



HAL
open science

La quête identitaire des infirmiers : évolutions de l'identité professionnelle infirmière à travers son référentiel de formation

Michèle Charpin

► To cite this version:

Michèle Charpin. La quête identitaire des infirmiers : évolutions de l'identité professionnelle infirmière à travers son référentiel de formation. Science politique. 2014. dumas-01134324

HAL Id: dumas-01134324

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01134324>

Submitted on 23 Mar 2015

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Vous allez consulter un mémoire réalisé par un étudiant dans le cadre de sa scolarité à Sciences Po Grenoble. L'établissement ne pourra être tenu pour responsable des propos contenus dans ce travail.

Afin de respecter la législation sur le droit d'auteur, ce mémoire est diffusé sur Internet en version protégée sans les annexes. La version intégrale est uniquement disponible en intranet.



UNIVERSITE FGI TGPQDNG
INSTITUT D'ETUDES POLITIQUES DE GRENOBLE

Présenté par Michèle CHARPIN

LA QUETE IDENTITAIRE DES INFIRMIERS

**Evolutions de l'identité professionnelle infirmière à travers son
référentiel de formation**

Sous la direction d' Elsa GUILLALOT

Master « Politiques publiques et changement social »

Spécialité « Politiques publiques de santé »

Année: 2013-2014



UNIVERSITE FGI TGPQDNG
INSTITUT D'ETUDES POLITIQUES DE GRENOBLE

Présenté par Michèle CHARPIN

LA QUETE IDENTITAIRE DES INFIRMIERS

**Evolutions de l'identité professionnelle infirmière à travers son
référentiel de formation**

Sous la direction d' Elsa GUILLALOT

Master « Politiques publiques et changement social »

Spécialité « Politiques publiques de santé »

Année: 2013-2014

« Parler d'identité, c'est parler de ce qui unit, de ce qui fait « un » dans le « multiple ». Répondre à la question « Qui suis-je ? », c'est trouver ce qui malgré la diversité de nos sentiments et de nos expériences dans le temps, demeure une référence relativement stable à laquelle on se réfère pour se définir. »¹

¹ LEGAULT, Georges A. Crise d'identité professionnelle et professionnalisme. Presses de l'université de Québec, 2003, p.1.

Remerciements

Je tiens tout particulièrement à remercier,

Mme Elsa GUILLALOT, pour son accompagnement méthodologique avisé tout au long de cette direction de mémoire, et pour avoir guidé et enrichi mes réflexions.

Mme Françoise PERNOT pour ses réflexions pertinentes qui m'ont fait avancer, grandir dans ma fonction, son regard critique et son soutien permanent.

Emilie MANON, pour son soutien sans faille, ses conseils avisés et pertinents, sa présence rassurante et sa disponibilité.

Marie Paule STECCA, Christine STIRNEMANN pour leurs aides précieuses, leur accompagnement et leurs relectures.

Isabelle, Véronique et Véronique, Martine et tant d'autres, pour avoir cru en moi et m'avoir accordé une écoute bienveillante dans les moments de doute et m'avoir donné les moyens de me recentrer sur ce travail.

Madame Odile CENTELLES et Monsieur Sébastien CHEVILLOTTE pour avoir rendu possible cette année de Master II.

Anne-Marie, Florence et Mélanie pour cette belle rencontre et notre entre-aide.

Lionel, Alexandre, Céline, Marine et Romuald pour leur « humour » et leur patience.

L'ensemble des personnes interrogées dans le cadre de l'enquête de terrain, pour le temps qu'elles m'ont accordé, la bienveillance qu'elles ont eu à mon égard et pour avoir, par les informations qu'elles m'ont fournies, permis une analyse de la situation d'étude.

Table des matières

Introduction	8
I. Contexte	8
II. État de la question	13
A. Problématique provisoire, question(s) de recherche	13
B. Hypothèses de travail	13
C. Définitions autour de l'objet.....	14
D. Population et méthode d'enquête	18
E. Plan de travail.....	20
Chapitre 1. La formation infirmière : levier d'une (re) construction identitaire.....	21
I. Construction, déconstruction identitaire : une profession en mutation	21
A. Un long chemin vers l'autonomie	21
B. Redéfinition du rôle infirmier.....	27
C. Crise économique et réorganisation du système de santé	29
II. Référentiel 2009 : vers un nouveau modèle identitaire.....	32
A. Le référentiel de formation en soins infirmiers de 2009 : un changement de paradigme	32
B. L'universitarisation.....	39
III. Formation et accommodation.....	41
A. Acquisition d'une posture réflexive	41
B. Acquisition de compétences	44
Chapitre 2. D'un idéal à une réalité : ambiguïté d'une identité en recomposition.	49
I. Construction identitaire et logiques organisationnelles des institutions.....	49
A. Réorganisations structurelles.....	49
B. Les contraintes d'un système et l'organisation de santé	52

II.	Nouveau référentiel et construction de compétences.....	55
A.	Des savoirs spécifiques aux savoirs transversaux	55
B.	Données sociologiques relative à la génération Y.....	57
C.	Points d’achoppement entre nouveaux et anciens professionnels	60
III.	Reconnaissance par les institutions et par la société : légitimité d’une profession.....	62
A.	Modification culturelle de l’exercice.....	63
B.	Codes et normes universitaires : l’étudiant infirmier et appartenance à un groupe.....	66
C.	Codes et normes universitaires : Un processus en cours de construction	69
	Chapitre 3. Métamorphose par complémentarité reconnue	74
I.	L’identité professionnelle d’un nouveau professionnel de santé.....	74
A.	Elargissement du champ de compétences	75
B.	Nouvelles technologies.....	77
C.	Vers les pratiques avancées et la délégation de tâche	80
II.	Des valeurs renforcées au service du patient	83
A.	Reconnaissance.....	83
B.	Professionnalisation de la formation	85
	CONCLUSION.....	90
	BIBLIOGRAPHIE	92
	GLOSSAIRE.....	99

Introduction

La profession d'infirmière traverse aujourd'hui, en France, une période d'incertitude. Dans un contexte économique complexe où les jeunes diplômés connaissent des difficultés à trouver un premier emploi, toute une profession est en quête d'identité et de reconnaissance de ses compétences professionnelles afin de tendre à son autonomie. Dans ce schéma, l'universitarisation de la formation en soins infirmiers en 2009 questionne la sérénité du groupe professionnel et ouvre la discussion d'une redéfinition des métiers paramédicaux et de leurs formations.

I. Contexte

Depuis les accords de Bologne, signés le 19 juin 1999, la formation en soins infirmiers a ouvert la porte à « son » universitarisation. Ces accords, signés par Claude Allègre, ministre de l'Éducation nationale, de la Recherche et de la Technologie posent comme principe la création d'un espace européen d'enseignement ayant comme objectif une élaboration commune des systèmes de formation fondés sur 3 cycles : licence, master, doctorat (système LMD).

En parallèle, depuis une quinzaine d'années le CEFIEC² et l'UIPARM³ réfléchissent à l'universitarisation et à la possibilité d'une année commune aux métiers de la santé ainsi qu'au décloisonnement de ces professions.

La Loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales, quant à elle, a donné aux régions la responsabilité des formations professionnelles sanitaires et sociales.

De toutes ces mesures a découlé le 31 juillet 2009 un nouveau référentiel de formation qui réforme les études en soins infirmiers et donne donc une équivalence universitaire aux étudiants infirmiers. En effet, à l'issue de leurs trois années de formation les étudiants en soins infirmiers obtiennent un diplôme d'état d'infirmier et un grade licence délivré par l'université.

² Comité d'Entente des Formations Infirmières et Cadres

³ Union Interprofessionnelle des Associations de Rééducateurs et Médicotechniques

A la rentrée 2013, 31 088 étudiants sont entrés en formation, cela équivaut à 2 945 étudiants répartis dans 30 Instituts de Formation en Soins Infirmiers (IFSI) pour la région Rhône Alpes⁴. Afin de répondre aux exigences ministérielles, la région s'est organisée en trois regroupements d'IFSI, rattachés à des universités différentes, selon un découpage géographique du territoire :

- 13 IFSI sont reliés à l'Université Claude Bernard de Lyon,
- 6 IFSI sont liés à l'université Jean Monnet de Saint Etienne
- 11 IFSI sont adossés à l'université Joseph Fourier de Grenoble.

Une convention tripartite de partenariat fondée sur des objectifs communs a été signée dès le 20 juillet 2010 entre les instituts de formation en soins infirmiers, les universités et le Conseil Régional de la région Rhône Alpes. Les IFSI publics se sont regroupés en groupement de coopération sanitaire (GCS) et les IFSI privés en GIPNL (privés non lucratifs). De plus, une commission spécialisée régionale a été créée et se compose entre autre d'une commission pédagogique régionale. Cette commission regroupe tous les acteurs de la convention et a pour objectif de traiter les questions universitaires relatives au grade licence.

Pour la région de Grenoble, le partenariat se décline ainsi :

- un travail effectif de co-construction entre les formateurs des différents IFSI et les enseignants universitaires sur les unités d'enseignement contributives en sciences biologiques et médicales, co-construction d'enseignement en e-santé et construction d'une banque de questions de partiels.
- un travail de mutualisation sur la simulation en santé au niveau régional.

⁴ Arrêté du 14 juin 2013 fixant au titre de l'année scolaire 2013-2014 le nombre d'étudiants à admettre en première année d'études préparatoires au diplôme d'Etat d'infirmier. Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000027587175> [consulté le 18 septembre 2014]

Aujourd'hui, après 5 ans de réingénierie des formations paramédicales dans le schéma LMD, seuls les Infirmiers⁵ et les Ergothérapeutes obtiennent un double diplôme : un D.E⁶ et un grade de licence. Au-delà de ce grade licence, rien n'est prévu pour les formations paramédicales à l'exception de la formation d'infirmiers anesthésistes reconnue par un master 2. Ainsi, depuis quelques mois, les infirmiers puéricultrices, orchestrent des mouvements de mécontentement partout en France en brandissant le slogan : « *Grade Master sinon rien ! Pour une spécialisation et une formation de qualité !* »



Cela fait suite à la création fin 2012 du collectif d'infirmiers et d'aides-soignants « Ni Bonne, Ni Nonne, Ni Pigeonne » (NBNNNP) qui milite pour une reconnaissance et une valorisation de la profession. Cette contestation n'est pas nouvelle, la profession infirmière se cherche depuis de nombreuses années enchainant les points de rupture et les crises identitaires. Dès 1988⁷ un mouvement social sans précédent a poussé 90% des infirmiers à faire grève alors que seulement 7% des professionnels étaient syndiqués. La coordination infirmière réclame une valorisation des salaires, une amélioration des conditions de travail et une reconnaissance des compétences et des qualifications professionnelles. Déjà à cette époque le slogan « *Ni bonnes, Ni*

⁵ Nous utiliserons indifféremment « infirmier » ou « infirmière » sans donner de signification à l'usage du masculin ou du féminin.

⁶ Diplôme d'Etat

⁷ Fait suite à la parution du décret « BARZACH » de 1987 qui remet en cause l'obtention du baccalauréat pour l'entrée dans les écoles d'infirmières.

nonnes Ni connes» [...] affirme clairement le « ras-le bol » de ces professionnelles qui veulent en finir avec l'image traditionnelle de l'infirmière bonne sœur. »⁸

Ainsi cette histoire mouvementée interroge sur le devenir de la profession infirmière et par extension sur celui des études et de la poursuite de celles-ci en tant que telles. La volonté gouvernementale est peu lisible et le contexte budgétaire difficile a conduit cette année à une baisse substantielle des subventions des régions auprès des formations sanitaires et sociales.

