professionnelle de qualité sur les plans théorique et technique, sans rompre pour autant avec la tradition éducative propre aux IFSI.

Les directeurs et formateurs se montrent plutôt satisfaits du compromis trouvé lors de la mise en œuvre de la réforme, malgré l'existence de certaines difficultés liées à la surcharge de travail, à des doutes concernant les pratiques avancées ou l'Ordre infirmier, par exemple. L'avenir reste néanmoins source d'inquiétudes en ce qui concerne la pérennité des IFSI : seront-ils ou non absorbés par les pôles universitaires ou pourront-ils maintenir un exercice autonome ?

Les directeurs comme les formateurs ont pu, quelques soient les critiques impliquant le *monde domestique* ou le *monde industriel*, sortir des *épreuves* occasionnées par la réforme de 2009. Hormis la collaboration avec l'université, stabilisée par un *compromis*, des *arrangements* sont conclus au sein des IFSI, grâce au projet pédagogique. De nouvelles formes de collaborations inter-IFSI ont vu le jour. Le but est de faire tenir ensemble des principes parfois complémentaires, parfois contradictoires, pour mener à bien la mission d'enseignement professionnel.

« Notre première finalité, c'est d'essayer d'accompagner des jeunes ou des moins jeunes à être en capacité d'exercer pleinement un métier qui est complexe, dans des lieux qui sont complexes, dans des organisations qui sont contraintes... » (DF)

Chapitre 9

Les étudiants infirmiers, au centre des dispositifs

« ... je pense qu'il faudrait pas perdre de vue que le soin, c'est un art avant tout, et que la combinaison des deux, c'est-à-dire, à la fois voir les soins comme un art et à la fois aussi le développer comme une science, les deux sont indéniables... » (François – Métropole 2)

Introduction

Nous continuons notre analyse avec les personnes qui sont au centre de la formation : les étudiants. Les étudiants, eux aussi, traversent différents milieux dans le contexte de leur apprentissage. Ils sont en contact avec les formateurs, au sein des IFSI et lors des visites de stage. Ils ont des relations avec des universitaires, via les cours en ligne ou lors d'interventions en présentiel à l'IFSI. Ils côtoient les professionnels lors de leurs stages. La complexité du processus de formation les conduit à juxtaposer plusieurs *mondes* et à être au cœur des *disputes*.

Nous avons interrogé des étudiants de fin de troisième année dans chacun des trois IFSI. Au total, les discours de seize étudiants ont été recueillis : cinq des IFSI de Ville A et de Ville K et six de l'IFSI Croix-Rouge de Métropole 2.

Les étudiants de l'IFSI de Ville A se sont exprimés en mai, juin et juillet 2015, ceux de l'IFSI Croix-Rouge de Métropole 2 en juillet 2015. Les étudiants de l'IFSI de Ville K ont été interrogés tardivement, en post diplôme, entre fin septembre et début octobre 2015.

Sur les seize étudiants, cinq sont des hommes, ce qui ne correspond pas à la proportionnalité de la masculinisation des études infirmières.

Les entretiens ont duré en moyenne 25 minutes et le nombre total des pages de retranscription est de 159.

Les étudiants sont désignés par un prénom fictif. La ville de leur IFSI d'appartenance y est associée.

1. Les étudiants en soins infirmiers et le sens de la justice

La seule formation que les étudiants connaissent est celle qu'ils viennent d'achever et ils n'ont pas de ce fait de possibilités de comparaison avec l'ancien dispositif. C'est pourquoi la seule façon de percevoir les effets de la réforme est de les interroger sur leurs vécus des trois années et d'entendre ce qu'ils ont perçu des intentions des enseignants des IFSI, de l'université et des lieux d'exercice infirmier. Cette approche permet de mesurer les écarts et concordances, de détecter les mondes de référence, et de déceler les *disputes* et *critiques*.

1.1. Des parcours atypiques

Le groupe des étudiants est d'une grande hétérogénéité, de par la diversité des âges et des cursus. Cette particularité liée au public des étudiants en formation infirmière est pointée par les universitaires et les formateurs.

Cinq des étudiants présentent des parcours atypiques : technique de management, master 2 de gestion des risques puis pompier professionnel ; assistante dentaire puis responsable marketing d'une grande enseigne de magasins de sport ; technicienne de laboratoire ayant exercé au CNRS puis au sein de sociétés pharmaceutiques ; titulaire d'un BTS de chimie puis visiteur médical et enfin technicien en oncologie. Et aussi, mécanicien poids lourds, pompier de Paris, gérant d'une école aéronautique :

« ... je suis mécanicien de véhicules lourds de formation. J'ai travaillé un an dans cette branche là. J'ai un bac professionnel. Je me suis dirigé ensuite vers les pompiers de Paris de 2003 à 2009. C'est en corps de pompiers militaires. J'ai effectué six ans sous contrat militaire.

Après, je tenais une école d'aviation, en aéronautique. Je m'occupais des plannings des pilotes, des élèves, du recrutement... » (Alexis – Ville A)

D'autres cursus sont plus classiques, en particulier pour les plus jeunes, entrés en IFSI en post-bac.
« ... j'ai fait un bac S et puis après, directement, j'ai passé le concours. » (François – Métropole 2)

Le tableau ci-dessous présente les seize étudiants interrogés, par ordre des IFSI d'appartenance.

Présentation des étudiants de fin de troisième année des trois IFSI

	Sexe	Âge	Prépa	Filière 2	Cursus
Sandra (Ville A)	F	24	Non	Non	Bac ES
Sabrina (Ville A)	F	29	Non	Non	Formation management en post Bac, Agent de service puis Faisant fonction d'aide soignante (2 ans)
Sébastien (Ville A)	M	39	Non	Non	BTS Chimie, Visiteur médical dans un laboratoire (7 ans), en oncologie (5 ans)
Alexis (Ville A)	M	32	Oui	Non	Bac Pro Mécanique Véhicules lourds, Mécanicien (1 an), Pompier de Paris (5 ans), Gérant école d'aviation (1 an 1/2)
Catherine (Ville A)	F	42	Non	Oui	IFAS, Aide-soignante
Adeline (Ville K)	F	23	Non	Non	Bac S, Petits boulots
Charles (Ville K)	M	22	Oui	Non	Bac (ES ?)
Pierre (Ville K)	M	31	Non	Non	Master 2 Politiques de sécurité, Officier Sapeurs pompiers (en détachement de la fonction publique territoriale)
Nelly (Ville K)	F	31	Oui	Non	Bac ES, Petits boulots et voyages, départ en Nouvelle-Zélande après le diplôme avant de travailler
Valérie (Ville K)	F	51	Oui	Non	Assistante dentaire (3 ans), Assistante achat et responsable marketing d'une grande enseigne d'articles de sport (21 ans)
Christine (Métro 2)	F	40	Non	Oui	IFAS, Aide-soignante Un stage non validé (maladie) -> diplôme en novembre 2015
Sabrina (Métro 2)	F	23	Non	Non	Bac ES
Murielle (Métro 2)	F	34	Non	Non	BTS Biotechnologie, Technicienne laboratoire de recherche en immunologie, au CNRS (HIV), en société pharmaceutique
Solène (Métro 2)	F	21	Non	Non	Agent de service et faisant fonction d'aide-soignante (vacances scolaires)
François (Métro 2)	M	24	Non	Non	Bac S
Houria (Métro 2)	F	27	Non	Non	Bac ES, Petits boulots Enceinte -> diplôme en mars 2016

Ce tableau montre la disparité des âges et des parcours de vie. Il indique également que deux personnes sont issues de la filière 2 (cursus aide-soignant). Pour rappel, les étudiants de la filière 2 représentent 20% de l'effectif des cohortes. Deux étudiants ne seront diplômés qu'aux sessions de novembre 2015 et mars 2016. Enfin, quatre étudiants ont réalisé une préparation au concours d'entrée en IFSI, proportion un peu inférieure aux chiffres nationaux.

1.2. Des mondes donnés à voir

Malgré la grande disparité des âges et des expériences de vie avant l'entrée en formation infirmière, le groupe des étudiants se montre assez homogène lorsqu'il s'agit de définir les mondes auxquels ils se réfèrent, même si la terminologie employée diffère pour nommer les *objets* et les *sujets*.

La majorité des étudiants se revendique du *monde domestique*. Cela est lisible dans le vocabulaire utilisé pour décrire la profession infirmière. Pour eux, elle est avant tout une profession de relation à l'Autre. L'importance de la communication en équipe est portée en avant. L'entraide entre soignants et l'écoute des membres de l'équipe sont fréquemment évoquées. Ces principes sont ceux qu'ils ont acquis ou développés lors des trois années de formation.

« ... je parlerais de la relation à l'autre, de l'envisager sous un autre angle... que ce soit avec mes collègues de promotion, les collègues durant les stages, les autres professionnels de santé... »

(Charles – Ville K)

Les étudiants sont conscients de la nécessité d'acquisition de savoirs académiques et de compétences techniques. Les sciences médicales et infirmières sont jugées comme étant indispensables et essentielles.

« J'ai appris surtout de la technique en fait. Beaucoup de technique. [...] c'est vrai que ça m'a amené beaucoup de connaissances que je ne pensais pas acquérir... » (Catherine – Ville A)

« ... j'ai appris tout ce que je sais concernant le médical, vraiment. Je n'avais aucune notion, rien du tout. Je dirais aussi que j'ai appris tout le technique, déjà, mais ça c'était plutôt dans les stages. » (Solène – Métropole 2)

« ... c'est surtout la technique en fait que j'ai appris. » (Adeline – Ville K)

Une seule étudiante prétend ne pas vouloir se référer au *monde industriel*. Son projet professionnel est tourné vers la psychiatrie. Elle rejette l'attachement aux gestes techniques plébiscités par tous les autres étudiants. Elle considère que la technique éloigne de la relation et des principes du *monde domestique*.

« ...je me suis rendue compte qu'en fait, c'était primordial de pouvoir se poser pour qu'une douleur soit soulagée. Il y a des fois, il y a pas besoin d'un paracétamol, il y a juste besoin de s'asseoir et d'écouter la personne ou de lui prendre la main, et c'est des choses que malheureusement, des fois, qu'on voit que les professionnels n'ont pas le temps. Et pour moi, c'est essentiel. C'est pour ça que j'ai choisi la psychiatrie, parce qu'il y a plus de temps pour cette compétence. » (Sabrina – Métropole 2)

Globalement, les principes essentiels présents dans les discours sont l'attention portée à l'Autre (patient et collègue), l'importance du travail en équipe, la nécessité d'organisation et de mise à jour permanentes des savoirs et des techniques. Ces principes se situent dans les registres *domestique*, le plus prégnant, et *industriel*.

1.3. Une clarification et un compromis

L'idéal pour une grande partie des étudiants, est l'équilibre entre compétences techniques et qualités relationnelles, c'est-à-dire une cohabitation harmonieuse des principes *domestique* et *industriel*. L'infirmier se doit d'envisager tous les aspects du soin. La *controverse* entre le *monde industriel*, dont le *grand* est la qualité du geste technique associé à des connaissances théoriques solides, et le *monde domestique*, dont le *grand* est l'attention portée au patient, est résolue par la *clarification* dans le *monde domestique*, avec comme *principe supérieur commun* fédérateur : le bien-être de la personne soignée via la qualité du soin technique prodigué. Il s'agit là pour les étudiants de l'intériorisation de la posture proposée par les formateurs qui ont *fait passer le message*.

«...un personnel soignant qui prend soin d'une personne dans sa globalité... Dans sa globalité, sur tous les points, que ce soit relationnel, psychologique, médical. » (Sabrina – Ville A)

Près de la moitié des étudiants (sept sur seize) sont, à l'instar des formateurs, attachés à l'esprit d'équipe, au travail en collaboration interdisciplinaire, au réseau de soignants gravitant autour des patients.

«... c'est intégrer une équipe, ça me paraît essentiel... c'est arriver à pouvoir s'intégrer correctement dans une équipe. » (Sébastien – Ville A)

Les étudiants illustrent l'importance de s'insérer dans la communauté professionnelle infirmière.

Si leurs discours se situent essentiellement dans une logique hospitalière, cela est dû aux stages réalisés et à l'impossibilité d'exercer en libéral dans les années post-diplôme.

Certains étudiants, dans leur définition de l'infirmier, font se côtoyer tous leurs mondes de référence.

« ...un bon infirmier sur une journée, ce serait quelqu'un qui arrive à prendre du temps avec les personnes en s'organisant dans sa charge de travail pour permettre d'éviter de faire des erreurs au niveau thérapeutique, et pour avoir un relationnel avec la personne qu'il a devant lui, même aussi avec les professionnels soignants, que ce soit les médecins, les aides-soignants que ce soit dans une relation de soin, mais de soin pas que avec la personne qui est hospitalisée mais aussi avec tout le monde, pour que la personne hospitalisée se sente le mieux possible. » (Charles – Ville K)

Grâce à la clarification dans le monde domestique, les étudiants parviennent à frayer un compromis permettant d'unir les différentes composantes de l'exercice professionnel infirmier.

1.4. Les étudiants et les nouveaux objets industriels

Les étudiants, pour les plus jeunes d'entre eux surtout, sont à l'aise avec les nouveaux objets de la formation infirmière. Ils sont habitués à travailler sur ordinateur et tablettes, à effectuer des recherches en lignes, à apprendre sur plateformes. Les TICE, utilisés au sein des IFSI, ne leur posent pas de problème, en particulier pour les hommes. Ils ne formulent pas de critiques.

«... on a eu beaucoup en tous cas de e-learning, donc qui sont des cours donnés par des universitaires. Maintenant, ils ne sont pas en face-à-face, donc en ça, moi ça m'a pas posé de problèmes. »

(Sébastien – Ville A)

D'autres étudiants, plus âgés ou issus de la filière aide-soignante ont, par contre, rencontré des difficultés avec les cours en ligne et le travail sur ordinateur.

« On en a eu sur la plateforme Learneos. Je m'en souviendrai ! C'était quelque chose de terrible pour moi. En première année, franchement, se planter comme ça devant Learneos, ça fait drôle, quoi. »

(Martine – Métropole 2)

L'acclimatation aux objets industriels de la formation est fonction des âges et des parcours.

1.5. Une génération moins impliquée ?

Certains étudiants se montrent individualistes, plus soucieux de trouver un équilibre personnel que de s'investir dans une carrière professionnelle.

« Je préfère voyager avant de m'installer. Je verrai quand je reviendrai. [...] Je vais partir en Nouvelle-Zélande. Après... on verra. » (Nelly – Ville K)

La dimension de mission de santé publique est peu présente dans les discours. Le monde civique n'est pas une référence majeure. Ceci interroge sur la pérennisation des logiques d'action héritées de l'histoire des soins. Et ceci est à mettre au regard des propos des formateurs et des professionnels. Les principes du monde civique, historiquement présents dans l'univers des soins infirmiers, semblent être moins prégnants pour les étudiants.

1.6. Des étudiants réflexifs

La réflexivité que les étudiants ont développée lors de leur formation les rend adaptables, souples, curieux, autonomes. Ils sont conscients d'avoir acquis des clefs d'autonomie.

« ...l'adaptabilité en premier lieu... et aussi de savoir chercher par soi-même.... je crois que pour n'importe quel poste d'infirmier, on pourrait quasiment ne pas savoir de quoi on parle. Quelqu'un qui apprend vite et qui écoute, il peut devenir infirmier très vite, en fait, je dirais... »

...après le boulot, je cherche, quoi... je pense qu'on peut toujours s'en sortir si on fait ça, en fait. » (Pierre – Ville K)

Il est intéressant de mettre cette citation au regard du discours de certains des formateurs qui considèrent les étudiants comme réflexifs, curieux et adaptables, capables de transférer leurs connaissances et d'*apprendre à apprendre*. Pour certains des étudiants, il semble que la mission soit accomplie.

«...en cours, m'a permis de développer ma capacité à réfléchir, à me poser des questions, à interroger ma pratique. Voilà. » (Solène – Métropole 2)

L'acquisition d'une posture réflexive permettant de résoudre la diversité des situations de soin est un des postulats forts du référentiel de 2009. Pour permettre cette acquisition, les équipes pédagogiques ont mis en œuvre une ingénierie socio-constructiviste, *objet industriel* au service de la qualité de la formation prodiguée.

2. Les étudiants et les universitaires : des accords et des critiques

Lors des trois années de formation, les étudiants ont reçus de nombreux enseignements délivrés par des universitaires, en sciences médicales ou en sciences humaines, en présentiel et, surtout pour le premier semestre, sur plateforme. Comment ont-ils vécu ces enseignements ?

2.1. Une méconnaissance du milieu universitaire

Beaucoup d'étudiants ne savent pas tout à fait ce qu'est un *universitaire*. Ils ont souvent une méconnaissance des cursus des personnes au sein des facultés, bien qu'ils soient à présent concernés du fait de l'universitarisation initiée par la réforme.

« ...alors, je sais pas si c'est quelqu'un issu de la filière universitaire, par contre, il avait un diplôme de philosophe et je crois qu'il siégeait au Conseil éthique de [la région]... » (Charles – Ville K)

Les étudiants ont une mauvaise connaissance du vocabulaire, des postes et des règles universitaires : *«...en philo, on avait eu heu... un maître... un maître de... Ah comment on appelle ça déjà... [...] en socio, c'était... enfin, la personne, elle étudiait encore, je ne sais plus quel niveau elle avait. » (Catherine – Métropole 2)*

Nous sommes ici en présence d'un déficit de compréhension de l'univers universitaire. Après trois années d'études, les étudiants maîtrisent peu ou mal les *répertoires des objets et des sujets* propres au milieu scientifique universitaire : grades, missions, parcours d'études, liens entre CHU et faculté de médecine-pharmacie, etc., leur sont peu ou mal connus. Les étudiants ne se sont pas vraiment familiarisés avec le milieu universitaire.

2.2. Une critique de la logique industrielle de formation

Neuf étudiants sur seize ont rencontré des difficultés avec les cours en ligne. Certains déplorent vivement le fait qu'une profession de relation utilise des outils d'enseignement interdisant le contact humain. Il s'agit là de *critiques* portant sur les *objets du monde industriel*, choisis par les acteurs de la convention régionale, *objets* qui leur semblent inadaptés à la représentation qui est la leur d'une formation professionnelle infirmière, ancrée dans des principes *domestiques* avant tout.

« ...on a eu des cours d'universitaires sur ordinateur en e-learning, .. j'ai trouvé ça affreux...Vraiment affreux parce que... autant lire un livre, quoi. » (Pierre – Ville K)

« ...être face à un ordinateur... pour moi, ça ne correspond pas du tout à la profession infirmière, vu que c'est plutôt une profession à tradition orale... donc, voilà, les supports pour moi théoriques qui ne sont pas super. Même pour l'anglais, hein, c'est internet... » (Alexis – Ville A)

« ... je prenais des livres à notre CDI et je préférais étudier comme ça parce que l'ordinateur, moi, j'y arrivais pas trop, en fait. Voilà, mais après ça allait un peu mieux mais le début, c'était un petit peu dur. » (Adeline – Ville K)

Les étudiants ne critiquent pas le fait de devoir apprendre à utiliser l'outil informatique, qu'ils maîtrisent, mais le fait que celui-ci soit un *objet* incongru dans une formation ancrée dans une logique *domestique*.

2.3. Des cours appréciés et d'autres moins

Certains cours enregistrés sont majoritairement bien perçus. Il s'agit de ceux des pharmaciens.

« ... 2.11 au niveau de la plateforme, ça a été assez bien conçu et réfléchi. Il y a une homogénéité, il y a une évolution, on va dire, dedans, qui est respectée. Je pense que les intervenants se sont bien concertés pour mettre ces cours-là sur le DVD. » (Murielle – Métropole 2)

Un étudiant donne un point de vue contraire. Il juge les apports des cours enregistrés peu compatibles avec les exigences de l'exercice infirmier.

« Je veux dire, face à un patient, c'est bien pour nous de savoir que tel ou tel médicament se compose de telle ou telle molécule, agit sur telle molécule du corps, mais pour nous, la prise en charge du patient, elle ne nécessite pas tout ce savoir. » (Alexis – Ville A)

Mais, majoritairement, les étudiants ont plus apprécié les cours en ligne de pharmacie que ceux des autres unités d'enseignement.

Ces propos seront à rapprocher de la vision des pharmaciens et de leurs exigences à l'égard des étudiants et des infirmiers.

Les cours enregistrés des unités 2.1 et 2.2 sont souvent jugés peu aboutis et peu soucieux des étudiants, qui jugent parfois sévèrement certains universitaires présents aux séminaires.

« ...à la fin, on avait un séminaire où on pouvait rencontrer donc des gens avec nos questions, mais du coup... je trouvais que la 2 point 2 et la 2 point 1... c'est... enfin, ils étaient... ils ont pris un truc et ils ont fait leur truc sans trop... sans trop faire attention... » (Catherine – Métropole 2)³⁶

Certains étudiants se plient à la difficulté de compréhension qu'ils rencontrent avec les universitaires et restent philosophes et pragmatiques : « ...et de prendre un peu ce qu'on peut pour nous en tant qu'IDE. » (Sandra – Ville A)

Les étudiants sont contraints de s'appropriier des *objets* industriels lors de la formation : les cours en ligne. Ils posent en critique le fait que ces cours soient peu adaptés ou insuffisamment adaptés au contexte de la formation infirmière. Toutefois, du fait de leur statut d'étudiant, une transaction en justice est impossible et ils sont contraints aux *arrangements*.

2.4. Une première année indigeste

Beaucoup d'étudiants, de même que la majorité des formateurs, mettent en question la pertinence du *bourrage de crâne* rencontré en première année, année très chargée en unités d'enseignement. Le premier semestre, en particulier, comporte, outre les unités de sciences humaines et de sciences infirmières, trois unités de sciences médicales enseignées par des cours enregistrés, auxquelles l'unité d'anglais se surajoute.

« ... de ce côté là, il y avait des difficultés à... de compréhension de tout ce qui était dit, c'était un peu du bourrage de crâne, mais... » (Valérie – Ville K)

Ces propos corroborent les discours de plusieurs formateurs : « Vraiment sur les connaissances pures, je trouve qu'on leur bourre le crâne et que ça met vraiment en difficulté certains étudiants qui arrivent par la voie des aides-soignants... » (SRS - Ville K)

Le premier semestre est celui qui est le plus chargé de cours dispensés en e-formation. Cette approche de l'apprentissage professionnel infirmier, survenant en tout début de formation, est vécue douloureusement, quelque soit la familiarisation des étudiants avec les outils informatiques :

³⁶ Il faut prendre en considération le fait que des travaux ont été réalisés sur ces deux unités depuis l'année 2012, année durant laquelle les étudiants interrogés en ont reçu les enseignements. (NDA)

cela n'est pas ce qu'ils attendent d'une formation qu'ils considèrent comme avant tout humaniste. Ils ont des difficultés à intégrer les exigences de l'enseignement scientifique tel que présenté par la majorité des universitaires : absorber une somme importante de connaissances pures. Ils ont un frein devant cette exigence qui ne leur semble pas pertinente au regard de leur préoccupation majeure : apprendre à prodiguer des soins à des personnes vulnérables.

2.5. Des apports enrichissants

Les étudiants ne manifestent pas que des critiques à l'égard des universitaires. Plusieurs étudiants sont, en effet, très satisfaits des cours prodigués qu'ils considèrent comme enrichissants et comme le moyen de s'abstraire d'un quotidien trop terre-à-terre.

« ... le seul fait d'avoir des cours d'universitaires, ça permet déjà de prendre un gros recul. Parce que c'est souvent des gens qui ont fait des doctorats, qui ont fait des études supérieures, et c'est des gens qui ont passé du temps à réfléchir. Et ça peut paraître anodin, mais en fait, ça apporte quand même beaucoup dans un métier qui est trop... heu... on a trop le nez dans le guidon en fait. » (Pierre – Ville K)

L'ouverture scientifique universitaire est source d'enrichissement.

3. Les étudiants et les médecins

Beaucoup d'étudiants ont peu de souvenirs, en fin de troisième année, des unités contributives, surtout de celles enseignées en première année. Seule la pharmacologie semble rester plus concrète car elle est présente pendant les trois années et est mobilisée lors de l'apprentissage des processus. Sinon, les étudiants ont peu ou pas de souvenirs d'emblée. Ils se rappellent plus facilement les universitaires rencontrés lors des cours en présentiel que ceux des cours enregistrés, qui leur semblent plus fantomatiques.

3.1. Des cours magistraux pas toujours adaptés

Les étudiants sont partagés sur les prestations des médecins délivrant des cours magistraux. Les enseignements leur semblent souvent peu adaptés au public infirmier, trop abstraits. Les médecins qui savent s'adapter sont plus rares et très appréciés.

« Il y en a certains qui ont plus de pédagogie que d'autres et il y a certains cours, moi, qui m'ont vraiment passionnée. Et d'autres dans lesquels j'ai dû tout reprendre parce que... vraiment, je n'avais pas compris. » (Houria – Métropole 2)

« Mais, bon, il y en a qui sont très intéressants même si c'est un peu lourd, mais il y en a d'autres, bon, ils sont pas enseignants, on le sent... Donc, c'est difficile de tout comprendre. » (Valérie – Ville K)

Les critiques portent sur les aptitudes des médecins à se projeter ou non dans les exigences de la réalité infirmière et à oublier l'académisme de leurs propres références disciplinaires. Les médecins sont appréciés lorsqu'ils reconnaissent les besoins des étudiants : des connaissances théoriques qui seront utiles pour une meilleure prise en charge des patients.

3.2. L'histoire est présente

Certains étudiants évoquent le retrait derrière le médecin en ce qui concerne la responsabilité qui est exigée d'eux. Plusieurs définissent le rôle de l'infirmier en fonction du rôle du médecin, avant de parler du patient et de l'ensemble de l'équipe soignante. D'autres réajustent leurs représentations.

« ...avant d'entrer en formation, moi, j'avais un peu l'impression que l'infirmière, c'était l'assistante du médecin, et là, vraiment voilà, que l'infirmière, elle a un rôle propre, elle a un rôle de collaboration avec le médecin, mais pas de... d'assistante, quoi. » (Houria – Métropole 2)

Quelques étudiants mettent en cause les relations médecins-infirmiers qu'ils jugent encore très marquées par l'histoire des soins.

« ... plus particulièrement la hiérarchie médecins, infirmiers, ... je trouve qu'il y a quand même un sacré décalage... On est quand même un peu les petites mains de ces médecins... Encore en 2015, oui oui, ça existe encore, oui. C'est pas généralisé, mais c'est quand même assez fréquent... »
(Valérie – Ville K)

Cette permanence des représentations et des vécus mettant en jeu les médecins nous fait penser que nous sommes là au cœur d'une ancienne *controverse* opposant le *monde domestique* propre aux infirmiers au *monde industriel* traditionnellement associé aux connaissances médicales et aux connaissances universitaires par extension. Encore une fois, l'histoire des soins se lit ici en filigrane.

4. Les professionnels des terrains de stage

Les étudiants effectuent des stages lors des six semestres de leur formation.

Le rôle des stages dans l'apprentissage est plébiscité par l'ensemble des étudiants. Ils pointent l'importance de l'alternance dans l'apprentissage infirmier, alternance qui le classe bien dans un enseignement professionnalisant et non pas dans une discipline purement intellectuelle.

« Je pense que chaque établissement, chaque lieu de travail, et c'est exactement pareil dans les stages, est apprenant. » (Sébastien – Ville A)

4.1. Une critique des parcours de stage

La disparité des parcours de stage est pointée par beaucoup d'étudiants. Ils déplorent souvent le fait que les stages soient moins nombreux et, de ce fait, moins diversifiés.

« ... je trouve que, du coup, les soins techniques, les gestes techniques, c'est vraiment un gros manque dans la formation, c'est ce que nous reprochent les professionnels, et il y a un peu de vrai, et, du coup, ils se désinvestissent totalement de notre formation, quoi. » (Houria – Métropole 2)

Ils rejoignent en cela les professionnels et une partie des formateurs. Sur ce point, les critiques à l'égard de la logique *industrielle* qui a présidée à l'élaboration du nouveau référentiel sont convergentes.

4.2. Un accompagnement en stage sujet à caution

Beaucoup des lieux de stage pratiquent le tutorat, de façon plus ou moins complète et efficiente. Cela se traduit par la formation des infirmiers intéressés et/ou désignés par le cadre de santé. Ce dispositif de tutorat est mis à mal par la charge de travail des professionnels des lieux de stage. Par ailleurs, tous les établissements de soin ne proposent pas ce dispositif. Aussi, les étudiants n'ont pas tous les mêmes conditions d'accueil en stage.

« ...j'aimerais bien aider les futurs professionnels ...je ne critique pas les autres infirmières, mais je trouve qu'avec la charge de travail qu'elles ont, l'encadrement infirmier dans les stages est difficile à avoir.... j'ai vu plusieurs fois des étudiants, des étudiantes qui arrivaient pas à trouver leur place... moi-même. » (Charles – Ville K)

« ... on a tous vécu dans le cadre de nos stages un accompagnement un peu perturbant. »
(Valérie – Ville K)

Les étudiants critiquent ici un manque de respect de la logique *domestique* d'accueil des nouveaux membres et un manque de cohérence du dispositif *industriel* d'organisation de la formation clinique en stage. Ils n'ont pas la possibilité de porter ces critiques en justice et chaque nouveau stage représente une *épreuve* résolue par un *arrangement* plus ou moins confortable.

4.3. Des professionnels nostalgiques

Les étudiants mentionnent la nostalgie d'une partie des équipes infirmières pour les anciennes méthodes d'évaluation des étudiants. La mise en situation professionnelle (MSP) qui avait lieu en fin de chaque stage pour le valider, et qui permettait l'accès au diplôme lors du dernier stage, reste un élément majeur de référence, un *objet culte* du *monde domestique* pour beaucoup de professionnels.

« ...ce qui dérange les équipes de soin, c'est qu'il y a les grilles d'évaluation de stage, il y a plus la note de la MSP. Et on a l'impression qu'on... Pour eux, ce qu'ils nous font ressentir, c'est qu'on est moins légitimes qu'eux parce que il n'y a plus ces notes de MSP. » (Murielle – Métropole 2)

La MSP constituait une *épreuve modèle* qui donnait l'occasion de réunir les personnes se référant au *monde domestique* dans des *figures harmonieuses*, images de la communauté professionnelle infirmière lors d'une action de transmission.

Le mode de réalisation des MSP réunissait formateurs et professionnels autour de l'étudiant, dans des conditions proches de celles d'un rite initiatique, exaltant un même principe, la qualité du soin prodigué, selon les mêmes critères d'appréciation. (*« C'est une pièce de théâtre pendant 45 minutes... »*) (Murielle – Métropole 2) Les *grands sujets*, formateurs et professionnels pouvaient ainsi faire la démonstration magistrale, reconnue par tous, de leur légitimité à transmettre.

4.4. Un manque de confiance

Certains lieux de stage mettent les étudiants en difficulté en ne leur accordant pas confiance et en mettant en doute leur légitimité. Cela peut se traduire par le refus de leur confier la prise en charge d'un secteur de l'unité, par exemple, ou encore par l'interdiction d'écrire dans les dossiers des patients. Les professionnels, comprenant mal les nouveaux dispositifs de formation, craignent d'être responsables des erreurs susceptibles d'être commises par les étudiants. Un tel climat de défiance est, bien évidemment, délétère dans un contexte de formation. Les étudiants sont alors en grande difficulté. Certains comprennent parfois cette défiance.

«... c'est vrai que c'est pas évident pour les professionnels de terrain qui ont été formés d'une telle manière de se pencher sur la formation étudiante, savoir comment évaluer l'étudiant.... »

(Sabrina – Métropole 2)

Une autre critique des étudiants porte sur l'exacerbation de la technique chez certains professionnels et chez certains étudiants, par mimétisme. Ils leur reprochent de s'être écartés de la logique *domestique* et de la logique *civique* et de trop se positionner en référence au *monde industriel* pour lui-même, en oubliant que celui-ci importe dans la mesure où il permet d'assurer un soin de qualité pour l'ensemble de la population.

« Ils disent : de toutes façons, maintenant, vous ne savez plus rien faire, vous arrivez en troisième année, vous ne savez rien faire... » (Houria – Métropole 2)

Pour les étudiants, la technique ne signifie rien si elle n'est pas mise au service des principes *domestiques*, dont ils perçoivent le détachement chez certains professionnels lors de leurs stages.

4.5. Des transferts de compétences sources de controverses

Les nouvelles tâches dévolues aux aides-soignants créent un doute chez plusieurs étudiants, en particulier chez ceux issus de la filière 2, anciens aides-soignants, qui craignent des tensions accrues au sein des équipes.

« ... est-ce qu'il ne va pas y avoir un problème de partenariat dans les équipes entre les AS et les infirmières... Ca va engendrer une ambiance de travail, heu... où déjà on travaillait dur, que ce soit pour les aides-soignantes, et pour les infirmières, en fonction des conditions de travail... Est-ce que ça va pas engendrer encore des problèmes supplémentaires dans les équipes ou... je sais pas ou des rivalités encore plus importantes, vous voyez ? Où on peut trouver dans certaines structures déjà. » (Catherine – Ville A)

De nouvelles *disputes* risquent d'émerger au sein du *monde domestique*, du fait des transferts de compétence.

4.6. Des arrangements qui apaisent les controverses

Les étudiants constatent un décalage parfois important entre ce qui est attendu d'eux en IFSI (intellect, réflexivité, responsabilité, autonomie, etc.) et leurs vécus en stage. Ceci est à rapprocher du discours des professionnels.

Une coupure semble exister entre certains professionnels des terrains et les nouveaux étudiants. Sont renvoyés aux étudiants l'incompréhension des professionnels pour le référentiel, le portfolio, l'universitarisation, les nouvelles évaluations, etc., c'est-à-dire l'incompréhension des nouveaux *objets industriels* de la formation.

Les *épreuves* se renouvellent à chaque stage, lors de l'accueil des étudiants et lors des évaluations, ce qui explique une situation conflictuelle quasi permanente. Les professionnels et les étudiants, qui sont eux-mêmes influencés par les principes des formateurs et des universitaires, s'opposent sur ce qu'il convient de considérer comme *un bon infirmier*.

La *controverse*, sans cesse réactivée, laisse peu de place au *compromis*, mais permet, le plus souvent, d'aboutir à des *arrangements* qui tiennent pour la durée des stages.

5. Les étudiants, les formateurs et la formation

Les étudiants formulent peu de critiques à l'égard des formateurs. Ils apprécient la formation reçue en IFSI et font preuve de compréhension à l'égard des difficultés. Ils font cohésion avec les formateurs dans une logique *domestique* de communauté professionnelle d'appartenance.

5.1. L'ingénierie de formation est complexe

Les étudiants sont conscients des difficultés qu'ont rencontré les IFSI pour la mise en œuvre du nouveau référentiel.

«...c'est difficile pour les formateurs de nous l'expliquer, même si maintenant avec le temps, depuis 2009, ils commencent à vraiment aussi trouver les mots pour nous expliquer les choses... »

(Sabrina – Métropole 2)

Ils ont pu détecter, en échangeant avec les étudiants des autres promotions, des inégalités entre les différentes cohortes depuis 2009, au fil de la maturation de la mise en œuvre : *« On essuie les plâtres. »*)

Plusieurs étudiants expriment une difficulté à comprendre la logique de compétences et à la mettre en lien avec les unités d'enseignement. Ils ont d'autant plus de difficultés de ce fait à expliquer le nouveau dispositif aux professionnels des terrains de stage.

«... mais c'est encore plus complexe au niveau, à nous, après, de transmettre au sein des unités... à ré-expliquer ce que signifie telle ou telle compétence, et puis, du coup, c'est un travail sur les trois ans. »

(Sabrina – Métropole 2)

Les étudiants ont perçu la complexité des montages pédagogiques et les difficultés rencontrées par les équipes des IFSI et les professionnels des terrains de stage pour maîtriser une nouvelle logique pédagogique reposant sur des principes différents.

5.2. Le cœur de métier est plébiscité

Lors des entretiens, peu d'étudiants parviennent à mémoriser spontanément les dix compétences. Il y a lieu de se demander dans quelle mesure celles-ci font réellement sens dans leur apprentissage du métier.

Ceux qui se sont plus familiarisés avec les compétences, définissent l'infirmier par rapport aux compétences dites *« cœur de métier »*, les compétences 1 et 2 (diagnostic infirmier), la compétence 6 (soins relationnels) et la compétence 4 (sciences infirmières et sciences médicales). Ceci correspond à leurs postulats et ces étudiants sont ceux qui font preuve de maturité professionnelle, quel que soit leur âge. Mais, majoritairement, les *objets* du *monde industriel* reflétés par le référentiel de formation ne font pas réellement sens pour les étudiants.

5.3. Un déficit d'académisme

L'obsolescence des modèles conceptuels enseignés en formation à l'IFSI est déplorée par plusieurs étudiants.

« ...j'ai été déçu un peu en formation de voir que on nous a pas... comment dire... appris, du moins, on nous a pas formés à d'autres types de modèles conceptuels ou d'autres théories de soin, ce qui je pense dans notre clinique et dans nos stages nous aurait peut-être permis de développer un... une vision peut-être un peu plus globale des soins. » (François – Métropole 2)

Il s'agit d'une critique impliquant le *monde industriel*. Les formateurs sont jugés insuffisamment motivés par un perfectionnement de leur culture professionnelle.

Le poids de l'histoire est très prégnant pour certains étudiants qui regrettent que les infirmiers ne soient pas assez impliqués dans l'acquisition de connaissances académiques.

«...moi, je dirais que la formation et le métier, on voit qu'ils ont une histoire qui est très très très ample, dans le sens où ce sont des métiers de l'action et que pendant très longtemps les infirmières ont été des personnes qui, à mon avis, ont appliqué des prescriptions médicales, et à qui on n'a pas demandé de réfléchir. Ca se voit, ça se sent... parce que pendant la formation, par exemple... quand on avait des cours de sociologie, on se retrouvait à 10 dans la classe, sur 72. » (Pierre – Ville K)

Les infirmiers, fortement ancrés dans les principes du monde *domestique*, sont encore réticents à adopter les principes académiques universitaires initiés par la réforme de 2009.

5.4. Une formation infantilisante

Certains étudiants considèrent être infantilisés durant la formation et avoir du mal à trouver leur place. L'universitarisation est interrogée et considérée comme non aboutie.