Dès 2009, le sociologue Frederik Mispelblom Beyer, dans un entretien pour la revue Soins cadres⁹, avançait déjà que le changement formel des études infirmier(e)s allait amener une transformation plus profonde dans le milieu de la santé et certainement du social. L'universitarisation semble nécessaire non seulement dans le cadre de l'évolution de l'enseignement supérieur, mais aussi d'un point de vue économique. En effet, les instituts en soins infirmiers coûtent plus cher, ont une capacité d'accueil plus restreinte et des bases de formation moins généralistes que les universités. Cependant, il ne faut pas omettre le fort ancrage professionnalisant des études car l'objectif premier est de former des professionnels de santé capables, en fin de formation, d'exercer en tant que professionnels novices sans difficulté opérationnelle. C'est ce que rappelle la Fédération Hospitalière Française.¹⁰

De plus, on commence à distinguer certains signaux, dans les revues professionnelles, qui nous amènent à penser que nous sommes proches d'un changement de paradigme dans la formation initiale des infirmiers et dans la redéfinition du métier lui-même. Ainsi a émergé depuis 2008 un vocabulaire jusqu'alors absent de la profession. Dans les revues professionnelles, la sémantique interpelle sur des termes comme Sciences infirmières, Réflexivité, Socioconstructivisme, Ingénierie... En effet, le référentiel 2009 met l'accent sur l'acquisition de compétences, l'approche par processus, la réflexivité, la transférabilité. Le formateur en IFSI a un rôle d'accompagnateur, il amène l'étudiant à se questionner en permanence, à prendre de la

⁸ POPON, Anne Sophie. Quand les infirmières s'en mêlent, Actusoins. 7 juillet 2011. Disponible sur : < <http://www.actusoins.com/2961/quand-les-infirmieres-sen-melent.html> > [consulté le 18 septembre 2014]

⁹ MISPELBOM BEYER, Frederik. Propos recueillis par Pascal BARREAU. Une reconnaissance universitaire ne participerait pas forcément à un renforcement du lien avec le métier d'origine. Soins Cadres, vol 19, n°74S, mai 2010, p.8-9.

¹⁰ Positionnement de la FHF vis-à-vis des écoles de formation paramédicales du 24 juillet 2013.

hauteur sur les situations, à développer un « haut raisonnement clinique »¹¹. Les capacités d'analyse, de réflexion et d'autonomie de l'étudiant sont très sollicitées.

Ne sommes-nous pas à l'aube d'une (re)construction d'une profession, d'une nouvelle identité professionnelle ? Nous utilisons ici le terme « profession » telle que le définit C. Dubar « *de Flexner (1915) cité par Cogan (1953) et qui distingue six traits professionnels qui seraient communs à toutes les professions :*

1. *Les professions traitent d'opérations intellectuelles associées à de grandes responsabilités individuelles.*
2. *Leurs matériaux de base sont tirés de la science et d'un savoir théorique*
3. *Qui comportent des applications pratiques et utiles*
4. *Et sont transmissibles par un enseignement formalisé.*
5. *Les professions tendent à l'auto-organisation dans des associations ;*
6. *Et leurs membres ont une motivation altruiste. »*¹²

Aujourd'hui la profession d'infirmier intègre ces critères de définition de par sa formation universitaire, l'existence de textes réglementaires (déontologie, règles professionnelles, décret de compétences...), la création d'un ordre national infirmier et le développement d'une filière académique en sciences infirmières.

Pour s'adapter aux évolutions socio-économiques et sociétales, une nouvelle approche de la santé est engagée « *économique, budgétaire, éducative ...* ». L'adaptation de la formation en soins infirmiers, soulève ces questions :

- Les choix pédagogiques du référentiel 2009 orientent-ils la posture professionnelle?
- Comment la refonte de la formation tend à modifier l'identité professionnelle individuelle et collective des infirmiers et à repenser le rôle et les missions de la profession d'infirmière?

¹¹ PSIUK, Thérèse. L'apprentissage du raisonnement clinique : Concepts fondamentaux, contexte et processus d'apprentissage. Bruxelles : De Boeck, 2012, 219 p.

¹² DUBAR, Claude et al. Sociologie des professions. Paris : Armand Colin, 2011, p 9.

II. État de la question

A. Problématique provisoire, question(s) de recherche

Toutes ces constatations et ce questionnement viennent soulever l'enjeu du changement latent de la profession d'infirmière au travers de son référentiel de formation initiale.

Il est intéressant de s'interroger sur ce que les directives du référentiel de formation de 2009 ont modifié dans la façon de former les étudiants, ainsi que sur les conséquences de celles-ci pour les formateurs, les formés et les structures qui les emploient. Nous pouvons alors poser la problématique suivante :

En quoi la réforme du référentiel de formation infirmier participe à une redéfinition de l'identité individuelle et collective des professionnels en repensant leurs rôles et leurs missions?

B. Hypothèses de travail

La formation, basée sur un référentiel institutionnel normé, contribue à la construction de l'identité professionnelle. Grâce au modèle de l'alternance et son caractère professionnalisant la formation est co-construite par des soignants (experts), « tuteurs » sur les lieux de stage, des formateurs en IFSI issus de la filière professionnelle et les universitaires (pour 23% des enseignements). La rencontre des étudiants avec les tuteurs de stage (issus pour une majorité d'anciens programmes de formations), les formateurs d'IFSI (ayant, de par leur fonction, intégré l'esprit du nouveau référentiel) les universitaires et nouveaux professionnels (issus du référentiel 2009), diversifie les modèles. Cette pluralité d'acteurs, ne contribue-t-elle pas à la construction professionnelle grâce aux images et contres images qu'elle renvoie ; le novice adoptant tour à tour une posture d'imitation ou de distanciation ?

Nous faisons l'hypothèse que la modification d'un programme de formation impacte sur la posture professionnelle à venir et vient façonner l'identité professionnelle. Le référentiel de formation 2009 amène un positionnement différent des étudiants sur les terrains de stage, notamment grâce à l'entraînement aux analyses de pratiques et à la réflexivité supposée.

Une deuxième hypothèse serait que l'universitarisation apportant une forme de légitimité à la profession infirmière, pourrait faire évoluer les représentations sociales mobilisées sur celle-ci.

C. Définitions autour de l'objet

Dans un premier temps, la définition des concepts clés va permettre d'établir un langage commun et de stabiliser la structure de ce travail. Lors du développement, ces concepts seront repris dans une démarche dynamique pour comprendre comment ils influent sur la métamorphose de l'identité professionnelle infirmière. Ainsi nous pouvons retenir une définition de l'identité professionnelle.

Identité Professionnelle

La notion d'identité semble remonter aux origines de la pensée, déjà les philosophes s'interrogeaient sur le moi et l'autre en partant du postulat que l'homme est singulier et perfectible. L'être humain évolue à travers le temps en fonction de sa conscience du moi, à travers ses choix et ses actions passées. L'identité est vue également comme la manière dont les personnes s'identifient aux autres.

Le concept d'identité est complexe, se modifiant en fonction du contexte théorique de référence. D'après Alex Mucchielli¹³, il y a une pluralité des approches selon si le contexte théorique de référence est celui de la psychanalyse, de l'analyse transactionnelle, de la phénoménologie sociale, de l'existentialisme, du culturalisme...

Je m'arrêterai volontiers sur la définition sur celle de Claude Dubar, sociologue :

« J'appelle « identités professionnelles », les formes identitaires dans le sens défini à la fin du premier chapitre (configurations Je-Nous) »¹⁴

En effet, dans la socialisation, il établit que l'identité se construit autour de 3 dimensions : le moi, le nous et les autres. L'individu se construit en s'appuyant sur l'image qu'il a de lui-même, en voulant en renvoyer une aux autres et en percevant ce que les autres lui renvoient.

Et de poursuivre :

¹³ MUCCHIELLI, Alex. L'identité. 7^eéd. Paris : PUF, 2009, 127 p. (Que sais-je ?)

¹⁴ DUBAR, Claude. La crise des identités. 4^{ième} éd. Paris : PUF, 2010, p.95

« ...et telles qu'on peut les repérer dans le champ des activités de travail rémunérées. Cette notion se rapproche de celle que Sainsaulieu appelle identités au travail et qui désigne, chez lui, des « modèles culturels » ou des « logiques d'acteurs en organisation ». Mais elle s'en distingue par un aspect important : les formes visées ne sont pas seulement relationnelles (identités d'acteurs dans un système d'action), elles sont aussi biographiques (types de trajectoire au cours de la vie de travail). Les identités professionnelles sont des manières socialement reconnues, pour les individus, de s'identifier les uns les autres, dans le champ du travail et de l'emploi ».¹⁵

L'identité est toujours dans un mouvement dynamique de construction et de déconstruction qui entraîne des crises identitaires. L'identité professionnelle, elle, émerge du sentiment d'appartenance à un groupe ayant des mêmes valeurs, une culture commune et un langage identique : il y a une volonté d'avancer ensemble, d'avoir un même destin. C'est ce que ressentent et revendiquent les professionnelles de santé.

La profession d'infirmière

Le mot infirmier provient du latin « *infirmus* » signifiant faible, il se transforme en 1288 en « enfermier ». Puis, au cours des siècles, cette notion a évolué désignant tour à tour des personnes qui s'occupent des exclus, des « enfermés », puis des « infirmes ». C'est en 1398 que le terme infirmier apparaît.

Aujourd'hui la profession d'infirmière est réglementée¹⁶ depuis le 29 juillet 2004 par le décret n°2004-802, par les dispositions du Code de la santé publique, sous l'intitulé « Auxiliaires médicaux ». Ainsi l'article L4311-1 indique : « *est considéré comme exerçant la profession 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* ».

La définition de la profession d'infirmière est indissociable de celle de ses missions afin de donner sens au travail des professionnels.

Mission

¹⁵ *Loc. cit.*

¹⁶ Code de la santé publique. Partie législative- Professions de santé. Livre III : Auxiliaires médicaux-titre 1er : Profession d'infirmier ou d'infirmière. Exercice de la profession : Articles L4311-1 à L4311-29.

La mission d'un individu est intimement liée à la notion d'identité. La mission d'une personne définit les raisons de sa présence. Cela va donner un sens, un but à son travail : c'est la finalité de ce qu'elle fait, c'est son champ d'activité qui constitue sa raison d'être. Nous pouvons retrouver quatre missions essentielles au professionnel infirmier :

- 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 à 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 pluri professionnelle, dans des structures et à domicile, de manière autonome et en collaboration.

Afin de compléter ces définitions nous nous attarderons sur la notion de rôle qui est intimement lié à celle de mission.

Rôle

Dans le dictionnaire de Français Larousse, la définition du rôle est déclinée comme suit : c'est une « *Fonction remplie par quelqu'un, attribution assignée à une institution* », en sociologie c'est un « *Ensemble de normes et d'attentes qui régissent le comportement d'un individu, du fait de son statut social ou de sa fonction dans un groupe.* »¹⁷

Pour compléter cette définition le dictionnaire de sociologie précise que : « *le concept de rôle renvoie à des conduites ou à des modèles de conduite qui relèvent d'une affirmation identitaire et d'un processus d'interaction entre les individus et la structure sociale.* »¹⁸

Ainsi, le rôle social est la mise en pratique d'un statut qui est accepté et rempli par le sujet. D'après Castells « *Il ne faut pas confondre l'identité avec les rôles ou les*

¹⁷ Définition extraite du Larousse en ligne. Disponible sur : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/r%C3%B4le/69736?q=r%C3%B4le#68977> [consulté le 2 octobre 2014]

¹⁸ AKOUN, André ; ANSART, Pierre. Dictionnaire de sociologie. Paris : Seuil, p. 460

systemes de rôles qui organisent les fonctions et sont définis par les normes qui déterminent les institutions et les organisations de la société »¹⁹

Les missions et le rôle des professionnels construisent la posture²⁰ de l'infirmier(e), ils lui donnent corps.

Posture

C'est un concept qui fait appel au savoir, au savoir-faire et aux compétences tout en ayant un rapport avec la norme, l'éthique, le groupe, la décision et la pensée. Il s'agit « *d'une façon d'être, d'une attitude, une façon d'aborder la chose dans tel ou tel état d'esprit qui va donner lieu à une série de variantes, de figures possibles, de variation dans les aléas de la temporalité* »²¹. La posture renvoie à la notion d'attitude c'est-à-dire d'après le dictionnaire de sociologie : « *une disposition mentale, d'ordre individuel ou collectif, explicative du comportement social.* »²²

Nous pouvons observer que la norme a une place prépondérante dans la définition du rôle, de la posture et de la profession infirmière. Ainsi il me semble intéressant de définir ce terme.

Norme.

Le dictionnaire des politiques publiques définit la norme comme : « *le rapport à la règle est envisagé sur un mode actif de conquête ou de préservation d'un espace de liberté. (...) des structures normatives (...).Elles sont considérées autant comme facteur d'ordre que comme des productions de signification. C'est alors en terme de règles du jeu ouvert que les normes sont appréhendées : elles permettent non seulement la définition des comportements appropriés, mais participent aussi à l'agrégation des représentations et des comportements. Les normes sont alors envisagées comme des facteurs essentiels de stabilisation de l'action collective, sous l'angle de la cohésion, de*

¹⁹ FORMARIER, Monique et al. Les concepts en sciences infirmières. Lyon : Mallet Conseil, 2009, p.191 (Association Recherche en Soins Infirmiers)

²⁰ Défini ci-après

²¹ DONNADIEU, Bernard et al. Les théories de l'apprentissage. Paris : Masson, 1998, p.2

²² AKOUN, André, ANSART, Pierre. *Op.cit.*, p. 42

la capacité d'anticipation par les acteurs en situation et de la réduction de leurs coûts de transaction. »²³

Cette première étape de définitions de concepts nous fait entrevoir les contours de la profession des infirmiers (ères). Nous allons voir aussi, au travers d'entretiens, comment s'illustre la posture professionnelle et quelles réflexions cela entraîne.

D. Population et méthode d'enquête

Après avoir formulé ma question de départ, établi une problématique et écrit des hypothèses, j'ai choisi de nourrir et d'approfondir ma réflexion en allant confronter mes premières lectures à la réalité du terrain par le biais d'entretiens semi directifs. L'entretien permet à un interlocuteur de s'exprimer sur son expérience, de parler de son vécu et de partager librement ses réflexions. Ces entretiens permettent d'infirmer ou de confirmer les hypothèses de départ, de collecter des informations complémentaires et d'explorer des pistes de réflexion qui n'auraient pas été imaginées dans un premier temps. Le choix de l'échantillonnage s'est porté sur des personnes étant acteurs de la formation initiale des étudiants infirmiers.

Cette investigation se porte sur des professionnels de santé acteurs de la formation initiale, travaillant en Rhône Alpes, exerçant dans des Instituts de Formation en Soins Infirmiers (IFSI) et des institutions de taille, de statut et de localisation différents : cinq IFSI et cinq centres hospitaliers. J'ai volontairement choisi des personnes travaillant dans des endroits différents afin de diversifier les regards, éviter un discours orienté et pouvoir nourrir mon travail d'éléments invariants et communs entre tous. Le fait de rester dans la même région permet d'être plus pertinent dans les comparaisons sachant que ce sont le Conseil Régional, la Direction Régionale de la Jeunesse et des Sports et de la Cohésion Sociale (DRJSCS) et l'Agence Régionale de Santé (ARS) qui déclinent au niveau régional la politique de santé et de formation nationale.

²³ BOUSSAGUET, Laurie et al. Dictionnaire des politiques publiques. 3^eéd, Paris : Presses de Sciences Po, 2010, p. 393-394.



Le choix des interviewés se base sur le volontariat et mon réseau de connaissances ; les interviewés travaillent dans les départements de l’Ardèche, de l’Isère et du Rhône. Les entretiens s’effectuent après une première prise de contact et une demande de rendez-vous, ils se passent de manière libre, détendue et les lieux de ceux-ci sont propices à la discussion. L’échantillonnage est composé de quatorze personnes : trois directeurs d’IFSI, un directeur de soins, cinq cadres formateurs et cinq cadres de proximité exerçant un rôle de maître de stage. Le nombre de formateurs et de cadres de proximité est identique car ils participent chacun pour moitié à cette formation en alternance. Volontairement j’ai opté pour des personnes étant au minimum cadres de santé et exerçant comme tel car il me semble qu’elles ont une vision plus globale de la situation d’encadrement, d’accompagnement, de l’organisation des soins et de la politique de santé actuelle du fait de leur fonction. Cependant le temps restreint et le manque de disponibilité d’autres acteurs de direction des soins ne m’ont pas permis d’avoir cette représentativité pour le corps des directeurs.

Ces entretiens sont réalisés à partir de deux grilles d’entretien, une pour le corps des directeurs²⁴ et l’autre pour les cadres formateurs et les cadres de proximité²⁵ avec comme indicateurs : le parcours professionnel des interviewés, le vécu de la réforme de formation du référentiel 2009, la posture du formateur/tuteur, la posture de l’étudiant, l’identité professionnelle. Ces entretiens avaient pour objectif d’identifier en quoi le

²⁴ Annexe 1, livre II, p. 3

²⁵ Annexe 2, livre II, p. 4

programme de formation du référentiel 2009 a un impact sur l'identité professionnelle individuelle et collective.

Ces échanges ont duré entre 30 et 59 minutes, avec une moyenne de 45 minutes d'entretien. Après avoir demandé leur accord aux intéressés, et précisé que les entretiens seraient anonymes, ces discussions ont été enregistrées, puis retranscrites.²⁶

Les interviewés ont entre 35 et 65 ans, ce sont exclusivement des femmes²⁷, ils ont tous plus de quinze ans d'expérience dans le milieu des soins et pour onze d'entre eux ils possèdent un diplôme universitaire. Nous pouvons également remarquer que tous les cadres formateurs ont au moins un diplôme universitaire allant du diplôme universitaire au master 2.

E. Plan de travail

Au vu de ma problématique, de mes hypothèses de départ, de mes lectures et de l'analyse des entretiens que j'ai effectuée ultérieurement, j'étudierai comment l'identité professionnelle infirmière se recompose de par le référentiel de formation de 2009. Quelle est cette recomposition ? De quelle nature est-elle ? Comment s'opère-t-elle ? Que peut-on en attendre ? Et comment peut-on vivre avec à l'avenir ?

La formation est l'un des éléments qui permet de comprendre la construction d'une profession. C'est là que se joue le processus de socialisation, c'est-à-dire la mise en contact d'un individu avec un ensemble de valeurs et de normes communes. L'identité professionnelle en changement, de par le référentiel de formation infirmière de 2009, nous interroge. Ainsi dans un premier temps nous aborderons les supports d'expression de l'identité professionnelle à travers sa construction et son évolution, puis dans un second temps nous étudierons, a contrario, ce qui pourrait freiner cette reconstruction identitaire pour terminer par la synthèse complexe de l'affirmation d'une nouvelle identité professionnelle à mi-chemin entre avancée et ambiguïté.

²⁶ Annexe 3, livre II, p 5

²⁷ Selon les statistiques 2014 de la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) la profession infirmière est à 87.1% féminine.

Chapitre 1. La formation infirmière : levier d'une (re) construction identitaire

Accompagner des étudiants dans la construction d'un projet professionnel est un exercice difficile qui requiert une connaissance et une compréhension de l'objet visé à savoir la construction d'une identité professionnelle infirmière. Cette construction s'insère et interagit avec un contexte sociétal en évolution permanente. Il est nécessaire de connaître ce contexte pour comprendre le changement d'une profession et d'un groupe social. Cette mutation s'ancre dans une continuité historique, path dependency, et trouve sens dans l'origine de sa construction. Ainsi René Magnon affirme qu' « *Il est indispensable de faire un détour par ces temps plus anciens pour mieux comprendre le proche passé et le présent, car chaque période est imprégnée de ce qui l'a précédée et contient en germe tout ce qui va advenir* »²⁸. Dans un souci de compréhension, nous nous attarderons, dans un premier temps sur le contexte socio-historique dans lequel s'intègre la profession infirmière.

I. Construction, déconstruction identitaire : une profession en mutation

A. Un long chemin vers l'autonomie

Depuis des décennies, l'art de soigner, dévolu aux femmes de la famille, bénévoles ou repenties, relève de savoirs empiriques transmis oralement. Le métier d'infirmier(e), émerge alors de la bonne volonté, de la charité, de l'aide désintéressée de certaines femmes. C'est de cette ère vocationnelle de la profession que dès le XVI^e siècle partout en Europe, des ordres hospitaliers sont fondés et font appel à des femmes, des sœurs servantes afin de prendre soin des pauvres et des indigents. Les religieuses et les « civils » cohabitent dans les institutions de soins. Rapidement, la médecine faisant des progrès, ces femmes doivent s'organiser et développer un savoir-faire, pour l'heure

²⁸ MAGNON, René. Les infirmières : identité, spécificité et soins infirmiers. Paris : Masson, Paris, 2006, p. 3

transmis de façon empirique afin de seconder les médecins et s'ouvrir à la dimension du soin. Par la suite les différentes guerres renforcent la place des femmes soignantes dans le domaine de la santé. Très vite il devient nécessaire d'apporter une formation de base aux femmes afin de leur transmettre des connaissances et des savoirs en matière de soins. Cela aboutit en 1878, sous l'impulsion du docteur Bourneville, à l'ouverture des premières formations publiques d'infirmières et d'infirmiers à la Salpêtrière et à Bicêtre, hôpitaux de l'Assistance Publique de Paris. Néanmoins, ces formations n'ont été reconnues qu'en 1907. C'est encore en 1878 que le docteur Bourneville publie un des premiers manuels dédiés aux infirmiers, le « Manuel pratique de la garde malade et de l'infirmière ». Puis en 1882 débute une formation d'infirmiers de secteur psychiatrique. Il a fallu attendre 1893 pour voir promulguer la loi du 15 juillet sur l'assistance médicale gratuite et la création des écoles d'infirmières. Cette formation était basée sur la dévotion auprès des malades et la servitude auprès des médecins, notions qui perdureront de nombreuses années. C'est en 1922 qu'un décret ratifie la formation par le Brevet de capacité professionnelle. La profession passe d'un système basé sur la vocation à un système plus professionnel.

Dans le même temps la profession infirmière commence à s'organiser grâce aux découvertes scientifiques, aux progrès médicaux et chirurgicaux ainsi qu'à l'émergence de courants de pensée professionnelle initiés par l'anglaise Florence Nightingale et la française Léonie Chaptal. La formation des infirmier(e)s se densifie, les professionnels deviennent des auxiliaires médicaux expérimentés.

C'est dans les années 70, suite aux bouleversements sociétaux engendrés par la crise de mai 1968, qu'apparaît, en France, un courant d'infirmières plus affirmées revendiquant leurs droits de travailleuses. Ces infirmières commencent à entreprendre des études universitaires de 3^{ème} cycle dans des disciplines très variées comme la psychologie, la sociologie, l'anthropologie, les sciences de l'éducation... De plus à l'instar de Catherine Mordacq, les infirmières n'hésitent pas à aller se former en sciences infirmières aux Etats Unis ou au Canada où elles passent des doctorats. Elles rapportent en France une dynamique professionnalisante qui favorise l'essor à la fois de la formation et de la profession. Dans le même temps Valéry Giscard D'Estaing, alors Président de la République Française, sensibilisé à la profession infirmière, nomme

Madame Veil au ministère de la santé. Elle crée le poste d'infirmière générale²⁹ en 1975, nomme Danièle Vaillant, alors infirmière générale de l'hôpital de Vienne, conseillère technique infirmière au Ministère. Danièle Vaillant, soutenue par son Ministère, développe en 1984 une recherche sur la terminologie en soins infirmiers. De son côté, Catherine Mordacq offre en 1978, à l'école internationale d'enseignement supérieur, ses premières sessions de formation continue. La profession passe progressivement d'une pensée médicalisée à une pensée infirmière. Tous ces changements, cette prise de conscience et cette volonté politique favorisent la reconnaissance de la profession.