« La formation infirmière pour moi, en tous cas en France, a mal su sauter le pas de l'universitarisation. » (Alexis – Ville A)

« ... je trouve que la formation en est un peu à une charnière entre ce qui se faisait avant et ce qui se fait aujourd'hui au niveau universitaire... Et les formations, enfin, moi, la formation que j'ai trouvée, c'est une formation qui se veut universitaire mais qui à mon avis aujourd'hui ne l'est pas...parce qu'elle est pas intégrée au sein d'une structure universitaire. » (Sébastien – Ville A)

La réforme de 2009 est ici remise en cause et considérée comme incomplète.

5.5. Une dynamique domestique

Les étudiants sont globalement satisfaits de l'accompagnement qui leur est prodigué par les formateurs. Ils apprécient leur soutien pour la compréhension des cours enregistrés. Ces mises en œuvre des composantes *domestiques* d'aide aux plus fragiles et de transmission des principes communautaires les rassurent et leur permettent d'avancer dans leur formation.

Les étudiants se sont approprié le vocabulaire et le discours des formateurs : « *réflexivité* », « *faire les liens* », « *remobiliser* », « *apprentissage* », etc.

Ces *objets*, communs aux étudiants et aux formateurs, sont différents de ceux des professionnels et différents de ceux des universitaires. Certains tics verbaux se transmettent même au sein des IFSI. Ainsi, à l'IFSI Croix-Rouge de Métropole 2, un grand nombre d'étudiants et formateurs dit « *du coup* ». Les étudiants sont fortement imprégnés des logiques d'action des formateurs des IFSI et sont dans le *même jus*. Le *monde domestique* prévaut et unit les êtres dans une même dynamique de communauté d'appartenance le temps de la formation.

6. Parlons d'avenir

Quel bilan les étudiants, en toute fin de troisième année tirent-ils de leur formation ? Comment se projettent-ils dans leur avenir professionnel ?

6.1. Une inquiétude pour l'entrée en activité

Les étudiants considèrent tous qu'ils s'engagent dans la voie d'un métier complexe nécessitant une grande adaptabilité aux personnes et aux situations.

« ...je dirais que c'est quelqu'un [l'infirmier] qui est vraiment au carrefour de tous les métiers du médical et du paramédical. Voilà. Parce qu'il est vraiment... il faut qu'il sache parler à un médecin, il faut qu'il sache parler à un aide-soignant, il faut qu'il sache parler à un psychologue, il faut qu'il ait des notions de culture étrangère, il faut qu'il... Il ya tout, quoi, en fait. Voilà. Il faut mixer avec tout ça, quoi. » (Pierre – Ville K)

Pour certains, cela est source d'anxiété. Cela se surajoute à d'autres craintes. Ils sont inquiets, pour la majorité d'entre eux, pour leur prise de fonction après diplôme. La responsabilité qui va être la leur prochainement les questionne car la majorité d'entre eux n'a pas pu expérimenter la prise en charge d'une unité de soin.

« Donc soulagée, mais quand même assez stressée du fait qu'il y a quand même pas mal de responsabilités en tant qu'infirmière, donc, heu, stressée aussi. » (Martine – Métropole 2)

« Et ça fait toujours peur parce que quand on... c'est vrai que la position de stagiaire, elle est pas terrible, mais on a toujours un garde-fou, mais après, on a plus de garde-fou... » (Catherine – Métropole 2)

Après la sortie du confort *domestique* protecteur des IFSI, les jeunes diplômés se confrontent à l'épreuve du premier poste de travail professionnel.

6.2. Des craintes pour l'emploi

Du fait d'une saturation du marché de l'emploi infirmier, beaucoup d'étudiants sont anxieux des possibilités d'embauche post-diplôme et redoutent de ne plus avoir autant de choix de mobilité que lors des années antérieures.

« ...j'ai lu une étude où... apparemment dans deux ans il y aura assez d'infirmières par rapport au travail proposé. Donc ça, évidemment, ça m'inquiète un peu. "Est-ce que je vais trouver du travail", tout ça. » (Solène – Métropole 2)

« Il y a beaucoup de restrictions dans les services. Là encore, dans la clinique dans laquelle je travaille³⁷, ils vont agrandir, mais il y aura plus de patients mais il y aura autant voire moins de soignants. Donc, c'est, ce qu'il y a de dommage, c'est qu'en effet, on sent que les infirmiers on leur prévoit un avenir rose, sur le fait qu'ils trouvent toujours du travail... Alors, c'est sûr qu'on en trouvera, mais pas forcément dans les domaines qu'on a choisis. » (Valérie – Ville K)

Les interrogations portent parfois également sur la reconnaissance du travail infirmier qui se traduit par des salaires qu'ils jugent insuffisants.

« ...on s'est battu pour être bac +3... Je trouve que le métier d'infirmier hein, à mon ressenti, là je vais terminer, là je cherche du travail, je trouve que quand on vous annonce les salaires, heu, on a peur, on prend peur. Je pense qu'il ne faut pas faire cette formation pour un salaire [...] j'ai l'impression qu'on perd en reconnaissance au niveau du travail, que ce soit dans les hôpitaux ou dans les cliniques. » (Catherine – Ville A)

Les étudiants craignent que la logique comptable influe de manière péjorative sur leur prise de fonction après le diplôme et sur l'ensemble de leur vie professionnelle.

6.3. Une main tendue aux futurs étudiants

Certains étudiants, une fois diplômés, sont disposés à encadrer de façon positive les étudiants qu'ils accueilleront sur leur lieu de travail, malgré le risque d'être, eux aussi, assujettis à une charge de travail importante.

³⁷ Les étudiants de l'IFSI de **Ville K** ont été interrogés APRES la remise du diplôme et certains avaient déjà débuté dans un emploi. (NDA)

«...j'aimerais bien aider les futurs professionnels ... parce que je vois que dans les stages... je ne critique pas les autres infirmières, mais je trouve qu'avec la charge de travail qu'elles ont, l'encadrement infirmier dans les stages est difficile à avoir. » (Charles – Ville K)

Il s'agit d'une posture relevant du registre *domestique* : tendre la main à l'Autre plus fragile pour l'aider à progresser et lui transmettre les principes de fonctionnement de la communauté.

6.4. Un futur ancré dans les principes du passé

Contrairement à ce que laissent entendre certains formateurs et beaucoup de professionnels, le discours des étudiants laisse transparaître une certaine humilité.

« ...il faut être rigoureux, je pense, dans ce métier et il faut, voilà, il faut être humble. » (Sébastien – Ville A)

Certains parlent même de vocation.

« ...moi je pense que c'est avant tout une vocation. » (Catherine – Ville A)

Les principes du *monde domestique* sont ici exacerbés, et se rapprochent des représentations anciennes de l'univers infirmier quasiment liées à un sacerdoce religieux tel qu'il a prévalu durant plusieurs siècles.

6.5. D'autres craintes et critiques

Quelques étudiants sont inquiets de la place occupée par les infirmiers au sein des hôpitaux. L'organisation institutionnelle est mise en cause.

« Le poids de l'institution, enfin, pour moi, c'est... nous écrase, nous écrase. On est pris entre les lobbies médicaux et pff... bon, ben c'est... mauvaise place. » (Alexis – Ville A)

La logique *industrielle* qui régit l'organisation des hôpitaux est critiquée dans la mesure où elle risque de nuire aux principes *domestiques* des soins infirmiers.

Pour plusieurs étudiants, le risque d'une universitarisation plus aboutie serait la coupure avec le métier, métier reposant sur le cœur de l'art infirmier : la démarche clinique.

« La formation, je dirais que ce qui peut faire peur et faire que ça ne viendra pas comme ça, c'est que, là, la formation infirmière à la base est un art, on est des artisans du soin, et on tend à développer une posture scientifique, on tend, du coup, à devenir académique... pour pouvoir être universitaire... » (François – Métropole 2)

Les principes *domestiques* infirmiers seraient alors peut-être menacés par la prépondérance des principes scientifiques universitaires.

Mais d'autres étudiants déplorent que l'universitarisation soit encore trop timide.

« ...le législateur fait son boulot, mais on n'est pas encore à ce que pourrait être la formation de l'infirmier de l'an 2030, de loin. De très loin. » (Alexis – Ville A)

Cette critique implique le *monde industriel* : la réforme a été mal conçue.

Conclusion

Nous avons pu constater la grande hétérogénéité du groupe d'étudiants interrogés. La diversité des âges et surtout la diversité des cursus ont été pointées par les universitaires et les formateurs.

Les étudiants sont globalement satisfaits de la formation, même s'ils pointent des éléments négatifs. Ils critiquent plus particulièrement la *logique industrielle* de montage des sessions pédagogiques universitaires (cours en présentiel et surtout cours en ligne). Ils connaissent mal les titres et missions des universitaires (méconnaissance du *monde industriel* traversé). Mais ils déplorent par ailleurs que la formation soit insuffisamment universitaire, bien que, pour plusieurs d'entre eux, une universitarisation plus aboutie risquerait d'aboutir à une coupure avec le cœur de métier infirmier, la démarche clinique (crainte de s'éloigner des *principes domestiques*).

Ils déplorent que les théories de soin infirmier soient très peu enseignées en IFSI et que seules les plus anciennes leurs soient transmises (critique au regard du *monde industriel*).

Ils pointent des difficultés en stage, dues à l'opposition des professionnels à l'égard de la réforme (*critique* au sein du *monde domestique*). Par ailleurs, les parcours de stage sont jugés peu qualifiants car manquant de diversité (*critique* à l'égard du *monde industriel* présidant à l'ingénierie de formation). Malgré les difficultés rencontrées, l'importance de l'alternance dans ce contexte de formation professionnalisante est bien perçue. (attachement à une *logique domestique*)

Ils plébiscitent l'aspect relationnel des soins, les connaissances médicales et infirmières et surtout le diagnostic clinique infirmier, cœur du métier sans lequel rien ne peut être construit. Les qualités qu'ils jugent indispensables sont l'écoute de l'autre, l'organisation, la capacité de travailler en équipe, la mise à jour permanente de leurs savoirs (*grandeurs* du *monde domestique* et du *monde industriel*). Par contre, ils ne se réfèrent que pas ou peu aux principes du *monde civique*.

Pour ce qui est du métier infirmier, ils pensent que le poids de l'histoire se fait sentir aujourd'hui : la non reconnaissance des médecins et de l'institution laisse un sentiment d'amertume (controverse impliquant le *monde domestique* et le *monde civique*). Le fait que les professionnels et une partie des étudiants ne s'intéressent pas ou peu à la théorisation et la conceptualisation nuit, pour eux, à l'avancée du métier vers une meilleure reconnaissance sociale (*controverse* mettant en jeu les *mondes domestique et industriel*).

Les étudiants, au centre du dispositif, sont confrontés à l'ensemble des critiques et disputes des différents acteurs de la formation infirmière : formateurs, universitaires, professionnels. Ils sont au cœur de la *controverse* et leur position est difficile, tant ils côtoient la complexité des relations des personnes entre elles, et tant les demandes à leur égard sont diverses et contradictoires. « ...si vous voulez on est pris entre être des infirmiers, être des universitaires, être des adultes mais bon, ça reste très scolaire... Enfin, voyez, il y a beaucoup de choses qui se contredisent et qui font que, finalement, on est un peu perdus en tant qu'étudiants infirmiers au jour d'aujourd'hui. Alors qu'avant, c'était très simple, enfin... » (Alexis – Ville A)

Les étudiants, partagés entre des logiques antinomiques, sont au cœur des *controverses* entre mondes.

Chapitre 10

Sur les terrains de stage, des professionnels infirmiers

« Réforme qui n'a pas été comprise dans son ensemble par les professionnels, ayant engendré beaucoup de souffrances à la fois pour les équipes et pour les étudiants. » (IDE 12)

Introduction

Trente cinq questionnaires ont été recueillis auprès d'infirmiers de différents lieux de stage attachés à l'IFSI de Ville A et à l'IFSI Croix-Rouge de Métropole 2. Les personnes ayant répondu au questionnaire ont été sollicitées par leur cadre de santé (CDS), lui-même sollicité par la Direction des soins du Centre hospitalier de Ville A ou par une formatrice de l'IFSI Croix-Rouge de Métropole 2. Sur l'ensemble des questionnaires, 25 infirmiers sont diplômés d'avant la réforme de 2009 et 10 depuis 2012, année de la première promotion du nouveau référentiel.

21 personnes sont âgées de 26 à 31 ans, 4 ont entre 23 et 25 ans, 6 entre 35 et 45 ans et 4 entre 50 et 59 ans. La majorité est donc jeune puisque 25 sur 35 personnes ont maximum 31 ans. Nous ne connaissons pas la proportionnalité hommes/femmes. 5 seulement des professionnels sont tuteurs, dont deux ne sont pas volontaires pour cela.

Les personnes exercent dans les unités de soin suivantes :

Pour les terrains de stage associés à l'IFSI de Ville A

8 en pneumologie-diabétologie du centre hospitalier de Ville A.

1 en oncologie du centre hospitalier de Ville A.

5 en addictologie du centre hospitalier de Ville A.

2 en médecine de jour, endoscopie, chirurgie ambulatoire du centre hospitalier de Ville A.

Pour les terrains de stage associés à l'IFSI Croix-Rouge de Métropole 2

1 en centre de santé publique de Métropole 2.

18 en unité de réanimation médicale du Centre hospitalier universitaire de Métropole 2.

A l'exception d'une infirmière, toutes les personnes travaillent au sein de services de soins hospitaliers. Cela est dû au mode de recueil des questionnaires, certes, mais correspond également à la proportionnalité de l'extra-hospitalier au sein des parcours de stages des étudiants.

1. Les professionnels infirmiers et le sens de la justice

Les infirmiers, bien que constituant un groupe professionnel hétérogène, expriment les mêmes références aux mêmes mondes. Dans la quasi totalité des questionnaires, les éléments suivants se dégagent.

1.1. Le monde domestique et le monde civique sont très prégnants

Les infirmiers se réfèrent au *monde domestique* dans la mesure où les *objets* importants pour eux résident dans les coutumes, les savoirs traditionnellement transmis, la référence aux plus anciens et aux plus expérimentés. Les *sujets* respectables sont les personnes prouvant la fiabilité de leur savoir-être, de leur savoir-faire et de leurs savoirs, et assurant une prise en soin optimale du plus vulnérable du *monde* : la personne soignée.

Cela est particulièrement vrai pour certains d'entre eux qui sont très centrés sur le patient.

La forte dépendance à autrui pour déterminer ses actions est, elle aussi, propre au *monde domestique* et, a fortiori, à l'univers des soignants. La liberté d'action des individus est relative et ne peut s'exprimer que dans le respect des collectifs dans lesquels ils sont inscrits : l'équipe pluridisciplinaire, l'institution hospitalière, la hiérarchie médicale et infirmière.

L'intérêt général, c'est-à-dire l'objectif de réaliser des soins pour des personnes en ayant besoin, implique l'acceptation des horaires, des définitions de tâches, des coopérations fonctionnelles, le respect des protocoles, les contraintes organisationnelles. Une équipe, ce sont des *individualités* au service du collégial. Les individualités se perdent dans le collectif de la *famille* de l'équipe de soin.

La référence des professionnels infirmiers au *monde civique* se manifeste dans leur attachement à réaliser une mission de service public, de proposer des soins à tous et à chacun, sans discrimination, et de fonctionner selon un principe d'organisation collective.

Ces éléments de référence aux *mondes domestique* et *civique* peuvent se lire *en creux* dans les critiques exprimées à l'égard des étudiants et de la réforme exposées infra.

1.2. L'importance de la technique

Les professionnels infirmiers se réfèrent également au *monde industriel*. Cela est tout à fait perçu lorsque un formateur rapporte : « *En tous les cas, pour les soins dits techniques, les équipes nous renvoient très souvent que les étudiants actuels sont moins bons, moins doués.* » (OM - Métropole 2) Ce type de propos a été recueilli auprès de tous les formateurs et de la majorité des professionnels infirmiers. « *Manque de pratique technique* » (IDE 7 et IDE 8)

Le déficit de pratique technique est le plus souvent attribué à un nombre de stage plus faible et à la suppression des mises en situation professionnelle (MSP).

Les soins sont assujettis à une exigence de compétence technique, à une expertise. Les gestes et les techniques doivent être maîtrisés, les protocoles de soin doivent être connus et appliqués, les nouvelles méthodes apprises. La *grandeur* de référence sera dans ce contexte la précision plus ou moins experte des actes et soins techniques. Cela implique une mise à jour permanente des savoirs et compétences, une actualisation des acquis, un refus des certitudes.

« *Manque d'actes techniques* » (IDE 29)

« *Souvent manque de pratique* » (IDE 32)

« *Ils n'ont pas assez de pratique* » (IDE 33)

1.3. Une logique marchande dans l'univers du soin

Pour les professionnels, le *monde marchand*, dans le contexte actuel de logique concurrentielle du marché de la santé et du soin, est de plus en plus une référence de l'exercice soignant car les contraintes financières et organisationnelles augmentent la charge de travail, bouleversent les organisations et modifient la relation au patient. Nous y reviendrons.

2. Les professionnels et le nouveau référentiel

Les professionnels jugent assez sévèrement le nouveau référentiel. Leur critique concerne le *monde industriel*. Pour eux, le référentiel a modifié la formation initiale infirmière de façon péjorative.

2.1. La nouvelle alternance mise en cause

Ils considèrent le plus souvent la nouvelle alternance comme défavorable à l'acquisition de connaissances pratiques, les stages étant plus longs et moins nombreux. Les nouvelles modalités d'évaluation nuisent, selon eux, au processus d'apprentissage car les attendus sont devenus flous et difficilement cernables. Les étudiants ne maîtrisent pas suffisamment les gestes techniques de base.

« *Pas suffisamment de diversité des lieux de stage, peu de techniques, entre autres.* » (IDE 13)

« *Les stages pas assez variés. Le manque de pratique (gestes techniques)* » (IDE 24)

2.2. Une réforme mal assimilée car mal comprise

L'accueil des stagiaires est problématique car les professionnels sont peu ou mal formés au tutorat. L'ensemble des équipes connaît mal les nouvelles attentes. Les jeunes diplômés sont pris entre deux feux et tentent d'explicitier la réforme, mais sans avoir la référence de l'ancienne formation, ce qui

invalide leurs arguments. De plus, ils craignent d'être rejetés s'ils ne sont pas critiques à l'égard du nouveau référentiel.

« *Etant diplômé d'une promo ayant reçu l'enseignement de la nouvelle réforme, je ne peux juger l'impact de celle-ci.* » (IDE 4)

Les professionnels jouaient depuis longtemps un rôle déterminé dans le processus de transmission en formation initiale infirmière. Ce rôle était le même depuis des décennies, la réforme de 1992 n'ayant pas constitué une rupture réelle. Mais cet état de fait ancien est mis à mal depuis 2009, du fait de la nouvelle alternance, de la modification du répertoire des *objets* permettant de juger des *grands du monde domestique* (suppression des évaluations classiques, par exemple) et par un certain laxisme qui est vécu comme un désengagement, réel ou fantasmé, du *monde civique* par les jeunes générations perçues comme peu mobilisée par un engagement au nom de la santé publique.

2.3. Des connaissances à l'épreuve de la pratique de terrain

Si leurs connaissances théoriques sont globalement jugées correctes, les professionnels considèrent que les étudiants ont des difficultés à les transposer en situation de soin et qu'ils ne savent pas faire les liens.

« *Approche par processus intéressante mais difficile pour les liens* » (IDE 14)

« *Manque de liens, effets attendus indésirables,...* » (IDE 32)

« *Morcellement du patient par morcellement des modules, liens difficiles à faire* » (IDE 35)

Les professionnels critiquent ici la logique *industrielle* qui a présidé à la réforme. Les nouveaux modes d'acquisition des connaissances leur semblent produire des infirmiers moins opérationnels que par le passé.

De surcroît, les principes du *monde industriel* auxquels se réfèrent les infirmiers sont jugés comme trahis par les nouveaux étudiants. Ceux-ci leur semblent insuffisamment formés aux gestes techniques et dépourvus de connaissances théoriques solides.

« *Ils arrivent sur le premier lieu professionnel en découvrant certains soins et avec moins de connaissances théoriques parfois.* » (IDE 22)

2.4. Une posture de rejet

Les professionnels infirmiers semblent déstabilisés et n'adoptent pas tous le même positionnement. Certains sont hostiles à la réforme, la majorité dans notre échantillon, alors que d'autres, peu nombreux, y sont plutôt favorables.

La principale critique porte ici sur l'importance accordée aux connaissances intellectuelles générales au détriment des compétences techniques spécifiques. Certains professionnels brandissent le risque de la baisse de la qualité des soins. D'autres personnes encore *ferment les yeux*, c'est-à-dire que, submergées par la charge de travail et les contraintes institutionnelles, elles préfèrent se protéger en ne s'engageant pas dans un processus de *critique* qui pourrait générer un stress supplémentaire. Les jeunes diplômés, notamment soucieux d'être intégrés dans le réseau des soignants, sont prêts, eux aussi, à critiquer la réforme dont ils sont pourtant issus, mais peut-être pour se conformer à la norme au sein des unités de soin.

2.5. Une perte de liens entre IFSI et lieux d'exercice infirmier

Les professionnels ne critiquent pas ouvertement les formateurs mais le font par l'intermédiaire des critiques de la réforme. Ils associent les formateurs à celle-ci. Nous sommes là dans une *dispute* au sein du *monde domestique*, dispute qui aboutit à des *arrangements* fragiles.

Les professionnels ne tarissent pas de critiques à l'égard des étudiants qu'ils considèrent le plus souvent comme peu motivés, peu impliqués, incompetents en technique et trop intellectuels.

Les professionnels n'ont aucun lien avec les universitaires, à l'exception, peut-être, de ceux exerçant en CHU, mais cela n'est pas exprimé dans l'enquête.

Les directeurs n'ont aucun lien avec les professionnels, à l'exception des relations entretenues avec les cadres de santé et par le biais du retour des formateurs.

Les professionnels considèrent que la formation en IFSI est déconnectée des réalités des terrains. Cela est peut-être dû à un décalage important entre les modalités d'apprentissage d'avant et après la réforme. Pour cette raison, l'avenir de la profession est perçu « *avec beaucoup d'appréhension car le diplôme doit être envisagé dans l'ensemble IFSI/terrain, car il n'y a pas assez de liens...* » (IDE 9)

Certains pointent également les différences de discours selon les IFSI : comment accompagner les étudiants en stage si, de surcroît, les exigences ne sont pas les mêmes selon les IFSI.
« *Je trouve qu'il ya trop de politiques différentes sur les objectifs en stage* » (IDE 2)

Une seule infirmière, travaillant en centre de santé, s'exprime tout à fait autrement et critique la posture de rejet des professionnels.
« *J'ai toujours trouvé désastreux que de jeunes IDE travaillant et recevant des étudiants puissent leur dire que leur formation était nulle. De mon côté, je leur dis au contraire de se méfier des professionnels, même jeunes, qui ont déjà l'esprit "ancien combattant".* » (IDE 19)

3. Les professionnels et les nouveaux objets

La plupart des professionnels semblent très déstabilisés, encore en 2015, par les *objets* attachés au nouveau référentiel. De plus, ils continuent, pour les plus anciens, à être nostalgiques des modes d'évaluation en vigueur autrefois.

3.1. De nouveaux objets jugés étranges et d'anciens objets regrettés

Pour les professionnels infirmiers, le portfolio est difficile à manipuler, et les notions de compétences, d'unités d'enseignement, d'analyse de la pratique, de validation d'actes et activités leur semblent étranges et complexes. La notation en stage n'est plus de mise et les mises en situation professionnelle (MSP) n'existent plus, ce qu'ils déplorent majoritairement.

« *Plus de MSP, dommage !* » (IDE 16)

« *Pas de MSP* » (IDE 22, IDE 32)

Les MSP constituaient une épreuve initiatique, réunissant tous les protagonistes de la formation dans une *figure harmonieuse* rendant incontestable la compétence de l'étudiant mis sur la sellette, mais en donnant une priorité au jugement entre soi dans une relation de confiance révélant l'inscription dans un *monde à caractère domestique*.

3.2. La crainte d'une perte de compétence professionnelle

Le cœur de métier, plébiscité dans les IFSI par tous les groupes de personnes, est souvent considéré sur les lieux de stage comme mis en péril par l'incompétence des nouveaux étudiants et des nouveaux diplômés. L'apprentissage en situation des différentes composantes de la démarche clinique infirmière (recueil de données, diagnostic clinique, projet de soin) leur semble devenu moins sérieux et construit, depuis la réforme de 2009.

« *... moins de démarche de soin faites car plus de MSP, donc moins de recherche de liens en médicaments...* » (IDE 34)

Le risque serait de laisser passer jusqu'au diplôme des étudiants qui ne seraient pas des infirmiers compétents.

« *ESI³⁸ moins soucieux et moins motivés car pas de note finale de stage* » (IDE 21)

« *Cette nouvelle formation m'angoisse un peu, lorsqu'ils sortent de l'école la PEC³⁹ des patients semble très compliquée pour certains avec parfois des remises en question....* » (IDE 34)

³⁸ ESI : étudiant en soins infirmiers = EIDE : étudiant infirmier. (NDA)

³⁹ PEC : prise en charge. (NDA)

Les professionnels critiquent ici à la fois le *monde industriel* et ses nouveaux *objets* jugés moins adaptés à la formation infirmière que les anciens, et le *monde domestique* qui protège mal ses traditions et ses principes.

4. Les professionnels et les étudiants

Tous les professionnels infirmiers encadrent les étudiants en stage, qu'ils soient ou non tuteurs, par le jeu des plannings et des répartitions des postes de travail en secteurs de soin. Tous les membres des équipes de soin sont concernés par l'accueil des étudiants infirmiers en stage.

De nombreuses critiques portent sur les nouveaux étudiants.

4.1. Des connaissances mal appliquées à la réalité du travail infirmier

Le manque de compétences techniques, qui est mis sur le compte essentiellement du manque de variété des parcours de stage, a déjà été pointé plus haut.

Les étudiants sont jugés comme plus intellectuels et moins professionnels, moins en phase avec les nécessités du terrain.

« *Un manque général de connaissances dans le métier, des visions d'études supérieures avant d'être vraiment infirmier* » (IDE 7)

« *Des connaissances mais qu'ils ne savent pas mettre en pratique* » (IDE 35)

Ils ont en outre des difficultés à faire des liens entre acquis théoriques et mises en œuvre sur le terrain.

« *Je suis de la nouvelle réforme et je pense avoir eu une formation complète, avec besoin de faire les liens... Par contre, je pense que cette réforme ne permet pas aux EIDE en difficulté à faire les liens, de les faire suffisamment.* » (IDE 25)

Ces critiques portent sur l'organisation de l'apprentissage issue de la réforme de 2009 : les modifications ayant bouleversé l'apprentissage de l'expertise technique infirmière ne sont pas approuvées.

4.2. Les principes domestiques mis à mal

Pour les professionnels, mais c'est une critique intergénérationnelle classique, les nouvelles générations d'étudiants semblent moins motivées et impliquées dans leur choix professionnel, moins en phase avec un idéal infirmier. Cela leur fait craindre une déperdition des compétences, des savoirs et des principes infirmiers. Les mentalités nouvelles, plus individualistes, risquent de nuire à la cohésion des équipes et à la qualité des soins. La continuité des soins, *grand* en vigueur dans le *monde civique* et dans le *monde domestique*, risque d'être mise à mal, du fait du *chacun pour soi* et d'un manque d'implication professionnelle.

« *Le travail peut être repoussé au lendemain par flemme, la fin du service est la fin* » (IDE 29)

« *Conscience professionnelle ? par rapport à l'engagement, entre autres, le fait de ne pas avoir de MSP, conditionnés +++ lors des MSP, peur de mal faire énorme. De moins en moins d'humilité.* » (IDE 13)

« *Ai l'impression que de + en + de jeunes ne font pas la formation par vocation mais pour la sécurité de l'emploi* » (IDE 16)

Il s'agit là de la crainte exprimée d'une rupture avec la transmission historique de la culture infirmière.

4.3. Le stress dû à la responsabilité

Les professionnels sont parfois très anxieux de leur responsabilité à accompagner des étudiants qu'ils considèrent comme non aptes à exercer. Ils rencontrent des conflits de devoirs entre transmission habituellement pratiquée et souci d'être garant de soins de qualité. Comment accepter de laisser certains étudiants accéder au diplôme ?

« *Certains arrivent chez nous en 3^{ème} année sans capacité de compréhension et sont donc dangereux. Avant, ces étudiants rataient leur MSP et redoublaient.* » (IDE 35)

Il s'agit là d'une critique mettant en cause, dans le registre domestique, la responsabilité de la transmission des traditions.

4.4. Des épreuves renouvelées

L'accueil des étudiants fait aussi office de révélateur de *controverse* et peut parfois être l'occasion d'accéder à un *arrangement* par le biais de la *clarification*, si le *principe supérieur commun* (le mieux-être des patients et la cohésion de l'équipe nécessaire à cela) est réactivé. Le souci est que chaque arrivée d'un étudiant renouvelle une *épreuve* pour l'ensemble des professionnels puisque, nous l'avons vu, en dépit du principe de tutorat, les étudiants sont encadrés par tous les professionnels exerçant dans une unité.

5. Les professionnels et le travail infirmier

Nous avons traité dans des chapitres précédents les difficultés qui sont liées au travail infirmier. Les personnes ayant répondu au questionnaire les expriment également.

5.1. Des institutions exigeantes

En milieu hospitalier, les conditions d'exercice sont difficiles, avec une surcharge de travail importante au péril de la qualité des soins.

« *Je vois beaucoup d'IDE partir en libéral car le milieu hospitalier ne répond plus à leur attente : trop de pression, de stress, bcp d'heures supplémentaires et on sent la lassitude de + en + importante.* » (IDE 5)

« *De + en + d'heures avec de + en + de responsabilités sans être mieux payé !!!* » (IDE 21)

« *Il me semble qu'il y a une augmentation de la charge de travail pour les équipes soignantes, encadrantes* » (IDE 14)

« *La quantité de travail influe énormément sur la qualité (d'ailleurs, le terme qualité des soins n'a plus vraiment de sens aujourd'hui)* » (IDE 28)

Les infirmiers sont soumis à des tensions entre leur engagement auprès des patients et les contraintes institutionnelles. Ils se doivent d'engager des relations soignantes de personne à personne, tout en étant membre d'une équipe pluridisciplinaire, et tout en respectant les contraintes organisationnelles. Ces tensions sont résolues par le *principe supérieur commun* du *monde domestique* qui vise au bien-être et au confort du patient. C'est lui qui permet de réguler les *disputes* au sein des différents groupes de professionnels et de supporter les contraintes liées à l'organisation institutionnelle des soins (cohésion du groupe, de l'équipe qui ramène, elle aussi, à la finalité de la prise en charge du patient).

5.2. La logique marchande renforce les difficultés

De plus en plus, les contraintes organisationnelles et institutionnelles se voient aggravées par les contraintes financières qui imposent des conditions de travail de plus en plus difficiles, en particulier depuis la mise en place de la tarification à l'activité (T2A) et, plus récemment, par les budgets hospitaliers restreints qui imposent une diminution des effectifs et une utilisation drastique des ressources humaines. Les plaintes sont nombreuses dans les questionnaires.

« *La hiérarchie nous place là où elle souhaite sans forcément être encadrée formée. Toujours les prescriptions par téléphone [...] Toujours des rappels sur nos repos. Des heures sup qui sont 0 payées.* » (IDE 1)

« *...c'est tjrs la politique de la rentabilité : tjrs + de patients avec tjrs moins de temps, un épuisement soignant général de ne pouvoir pratiquer des soins de qualité la plupart du temps.* » (IDE 7)

« *Infirmier depuis 20 ans, j'ai vu la profession évoluer mais je pense que nous devenons beaucoup secrétaire standardiste au détriment du soin et de la relation.* » (IDE 5)

Les tâches administratives inhérentes à l'exercice infirmier deviennent chronophages et sont source d'anxiété car elles détournent de l'objectif de soins au patient. Les restrictions du matériel de soin

sont plus drastiques. Les organisations hospitalières, assujetties à une logique d'économies budgétaires, montrent la prépondérance du *monde marchand* qui s'immisce de plus en plus, signant une marchandisation de la santé lisible dans les établissements de soin privés (cliniques chirurgicales, par exemple) en concurrence sur les territoires. Par voie de conséquence, la marchandisation gagne les établissements de soin publics présents sur les mêmes territoires.

6. Les professionnels et l'avenir

La réforme de 2009, le plus souvent anxiogène par les modifications foncières qu'elle implique, influe sur la manière dont les infirmiers envisagent l'avenir de la profession. Le nouveau référentiel ajoute des difficultés à celles générées par les modes d'exercice et les contraintes institutionnelles. De ce fait, les professionnels infirmiers se montrent très majoritairement peu confiants dans un avenir qu'ils jugent à l'aune des nouveaux diplômés.

6.1. Le pessimisme prévaut

Les professionnels sont majoritairement pessimistes en ce qui concerne l'avenir de la profession. Ils déplorent un manque de reconnaissance et une déperdition des savoirs. Certains propos sont très négatifs.

« L'infirmier a de moins en moins de capacités, de savoir professionnel. N'est plus qu'un simple exécutant de prescription (qui ne comprend pas ce qu'il fait). Dévalorisation de la profession. »

(IDE 25)

« L'avenir s'annonce mal en milieu hospitalier, toujours peu de reconnaissance, trop de pression, trop de responsabilités et rien ne suit, diminution du personnel, économie sur le matériel -> épuisement du personnel » (IDE 27)

6.2. Une tension entre *care* et *cure*

Les professionnels se sentent frustrés d'être obligés de renoncer à la relation pour se concentrer sur les actes techniques et l'application des prescriptions médicales, au détriment de leur rôle propre et, surtout, de la relation au patient. La tension entre le *care* et le *cure* est ici exprimée.

« De plus en plus de techniques dans les services médecine et chirurgie, moins de temps relationnel ce qui affecte la prise en charge globale de la personne. Il semble que la profession tende vers "faire des actes" et que la réflexion soit moins valorisée » (IDE 10)

« Peur de devenir un "exécutant" » (IDE 32)

« Un outil au service des médecins, capable/devant faire + de soins en moins de temps » (IDE 35)

« dépassement de tâches devenu +++ » (IDE 28)

Certains brossent un portrait très sombre de la situation :

« Perte de qualité des soins, perte des savoirs des "anciennes" (défaut de transmission) et d'investissement, peu de cohésion dans l'équipe, un peu du "chacun pour soi", peu de conscience professionnelle. » (IDE 29)

6.3. Une nouvelle génération d'infirmiers moins motivée ?

Beaucoup des professionnels s'inquiètent de l'absence de motivation des nouveaux infirmiers.

« Les nouveaux diplômés sont là pour la plupart pour le salaire et le débouché dans le métier. (La personne n'est plus la priorité). » (IDE 18)

« Les vocations se perdent » (IDE 11)

« Peu d'implication dans leurs stages, peu de motivation, peu de curiosité. Très peu d'investissement. Un manque de rigueur et de professionnalisme » (IDE 23)

Il semble s'agir là pour certains infirmiers d'une déchéance dans le *monde domestique* et dans le *monde civique*.

6.4. Des traditions à maintenir

Les professionnels infirmiers sont attachés à la nature de leur formation : un apprentissage par des pairs. Cet attachement est spécifique du *monde domestique*.

« Il faut que la formation reste professionnelle, plutôt que strictement universitaire. » (IDE 14)

Certains professionnels expriment clairement le désir d'un retour en arrière de certaines mesures, en particulier dans le domaine de la diversité des stages, pour eux garante d'un bon apprentissage technique, et dans le domaine de l'évaluation.

« Remettre en place des stages de 4 semaines pour que les étudiants puissent voir plus de disciplines différentes. Epreuve du DE à la fin : MSP à remettre en place ? » (IDE 16)

« Améliorer la pratique sur le terrain, plus de stage, et des mises en situation durant la scolarité » (IDE 22)

6.5. Une reconnaissance peut-être possible

Seulement trois infirmiers mentionnent l'ouverture universitaire et les études supérieures pouvant permettre un développement du métier vers la profession.

« J'espère qu'elle sera plus écoutée » (IDE 3)

« En espérant la création de plusieurs masters différents, dans différents domaines. » (IDE 4)

« Grâce à des études universitaires, on pourrait développer les masters et doctorats en soins inf pour une vraie profession à part entière. » (IDE 24)

Ces personnes apprécient les changements qui sont survenus dans le *monde industriel* du fait de l'universitarisation de la formation, et qui peuvent être source de bénéfices et de progrès pour le groupe professionnel infirmier.

Conclusion

Les professionnels sont majoritairement inquiets, voire déprimés, en ce qui concerne le présent de leurs conditions de travail et les perspectives d'évolution. Ils font consensus, y compris les infirmiers diplômés depuis 2012, pour décrier le nouveau référentiel et les nouveaux diplômés. Ils se réfèrent au *monde civique* (pour leur attachement au service du public) au *monde domestique* (pour l'attention au patient) et au *monde industriel* (pour la technique de soin et les connaissances professionnelles).

Un compromis semblait avoir été autrefois trouvé entre les *mondes domestique, civique et industriel* du fait de la *clarification* dans le *monde domestique* : le *principe supérieur commun* visant au bien-être de la personne soignée. Ainsi, les différents *objets* du *monde industriel* (techniques de soin, connaissances des sciences infirmières et médicales...), du *monde domestique* (attention à l'autre, protection du faible et du malade, respect des personnes expertes, esprit d'équipe) et du *monde civique* (oubli de l'intérêt particulier, souci d'une mission de santé publique) se trouvaient agis dans un même but. Un accomplissement de la perfection pouvait être trouvé lors des *figures harmonieuses* : réunions d'équipe pluridisciplinaire, toilettes et soins réalisés à deux, MSP entre professionnels et formateurs, etc.

Les professionnels ont le sentiment d'être témoins de *déchéances* au sein des mondes d'appartenance. Au sein du *monde civique*, la cohésion d'équipe, nécessaire à la continuité et à la cohérence des soins, est menacée par l'individualisme, le dévouement à une mission de santé publique impliquant le collectif et limitant les individualismes, fait place à un nouveau rapport au travail. Au sein du *monde domestique*, la tradition est remplacée par de nouvelles pratiques, la transmission est confrontée à une perte des savoirs. Au sein du *monde industriel*, la dextérité cède la place à l'amateurisme, l'expertise rencontre l'approximation. Ces éléments, réels ou fantasmés, sont très présents dans les discours.