En parallèle, des revues professionnelles apparaissent. Des compétences spécifiques aux soins infirmiers élargissent le champ d'action de la profession qui se démarque du pouvoir médical, dans le but d'améliorer la prise en charge des patients. Ces différents mouvements vont permettre la parution de l'arrêté du 5 août 1972³⁰ relatif aux études d'infirmières. Cette réforme valorise une approche soignante centrée sur l'approche globale de la personne. C'est le premier programme infirmier qui rompt avec la formation guidée par les médecins et orientée sur la discipline de la médecine. Les infirmiers deviennent des éducateurs de santé. Ce programme de formation évolue encore en 1979 en aménageant une première année identique de formation entre le secteur psychiatrique et les soins généraux. Les formations passent de 23 mois à 33 mois. En 1978, afin de faire suite à l'application de ce programme de formation, le législateur reconnaît le rôle propre infirmier³¹.

Puis en 1992³², afin de répondre aux normes européennes, la formation d'infirmiers de secteur psychiatrique disparaît au profit d'une formation d'infirmier

²⁹ Décret n° 75-245 du 11 avril 1975 relatif au recrutement et à l'avancement des infirmiers et infirmières généraux et des infirmiers et infirmières généraux adjoints des établissements d'hospitalisation publique. Disponible sur : < <http://legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000337846>> [consulté le 15 septembre 2014]

³⁰ Arrêté du 5 septembre 1972. Programme d'enseignement et organisation des stages en vue de la préparation au diplôme d'Etat d'infirmier. Disponible sur : <<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000643537&dateTexte=>>> [consulté le 15 septembre 2014]

³¹ Loi n°78-615 du 31 mai 1978 modifiant les articles L473 (définition de la personne exerçant la profession d'infirmière). Disponible sur : <<http://legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000704924>> [consulté le 15 septembre 2014]

³² Arrêté du 28 septembre 2001 modifiant l'arrêté du 23 mars 1992 modifié relatif au programme des études conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier. Disponible sur : <<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000774227>> [consulté le 15 septembre 2014]

diplômé d'État. C'est à partir de cette réforme qu'apparaît le terme d'étudiant et les écoles d'infirmières se transforment en Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI). La formation prône la polyvalence et intègre les évolutions faites par la réglementation en ce qui concerne la définition de l'exercice professionnel (1978, 1981, 1984 et 1993³³). Il fait suite également à la réforme hospitalière de 1991³⁴ qui reconnaît une direction et un service de soins infirmiers.

Enfin, c'est en juillet 2009³⁵ que paraît l'arrêté relatif à l'obtention du Diplôme d'État faisant entrer la formation d'infirmier dans un cursus universitaire,

« C'est un nouveau défi qui consiste à stimuler l'envie d'apprendre dans une logique de formation tout au long de la vie et à développer la pratique réflexive pour une meilleure assimilation des différents savoirs. »³⁶.

La formation passe d'un apprentissage centré sur les tâches et les connaissances à un apprentissage par compétences basé sur le sujet en action. Cette redéfinition du programme de formation semble vouloir recentrer la profession sur une prise en charge globalisée de l'utilisateur et ouvrir les champs des possibles sur un exercice professionnel plus autonome.

A l'image du directeur D-3, la moitié des personnes interrogées ont parlé de l'impact très marqué de l'histoire sur la situation actuelle de la profession infirmière, surtout : *« Parce que toute l'histoire infirmière repose sur corvéable à merci, sur l'aspect un peu religieux de la chose, c'est-à-dire au départ c'étaient des pauvresses qui faisaient office de nettoyeuses de malade on va dire comme ça, après ç'a été la religion qui a pris le relais, les religieuses sont censés être là pour donner le don d'elle-même jamais rien dire. Après les médecins se sont emparés de la chose et on a été systématiquement sous couvert du médecin et ça c'est toute notre histoire qu'on traîne encore. Mais moi, je pense que maintenant on arrive à prendre un petit peu de recul, ça*

³³ Décret n°93-345 du 15 mars 1993 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier. Disponible sur :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000178583> [Consulté le 14 septembre 2014]

³⁴ Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière. Disponible sur :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000720668> [Consulté le 14 septembre 2014]

³⁵ Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier. Disponible sur :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020961044> [Consulté le 14 septembre 2014]

³⁶ BOISSART, Marielle (sous la dir. de). Le référentiel de formation infirmière : un levier de la professionnalisation. Rueil-Malmaison : Lamarre, 2013, p.6 (Fonction cadre de santé)

n'a jamais été une profession très syndiquée du coup ben voilà, c'est souvent les syndicats qui font bouger les choses, [...] Et puis on est une population qui revendique très peu. On est très peu au courant des choses, les infirmières, [...] et du coup je pense que le référentiel 2009 va faire changer les choses, les infirmières tu leur demandes, moi ma génération peut-être moins la tienne, [...] il y a un nouveau texte qui est sorti : Ah bon ! Et alors ? Très peu intéressées par la vie politique par le bon sens du terme, très peu intéressées, gentilles au demeurant, l'infirmière elle est gentille, elle plaît à la population générale, mais voilà, peu, peu de réactivité, et je pense que c'est lié à notre histoire, peut-être parce qu'on est femme, côté maternant, côté bienfaisant,»³⁷.

³⁷ Annexe 6, livre II, entretien D-3, p.28

Chronologie de la profession d'Infirmière en France

- 1902 : (Circulaire) 1^{ière} définition de l'infirmière.
- 1907 : 1^{ière} école d'infirmières à la Salpêtrière à Paris.
- 1922 : (Décret) Création d'un Brevet de capacité professionnelle qui permet de porter le titre d'infirmière diplômée d'État.
- 1938 : (Décret) Création du Diplôme d'État d'infirmier
- 1946 : (Loi) L'obtention du Diplôme d'État est obligatoire pour exercer la profession d'infirmière.

Des mesures dérogatoires (après examen dit de récupération) autorisent les personnes non diplômées qui assuraient des soins à exercer la profession en qualité :

- d'infirmier polyvalent ou avec activité limitée,
- d'infirmier auxiliaire polyvalent ou avec activité limitée.
- 1951 : (Décret) 1^{ière} école de cadres infirmiers (Croix-Rouge Française).
Création d'un conseil supérieur des infirmiers (CSPPM en 1973).
- 1958 : (Décret) Institution officielle des certificats d'aptitude à la fonction d'infirmière monitrice ou d'infirmière surveillante.
- 1965 : Ouverture de l'école internationale d'enseignement infirmier supérieur de Lyon (EIEIS) ; cette institution n'existe plus.
- 1975 : Certificat cadre infirmier (CCI). Création du corps des Infirmiers généraux
- 1978 : Nouvelle définition de l'infirmière. Reconnaissance d'un rôle propre.
- 1984 : (Décret du 17 juillet) Liste des actes professionnels.
- 1980 : (Loi du 12 juillet 1980) relatif à l'exercice de la profession.
- 1991 : Réforme hospitalière : Création du Service de soins infirmiers.
- 1992 : (Arrêté du 23 mars) Relatif au programme des études conduisant au diplôme d'État d'infirmier.
- 1993 : (Décret du 16 février) Les règles professionnelles.
- 1993 : (Décret du 15 mars) Relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmière.
- 2002 : Une nouvelle version du décret de compétence, décret du 11 février 2002
- 2004 : Le décret de compétence du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier est abrogé. Notre profession est désormais régie par les dispositions du code de la santé publique suite à la parution du décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004.
- 2006 : Adoption de la proposition de loi portant création d'un ordre national des infirmiers par l'Assemblée nationale, le 13 juin 2006.
- 2009 : (Arrêté du 31 juillet) Relatif au diplôme d'État d'Infirmier

L'évolution des politiques de santé et de la fonction soignante sont étroitement liées aux changements de notre société. La santé des populations, la place des nouvelles technologies, le contexte économique sont autant de facteurs qui influent sur les politiques de santé. Les paragraphes suivants en font un rapide état des lieux.

B. Redéfinition du rôle infirmier

D'après le rapport de la DREES de 2011³⁸ il apparaît que l'état de santé de la population française est bon et tend à s'améliorer. Grâce aux campagnes de prévention, aux avancées de la médecine, à la qualité des prises en charge de situation aiguë, les indicateurs montrent une baisse de la mortalité due aux maladies cardiovasculaires, aux maladies infectieuses, aux accidents de la voie publique et aux accidents du travail. L'espérance de vie est plus élevée que dans d'autres pays comparables, particulièrement pour les femmes : à la naissance elle est de 84,8 ans pour les femmes et 78,1 ans pour les hommes en 2010. De plus elle est en continuelle progression. En dix ans, les gains d'espérance de vie sont de 2,9 ans pour les hommes et de deux années pour les femmes. La population passerait donc de 61 millions en 2005 à 65 millions en 2020 et 70 millions en 2050.

Selon la démographe Isabelle Robert-Bobée, pas moins de 32% des Français seront âgés de 60 ans ou plus en 2050, contre 26% en 2015 et 21% en 2005. Ce constat d'évolution démographique a un impact direct sur les dépenses de santé qu'il ne faut pas négliger. Allonger la vie ne va pas sans modification de l'état de santé. Les personnes vivent bien plus longtemps ce qui entraîne une augmentation de la dépendance pour un certain nombre d'individus. Nous observons que le nombre et l'importance des problèmes de santé augmentent de façon régulière avec l'avancée en âge et le vieillissement. L'allongement de la vie favorise également l'apparition de maladies chroniques et les incapacités en fin de vie. Ces incapacités sont plus nombreuses chez les femmes du fait de leur longévité. Avec l'avancée en âge, la prévalence des maladies cardiovasculaires, des tumeurs malignes et du diabète, augmente. D'ailleurs les cadres formateurs interrogés, ainsi que les directeurs d'IFSI

³⁸ DREES. L'état de santé de la population en France : suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique. Rapport 2011. Disponible sur : http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/etat_sante_2011.pdf [consulté le 3 octobre 2014]

semblent tous sensibilisés à cet état de fait, notamment F-4 qui tout le long de son entretien parle du vieillissement de la population : « *Donc, qu'est-ce que ça va devenir à l'avenir, il est vrai que je ne sais pas, la population des personnes âgées, la population des personnes soignées va augmenter dans le cadre de la gériatrie* »³⁹

De même les maladies liées aux addictions comme l'alcool, le tabac, aux comportements à risques et à la précarité sont en augmentation. Ceci a un impact important dans la redéfinition des missions et du rôle des soignants. En effet les infirmiers se voient de plus en plus remplir un rôle social, en lien avec leur rôle propre⁴⁰, dans la prise en charge de ses populations ; ils doivent notamment développer leurs compétences en éducation pour la santé.

Depuis plusieurs années, nous voyons également apparaître un problème de désertification médicale dans certains territoires, entraînant une difficulté d'accès aux soins pour une partie de la population. Les zones rurales et périurbaines sont les plus touchées et peuvent manquer « cruellement » de médecins de proximité. Le nombre de médecins reste stable en France mais nous notons des inégalités de répartition sur le territoire⁴¹.

Dans le même temps le lieu principal d'activité des soins devient le domicile et non plus l'hôpital, même si des allers et retours peuvent devenir nécessaires par rapport à l'état du patient. Ce déplacement des centres d'activités s'explique par le contexte socio-économique et par la place que prend l'usager dans le système de santé. En effet la loi HPST⁴² replace l'usager au centre de sa prise en charge et valorise l'éducation thérapeutique, la promotion de la santé et la prévention dans son titre III « Prévention et santé publique ».

Compte tenu de ces nouveaux besoins de santé individuels et collectifs, nous pouvons également penser que nous nous orientons vers un nouveau type de professionnels de santé spécialisés en gériatrie, sensibilisés à l'éducation pour la santé, tournés vers un exercice extra hospitalier avec un transfert de compétences et des pratiques avancées qui seraient validées par un texte réglementaire. C'est pour cela que

³⁹ Annexe 16, livre II, entretien F-4, p. 122

⁴⁰ Articles R 4311-1 à R 4311-5 du code de la santé publique.

⁴¹ La France compte en 2013, 271 970 médecins inscrits sur le tableau de l'Ordre, généralistes et spécialistes confondus Atlas régionaux de la démographie médicale française 2013.

⁴² Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 Hôpital, Patient, Santé Territoire. Disponible sur :

<<http://legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id>>
[consulté le 20 septembre 2014]

le transfert de compétences et certaines pratiques avancées sont actuellement expérimentés sur des territoires en désertification médicale.

C. Crise économique et réorganisation du système de santé

A l'instar d'autres pays européens, la France vit actuellement une crise économique importante. Cette crise s'inscrit dans un système de mondialisation où l'économie est dominante. L'institut national de la statistique et des études économiques (INSEE)⁴³ et les auteurs de planet-expert⁴⁴ parlent aujourd'hui de crise financière qui entraîne la France en récession même si, du fait de son économie plus diversifiée, elle a mieux résisté que certains autres pays de l'Union Européenne comme la Grèce et l'Espagne. Les investissements étrangers ont baissé, la dette nationale a augmenté, ainsi que le chômage qui touche également le secteur sanitaire. Depuis plusieurs années, l'État a mis en place une politique de rigueur budgétaire qui impacte tous les ministères et par conséquent le ministère en charge de la santé.

Par ailleurs, les dépenses de santé sont inflationnistes. Depuis plusieurs années, dans ce contexte de rigueur et de crise annoncée, les politiques publiques de santé orientent la gestion des hôpitaux et en modifient les règles de fonctionnement. Les pratiques professionnelles hospitalières évoluent. La dimension économique est prise en compte. Ainsi la mise en place en 2007 de la tarification à l'activité (T2A) dans les établissements de soins aide à gérer le système et à contrôler les coûts.⁴⁵ L'Agence Régionale de Santé (ARS) demande une gestion efficiente des budgets de fonctionnement et la mise en relation des moyens et des résultats. Cela impacte l'organisation des soins, les structures et les organisations de travail. La perception du travail est redéfinie et les valeurs professionnelles s'en trouvent affectées comme le confirme C-2 « *La gestion économique de l'hôpital qui a quand même des impacts sur les organisations, les structures, l'organisation du travail, de la perception même du*

⁴³ Note de conjoncture, juin 2014. Disponible sur :

<http://www.insee.fr/fr/themes/theme.asp?theme=17&sous_theme=3&page=vueensemble.htm> [consulté le 12 septembre 2014]

⁴⁴ Le contexte économique de la France. Disponible sur

<<http://www.planet-expert.com/fr/pays/france/contexte-economique>> [consulté le 12 septembre 2014]

⁴⁵ COUDRAY, Marie-Ange ; GAY, Catherine. Le défi des compétences : comprendre et mettre en œuvre la réforme des études infirmières. Issy-les Moulineaux : Elsevier Masson. 2009, p.10

travail par les professionnels »⁴⁶. Nous traiterons plus largement ce point ultérieurement dans un paragraphe dédié.

Les restrictions budgétaires conduisent les infirmiers à se recentrer sur les compétences et les attributs de leur profession, avec une réflexion sur l'évaluation des pratiques professionnelles et un développement de la démarche qualité. Accréditation, certification, démarche qualité, évaluation des pratiques professionnelles..., permettent une meilleure connaissance des activités et des moyens utilisés pour les soins et favorisent le réajustement des pratiques professionnelles dont le bénéficiaire est l'usager.

Pour toutes ces raisons, le système de santé doit s'inscrire dans une dynamique de changement. Philippe Bernoux pose comme principe que « *le changement ne se décrète pas. Une loi ou un ordre peuvent accompagner ou susciter un nouveau modèle relationnel, sûrement pas le déclencher* »⁴⁷.

L'offre de soins se réorganise et évolue sur le territoire français sous l'impulsion de la loi HPST⁴⁸. Les établissements hospitaliers se spécialisent, d'autres se recentrent sur la prise en charge de premier niveau. Les centres hospitaliers universitaires (CHU) continuent à être des établissements de recours avec une mission de recherche et d'enseignement. L'agence régionale de santé (ARS) incite les hôpitaux à mutualiser leurs moyens, comme les plateaux techniques, par la mise en place de groupements hospitaliers ou de communautés hospitalières de territoire dans une perspective de qualité des soins et d'économie. L'hôpital passe d'un modèle institutionnel à un modèle industriel, où les termes de production, grilles, tableaux de bords et indicateurs, comptabilité analytique trouvent leurs places.

La qualité des soins, la gestion des risques sont des moteurs incontournables du quotidien des soignants. L'état de veille et la traçabilité des actes en sont les preuves. L'activité ambulatoire est plébiscitée par les instances. Ainsi, les réseaux et filières de soins se développent autour des parcours-patients. L'activité des soignants est donc dépendante du trajet patient, et l'organisation du travail fait partie des nouvelles contraintes des équipes. L'activité hospitalière se retrouve pilotée par des politiques

⁴⁶ Annexe 9, livre II, entretien C-2, p.56

⁴⁷ BERNOUX, Philippe. La sociologie des organisations. Paris : Editions du Seuil, Paris, 1985, p.201

⁴⁸ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id> < [consulté le 3 octobre 2014]

publiques (contrats pluriannuels d'objectifs et de moyen, T2A, pôle de santé..). Les compétences sont mises en avant et la nouvelle gouvernance s'attache à l'efficacité des acteurs pour le bien de l'utilisateur dans un souci de limiter les dépenses de soins. Nous sommes passés d'une politique de santé inflationniste à une politique de santé essayant de maîtriser ces coûts.

Ces évolutions s'accompagnent d'une mutation de la profession d'infirmière. Ainsi on peut lire dans un rapport de l'IGAS⁴⁹ en 2008 : *« en ce qui concerne les infirmiers, ce sont moins les actes pratiqués eux-mêmes qui vont évoluer hormis peut-être la prise en charge des maladies chroniques avec le développement des fonctions d'éducation et de prévention, que les conditions et le contexte dans lesquels ils vont être réalisés : le respect des contraintes et exigences en matière de sécurité et de qualité des soins, le développement des réseaux et la nécessité de penser plus globalement les prises en charge, l'évolution des techniques en matière de traitement de la douleur ou de chirurgie ambulatoire, la place de l'informatique dans la gestion des dossiers, l'évolution des modes de management privilégiant des marges d'autonomie... »*

De véritables enjeux économiques sous-tendent la recherche quotidienne d'efficacité au sein même des services de soins. La maîtrise des coûts, la mutualisation des moyens techniques sur un même territoire, le partage de compétences médicales et paramédicales, etc. sont autant de pistes de réflexions et d'actions engagées pour être en adéquation avec la raison d'être de notre système de santé. Ceci d'autant plus que les usagers du système de santé sont de plus en plus informés, exigeants et revendiquent le fait d'être acteurs de leur prise en charge. Cette évolution du système de santé est reprise par la majorité des professionnels entretenus soit lors des entretiens enregistrés soit lors des discussions hors enregistrement, ainsi le directeur de soins évoque : *« qu'aujourd'hui il faut tenir deux choses, il faut tenir l'ensemble des valeurs du service public : neutralité, continuité des soins... tout ce qu'on connaît mais il faut lui intégrer des nouvelles valeurs qui sont la performance, l'efficacité, la qualité, la sécurité des soins. »*⁵⁰

⁴⁹ IGAS. Évaluation de l'impact du dispositif LMD sur les formations et le statut des professions paramédicales. Septembre 2008. Disponible sur : <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_evaluation_impact_dispositif_LMD.pdf> [consulté le 14 septembre 2014]

⁵⁰ Annexe 7, livre II, entretien DS, p. 38

Ainsi la profession infirmière est très structurée, très réglementée d'une part par l'éthique, la déontologie et d'autre part par des normes juridiques. C'est dans ce contexte que la réforme de la formation de 2009 a pris ancrage.

II. Référentiel 2009 : vers un nouveau modèle identitaire

L'évolution sociétale, le contexte économique, la transformation des besoins en santé ont rendu nécessaire la modification de l'offre de soins et par là même la modification du programme de formation en soins infirmiers. Cette modification semble une évidence avec la création de l'espace européen d'enseignement supérieur en trois cycles : système LMD, d'autant plus que les infirmier(e)s depuis presque deux décennies revendiquent la reconnaissance de leur profession par une démarche de professionnalisation.

Depuis la mise en place du référentiel de formation en soins infirmiers les IFSI intègrent une dimension universitaire et construisent une dynamique d'ingénierie de la formation basée sur la posture réflexive. Ainsi dans ce paragraphe nous allons essayer de comprendre ce que l'universitarisation du système de formation des professionnels en soins infirmiers est venu transformer de l'identité professionnelle. Pour ce faire nous commencerons par comprendre ce qu'est le référentiel de formation de 2009.

A. Le référentiel de formation en soins infirmiers de 2009 : un changement de paradigme

- L'approche des programmes de formation avant le référentiel 2009 :

Si nous résumons l'approche de la formation avant la mise en place du référentiel 2009, les éléments essentiels que nous pouvons retenir se situent au niveau des méthodes de transmission des savoirs et sur l'orientation des stages.

- La transmission des savoirs s'effectue de façon verticale, la théorie est dispensée en cours magistraux la plupart du temps, même si de façon isolée, certains formateurs ont essayé de développer un sens critique auprès des élèves par d'autres méthodes.
- La formation consiste en l'acquisition d'un ensemble de connaissances dans un temps court, rythmé par les stages.

- Les stages sont nombreux et différents, d'une durée de quatre semaines et rythmés par le temps d'enseignement. Ils sont essentiellement orientés sur les structures hospitalières avec une polarisation sur la maîtrise des actes et techniques de soins.
- Le parcours de formation est standardisé. Elle ne permet pas (ou peu) de réflexion individuelle ni de parcours singulier.
- Il n'y a peu, voire pas de travail en équipe pluridisciplinaire, la confrontation entre les différents corps de métier est quasi inexistante.
- Ce sont des formations de typologies différentes en fonction de l'orientation du projet pédagogique. Chaque école peut s'organiser et s'orienter à l'intérieur du programme comme elle le souhaite, entraînant des profils de professionnels différents en fonction de ces orientations. Ce qui ne facilite pas leur homogénéité ni la fédération à un corps professionnel fort.
- L'infirmière exécute des actes techniques isolés, elle ne possède pas tous les éléments de la prise en charge du patient. La formation et l'exercice du métier sont centrés sur les pathologies et non sur les soins à apporter à un patient en particulier.
- L'infirmière acquiert un corpus important de connaissances qui permet une collaboration médicale centrée sur les pathologies et les techniques de soins. C'est l'expérience professionnelle qui amène l'infirmière à envisager éventuellement la prise en charge globale du patient.
- L'infirmière peut devenir experte dans une discipline spécifique.

- La formation avec le référentiel 2009

Depuis une quinzaine d'années nous observons un courant d'entrée par compétences dans de nombreux dispositifs de formation professionnelle : c'est une orientation déjà effective pour la formation des maîtres dès les années 1960. Ainsi l'approche par compétences fait son entrée dans les formations paramédicales.

Avant de modifier la formation des infirmiers, c'est la formation d'aide-soignant⁵¹ qui est réformée en octobre 2005. L'approche par compétences de ce programme a préparé les équipes de formateurs en soins infirmiers, au changement d'approche pédagogique.