Aujourd'hui, les professionnels se sentent en difficulté dans le cadre de leur exercice. La pression du *monde marchand*, qui implique une course au rendement, et du *monde industriel*, qui impose une organisation institutionnelle plus contraignante, rend le quotidien difficile. Dans ce contexte tendu, la survenue d'étudiants *différents* constitue à chaque fois une *épreuve*, dans une mesure moindre, peut-être, pour les infirmiers formés au tutorat. La communication avec les professionnels des IFSI devient difficile.

L'équilibre ancien, *compromis* à peu près stable, est remis en cause par le fait d'un cloisonnement entre univers des professionnels des IFSI et univers des professionnels de terrain. Il s'ensuit des *arrangements* ponctuels, plus ou moins fragiles. Une *controverse* semble voir le jour entre les professionnels, ancrés essentiellement dans les principes du *monde domestique*, et les anciennes logiques d'action du *monde industriel*, et les formateurs de plus en plus axés sur les principes nouveaux du *monde industriel*.

Le patient sert de médiateur en tant que sujet non conflictuel. Les adaptations des logiques d'action relèvent d'*arrangements* multiples entre les différentes personnes, autour du patient, mais en conservant les logiques d'action qui sont propres à leurs mondes respectifs.

Les professionnels infirmiers se montrent réservés voire hostiles à l'égard de la réforme de 2009, réforme qu'ils considèrent comme préjudiciable à la permanence de la communauté professionnelle infirmière.

Chapitre 11

Des universitaires partenaires de la formation initiale infirmière

« ...la place de l'infirmier dans la société, je pense, va évoluer avec cette réforme. La réforme est d'ailleurs faite, à mon avis, politiquement, pour faire évoluer en douceur la place de l'infirmier dans la société... » (GN)

Introduction

Des entretiens ont été réalisés auprès de six universitaires attachés à la faculté de médecine-pharmacie de Métropole 2, université liée par convention avec les onze IFSI du territoire 2. Il n'a été possible d'interroger qu'un seul universitaire d'une faculté de sciences humaines de Métropole 2, qui est docteur en économie de la santé. Les entretiens ont duré en moyenne 35 minutes. Plus de 92 pages ont été retranscrites.

Voici les titres et attributions des universitaires de la faculté de médecine-pharmacie interrogés (les noms et prénoms ont été modifiés) :

Cédric Barbet (CB) est pharmacien, maître de conférence universitaire (MCU) et praticien hospitalier (PH) depuis 2009. Il enseigne à la faculté de médecine-pharmacie pour les étudiants de médecine et pharmacie, la PACES et d'autres formations paramédicales telle la spécialisation en anesthésie. Il est attaché au laboratoire soutenant la recherche clinique.

Yves Grangier (YG) est pharmacien, MCU et PH également, depuis 2002. Il est chercheur dans un laboratoire CNRS de la faculté de médecine-pharmacie et vice-président du système d'information de cette université.

Gérard Noël (GN) est biologiste, professeur des universités et PH depuis 1997. Son activité de chercheur n'est pas évoquée mais est concomitante de ses autres missions.

Guillaume Lestrade (GL) est pharmacien, enseignant-chercheur et occupe le poste de doyen de la faculté de pharmacie depuis 2011. Il n'a pas de fonction de PH.

Claire Nérac (CN) est médecin, enseignant-chercheur principalement en faculté de pharmacie. Nous ne savons pas depuis quelle date. Elle n'a pas d'activité de PH.

Séverine Girardot (SG) est médecin, MCU et PH depuis 2001.

Les postes de PH sont tous exercés au CHU de Métropole 2.

Les postes d'enseignants sont exercés au sein des facultés de médecine et de pharmacie, essentiellement en pharmacie.

Ces universitaires sont dans une logique hospitalo-centrée et, à l'exception de deux d'entre eux qui ont une approche diversifiée des soins infirmiers, ils ont une vision du métier infirmier et de la formation infirmière liée à leur propre participation dans le contexte de la convention. Beaucoup d'entre eux collaborent depuis de nombreuses années avec les IFSI de Métropole 2, avant même la signature de la convention régionale.

Un seul universitaire interrogé est enseignant-chercheur en faculté de sciences humaines de Métropole 2 : il s'agit de Benoît Witzen (BW).

1. Les universitaires et le sens de la justice

Les enseignants universitaires s'appuient majoritairement sur les outils du *monde industriel* : rigueur scientifique, goût pour l'exactitude et la démonstration, défiance envers l'approximation et la non-exhaustivité des connaissances. Ceci est mesurable à plusieurs niveaux : leurs rôles et missions sont ancrés dans l'obligation d'une rigueur scientifique ; leur mode d'investissement dans la formation initiale infirmière est teinté de ce souci de scientificité.

1.1. Des missions ancrées dans la scientificité

Tous les universitaires impliqués dans la formation initiale infirmière exercent des missions qui les positionnent clairement dans le *monde industriel*.

« J'ai une activité universitaire d'enseignement et de recherche... Donc, dans le domaine de la pharmacologie, donc du médicament. Et une activité hospitalière au sein du Centre d'investigation clinique de [Métropole 2]. Donc, les centres d'investigation clinique, en fait, ce sont des unités mixtes CHU-INSERM et parfois conventionnées également par les universités dont l'objectif en fait est de faire du soutien à la recherche clinique. » (CB)

Les *objets industriels* sont très présents dans leur environnement professionnel. Eux-mêmes sont des *grands sujets du monde industriel* car ils représentent, du fait de leurs grades et fonctions, un aboutissement de la rigueur et de la précision scientifique.

La logique comptable, propre elle aussi au *monde industriel*, est évoquée par trois universitaires qui ont des missions impliquant une préoccupation d'équilibre budgétaire, en tant que doyen ou dans le contexte de gestion d'un laboratoire de recherche.

1.2. Une adaptation au public des étudiants infirmiers

Les universitaires ont du, pour s'adapter au public des étudiants infirmiers, renoncer à l'exhaustivité des enseignements et simplifier les contenus des cours.

« ... pour les pharmaciens, forcément, je parlais... quand je pouvais, un petit peu des médicaments. Donc, là, j'ai du simplifier ces parties là pour les IFSI. » (CN)

«...Et en partant de ce cours pour la PACES, on a eu un certain nombre d'échanges avec les formateurs des IFSI nous disant voilà, c'est trop compliqué, là, ça va trop loin... là, il faudrait... Donc, on a modifié un certain nombre de choses et je pense que mon cours a été singulièrement réduit... c'est effectivement leur enseigner la physiologie sous un angle qui résonnait par rapport à leur pratique, à leur métier. » (GL)

Il est possible de supposer que le renoncement à la transmission de l'intégralité de leurs connaissances ait pu être ressenti, dans un premier temps, par certains des universitaires comme une *déchéance du monde industriel*.

1.3. Une méthodologie rigoureuse

Lorsqu'ils se lancent dans la conception de cours, les universitaires le font avec méthode et organisation, dans un souci de scientificité et d'efficacité. La logique *industrielle* leur permet de s'organiser pour la production d'un produit optimal.

« ... dans ces groupes de travail, on a individualisé un ou deux formateurs responsables... Ces formateurs ont collecté les cours déjà utilisés par leurs collègues dans les onze IFSI de la région. Alors, tous les IFSI n'ont pas répondu... ensuite, on s'est réunis... Moi, j'avais fait déjà une première trame sur ce que je pensais qu'il fallait enseigner en IFSI. On a confronté les deux. Donc, on a passé en revue ce que eux, ils avaient, ce que moi j'avais, on a remis notre ouvrage sur le métier... Tout ça pour aboutir à un diaporama qui satisfaisait à peu près tout le monde. Enfin, en tous cas, les deux formateurs référents et moi. Après, on a plus eu besoin de bouger. » (SG)

« ...il faut pas brader le niveau universitaire entre guillemets puisque les étudiants infirmiers une fois diplômés ont une formation universitaire, ils s'inscrivent à des masters, etc. Donc, nous on a quand même dit qu'il y avait un certain niveau d'exigence à atteindre dans la formation... Et en même temps, on sait bien que le fait de former des professionnels en trois ans, qui doivent avoir des compétences, des aptitudes en fin de formation, faut que ça reste aussi des enseignements axés au maximum sur la pratique... » (CB)

Leur référence au *monde industriel* permet aux universitaires de faire preuve de pragmatisme dans leur engagement dans la formation infirmière car ils visent avant tout à l'efficacité.

1.4. Des travaux de recherche impliquant des infirmiers

Certains des enseignants universitaires se sont investis dans des missions de recherche dans lesquelles des professionnels infirmiers collaborent.

« ...moi, j'ai la chance de travailler dans un domaine où les infirmiers qu'on a au laboratoire du sommeil... C'est vraiment une collaboration avec chacun des spécificités. Nous, par exemple, c'est les infirmiers et techniciens qui lisent les enregistrements de sommeil... » (SG)

« Dans la recherche, oui. Je pense que ça, on avait essayé et commencé, vraiment l'intégration, notamment moi dans mes thématiques, l'intégration, et on en a déjà, des collègues infirmiers au sein de laboratoires de recherche sur les pratiques professionnelles, et notamment, moi, dans ma thématique, les scientifiques qui sont des infirmiers, les infirmiers qui deviennent scientifiques... » (YG)

Ces universitaires ont intégré des professionnels infirmiers dans des dispositifs industriels scientifiques.

1.5. Une dynamique de projets

Plus de la moitié des universitaires sont engagés dans des dynamiques de projets qui les amènent à développer des relations et des réseaux. Cela est exact dans le contexte du partenariat avec les IFSI, parfois antérieur à la signature de la convention, mais aussi dans le contexte de leur activité quotidienne de montage de projets de recherche, d'association à des universitaires issus d'autres lieux ou d'autres disciplines.

« Alors, ça se fait par la région et par quelques doyens chargés de la pédagogie qui, coordonnent ça. C'est le professeur [Janvier] à [Métropole 2], avec le professeur [Noël], mais du coup, on fait part de notre expérience puisque c'est vrai qu'on a été parmi les premiers groupes de travail à être constitués, avec la 2.1 et la 2.2, à [Métropole 2]. » (CB)

« ... on étend ce fonctionnement à l'ensemble de la région [...]. Ce qui fait, de mémoire, 33 IFSI... On n'y est pas encore, mais... c'est en marche. » (GN)

Cette dynamique de projet procède d'un autre aspect du *monde industriel* : des expertises diverses mises en commun pour parvenir à un résultat optimal, dans un souci d'efficience.

1.6. Une ouverture vers le monde domestique et le monde civique

L'ensemble des universitaires se réfère au *monde domestique*. Du fait de leur immersion dans l'univers hospitalier et de leur engagement dans la formation initiale infirmière, ils ont développé des relations avec les professionnels soignants et les formateurs, et ils ont appris à connaître la particularité de leurs rôles et les principes qui les caractérisent.

« ...ça se passe toujours merveilleusement bien et quelques soient les IFSI : des gens très prévenants, très accueillants, qui répondent très vite aux échanges de mails, très polis, très courtois, enfin... Et en fait il y a une vraie relation de confiance qui se noue et ça s'est fait très rapidement. J'ai l'impression, je sais pas... c'est un ressenti très personnel, que... là, en fait, sur leurs postures de formateurs et de formatrices on sent vraiment qu'ils ont été infirmiers ou infirmières ! » (BW)

« ... j'ai l'impression que, du moins à l'hôpital, que c'est de plus en plus difficile. Parce que, dans le contexte de rigueur budgétaire, ils et elles ont une charge de travail peut-être de plus en plus lourde et malheureusement de moins en moins de temps de faire de l'humain.... » (CN)

« Faire de l'humain » catégorise ici un des principes domestiques.

« Et puis quand on se rend, par exemple à Ville I, il y a un formateur qui est responsable de l'organisation de la journée... Et les échanges sont très simples... et très francs, amicaux, il n'y a vraiment aucun souci.... ça se passe très très bien. » (GL)

La qualité de l'accueil est ici soulignée.

« ... un infirmier, c'est... c'est quelqu'un d'extrêmement important puisqu'il a quand même des missions de santé publique qui sont comme les pharmaciens d'officine souvent en première ligne... des interlocuteurs qui sont assez appréciés par la population et qui sont peut-être quand même beaucoup plus disponibles que les médecins de façon générale. » (GL)

La disponibilité évoquée fait référence au registre domestique.

La référence au *monde civique* se surajoute (« missions de santé publique ») : les universitaires sont eux-mêmes partie prenante des problématiques de santé publique tels la sécurisation du

médicament, l'amélioration des prises en soin, le parcours patient, etc., toutes missions visant à améliorer la qualité des soins pour tous.

2. Un universitaire non médecin

Un universitaire interrogé n'est pas membre de la faculté de médecine-pharmacie puisqu'il est docteur en économie de la santé et relève de l'université de sciences humaines. Son père était infirmier et il est de ce fait familiarisé avec les principes du *monde domestique* propres aux soignants.

« C'est qui ? C'est mon père ! Oui, enfin, il l'était [infirmier] jusqu'à il y a deux ans ! Infirmier pour moi c'est donc une personne qui ne compte pas ses heures, qui est amoureux de son travail, qui a un profond respect de l'être humain... qui a un profond respect de l'être humain en ne versant pas... comment dire ? ...dans le sentimentalisme : qui ne se laisse pas submerger par ses émotions. Voilà. »

Son intérêt pour la santé publique et les enquêtes y afférant le relie au *monde civique* et au *monde industriel* qui, au-delà des savoirs disciplinaires, procure la méthodologie de montage des enquêtes.

« Alors donc, pour les contenus de savoir, c'est forcément les bases de la Santé Publique : ça va être les grands domaines de la santé publique, quelques éléments d'épidémiologie, très succincts, et une partie sur l'économie de la santé, l'organisation du système de soins en France. Et puis, quand j'ai le temps, les crises, mutations et réformes des systèmes de santé dans une perspective comparative avec d'autres pays. J'insiste beaucoup sur la comparaison entre la France et les pays anglo-saxons... »

« Et après, "méthodologique", là c'est beaucoup plus pour l'IFSI [Croix-Rouge de Métropole 2] : la construction d'une enquête de santé publique et "comment on recherche de l'information"... C'est ça, c'est une logique de projet mais en fait ça n'apparaît pas dans l'intitulé de la maquette, quoi. »

« Et donc on prend chacun une partie de la Santé Publique. Moi... un peu méthodologique et théorique et elle, elle fait vraiment les enquêtes approfondies, parce qu'elle est statisticienne. Ça fait trois ans qu'on a monté ça avec la formatrice qui nous a recrutés et ça marche super bien. »

Cet universitaire n'est pas concerné par la convention et intervient en IFSI à titre de vacataire car les intervenants universitaires qui ne sont pas membres de la faculté de médecine-pharmacie sont liés aux IFSI uniquement par des contrats ponctuels.

3. Les universitaires et l'université à l'épreuve de la convention

La réforme de 2009 a constitué, de par la signature de la convention régionale et la collaboration avec les IFSI qu'elle implique, une *épreuve* pour les universitaires. De quelle manière l'ont-ils résolue ?

3.1. Une nouvelle mission

La convention régionale signée en 2010 a eu pour conséquence une modification des missions des enseignants-chercheurs de la faculté de médecine-pharmacie. Habités à un public étudiant de médecins et de pharmaciens, pour lesquels ils avaient montés les cours de la PACES, l'injonction de s'adresser à un public d'étudiants infirmiers a été pour eux une *épreuve* au sein du *monde industriel*. Comme les formateurs des IFSI, ils ont surtout été projetés dans la réforme.

« ... il se trouve que j'ai été désigné par le doyen de la faculté de médecine comme l'animateur de l'organisation de ces enseignements universitaires. » (GN)

« ... l'injonction du gouvernement de changer tout ça, c'était 2007. Et nous, on a commencé à numériser les cours en 2009 [...] je me suis investie dans une réforme mise en place dans ma fac, et ça, c'était enrichissant. » (SG)

Les universitaires n'étaient ni désireux, ni volontaires d'une collaboration avec les IFSI. Celle-ci leur a été imposée. Toutefois, ils ne formulent pas de critique à l'égard du *monde industriel* : ils ont su

positiver l'injonction et certains d'entre eux se sont même d'emblée très investis dans la nouvelle mission.

3.2. Une mission chronophage, reconnue mais non valorisée

L'implication des universitaires dans la formation en IFSI a été chronophage surtout lors des trois premières années de mise en œuvre. Aujourd'hui encore, cette implication nécessite des réajustements, un suivi des conceptions d'évaluations et l'organisation de séminaires, mais elle n'est pas valorisée financièrement, malgré la charge de travail occasionnée. Les nouvelles missions allouées à l'université n'ont pas été assorties de la création de postes budgétaires supplémentaires.

« *Non non, financièrement, non, ça ne nous apporte rien et même ça nous coûte... mais on fait ça aussi par conviction, voilà, on va dire...* » (YG)

La majorité des universitaires a des difficultés à évaluer le temps consacré à l'enseignement prodigué pour les IFSI car celui-ci est noyé dans la masse des missions diverses qui leur sont confiées. Cette comptabilisation du temps serait peut-être un moyen de reconnaissance précise de leur travail.

« *...ils savent bien que ça me prend beaucoup de temps et donc c'est reconnu par mes supérieurs mais il y a pas vraiment de valorisation, de comptabilisation de toutes ces heures là. Il y a de la reconnaissance, voilà. C'est déjà bien.* » (CB)

Il ne s'agit pas de critiques actives impliquant une transaction en justice et les universitaires, pour l'instant, ont recours à des *arrangements*.

4. Les universitaires, les formateurs et un compromis

Nous l'avons vu, la signature de la convention régionale a constitué, pour les universitaires comme pour les formateurs, une *épreuve modèle*. Cette épreuve a pu, au fil des années écoulées, déboucher sur un *compromis* tissé par des échanges et des ajustements.

4.1. Une clarification

La convention a provoqué la venue, dans l'univers de la formation infirmière, d'universitaires très centrés sur le *monde industriel*, monde familier aux formateurs, mais dans lequel les *objets* et les *sujets* n'ont pas les mêmes significations. En effet, les universitaires sont attachés à la rigueur scientifique, à l'exactitude, à la véracité des enseignements qui sont importants en eux-mêmes, alors que les formateurs se préoccupent de la pertinence d'enseignements au service de la pratique professionnelle.

Dans un premier temps, la *clarification* dans le *monde industriel* a été ébauchée mais n'a pu aboutir réellement, car d'un côté le *grand* est la précision, l'exactitude, l'exhaustivité des contenus de connaissances. De l'autre, il s'agit, certes, de connaissances, mais aussi et surtout de connaissances mises au service des compétences professionnelles.

Grâce à cette première étape de résolution de l'épreuve, les universitaires ont bien compris que les cours de la PACES ne sont pas adaptés aux étudiants infirmiers et ils ont modifié leurs enseignements.

« *...Et en partant de ce cours pour la PACES, on a eu un certain nombre d'échanges avec les formateurs des IFSI nous disant voilà, c'est trop compliqué, là, ça va trop loin... là, il faudrait... Donc, on a modifié un certain nombre de choses et je pense que mon cours a été singulièrement réduit... c'est effectivement leur enseigner la physiologie sous un angle qui résonnait par rapport à leur pratique, à leur métier.* » (GL)

Ce furent là les premières phases d'ajustement entre les deux univers mis en présence. Des *arrangements* ont tout d'abord eu lieu.

4.2. La construction d'un compromis

La modification de transmission des savoirs spécifiques n'a pas suffi pour permettre une réelle acculturation fondée sur un *compromis*.

Les différents acteurs en fonction de leur monde de référence le plus prégnant se sont trouvés avec

des moteurs d'action antinomiques. En effet, les *grands* des universitaires peuvent être considérés comme opposés à ceux des formateurs (la *validité scientifique* et le *personnel* ; la *notoriété* et la *bienveillance*). Là où l'*expertise* constitue le prix à payer, la *formule d'investissement*, pour l'universitaire, il s'agira, pour le formateur, du *devoir*.

Il s'agissait, pour sortir de l'*épreuve*, de s'appuyer sur un monde fédérateur, faisant sens pour tous. Le *compromis* a pu être construit en fonction des principes du *monde industriel*. En effet, la convention a laissé la possibilité, d'une part de s'organiser autour d'*objets* communs aux différents univers professionnels (les connaissances médicales), et, d'autre part, de créer des *objets* innovants associant les logiques des deux groupes de personnes : les cours enregistrés, les séminaires et les évaluations communes.

De plus, « La construction de ce compromis nécessite peut-être des acteurs ayant des caractéristiques particulières [...] quelqu'un qui [...] peut être considéré comme légitime dans les deux mondes d'origine. » (Amblard et alii, 2005, p. 99) C'est le cas ici pour plusieurs des universitaires, particulièrement les pharmaciens et un des biologistes qui, de par le réseau relationnel de Métropole 2, ont construit des liens bien avant l'injonction de la convention avec les directeurs et formateurs de l'IFSI Croix-Rouge de Métropole 2 et de l'IFSI de Ville K.

« L'année 09-10, en fait, on avait fait une expérience un peu pilote à l'IFSI [Croix-Rouge de Métropole 2] avec [SB] qui nous avait permis de, de faire une ébauche de programme, en s'adaptant quand même au nouveau référentiel, parce que pour nous, ça a été un changement aussi... Quand je dis "on", c'était avec [YG] avec qui j'ai beaucoup travaillé sur ce dossier là. Et avec qui je copilote l'UE toujours aujourd'hui. » (CB)

4.3. Des mises en œuvre différentes selon les disciplines universitaires

L'unité 2.11 (pharmacie) a été mise en place de façon harmonieuse du fait de la pérennité des relations avec plusieurs IFSI, de l'engagement des universitaires, de leur coordination entre eux. Le résultat a été rapidement satisfaisant. Les pharmaciens ont preuve d'une capacité de synthèse entre les exigences du principe *industriel* d'efficacité et les principes *domestiques* nécessitant un enseignement infirmier et non pas médical. Nous y reviendrons.

L'unité 2.1 (biologie) est parvenue elle aussi à une certaine harmonie grâce à des universitaires qui ont su travailler en collaboration avec les IFSI.

« ... quand j'avais proposé mon cours la première fois, je n'avais pas mesuré qu'en effet ça allait être un problème... Donc, c'est les échanges avec les formateurs qui nous ont permis de réajuster, de modifier un peu notre... de le modifier pas mal au final ! » (GL)

Mais les universitaires de l'unité 2.2 (anatomo-physiologie) ont eu plus de difficultés pour se coordonner car leurs disciplines divergent, qu'ils n'ont pas pour habitude de travailler ensemble et qu'ils ont moins de pratique de l'enseignement infirmier. Certains utilisent encore leurs cours de PACES qu'ils ont très légèrement adaptés. Leur implication est moins forte. Ces universitaires n'ont pas réalisé de *compromis* avec les IFSI ni entre eux.

« ... je ne me suis pas renseignée auprès des formateurs. Je me suis renseignée un peu auprès des collègues qui intervenaient déjà en IFSI qui m'ont parlé un peu du niveau des étudiants et de ce qu'il était attendu d'eux.... on discute 5 minutes à la fin du séminaire... on avait SL qui coordonne l'UE, la 2.2 qui était, elle, en relation avec les formateurs... Et ensuite, elle nous faisait suivre les infos. » (CN)

Les collaborations sont plus pointillistes et les *arrangements* sont de mise, faute de possibilité de *compromis*.

4.4. Une posture d'ouverture

La charge de travail est importante pour les pharmaciens du fait du volume de cours qui est réparti sur peu de personnes et du fait des trois séminaires annuels. Malgré cela, la collaboration est fluide. Pourquoi cela marche-t-il si bien pour l'unité 2.11 ? Parce que deux personnes s'y sont investies, non seulement pour les cours mais aussi pour l'accompagnement de ceux-ci. Parce que les pharmaciens

sont moins nombreux et se côtoient plus. Parce qu'ils ont travaillé ensemble depuis plusieurs années. Parce qu'ils ont une historicité de collaboration avec les IFSI.

« Je crois que la construction du programme a été depuis le départ déjà basée sur un historique que nous avons depuis longtemps, et une co-construction avec les professionnels infirmiers. C'est pas un cours qu'on a sorti de notre public pharmaceutique ou médical. En tous cas, moi, ça faisait dix ans que j'avais adapté mon cours. » (YG)

Tous les universitaires n'ont pas cette antériorité de relations et certains rencontrent des difficultés pour construire leurs enseignements. C'est le cas surtout pour l'unité d'anatomo-physiologie.

« .. les collègues qui n'avaient pas fait ce travail avec les formateurs... Ben, eux, ils se sont plantés, quoi, parce que c'était même pas adapté au public de PACES, c'était encore moins adapté au public des IFSI. Ils ne prenaient pas en compte le fait qu'ils n'avaient pas imaginé qu'ils n'étaient pas les seuls à enseigner, qu'ils avaient d'autres matières... » (SG)

Est mise en cause la capacité de certains universitaires à s'adapter à de nouvelles exigences et donc à envisager de nouveaux objets du monde industriel.

4.5. Une évolution des relations

Certains des universitaires rappellent les débuts de la collaboration qui n'ont pas été toujours faciles.

« ...c'était pas gagné au départ, il y avait quand même beaucoup d'IFSI qui étaient réfractaires à cette universitarisation... l'aspect numérisation, cours à distance, etc., et je pense qu'aujourd'hui [...] ils sont moins nombreux qu'ils ne l'étaient. Voilà... ça, en soit, c'est un succès. » (CB)

Les formateurs ont abandonné leurs appréhensions et une relation de confiance a pu s'établir. La collaboration avec les formateurs a pu être œuvrée dans le respect des rôles de chacun.

« ... Nous, en tous cas, l'esprit dans lequel ça s'est fait, c'était pas de déposséder les formateurs de leurs missions d'enseignement, c'est vraiment de fournir un support qui soit comme une base de travail.... Et c'est sur cette base que les formateurs peuvent élaborer après tout ce qu'ils veulent comme type d'enseignement au sein de leurs instituts. » (CB)

De ce fait, les relations entretenues sont jugées comme agréables et constructives par tous. Seule une universitaire n'a pas de contacts directs avec les formateurs. Tous les autres sont très satisfaits des échanges, comme l'illustre l'extrait suivant.

« Avec les formateurs, mais excellentes. Excellentes relations. Personnellement, je les rencontre assez souvent et j'ai des liens professionnels vraiment très très très agréables... c'est souvent les directeurs, accompagnés d'un ou deux formateurs qu'on rencontre ensemble et ça se passe très bien. » (GN)

Nous avons vu ici une illustration de la construction du *compromis*, au fil des différentes étapes parcourues.

5. Les universitaires et la pédagogie

La rencontre entre universitaires et formateurs a occasionné une mise en balance d'approches pédagogiques différentes. De plus, rendre possible l'accès aux cours pour les onze IFSI a nécessité le recours à de nouveaux *objets industriels* qu'il a fallu apprivoiser.

5.1. Une nouvelle approche

Les universitaires n'ont pas les mêmes approches pédagogiques que les formateurs. Ils sont centrés sur les contenus à enseigner plus que sur les méthodes d'apprentissage. Lors des premiers échanges, les universitaires comprenaient mal le *bricolage* pédagogique des formateurs, initié par l'approche socio-constructiviste. Si, eux aussi se réfèrent au *monde de l'inspiration*, du fait de leurs missions de recherche, il s'agit d'un *monde de l'inspiration* au service du *monde industriel* dont les principes restent prévalents.

Les formateurs, soucieux d'ingénieries pédagogiques créatives, au service d'une transmission professionnelle de qualité ancrée dans les principes domestiques, ont pu leur apparaître, dans les

premières années, comme *amateurs*, pas assez centrés sur la discipline proposée. Les montages pédagogiques complexes propres aux IFSI leur semblaient étranges lors des premières réunions de travail, ainsi que nous avons pu l'observer. Mais l'approche pragmatique de leur discipline scientifique a impliqué pour eux un effort d'adaptation qui leur a permis de comprendre la nécessité d'une pédagogie inventive.

« ... c'est d'autant plus important avec les professionnels infirmiers, qui sont peut-être moins enclins à avoir le goût de rentrer vraiment dans la théorie... ils sont plutôt très ouverts à des données très pratiques, concrètes et applicables immédiatement... Donc, c'est un enseignement qui doit être basé sur des histoires. » (YG)

La représentation des universitaires a ensuite évolué et ils ont majoritairement adopté une posture pédagogique plus centrée sur l'apprenant.

« ... nous réunir entre universitaires, intervenants dans les IFSI et éventuellement étudiants pour faire évoluer nos approches pédagogiques afin qu'ils collent le mieux aux objectifs... » (GN)

Cette modification de la conception de l'apprentissage a co-œuvré à la construction du *compromis*. Les universitaires ont mis en action de nouveaux *objets industriels* liés à la pédagogie, initiés par les formateurs ou inventés par eux-mêmes, pour s'adapter au public des étudiants infirmiers.

Pour les universitaires, les principes fondateurs sont ceux qui permettent d'exercer son action sur le monde par le biais d'une relecture de celui-ci. Par conséquent, les méthodes pédagogiques qui prévalent dans les facultés de médecine-pharmacie ne reposent pas majoritairement sur le socio-constructivisme. Mais certains des universitaires revendiquent à présent l'adoption de cette approche pédagogique et prennent même plaisir à mettre en œuvre des méthodes innovantes.

« On a cette histoire de pédagogie inversée à l'UFR de médecine-pharmacie, et ça marche parce qu'après on a des séances de TD ou d'enseignement en présentiel avec les étudiants. » (SG)

5.2. Le recours à des objets spécifiques nouveaux

Les universitaires interrogés, à l'exception d'un seul n'appartenant pas à l'UFR de médecine-pharmacie, ont tous enregistré des cours destinés à la e-formation diffusés via les plateformes des IFSI. Les enregistrements ont parfois été mal vécus car désincarnés, sans public réel, avec l'exigence d'une mise en œuvre technologique inhabituelle.

« J'ai pas forcément de souvenirs très agréables de l'enregistrer par rapport à la version présentielle que j'avais faite l'année d'avant... Et ça on le perd quand on enregistre, et voilà, on est tout seul dans sa petite cabine. » (CN)

La sortie de l'épreuve a été possible par un *arrangement* le temps des enregistrements. Puis par... la prise de distance avec le produit fini des cours enregistrés. A ce jour, la majorité des universitaires considère ces cours comme positifs pour les étudiants comme pour les formateurs.

« ... l'intérêt du système qu'on a mis en place à [Métropole 2], c'est que l'étudiant va pouvoir travailler, retravailler, à sa disposition le cours quand il veut... Et puis pour les formateurs qui ont en charge ensuite le cours dans chacun des IFSI... c'est très bien aussi parce que, eux, ils peuvent s'approprier le cours. » (GN)

Ces *objets* du monde industriel sont considérés comme performants et amélioratifs. Les cours sont mobilisables par tous, à tout moment, sont fixés et identiques pour les onze IFSI.

6. Les universitaires et les étudiants

Les universitaires ont découvert un public d'apprenants pour eux inhabituel. Les étudiants en soins infirmiers ne correspondent pas au profil des étudiants qu'ils ont coutume de côtoyer à la faculté. Il a donc fallu qu'ils apprennent à les connaître, ce qui leur est rendu difficile par le peu de contacts directs avec eux.

6.1. Un public étudiant peu homogène

Les universitaires semblent très troublés par l'hétérogénéité des étudiants infirmiers. Les prérequis ne sont pas ceux auxquels ils sont confrontés habituellement, tant les niveaux d'études, les âges, les

cursus sont disparates. Cela implique pour eux un effort supplémentaire d'adaptation que tous ne peuvent assumer sans difficulté. La différence des connaissances de base des étudiants est dérangeante dans le cadre du *monde industriel* soucieux de sérieux et d'expertise.

« En fait, la vraie difficulté c'est, semble-t-il, pour les IFSI, l'origine des étudiants. Certains d'entre eux ont des baccalauréats scientifiques. D'autres n'ont pas le baccalauréat. Ou encore des baccalauréats non scientifiques... Certains n'ont jamais croisé les domaines de la biologie, de la physiologie, avant de s'inscrire dans ces écoles... Donc, il y a une grande diversité de publics et puis des prérequis qui sont parfois inexistants. » (GL)

La critique ne peut être portée en justice et se solde par des arrangements.

6.2. Des relations trop superficielles

Les étudiants sont considérés comme très impliqués, comme un public chaleureux et motivé, curieux des connaissances proposées. Les rencontres avec les étudiants sont rares, n'ont lieu que lors des séminaires et sont plus fréquentes pour les pharmaciens qui interviennent sur les trois années. Les séminaires constituent une charge de travail supplémentaire pour l'organisation, le déplacement et la prestation elle-même qui oblige les intervenants à assimiler les domaines de leurs confrères non présents. Les séminaires sont comptabilisés par l'université comme des heures de TD, bien qu'ils soient réalisés en amphithéâtres de plusieurs centaines d'étudiants.

« Et c'est des gros amphis, c'est 450 personnes... faire de l'interactif avec 450 étudiants, c'est un petit peu difficile... ça manque un petit peu de contacts avec les étudiants. » (SG)

La logistique *industrielle* présidant à l'organisation des séminaires est remise en question. Mais, là encore, les universitaires sont contraints à des *arrangements* ponctuels, faute de possibilité de transaction en justice.

Les universitaires sont souvent frustrés de n'avoir que peu de relations avec les étudiants. Ils ont des retours sur la façon dont leurs cours sont perçus par le biais des formateurs responsables des unités d'enseignement, qui négocient avec eux les réajustements nécessaires éventuels.

« C'est un petit peu le défaut de ce système qu'on a mis en place à [Métropole 2]... Inversement, voilà, on... on perd un petit peu le charme du cours en présentiel... » (GN)

« C'est sûr qu'on a pas le même rapport que quand on pouvait enseigner dans une promotion de 50 ou 60 grand maximum. » (YG)

L'absence de liens avec les étudiants déplaît à l'ensemble des universitaires qui, pragmatiques, se plient aux *arrangements*.

6.3. Une adaptation à l'univers infirmier

Les universitaires ont été tous conscients de la nécessité d'adaptation de leurs contenus au public infirmier. Délaissant l'exhaustivité des connaissances, ils s'efforcent de donner à leur enseignement un intérêt professionnel qui puisse faire sens sur les terrains d'exercice. Ils s'écartent de la théorie pure pour s'ouvrir vers une application pragmatique de leur discipline. Cela signifie pour eux une ouverture vers le *monde domestique*, réalisant ainsi une des étapes de l'acculturation par un *compromis* basé sur une compréhension réciproque.

« ...j'ai construit mes cours spécifiquement pour un public d'IFSI. C'est à dire intégrant les compétences en terme de connaissance du médicament et des différentes classes médicamenteuses que j'attends d'un professionnel soignant qui va manipuler et administrer des médicaments. » (YG)

Renoncer à la construction de cours aussi *pointus* que ceux qui sont destinés à un public de médecins ou de pharmaciens a été source de frustration car leur discipline académique est pour eux essentielle et car c'est leur expertise qu'ils veulent transmettre.

« ... ce que j'aimerais, c'est qu'ils prennent le goût de la physiologie parce que c'est quand même la base de la base... Mais après, demandez à quelqu'un qui a une autre discipline, il a vous dire que c'est ça, la base. (rires) » (SG)

Le fait de s'interroger sur la pertinence de leur discipline dans le contexte d'une formation infirmière, ancrée dans les principes *domestiques*, a obligé les universitaires à bousculer leur rapport au savoir. Leur pratique de l'enseignement dans un contexte de cours habituellement destinés aux médecins et pharmaciens, en amphis, dans une logique pédagogique cognitiviste, a été remise en cause. Les enjeux pédagogiques, expliqués par les formateurs, leur ont permis de se remettre en cause et de s'ouvrir sur un enseignement autant centré sur l'apprenant que sur les connaissances.

6.4. Un apprivoisement

L'universitaire intervenant en économie de la santé, dans le contexte de projets de groupes en santé publique, a du véritablement apprivoiser les étudiants infirmiers.

« ...essayer de leur montrer que même quand on est quelqu'un qui est plutôt dans un registre qui fait penser au "commerce", à la "finance", on peut avoir une perspective critique en étant économiste ou gestionnaire sur les dimensions de la Santé Publique. Et...[...] c'est de déconstruire un peu les représentations qu'ils peuvent avoir, de façon à ce que ça leur serve pour d'autres choses, aussi. [...] qu'il y ait une déconstruction des représentations mentales avec lesquelles ils arrivent dans un Institut. » (BW)

Les *objets* du monde marchand et certains *objets* du monde industriel étaient rejetés par les étudiants. L'univers de l'économie était assimilé à celui de la finance. Les étudiants, se situant dans le registre *domestique*, avaient des difficultés à appréhender des *objets* qui leur semblent standardisés. L'universitaire a réussi à les familiariser à ces *objets* en les reliant aux préoccupations de santé publique.

6.5. Une expérience satisfaisante

Plusieurs universitaires pointent l'intérêt de l'harmonisation des cours réalisée entre les onze IFSI du territoire 2 et, en cours d'installation, avec les trente trois IFSI de l'ensemble de la région, sans compter ceux de la région jumelée à présent associés.

« ...ce système qu'on a mis en place à [Métropole 2] qui a le mérite d'offrir les mêmes cours et les mêmes évaluations à tout un territoire. Moi, je pense que c'est bien sur le plan d'un des objectifs de la réforme qui était d'harmoniser, en tous cas les niveaux. » (GN)

Cette harmonisation des cours correspond au *grand* du monde industriel : l'efficacité, la précision, l'augmentation de la production. L'ensemble des étudiants infirmiers du territoire bénéficie des mêmes apports pour l'apprentissage des unités contributives médicales.

7. Les universitaires et l'avenir

La familiarisation depuis plusieurs années avec la formation initiale infirmière permet aux universitaires de poser des prospectives sur l'avenir du groupe professionnel infirmier et de la formation infirmière, pour le moins sur le plan régional.

7.1. Une évolution possible ?

Les universitaires espèrent une meilleure reconnaissance pour les professionnels infirmiers dont ils reconnaissent le rôle essentiel auprès des patients.

« Ce qui existe, c'est que bien évidemment l'infirmier est, actuellement, l'exécutant de la prescription de soin du médecin du service... Moi, ce que j'aimerais bien, c'est que [l'infirmier ne soit plus] un simple exécutant des prescriptions d'actes de soin mais également moteur dans la gestion du programme de soin global... Ah, ça, ça bouge, c'est clair. Faudrait que ça aille un petit peu plus vite... la plupart de mes collègues médecins sont tout à fait conscients de ça, mais il n'en demeure pas moins que [...] la fiche poste en tant que telle, le métier, n'est pas défini de cette manière-là. » (GN)

L'organisation des soins, qui relève du monde industriel, est critiquée. Les infirmiers restent encore trop enfermés dans un rôle subalterne, même si une évolution est en cours.

Certains sont très enthousiastes et pensent que la réforme ca permettre d'œuvrer dans ce sens.

D'autres relativisent les acquis de la réforme.

« ...mais quelques années post bac et que (pfff...) le fait que l'on colle un mot licence au-dessus, je ne suis pas sûre que ça changera beaucoup. Surtout que la licence n'est pas le grade universitaire le plus valorisé aujourd'hui en France. Donc... » (CN)

Les apports de la réforme de 2009 sont ici contestés, critique visant le *monde industriel* ayant présidé à l'élaboration du référentiel.

7.2. Des organisations à améliorer

Une universitaire déplore que l'exigence universitaire ait en partie commencé à couper les étudiants infirmiers (et les formateurs) des cours prodigués jusqu'alors par les praticiens hospitaliers de proximité. Elle dénonce le monopole de la formation paramédicale des CHU et la prééminence du milieu scientifique hospitalo-universitaire.

« C'est dire que là, en gros, les universitaires, c'est des médecins du CHU [de Métropole 2]. Alors qu'il pourrait y avoir des infirmiers, qu'il pourrait y avoir d'autres médecins d'autres institutions... Voilà. Je trouve ça très dommage. » (SG)

De plus, elle regrette que les formateurs en IFSI ne puissent faire reconnaître leurs compétences en tant qu'enseignants universitaires, ainsi que le prévoit la convention régionale.

« ...alors qu'il y a des formateurs ou des formatrices qui ont fait des masters, des ceci, des cela... Alors, il y a une commission de validation des dossiers pour que ces formateurs puissent être reconnus comme formateurs universitaires... Mais il y a quand même une certaine réticence de la part de la fac et ça, je trouve ça super dommage ... » (SG)

Il s'agit là encore de critiques à l'égard du *monde industriel* qui initie une organisation dont la faculté compte rester le pivot central.

7.3. Une extension de l'expérience

L'expérience positive du territoire 2 est étendue aux autres territoires académiques de la région. Cela est source de satisfaction pour les porteurs du projet, pharmaciens ou biologiste.

« ... on étend ce fonctionnement à l'ensemble de la région [...]. Ce qui fait, de mémoire, 33 IFSI... On n'y est pas encore, mais... c'est en marche. » (GN)

« ... que je retrouve moi maintenant au niveau d'autres universités quand on discute au niveau régional avec [Métropole 1, Métropole 3]... de voir qu'il y a d'autres régions qui s'en inspirent maintenant, c'est finalement une grande satisfaction sur le plan professionnel. » (CB)

Pour les universitaires, avoir réussi l'épreuve de la collaboration avec les IFSI et pouvoir proposer la modélisation de leur travail aux autres territoires académiques régionaux, est signe d'une progression dans la grandeur du *monde industriel*.

Par contre, la sortie de l'entre-soi du territoire peut être aussi source d'inquiétude.

« Parce que là, on va dire qu'on était un peu entre nous, c'est à dire qu'on est un petit groupe de travail, on se connaît tous et les échanges sont relativement faciles et agréables... c'est une autre dimension, on change d'échelle de dire que nos cours vont être utilisés dans l'Ain, dans la Loire par des gens avec qui on aura peu de contacts puisque ça va marcher aussi bien. » (CB)

Il est fait allusion ici à des principes *domestiques* qui évoquent la famille : « *petit groupe* », « *on se connaît tous* ». L'extension du réseau, qui représente une nouvelle épreuve au sein du *monde industriel* a également une incidence sur les principes du *monde domestique*.

Conclusion

Les universitaires ne sont pas tous impliqués de la même manière au sein du processus de formation infirmière. Certains sont volontaires et moteurs et se sont lancés dans le projet initié par la convention. Tous sont intrigués par la diversité de la population étudiante dont ils apprécient globalement la motivation et la curiosité et qu'ils déplorent de peu côtoyer.

Les relations entre universitaires et IFSI se sont tissées depuis 2009 sur un autre mode que celui pré-existant. La nécessité de collaboration a engendré une adaptation à l'autre. Les formateurs et les universitaires ont appris à se connaître et à se reconnaître, dans un entre-soi tissé sur cinq ans, dans une acculturation qui a permis un compromis entre les *mondes domestique, civique* et *industriel*, au delà des injonctions du *monde marchand* avec lequel les *arrangements* se succèdent.

Les IFSI entrant en faculté, les scientifiques ont opéré un changement de posture. Les sciences et techniques accueillent la pratique professionnelle infirmière. Les universitaires appartenant à d'autres champs disciplinaires au sein de la faculté des sciences sont sensibilisés. Et l'exemple se transmet aux autres facultés des sciences de la région.

« ... ça permet, étant dans une faculté, une université de sciences et techniques, d'intégrer aussi l'enseignement pratique, et ça contribue à la reconnaissance par les disciplines qui peuvent être plus théoriques d'un enseignement pratique porté par l'université. » (YG)

L'acculturation réussie sur le territoire académique 2 représente pour les universitaires et avant tout pour ceux porteurs du projet, la résolution d'une *épreuve modèle*. Ils doivent à présent s'investir dans le projet d'élargissement à l'ensemble de la région et parallèlement, vivre le regroupement des universités en pôle unique universitaire de Métropole 2. Ils se doivent à présent de relever ces nouveaux challenges.

Chapitre 12

Des transactions en justice qui régulent les collaborations

« Notre approche de la coordination des conduites humaines nous conduit à porter attention à la capacité cognitive à faire des rapprochements sur ce qui importe, à identifier des êtres détachés des circonstances, à s'accorder sur des formes de généralité » (Boltanski, Thévenot, 1991, p. 48)

Introduction

Notre étude nous a permis de voyager à travers les mondes de référence des partenaires liés par la convention régionale signée sur le territoire. Nous avons rencontré les mondes industriel, domestique, civique, qui sont les plus prégnants. Nous avons pu apercevoir aussi, le monde de l'inspiration, révélé par la créativité des chercheurs et des pédagogues. L'ensemble de ces mondes, au delà des logiques comptables propres au monde industriel, est par ailleurs confronté, du fait de la marchandisation de la santé qui induit une logique de concurrence, aux injonctions au *monde marchand*.

Nous présentons ici la synthèse des éléments les plus marquants issus des analyses des discours des différents groupes de personnes.

Dans un premier temps, nous proposons deux présentations schématiques : celle des relations entre les groupes de personnes et celle des transactions en justice. Puis, nous nous intéressons aux dynamiques propres aux personnes présentes dans les IFSI (directeurs, formateurs et étudiants). Ensuite, nous nous penchons sur la dynamique de projet qui unit IFSI et université. Enfin, nous regardons les critiques exprimées par les professionnels infirmiers.

1. Schématisation des relations entre personnes et des transactions en justice

Afin de présenter la synthèse des analyses présentées dans les chapitres précédents, nous avons choisi de proposer deux schémas que nous commentons.

Un premier schéma permet de visualiser les relations établies entre les personnes que nous avons interrogées.

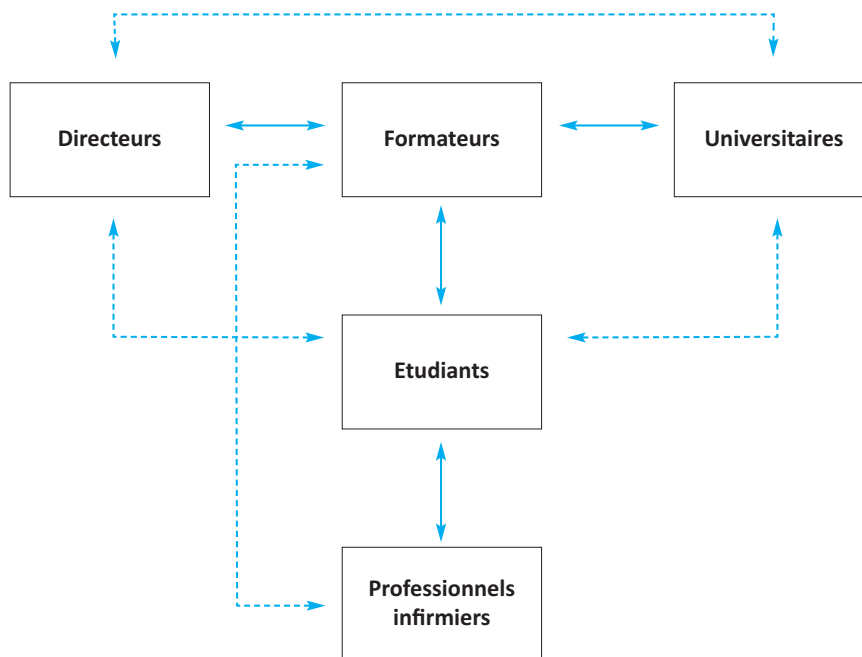
Un second schéma présente les transactions en justice : critiques, arrangements et compromis sont modélisés.

1.1. Relations engagées entre les groupes de personnes concernées par la réforme

Les relations engagées entre les personnes, en fonction de leur fréquence et de leur intensité, expliquent en partie les controverses. Elles permettent également de considérer les possibilités d'épreuve et les évolutions possibles sous forme d'arrangements ou de compromis.

La page suivante propose une schématisation des relations usuelles établies entre les groupes de personnes concernées par la réforme sur le territoire.

SCHEMA n° 1
Types de relations engagées
entre groupes de personnes concernées par la réforme



LÉGENDE	
Qualité des liens	
	liens fréquents et/ou forts
	liens distendus et/ou conflictuels

1.1.1. Des relations fortes au sein des IFSI

Il est loisible de constater le triangle relationnel fort qui prévaut au sein des IFSI, triangle unissant directeurs, formateurs et étudiants dans une relation de registre domestique,

Les formateurs et directeurs travaillent ensemble au quotidien : réunions pédagogiques ou organisationnelles, construction de l'ingénierie pédagogique, suivi des étudiants, vie institutionnelle de l'IFSI. Ils sont unis dans un même objectif d'excellence pédagogique mettant en jeu les principes du monde industriel.

Les étudiants et les formateurs sont en contact permanent : cours dispensés, suivis pédagogiques divers et guidances, visites sur les lieux de stage. Ils partagent, lors des trois années de formation, de nombreux moments de face-à-face individuels et collectifs.

Les directeurs s'adressent aux étudiants dans un contexte institutionnel, et fréquemment par le biais des délégués : bilans de fins de semestres, participation aux CAC, instances disciplinaires diverses. Le lien est moins quotidien mais harmonieux.

1.1.2. Des relations fortes entre universitaires et formateurs

Un triangle relationnel fort existe également entre directeurs, formateurs et universitaires, unis dans une logique industrielle pour co-construire une partie de l'enseignement initial infirmier.

Les universitaires interviennent pour différentes unités d'enseignement coordonnées par les formateurs. En ce qui concerne les cours enregistrés, les formateurs référents et les universitaires se réunissent et correspondent durant l'année scolaire et ils se rencontrent lors des séminaires.

Les directeurs, plus présents lors des premières années de mise en œuvre, poursuivent le pilotage du projet et conservent encore des liens avec les universitaires.

La relation entre universitaires et étudiants est très distante, de par la logique de mise en œuvre du référentiel : séminaires et cours magistraux sont peu propices aux échanges.

1.1.3. Des professionnels infirmiers isolés

L'isolement des professionnels est mis en évidence.

Les seules relations pérennes et fréquentes sont celles les mettant en contact avec le groupe des étudiants. Ceci est à nuancer car il ne s'agit pas des *mêmes* étudiants avec lesquels des relations régulières seraient construites, mais d'êtres différents rencontrés à l'occasion de chaque nouveau stage.

Les relations avec les formateurs sont très pointillistes : elles se limitent aux visites effectuées aux étudiants durant les stages et, pour quelques très rares professionnels, à des interventions en IFSI pour animer des TP.

Quant aux relations avec les directeurs et les universitaires, dans le contexte de la réforme, elles sont inexistantes. S'il est vrai que des praticiens du CHU sont amenés à côtoyer des professionnels au quotidien, cela n'est pas dans le contexte de la formation initiale infirmière.

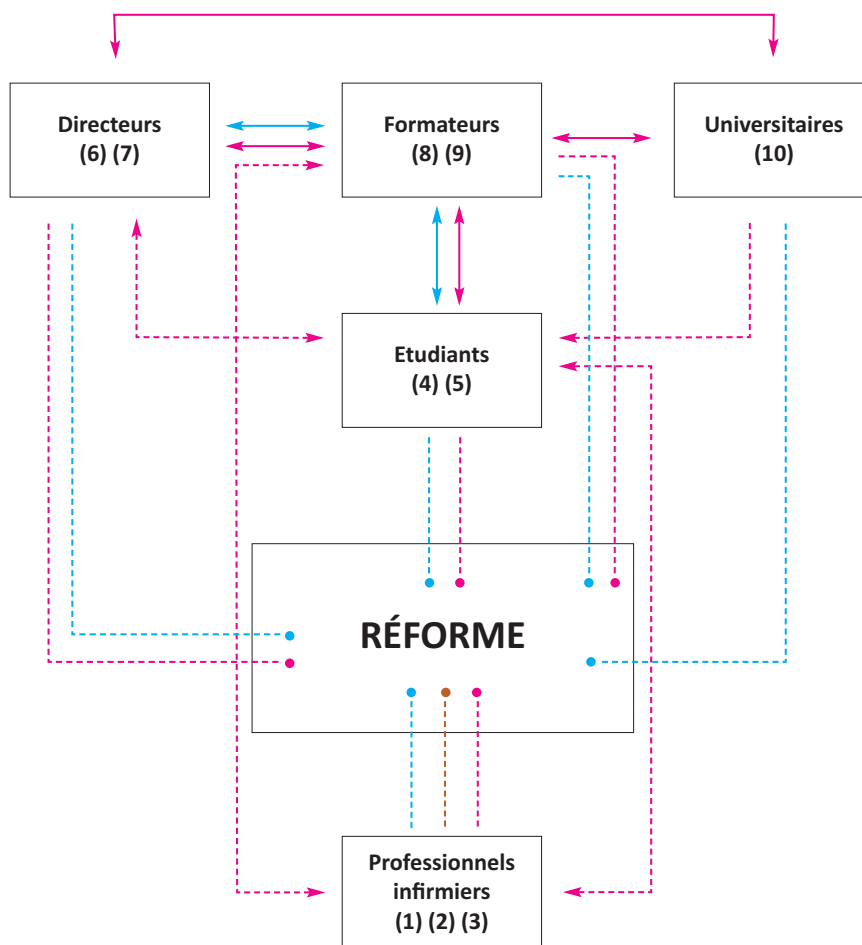
1.1.4. Des nuances

Les relations entre les personnes ne sont pas toutes vécues sur des temps longs ou des temps reproduits. Souvent, les logiques d'action des personnes impliquées sont mouvantes du fait même de la non-permanence de leurs relations, lorsqu'il s'agit de collaborations ponctuelles, et non pas d'actions communes fréquentes et pérennes. Les postures peuvent sembler alors être renégociées à chaque rencontre nouvelle par le jeu d'épreuves reproduites. Il s'agit de certaines situations tel que l'accueil en stage d'un étudiant par des professionnels ou encore la participation de formateurs aux séminaires organisés par les universitaires.

1.2. Modélisation des transactions en justice

Nous avons posé supra les modes de relation existant entre les personnes. Le schéma suivant présente la modélisation des critiques à l'égard de la réforme. Il montre également les différents arrangements conclus et les compromis frayés entre les acteurs de la réforme.

SCHEMA n° 2 Tableau des critiques



LÉGENDE		
Accords et compromis	Arrangements	Critiques
monde industriel monde domestique	monde industriel monde domestique	monde industriel monde domestique monde civique

Nous pouvons relever sur ce schéma les critiques portées dans le contexte de la réforme par les groupes de personnes en référence aux différents mondes auxquelles elles se réfèrent.

1.2.1. Les critiques portées par les professionnels

- (1) Les professionnels critiquent la déchéance au sein du monde domestique. La disparition de la transmission traditionnelle est déplorée. Les anciens objets d'évaluation ayant disparu (MSP, notes de stage) et les nouveaux objets étant mal compris et mal acceptés (compétences, ECTS, portfolio), les professionnels sont anxieux d'un délitement possible des logiques traditionnelles de transmission risquant d'induire une perte des compétences professionnelles.
- (2) Les professionnels reprochent à la réforme de favoriser un changement sociétal portant les personnes vers plus d'individualisme. Les principes du monde civique leur semblent bafoués : pour eux, les nouveaux étudiants sont plus attachés à leurs chemins de vie personnels qu'aux exigences de la mission de santé publique.
- (3) La modification de l'alternance qui induit des stages plus longs et moins diversifiés constituent une source d'inquiétude et de reproches : les étudiants auraient un déficit de connaissances pratiques et de technique professionnelle. Ils éprouveraient des difficultés à faire des liens entre les enseignements théoriques et la pratique de terrain. Ces critiques portent sur l'ingénierie pédagogique issue du nouveau référentiel.

1.2.2. Les critiques portées par les étudiants

- (4) Les étudiants critiquent les aspects abscons de l'ingénierie (logique de compétences, articulation des unités au fil des semestres, premier semestre difficile). Ils reprochent à certains cours, enregistrés ou non, d'être loin des préoccupations infirmières. Les étudiants déplorent les stages longs et insuffisamment diversifiés qui les empêchent d'acquérir un panel plus large de connaissances et de techniques.
- (5) Les étudiants déplorent l'accueil qui leur est réservé dans certains stages, accueil qui leur semble loin des principes domestiques d'entraide et de soutien.

1.2.3. Les critiques portées par les directeurs

- (6) Les directeurs reprochent à la réforme d'occasionner des montages pédagogiques complexes et chronophages. Le niveau licence est contesté.
- (7) Ils s'inquiètent des difficultés rencontrées par les étudiants, en particulier en début de formation.

1.2.4. Les critiques portées par les formateurs

- (8) Les formateurs critiquent l'articulation de certaines unités et de certaines compétences qui complexifient l'organisation pédagogique et occasionnent une surcharge de travail. Le niveau licence ici aussi est contesté.
- (9) Ils sont soucieux du bien-être des étudiants qu'ils jugent malmenés par certains aspects de la mise en œuvre de la réforme.

1.2.5. Les critiques portées par les universitaires

- (10) Les universitaires regrettent d'avoir peu de liens avec les étudiants. Le projet s'étendant à un territoire plus large, ils risquent d'avoir encore moins de relations avec des apprenants qui seront situés dans des zones du territoire régional dans lesquelles ils ne pourront organiser de séminaires : les retours sur leur enseignement seront moins directs.

1.2.6. Des arrangements et des compromis

Le schéma permet de lire les arrangements négociés. Ceux-ci concernent les universitaires et les étudiants dont les relations sont épisodiques, les professionnels et étudiants qui sont réunis le temps d'un stage, les professionnels et formateurs qui sont peu en présence.

Des compromis sont frayés entre directeurs et formateurs, directeurs et étudiants, qui partagent une communauté d'appartenance au sein de la famille des IFSI. Entre formateurs et universitaires, directeurs et universitaires, d'autres compromis ont pu naître de par une dynamique de projet commun.

Nous développons infra les différents arrangements et compromis.

2. Au sein des IFSI

Nous regardons ici de plus près les transactions en justice agies entre les différents groupes de personnes qui évoluent au sein des IFSI.

2.1. Un compromis au service de la qualité de l'enseignement

Au vu des projets pédagogiques des trois IFSI, il est loisible de constater que les principes domestiques sont mis en avant et que les liens avec les concepts pédagogiques démontrent le désir de se référer au domaine des sciences de l'éducation. Cette revendication est associée au souci de l'Autre, à un postulat humaniste de la transmission.

Formateurs et directeurs sont ainsi ancrés dans une double logique : une logique pédagogique et une logique soignante. Ceci implique une double expertise des formateurs, qui se présentent à la fois comme cliniciens et comme pédagogues, parfois comme pédagogues et comme cliniciens, selon la hiérarchisation de leurs principes.

L'important, le principe supérieur commun fédérateur des directeurs et formateurs des trois IFSI, est la qualité de l'enseignement prodigué à l'étudiant qui permet de sceller un compromis au sein des IFSI. L'étudiant est au centre des préoccupations. Pour délivrer un enseignement de qualité, il importe de rechercher des méthodes et des moyens pédagogiques appropriés. Le but recherché est l'acquisition de savoir théorique et méthodologique, d'habiletés techniques (savoir-faire) et de capacités relationnelles (savoir-être), ceci dans un contexte de mutation de la profession et de la société, dans un climat de crise.

2.2. Critiques et controverses

Entre eux, les formateurs ne manifestent pas de controverses vives. Lorsque des tensions se produisent du fait de la mise en œuvre de la réforme, des arrangements sont conclus pour le bien de l'étudiant et pour la cohésion de l'équipe pédagogique, en vertu de l'attachement aux principes du monde domestique. Des critiques plus vives ont pu émerger dans l'un des IFSI qui a connu une restructuration institutionnelle : aucun arrangement n'étant envisageable, les critiques se sont soldées par le départ de plusieurs formateurs.

Il n'a pas été relevé de critiques, de part ou d'autre, entre directeurs et formateurs. Par contre, les deux groupes de personnes critiquent d'une même voix le nouveau référentiel pour différents points (nombre d'évaluations, alternance, etc.). Ils partagent la même inquiétude plus ou moins forte pour l'avenir.

Les formateurs ne critiquent pas les étudiants à proprement parler car ils sont dans une posture bienveillante. Ils se contentent de pointer certains comportements générationnels. Ils apprécient la réflexivité des étudiants.

Par contre, les formateurs se montrent critiques à l'égard des professionnels lorsque ceux-ci risquent de nuire au confort et à l'apprentissage des étudiants dont ils déplorent les conditions d'accueil en stage. Ils considèrent que certains professionnels sont trop attachés au passé et font preuve de résistance au changement, loin de la dynamique de projet initiée par la réforme qu'ils ont adoptée. Ils font leur *mea culpa* en ce qui concerne la formation des professionnels au nouveau référentiel et aux outils y afférant.

Les étudiants constituent un groupe très hétérogène en ce qui concerne le sexe, l'âge, la formation initiale, le cursus professionnel ainsi que nous l'avons déjà mentionné. Mais leurs discours sont assez homogènes dans les différents points abordés. Ils critiquent au sein de leur groupe deux façons d'être : ceux d'entre eux qui sont trop attachés aux gestes techniques et privilégient le monde industriel, ceux d'entre eux qui sont immatures et peu motivés, quel que soit leur âge. Ils ont globalement un esprit de cohésion. Ils se réfèrent aux mondes domestique et industriel, peu au monde civique.

Les étudiants sont peu critiques à l'égard des formateurs dont ils apprécient la qualité de l'accompagnement. Ils déplorent, pour quelques uns, un déficit d'enseignement des théories de soin. Leurs principales critiques à l'égard de la réforme concernent le monde industriel : elles portent sur le référentiel (nombre d'évaluations, alternance, premier semestre, etc.) et sur certains des cours délivrés par les universitaires. Elles sont quasiment identiques à celles des directeurs et formateurs.

Les étudiants se plaignent pour beaucoup de l'accueil en stage, de la mauvaise connaissance du référentiel et de ses outils de mise en œuvre par les professionnels, de l'attachement de ceux-ci aux anciens objets du monde domestique (MSP, notes de stage, toilettes et lits en technique...)

2.3. Accords et consensus

Il existe un consensus entre les directeurs, les formateurs et une grande proportion d'étudiants pour considérer la démarche clinique comme le cœur de métier infirmier, comme ce qui définit le mieux sa spécificité et son originalité. La démarche clinique infirmière précède, entoure et suit l'acte de soin. Elle permet de poser un diagnostic infirmier, d'organiser les soins et de les évaluer. La démarche clinique infirmière permet d'harmoniser l'exigence de connaissances et de technicité (monde industriel) et l'exigence d'humanité et de relation (monde domestique) au service d'un soin de qualité accessible à tous (monde civique).

« C'est-à-dire, qu'est-ce qui reste à l'infirmier ? L'infirmier c'est le raisonnement clinique, c'est le cœur du métier... Le cœur du métier, il faut qu'on s'en empare... C'est pas l'acte technique qui est intéressant quand on est infirmier, c'est le raisonnement clinique ! » (SB)

Le cœur de métier, la clinique infirmière, est la base de construction qui unifie les sciences médicales, les sciences infirmières et les sciences humaines au croisement de différents principes : domestique (importance de la proximité), industrielle (maîtrise de connaissances et d'actes techniques) et civique (s'inscrire dans un collectif qui contribue à promouvoir la santé pour tous).

Le consensus porte également sur les éléments suivants :

- La réflexivité et l'autonomie des étudiants sont favorisées.
- Beaucoup de cours des unités contributives médicales restent encore peu adaptés au public des étudiants infirmiers (cours magistraux en IFSI de certains intervenants et cours enregistrés, en particulier pour les unités 2.1 et 2.2).
- Les cours de l'unité 2.11 sont mieux conçus et plus *digestes*.
- Les évaluations sont trop nombreuses, mettent les étudiants en difficulté et occasionnent une surcharge de travail pour les IFSI.
- Le premier semestre est trop *lourd*.

- La nouvelle alternance est problématique et demande à être aménagée pour harmoniser les parcours de stage.
- Les professionnels des unités de soin sont encore insuffisamment formés au nouveau référentiel et à ses outils de mise en œuvre.

Indépendamment de la mise en œuvre de la réforme, qui interroge les rôles de chacun dans le contexte de la formation initiale infirmière, se pose la question de l'avenir des IFSI. La totalité des directeurs et des formateurs ainsi que certains étudiants envisagent des scénarii d'avenir plus ou moins anxiogènes : regroupement des IFSI, suppression des IFSI non adossés à un CHU, création de départements universitaires dédiés, PACES étendue aux étudiants infirmiers, unités d'enseignement type IUT intégrées ou non aux facultés... Enfin, l'accès aux études universitaires post diplôme est questionné car il n'est pas clairement défini à ce jour.

3. Une dynamique de projet

La convention régionale initiée par le référentiel de 2009 a mis en présence des formateurs des IFSI et des universitaires. Ces personnes issues de deux univers différents avaient déjà eu l'opportunité de se rencontrer et de co-agir pour la formation initiale. Mais la convention signée en 2010 enjoint à une collaboration normée.

3.1. Une acculturation

L'épreuve de la convention a occasionné une mise en œuvre tout d'abord chaotique puis, au fil des rencontres et des travaux communs, les universitaires et les professionnels des IFSI ont appris à se connaître, à adapter leur communication et à ajuster leurs attentes mutuelles. Cette acculturation réciproque progressive leur a permis de construire des contenus d'enseignements conformes à l'injonction du référentiel, respectueux des critères de scientificité sans toutefois négliger le particularisme du public des étudiants infirmiers.

L'acculturation réciproque entre formateurs et universitaires est à noter comme un des points essentiels. Elle n'est pas décrétée mais construite, au fil du temps et des ajustements réciproques. Un nouveau *principe supérieur commun* s'est dessiné qui rassemble les partenaires autour du bien du patient élargi à la construction d'une santé publique de qualité, santé publique à laquelle toutes les personnes actrices de la formation initiale infirmière co-participent.

Un compromis a pu être frayed. Ce compromis est stable car construit sur la confiance et le respect mutuel et fédéré autour d'une dynamique de projet qui dépasse la prescription de la convention. Le moteur d'action est composé de plusieurs éléments : le respect de la réglementation et de la signature de la convention, le souci de transmission de connaissances théoriques scientifiques, la prise en compte des besoins spécifiques d'une formation professionnalisante.

3.2. Des développements en cours

Les universitaires ont développé des réseaux inter-disciplinaires au sein d'une même faculté, la faculté de médecine-pharmacie. Ils ont également développé des relations avec des facultés de même nature d'autres territoires. Depuis la fusion en pôle universitaire commun des facultés de même territoire académique, ils découvrent la possibilité de communiquer avec des domaines disciplinaires très éloignés des leurs (sciences humaines, lettres et langues, par exemple). Les IFSI sont un des réseaux supplémentaires qu'ils tissent, de même qu'avec d'autres partenaires liés à la formation professionnalisante.

Depuis peu, les personnes des lieux de formation, contraintes de travailler en collaboration avec des universitaires, de s'initier aux TICE et de développer des réseaux inter IFSI en régional pour aboutir la mise en œuvre de la réforme, ont, elles aussi découvert les possibilités offertes par des mises en lien nombreuses et ont commencé à tisser elles aussi leur toile de liaisons diverses, entre elles, et avec différents partenaires, hors de leur milieu professionnel d'origine.

3.3. Des personnes créatrices de liens

Certaines personnes, dans les universités comme dans les IFSI, ont plus de capacités à créer des liens entre les personnes et à faire vivre ces liens. C'est le cas des directeurs des IFSI, de certains formateurs et de certains universitaires.

Il est à noter l'importance du rôle des directeurs qui donnent les grandes lignes d'orientation des projets pédagogiques auxquelles l'équipe adhère. Ils évoluent dans le réseau méta-régional et national, du fait des instances dont ils sont membres. Ce sont eux qui communiquent avec les doyens, personnages également centraux car ce sont eux qui nomment les pilotes des projets et impulsent les énergies au sein des facultés.

Les directeurs, beaucoup des formateurs et des universitaires sont dans une dynamique de projet et sont médiateurs. Ils sont mobiles, adaptables, connectés, disposent de réseaux professionnels et personnels et sont ouverts sur les autres et le monde. Ce sont des médiateurs.

Ces nouveaux modes de fonctionnement des professionnels des IFSI peuvent heurter les professionnels des terrains de stage qui sont ancrés dans les principes du monde domestique et très attachés aux traditions.

4. Les professionnels infirmiers

Les professionnels des lieux de stage sont peu ou pas évoqués par les directeurs et les formateurs. Les universitaires font référence aux infirmiers qu'ils côtoient dans le contexte de leur exercice de praticiens hospitaliers ou, pour certains, dans le cadre de missions de recherche. Cela ne s'inscrit pas dans la perspective d'une co-construction de la formation initiale infirmière, puisque les infirmiers « de terrain » ne sont pas associés à la convention régionale.

Bien qu'ils jouent un rôle essentiel pour l'apprentissage clinique en stage des étudiants, les professionnels infirmiers se situent en marge de la dynamique de projet qui unit les IFSI et l'université.

4.1. L'histoire des soins infirmiers permet de comprendre aujourd'hui

L'histoire des soins infirmiers fait apparaître deux pôles principaux dans le milieu des sciences infirmières : l'accueil et l'hôtellerie, d'une part ; les connaissances et les techniques, d'autre part. Ces deux pôles primordiaux sont incarnés dans le *care* et le *cure*, nous l'avons vu dans un chapitre précédent. Les controverses activées par la réforme sont en partie compréhensibles du fait de la prégnance toujours actuelle de ces deux pôles hérités de l'histoire du groupe professionnel infirmier.

Le *care* est à relier aux mondes domestique et civique. Historiquement, les soins infirmiers sont liés à la domesticité. Les soins sont pratiqués à la maison puis dans les hôpitaux qui sont avant tout des lieux d'hospitalité, des « hostels ». La confusion persiste longtemps entre tâches relevant de l'accueil hôtelier et tâches relevant des soins proprement dits. L'esprit civique, motivé par la foi remplacée ensuite par les valeurs humanistes, était incarné par le devoir de secours au plus faible, la solidarité avec les souffrants et le dévouement aux malheureux.

Le *cure* était incarné par la pharmacopée tirée des plantes, prémisse de la pharmacie, avant l'apparition de la technique et l'accès aux connaissances médicales. Les infirmiers prétendaient et prétendent mettre le *cure* au service du *care*. C'est ainsi que *care* et *cure* sont présentés aux étudiants en IFSI.

La tension entre *care* et *cure* est perceptible lorsque les professionnels s'expriment sur la réforme. Ils se revendiquent comme garant des traditions de compétences que la réforme risque de mettre à mal en bouleversant les « bonnes » habitudes de transmission. Cet attachement aux principes traditionnels ancrés dans le *care* les rend suspicieux à l'égard de l'universitarisation qu'ils assimilent à un risque de suprématie du *cure*. (*« Alors, ça, ils savent ! Mais pour ce qui est de faire ! »*) Cela est d'autant plus exacerbé que leurs conditions de travail rend difficile le maintien d'une relation de qualité avec les patients.

La réforme est un peu vécue comme « la cerise sur le gâteau » qui vient complexifier une situation déjà complexe et tendue, à la recherche d'un équilibre.

4.2. Le recours aux arrangements pour sortir des épreuves

Chaque arrivée d'un étudiant en stage représente une épreuve pour les professionnels et pour les étudiants. La défiance des professionnels pour les nouveaux objets, la difficulté qui est la leur pour accepter les nouveaux modes d'évaluation qui leur semblent moins garants de compétences acquises, rendent les accueils en stage compliqués pour tous. Mais aucune des personnes, qu'elle soit un étudiant ou un professionnel ne peut résoudre l'épreuve par une transaction en justice et chaque durée de stage se solde par un arrangement ponctuel.

« Dans cette situation, les deux mondes se jouxtent mais jamais l'épreuve n'est engagée pour résoudre le conflit. Les coordinations se sont trouvées à l'intérieur des mondes et ceux-ci s'évitent ou se rencontrent dans des relations médiatisées par des sujets ou des objets non conflictuels. » (Amblard et alii, 2005, p. 93)

Le soin au patient, la cohésion de l'équipe et l'organisation du travail procurent la possibilité de ces relations médiatisées.

4.3. Une évolution du métier infirmier

Le monde industriel est de plus en plus présent dans le contexte du travail infirmier et se matérialise par les réseaux pluridisciplinaires, la connexion nouvelle entre intra et extra hospitalier, les outils informatiques de gestion des données patients, le parcours patient informatisé, etc.

Les professionnels infirmiers, au delà de la modification des modes de transmission sont confrontés à l'assimilation de nouveaux modes d'exercice. Contrairement aux formateurs et directeurs, ils sont éloignés des pôles de décision et des lieux de formation (IFSI et université) et se sentent démunis pour affronter l'avenir de la communauté professionnelle.

Les différentes modifications des relations des êtres entre eux contraignent les infirmiers à des arrangements : la posture des jeunes générations et les exigences des pratiques nouvelles redistribuant les cartes entre les acteurs ne peuvent aboutir à des compromis tant il est difficile de les saisir dans leurs mouvances.

Toutefois, l'évolution du métier infirmier va dans le sens d'une recherche d'un compromis nouveau entre logique du monde domestique (référence à la pratique et à la communauté professionnelle) et la logique du monde industriel (souci d'efficacité, apports des nouvelles technologies et logique comptable).

Conclusion

Depuis 2009, le postulat socio-constructiviste a renforcé la complexité des montages pédagogiques. La collaboration avec les universitaires permet de conclure à un bilan positif pour tous les partenaires. De plus, les onze IFSI du territoire ont pris coutume de co-construire des banques de données communes, des contenus de TD et des évaluations, du moins en ce qui concerne les unités contributives. Des formateurs de plus en plus nombreux s'inscrivent dans une démarche universitaire, initiée par leur direction et plus ou moins accessible selon les moyens des IFSI. Ces éléments conduisent les formateurs à cheminer sur une voie plus intellectuelle que pragmatique, dans laquelle ils entraînent, de fait, les étudiants.

Les professionnels infirmiers, quant à eux, sont soumis à des interrogations qui touchent, certes à la réforme, mais plus largement à l'avenir de la communauté infirmière. Ils se sentent quelque peu dépossédés de leur mission de transmission du fait de la perte de moyens d'évaluation formative et normative qu'ils jugeaient fiables et pertinents. Ils sont anxieux des mutations qui se produisent simultanément dans le milieu du soin.

Les politiques de santé évoluent et les demandes sociétales sont différentes. Cela influe et influera sur la qualité de l'enseignement à prodiguer dans les années à venir.

Les contours du futur sont encore très flous. Le risque majeur, évoqué par les infirmiers, formateurs et professionnels, est de perdre une culture et une identité du fait des contraintes de plus en plus lourdes du monde industriel et du monde marchand, qui imposent leurs règles aussi bien dans l'univers de la santé (IFSI et lieux de soin) que dans celui de l'enseignement supérieur (universités).

Se pose la question de la gouvernance. Les formations infirmières (et plus largement toutes les formations paramédicales) seront-elles gouvernées par le ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche ou resteront-elles des formations professionnelles et professionnalisantes gérées par des pairs ?

Chapitre 13

Perspectives et prospectives : des risques et des opportunités

« Toute histoire peut être comprise comme avènement d'un sens et émergence de singularité. Ces singularités sont, soit des événements, soit des œuvres, soit des personnes. L'histoire hésite entre un type structural et un type événementiel. » (Ricœur, 2001)

Introduction

Notre étude de cas nous a permis de dégager les lignes d'accords et de controverses entre les partenaires de la transmission initiale infirmière et d'en déduire les risques et opportunités initiés par la réforme de 2009 pour le groupe professionnel infirmier.

Nous nous proposons de développer plusieurs hypothèses au regard des résultats que nous avons obtenus et au regard de notre expertise. Notre cursus professionnel et académique, incarné dans une posture de participant observateur, autorise cela.

Parmi les nombreuses hypothèses qui sont susceptibles d'émerger des résultats et de notre réflexion, nous avons choisi de présenter celles qui sont les plus prégnantes à l'aune des discours des personnes et des échos renvoyés par les acteurs de la formation, au-delà du simple cadre de l'enquête.