Le programme infirmier de 2009 s'est construit à partir de la définition des activités du métier et des compétences nécessaires pour l'exercer. De même avec cette réforme, nous pouvons parler de changement de paradigme, c'est-à-dire un changement de modèle de pensée, de cadre de référence, ce qui entraîne un changement de conception de la formation. La formation semble moins morcelée pour C-1, le parcours est plus individualisé pour l'étudiant. C'est une formation qui favorise la réflexivité, les étudiants ont moins de connaissances théoriques à acquérir, mais ils doivent mieux les mobiliser. Ils sont plus pertinents dans l'analyse des situations, des soins et de l'organisation de ceux-ci.

Le changement de programme infirmier a nécessité une réflexion et des débats sur les pratiques soignantes et les méthodes pédagogiques. Il a permis une refonte des méthodes de formation et orienté la pédagogie vers une dynamique interactive et créative se rapprochant du courant socioconstructiviste.

Philippe Jonnaert définit : « *Ce paradigme socioconstructiviste et interactif [comme] essentiellement constitué de trois dimensions solidaires :*

- *Une dimension constructiviste : le sujet développe une activité réflexive sur ses propres connaissances ;*
- *Une dimension liée aux interactions sociales : le sujet apprend avec ses pairs et l'enseignant ;*
- *Une dimension liée aux interactions avec le milieu: le sujet apprend un contenu dans des situations qui sont à la fois source et critère des connaissances.*

⁵¹ Arrêté du 22 Octobre 2005 relatif au diplôme d'état d'aide-soignant. Disponible sur : < <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000449527>> [consulté le 14 septembre 2014]

Dans ce contexte socioconstructiviste et interactif, l'apprentissage est un processus dynamique et adaptatif de construction, d'adaptation, de questionnement ou de remise en cause et de développement des connaissances. »⁵²

Dans les IFSI, des débats pédagogiques sur l'approche par compétences intègrent un nouveau vocabulaire : situations emblématiques d'apprentissage, réflexivité, analyse des pratiques professionnelles, accompagnement des étudiants. Ceci nécessitant une remise en question et de nouveaux apprentissages pour les formateurs issu de la filière professionnelle.

La collaboration et la concertation entre professionnels de terrain et formateurs qui existaient auparavant autour de l'évaluation, se sont orientées vers l'accompagnement et l'encadrement des étudiants.

L'approche par compétences est une nouveauté pour le système de formation paramédical français alors qu'elle existe depuis de nombreuses années dans d'autres pays européens, comme en Suisse où elle est effective depuis 2002. Les équipes de formateurs ont donc revu leurs méthodes pédagogiques. La réflexion s'est portée sur les acquisitions nécessaires au professionnel infirmier, pour exercer son art en toute sécurité. Il s'agit de déterminer le niveau minimum de connaissances et compétences à atteindre pour être un professionnel novice capable d'exercer sa profession en toute sécurité pour soi et pour les personnes qu'il a en responsabilité. « *Les finalités de ce nouveau cursus sont clairement affirmées : il s'agit de conjuguer finalité professionnelle et acquisition de compétences avec la possibilité pour les étudiants de poursuivre un parcours universitaire.* »⁵³ Aussi la valence universitaire et le niveau à acquérir pour que le diplôme confère une valeur scientifique utilisable dans une poursuite d'études universitaires doivent être réfléchis. Il est donc impératif d'adapter les enseignements et les méthodes pédagogiques pour que le diplôme soit reconnu par la société savante et également par les pairs professionnels.

Mais c'est également une formation professionnalisante, le formateur n'est pas dans la simple transmission de savoirs. Il joue un rôle d'accompagnement dans un savoir être professionnel, « *Je dirais que le but ce n'est pas de leur donner toutes les solutions, je dirais que ce programme vise à leur donner les moyens de trouver par eux-*

⁵² JONNAERT, Philippe ; VANDER BORGHT, Cécile. Créer des conditions d'apprentissages : un cadre de référence socioconstructivisme pour une formation didactique des enseignants. 3^{ième} éd., Bruxelles : De Boeck, 2009, p. 33

⁵³ COUDRAY, Marie-Ange ; GAY, Catherine. *Op. cit.*, p. 37

mêmes les solutions »⁵⁴. Il aide l'étudiant à se projeter dans une posture soignante et être constamment dans la réflexion. Cet accompagnement est individuel et personnalisé. Selon les besoins de l'étudiant et de son projet professionnel en construction, le formateur prend en compte sa singularité et son identité individuelle construite dès sa petite enfance.

Unaniment, les IFSI et les terrains pensent que c'est à l'étudiant de se saisir de sa formation, et qu'il doit développer une grande autonomie. Autant à l'IFSI qu'en stage « *la formation est exigeante : elle nécessite l'implication des étudiants. Il leur est demandé de mobiliser leur savoir, de décrire leur action, et d'essayer de les expliquer. Ils doivent très vite mettre en œuvre des capacités d'analyse et de jugement* »⁵⁵. L'étudiant doit être ouvert aux différentes pratiques et prises en charge afin de modifier ses représentations. Il doit travailler sur ses peurs, ses angoisses, ses rejets grâce aux différents parcours individualisés qui lui sont proposés.

Depuis la mise en place de ce référentiel de formation, un pont s'est consolidé entre IFSI et lieux d'exercices de la profession d'infirmier. « *...on a participé régulièrement aux journées organisées en inter IFSI, les journées de partages d'échanges des tuteurs et tous les ans on s'astreint à former des tuteurs pédagogiques pour que l'ensemble des services soit pourvu en tuteurs pédagogiques* »⁵⁶ En venant expliquer la réforme aux professionnels de terrain, les formateurs ont renoué des liens avec les équipes de soins. Les équipes se sont appropriées le référentiel, ont construit des livrets d'accueil pour les étudiants. Elles réinvestissent leur mission de transmission des savoirs. Une plus grande concertation s'est engagée, notamment grâce aux analyses de la pratique professionnelle. Cet exercice requiert un travail de collaboration entre IFSI et terrain afin de donner du sens et une légitimité aux situations rencontrées par les étudiants et ainsi construire son identité professionnelle.

La modification dans les apprentissages, au même titre que dans les IFSI, a entraîné une remise en question des pratiques soignantes et de l'encadrement des stagiaires sur le terrain ; cette remise en question était déjà amorcée par les démarches qualités des établissements et les certifications. Les lieux de stage se sont recentrés sur leurs activités et posent des objectifs à atteindre par les étudiants afin d'accompagner ceux-ci dans leurs apprentissages. La place du stagiaire est repensée de façon

⁵⁴ Annexe 13, livre II, entretien F-1, p. 93

⁵⁵ COUDRAY, Marie-Ange ; GAY, Catherine. *Op. cit.*, p.70

⁵⁶ Annexe 7, livre II, entretien DS, p. 38

institutionnelle : « ...aujourd'hui dans le projet de soins 2013, projet de prise en charge du patient 2013/2017 j'ai tout un axe sur l'accueil et l'accompagnement des stagiaires avec quelqu'un qui est missionné... »⁵⁷ . Souvent l'option choisie par les professionnels est de faire suivre à l'étudiant le parcours du patient afin qu'il appréhende les difficultés rencontrées lors d'un problème de santé, qu'il ait une vision globale de la prise en charge d'un patient et qu'il investisse ainsi davantage la posture soignante. Les lieux d'exercices prennent en considération la singularité du parcours de l'étudiant et lui propose un accompagnement individualisé. Ils passent d'un parcours de stage standardisé à une réflexion personnalisée de celui-ci en fonction des objectifs et des acquisitions de l'étudiant. Cela nécessite un suivi régulier et des rencontres balisées tout en long du stage entre l'étudiant et son tuteur. « *Moi sur 10 semaines de voir cinq, six, sept, huit fois un étudiant, oui entre cinq et sept fois c'est la moyenne.* »⁵⁸

L'allongement de la durée des stages a un effet positif dans la compréhension, par les étudiants, des spécificités d'un terrain de stage et d'un exercice professionnel.

Les IFSI accompagnent les équipes dans ce changement afin de repenser les finalités du stage et des apprentissages. Les équipes se sont questionnées sur les pratiques professionnelles, sur la prise en soins des usagers, sur les parcours de soins et de stage. A travers la formation certaines équipes ont retravaillé leur organisation et revu leur conception du soin.

Il a fallu structurer l'accueil et le déroulement des stages, faire des bilans réguliers afin de mesurer ce que l'étudiant a acquis durant son stage et ce qu'il est capable de transférer dans les stages futurs ainsi que pour la poursuite de son exercice professionnel. « *T'es moins dans la transmission directe de ton savoir tu pars de la méthode[....] tu pars de l'étudiant [...], toi tu sais où tu veux l'emmener et tu viens greffer les savoirs au fur et à mesure en tenant compte d'abord et avant tout de ce qu'il a en base, et tu vas travailler à partir de ce qu'il a en base plus les expériences d'alternance, des expériences de stage, et tu greffes petit à petit des savoirs et c'est lui aussi qui va les greffer, qui va les trouver. Alors qu'avant l'ancien programme on était plus dans un postulat, en tout cas en fonction de l'IFSI où tu étais, on était plus dans un postulat d'enseignement, c'est-à-dire tu avais le savoir, sciences infuses diffuses et tu transmettais le côté très enseignant,* » comme l'explique le cadre de proximité C4

⁵⁷ Annexe 7, livre II, entretien DS, p. 38

⁵⁸ Annexe 12, livre II, entretien C-5, p. 82

La mise en place du référentiel par les IFSI et les terrains de stage, les changements initiés participent à la construction d'une posture professionnelle remodelée.

Les étudiants construisent leur posture grâce à l'accompagnement des équipes de terrain et des formateurs rencontrés à l'IFSI. Ils doivent être demandeurs et actifs dans leurs acquisitions. La pluralité des acteurs rencontrés, le croisement des informations, des pratiques de soins favorisent la construction de l'identité professionnelle de l'étudiant. Les apprentissages techniques se font par reproduction de gestes en intégrant la dimension réflexive⁵⁹.

« *Les étudiants très autonomes, engagés, motivés dans leur formation ont une vision plus élargie du soin.* »⁶⁰ Ils ont pré construit leur position de soignant, ils mesurent les connaissances à acquérir, et ils savent où aller les chercher, que ce soit à l'IFSI ou en stage.

De même, pour suivre l'évolution sociétale, le programme de formation en soins infirmiers de 2009 oriente certains enseignements autour des maladies dégénératives, de l'éducation thérapeutique, des soins palliatifs et de fin de vie ; que ce soit au travers des unités d'enseignements ou des compétences à acquérir durant les trois années de formation. La formation actuelle est moins hospitalo-centrée et dès la première année elle sensibilise les étudiants à l'éthique, la sociologie, l'anthropologie, ce que confirme F-4 « *Au départ j'étais très contente parce qu'il m'a semblé qu'on s'ouvrait quand même plus sur des choses de réflexions, des choses qui sont arrivées qu'on ne connaissait pas la gestion des risques, une approche plus importante sur le handicap, la maladie la santé publique, j'étais contente en me disant tiens on sort un peu de ce côté hospitalo-centré* »⁶¹. Cela permet une ouverture sur les sciences humaines et favorise la réflexivité autour d'une prise en soins plus globale de l'individu : l'Humain est au centre des préoccupations.

Nous pouvons maintenant nous interroger sur ce que la valence universitaire apporte à la profession et à sa construction identitaire.