1. Une fracture entre professionnels des IFSI et professionnels des lieux d'exercice

« ...je trouve qu'il y a un décalage parfois entre ce qu'on peut faire dans les IFSI, qui est très bien, mais qui parfois peut tourner à la masturbation intellectuelle, par moments, et qui décroche parfois des réalités de terrain... et qui empêche un peu cette collaboration. » Ainsi s'exprime un des formateurs lors d'un entretien d'enquête. Ces propos sont repris par plusieurs formateurs et beaucoup des infirmiers en exercice. Ils sont également exprimés par les étudiants qui perçoivent les divergences fréquentes entre les infirmiers formateurs et les infirmiers des terrains de stage.

« Les étudiants soulignent l'impression de deux mondes parallèles, l'étudiant passant de l'un à l'autre. » (Met, 2017, p. 84)

Les professionnels des lieux d'exercice infirmier sont co-acteurs, du fait de la logique d'alternance, de la professionnalisation des étudiants infirmiers. Ils sont des partenaires fondamentaux de la transmission et détenteur de la culture du métier infirmier.

Les terrains de stage se retrouvent sollicités sans avoir forcément les moyens en terme de personnes et de temps à consacrer aux apprenants. Ils se retrouvent, plus que dans le passé, acteurs de la formation professionnelle des infirmiers sans avoir eu la possibilité de déployer une logique d'action réfléchie et consentie.

Nous avons pu constater un risque de fracture entre eux et les professionnels des IFSI. Cette fracture pourrait être due à plusieurs éléments de causalité.

1.1. Les raisons de cette fracture

Tout d'abord, les prescriptions du référentiel allant dans le sens de l'universitarisation et d'une autre approche des enseignements et des évaluations peuvent être source de déstabilisation. Les formateurs ne se sont pas seulement *adaptés* à ces nouvelles contraintes, ils les ont même *adoptées*. A contrario, les nouveaux objets de la formation (portfolio, compétences, ECTS, etc.), bien que n'étant plus étrangers, restent étranges aux professionnels des terrains.

Ensuite, les professionnels, se sentent quelque peu oubliés dans le contexte du nouveau processus de professionnalisation. En effet, il est à relever qu'ils ne sont pas, depuis l'origine, représentés lors

des réunions de mises en œuvre de la convention. Ils sont par ailleurs restés écartés des évaluations et des bilans qui sont réalisés entre les membres des IFSI et des universités. Ils n'ont pas de fait le loisir de collaborer aux nouveaux enseignements, bien qu'ils soient fondés de cerner et de définir les connaissances théoriques appropriées à l'exercice professionnel infirmier.

Enfin, les conditions difficiles d'exercice conduisent, comme cela est fréquent pour le fonctionnement des groupes humains, à un repli sur soi, à une nostalgie du passé, à une défiance à l'égard de la nouveauté.

Il semblerait qu'un fossé soit en train de se creuser entre l'univers des IFSI et celui des lieux d'exercice infirmier. Les revues et sites en ligne infirmiers commencent à s'inquiéter de cet état de fait, qui est cause de souffrance pour les professionnels comme pour les étudiants.

« Tout est une question de point de vue. Il faut [...] voir le problème comme la rencontre de deux mondes trop distants que sont l'IFSI et l'hôpital. Les enseignants sont trop loin du métier d'infirmier pour préparer les ESI⁴⁰ au monde hospitalier et le rêve devient une douche froide lors des stages... » (Hight, 2015)

La fracture entre les univers professionnels infirmiers (lieux de formation et lieux d'exercice) permet aussi de mettre en évidence une controverse au sein de la communauté professionnelle infirmière. Les professionnels infirmiers (en)fermés dans les murs des unités de soin n'ont pas l'accès aux réseaux multiformes des formateurs et des étudiants.

La fracture est accentuée du fait que « [...] si le formateur permettait de faire la liaison entre la théorie et la pratique, cet ordre établi a été bousculé par la part occupée dans les enseignements par les facultés de médecine et de sciences humaines. » (Met, 2017, p. 83)

1.2. Des critiques

Nous l'avons vu, les critiques des professionnels sont nombreuses à l'égard des étudiants et, au-delà de ceux-ci, à l'égard du nouveau référentiel de formation et de sa mise en œuvre.

La thèse de doctorat de Conception Zufia-Szyba, qui étudie la réforme de 2009 sur le département de Lorraine, montre les mêmes critiques que celles que nous avons pu relever sur le territoire académique étudié :

« Concernant les remarques du référentiel de 2009 entendues par les professionnels en poste : 93 % des jeunes professionnels sont unanimes sur les critiques entendues concernant ce programme LMD :

- Le deuil des MSP n'est pas fait par les professionnels sur le terrain. Ces examens pratiques permettaient d'évaluer une rigueur professionnelle.
- Les jeunes diplômés se jugent comme ayant moins de connaissances concernant les pathologies du service. Ils doivent effectuer des recherches personnelles pour comprendre les pathologies prévalentes rencontrées.
- Les professionnels en place les jugent comme étant moins habiles, ils ont moins de dextérité concernant les soins techniques.
- Les stages sont trop longs (stages de 10 semaines) et ne permettent pas d'explorer les nombreuses spécialités possibles.
- Le portfolio est considéré comme un outil d'évaluation contraignant et difficile à compléter en raison d'une incompréhension des items à renseigner.

Le programme LMD ne permet pas de séparer les étudiants motivés par la profession de ceux qui ne le sont pas. Les moins motivés parviennent tout de même à être diplômés. » (Zufia-Szyba, 2016, pp. 284-285)

Ainsi, sur deux territoires a minima, la réforme de 2009 est interrogée sur des aspects similaires. Les

⁴⁰ ESI : étudiant en soins infirmiers

nouveaux objets apparus (portfolio, unités d'enseignement, ECTS, etc.), les anciens disparus (MSP et notes de stage) associés à des postures étudiantes nouvelles jugées comme non adaptées, la modification de l'alternance, conduisent les professionnels à rejeter ce qu'ils comprennent peu ou mal. Sur les 35 professionnels ayant restitué le questionnaire d'enquête, seuls 2 d'entre eux se sont montrés peu critiques et 1 seul favorable à la réforme.

1.3. Evaluations en stage, la nostalgie des MSP

Les professionnels infirmiers se défient des étudiants car la réforme de 2009 implique un changement paradigmatique essentiel, une mutation de posture jamais réalisée jusqu'alors par aucune réforme : la disparition des objets phares telle que la mise en situation professionnelle (MSP) est vécue comme iconoclaste.

La MSP permettait de juger des capacités de l'étudiant en action, avec le double regard de l'IFSI et du terrain. La MSP faisait consensus (figure harmonieuse du monde domestique). Elle permettait de voir comment l'étudiant réagit dans une situation complexe, avec des imprévus pouvant survenir malgré une bonne préparation de l'examen (patient, matériel, environnement).

Par exemple, une réfection de pansement est programmée, tout est prévu (matériel, plan de travail...) mais... la personne devant être soignée réclame le bassin. Ce qui implique, pour l'étudiant sur la sellette, de devoir répondre à sa demande tout en gardant en tête le geste à réaliser et donc à répondre aux conditions d'hygiène et d'asepsie bouleversées par l'incident du bassin, sans compter la réinstallation de la personne et de son environnement, une communication adaptée et chaleureuse... Autre exemple, une ponction veineuse sur laquelle l'étudiant est concentré. Tellement concentré qu'il verra ou non que la perfusion d'hydratation est presque terminée et demande à être rapidement renouvelée pour éviter que la voie veineuse ne soit obturée et que cela implique de *repiquer* la personne.

Les professionnels regrettent que les étudiants ne puissent être jugés (et notés !) dans ces conditions concrètes de l'exercice professionnel, prenant en compte tous les multiples paramètres du soin infirmier.

De plus, la MSP était également l'occasion de réunir professionnels infirmiers et formateurs dans une même action d'évaluation. « La disparition de temps dédié aussi bien pour les formateurs que pour les tuteurs va à l'encontre de la demande de collaboration entre les deux institutions. » (Met, 2017, p. 87)

Les MSP avaient lieu lors de chacun des stages. Lorsqu'un étudiant échouait à la MSP du diplôme d'Etat, il était contraint à un redoublement de la dernière année de formation. En bref, la MSP permettait de juger des réelles capacités techniques, relationnelles, opérationnelles dans des situations de soin réelles et, de ce fait, complexes.

Par quoi sont-elles remplacées ? Par une évaluation continue de la posture et des compétences de l'étudiant, au cours de chacun de ses stages, stages qui sont moins nombreux et pour lesquels les personnes référentes et évaluatrices ne sont pas toujours identifiées. Les modalités d'évaluation des étudiants sont très peu précisées, hors celles du portfolio, qui *saucissonnent* les prises en soin, sans tenir compte du réel des gestes et postures infirmiers.

1.4. Des stratégies variées

Les critiques des professionnels peuvent parfois, ainsi que nous l'avons constaté sur le territoire étudié, déboucher sur des logiques d'action ayant pour visée de réajuster ce qui est jugé comme déviant dans le nouveau référentiel. Ainsi, la résistance au changement peut s'incarner dans des postures et du vocabulaire.

Par exemple, plusieurs infirmières d'une unité du CHU font allusion à des « *infirmières formatrices* » désignées comme telles dans l'unité de soin. Lorsqu'il s'agit des tuteurs de stage, il est dit que ceux-ci

« *préparent des cours* » : la suspicion de délitement de la formation initiale conduit certains professionnels à prendre les choses en main, avec les normes de l'ancien référentiel et de leur propre formation. Ainsi, certaines unités de soin recourent à des pseudos MSP.

Certains lieux d'accueil de stagiaires infirmiers n'ont pas de tuteur attitré et plusieurs infirmiers se partagent cette tâche. Souvent, l'ensemble de l'équipe soignante (infirmiers, aides-soignants, paramédicaux et médicaux) donnent leur avis sur l'étudiant, a fortiori pour le stage pré-professionnel, le dernier réalisé avant le diplôme. Qui fait la synthèse ? Le cadre ? Le tuteur ? Qui remplit le portfolio validant les acquisitions en stage ? L'étudiant ? L'étudiant et le tuteur ? Les conditions d'évaluation sont très disparates selon les lieux de stage. Le rôle des cadres de santé est interrogé ici. Nous y reviendrons.

Il serait peut-être possible de minorer le désarroi des professionnels en les intégrant réellement au processus de formation initiale infirmière. Cela nécessiterait le développement des échanges entre formateurs et infirmiers de terrain, la création d'outils d'information et, certainement, la formation de nombreux professionnels au tutorat des étudiants.

1.5. Une formation au tutorat

Avec l'arrivée du nouveau référentiel, certains établissements hospitaliers se sont adaptés et forment des tuteurs de stage, rédigent des livrets d'accueil des étudiants.

De leur côté, certains IFSI organisent des journées d'information destinées aux professionnels accueillant des stagiaires. Ces démarches restent personnes-dépendantes.

Les professionnels infirmiers sont encore très cloisonnés dans leur univers du soin, et même dans le seul univers domestique du soin (même unité, même établissement, même spécialité), bien que les nouvelles organisations hospitalières les contraignent à un *turn-over* qu'ils ont du mal à supporter. Cet enfermement est préjudiciable à l'accueil de nouveaux modes de transmission. Peut-être conviendrait-il, pour casser ce processus préjudiciable à l'enseignement clinique des étudiants, de former les équipes soignantes accueillant les stagiaires, puisque, nous l'avons vu, l'ensemble des professionnels est concerné par l'accueil des étudiants.

Afin que l'ensemble de la situation soit clarifié, cela impliquerait que les professionnels infirmiers soient intégrés réellement au processus de formation et formés à cela. L'instruction DGOS publiée le 4 novembre 2016, qui régit la formation obligatoire au tutorat, sera sans doute une étape en ce sens. Elle permettra de faire avancer vers un dialogue nécessaire entre professionnels des IFSI et des lieux de soin. Rappelons les propos d'une des formatrices interrogées :

« ...on peine encore dans certains endroits à faire comprendre cette approche par compétences et ça creuse un petit peu parfois un fossé entre les professionnels de terrain et les formateurs, enfin, et la formation en général. Mais, pour les gens qui sont formés, là on fait la formation tutorat, les gens qui viennent dans la formation, ils repartent, ils disent : ben ok, c'est vraiment génial. Et c'est dommage que tous nos terrains de stage n'aient pas formés leurs professionnels. » (MPG – Ville A)

Nous relevons, une fois de plus, le rôle essentiel pouvant être joué dans le contexte de la formation clinique en stage par les cadres et cadres supérieurs infirmiers.

1.6. Pour réduire la fracture

Les mises en situation professionnelles (MSP) ne sont plus requises par le nouveau référentiel. Les professionnels de terrain n'ont plus à jouer ce rôle formatif et normatif cadré qu'elles impliquaient. Ils doutent de pouvoir être garants d'une qualité réelle de transmission. Ils ne disposent pour seul moyen d'évaluation que le portfolio, sur lequel ils peuvent suivre les acquisitions de l'étudiant en matière d'acquisition d'éléments de compétences, d'analyses de situations et de validation d'actes et

activités. Et ils continuent de remplir les feuilles d'évaluation de stage. Les nouveaux étudiants leur paraissent étranges car différents.

Si les formateurs s'ouvrent à d'autres formes d'enseignement des soins infirmiers et à d'autres réseaux professionnels, les professionnels infirmiers *restent à la maison*. Ils n'ont pas toujours les codes, les clefs, et certains formateurs regrettent que les IFSI soient en déficit d'explicitations de la réforme auprès des infirmiers des unités de soin accueillant des stagiaires. Les nouveaux diplômés, par encamaradement, se montrent souvent peu aptes à défendre leur propre formation.

Un *compromis* pourrait être envisageable si, par le biais d'une incitation institutionnelle, étayée par des formations au référentiel, les soignants étaient plus impliqués. Ceci pourrait être réalisé par une injonction institutionnelle douce, une intention affirmée de la part des directions des soins et des cadres les relayant. Cette implication institutionnelle permettrait d'accroître l'intérêt des professionnels pour l'accueil des étudiants dans la mesure où ils seraient l'objet d'une formation au tutorat, par exemple, ou bien de sessions d'échanges avec les formateurs des IFSI, ou encore de rencontres entre professionnels intéressés par la transmission au sein d'une même structure de soins. Le but de ces actions serait de mettre en évidence « une identité collective commune en lien non avec le soin proprement dit mais avec l'objectif pédagogique de tous. » (Met, 2017, p. 86)

En résumé, il semble devenir urgent de faire en sorte de dédramatiser les conséquences de la réforme auprès des professionnels infirmiers. La perte de leur repères est difficile encore aujourd'hui tant les changements sont essentiels dans la forme. Pour autant, l'apprentissage clinique au chevet du patient reste bien le même, en dépit des outils d'évaluation différents. Existe toujours pour les professionnels la possibilité de transmettre l'art infirmier, dans toutes ses dimensions.

« Nous croyons surtout qu'aujourd'hui l'intention est d'arrêter de créer une dichotomie entre les IFSI et les stages. » (Boissart, 2013, p. 250)

2. Des médiateurs, dans tous les aspects de la formation infirmière

Nous avons montré l'importance croissante des réseaux professionnels. Les réseaux n'impliquent pas que tout le monde fasse tout, mais bien que chacun possède un rôle défini à jouer. Parmi ces rôles, les réseaux supposent que des personnes fassent office de médiateurs entre les partenaires.

Certaines des personnes acteurs de la transmission sont centrifuges et permettent au processus d'exister car elles ne ramènent pas dans leur monde de prédilection. Elles ne sont pas centripètes. Ces personnes sont des *passe-frontières* entre mondes. Elles permettent le lien entre mondes car elles les incarnent ou les expliquent. Ces personnes peuvent être assimilées au marginal sécant, tel que défini par l'analyse stratégique, et qui représente « un acteur qui est partie prenante dans plusieurs systèmes d'action en relation les uns avec les autres et qui peut, de ce fait, jouer un rôle indispensable d'intermédiaire et d'interprète entre des logiques d'action différentes, voire contradictoires. » (Crozier, Friedberg, 1977, p. 86)

2.1. Différents médiateurs

Le professionnel infirmier lui-même est un médiateur dans la mesure où il est de plus en plus communicant et vecteur d'informations : du médecin vers le patient, du patient vers le médecin, avec les familles et les proches, entre les membres de l'équipe soignante, avec les services logistiques et techniques, etc.

Dans une logique de médiation entre univers qui se comprennent peu ou mal, plusieurs types de personnes peuvent également faire office de médiateurs. Les nouveaux diplômés peuvent être des professionnels soucieux de l'accueil des stagiaires, ainsi que le préconise la compétence 10 du référentiel. Ils peuvent expliciter les arcanes de la réforme aux équipes soignantes des lieux de stage. Ils sont légitimes pour tenir ce rôle car ils connaissent les modalités du processus de formation et

sont intégrés dans une unité de soin.

L'acculturation entre IFSI et université permet d'envisager que les formateurs aient un rôle éminent à jouer en tant que médiateurs entre professionnels de terrain, étudiants et universitaires.

Les directeurs des IFSI et les doyens des universités sont des médiateurs par essence. Toutefois, au-delà des exigences de leur mission, il s'agit aussi pour eux d'affirmer leur intention de fonctionner en réseau, en prenant en compte la spécificité de chacun des partenaires, sans imposer leurs propres principes. Le style des personnes influence sur leur approche des réseaux de collaboration.

Il sera pertinent de se questionner sur l'éventuelle existence de médiateurs à l'échelon national. Les organisations professionnelles et étudiantes, syndicales ou non, jouent-elles ce rôle ? Qu'en est-il de l'influence du CEFIEC auprès des ministères, par exemple ? L'Ordre Infirmier est-il et sera-t-il écouté par les infirmiers, d'une part, par les politiques et décideurs d'autre part ? L'Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) est-elle amenée à jouer un rôle plus prégnant dans les années à venir, du fait du nombre croissant d'infirmiers docteurs et doctorants ?

2.2. Le rôle des cadres de santé

Au vu des témoignages provenant d'unités de soin différentes, il y a lieu de s'interroger sur le rôle éminemment essentiel du cadre de santé hospitalier dans le choix de la politique d'accueil des stagiaires. C'est souvent le cadre de santé, en qualité de maître de stage, qui effectue le premier accueil des étudiants, décide des documents mis à leur disposition (livret d'accueil, fiches organisationnelles...), qui détermine leur planning et qui nomme les tuteurs, qu'il a fait ou non former au tutorat. C'est lui également qui est en lien avec les IFSI pour les rendez-vous des visites en stage et pour les rencontres institutionnelles ou informelles. Il est en relation avec la direction des soins et avec les autres cadres de la structure, qui sont pour lui des personnes ressources. C'est enfin lui qui a la possibilité d'explicitier le nouveau référentiel à l'ensemble de l'équipe soignante qui sera amenée à encadrer les étudiants infirmiers.

« Dans chacun des deux terrains de la formation : IFSI ou stages, les responsables hiérarchiques doivent donc avoir compris le sens de la réforme, les enjeux et les impacts de cette dernière pour pouvoir répercuter et relayer les informations utiles auprès de leurs subordonnés. » (Boissart, 2013, p. 157)

Le cadre de santé est un acteur pivot, central, qui peut permettre de rendre l'accompagnement en stage professionnalisant, dans le contexte du management global d'une équipe soignante. Il peut être *marginal sécant* par excellence.

Le cadre de santé est supposé être proche des problématiques de l'ensemble de l'équipe soignante. L'accueil des stagiaires fait partie de ses missions. Il se doit de procurer aux étudiants effectuant un stage dans l'unité un accompagnement lui permettant d'acquérir des savoirs et des compétences. Cela lui sera d'autant plus aisé qu'il sera conscient de la vie de l'unité de soin, que son management sera centré sur l'activité de chacun et de tous et qu'il sera resté soignant, qu'en dépit de la *prise de galons*, il n'aura pas perdu son âme infirmière. « La formation de cadre de santé devrait cultiver cette appartenance à un métier du soin : c'est une ressource et non une contrainte dont il faudrait se dégager. » (Campia, 2015, p. 128)

Cela implique que la logique gestionnaire qui est de plus en plus de mise au sein de l'institution hospitalière ne soit pas une contrainte insurmontable.

« La montée de la logique gestionnaire dans les hôpitaux est concomitante d'une évolution de la place des cadres dans les collectifs de travail. Bien qu'ils puissent gagner là aussi en visibilité et en pouvoir stratégique, les cadres n'ont généralement pas été les promoteurs de ce mouvement. Ils le subissent autant que les autres professionnels et nombre d'entre eux le déplorent... » (Demazière, Gadéa, 2009, p. 78)

3. L'universitarisation : pourquoi faire ?

La discipline infirmière peine à faire reconnaître sa scientificité. Des étapes ont été franchies et la lisibilité est meilleure. Toutefois, un long chemin reste à accomplir. Les professionnels infirmiers et les formateurs partagent-ils par ailleurs la même vision de la professionnalisation du métier ? Il semblerait, au vu des résultats de notre étude de cas, que les professionnels craignent un « académisme » qui pourrait s'avérer destructeur pour le maintien de la tradition infirmière.

Quel bilan est-il loisible de réaliser avec le recul de sept années depuis la réforme de 2009 ? Dans quelle mesure la réforme de 2009 a-t-elle ouvert la voie de la reconnaissance d'une discipline infirmière ? Et quelles sont les évolutions données à voir pour l'avenir ?

3.1. L'universitarisation : des plus et des moins

L'universitarisation des études infirmières, nous l'avons vu, est loin d'être effective. Mais si l'on examine les résultats mesurables factuellement, il est possible de constater que de nombreuses étapes ont dès lors été franchies.

- Les conventions signées entre les régions, les universités et les IFSI.
- Le nombre d'heures d'enseignement universitaire initié par ces conventions.
- L'acculturation constatée entre professionnels des IFSI et des universités.
- La logique universitaire œuvrée depuis 7 ans : semestres, ECTS, etc.
- La bourse d'étudiants bientôt délivrée aux étudiants infirmiers.
- D'autres objets du monde universitaire disponibles pour les futurs infirmiers : carte d'étudiant permettant l'accès au sport, aux centres de documentation, au CROUS, etc.

Par contre, nous pouvons affirmer que l'universitarisation n'est pas aboutie dans la mesure où :

- La disparité des territoires interdit une homogénéisation de l'accès aux services.
- Les théories de soins infirmiers sont encore peu ou mal connues des formateurs et des professionnels.
- Les masters de spécialités peinent à être proposés.
- Le grade licence est ambigu dans son interprétation.

Mais ces éléments, qui ne concernent que la forme et non le fond de l'entrée des sciences infirmières à l'université, ne règlent pas les questions fondamentales :

- Quelle discipline académique infirmière ?
- Pourquoi une discipline académique infirmière ?

3.2. Quelle discipline infirmière ?

Des cursus universitaires commencent à être proposées aux infirmiers par les facultés de médecine-pharmacie. Ils forment à des spécialisations mais sont rarement dédiés aux seuls infirmiers. L'absence de discipline infirmière est un obstacle à la création de filière universitaire spécifique, centrée sur les réels enjeux du soin infirmier dans sa singularité. Cela implique par conséquent que cette singularité soit suffisamment décrite et précisée. La clinique infirmière demanderait à être portée en avant, décrite, commentée, argumentée. Il importe d'identifier les savoirs infirmiers : il ne s'agit pas d'un pur objet théorique.

La discipline infirmière est à définir en elle-même, certes, mais aussi au regard des autres acteurs du soin. En quoi se différencie un infirmier des autres soignants ?

Nous avons pointé dans notre recherche la difficulté que rencontrent encore les infirmiers pour se parler et parler d'eux. Le passage à la discipline implique un passage par les mots et une construction d'un corpus de sujets et d'objets spécifiques.

Dans cette logique, la mise en valeur de la richesse épistémologique des soins infirmiers est une évidence.

Reste par ailleurs à régler le problème du *lieu* d'enseignement académique infirmier : Hautes écoles autonomes ? Départements universitaires ? Autres possibilités ? La solution évoquée par plusieurs personnes interrogées d'IUT dédiés n'est-elle pas un contresens dans une logique de reconnaissance académique ?

3.3. Pourquoi une discipline infirmière ?

A l'heure actuelle, peu de jeunes diplômés se sentent concernés par une poursuite d'études en post-diplôme professionnel. Les jeunes infirmiers sont-ils désireux d'obtenir des grades universitaires ? Cela fait-il sens pour eux ? Si leur motivation pour l'exercice infirmier est parfois interrogée, qu'en est-il de leur intention d'aller plus loin dans la recherche de connaissances et l'acquisition d'une expertise ?

Ces interrogations soulèvent d'autres questions. La légitimité des cadres formateurs pour la transmission des théories de soin et la connaissance des outils de diagnostic clinique ainsi que leur propre intérêt pour la recherche infirmière sont ici convoqués.

La fracture évoquée supra entre territoires de formation et territoires de soin est certainement un obstacle à une cohérence d'ensemble. Les professionnels de terrain sont trop préoccupés de vivre les soins au patient dans un quotidien tendu pour partager une vision académique de leur profession.

Et puis, il convient de s'interroger sur l'accès à la formation initiale. En effet, il est indéniable que le niveau d'exigence des cours universitaires met en échec les étudiants ne disposant pas des pré requis scientifiques. De quelle manière s'agit-il ou non de repenser les modalités d'entrée en IFSI ? La nécessité de connaissances scientifiques de base doit-elle influencer sur les conditions d'accès au concours ? Pour quels infirmiers compétents au chevet du patient l'accès aux études doit-il être repensé ?

Par ailleurs, d'autres éléments ont une incidence sur l'accès au savoir pour l'intégralité des promotions infirmières : la masculinisation s'accroît peu à peu, certains étudiants sont très jeunes en post-bac, les étudiants de *filière 2* rencontrent des difficultés particulières, les générations entrant en formation cultivent l'immédiateté et le zapping dans l'apprentissage. Tous ces paramètres complexifient la problématique et ralentissent la réflexion.

Enfin, il y a lieu de s'interroger sur l'opportunité de la création d'une discipline infirmière. La qualité des soins est-elle en lien avec l'universitarisation ? Car le fait d'être inscrit ou non dans une reconnaissance académique disciplinaire ne doit pas risquer de faire oublier la mission essentielle des infirmiers : procurer des soins aux personnes.

3.4. Infirmiers et aides-soignants : l'ambiguïté du rôle propre

Nous avons pu constater que l'histoire des aides-soignants et des infirmiers est intriquée durant plusieurs siècles. La distinction réelle de deux métiers différents et complémentaires n'est effective qu'à la seconde partie du XX^{ème} siècle, lorsque le diplôme d'Etat d'aide-soignant est créé.

Aujourd'hui, l'accès à ce diplôme est en cours de remaniement, et la réingénierie des formations d'aide-soignant et d'auxiliaire de puériculture est en chantier depuis 2015.

« Deux nouvelles compétences devraient être ajoutées, portant le nombre de compétences à valider à dix : un volet animation (mise en œuvre des projets dans le cadre du projet de vie de la personne ou d'un projet collectif) et un volet sur le tutorat auprès des stagiaires ou des nouveaux professionnels. La durée de la formation devrait ainsi augmenter, mais cela ne signifie pas pour autant que la profession bénéficiera qu'une qualification de niveau IV. »
(Trentesse, 2017)

En ce qui concerne les compétences, le nouveau référentiel de formation aide-soignant est sujet à controverse. En effet, il prévoit d'étendre les compétences des aides-soignants pour leur permettre de pratiquer des actes jusqu'alors réservés aux seuls infirmiers.

« Pour finaliser cette première étape, il reste à établir la liste des soins que peuvent réaliser l'aide-soignant et l'auxiliaire de puériculture, souligne Thérèse Palla⁴¹. Il s'agit notamment des soins déjà actés dans le référentiel en vigueur mais aussi des soins nouveaux tels : aspirations endo-trachéales, bande de contention ou encore tests de glycémie... » (Trentesse, 2017)

En octobre 2016, les infirmiers avaient manifesté leur désaccord à l'intégration des tests de glycémie capillaire au référentiel d'actes des aides-soignants : pour eux, cet acte doit rester un acte infirmier qui ne saurait être délégué. Or, dans les lieux de vie, il est pratique courante que les aides-soignants pratiquent les glycémies lorsqu'une seule infirmière est présente dans un EHPAD accueillant 70 résidents, dont 15 à 20 nécessitent un contrôle glycémique pluriquotidien. La réglementation, dans bien des cas, ne ferait qu'entériner une réalité des pratiques.

Actuellement, l'aide soignant exerce « dans le cadre du rôle propre de l'infirmier, en collaboration avec lui et sous sa responsabilité, dans les limites de la qualification qui lui est reconnue du fait de sa formation ». (Articles R.4311-13 à R.4311-5 du code de la santé publique). Nous voyons ici toutes les ambiguïtés du lien qui unit les aides-soignants et les infirmiers, lien hiérarchique, lien de responsabilité, lien de compétences partagées. Pacific rappelle un essentiel : le « rôle propre » infirmier est à réhabiliter, à promouvoir car il s'agit là du cœur de métier infirmier, « source du soin », la base permettant de faire de la science infirmière, un art. Or, il est important de constater que le rôle propre infirmier est, et sera, de plus en plus partagé avec les aides-soignants. Quelle sera la part de ce rôle propre partagé ? Sera-t-elle la même en fonction des lieux d'exercice ? Sera-t-elle fonction des organisations et des ajustements aux pénuries de personnel infirmier ?

Les aides-soignants sont dans une position particulière. « Le problème réside, une fois de plus, dans le fait que l'aide-soignant n'a pas de rôle propre, donc pas de métier à proprement dit, et qu'il est formé pour faire le travail à la place d'un autre professionnel, estime Thérèse Palla. » (Trentesse, 2017)

Lorsqu'il s'agit de « faire à la place », ne s'agit-il pas, le plus souvent, de « récupérer le sale boulot » ?

« Ainsi, aujourd'hui, les aides-soignantes et aides-soignants prodiguent des soins infirmiers, et ils sont d'ailleurs parfois les seuls à les prodiguer. Ces soins sont parfois désignés par l'étrange expression de *"soins aides-soignants"*, en ignorant sans doute qu'il s'agit de soins infirmiers... » (Hesbeen, 2017, p. 145)

La compétence 3 du référentiel de formation infirmière recouvre l'ensemble des missions liées au cœur de métier infirmier. Cette compétence 3, nous l'avons vu, est considérée comme l'apanage des aides-soignants puisqu'ils la valident d'office en entrant en formation infirmière. Qu'en penser si tout l'enjeu de cette compétence est de permettre aux infirmiers de déléguer les soins qu'ils peuvent juger peu attractifs ? Les infirmiers ayant hérité d'actes et de tâches autrefois dévolus uniquement aux médecins se déchargent-ils à présent eux-mêmes sur les aides-soignants pour les actes et tâches qu'ils jugent moins valorisants ?

« Hughes montre comment des transformations de l'hôpital ont pour effet un élargissement de l'ensemble des tâches infirmières, notamment sous l'effet d'une délégation de leurs propres tâches par les médecins, celles-ci s'ajoutant au sommet de la hiérarchie pour les infirmières. Sauf à accroître leur charge de travail, les infirmières se doivent de déléguer à leur tour une partie de leurs tâches. Ce sont les moins prestigieuses qui sont visées par ce processus, en direction de catégories subalternes, que celles-ci existent déjà dans l'institution, disponibles pour prendre en charge ces tâches déléguées, ou que de nouvelles catégories soient inventées pour l'occasion. » (Demazière, Gadéa, 2009, p. 53)

⁴¹ Présidente de l'Union française des aides-soignantes.

Car dans l'institution hospitalière, le travail pluridisciplinaire implique une imbrication des contours de chaque métier. Les évolutions actuelles des politiques de santé accélèrent le changement des relations entre acteurs du soin.

Plus que jamais, il paraît indispensable de se souvenir que, en matière de soins prodigués, chaque soignant, quelque soit son grade, chaque geste, quelque soit son prestige ou son humilité, co-contribuent à un même objectif commun : prodiguer une aide à une personne ou à un groupe de personnes qui en a (en ont) provisoirement ou durablement besoin.

« L'éthique, avec l'écologie sans doute, est un chemin qui conduit à l'ordinaire. Et c'est dans cet ordinaire, où tout est "simple", c'est-à-dire ni grand ni petit, ni important ni secondaire, ni de première classe ou de seconde,, c'est-à-dire indispensable, que les gestes soignants en particulier trouvent leur sens, leur dignité, leur manière ou leur style. A ce moment, l'acte opératoire et la distribution du repas, aussi différents soient-ils, ne "valent" ni plus ni moins car ils sont également précieux. » (Dupuis, 2013, p. 156)

4. Quels infirmiers demain ?

La réforme de la formation infirmière impose des changements de transmission des savoirs qui correspondent à une modification de la conception de la fonction, de la mission et du rôle infirmier. Et au-delà, du groupe professionnel infirmier.

4.1. Des attentes différentes

Lorsque l'on questionne quelle est la demande de la société à l'égard des infirmiers, nous nous retrouvons devant une profusion de réponses. En effet, les attentes varient selon les acteurs, ainsi que nous l'avons constaté lors de notre étude de cas.

« Et donc, ce qui change, c'est, me semble-t-il, qu'on a pris la mesure que l'infirmier il était pas hospitalier et que sa formation, c'était pas pour former des infirmiers pour aller à l'hôpital... par rapport à tout ce qui bouge dans le monde sanitaire et social, on essaie de tenir compte de ça. » (Une directrice d'IFSI)

« ...il y a vraiment à prendre en compte ce changement générationnel et sociétal. Puisque les professionnels vont moins rester dans un service ou un établissement, ils sont moins attachés à l'établissement et si ça leur convient pas, ils vont partir, c'est pas grave... Et il y a plus de turn-over et c'est pas nécessairement le référentiel qui amène ça. » (Une formatrice)

« ...je pense que c'est quelqu'un qui est au carrefour de toutes les disciplines qu'on a à l'hôpital. Je dis bien l'hôpital, parce qu'au final l'infirmier on veut de plus en plus le faire travailler hors de l'hôpital, mais quelque part, il est quand même toujours en lien avec ça. » (Un étudiant)

« ...un infirmier, c'est quelqu'un d'extrêmement important puisqu'il a quand même des missions de santé publique [...] ils sont comme les pharmaciens d'officine souvent en première ligne... des interlocuteurs qui sont assez appréciés par la population et qui sont peut-être quand même beaucoup plus disponibles que les médecins de façon générale. » (Un universitaire)

Les formateurs en IFSI, les professionnels de terrain, les universitaires, les donneurs d'ordres et financeurs, tous acteurs de la formation initiale infirmière, divergent dans leur vision de l'infirmier.

De surcroît les organisations ministérielles et territoriales et les établissements employeurs ont également des objectifs spécifiques.

Enfin, bien évidemment, le public bénéficiaire de soins a lui aussi ses attentes et ses besoins.

4.2. Des enjeux de santé publique

Notre étude de cas a été réalisée dans un contexte d'exercice infirmier hospitalier, mais l'offre de soins ne saurait être limitée aux prestations intra-hospitalières. L'univers des soins infirmiers est modifié par l'apparition de nouvelles exigences de santé publique. La désertification médicale entraîne des transferts de compétences, les territoires deviennent des pivots d'organisation des soins, les nouvelles politiques de santé impliquent d'autres modes d'exercice.

Les réseaux de territoire sont justifiés par les transferts de compétences car la pénurie de médecins est déjà réelle et devrait s'accroître lors des prochaines années. Les infirmiers sont amenés à suppléer à cette pénurie dans une logique de maillage territorial. Selon les volontés locales, les transferts de compétences sont réalisés de manière plus ou moins efficiente. Ainsi, dans la petite ville de Nogaro, dans le département du Gers, la maison de santé accueille cinq médecins généralistes qui, ne pouvant pas répondre à toutes les demandes en soin d'un secteur rural très vaste, font appel à deux infirmières cliniciennes. Celles-ci sont chargées de missions d'éducation pour les malades chroniques (diabétiques, par exemple) et accompagnent le maintien à domicile.

Les réseaux de territoire sont rendus indispensables par la modification des besoins en santé. En effet, le vieillissement de la population entraîne un développement des prises en soin des maladies chroniques et un soutien infirmier dans le contexte du maintien à domicile des personnes âgées. De plus, le développement de l'ambulatoire, s'il doit pouvoir constituer un gage de qualité de la prise en soin, implique une évaluation des besoins et des ressources des personnes et une coordination de l'ensemble des acteurs soignants du territoire.

4.3. Le rôle des infirmiers libéraux

Les infirmiers libéraux sont amenés à jouer un rôle de pivot au sein des territoires de santé. Ils sont au cœur des enjeux sanitaires, sociaux et sociétaux. Tout se passe comme si les anciennes missions des infirmiers étaient à nouveau convoquées du fait des évolutions sociétales. Qu'il s'agisse de prophylaxie et de vaccination, d'accueil des déshérités (migrants ou personnes en situation de grande pauvreté), de prévention et d'éducation à l'hygiène et à la santé, les missions des infirmiers s'inscrivent plus que jamais dans une politique sociale de la santé.

De nouveaux territoires sont à prendre en considération : les zones hyper-urbaines et les zones en voie de désertification. Les modes d'exercice sont amenés à se diversifier plus encore, si cela est possible...

4.4. Le sens du soin

Il s'agit pas de ne pas perdre de vue, quelque soient les considérations institutionnelles, organisationnelles et politiques, le sens même du soin. En effet, nous le répétons, le but de la formation infirmière, au-delà des ingénieries et des mises-en-œuvre de celles-ci, est de promouvoir la santé des personnes et de la population. Cela implique la prise en compte de la dimension humaniste du soin, encore et toujours, et de ne pas oublier les fondamentaux du soin, qui consistent à attacher un regard d'humain sur un ou des humains.

« Il s'agit ainsi, par la formation, de contribuer à élever la capacité de raisonner et de communiquer en vue d'une intelligence du singulier, une intelligence de situation et la compétence tant individuelle que collective que cette intelligence permet. » (Hesbeen, 2013, p. 60)

Quelques soient la pertinence des référentiels, la complexité des méthodes, l'inventivité des manuels de formation, être infirmier ne saurait se résumer à un exercice de performance. La dimension humaine, humaniste des soins se doit de prévaloir dans la perspective de soigner.

« Il ne suffit pas d'être qualifié et expérimenté pour se révéler un professionnel compétent. » (Hesbeen, 2013, p. 62)

5. Le soin, un produit comme un autre ?

Les exigences de la société envers l'offre de soins évoluent. L'évolution sémantique est parfois révélatrice des mutations. Ainsi le patient est devenu usager en début des années 1990 pour être appelé client depuis les années 2000.

Le public, très informé par les médias de ses droits et des possibilités supposées de prestations soignantes, est de plus en plus exigeant à l'égard des établissements et des professionnels du soin.

Parallèlement, les établissements de soin, engagés dans une logique de rendement, sont contraints à développer des stratégies de prise de parts de marché. La santé devient un marché concurrentiel. « Il faut bien admettre que les établissements de santé sont considérés économiquement comme des producteurs de services particuliers : les soins. » (Svandra, 2009, p. 112)

5.1. L'accès aux soins

Compte tenu du contexte économique et social, une partie de la population n'a pas possibilité d'accéder à certains soins (appareillages auditifs, prothèses dentaires, par exemple). La crise actuelle renforce cette problématique d'accès aux soins pour tous qui devient de plus en plus une gageure.

La pénurie médicale dans certaines spécialités et/ou dans certaines zones géographiques du territoire français est un problème qui devient crucial. La création de maisons médicales, regroupant médecins, kinésithérapeutes, psychologues, infirmières,... se généralise mais ne pallie pas totalement au déficit d'offre de soins.

De plus, la Loi de Santé promulguée en janvier 2016 interroge les professionnels du soin car elle devrait renforcer les collaborations sur les territoires. Elle s'appuie en partie sur les objectifs de la loi Hôpital patient santé territoire (HPST), loi qui avait elle-même été très controversée.

Ainsi, s'exprimaient Stéphane Rican et Zoé Vaillant en 2009 :

« Ces "territoires de santé", même s'ils cherchent à prendre en compte certaines pratiques des populations en matière de recours hospitalier, correspondent, en fait de "territoires", à des aires de chalandises des hôpitaux et surtout, en fait de "santé", à la seule morbidité hospitalière diagnostiquée. Cette approche de la planification revient à assimiler les besoins de santé avec un besoin de consommation de soin, a fortiori hospitaliers curatifs mais, plus encore, elle ne prend pas en compte les besoins réels qui comportent tous ceux qui ne se sont pas traduits par un recours hospitalier. Ainsi, toute une part des besoins échappe à cette planification territorialisée. Cette recherche de l'adéquation entre besoins et offre bute également sur une autre limite forte qui est celle de l'antagonisme des visions d'ensemble que peuvent avoir différents acteurs de la territorialisation et de ses enjeux. » (Rican, Vaillant, 2009)

5.2. Une marchandisation de la santé ?

La loi HPST, la tarification à l'activité (TA), la nouvelle loi santé, ont initié une nécessité de rentabilité des établissements de soin et impliqué une logique de concurrence sur les territoires.

La conquête de nouvelles parts de marché incite les cliniques privées à développer des stratégies de séduction des clients de la santé. Elles proposent des établissements mettant à disposition des soins de qualité, assurés par des médecins et chirurgiens recourant à des dépassements d'honoraires parfois très élevés. Mais elles proposent également une offre d'hôtellerie attrayante : chambres individuelles agréables, repas appétissants, prestations de loisirs.

Par ailleurs, elles réduisent leurs coûts en externalisant une partie des prestations de soin : les examens biologiques sont réalisés par une entreprise partenaire, de même que l'imagerie médicale. Enfin, les personnels para-médicaux bénéficient de rémunérations majoritairement inférieures à celles du secteur public.

Sur un même territoire de santé, il importe par conséquent aux établissements publics de santé à fonctionner dans cette logique de marché. Certes, leurs marges de manœuvre ne sont pas aussi importantes que celles du privé, mais ils développent néanmoins des stratégies d'attraction du public. Ils visent une notoriété et une reconnaissance de la qualité de leur accueil en soin. Des praticiens prestigieux peuvent être des bons ambassadeurs de cette démarche, quitte à autoriser des dépassements d'honoraires qui auraient été impensables dans le service public hospitalier il y a quelques décennies.

Les classements annuels des hôpitaux sont une illustration de cette logique de recherche d'image promotionnelle positive permettant aux établissements de soin d'assurer leur continuité et/ou leur développement.

5.3. Des témoignages de soignants

Une infirmière exerçant en milieu hospitalier témoigne en septembre 2016 à l'antenne de la radio RTL pour déplorer que les cliniques et hôpitaux soient gérées par des financiers et non des soignants comme autrefois. Elle a connu cinq directeurs en dix ans, dont un venant de l'Education Nationale, et un autre ancien directeur de banque.

Nathalie Depoire, présidente de la Coordination nationale infirmière (CNI), rappelle lors de la même émission que la durée de vie professionnelle moyenne d'une infirmière hospitalière est de plus ou moins 7 ans, contre 9 ans en 2002, tant le rythme de travail est devenu effréné.

Elle fait le constat suivant :

« Années 1990 : humanisation des hôpitaux. Années 2000 : efficience. Années 2010 : économies. »

La même radio, accordait, lors d'une autre émission réalisée en septembre 2016, une libre antenne destinée aux témoignages des infirmiers. En voici quelques extraits, qui complètent les éléments posés ci-dessus.

Stéphane, infirmier à Paris : « Une économie de 3 milliards doit être réalisée sur trois ans. Cela se traduit par des regroupements hospitaliers en super hôpitaux et par une mobilité (changements d'unités) du personnel. Cela est déjà en place sur les hôpitaux de Paris. Les infirmiers sont énormément recrutés en contrats à durée déterminée (CDD) car l'objectif est d'embaucher moins de fonctionnaires. C'est le système comptable qui prévaut. Peu importe le grade, vous n'avez que le droit de vous taire. Il n'y a pas de respect, même pour les médecins. Certains directeurs sont amis des politiques et de l'ARS et ne pensent pas aux patients et aux personnels hospitaliers. »

David, cadre hospitalier à Nancy : « Nous sommes dans une obligation de rentabilité. C'est devenu de plus en plus difficile. Du fait du désengagement de l'Etat, il y a un manque de moyens. La plupart des CHU sont endettés. On ne peut plus avancer, on ne peut plus soigner. La logique hospitalière souffre d'un grand cancer. »

Ces propos, très péjoratifs, sont représentatifs du climat très lourd qui existe dans les milieux du soin français en fin 2016-début 2017 et qui est exprimé par les professionnels via les médias.

Conclusion

Notre travail de recherche nous a permis de décrypter, par delà la réforme de l'universitarisation des études infirmières, les opportunités et les risques qui sont en jeu pour le groupe professionnel infirmier. L'émergence de ces opportunités et de ces risques, nous a permis de poser quelques pistes pouvant être explorées et qui sont loin de représenter l'ensemble des hypothèses qu'il conviendrait de débattre.

Les mutations sociétales entraînent des modifications des besoins en santé. Elles ont une incidence sur les acteurs de la formation initiale infirmière. Sont-ils aptes à proposer aux futurs infirmiers les moyens d'exercer dans le respect des règles déontologiques et éthiques au regard des nouvelles contraintes de l'environnement professionnel ? Les formateurs, au cœur du dispositif de formation, auront un rôle essentiel à jouer en cela, s'ils parviennent à rester proches des réalités des professionnels de terrain.

« En attendant, les formateurs en soins infirmiers continueront à accompagner des étudiants dans la découverte de ce métier qui est le leur. Infirmiers avant tout, ils sont aussi cadres de santé et à ce titre, ils véhiculent toutes les valeurs professionnelles d'une culture soignante à transmettre. De notre point de vue, l'acculturation ne semble pas en mesure d'effacer cela. » (Chareyre, 2011, p. 58)

Parallèlement aux interrogations portant sur les évolutions de la transmission, la reconnaissance de la discipline infirmière continue d'être, de plus en plus, parlée et débattue.

« [...] comme nous l'avons constaté, les professionnels attendent des savoirs académiques dans la compétence infirmière et légitiment ainsi la place de l'université en ce qu'elle peut permettre la revalorisation du métier en rendant lisible des savoirs infirmiers davantage formalisés. » (Noël-Hureaux, 2012, p. 6).

Le défi de la deuxième décennie du XXI^e siècle consiste-t-il à faire reconnaître une discipline des sciences infirmières en France ?

Ne consiste-t-il pas également à maintenir et développer, parallèlement à un ancrage scientifique, une approche humaniste des soins infirmiers ? Au même titre que les soins techniques et le rythme effréné des conditions de travail en institution ne doivent pas faire oublier le temps de l'humain.

« Cette tension entre la nécessité pratique d'un temps rationalisé (véritable paradigme dans l'industrie), symbolisé par le chronomètre, et la valorisation officielle d'un temps domestique, symbolisé par le rythme tranquille du carillon.... » (Rimbert, 2006, p. 95)

Conclusion générale

« Elle avait dix-huit ou dix-neuf ans. Une très gentille fille, affectueuse et tendre. Elle songeait à faire l'école d'infirmières, mais, vu son intelligence, Mlle Temple tenait absolument à l'orienter vers l'université. » (Christie, 1971, 2014, p. 197)

Nous arrivons à la fin de notre travail de recherche. Il est temps de regarder à nouveau notre question de départ et de s'interroger sur ses significations a posteriori :

Dans quelle mesure la modification de la formation initiale infirmière, préconisée par la réforme de juillet 2009 en France, génère-t-elle, du fait de la collaboration nouvelle avec les universités, des opportunités ou des risques pour le groupe professionnel infirmier ?

Cette question n'est évidemment pas résolue ici dans sa totalité. Elle soulève elle-même de multiples interrogations et implique un champ d'exploration très vaste qu'une étude aussi restreinte ne peut embrasser. Toutefois, notre enquête nous apporte des pistes, directes et indirectes, qui permettent l'éclairage de notre problématique. Et surtout, elle ouvre de nombreuses portes, qu'il s'agira de pousser, ou non.

Une étude de cas et des résultats

Le propre de la recherche est de faire se révéler la sérendipité, c'est-à-dire de permettre de *trouver ce que l'on ne cherche pas en cherchant ce que l'on ne trouve pas*. Nous en avons fait l'expérience. Les résultats de l'étude de cas se sont parfois avérés surprenants.

Des organisations bouleversées

Le référentiel de 2009 a produit de grands bouleversements dans la construction des projets pédagogiques et dans l'organisation des équipes de formateurs. La logique de compétence et la transversalité qu'elle implique sur les trois années de formation ont produit des ingénieries pédagogiques complexes et chronophages. Le changement de posture exigée des formateurs a modifié chez ceux-ci le rapport au savoir. Ils en sont globalement satisfaits, malgré la forte augmentation de la charge de travail, surtout les premières années, charge de travail pour laquelle aucun poste supplémentaire n'a pu être financé.

Les universitaires, quant à eux, ont été désignés pour l'enseignement initial infirmier en plus de leurs missions habituelles. Cela implique pour eux aussi un surcroît de travail car aucun budget spécifique n'est alloué. Ils ont dû s'acclimater à une demande différente de celles dont ils étaient familiers, bien que beaucoup d'entre eux avaient déjà coutume d'intervenir en IFSI pour des cours magistraux ponctuels, certains depuis de longues années.

Ce sont ces universitaires, les directeurs et quelques formateurs qui ont initié la collaboration et qui ont permis de créer une dynamique positive. Aussi, le bilan est majoritairement exprimé comme positif et les critiques sont quasiment absentes des discours.

Une acculturation au-delà de la convention

Lorsque nous avons débuté notre travail, nous avions en tête que l'émergence des universitaires dans l'univers des infirmiers pouvait être source de problèmes liés à la confrontation de valeurs différentes et à des enjeux de pouvoir mais être également possibilité de reconnaissance de la discipline infirmière par le biais de l'universitarisation et la possibilité d'études supérieures que celle-ci autoriserait.

Nous avons l'impression de nous engager à commenter *le mariage de la carpe et du lapin...*

Or nous avons pu constater, au fil des entretiens réalisés en 2015 auprès des personnes intervenant dans trois IFSI et auprès d'universitaires appartenant à la faculté de médecine-pharmacie, que les uns comme les autres se montrent globalement satisfaits de la collaboration établie depuis 2010, année de la signature de la convention régionale.

Les arrangements suscités par l'injonction de se réunir, initiée par le référentiel et entérinée par la convention, épreuve modèle pour chacun des groupes de personnes, ont pu aboutir à un compromis stable.

Une acculturation réciproque s'est construite au fil des ans et des travaux successifs, d'abord de découverte mutuelle, puis de construction ensemble, et aujourd'hui de consolidation et émulation. Les professionnels des IFSI du territoire interrogés dans le cadre de notre enquête se sont familiarisés avec les sujets et objets de référence de l'université, ils ont appris à échanger entre IFSI et à mettre en commun. Les universitaires interrogés se sont ouverts à une profession qu'ils connaissaient peu ou mal, ils ont su adapter leurs enseignements et s'ouvrir à des méthodes pédagogiques nouvelles pour être en phase avec le public des étudiants infirmiers.

Le rapprochement des personnels formateurs des IFSI avec les universitaires se réalise dans des conditions de respect et de reconnaissance réciproque. Les formateurs s'initient aux TICE ou développent leurs compétences dans ce domaine, ils participent aux réseaux du territoire et au réseau régional, de manière plus ou moins prégnante. Ils sont sortis de l'entre-soi de relations exclusives entre pairs. Ils se métissent de cultures différentes.

Le groupe professionnel infirmier, ainsi que nous le dit son histoire, s'est constitué et communautarisé autour d'une logique domestique : le *care* versus le *cure*. Ceci est à relativiser dans la mesure où le métier infirmier est fortement ancré dans les savoirs théoriques et techniques nécessaires à l'exercice. Certains infirmiers ont d'ailleurs fait le choix de devenir des techniciens experts et ont privilégié l'acquisition de compétences spécifiques, ce qui ne les a d'ailleurs pas forcément toujours éloignés de la logique du *care*. Toutefois, la réforme de 2009, de par l'ouverture au milieu universitaire qui propose des connaissances académiques non assujetties à une pratique professionnelle, représente un apport majeur pour l'évolution du groupe professionnel infirmier. L'universitarisation change le regard d'une partie des formateurs, en tous cas celui des formateurs interrogés, sur l'univers scientifique.

Une ouverture vers d'autres réseaux

Le fait de travailler depuis plusieurs années autour d'un même objectif a permis aux partenaires du réseau de construire des compromis principalement domestico-industriels. Certaines personnes, chez les directeurs et les formateurs comme chez les universitaires permettent la vie du réseau et co-participent à son extension. Cette extension se situe à plusieurs niveaux :

- En ce qui concerne le territoire académique étudié, les IFSI travaillent ensemble et s'associent pour d'autres projets que celui de la collaboration avec l'université. Ils partagent leurs besoins et leurs ressources selon leurs affinités et/ou selon leur localisation géographique.
- Les unités contributives dévolues aux disciplines des sciences humaines sont en cours de construction et permettront probablement une collaboration entre les IFSI du territoire académique et une université de sciences humaines située hors territoire académique.
- Les unités contributives concernant les différents processus sont en cours d'élaboration sur les deux autres territoires académiques régionaux et seront certainement source d'échanges à l'échelle régionale.

- L'exportation des cours enregistrés par les universitaires de la faculté de médecine-pharmacie est proposée à l'ensemble des IFSI de la région. Cela implique une collaboration des universitaires avec leurs homologues des facultés de médecine-pharmacie des autres métropoles régionales.

D'autres réseaux sont également tissés sur le territoire national.

Une fracture entre lieux de formation et lieux de soin

La réforme des études infirmières de 2009 s'inscrit dans un paysage historiquement marqué par la diversité des cultures et des pratiques.

Si la réforme de 1992 avait essentiellement bouleversé l'enseignement en psychiatrie, la création d'un module psychiatrie-psychologie-soins relationnels permettait d'intégrer au nouveau référentiel les apports spécifiques à la santé mentale. Et, surtout, tous les enseignements infirmiers étaient réalisés au sein des IFSI, connus des formateurs et identifiables par les professionnels de terrain. Ainsi, de 1992 à 2009, aucun vrai choc pédagogique n'avait été réalisé pour la continuité de la transmission infirmière. Mais la réforme de 2009, par l'injonction universitaire, bouscule l'entre-soi.

Avec l'ancien référentiel de 1992, la formation était dispensée par des personnes membres du groupe professionnel infirmier. Les formateurs étaient autant, voire plus, infirmiers que formateurs. La pédagogie était centrée sur le cognitivisme et, surtout, le behaviourisme. La transmission se réalisait dans un entre-soi professionnel, entre infirmiers de terrain et moniteurs des IFSI, selon une logique domestique : la reproduction, l'imitation, la tradition prévalaient. L'apprentissage du métier se réalisait par modélisation, le respect de la hiérarchie était présent et les acquis des anciens étaient reconnus, même si les changements générationnels tempéraient cet ordre des choses.

Avec le référentiel de 2009, les formateurs se sont rapprochés de l'université pour différentes raisons : convention régionale de collaboration ou accès à des diplômes, majoritairement des masters permettant une légitimation à enseigner. Il y a encore quelques années, seul l'accès au diplôme de cadre de santé était susceptible de modifier les représentations des infirmiers devenus cadres. Mais ce diplôme était lui-même prodigué par des écoles professionnelles infirmières (les IFCS) et n'impliquait pas une immersion en milieu universitaire. Ce n'est plus le cas aujourd'hui. Les *moniteurs* d'antan sont de plus en plus souvent titulaires de diplômes universitaires, et beaucoup ont obtenu un master de sciences de l'éducation. Cette expertise modifie leur approche de la transmission et risque peut-être de les éloigner des vécus de terrain des professionnels.

Le malaise des professionnels de terrain est indéniable, tant il est lisible dans leur discours. Le questionnaire a été pour la plupart d'entre eux l'occasion de s'exprimer sur les difficultés quotidiennes qu'ils rencontrent et sur leurs inquiétudes pour l'avenir de la profession. Leurs plaintes portent sur la dégradation de leurs conditions de travail qui est cause de souffrance et de conflits de devoirs. Les critiques sont nombreuses au sein du monde domestique.

Dans ce contexte d'exercice professionnel tendu, l'accueil des étudiants apparaît problématique. Les professionnels, ainsi que notre enquête le fait apparaître, sont encore majoritairement peu ou mal formés aux exigences du nouveau référentiel et « *ne s'y retrouvent pas* ». Ils ont, de ce fait, des difficultés à procurer aux étudiants un accompagnement serein de l'apprentissage clinique en stage.

Les nouveaux objets industriels de la formation les désarçonnent et, pour se protéger contre la survenue de ces éléments perturbateurs, beaucoup se raccrochent à ce qui faisait valeur dans leur propre formation : les soins réalisés en technique, les notations de stage, les mises en situation professionnelle (MSP). Il s'agit là d'éléments ancrés dans les principes domestiques.

Les professionnels se montrent très souvent critiques à l'égard de la réforme à laquelle ils reprochent une absence de diversité dans les stages, un apprentissage technique insuffisant. Leurs critiques

portent également sur la posture des étudiants qu'ils considèrent comme trop intellectuels et pas assez aptes à soigner avec compétence et à travailler en équipe. Une intellectualisation de la formation infirmière leur semble préjudiciable au groupe professionnel.

Dans un contexte d'exercice professionnel difficile, il est demandé plus que jamais à la formation infirmière de produire des professionnels *prêt-à-l'emploi*. Ceci est d'autant plus impossible que le niveau de performance a augmenté. Les professionnels sont contraints d'accepter l'incomplétude de la formation. Dans d'autres pays, cette acceptation permet de prévoir des dispositifs d'accompagnement des jeunes diplômés : internat infirmier de six mois au Québec, infirmière dédiée à l'accueil des nouveaux arrivants et des étudiants en Belgique.

Ce type de pratique n'est pas pour l'heure de mise en France et il y a lieu de se demander, dans la limite de notre étude de cas, si nous assistons à un clivage inédit entre professionnels des IFSI et professionnels des lieux d'exercice infirmier, par défaut d'ajustements réciproques.

Un public étudiant disparate

Nous savions que le public des étudiants infirmiers est hétérogène, sur le territoire académique étudié comme sur l'ensemble du territoire français. Mais l'hétérogénéité a été si souvent mentionnée comme une source de complexité par les professionnels accueillant des stagiaires, par les formateurs et par les universitaires, qu'elle s'avère comme prégnante. Les différences de cursus interdisent de considérer les prérequis d'une promotion comme uniformes et impliquent un accompagnement plus individualisé que collectif, privilégiant les cours en petits groupes à ceux délivrés en amphithéâtre. C'est d'ailleurs ce que le référentiel préconise, dans une logique pédagogique socio-constructiviste.

La réflexivité, la responsabilité et l'autonomie, elles aussi préconisées par le référentiel, sont des points centraux des projets pédagogiques. Les étudiants sont éveillés et confortés dans l'acquisition de ces compétences qui sont plus ou moins bien comprises des professionnels de terrain.

Les étudiants sont globalement satisfaits de leur formation. Les enseignements des universitaires, cours enregistrés et séminaires, leur semblent le plus souvent assez complexes, d'autant qu'ils interviennent en tout début de formation et que beaucoup d'étudiants n'ont pas d'acquis scientifiques. Ils apprécient l'accompagnement des formateurs mais déplorent un statut parfois ambigu, entre école professionnelle et université.

A été notifié à maintes reprises par les formateurs et les professionnels des lieux de stage, chez les plus jeunes des étudiants, un changement générationnel de posture à l'égard du travail et de l'autorité. Ce changement interroge sur la pérennité de certains principes attachés traditionnellement au soin et propres aux mondes domestique et civique : esprit d'équipe, dévouement à l'autre, respect des anciens et des traditions, engagement dans un service public de santé. Les principes du monde industriel qui sont représentés dans les savoirs infirmiers théoriques et techniques semblent eux aussi menacés, pour la majorité des professionnels infirmiers comme pour une partie des formateurs.

A contrario de ces discours, l'ensemble des étudiants interrogés, y compris les plus jeunes, à quelques rares exceptions près, mettent en avant l'importance de l'équipe pluridisciplinaire, la responsabilité à l'égard du patient et des collègues, le respect et l'écoute bienveillante, la nécessité de maîtriser les gestes techniques et d'actualiser ses connaissances. Il convient peut-être de s'interroger sur le panel des étudiants interrogés : sont-ils représentatifs de l'ensemble des étudiants de leur promotion ?

Un avenir incertain et anxiogène

Pour les personnels des IFSI, pour les étudiants, pour les professionnels, c'est-à-dire pour l'ensemble du groupe professionnel, l'avenir est perçu comme anxiogène. Les facteurs de cette anxiété sont multiples.

La dégradation des conditions de travail est source de stress et de fatigue. Les étudiants perçoivent cela lors de leurs stages et s'inquiètent pour leur devenir. De plus, le plein emploi ne semble plus être réellement de mise, compte tenu des contraintes budgétaires auxquelles sont soumis les établissements de soin, contraintes qui les incitent à restreindre les effectifs du personnel soignant.

Les changements politiques et sociétaux modifient le rapport des personnes à l'offre de soin. Les jeunes générations, ainsi que le pointent plusieurs formateurs et la majorité des professionnels infirmiers, si elles sont dans une forte logique d'engagement, tentent malgré tout de se préserver pour ne pas sombrer dans le désabusement exprimé par les professionnels. Les infirmiers s'inquiètent du risque de perte des traditions du soin, d'une universitarisation au détriment d'une professionnalisation.

En ce qui concerne la reconnaissance de la profession infirmière, la majorité des interlocuteurs exprime la souhaiter mais mesure les étapes encore nécessaires pour y accéder : le grade licence ne semble pas leur suffire, les diplômes de spécialités tardent à émerger, le poids de l'histoire continue de peser sur les relations dans les lieux de soin.

L'avenir des IFSI est interrogé par les directeurs, les formateurs, certains des universitaires et des étudiants. Sont évoqués différentes pistes possibles telles que la création de départements universitaires dédiés, sous forme ou non d'IUT, intégrés ou non à l'université. Le regroupement des IFSI est souvent évoqué par les professionnels formateurs et directeurs, à l'instar du regroupement des structures hospitalières.

Malgré l'acculturation réalisée sur le territoire entre les formateurs et les universitaires dans le contexte de la convention, le risque évoqué majoritairement par les infirmiers en IFSI ou en lieux de soin est celui d'une perte des valeurs et de la culture infirmière qui ont perduré jusqu'alors. Ce risque serait dû à la sortie d'une transmission entre pairs.

Les personnes familières des réseaux de collaboration sont celles qui se montrent les plus optimistes et qui plébiscitent des changement d'attitude permettant *la continuité dans le changement*⁴².

L'avenir de la formation infirmière apparaît aussi incertain que l'avenir de la profession infirmière.

Intérêt de notre travail de recherche

Notre travail qui s'achève suscite, comme cela est naturel, des doutes et des regrets. Ceux-ci portent essentiellement sur les difficultés rencontrées lors de ces années de recherche pour nous sentir *à la bonne place*. En effet, nous avons perpétuellement dû interroger notre posture : nos représentations liées à notre expérience professionnelle et à notre vécu quotidien, immergé dans notre objet d'études, ont rendu problématique le recul propice à l'objectivation des faits.

La posture de participant observateur implique beaucoup de rigueur et notre inexpérience de chercheur a rendu parfois difficile le fait de devoir gérer l'adéquation entre scientificité et implication personnelle.

« Ainsi les recherches qui ont été conduites jusqu'à ce jour en sociologie, notamment, par des infirmières sont souvent parvenues à approcher au plus près l'essence du soin grâce à l'adoption d'un rôle d'observateur (parfois participant), grâce au recueil des paroles des professionnels et des patients retraçant les situations sur le vif, grâce aussi à l'interprétation raisonnée de toute la matière recueillie, à sa mise en forme thématique faisant rejaillir les points saillants des phénomènes observés. » (Michaux, 2013, p. 67)

⁴² Paraphrase de la formule prononcée par Georges Pompidou en 1969.

Mais ce travail est aussi source de grandes satisfactions. Et peut-être apportera-t-il une toute petite pierre à la construction de l'avenir de la profession infirmière ?

En ce qui nous concerne, il nous a permis de nous atteler à une œuvre de longue haleine, ardue, fastidieuse, certes, mais aussi riche de belles rencontres humaines et de belles découvertes livresques. Les participations aux colloques et congrès ont nourri à leur manière notre réflexion, l'écriture d'articles et l'élaboration de supports divers nous ont permis d'exercer nos modes d'expression. Les personnes abordées par le biais des entretiens et des questionnaires nous ont donné le courage et la volonté d'aboutir. Cette première grande aventure de recherche nous conduit à envisager plusieurs développements.

Mais surtout, notre expérience doctorale nous a permis de faire évoluer nos préconceptions. Dans la contrainte de scientificité, malgré l'impossibilité d'une absence totale de recul du fait de notre histoire professionnelle, nous avons pu relativiser notre engagement et parvenir à nous concentrer sur les éléments factuels des données et des discours.

Notre travail peut représenter un intérêt dans le contexte de l'étude des groupes professionnels en France, et plus particulièrement dans l'étude du groupe professionnel infirmier. En effet, il propose une triple approche et apporte des éléments qui déclinent l'objet observé sur les niveaux macro (historique du groupe professionnel, mise en œuvre de la réforme à l'échelon national), méso (territoire académique régional) et micro (groupes de personnes collaborant à l'échelon du territoire académique).

Nous immerger dans la théorie des Economies de la grandeur nous a permis d'en percevoir la complexité et la pertinence. Un tel modèle analytique se prête à l'étude des dynamiques professionnelles. En effet, il permet d'embrasser les principes d'action des personnes et des groupes de personnes, de déterminer les accords et les critiques, de visualiser les trames relationnelles. Pour le moins, cet outil analytique nous semble approprié à des observations micro, comme cela fut le cas ici. Il pourrait peut-être permettre la réalisation d'autres enquêtes étudiant les dynamiques des groupes professionnels, et plus particulièrement la segmentation du groupe professionnel infirmier. Nous avons montré que le cadre théorique de Thévenot et Boltanski renouvelle l'étude des groupes professionnels.

Nous espérons par ailleurs que notre travail sera une contribution à un retour sur expérience des premières années de mise en œuvre de la réforme, retour sur expérience que nous souhaitons plus large et plus construit. La formation initiale infirmière est en mutation et des travaux restent à réaliser pour mieux comprendre ce qui se joue, non seulement au sein des IFSI, mais également sur les lieux d'exercice professionnel infirmier.

Il est possible que le simple fait d'interroger les personnes ait suscité chez elles des réflexions qui ont pu déboucher sur des prises de position. Parler les choses permet de les poser devant soi pour les regarder. Les discours collectés ont montré des personnes passionnées et impliquées, chacune motivée à sa manière par la mission infirmière.

Le désarroi des professionnels infirmiers nous semble être à prendre en grande considération. La formation au tutorat imposée récemment ne suffit pas pour apaiser les réticences et des explicitations sont encore nécessaires.

Les étudiants infirmiers viennent d'obtenir l'alignement de leur bourse d'études sur celles des universitaires. Ils sont détenteurs d'une carte d'étudiant de l'université. Leurs revendications sont menées, avec plus de véhémence et de détermination qu'autrefois, calquées sur les modes d'expression des étudiants universitaires. Notre travail a pointé la difficulté pour les étudiants en soins infirmiers à se positionner dans cette double proposition de formation professionnalisante et de formation universitaire. Cette tension mérite d'être étudiée.

La narration des relations entre universitaires et professionnels des IFSI met en évidence les différents moments de la collaboration et pointe les personnes clefs qui ont servi de médiateurs

pour une réelle acculturation. Ces personnes sont conscientes ou non de l'impact positif de leur posture pour l'ensemble des acteurs de la formation. Il serait peut-être nécessaire de s'interroger plus avant sur le rôle et les caractéristiques de ces médiateurs.

Pour prolonger ces remarques, nous consacrons les pages suivantes à plusieurs pistes de réflexion issues de notre étude et conjuguées à notre expérience de terrain.

Hypothèses et pistes de travail

Nous tenons à faire émerger différents thèmes qui nous ont semblé particulièrement prégnants et qui demandent à être exposés, au-delà de la préoccupation seule de la recherche réalisée.

Un meilleur accueil en stage ?

Les professionnels infirmiers sont souvent en souffrance dans leur exercice du soin. L'accompagnement des étudiants leur est problématique, non seulement à cause de l'étrangeté des nouveaux objets initiés par le référentiel, mais également à cause du *manque de temps*, manque de temps réel ou manque de temps psychologique, manque de ce temps qui interdit de sortir de soi et des tâches à accomplir en vertu de son devoir professionnel pour se pencher sur les besoins de l'autre, apprenant.

Ce manque de temps est d'autant plus péjoratif pour la réussite des apprentissages cliniques de l'étudiant en stage qu'une partie des savoirs professionnels infirmiers sont des *trucs de métier*, imparlés, informels. Ces savoirs ne peuvent se transmettre correctement dans les situations de tension que connaissent trop d'unités de soin. En effet, « Les apprentissages informels étant des opportunités d'ajustement dans le juste à temps de la pratique, ceux-ci dépendent à la fois des caractéristiques de l'infirmière et de celles de l'environnement de travail. » (Muller, 2016, p. 201)

Les étudiants ne se sentent parfois pas réellement accueillis dans la famille infirmière car ils sont conscients qu'on *ne leur montre pas tout*. Ils perçoivent que l'exercice n'est pas assujéti qu'à des connaissances et des savoirs mis en œuvre, qu'il est indispensable d'apprendre l'indicible : comment ça marche ? Au-delà du prescrit, quel est le réel qui est incarné par les professionnels infirmiers ?

L'accès à la formation

Près des deux tiers des étudiants effectuent une préparation complète ou partielle pour réussir le concours d'entrée en institut. Certains étudiants tentent le concours dans plusieurs IFSI de leur région et même au-delà. Les concours sont onéreux et chronophages à organiser.

Le concours est parfois remis en cause pour une autre raison : la formation se rapproche des usages universitaires et, à l'université, il n'existe pas de concours d'entrée en première année. En Belgique, l'accès en école d'infirmière est libre en première année. Par contre, le passage en seconde année est difficile à obtenir. Dans quelle mesure un accès libre en formation infirmière serait-il profitable ? Et, si oui, quelle en serait la faisabilité ?

D'autres débats concernant le concours d'entrée vont un sens dans strictement inverse. Compte tenu de l'hétérogénéité des publics et par conséquent des différences notables entre leurs prérequis, il pourrait être envisagé d'augmenter le niveau d'exigence du concours général et celui de l'épreuve d'admission destiné aux aides-soignants en promotion professionnelle.

Certains professionnels enseignants envisagent d'autres pistes telle une sélection sur dossier ou même... un tirage au sort.

Enfin, dans les conditions actuelles des concours d'entrée, les IFSI ont-ils tous les mêmes exigences ?

Quoiqu'il en soit, le mode d'admission en IFSI sera probablement un sujet débattu dans ces prochaines années.

Des formateurs et des médecins hospitaliers reconnus enseignants universitaires

La convention régionale, dans son article 2.2 précise que « les enseignants universitaires sont soit assurés par des personnels des universités, soit par des intervenants habilités par chacune des universités, après délibération de son conseil d'administration en formation restreinte aux enseignants-chercheurs. » Cette disposition peut permettre aux formateurs des IFSI, pour ceux d'entre eux titulaires d'un diplôme universitaire adéquat et/ou d'une expertise dans un domaine disciplinaire correspondant à une unité contributive des sciences humaines, d'assumer des heures d'enseignement universitaire.

Cette inscription d'une telle spécification au sein de la convention signifie que la région, et, au-delà, l'Etat, pourrait reconnaître aux professionnels infirmiers formateurs une légitimité universitaire et leur permettre d'avancer vers une reconnaissance disciplinaire. « En effet, plus que partout ailleurs, c'est l'Etat qui, en France, a contribué à organiser et légitimer les groupes professionnels. » (Dubar, Tripier, Boussard, 2011, p. 149) Mais l'université ne semble pas manifester une grande volonté de s'engager dans cette voie de reconnaissance. Il sera profitable d'étudier la mise en œuvre de ce volet de la convention lors des prochaines années scolaires. Comment la situation va-t-elle évoluer ?

Par ailleurs, ainsi que le précise une des universitaires interrogées, seuls des médecins, et quelques pharmaciens du CHU, assurent l'ensemble des enseignements des unités contributives médicales, alors que des médecins exerçant dans des structures de proximité pourraient être compétents, et d'ailleurs étaient considérés comme tels avant la réforme. Ils sont eux aussi concernés par l'article 2 de la convention. Cela interroge alors l'homogénéité des enseignements entre les différents IFSI d'un même territoire, se pose le problème de la coordination générale, du pilotage de l'ensemble des enseignements issus d'intervenants diversifiés. De quelle manière l'université peut-elle légitimer des médecins à enseigner ? Et dans cette perspective, comment peut-elle se porter garante d'une harmonisation des formations ?

L'avenir de la formation

L'avenir de la profession infirmière est assujéti à de nombreux facteurs. Il est dépendant des orientations des politiques de santé qui auront une incidence sur les professionnels des IFSI et sur les professionnels infirmiers.

L'avenir des IFSI, nous l'avons vu est incertain, même si les regroupements des IFSI semblent inéluctables, faisant suite aux regroupements des structures de soin auxquelles la majorité d'entre eux sont adossés. D'autres possibilités d'évolution sont plus difficiles à anticiper. La formation infirmière se dirigera-t-elle vers un département universitaire intégré aux facultés de médecine-pharmacie ? S'agira-t-il alors d'un enseignement professionnalisant délivré en structure de type IUT ? Ou bien les facultés de médecine-pharmacie proposeront-elles une première année calquée sur la PACES, année d'enseignement théorique qui serait alors commune aux médecins, pharmaciens et sages-femmes, aux assistants sociaux, kinésithérapeutes, manipulateurs d'imagerie, infirmiers... ?

La création de Hautes Ecoles de Santé Croix-Rouge était débattue en national en 2012, selon les propos d'une ancienne directrice d'un IFSI du territoire lors d'une réunion organisationnelle le 12 novembre 2012. La faisabilité était affirmée du fait d'une structure support « solide ». Cette option a été abandonnée en 2013. Peut-on envisager une reprise du projet de Hautes écoles de formation en sciences infirmières, basées sur le modèle suisse ou canadien ?

Les exigences du nouveau référentiel et la volonté d'une reconnaissance disciplinaire universitaire impliquent que les équipes pédagogiques soient solidement campées sur leurs expertises

professionnelles infirmières et sur leurs compétences pédagogiques, que les projets soient construits, que les formateurs aient terminé ou entrepris une formation universitaire supérieure. Tous les IFSI peuvent-ils remplir ces conditions ? Doivent-ils être contraints à une certaine uniformisation ? Cela est-il utile ? Cela est-il souhaitable ?

L'avenir de chacun des IFSI dépend de la performance des moyens logistiques et des réseaux de collaborations (universités, centres hospitaliers, CHU, partenaires institutionnels et professionnels...) autant voire plus que de l'accroissement des moyens financiers.

L'ANDEP, Association nationale des directeurs d'école paramédicale, a fait réaliser une étude en 2011-2012 qui aboutit à la présentation de six scénarii d'avenir plausibles. Le ministère de la santé jouera le rôle éminent d'arbitre dans la détermination des orientations de la formation infirmière.

« ...le principal critère qui déterminera la « recevabilité » des propositions aux yeux des autorités nationales sera la compatibilité des propositions avec les cinq tendances citées ci-dessus. » A savoir : « la régionalisation, l'eupéanisation, l'universitarisation, la valorisation statutaire des diplômes, l'articulation mise en cohérence et la rationalisation du système de formation paramédicale. » (Andep, 2015, pp. 34-35)

Quelle définition de l'activité infirmière ?

Nous avons été frappée de constater l'extrême variété des définitions de l'activité infirmière, non pas entre groupes de personnes uniquement, mais également au sein de mêmes groupes de personnes. Tout se passe comme si chacun avait sa propre représentation de l'activité infirmière, comme si chacun avait son idéal infirmier. L'infirmier décrit est un infirmier fantasmé. Cela est-il dû au fait que les missions, rôles et tâches de l'infirmier restent flous, mal (re)connus, et ce en dépit d'un cadre réglementaire très défini. L'extrême segmentation du groupe professionnel peut expliquer cette difficulté à se définir.