⁵⁹ La dimension réflexive fait l'objet d'un paragraphe spécifique

⁶⁰ Annexe 9, livre II, entretien C2, p 56

⁶¹ Annexe 16, livre II, entretien F-4, p. 122

B. L'universitarisation

Les universités sont les héritières des institutions académiques inventées au Moyen Age afin de transmettre les savoirs spécialisés. Elles ont été construites « *comme des lieux où la formation au savoir de haut niveau coïnciderait avec la production même du savoir* »⁶² Ce sont des établissements qui dans le domaine de la connaissance produisent du savoir par la recherche, le conservent par des publications et le transmettent grâce aux enseignements. Aux États-Unis, Peirce, un philosophe américain, en 1891 définit l'université comme « *une association d'hommes [...] dotée et privilégiée par l'État, en sorte que le peuple puisse recevoir une formation [guidance] intellectuelle et que les problèmes théoriques qui surgissent au cours du développement de la civilisation puissent être résolus* ». ⁶³

En France l'université suit un principe d'universalité. Elle se veut accessible à tous sans discrimination, il n'y a pas de sélection à l'entrée et les frais d'inscriptions sont minimes. Elle est ouverte au plus grand nombre et s'inscrit dans la construction d'un savoir scientifique. Le passage par quelques années universitaires est dans la représentation sociale synonyme de réussite personnelle et ouvre la perspective d'évolution sociale avec la possibilité de faire partie des élites.

L'enseignement supérieur a pour objectif comme le rappelle la mission ministérielle de 2001 demandée par Jack Lang, ministre de l'Education Nationale, de « *transmettre les savoirs spécialisés, promouvoir une culture générale et préparer les étudiants à l'exercice des professions les plus qualifiées* »⁶⁴. Pour répondre à ses missions l'enseignement supérieur propose des formations en trois niveaux :

- Le niveau Licence qui est une formation généraliste en trois ans (BAC +3)
- Le niveau Master en deux ans, après la licence avec la possibilité soit de s'orienter vers un master professionnalisant qui prépare à un métier, soit à un master recherche qui oriente sur la poursuite des études de 3^{ième} cycle (BAC+5)
- Le niveau doctorat tourné vers la recherche fondamentale se préparant en trois ans environ. (BAC +8)

⁶² RENAUT, Alain. Quel avenir pour nos universités ? Essai de politique universitaire. Boulogne : Timée-Editions, 2008, p. 38

⁶³ Cité par FISCH, Max. Classic American Philosophers. New York : Fordham University Press, 2004, p. 31

⁶⁴ RENAUT, Alain. Mission d'étude et de proposition sur la culture générale dans les formations universitaires. Février 2002, 110 p.

En entrant dans le système LMD en 2009, la formation infirmière ouvre la poursuite d'études supérieures en master et doctorat dans le domaine contributif aux soins ou s'oriente, par des jeux de passerelles, vers d'autres cursus universitaires. Pour les étudiants infirmiers, intégrer une formation universitaire les met sur un pied d'égalité avec les autres étudiants inscrits sur les filières plus classiques de l'Université. Les règles des parcours de formation se sont assouplies permettant aux étudiants d'interrompre temporairement leur formation sans pour autant perdre le bénéfice de leurs acquis. Le cursus universitaire renvoie à une réussite sociale pour une partie des étudiants issus des classes moyennes. En devenant des étudiants à part entière, ils bénéficient des conditions plus favorables à leurs études : bourses, accès aux logements universitaires, droit au redoublement, droits à l'absence... La formation d'infirmière devient alors plus attractive pour les jeunes générations ayant une représentation positive des études universitaires.

Le dispositif universitaire travaille les contenus avec des exigences certaines sur la rigueur scientifique. L'université va amener une ouverture d'esprit en lien avec la culture scientifique. « ...Ça nous a obligé à travailler avec l'université, donc à avoir d'autres modes de pensée, d'autres façons de regarder le savoir c'est assez bousculant mais intéressant pour nous, euh...dans l'approche qu'on peut avoir, oui de la place des savoirs je trouve que ça c'est bien,...»⁶⁵. Ce dispositif pédagogique, cet état d'esprit font que les étudiants des universités apprennent le sens critique et peuvent se positionner de façon plus affirmée allant même jusqu'à la participation à des mouvements sociaux, comme le rappelle le cadre de proximité C-3 : « Mais justement peut-être que, je vais te dire mai 68 c'est ...qui s'est révolté?, les travailleurs un moment donné mais c'étaient surtout les étudiants, et ce n'étaient pas les étudiants des IFSI c'étaient les étudiants de l'université ! [...]Peut-être qu'en leur transmettant certaines valeurs on leur transmet des valeurs de béni oui oui. Et que l'université ouvrirait sur d'autres choses. [...]Oui, mais je pense que si on était universitaire, et bien ça, et qu'on fasse nos études en même temps que la première année de médecine, ça nous ouvrirait des champs de révoltes entre guillemets, de remise en question, et puis je pense qu'on serait un peu plus reconnus. »⁶⁶. De manière unanime toutes les personnes interrogées parlent de cette entrée dans le système LMD, comme un élément moteur dans l'évolution de la profession et dans la reconnaissance de celle-ci : « un

⁶⁵ Annexe 5, livre II, entretien D-2, p.18

⁶⁶ Annexe 10, livre II, entretien C-3, p. 66

ystème universitaire, et ce n'est pas parce qu'on travaille bien avec Grenoble, mais c'est un atout à condition de savoir où on va, savoir ce qu'on négocie, savoir ce qu'on ne lâche pas. »⁶⁷, « *Le fait d'avoir le grade licence c'est une plus-value, c'est une reconnaissance, quand même, une reconnaissance de trois années d'études qui n'avaient jamais été reconnues jusque-là* »⁶⁸.

III. Formation et accommodation

A. Acquisition d'une posture réflexive

Comme le souligne Renaud de Sainsaulieu, la formation favorise la « *construction d'acteurs autonomes, réflexifs et critiques* »⁶⁹. L'individu est conditionné par son environnement professionnel. Il souhaite tendre à une autonomie d'action. C'est-à-dire, ayant intégré les règles et les valeurs du groupe, il veut être capable d'agir avec réflexion en toute liberté de choix. Nous pouvons compléter cette définition par celle de Michel Crozier et Erhard Friedberg⁷⁰ qui expliquent que l'autonomie est en lien avec la tactique individuelle ou collective des individus envers le système, elle est assimilée à la marche de manœuvre de ce système.

Pour tendre à cette autonomie le référentiel infirmier met l'accent sur la pratique réflexive et l'acquisition de compétences. Afin d'explicitier ce qu'est un praticien réflexif, Philippe Perrenoud s'appuie sur les écrits de Donald Schön qui défendait la thèse suivante : « *aucune action professionnelle complexe n'est, même dans l'urgence, une action impensée, produit d'un pur " automatisme ". L'action découle d'un jugement professionnel, d'une décision qui résulte d'une réflexion dans l'action.* »⁷¹

Il complète sa réflexion ainsi : « *Il reste cependant pertinent de se demander sur quels savoirs s'appuie la réflexion dans l'action et de souligner qu'une partie de ces savoirs ne sont pas scientifiques, ni même savants, qu'ils sont souvent implicites, ta-*

⁶⁷ Annexe 4, livre II, entretien D-1, p.7

⁶⁸ Annexe 6, livre II, entretien D-3, p.28

⁶⁹ SAINSAULIEU, Renaud. L'identité au travail. 4^{ème} éd., Paris : Presses de SciencesPo, p.16.

⁷⁰ CROZIER, Michel ; FRIEDBERG, Erhard. L'acteur et le système. Paris : Editions du Seuil, 1977, 500p.

⁷¹ PERRENOUD, Philippe. Mettre la pratique réflexive au centre du projet de formation. 2001. Disponible sur :

< http://www.unige.ch/fapse/SSE/teachers/perrenoud/php_main/php_2001/2001_02.html > [Consulté le 24 septembre 2014]

cites, " cachés dans l'agir ". Ils sont " professionnels " au sens où ils sous-tendent l'exercice du métier, mais ils ne sont pas nécessairement partagés ou verbalisés au sein de la profession. Il s'agit de ce qu'on appelle aujourd'hui des savoirs d'expérience. Ils résultent de la réflexion sur l'action, [...] L'expérience, analysée, est en quelque sorte capitalisée et réinvestie dans de nouveaux épisodes »⁷²

Le programme de formation précise que la posture réflexive est une exigence de la formation. Cette posture se construit entre acquisitions de connaissances et de savoirs faire, en lien avec des situations professionnelles apprenantes. Elle est structurée autour des trois paliers d'apprentissages : Comprendre, Agir, Transférer.

De façon unanime les professionnels entretenus ont mis en exergue la posture réflexive des étudiants, et ont expliqué ce qu'ils considéraient comme réflexif « *tu dois avoir des tas de connaissances certes mais tu dois avant tout comme infirmier être en capacité de les mobiliser et si tu ne les as pas être capable de savoir où tu vas les chercher pour avoir cet état d'esprit, cette réflexion, il faut être dans la réflexivité, il faut être dans quelque chose où tu as l'habitude qu'on ne te serve pas tout sur un plateau, qu'on te donne le savoir comme ça mais qu'on te permette aussi d'être autonome et qu'on te secoue pour aller le chercher.* »⁷³

Il semble que les étudiants changent de posture. C'est-à-dire :

- ils recherchent l'information,
- ils ont des facilités à faire des liens entre une situation et les savoirs qui l'éclairent,
- ils prennent en charge de façon globale les patients, il y a un recentrage sur le patient et ses besoins,
- ils ont plus d'autonomie dans leur formation,
- ils se positionnent vis-à-vis des équipes, ils ne visent pas que l'imitation de leur pairs,
- ils réfléchissent au bienfondé de leurs actes,
- ils s'exercent volontiers à l'analyse de leurs pratiques,

⁷² *Supra*

⁷³ Entretien C-4

- ils prennent le temps de comprendre les situations avant de se mettre en action.

L'aspect vocationnel du métier d'infirmier s'atténue au profit d'une professionnalisation. Les étudiants se centrent sur leur formation et sont au-delà de l'exécution de tâches. Ils n'hésitent pas à s'affirmer et s'autorisent durant leur temps de stage à faire de la recherche d'informations afin de comprendre la situation et d'agir. Nous sommes dans ce que le référentiel de formation nomme réflexivité.

De même, l'intégration de disciplines des sciences humaines telles que la philosophie, l'anthropologie, la sociologie, contribue à nourrir cette réflexivité en élargissant le champ des connaissances. L'approche du patient prend une dimension plus Humaine. Elle n'est pas seulement limitée à ses pathologies.

« On le voit entre autre, je suis co responsable des UE d'éthique, législation, éthique déontologique et puis soins palliatifs, et on le voit là aussi au niveau des situations, parce qu'on amène les étudiants fin de 2^{ème} année à travailler sur des situations éthiques, situations complexes, en ayant une démarche éthique, là aussi on voit bien la réflexion, et cette réflexion elle est présente là, mais elle est présente dans les analyses de pratique on retrouve la même réflexion, et souvent avec des situations qui sont ramenées qui sont complexes, où l'étudiant [...] se questionne sur qu'est-ce qu'on aurait pu faire, [...] pour aller vers quelque chose de mieux qui a pu être réalisé dans le service. Il y a vraiment un questionnement et ce questionnement là on a l'impression que oui il est intégré et certainement plus qu'avant. »⁷⁴

Cela entraîne un changement de posture des étudiants et des nouveaux professionnels issus de ce programme de formation. Ainsi ils se sentent légitimes et s'écartent du modèle de leurs pairs et du besoin de reconnaissance par les actes considérés comme « nobles » de la part de leurs aînés, les actes techniques délégués par les médecins. En formation ils se positionnent comme :

- collaborateurs des équipes médicales,
- des professionnels affirmés,
- partenaires des différents corps de métiers paramédicaux

L'infirmière se perçoit comme une coordinatrice centrée sur les besoins d'un patient dans toutes ses dimensions : biologique, sociale, psychologique. Elle a une

⁷⁴ Annexe14, livre II, entretien F-2, p. 102

nouvelle vision de l'identité professionnelle. Ce sont des professionnels qui semblent avoir une meilleure estime de soi, donc du patient. Ils n'ont pas besoin d'être reconnus par les actes techniques pour exister, ils investissent toutes les dimensions du soin : curatif, préventif, éducatif. Ce sont des personnes individuellement plus respectueuses d'elles même et des autres. Elles ont un libre arbitre et savent se positionner dans une équipe, « *elles sont moins malléable, par rapport au conflit d'équipe [...] elles ont plus de pertinence du coup, pour analyser un peu ce qui se passe dans une équipe* »⁷⁵

De même avec le recentrage sur leur profession d'infirmier il y a moins de tension entre les différents corps de métier et plus de travail collaboratif dans l'intérêt du patient. Les professionnels s'identifient moins au corps médical, « *des professionnels qui...se prenait pour des petits médecins ou étaient frustrés, enfin il y avait beaucoup d'identification par rapport aux médecins* »⁷⁶. Ils s'émancipent de la dimension médicale et se recentrent sur le soin.