La profession infirmière semble être toujours, pour les professionnels de santé et pour les infirmiers eux-mêmes, dans un déficit de lisibilité, malgré les pas franchis par le référentiel qui a pour mérite de poser les domaines de connaissances étant partie prenante des savoirs infirmiers. Mais la réalité des terrains d'exercice est peu ou mal communiquée dans les IFSI aux futurs professionnels que sont les étudiants, ce qui explique en partie, en partie seulement, l'articulation difficile entre IFSI et stages.

Pour Nadot, le problème réside dans la représentation des soins infirmiers, dans ce qu'il nomme *le mythe infirmier*. « En quoi les soins infirmiers sont-ils infirmiers ? », s'interroge-t-il et interroge-t-il. Le vocabulaire désignant l'univers des infirmiers est péjoratif, selon lui (« *institut* » et non « *école* », « *formateur* » et non « *professeur* », « *pratique* » et non « *savoir* »,...) Tous ces éléments représentent des freins à la reconnaissance de la profession infirmière qui reste floue et indéfinie dans sa réalité. « Malgré le fait que les infirmières occupent un pôle central dans l'activité hospitalière depuis des siècles, on peut se demander quelle valeur a cette activité de soins essentiellement relationnelle ou informationnelle aujourd'hui. » (Nadot, Busset, Gross, 2013, p. 5)

Afin de progresser dans une définition de l'infirmier, il serait probablement utile de se pencher sur les travaux réalisés par Raymond Gueibe (2008) qui interroge les différents paradigmes issus de l'histoire du soin. Cette approche qui s'appuie sur les différentes étapes de l'histoire infirmière permet une lecture des enjeux qui se déroulent aujourd'hui via le métissage de ces paradigmes.

Fabienne Midy (2002) a exposé quant à elle un historique des infirmières axé sur la reconnaissance sociale de la profession qui permet de décrypter les différentes représentations sociales qui se sont succédées.

L'approche genrée de la profession, telle qu'exposée par Hervé Carbuccioni (2010), serait sans conteste également une piste à approfondir afin de compléter la lecture d'une perspective historique de la

profession. L'approche par une typologie de valeurs et de l'éthos infirmier exposés par Dominique Monguillon (1993) représente une autre voie de compréhension des mutations en cours.

Toujours est-il que les infirmiers restent difficilement vus et écoutés par les politiques en charge du secteur de la santé, en témoigne par exemple cet article paru en 2014, dont la teneur reste d'actualité.

« ...la stratégie nationale de santé affiche de belles ambitions. Mais quelle place fait-elle aux infirmières, quelle place leur donne-t-elle ? "Le mot « infirmière » a dû sortir du vocabulaire", ironise Thierry Amouroux, président du Syndicat national des professionnels infirmiers. Il apparaît fort peu, c'est vrai, dans les documents officiels. » (Dujardin, 2014) La loi de santé publiée en 2016 confirme cette absence de lisibilité de l'infirmier au sein des discours officiels.

Travailler sur une (re)définition de l'infirmier, prenant en compte différentes approches serait un travail de fond à réaliser. Car comment dessiner un avenir si le présent est méconnu ?

De possibles travaux ultérieurs

A l'issue de notre recherche, nous imaginons la possibilité d'en entrevoir des extensions possibles. Des mutations sont encore en cours et des travaux pourraient être réalisés, auprès de différents publics, dans des territoires géographiques différents impliquant la région seule ou le territoire national dans son ensemble, s'intéressant à des aspects complémentaires de la transmission infirmière.

Des enquêtes régionales

La convention régionale prévoit la publication de bilans réguliers de sa mise en œuvre. Ces bilans restent confidentiels et leur diffusion serait un plus pour l'ensemble des acteurs de la formation du territoire.

Il serait par ailleurs intéressant de réaliser une étude de cas élargie à l'ensemble de la région, après la mise en œuvre des collaborations entre les différents territoires régionaux en ce qui concerne les unités contributives des sciences médicales et des sciences humaines.

D'autres travaux seraient à envisager sur le territoire académique. Quelles seront les conséquences de la fusion des trois universités du territoire, réunies en un pôle universitaire ? L'UFR de sciences humaines va-t-elle s'acculturer aux formations paramédicales ? Va-t-elle collaborer avec l'université d'un autre territoire académique de la région pour l'élaboration des unités contributives des sciences humaines et sociales ?

Des études sur le territoire national

A l'échelon national, il sera intéressant de juger de l'effet de la confirmation de reconnaissance de l'Ordre infirmier et de la publication récente du code de déontologie infirmier. Quelles en sont les conséquences pour la profession infirmière et pour les professionnels infirmiers ? Comment cela est-il porté par les IFSI ?

A l'échelon national encore, plusieurs enquêtes générales, menée par les ARS⁴³ en collaboration avec les CEFIEC régionaux permettraient de juger différents aspects de la transmission. Une enquête pourrait s'intéresser aux diplômes universitaires dont sont détenteurs les formateurs en IFSI et les professionnels de terrain. Car il est souvent oublié que ceux-ci détiennent des diplômes signant leur expertise dans certains domaines : prise en charge de la douleur ou accompagnement des soins

⁴³ L'ARS de Paris-Ile de France lance en fin 2016 une enquête auprès des IFSI des départements parisiens. « Une nouvelle application informatique a été mise en place en 2016 par l'Agence régionale de santé Ile-de-France. Elle permet à chaque institut de formation paramédicale francilien de saisir en ligne les données de son activité relatives à l'attractivité des formations ; les étudiants ; les dispositifs pédagogiques ; les formateurs et les enseignants ; l'insertion professionnelle des nouveaux diplômés.

Ce dispositif apportera une plus grande visibilité sur la performance et la qualité des formations initiales des professionnels paramédicaux. » ARS Ile de France, Journal informel n°12-123, décembre 2016.

palliatifs, par exemple. Ces diplômes sont majoritairement des DU et DIU. Il s'agirait d'enquêter également sur les infirmiers diplômés de spécialités *traditionnelles* (anesthésie, bloc opératoire, pédiatrie) et sur les titulaires des nouveaux masters récemment créés.

Les jeunes diplômés poursuivent-ils des études post-diplôme ? Si oui, dans quelle proportion et dans quelle discipline ? Pour quelle raison ? En formation continue ou en autofinancement ? Les formateurs en IFSI sont-ils majoritairement ou non titulaires d'un master ? De quelle discipline ? Leur autorité de tutelle favorise-t-elle leur accès aux études ? Combien d'entre eux sont-ils détenteurs d'un doctorat ? L'université les a-t-elle validés en tant qu'enseignants universitaires ?

La réponse à ces questions permettrait d'avoir une traçabilité sur l'ensemble du territoire national, de déterminer les écarts éventuels entre les régions, d'élaborer des programmes d'ajustement, d'information et d'incitation, de parvenir à une lecture plus nette de la population infirmière au regard de l'universitarisation, lecture permettant d'apporter des améliorations et de préparer l'avenir.

Les cadres de santé du territoire national

Une enquête d'envergure sur l'ensemble du territoire national serait à réaliser auprès des cadres de santé hospitaliers, après la mise en œuvre de l'injonction de la fin d'année 2016 de formation au tutorat. En effet, ainsi que nous l'avons mentionné plus haut, les cadres de santé sont des acteurs centraux de l'accueil des étudiants en stage.

La réforme de la formation de cadres est en cours d'élaboration. La dimension pédagogique occupe pour l'instant une portion congrue de la formation actuelle car elle est réduite à un module et à un stage en situation de quatre semaines.

Les cadres des unités de soin ont majoritairement réalisé leur stage d'approfondissement en management d'unité de soin plutôt qu'en enseignement en IFSI. Ne sont-ils pas pour autant aptes à assurer un encadrement d'apprentissage clinique de qualité ? Qu'en pensent-ils ? Pensent-ils avoir besoin d'apports supplémentaires, en formation initiale ou continue ? Quelles sont les stratégies déployées par eux en tant que maîtres de stage ? De quelle manière désignent-ils les personnes destinées à être tuteurs ? Quels outils mettent-ils à disposition des étudiants et de leur équipe ? Enfin, et surtout, quelle est leur connaissance du référentiel de 2009 et de ses conséquences sur la transmission infirmière ?

Des travaux européens et internationaux

Des collaborations existent depuis plusieurs années, vivifiées par les accords de Bologne, entre acteurs européens de la formation infirmière.

A titre d'exemple, a été créé, à la rentrée 2104, un master de santé franco-espagnol destiné aux infirmiers des deux pays. « Un master en promotion de la santé et développement social, transfrontalier et à distance, ouvrira à la rentrée prochaine entre l'Isped (Institut de santé publique, d'épidémiologie et de développement), rattaché à l'université Bordeaux-Segalen, et l'École des études sanitaires de l'Université publique de Navarre. » (Journal du pays basque in Lettre du Siddief, 2013)

L'association GEFERS organise depuis de nombreuses années des colloques réunissant des professionnels infirmiers de Belgique, de France et d'autres pays francophones, et permet la publication des travaux des infirmiers chercheurs.

De multiples collaborations existent entre la France et les pays francophones, qu'ils soient ou non européens. Ainsi, deux universités proposent un DU en sciences infirmières et recherche paramédicale. Il s'agit de la faculté de Limoges, qui travaille en collaboration avec la faculté suisse de Lausanne (accord de type Erasmus), et de la faculté de Bordeaux, qui travaille en partenariat avec la

faculté québécoise de Montréal.

Il est intéressant à ce titre de constater que les pays ayant historiquement su et pu créer une filière universitaire infirmière se trouvent être des soutiens pour la formation infirmière en mouvement en France.

Du 3 au 6 juin 2018 aura lieu à Bordeaux le 7^{ème} congrès international du SIDIIEF, sous le thème : « *la profession infirmière tournée vers l'avenir, chercher, innover, soigner.* » Ce congrès s'inscrit dans une dynamique globale en occident de reconnaissance de la discipline infirmière. La France accueille de plus en plus fréquemment des manifestations de ce type. Cela est signe d'une évolution qui est enclenchée et persiste, quoique lente.

Recenser et diffuser les travaux internationaux auprès des professionnels des lieux d'exercice infirmier et des IFSI, par le biais des établissements d'appartenance ou par le biais d'organisations professionnelles, serait sans doute bénéfique à l'ensemble du groupe professionnel.

L'avenir ne se décrète pas, il se construit.

L'univers infirmier, dans le contexte de la formation initiale comme dans le contexte des lieux de soin, est en mutation. Les nouvelles politiques de santé, les changements sociaux et sociétaux influent sur le travail infirmier. De nouvelles législations (loi santé de janvier 2016, textes concernant le tutorat, l'Ordre infirmier et le code de déontologie...) vont encore, dans leurs applications, modifier les pratiques et les organisations.

La situation actuelle est-elle satisfaisante ? Les professionnels du soin ne désirent-ils pas avancer plus avant dans l'adéquation des réponses aux demandes de soin ? Est-il nécessaire d'envisager une réforme d'ampleur, ainsi que l'écrit une des infirmières interrogées dans notre enquête ?

« *Une vraie réforme de fond sera nécessaire dans les années à venir car le patient change, la demande change, la quantité de travail et les techniques changent aussi.* »

La formation en soins infirmiers, au-delà des enjeux de qualité de la transmission, de prise en compte des nouveaux besoins en santé, des contraintes économiques omniprésentes, de la nécessité de s'unir entre professionnels et avec d'autres partenaires, est aussi à mettre au regard des mutations profondes que notre société connaît et dont nous avons souvent du mal à préjuger des conséquences.

Les modifications de posture des acteurs de la formation des universités et des IFSI procèdent d'un mouvement global sociétal, déjà décrit, il y a trente ans, en 1986, par Joël de Rosnay dans son ouvrage *le Cerveau planétaire*. Il y est exposé comment l'homme est amené à envisager l'ensemble de ses activités en tant qu'être de réseau, en permanence en relation aux autres, disposant d'informations dans l'immédiateté.

Les objets connectés deviennent prédominants et modifient la relation à autrui et au travail. Ils modifient la pensée même. La transmission infirmière, ainsi que tous les domaines de l'activité humaine, est concernée par ce phénomène.

De nouvelles mutations en cours d'élaboration

La lecture de notre thèse peut avantageusement se faire au regard du rapport IGAS-IGAENR de juin 2017, publié le 31 août 2017 et commenté le 1^{er} septembre dans une communication conjointe de Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé, et de Frédérique Vidal, ministre de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation, qui annoncent le lancement d'une mission destinée à poursuivre l'intégration des formations paramédicales et de maïeutique dans l'université.

Le rapport, qui reprend les mesures 4, 5 et 13 de la Grande conférence de la santé de février 2016, pose des indications de travail à court et moyen terme. Voici les points essentiels faisant écho avec notre étude :

- Le financement des IFSI privés par les régions, afin d'uniformiser les frais d'études de l'ensemble des étudiants. En contrepartie, les droits annuels de scolarité seraient versés aux seules universités référentes.
- La délivrance du diplôme infirmier par les universités (et non plus par les DRJSCS, en lien avec les ARS et les IFSI) avec délivrance simultanée du grade licence. Les diplômes paramédicaux deviendraient des diplômes de l'enseignement supérieur : « Incrire dans le code de l'éducation (article D.613-7) tous les diplômes d'Etat des formations paramédicales de niveau bac + 3 et plus comme diplômes nationaux de l'enseignement supérieur. » (Allal et alii, 2017, p. 90)
- La suppression du concours pour les candidats bacheliers et son remplacement par une sélection par les IFSI à partir du site d'Admission post-bac (APB)⁴⁴, dans le but d'améliorer l'accessibilité sociale de la formation et d'éviter le recours à des préparations au concours coûteuses et discriminatoires.
- La réingénierie du diplôme de cadre de santé en permettant de coupler l'année de formation avec la délivrance d'un master de management en santé, sous réserve d'une année préalable de mise en situation professionnelle.
- L'exigence pour les directeurs et formateurs des IFSI d'être titulaires de diplômes de niveau I (masters et doctorats).
- L'incitation et l'accompagnement à la fusion entre IFSI dans le cadre des groupements hospitaliers de territoire (GHT).

Et, surtout :

- L'accréditation des instituts de formation en fonction des résultats qu'ils obtiendront à l'évaluation réalisée selon le référentiel préparé par le Haut conseil de l'évaluation de la recherche et de l'enseignement (HCERES). Cette méthode d'évaluation sera prochainement expérimentée en test dans plusieurs territoires académiques. « Le renouvellement ou le maintien de l'autorisation par les régions des instituts publics ou privés serait, par voie de conséquence, lié à l'avis favorable du HCERES qui conditionne largement le renouvellement de l'accréditation des universités à délivrer le diplôme par les services du MESR⁴⁵, selon les procédures du droit commun en matière d'enseignement supérieur. » (Allal et alii, 2017, p. 10)

Les organisations professionnelles infirmières et la presse professionnelle infirmière sont partagées : si elles approuvent certaines des orientations, elles se montrent sceptiques sur une faisabilité sans heurts.

« La rédaction d'infirmiers.com suivra attentivement ce dossier qui pose de très nombreuses questions en terme d'organisation, de pédagogie, d'articulation des parcours de formation sans oublier les transferts de coût et sans nul doute bien d'autres choses... » (Eury, 2017)

En effet, la prescription est ambitieuse. Au vu des difficultés de mise en œuvre des mesures initiées par le référentiel de 2009 et par la signature des conventions régionales tripartites que nous avons exposées ici, les chantiers en préparation s'annoncent fort intéressants à suivre et commenter.

Une mission diligentée en septembre 2017 a publié en février 2018 un rapport rédigé par Stéphane Le Bouler. Ce rapport a initié le lancement, le 14 mars 2018, par la ministre de la solidarité et de la santé et la ministre de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation, d'un « comité de suivi du processus d'universitarisation des professions de santé ».

⁴⁴ Parcoursup depuis le 15 janvier 2018.

⁴⁵ MESR : Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche.

Quelles seront les actions et propositions concrètes de ce comité ?

L'avenir nous le dira.

Comme il est coutume de dire outre-Manche : « *Wait and see...* »

REFERENCES ET BIBLIOGRAPHIE

Avertissement :

Les références correspondent aux textes, ouvrages et articles explicitement cités dans cette thèse.

La bibliographie correspond aux textes, ouvrages et articles dont la lecture a nourri cette thèse, sans toutefois y être explicitement cités.

1. Références

- Abbott, A. (2003). Écologies liées : à propos du système des professions. Menger, P. (éd.), *Les professions et leurs sociologies. Modèles théoriques, catégorisation, évolutions*, 29-50. Paris : Maison des sciences de l'homme.
- Acker, F. (2012). Les infirmières hospitalières. Une segmentation du travail, une diversification des emplois et métiers. *Revue Sociologie Santé*, n°35 : *Un groupe professionnel aux multiples facettes : les infirmières*. Marginalités et société, 57-75. Bordeaux, France : Université de Bordeaux (ADES).
- Aïach, A. et Fassin, D. (dir.). (1994). *Les métiers de la santé, Enjeux de pouvoir et quête de légitimité*. Paris : Anthropos.
- Alglave, N. (2016). Présentation de l'Ifsi en quelques mots et dessins... Consulté le 12 juillet 2016 sur www.chu-nantes.fr
- Allal, P., Marsala, V. et Roussel, I. (2013, juillet) *Les formations paramédicales : Bilan et poursuite du processus d'intégration dans le dispositif LMD*. IGAS-IGAENR, n° 2013-081. Paris. [http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/RM2013-129P - TOME 1 formations paramedicales.pdf](http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/RM2013-129P_-_TOME_1_formation_paramedicales.pdf)
- Allal, P., Elshoud, S., Essid, A., Debeaupuis, J. et Thomas, F. (2017, juin). *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*. IGAS-IGAENR, n°2017-043. Paris. <http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2016-123R.pdf>
- Amat-Roze, J.-M. (2011). La santé, une construction interdisciplinaire. L'exemple du dialogue géographie – Santé – Territoire. *Recherche en soins infirmiers* n°106, 5-15, consulté le 29 Janvier 2014 sur www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2011-3-page-5.htm
- Amblard, H., Bernoux, P., Herreros, G. et Livian, Y-F. (2005). *Les nouvelles approches sociologiques des organisations*. Paris : Seuil.
- ANdEP. Collectif. (2015). *Formation aux métiers de santé : défis et perspectives*. Paris : VG Editions.
- Arborio, A.-M. (2013). Aux marges d'une profession : l'intérim infirmier. *Revue Sociologie Santé* n°35 : *Un groupe professionnel aux multiples facettes : les infirmières*. Marginalités et société, 93-111. Bordeaux, France : Université de Bordeaux (ADES).
- Association nationale des infirmières diplômées de l'Etat français. (1936). A propos des conventions collectives du travail. *L'Infirmière française* (tome XIII). Paris.
- Barbot, J.-M. (2010). Les hôpitaux, les IFSI, les universités et la mise en place du LMD : enjeux et modalités de mise en œuvre. *Santé RH*, n°14. Consulté le 15 avril 2013 sur www.sante-rh.fr
- Bardin, L. (1977). *L'analyse de contenu*. Paris : PUF.
- Barlet, M. et Cavillon, M. (2011). La profession d'infirmière : situation démographique et trajectoires professionnelles. *Etudes et résultats*, n°759. DRESS. Paris. <https://drees.sante.gouv.fr>
- Barlet, M. et Cavillon, M. (2012). La profession d'infirmière : démographie, trajectoires professionnelles et prospectives. *Revue Sociologie Santé*, n°35 : *Un groupe professionnel aux multiples facettes : les infirmières*. Marginalités et société, 33-56. Bordeaux, France : Université de Bordeaux (ADES).
- Beaud, S. et Wéber, F. (1997). *Guide de l'enquête de terrain*. Coll. Grands repères. Paris : La découverte.
- Becker, H. (2002). *Les ficelles du métier*. coll. Guides Repères. Paris : La Découverte.

- Berland, Y., Cadet, D. et Hénard, L. (2011). *Rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire. Professionnels d'aujourd'hui et nouveaux métiers : des pistes pour avancer*. Paris. <http://socialsante.gouv.fr>
- Berthelot, R., Zireg, Z. et Panigada, F. (2011). Histoire de la profession. *Soins psychiatrie* n°216, 21-24.
- Berthelot, J-M., Martin, O. et Collinet, C. (2005). *Savoirs et savants, les études sur la science en France*. Paris : Sciences, Histoire et société (coll.), PUF.
- Berthelot, J-M. (2000). *La sociologie française contemporaine*. Paris : Quadrige. PUF.
- Bessis, F. (2008). Quelques convergences remarquables entre l'Economie des conventions et la théorie de la régulation. *Revue française de socio-économie*, 2008, n°1, 9-25. Consulté le 21 août 2017 sur <http:// Cairn.info>
- Boissart, M. (2013). *Le référentiel de formation infirmière, un levier de la professionnalisation*, Rueil-Malmaison, France : Editions Lamarre.
- Boltanski, L. et Esquerre, A. (2014). La « collection », une forme neuve du capitalisme la mise en valeur économique du passé et ses effets. *Les Temps Modernes*, 679,(3), 5-72.
- Boltanski, L. et Molénat, X. (2012). Ce dont les gens sont capables. *Sciences Humaines*. Consulté le 25 septembre 2014 sur <http://scienceshumaines.com>
- Boltanski, L. (2009). *De la critique*. Paris : Nrf essais. Gallimard.
- Boltanski, L. et Esquerre, A. (2006). L'énigmatique réalité des prix. *Sociologie*, 2016, n°1 (Vol.7), 41-58.
- Boltanski, L. et Chiapello, E. (1999). *Le nouvel esprit du capitalisme*. Paris : Nrf essais. Gallimard.
- Boltanski, L. et Thévenot, L. (1991). *De la justification*. Paris : Nrf essais. Gallimard.
- Boltanski, L. (1990). *L'amour et la justice pour compétences*. Paris : Métailié.
- Boltanski, L. et Thévenot, L. (1987). *Les économies de la grandeur*. Cahiers du Centre d'études de l'emploi, n° 31. Paris : PUF.
- Bon-Saliba, B., Ouvry-Vial, B. et Saliba, J. (1993). *Les infirmières, ni bonnes, ni nonnes*. Paris : Syros.
- Boudon, R. et Bourricaud, F. (1982). *Dictionnaire critique de la sociologie*. Paris : PUF.
- Cabut, S. (2014). Des infirmières à tête chercheuse. *Le Monde en ligne*. Consulté le 10 décembre 2014 sur <https://lemonde.fr>.
- Campia, P. (2015). *Penser la formation des infirmières et des cadres de santé*. Paris : Seli Arslan.
- Carbuccia, H. et alii. (2012, mai). Education et santé : le temps des émancipations ? Aspects théoriques et conceptuels. *Colloque international « Formes d'éducation et processus d'émancipation »*. CREAD, IUFM, Université de Rennes.
- Carbuccia, H. (2010). *La formation des infirmières et des infirmiers au cours du XXe siècle : de l'apprentissage du genre social au genre professionnel*. (Thèse de Doctorat en Sciences de l'Education. Aix-en-Provence, France).
- Casteran-Sacreste, B. (2016). *La formation aux professions de la santé en 2014*. Document de travail, série statistiques, n°198. Paris : DRESS.
- Cavillon, M. (2013, janvier). La profession infirmière : démographie, trajectoires professionnelles et perspectives. *Séminaire de l'AFS*. Paris.
- Cettour-Baron, G. (2007, mars). Certification, management et valeurs professionnelles : vers une éthique nouvelle ? *Gestions Hospitalières*, n° 464, 187-196.
- Charles, G. (1984). *L'infirmière en France d'hier à aujourd'hui*. Paris : Le Centurion.
- Chareyre, M-C. (2011) *Le Cadre Formateur en Soins Infirmiers : Enjeux d'une évolution identitaire (Dans un contexte d'universitarisation de la formation, au croisement des cultures soignantes et universitaires, l'identité du cadre formateur au cœur d'un processus d'acculturation.)*. (Mémoire du diplôme de cadre de santé. IFCS de Grenoble, France, non publié).
- Catanas, M. (2007). De la question de l'universitarisation des soins infirmiers. *Cadre de santé*, Article n°344. Consulté le 19 Septembre 2012 sur <https://cadredesante.com>
- Chapoulie, J.-M. (1991, mars). La seconde fondation de la sociologie française ; les États-Unis et la classe ouvrière. *Revue française de sociologie*, 32, n° 3/1991.
- Christie, A. (1971). *Némésis*. Paris : Agatha Christie limited, Editions du masque.

- Clerc, C. (2015). Ordre infirmier maintenu : les débats. Actusoins. Consulté le 30 septembre 2016 sur <https://actusoins.com>
- Cohen-Huther, J. (1995). *Observation participante et théorie sociologique*. Coll. Logiques sociales. Série théories sociologiques. Paris : L'Harmattan.
- Collière, M.-F. et Diebolt, E. (1988). Pour une histoire des soins et des professions soignantes. *Cahiers de l'AMIEC*, n°10.
- Collière, M.-F. (1992, février). S'avoir s'ouvrir au monde. Portrait. *Soins*, n° 557.
- Collière, M.-F. (2000, mai). Identité infirmière... mythe... rêve ou réalité. *Soins*, n° 645.
- Collière, M.-F. (2001). *Soigner... le premier art de la vie*. Paris : Masson.
- Conseil économique, social et environnemental. (coll.). (2016, février). *Grande conférence de la santé*. Accompagner le progrès en santé : nouveaux enjeux professionnels, Feuille de route. 11 février 2016. Paris
- Coq-Chodorge, C. (2013). Les jeunes infirmiers touchés par le chômage. *Espaceinfirmiers*. Consulté le 20 février 2013 sur <https://espaceinfirmiers.com>
- Corbier, M.-C. (2014). Les universités incitées à devenir des centres de coûts et de profits. *Les échos*. Consulté le 23 Janvier 2014 sur <https://lesechos.fr>
- Corcuff, P. (1998). Justification, stratégie et compassion : Apport de la sociologie des régimes d'action. *Correspondances, Bulletin d'Information scientifique de l'Institut de recherche sur la Maghreb contemporain*, n° 51. Tunis.
- Coste, P. (1923). *Saint-Vincent de Paul, entretiens, Conférence du 2 décembre 1657 sur l'obéissance*. Tome X. Librairie Lecoffre. Paris : éditions Gabalda.
- Coudray, M-A. et Gay, C. (2009). *Le défi des compétences - Comprendre et mettre en œuvre la réforme des études infirmières*. Issy-les-Moulineaux, France : Elsevier-Masson.
- Coury, C. (1976). Médecine-Histoire. *Encyclopedia Universalis*, (Vol.10).
- Crébat, L. (2014). L'ordre infirmier plus que jamais abandonné par les autorités. *Journal international de médecine*. Consulté le 21 Février 2014 sur www.jim.fr
- Crozier, M. et Friedberg, E. (1977). *L'acteur et le système*. Paris : Seuil Points.
- Delaye, M. (2013, septembre). Intervention du lundi 16 Septembre 2013 à l'IFSI de Valence.
- Delmas, P. (2008). Entretien avec Serge Cannasse. *La Revue du praticien - médecine générale*, n° 805. Consulté le 21 Janvier 2014 sur <https://carnetsdesante.fr>
- Demazière, D. et Gadéa, C. (2009). *Sociologie des groupes professionnels*. Paris : La découverte.
- De Singly, C. (2009). *Rapport de la Mission cadres de Santé, Rapport final-Propositions*, Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. Paris.
- Diaz-Bone, R. et Thévenot, L. (2010). La sociologie des conventions. La théorie des conventions, élément central des nouvelles sciences sociales françaises. *Trivium*, 2010, n°5. Consulté le 21 août sur <http://trivium.revues.org>
- Divay, S. (2012). Présentation. *Revue Sociologie Santé*, n°35 : *Un groupe professionnel aux multiples facettes : les infirmières*. Marginalités et société, 7-18. Bordeaux, France : Université de Bordeaux (ADES).
- Divay, S. (2012). Etre infirmière à l'école : "C'est faire un autre métier !". *Revue Sociologie Santé*, n°35 : *Un groupe professionnel aux multiples facettes : les infirmières*. Marginalités et société, 179-198. Bordeaux, France : Université de Bordeaux (ADES).
- Dubar, C., Tripier, P. et Boussard, V. (2011). *Sociologie des professions*. Paris : Armand Colin.
- Dubar, C et Tripier, P. (2003). Sociologie des groupes professionnels en France : un bilan prospectif. *Les professions et leurs catégories. Modèles théoriques, catégorisations, évolutions*. Menger, P.-M. (éd.), p. 51-60. Paris : Editions de la maison des sciences de l'homme, coll. Colloquium.
- Dubar, C. et Tripier, P. (1998). *La sociologie des professions*. Paris : Armand Colin.
- Dubois-Fresney, C. et Perrin, G. (2009). *Le métier d'infirmière en France*. Paris : Que sais-je. PUF.
- Dubois-Fresney, C. (2008). Radioscopie de la profession infirmière au XXIème siècle. *Recherche en soins infirmiers*, n° 93, 40-43.
- Dujardin, O. (2014). Le rôle très flou des infirmières dans la stratégie nationale de santé. Actusoins. Consulté le 19 Février 2014 sur www.actusoins.com

- Dupuis, M. (2013). *Le soin, une philosophie*. Paris : Seli Arslan.
- Dupuis, M., Hesbeen, W., Lawler, J. et al. (2013). *Etre infirmière à l'ère universitaire*. Paris : Seli Arslan.
- Dupuis, M., Gueibe, R. et Hesbeen, W. (2011). *La banalisation de l'humain dans le système de soin. De la pratique des soins à l'éthique du quotidien*. Paris : Seli Arslan.
- Duval, Mlle. (1968). Regards sur le passé. *La revue de l'infirmière*.
- Emerson, R. (2003). *Le travail de terrain comme activité d'observation. Perspectives ethnométhodologistes et interactionnistes*. dans Cefaï, D. *L'enquête de terrain*. Paris : Recherches-Mauss. La découverte.
- Eury, C. (2017). Universitarisation et réingénierie : les mots qu'attendaient les professions paramédicales. Consulté le 4 septembre 2014 sur www.infirmiers.com
- Evetts, J. (2012). Similitaries in contexts and theorizing : professionalism and inequality. *Professions & professionalism*, (Vol.2), n°2. Oslo, Norvège.
- Eymard-Duvernay, F. (2012). Le travail dans l'entreprise : pour une démocratisation des pouvoirs de valorisation. Dans : Baudoin, R. (dir.). *L'entreprise : formes de propriété et responsabilités sociales*. Collège des Bernardins, 155-218. Paris : Lethielleux.
- Favereau, O. (2017). Hommage à François Eymard-Duvernay. *Revue française de socio-économie*, 2017/1, n°18, 5-12. Consulté le 21 août 2017 sur <http:// Cairn.info>
- Foucault, M. (1989). *L'ordre du discours, Leçon inaugurale du Collège de France prononcée le 2 décembre 1970*. Paris : Gallimard.
- Foucault, M. (1976). *Histoire de la folie à l'âge classique*. Paris : Tel Gallimard.
- Freidson, E. (2001). *Professionalism. The third logic*. Cambridge/Oxford. Royaume-Uni : Polity Press/Blackwell Publishers.
- Freidson, E. (1984). *La profession médicale*. Paris : Payot.
- Frère, B. (2006). *L'économie solidaire à l'épreuve de la pratique. Contribution à une grammaire sociologique des dispositifs argumentaires*. (Thèse de doctorat de sociologie, Boltanski et Jacquemain (dir.). EHESS, Paris).
- Friedberg, E. (1997). *Le pouvoir et la règle*. Paris : Seuil Essais.
- Fusulier, B. (2009). *Articuler vie professionnelle et vie familiale, Étude de trois groupes professionnels : les infirmières, les policiers et les assistants sociaux*. UCL, Louvain. Belgique : Presses Universitaires de Louvain.
- Geay, A. (1993). Pour une didactique de l'alternance. *Education Permanente*, n° 115.
- Gérard, J-L. (1993). *Infirmiers en psychiatrie : nouvelle génération. Une formation en question*. Rueil Malmaison, France : Editions Lamarre.
- Gueibe, R. (2008). L'interrogation des paradigmes dans le soin, une exigence éthique. *Perspectives soignantes*, n° 33, 7-30.
- Guichard, G. (2016). Les déserts médicaux s'étendent : notre carte de France. *Le Figaro*. Consulté le 21 octobre 2016 sur www.lefigaro.fr
- Haberey-Knussi, V. (2013). *L'engagement dans les soins infirmiers : un enjeu de formation entre éthique et sens*, (Thèse de doctorat en sciences de l'éducation, Houssaye et Jutras (dir.). Université de Rouen, France. Université de Sherbrooke, Québec, Canada).
- Hainzelain, P. (2010). *Construire ses savoirs pour devenir infirmier : la part des unités d'intégration* (Mémoire de master professionnel de sciences de l'éducation. Université Lumière Lyon 2, Lyon, France, non publié).
- Hamilton, A. (1900). *Considération sur les infirmières des hôpitaux*, (Thèse de doctorat de médecine. faculté de médecine de Montpellier. Hamelin Frères, Montpellier, France, non publiée).
- Hamilton, A. et Régnauld, F. (1901). *Les gardes-malades*. Paris : Vigot Frères.
- Hérault, D. (2013). 100% de réussite à l'institut de soins infirmiers de Thouars. La nouvelle république. Consulté le 5 septembre 2013 sur <https://lanouvellerepublique.fr>
- Hesbeen, W. (1997). *Prendre soin à l'hôpital*. Issy-les-Moulineaux, France : Elsevier-Masson.
- Hesbeen, W. (2005). *Travail de fin d'études, travail d'humanité - Se révéler l'auteur de sa pensée*. Issy-les-Moulineaux, France : Elsevier-Masson.

- Hesbeen, W. (2013). Se former aux soins infirmiers à l'université. *Etre infirmière à l'ère universitaire*, 51-66. Paris : Seli Arslan.
- Hesbeen, W et D'hoore, W. (2016). *Le mémoire de fin d'études des étudiants infirmiers - Se révéler l'auteur de sa pensée*. Issy-les-Moulineaux, France : Elsevier-Masson.
- Hesbeen, W. (2017). *Humanisme soignant et soins infirmiers « Un art du singulier »*. Issy-les-Moulineaux, France : Elsevier-Masson.
- Hight, G. (2015). Comment tuer un(e) futur(e) infirmier(e). *Infirmiers.com*. Consulté le 21 octobre 2016 sur <https://infirmiers.com>
- Homerin, M-P. (2012). *La discipline infirmière dans le champ scientifique, Visibilité et lisibilité d'un savoir professionnel*. Paris : De Boeck-Estem.
- Honoré, B. (2003). *Pour une philosophie de la formation et du soin*. Paris : L'Harmattan.
- Hughes, E. C. (1996). *Le regard sociologique. Essais choisis*. Textes rassemblés et présentés par Chapoulie, J-M. Paris : Éditions de l'EHESS.
- Hughes, E. C. (1958). *Men and their work*. Toronto, Canada : Glencoe, The Free Press.
- Imbert, J. (1974). *Les hôpitaux en France*. Paris : PUF.
- Jette, C. (2001). Une interprétation de l'économie des grandeurs, Vers un nouvel esprit du capitalisme ? *Cahiers du LAREPPS*, n° 01-02, (copublication du LAREPPS-UQAM et du CRISES, Ecole de travail social). Université du Québec à Montréal, Canada.
- Jodelet, D. (2003). *Les représentations sociales*. Sociologie d'aujourd'hui. Paris : Presses universitaires de France.
- Journal du pays basque, P., M. (2013). Création d'un master de santé transfrontalier. *Le journal du pays basque*. Consulté le 17 mai 2013 sur Vigiemédia du Sidiief du 17 mai 2013.
- Juhem, P. (1994). Un nouveau paradigme sociologique ? À propos du modèle des Économies de la grandeur de Luc Boltanski et Laurent Thévenot. *Scalpel, Cahiers de sociologie politique de Nanterre*, (vol. 1), Université Paris X Nanterre, 82-110.
- Kérouac, S., Pépin, J., Ducharme, F. et Major, F. (2003). *La pensée infirmière*. Laval. Québec, Canada : Beauchemin.
- Kniebiehler, Y. (2010). *Histoire des infirmières en France au XXème siècle*. Collection Pluriel. Paris : Fayard.
- Latour, B. (2003). *Un monde pluriel mais commun, entretiens avec François Ewald*. Coll. Intervention. Paris : Editions de l'Aube.
- Latour, B. (1991). *Nous n'avons jamais été modernes*. Paris : La découverte.
- Lecordier, D. (2015, février). *Séminaire de l'ARSI*. Paris.
- Levinas, E. (1972). *Humanisme de l'autre homme*. Paris : Biblio essais. Le Livre de Poche.
- Levinas, E. (2008). *Altérité et transcendance*. Paris : Le Livre de poche, Biblio essais.
- Lévi-Strauss, C. (1961). *Race et Histoire*. Coll. Médiations. Paris : Gonthier.
- Lombard, J. (2013). Les infirmières et l'université. *Etre infirmière à l'ère universitaire*, 27-48. Paris : Seli Arslan.
- Magnon, R. (1991). *Léonie Chaptal, la cause des infirmières*. Rueil-Malmaison, France : Editions Lamarre.
- Marc, B. (2002). *Les infirmières dans les premiers temps de la guerre de 1914-1918*. Paris : Histoire des sciences médicales, Tome XXXVI, n° 4.
- Mathieu-Fritz, A. (2013, 2015). Une expérience d'universitarisation des IFSI. *Infirmiers.com*. Consulté le 18 août 2015 sur <https://infirmiers.com>
- Mathieu-Fritz, A. (2013, janvier). Une expérience d'universitarisation des IFSI. *Communication au séminaire de l'AFS*. Paris.
- Mercadier, C. et Novic, M. (2013). Regards croisés sur l'universitarisation des études en soins infirmiers. *Etre infirmière à l'ère universitaire*, 114-115. Paris : Seli Arslan.
- Met, N. (2017, décembre). Œuvrer à la qualité du lien social entre les différents acteurs de la formation infirmière. *Perspective soignante*, n° 60, (Seli Arslan éd.), 77-87.
- Michaux, L. (2013). Etre soignant chercheur. *Etre infirmière à l'ère universitaire*, 67-83. Paris : Seli Arslan.

- Midy, F. (2009). Les infirmières : image d'une profession. CREDES.
- Midy, F. (2002). *Les infirmières : image d'une profession, Document de travail dans le cadre d'une formation d'initiation à la sociologie*. CREDES. Paris.
- Molénat, X. et Boltanski, L. (2009). Ce dont les gens sont capables. *Sciences Humaines*, n° 208. Consulté le 24 octobre 2012 sur <https://scienceshumaines.com>.
- Monguillon, D. (1993). Maîtrise de sciences et gestion de la formation des adultes, Université Paris Dauphine. *Recherche en Soins Infirmiers* n° 35, 5-36.
- Muller, A. (2016). *Les savoirs professionnels infirmiers. Pour une valorisation des apprentissages informels*. Paris : Seli Arslan.
- Muller, A. (2016). La perception d'apprentissages par les infirmières. *Perspective soignante*, n°55, (Seli Arslan éd.), 42-57.
- Nadot, M., Busset, F., et Gross, J. (2013). *L'activité infirmière : le modèle d'intermédiaire culturel, une réalité incontournable*. Paris : De Boeck-Estem.
- Nadot, M. (2012). *Le mythe infirmier ou le pavé dans la mare !*. Paris : L'Harmattan.
- Noël-Hureaux, E. (2012). En quoi l'universitarisation de la formation infirmière modifie-t-elle la transmission ? *Biennale internationale de l'éducation, de la formation et des pratiques professionnelles*. Communication n° 219, Atelier 21. Paris.
- Observatoire national des violences en milieu de santé. (Coll.). (2015). *Rapport annuel 2014 de l'Observatoire National des Violences faites aux Soignants*. Paris. <https://o6.sante.gouv.fr/onvs>
- Pacific, C. (2012, 2013). Des urgences à la philo... il n'y a qu'un pas. *Infirmiers.com*. Consulté le 23 Décembre 2013 sur <https://infirmiers.com>
- Paul, M. (2009). *Formation IRFSS*. IFSI Valence.
- Perrenoud, P. (2001). Construire un référentiel de compétences pour guider une formation professionnelle. *Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation. Université de Genève*. Consulté le 2 novembre 2016 sur www.unige.ch
- Petit, A. (1994). La profession infirmière. *Les métiers de la santé, Enjeux de pouvoir et quête de légitimité*, 227-259, Aïach, A. et Fassin, D. (dir.). Paris : Anthropos.
- Pivodori, A. (2016, septembre). *Entretien sur Sudradio*, 06 septembre 2016 entre 12h00 et 12h30.
- Poisson, M. (1998). *Origines républicaines d'un modèle infirmier (1870-1900)*, Editions hospitalières, Paris.
- Quivy, R et Van Campenhoudt, L. (2011). *Manuel de recherche en sciences sociales*. Paris : Dunod.
- Reinhardt, S. (2012). Entre activités, parcours et formation des cadres de santé, quels processus de construction des compétences ? *Revue Sociologie Santé*, n°35 : *Un groupe professionnel aux multiples facettes : les infirmières*. Marginalités et société, 332-336. Bordeaux, France : Université de Bordeaux (ADES).
- Rican, S. et Vaillant, Z. (2009). Territoires et santé : enjeux sanitaires de la territorialisation et enjeux territoriaux des politiques de santé. *Sciences sociales et santé* 1/2009 (vol. 27), 33-42. Consulté le 20 Janvier sur www.cairn.info/revue-sciences-sociales-et-sant
- Ricœur, P. (1955, 2001). *Histoire et vérité*. Paris : Seuil.
- Ricœur, P. (2008). *Amour et justice*. Paris : Seuil.
- Rimbert, G. (2006). Le chronomètre et le carillon. Temps domestique et temps rationalisé en maison de retraite. *Lien social et Politiques*, n°54, 93-104. Consulté sur gerard.rimbert.free.fr le 31/01/2018.
- Roger, P. (2016). Régions de France : l'immense chantier de la réorganisation. *Le monde*. Consulté le 23 octobre 2016 sur www.lemonde.fr
- Sainsaulieu, I. (2007). *L'hôpital et ses acteurs, appartenance et égalité*. Paris : Editions Belin.
- Schweyer, F.-X. (2013). Le management des instituts de formation paramédicale en France. *Etre infirmière à l'ère universitaire*, 117-130. Paris : Seli Arslan.
- Sicart, D. (2012). *Les professions de santé au 1er janvier 2012*, Etudes et résultats, n° 168 . DREES. Paris.
- Sinouë, G. (2008). *La dame à la lampe, une vie de Florence Nightingale*. Paris : Calmann-Lévy.

- Soulé, B. (2007). Observation participante ou participation observante ? Usages et justifications de la notion de participation observante en sciences sociales. *Recherche qualitative*, (vol.27), (1), 127-140.
- Svandra, P. (2015, février). *Séminaire de l'ARSI*. Paris.
- Svandra, P. (2009). *Eloge du soin, une éthique au cœur de la vie*. Paris : Seli Arslan.
- Svandra, P. (2013). La clinique en soins infirmiers, vers une reconnaissance universitaire. *Etre infirmière à l'ère universitaire*, 85-94. Paris : Seli Arslan.
- Thévenot, L. (2006). *L'action au pluriel*. Paris : coll. Textes à l'appui/politiques et sociétés. La découverte.
- Thévenot, L. (1986). Les investissements de forme. *Cahiers du Centre d'études de l'emploi*, Paris, PUF, p. 21-72. Consulté le 21 août 2017 sur <http://gspm.ehess.fr>
- Thiel, M.-J. (2003). *Où va la médecine ? Sens des représentations et pratiques médicales*. Strasbourg, France : Presses Universitaires de Strasbourg,
- Trentesse, A. (2016). Malaise chez les infirmiers. *Infirmiers.com*. Publié le 19/02/2016, modifié le 01/03/2016. Consulté le 30 septembre 2016 sur <https://infirmiers.com>
- Trentesse, A. (2017). Réingénierie de la formation aide-soignante : vers de réelles avancées ? *aide-soignant.com*. Publié le 07/02/2017, modifié le 01/03/2017. Consulté le 30 septembre 2017 sur <https://aide-soignant.com>
- Viez, M.-C. (2010). *La formation des infirmiers diplômés d'Etat dans les Instituts de formation en soins infirmiers, Synthèse documentaire*, Fédération hospitalière de France. Direction des Ressources Documentaires. Paris.
- Vrydaghs, D. (2006). Le traitement de l'idéologie dans la sociologie de Luc Boltanski. *Contextes*. Université de Liège, FNRS. Consulté le 06 août 2014 sur www.revue.contextes.org
- Wacquant, L. (2000). *Corps et âme. Carnets ethnographiques d'un apprenti boxeur*. Marseille, France : Agone.
- Weber, M. (1922, 1995). *Economie et société*. Paris : éditions Pocket.
- Yahel, M et Mounier, C. (2010). *Quelles formations pour les cadres hospitaliers ?* IGAS, n° RM2010 155P. Paris.
- Zarifian, P. (2001). *Le modèle de la compétence. Trajectoire historique, enjeux actuels et propositions*. Rueil-Malmaison, France : Editions Liaisons.
- Zufia-Szyba, C. (2016). *L'universitarisation de la formation infirmière, radiographie d'une réforme dans les IFSI publics lorrains*. (Thèse de doctorat en sciences de l'éducation. Université de Lorraine, Nancy, France).

Textes législatifs et réglementaires

- Décret du 18 août 1792 déclarant la dissolution des ordres religieux
- Loi du 15 juillet 1893 sur l'assistance médicale gratuite
- Circulaire n°7043 du 28 octobre 1902 portant création du brevet de capacité infirmière
- Décret du 27 juin 1922 portant institution du brevet de capacité d'infirmières professionnelles
- Arrêté du 26 mai 1930 relatif au diplôme des infirmiers des asiles d'aliénés de l'Etat français
- Loi n°372 du 15 juillet 1943 portant réforme de l'organisation hospitalière
- Arrêté du 3 février 1949 relatif aux titres et diplômes infirmiers
- Décret n° 53-1001 du 5 octobre 1953 portant codification des textes législatifs concernant la santé publique
- Arrêté du 12 mai 1969 modifiant le titre des infirmiers exerçant en psychiatrie
- Loi n° 78-615 du 31 mai 1978 modifiant le code de la santé publique relatif à la profession d'infirmier ou d'infirmière et relatif à l'exercice illégal de la profession de médecin
- Décret n° 75-73 du 30 janvier 1975 portant publication de l'accord européen sur l'instruction et la formation des infirmières (ensemble deux annexes) fait à Strasbourg le 25 octobre 1967

Loi n° 80-527 du 12 juillet 1980 modifiant certaines dispositions du code de la santé publique, relative à l'exercice de la profession d'infirmier ou d'infirmière et de certaines autres professions d'auxiliaires médicaux

Décret n°81-306 du 2 avril 1981 relatif aux études conduisant au diplôme d'État d'infirmier et d'infirmière modifié par le décret n°87-1039 du 23 décembre 1987, par le décret n°88-1076 du 30 novembre 1988

Décret n° 81-539 du 12 mai 1981 relatif à l'exercice de la profession d'infirmier

Arrêté du 16 janvier 1990 modifiant l'arrêté du 13 septembre 1988 relatif à l'évaluation continue des connaissances et des aptitudes acquises au cours des études préparatoires au diplôme d'État d'infirmier

Arrêté du 21 juin 1990 modifiant l'arrêté du 30 novembre 1988 relatif aux conditions dans les écoles préparant au diplôme d'État d'infirmier et d'infirmière

Décret n° 92-264 du 23 Mars 1992 modifiant le décret n° 81-306 du 2 avril 1981 modifié relatif aux études conduisant au diplôme d'État d'infirmier et d'infirmière

Arrêté du 23 mars 1992 relatif aux conditions d'admission dans les centres de formation en soins infirmiers.

Arrêté du 23 mars 1992 relatif au programme des études conduisant au diplôme d'État d'infirmier

Arrêté du 30 mars 1992 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation en soins infirmiers.

Arrêté du 14 janvier 1993 relatif à l'attribution de dispense de scolarité pour la préparation du diplôme d'État d'infirmier

Décret n° 93-221 du 16 février 1993 relatif aux règles professionnelles des infirmiers et infirmières

Arrêté du 18 août 1995 relatif au diplôme de cadre de santé

Décret n°99-1147 du 29 décembre 1999 relatif à l'application des dispositions de l'article L. 474-2 du code de la santé publique

Arrêté du 17 août 2000 modifiant l'arrêté du 23 mars 1992 modifié relatif au programme des études conduisant au diplôme d'État d'infirmier

Arrêté du 21 Août 2000 modifiant l'arrêté du 23 mars 1992 modifié relatif aux conditions d'admission dans les instituts de formation en soins infirmiers préparant au diplôme d'État d'infirmier

Décret n° 2001-697 du 26 juillet 2001 modifiant le décret n° 81-306 du 2 avril 1981 relatif aux études conduisant au diplôme d'État d'infirmier et d'infirmière

Arrêté du 6 septembre 2001 relatif à l'évaluation continue des connaissances et des aptitudes acquises au cours des études conduisant au diplôme d'État d'infirmier

Arrêté du 6 septembre 2001 modifiant l'arrêté du 23 mars 1992 modifié relatif aux conditions d'admission dans les instituts de formation en soins infirmiers préparant au diplôme d'Etat d'infirmier

Arrêté du 28 septembre 2001 modifiant l'arrêté du 23 mars 1992 modifié relatif au programme des études conduisant au diplôme d'État d'infirmier

Circulaire du 3 octobre 2001 relative aux études conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier

Arrêté du 8 novembre 2001 modifiant l'arrêté du 6 septembre 2001 relatif à l'évaluation continue des connaissances et des aptitudes acquises au cours des études conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier

Loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale

Circulaire DGS/SD 2 C n° 2002-76 du 7 février 2002 relative aux quotas d'étudiants à admettre dans les instituts de formation paramédicaux pour les années 2002, 2003 et 2004

Arrêté du 22 mars 2002 modifiant l'arrêté du 23 mars 1992 modifié relatif aux conditions d'admission dans les instituts de formation en soins infirmiers

Arrêté du 22 mars 2002 relatif à l'évaluation continue des connaissances et des aptitudes acquises au cours des études conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier

Circulaire DGS/2C n° 2002-268 du 30 avril 2002 relative aux études conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier

Circulaire DHOS/P 2 n° 2002-363 du 21 juin 2002 complétant la circulaire DGS/2 C/DHOSP/P 2 n° 2001-475 du 3 octobre 2001 relative aux études conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier

Circulaire DREES/BPS n° 2003-51 du 3 février 2003 relative à l'enquête auprès des centres de formation aux professions de la santé et de l'action sociale sous tutelle des ministères des affaires sociales, du travail et de la solidarité et de la santé, de la famille et des personnes handicapées

Arrêté du 21 mai 2003 modifiant l'arrêté du 23 mars 1992 modifié relatif aux conditions d'admission dans les instituts de formation en soins infirmiers préparant au diplôme d'Etat d'infirmier

Arrêté du 21 mai 2003 modifiant l'arrêté du 30 mars 1992 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation en soins infirmiers

Circulaire DGS/SD2C n° 2003-259 du 28 mai 2003 relative à la carte d'étudiant en instituts paramédicaux

Circulaire DGS/2 C n° 2003-288 du 17 juin 2003 relative aux études conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier

Circulaire DGS/DHOS n° 2003-366 du 10 juillet 2003 relative à la mise en œuvre des enseignements concernant la santé mentale prévus par l'arrêté du 30 mars 1992 modifié relatif au programme des études conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier

Circulaire DGS/2 C n° 2003-365 du 23 juillet 2003 relative aux études conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier

Circulaire DREES/BPS n° 2003-472 du 6 octobre 2003 relative à l'enquête auprès des centres de formation aux professions de la santé sous tutelle des ministères des affaires sociales, du travail et de la solidarité, et de la santé, de la famille et des personnes handicapées

Circulaire DHOS/P 2 n° 2004-62 du 16 février 2004 relative aux tarifs de restauration applicables aux étudiants poursuivant une formation aboutissant à un diplôme paramédical

Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code, paru au journal officiel n°183 du 9 août 2004

Loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales

Arrêté du 22 avril 2005 fixant le nombre maximum d'étudiants à admettre en première année d'études préparatoires au diplôme d'Etat d'infirmier

Circulaire DREES/BPS n° 2005-394 du 23 août 2005 relative à l'enquête auprès des centres de formation aux diplômes professionnels de la santé sous tutelle des ministères de l'emploi, de la cohésion sociale, du logement, de la santé et des solidarités

Circulaire DHOS/M4 n° 2005-437 du 26 septembre 2005 relative à l'ouverture des épreuves de vérification des connaissances mentionnées aux articles L. 4111-2 et L. 4221-12 du code de la santé publique

Circulaire SGMCAS no 2006-114 du 9 mars 2006 relative à la gestion de la validation des acquis de l'expérience en vue de l'obtention des diplômes du travail social et des diplômes sanitaires

Arrêté du 18 mai 2006 fixant le nombre maximum d'étudiants à admettre en première année d'études préparatoires au diplôme d'Etat d'infirmier

Circulaire DREES/BPS no 2006-428 du 29 septembre 2006 relative à l'enquête auprès des centres de formation aux diplômes professionnels de la santé sous tutelle des ministères de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement, et de la santé et des solidarités

Loi n° 2006-1668 du 21 décembre 2006 portant création d'un ordre national des infirmiers

Circulaire DGCP/5C/DHOS/F4 n° 2006-549 du 27 décembre 2006 relative à la subvention d'équilibre pour les écoles et instituts de formation des personnels paramédicaux et de sages-femmes

Arrêté du 28 mars 2007 modifiant l'arrêté du 6 septembre 2001 modifié relatif à l'évaluation continue des connaissances et des aptitudes acquises au cours des études conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier

Arrêté du 21 avril 2007 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux

Loi n° 2007-1199 du 10 Août 2007, relative aux libertés et responsabilités des universités, dite loi LRU.

Décret n°2007-1571 du 5 novembre 2007 relatif aux élections aux conseils régionaux et départementaux de l'ordre des infirmiers

Arrêté du 28 mai 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier

Circulaire interministérielle n° DHOS/RHI/DGESIP/2009/201 du 26 Juin 2009, Réf. DGESIPA-2009 0274, objet : délivrance du grade de licence aux infirmiers diplômés d'Etat. Organisation du partenariat Conseils régionaux/Universités/IFSI

Circulaire interministérielle n° DHOS/RHI/DGESIP/2009/202 du 9 Juillet 2009 relative au conventionnement des instituts de formation en soins infirmiers (IFSI) avec l'université et la région dans le cadre de la mise en œuvre du processus Licence-Master-Doctorat (LMD)

Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (article 63), dite loi HPST

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

Arrêté du 1er juin 2011 fixant le nombre d'étudiants à admettre en première année d'études préparatoires au diplôme d'Etat d'infirmier au titre de l'année scolaire 2011-2012

Arrêté du 21 Juillet 2013 modifiant l'arrêté du 31 Juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat infirmier

Loi n° 2013-660 du 22 juillet 2013 relative à l'enseignement supérieur et à la recherche

Directive 2013/55/UE du Parlement européen et du Conseil du 20 novembre 2013 modifiant la directive 2005/36/CE relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles

Arrêté du 3 juillet 2015 fixant le nombre d'étudiants à admettre en première année d'études préparatoires au diplôme d'Etat d'infirmier au titre de l'année scolaire 2015-2016

Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

Arrêté du 18 juillet 2016 fixant le nombre d'étudiants à admettre en première année d'études préparatoires au diplôme d'Etat d'infirmier au titre de l'année scolaire 2016-2017

Instruction n° DGOS/RH1/2016/330 du 4 novembre 2016 relative à la formation des tuteurs de stage paramédicaux

Décret n° 2016-1605 du 25 novembre 2016 portant code de déontologie des infirmiers

2. Bibliographie

- Abdelmalek, A. A. et Gérard J.-M. (2001). *Manuel à l'usage des professions de santé*. Paris : Masson.
- Actusoins (coll.) Dossier « Masters ou non ». *Actusoins*. Consulté le vendredi 24 Janvier 2014 et le 3 septembre 2016 sur <http://actusoins.com>
- Autes, M. (2009). Territoires, santé, démocratie. *Sciences sociales et santé*, 2/2009, (Vol. 27), 75-78.
- Beaud, M. (1985.2006). *L'art de la thèse*. Paris : La découverte.
- Bissières, C., Boucau, J.-R., Kotobi, L., et Niero, S. (2012). Réforme et « universitarisation » de la formation infirmière : une expérience en cours. *Revue Sociologie Santé*, n°35 : *Un groupe professionnel aux multiples facettes : les infirmières*. Marginalités et société, 217-235. Bordeaux, France : Université de Bordeaux (ADES).
- Bouchaut-Rolnin, M.-E. (2007, février). L'éthique de management, une des clés de réussite pour la qualité des soins à l'hôpital. *Gestions Hospitalières*, n° 409, février 2007, 103-110.
- Butler, J. (1997). *Le pouvoir des mots : Discours de haine et politique du performatif*. Paris : Editions Amsterdam.
- Carricaburu, D. et Ménoret, M. (2004). *Sociologie de la santé. Institutions, professions et maladies*. Paris : Armand Colin.
- Cattonar, B. (2002). *Homogénéité et diversité des identités professionnelles enseignantes*, in C. Maroy (éd.), *Les écoles d'enseignement secondaire et leurs enseignants*. Bruxelles : De Boeck Université.
- Champy, F. (2011). *Nouvelle théorie sociologique des professions*. Paris : Le lien social, PUF.
- Champy, F. (2009). *La sociologie des professions*. Paris : Quadrige, PUF.
- Chomel, A. (2013). *Universitarisation des études de cadre de santé, un dispositif de professionnalisation*. (Mémoire de master professionnel 1^{ère} année. IFCS Grenoble et IEP Grenoble).
- Collectif. (2012, mars). Un groupe professionnel aux multiples facettes : les infirmières, *Revue Sociologie Santé* n° 35, Marginalités et société. Bordeaux, France : Université de Bordeaux (ADES).
- Crawford, M. B. (2010). *Eloge du carburateur, essai sur le sens et la valeur du travail*. Paris : La Découverte.
- Degoit-Cloiseau, A. (2012). *Etre infirmier(ère) en 2012, des mutations et des paradoxes, une réflexion éthique entre désordre(s) et ordre(s)*. (Master de philosophie pratique spécialité éthique. Université de Paris-Est-Marne-la-Vallée).
- Déliot, C. (2013, février). Bientraitance et enjeux éthiques. *Colloque ARSI*. Paris.
- Demas, S. (2013). *Dans un contexte évolutif : quel accompagnement pour le cadre formateur. De la construction identitaire au développement de compétences*. (Mémoire de master professionnel éducation et formation 1^{ère} année. IFCS Aix-en-Provence et U.F.R. ALLSHS, Département des Sciences de l'Education. Université Aix – Marseille).
- Dupré, C. (2010). *Sociologie des conventions, sociologie de la traduction ou de l'innovation*. IFCS Lacassagne. Lyon, France.
- Dupuy, J.-P., Eymard-Duvernay, F., Favereau, O., Orléan, A., Salais, R. et Thévenot, L. (1989). La théorie des conventions. *Revue économique*, n° spécial, n° 2, mars 2017, vol. 40.
- Durand, C. (2013, septembre). Le rôle des valeurs dans l'activité de soin. *Revue Cadres de santé*, 30 septembre 2007.
- Durand, G., Duplantie, A., Laroche, Y. et Laudy, D. (2000). *Histoire de l'éthique médicale et infirmière*. Montréal, Canada : Les presses de l'université de Montréal.
- Feroni, I. (1994). *Les infirmières hospitalières, la construction d'un groupe professionnel*. (Thèse de doctorat de sociologie. Université de Nice-Sophia-Antipolis, France).
- FHF, Rolland, L. (dir.)(2007). *L'hôpital expliqué*. Paris : Fédération hospitalière de France.
- Fourdrignier, M. (2014, décembre). La construction de deux groupes professionnels : l'assistant de service social et l'infirmier. *Revue Sociologie Santé*, n°37, Décembre 2014.
- Fourdrignier, M. (2013, juin). Les cadres de santé au cœur de la performance hospitalière. *Journée d'études de l'IFCS de Reims*. Reims, France.

- Fusulier, B. (2001). *Articuler l'école et l'entreprise*. Louvain-la-Neuve, Belgique : Academia.
- Honneth, A. (2013). *La lutte pour la reconnaissance*. Paris : Folio.
- Jacquard, A. (1986). *L'héritage de la liberté : de l'animalité à l'humanité*. Paris : Seuil.
- Lafaye, C. et Thévenot, L. (1993). *Une justification écologique ? Conflits dans l'aménagement de la nature*. Revue Française de Sociologie n° 34-4, 495-524.
- Lanriec, T. (1992). *L'école à l'envers. Former des enseignantes en infirmerie*. Rueil-Malmaison, France: Editions Lamarre.
- Laplantine, F. (1986). *Anthropologie de la maladie*. Paris : Payot.
- Leroux-Hudon, V. (1981). *Infirmières des Hôpitaux de Paris : 1871-1914. Ebauche d'une profession*. (Thèse de doctorat d'histoire. Université Diderot Paris VII, non publiée).
- Lhez, P. (1995). *De la robe de bure à la tunique pantalon, histoire du vêtement dans la pratique infirmière*. Paris : InterEditions.
- Likert, R. (1967). *Human organization : its management and value*. New-York, USA : McGraw-Hill Books.
- Malgaive, G. (1993). *Alternance et Compétences*. Cahiers Pédagogiques, n° 320, 28.
- Martineaud, J.-P. (2002). *Les ordres religieux dans les hôpitaux de Paris*. Paris : L'Harmattan.
- Martinez, A. (2013). *L'Universitarisation des études cadres de santé, quelles ingénieries de formation*. (Mémoire du diplôme de cadre de santé. IFCS de Grenoble, France).
- Milly, B. (2012). *Le travail dans le secteur public, Entre institutions, organisations et professions*. Rennes, France : Presses Universitaires de Rennes.
- Milly, B. et Herreros, G. (2011). *La qualité à l'hôpital. Un regard sociologique*. Paris : L'Harmattan.
- Molinier, P. (2013). *Le travail du care*. Paris : La Dispute.
- Morin, E. (1994, 2005). *La complexité humaine*. Paris : Flammarion.
- Pernot, H. (2003). *Un projet de démocratie à l'épreuve du quotidien syndical*. (Thèse de doctorat en sciences politiques. Université Lumière Lyon 2, France).
- Perrin-Niquet, A. (2006, juin). Influence de la politique de secteur sur l'identité des ISP. *Soins psychiatrie*, vol. 27, n° 244, 1-46.
- Piguet, C. (2008). *L'autonomie dans les pratiques infirmières : une posture à clarifier au sein du système de santé*. (Thèse de doctorat en sciences de l'éducation. Université de Nanterre Paris X, France). (Thèse de doctorat en sciences de la santé publique. Université Catholique de Louvain, Belgique).
- Postic, M. (2016, avril). Le style du cadre de santé formateur en IFSI : à la recherche de la cohérence. *Perspective soignante*, n°55, avril 2016, 97-117. Paris : Seli Arslan.
- Prévost, A.-M. (1982). *Réflexions sur l'enseignement infirmier : 1870 – 1914*. (Thèse de doctorat de médecine. Faculté de Marseille, France).
- Reicher-Brouard, V. (2001). Repenser la coopération. *Travailler* 1/2001, n°5, 119-136.
- Reysset, N. (2011). *L'universitarisation des études de cadre de santé, une nouvelle identité et un nouveau métier pour le cadre de santé*. (Mémoire du diplôme de cadre de santé, IFCS de Grenoble, France).
- Ricœur, P. (1990). *Soi-même comme un autre*. Paris : Seuil.
- Strauss, A. (1992). *La trame de la négociation : sociologie qualitative et interactionnisme*. Paris : L'Harmattan.
- Thévenot, L. (1986). Les investissements de forme. *Cahiers du Centre d'études de l'emploi*, Paris, PUF, p. 21-72. Consulté le 21 août 2017 sur <http://gspm.ehess.fr>
- Tincelin, S. (2016, avril). L'apprentissage en ligne en formation infirmière : quels changements dans le métier de cadre de santé formateur ? *Perspective soignante*, n°55, 58-73. Paris : Seli Arslan.
- Vernizy, G. (2004). *Les valeurs source d'équilibre*. Pulido (dir.). (Mémoire du diplôme de cadre de santé. IFCS Lyon Lacassagne, France).
- Xerri, J.-G. (2011). *Le soin dans tous ses états*. Paris : Desclée de Brouwer.

Textes législatifs et réglementaires

- Arrêté du 16 février 1973 relatif à la formation professionnelle du personnel soignant de secteur psychiatrique
- Arrêté du 26 avril 1979 modifiant l'arrêté du 16 février 1973 relatif à la formation professionnelle du personnel soignant de secteur psychiatrique
- Arrêté du 30 mars 1988 fixant le nombre d'élèves admis en première année d'études préparatoires au diplôme d'État d'infirmier et d'infirmière
- Arrêté du 6 Avril 2000 fixant le nombre d'étudiants admis en première année d'études préparatoires au diplôme d'état d'infirmier pour 2000 - 2001.
- Arrêté du 9 avril 2001 modifiant l'arrêté du 26 mai 1992 modifié relatif aux conditions d'admission dans les instituts de formation en soins infirmiers de la région Aquitaine
- Arrêté du 24 avril 2001 fixant le nombre d'étudiants admis en première année d'études préparatoires au diplôme d'État d'infirmier
- Circulaire DHOS-P 2 n° 2001-388 du 1er août 2001 relative à l'exercice en qualité d'infirmier des personnes titulaires d'un diplôme de médecin ne leur permettant pas d'exercer leur activité en France
- Circulaire DGS/SD 2 C n° 2001-416 du 27 août 2001 relative à l'attribution de bourses d'études aux élèves et étudiants préparant des diplômes de sage-femme et de professionnels paramédicaux
- Arrêté du 31 août 2001 modifiant l'arrêté du 8 juillet 1993 modifié relatif aux conditions d'admission dans les instituts de formation en soins infirmiers de la région Rhône-Alpes
- Arrêté du 10 juin 2002 fixant le nombre d'étudiants admis en première année d'études préparatoires au diplôme d'Etat d'infirmier
- Arrêté du 25 janvier 2003 relatif aux modalités d'organisation de la validation des acquis de l'expérience pour l'obtention du diplôme professionnel d'aide-soignant
- Arrêté du 28 février 2003 fixant les règles de fonctionnement et de constitution des commissions instituées par le décret n° 2001-834 du 12 septembre 2001 relatif à la reconnaissance de l'expérience professionnelle en équivalence des conditions de titres ou de diplômes requises pour se présenter aux concours et examens professionnels réservés organisés en application du décret n° 2002-661 du 30 avril 2002
- Circulaire DSS/2 C n° 2003-151 du 26 mars 2003 relative à la protection des élèves et étudiants en stage hors du territoire national
- Arrêté du 7 mai 2003 fixant le nombre d'étudiants admis en première année d'études préparatoires au diplôme d'Etat d'infirmier
- Circulaire DSS/DES n° 2003-281 du 11 juin 2003 relative aux modalités de gestion du régime obligatoire de sécurité sociale des étudiants
- Arrêté du 2 juillet 2003 modifiant l'arrêté du 28 juin 1999 relatif aux montants de ressources à prendre en considération pour le calcul de l'allocation de logement des étudiants
- Décret n° 2003-801 du 26 août 2003 modifiant les conditions d'exonération de la cotisation étudiante d'assurance maladie pour les étudiants boursiers (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat)
- Arrêté du 17 janvier 2004 fixant le nombre maximum d'étudiants à admettre en première année d'études préparatoires au diplôme d'Etat d'infirmier
- Arrêté du 5 janvier 2004 modifiant l'arrêté du 22 juillet 1994 modifié relatif au diplôme professionnel d'aide-soignant et au diplôme professionnel d'auxiliaire de puériculture
- Arrêté du 1er juin 2004 modifiant l'arrêté du 8 juillet 1993 modifié relatif aux conditions d'admission dans les instituts de formation en soins infirmiers de la région Rhône-Alpes
- Arrêté du 1er juin 2004 modifiant l'arrêté du 26 mai 1992 modifié relatif aux conditions d'admission dans les instituts de formation en soins infirmiers de la région Aquitaine
- Circulaire interministérielle DGS/SD 2 C/DGCL n o 2005-26 du 13 janvier 2005 relative à la décentralisation des aides accordées aux élèves et étudiants paramédicaux et aux étudiants sages-femmes

Circulaire interministérielle DGS/FGCL n° 2005-118 du 2 mars 2005 relative à l'application du décret fixant les règles minimales de taux et de barème des aides accordées sous forme de bourses d'études aux élèves et étudiants paramédicaux et aux étudiants sages-femmes pour la rentrée de février 2005

Décret n° 2005-418 du 3 mai 2005 fixant les règles minimales de taux et de barème des bourses d'études accordées aux élèves et étudiants inscrits dans les instituts et écoles de formation de certaines professions de santé

Arrêté du 22 octobre 2005 relatif au diplôme professionnel d'aide-soignant

Arrêté du 16 janvier 2006 relatif à la formation conduisant au diplôme professionnel d'auxiliaire de puériculture

Arrêté du 19 décembre 2006 fixant le modèle du formulaire « demande de validation des acquis de l'expérience pour l'obtention d'un diplôme ou certificat délivré au nom des ministres chargés de la santé ou de l'action sociale »

Circulaire DGS/SD 2C n° 2007-71 du 19 février 2007 relative à la mise en œuvre de la réforme des études conduisant au diplôme professionnel d'aide-soignant

Circulaire DHOS/M4 n° 2007-92 du 6 mars 2007 relative à l'ouverture des épreuves de vérification des connaissances et de maîtrise de la langue française mentionnées aux articles L. 4111-2 I et L. 4221-12 du code de la santé publique

Décret n° 2007-552 du 13 avril 2007 relatif à la composition, aux modalités d'élection et au fonctionnement des conseils de l'ordre des infirmiers et à la procédure disciplinaire applicable aux infirmiers et modifiant le code de la santé publique

Décret n° 2007-554 du 13 avril 2007 relatif aux modalités d'élection par voie électronique des conseils de l'ordre des infirmiers et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires)

Arrêté du 13 mars 2008 fixant la répartition des sièges des conseils régionaux et interrégionaux de l'ordre des infirmiers

Arrêté du 13 mars 2008 fixant la répartition des membres du Conseil national de l'ordre des infirmiers

Arrêté du 13 mars 2008 pris en application de l'article D. 4311.82 du code de la santé publique et relatif à l'élection par voie électronique des conseils de l'ordre des infirmiers

Décret n° 2009-957 du 29 juillet 2009 relatif à la reconnaissance des qualifications professionnelles des ressortissants des Etats membres de la Communauté européenne ou parties à l'accord sur l'Espace économique européen pour l'exercice des professions de préparateur en pharmacie et préparateur en pharmacie hospitalière, d'auxiliaires médicaux et de conseiller en génétique (article 3 paragraphe 2)

Glossaire des sigles et abréviations

AERES

Agence d'Évaluation de la Recherche et de l'Enseignement Supérieur

AFEDI

Association Francophone Européenne des Diagnostics, Interventions et Résultats infirmiers

AFS

Association Française de Sociologie

AP-HP

Assistance Publique-Hôpitaux de Paris

AJC

L'Amour et la Justice pour compétences (Boltanski, 1990)

ANDEP

Association nationale des directeurs d'écoles paramédicales

APB

Admission post-bac

ARS

Agence Régionale de Santé

ARSI

Association pour la Recherche en Soins Infirmiers

ASH

Agent de service hospitalier

BMD

Bachelor-Master-Doctorat

CAC

Commission d'attribution des crédits (ECTS)

CDS

Cadre de Santé

CEFIEC

Comité d'Entente des Formations Infirmières et Cadres

CII

Conseil International des Infirmières

CM

Cours Magistral

CNU

Conseil National des Universités

CPOM

Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

CROUS

Centre Régional des Œuvres Universitaires et Scolaires

CSDS

Cadre Supérieur de Santé

DE

Diplôme d'État

DGOS

Direction Générale de l'Offre de Soins

DREES

Direction de la recherche, des études, des évaluations et des statistiques

DSSI

Directeur des Services de Soins Infirmiers

EAS

Elève Aide-Soignant

EHESP

Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

EHESS

Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales

ECTS

European Credits Transfer System

EG

Economies de la grandeur

EHPAD

Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

ESI

Etudiant en soins infirmiers

FHF

Fédération Hospitalière de France

FHP

Fédération Hospitalière Privée

FNI

Fédération Nationale des Infirmiers

FNESI

Fédération Nationale des Etudiants en Soins Infirmiers

GCS

Groupement de coopération sanitaire

GEFERS

Groupe Francophone d'Etudes et de Formations en Ethique de la Relation de Service et de soin

GEPS

Groupement des Etablissements Privés de Soins

GIPNL

Groupement des IFSI Privés à But Non Lucratif

GMP

Groupe Moyen de Patients

GMS

Groupe Moyen de Soins

HAS

Haute Autorité de Santé

HCERES

Haut Conseil de l'Evaluation de la Recherche et de l'Enseignement

HCL

Hospices Civils de Lyon

HPST (Loi)

Hôpital, Patient, Santé, Territoire

IADE

Infirmier Anesthésiste diplômé d'Etat

IBODE

Infirmier de Bloc Opératoire Diplômé d'Etat

IDE

Infirmier Diplômé d'Etat

IFAS

Institut de Formation des Aides-Soignants

IFCS

Institut de Formation des Cadres de Santé

IFSI

Institut de Formation en Soins Infirmiers

IRFSS

Institut Régional de Formation Sanitaire et Sociale

ISP

Infirmier de secteur psychiatrique

LMD

Licence, Master, Doctorat

MCU

Maître de conférence des universités

MESR

Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche

NEC

Le nouvel esprit du capitalisme (Boltanski et Chiapello, 1999)

PACES

Première année commune des études de santé

PH

Praticien hospitalier

PMSI

Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information

PSC

Principe supérieur commun

SIDIIEF

Secrétariat International des Infirmières et Infirmiers de l'Espace Francophone

SNPI

Syndicat National des Professionnels Infirmiers

SNIL

Syndicat National des Infirmiers Libéraux

SROS2

Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire de 2ème génération

STAPS

Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives

T2A

Tarification A l'Activité

TD

Travaux Dirigés

TFE

Travail de fin d'études (mémoire)

TICE

Technologies de l'information et de la communication pour l'enseignement

TP

Travaux pratiques

TPG

Travaux Personnels Guidés

UFR

Unité de formation et de recherche

VAE

Validation des acquis de l'expérience

L'universitarisation des études infirmières en France :

Quelles opportunités et quels risques

pour le groupe professionnel infirmier ?

*Etude de la collaboration entre groupes de partenaires sur un territoire académique régional,
au regard des Economies de la grandeur*

Marie Petrus-Krupsky

Résumé

La réforme des études infirmières de 2009 en France impose un changement des pratiques de la transmission des savoirs, savoir-faire et savoir-être infirmiers. Elle redistribue les cartes, les rôles et les responsabilités entre une pluralité de partenaires. Ainsi les IFSI, universités et professionnels infirmiers sont amenés à renoncer aux anciens schémas de collaboration et à innover pour répondre aux prescriptions du nouveau référentiel et à l'exigence de l'universitarisation.

Après une mise en perspective historique et contextuelle de la formation infirmière et de la réforme, nous avons mené une étude de cas portant sur un territoire académique régional. Mobilisant le cadre théorique des Economies de la grandeur nous avons analysé les discours et les actes posés par les différents groupes d'acteurs concernés par la formation initiale infirmière : directeurs et formateurs de trois IFSI, enseignants universitaires des facultés du territoire, professionnels infirmiers des terrains de stage, et, bien sûr, étudiants infirmiers. Cette étude de terrain permet de comprendre la trame des modifications générées par la réforme et les ajustements opérés entre acteurs qui ont permis de construire un dispositif de formation conjoint tenant en justice et en justesse. Il demeure néanmoins fragile.

Ce faisant, cette recherche questionne de façon plus prospective les opportunités et les risques de l'universitarisation pour le groupe professionnel infirmier en France.

Mots clefs : formation infirmière, politique publique, universitarisation, convention.