C'est une approche en phase avec le fonctionnement sociétal qui change fondamentalement le positionnement professionnel : nous sortons de la transmission directe, porteuse de « savoirs incontestables » au profit d'une réflexion constante sur les savoirs et la meilleure façon de les mettre en œuvre. L'étudiant est acteur de sa formation et de sa réflexivité. Les méthodes pédagogiques mises en place pour initier et l'accompagner dans cette posture réflexive viennent développer des capacités d'analyse de pratiques professionnelles. Ces méthodes s'appuient sur des résultats de recherches scientifiques afin d'optimiser les compétences professionnelles que les étudiants doivent acquérir.

B. Acquisition de compétences

Le référentiel de formation infirmier a pour finalité de former des professionnels novices ayant acquis des compétences et pouvant poursuivre des études universitaires. Pendant les trois ans de formation, les compétences, au nombre de dix, vont se construire d'une part par les stages et d'autre part par les unités d'enseignement qui permettent l'intégration des savoirs et la modélisation de ceux-ci en situation professionnelle.

⁷⁵ Annexe 9, Livre II, entretien C-2, p. 56

⁷⁶ *Supra*

Compétences du référentiel de formation

Compétence 1 : Evaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le domaine infirmier

Compétence 2 : Concevoir et conduire un projet de soins infirmiers

Compétence 3 : Accompagner une personne dans la réalisation de ses soins quotidiens

Compétence 4 : Mettre en œuvre des actions à visée diagnostique et thérapeutique

Compétence 5 : Initier et mettre en œuvre des soins éducatifs

Compétence 6 : Communiquer et construire une relation dans un contexte de soins

Compétence 7 : Analyser la qualité des soins et améliorer sa pratique professionnelle

Compétence 8 : Rechercher et traiter des données professionnelles et scientifiques

Compétence 9 : Organiser et coordonner les interventions soignantes

Compétence 10 : Informer, former des professionnels et des personnes en formation

D'après le lexique des notions clés dans le répertoire des métiers, la compétence est « *la maîtrise d'un savoir-faire opérationnel relatif aux activités d'une situation déterminée, requérant des connaissances et des comportements. Elle est inséparable de l'action et ne peut être appréhendée qu'au travers de l'activité.* »⁷⁷

Les compétences sont des combinaisons de savoirs théoriques et des savoirs pratiques. Guy Le Boterf considère la compétence comme « *la combinaison de ressources mobilisées de manière pertinente pour répondre aux exigences d'une situation* »⁷⁸. Philippe Perrenoud la définit comme « *une capacité d'action efficace face*

⁷⁷ Lexique des notions clés utilisées dans le répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière. Disponible sur :

<http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/Lexique-des-notions-cles-utilisees.html>
[consulté le 15 septembre 2014]

⁷⁸ La thèse de Guy Le Boterf est expliquée en ces termes par HABEREY-KNUSSI, Véronique. L'engagement dans les soins infirmiers : un enjeu de formation entre éthique et sens. Thèse de doctorat Sciences de l'Education, Université de Rouen, 2013, 871 p.

*à une famille de situations, qu'on arrive à maîtriser parce qu'on dispose à la fois des connaissances nécessaires et de la capacité de les mobiliser à bon escient, en temps opportun, pour identifier et résoudre de vrais problèmes. »*⁷⁹

Dans tous les cas, la compétence conjugue le savoir ou la connaissance avec une mise en œuvre inscrite dans une action. C'est en tout cas dans ce sens que se comprend la compétence telle que déclinée dans les référentiels de soins infirmiers et que nous souhaitons lui donner : *« la compétence ne relève pas seulement de la somme des savoirs, savoir-faire et savoir être nécessaires à l'exercice d'une profession ou d'un métier. Elle s'appuie non seulement sur un savoir agir, mais aussi sur un savoir combiner et raisonner en situation. Elle se développe dans la multiplicité et la variété des expériences vécues... »*⁸⁰

Nous sommes bien dans une formation en alternance ou l'enseignement théorique et les stages bénéficient d'un nombre d'heures identiques (2 100 heures).

Les unités intégratives portent sur l'étude de situations cliniques issues des terrains de stage et permettent de mettre en lien les unités d'enseignement du semestre. Les stages sont les lieux d'intégration, de consolidation des expériences antérieures, ainsi que de construction de nouvelles connaissances. L'étudiant observe, contribue aux soins, participe aux réflexions d'équipes.

Cette alternance initie et conforte la posture professionnelle ; les professionnels des IFSI et des terrains servant de modèles.

Cette approche par compétence incite les professionnels formateurs ou de terrain à repenser leurs méthodes d'accompagnement, ainsi D-1 nous explique qu' *« On travaille plus sur la capacité des étudiants à regarder, à analyser, à transférer, et ça on le regarde beaucoup plus tôt. »*⁸¹.

La formation doit permettre aux étudiants de développer des compétences afin d'agir de façon appropriée en situation, même complexe, grâce à la mobilisation de certains savoirs. Pour penser l'accompagnement pédagogique des étudiants, nous pouvons nous saisir par exemple des travaux de David Kolb qui s'appuient sur l'apprentissage

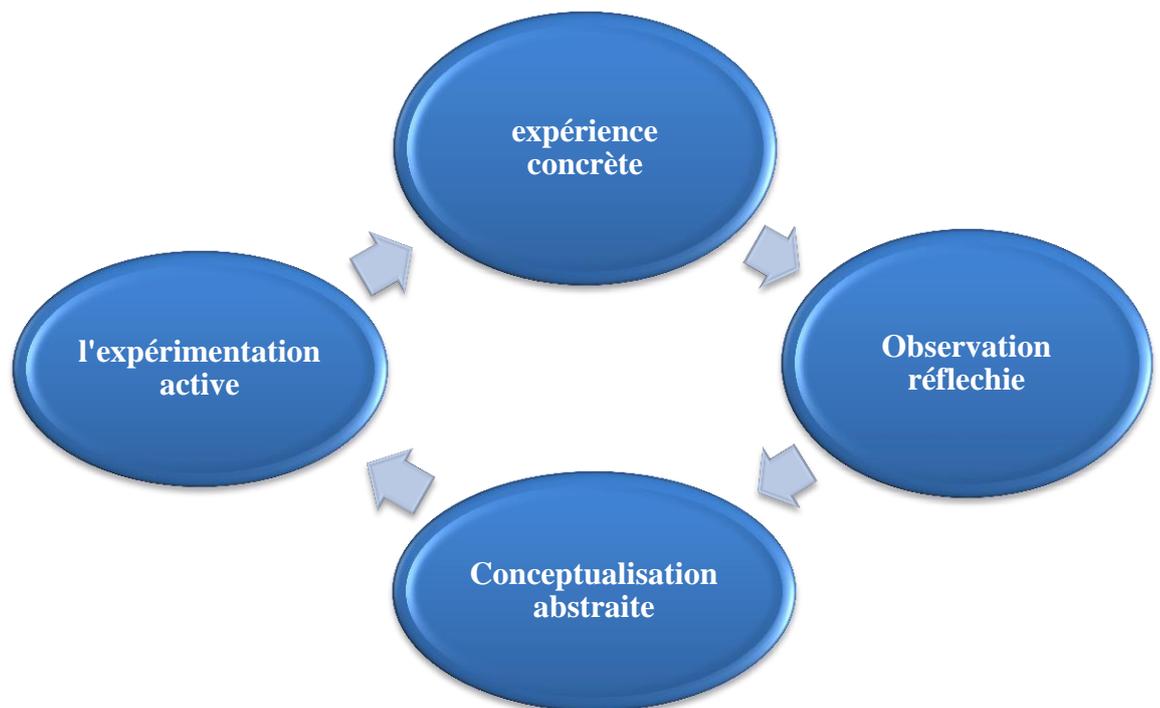
⁷⁹ PERRENOUD, Philippe. Construire des compétences, tout un programme. Vie pédagogique, n°112, septembre-octobre 1999, p.16-20. Disponible sur : http://www.unige.ch/fapse/SSE/teachers/perrenoud/php_main/php_1999/1999_14.html [consulté le 12 septembre 2014]

⁸⁰ EYMARD-SIMONIAN, Chantal. Professionnalisation et transfert de compétences ? Soins cadres, n°50, mai 2004, p.20

⁸¹ Annexe 4, livre II, entretien D-1, p.7

par expérience et qui peuvent amener des clés de lecture et une aide à l'acquisition des compétences. Nous pouvons retenir le cycle d'apprentissage de Kolb comme théorie interactive de formation. Le cycle met en exergue les processus par lesquels les étudiants passent lors de leurs constructions des apprentissages :

- L'expérience concrète permet à l'étudiant d'être dans l'action, il est dans la reproduction d'un acte ou d'une activité.
- L'observation réfléchie permet de prendre en compte ce qui est vécu par la personne et de comprendre. Cette compréhension se fait par le filtre des valeurs, attitudes et croyances du sujet ainsi que son expérience.
- Vient ensuite la conceptualisation abstraite qui demande à l'apprenant d'intégrer les événements dans un système théorique de schèmes.
- Pour ensuite aboutir à l'expérimentation active où le sujet va pouvoir utiliser ses nouvelles compréhensions dans son activité. Nous pouvons faire le parallèle avec les paliers d'apprentissage du référentiel de formation qui sont Comprendre, Agir, Transférer.



Le cycle de Kolb

De par cette approche par compétence, les étudiants construisent leur posture professionnelle et de se préparent à leur prise de fonction. En effet au-delà de la formation cette approche a pris place dans les organisations de travail. Elles passent « *d'un mode Taylorien à un monde du travail axé sur le rapport de l'individu à la complexité des situations* »⁸², ce qui demande aux professionnels des capacités d'adaptations et de réflexions individuelles et collectives dans le respect des processus institutionnels. De même cette orientation tend à une gestion des ressources humaines basée sur la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPMC).

*L'approche par compétence « est un vrai atout pour l'équipe. [...] Je pense que si, de ce nouveau référentiel là moi j'ai dévié sur la GPMC, [...], pour moi le tout est lié, [...], pour [l'évaluation annuelle des] puer j'ai repris les compétences infirmières derrière j'ai été chercher le référentiel de formation puer, oh miracle il est aussi en compétences, il y a un référentiel d'activités, il y a un référentiel de compétences pour les puer, et du coup comment ça se décline chez nous qu'est-ce qu'on peut faire, et comment tu t'autoévalues »*⁸³

Si le référentiel de formation en soins infirmiers fait suite à un contexte sociétal en pleine mutation, il induit également un changement d'identité progressif de la profession infirmière en recentrant la posture de l'étudiant infirmier vers le patient et sa prise en soins. Le référentiel bouleverse la représentation traditionnelle de l'étudiant en le faisant évoluer de la place d'apprenant (schéma traditionaliste et descendant de l'apprentissage) à un professionnel en devenir (l'étudiant comme acteur de sa formation).

Cependant, les valeurs et représentations véhiculées par ce référentiel viennent se confronter à celles des professionnels en place, entraînant tensions et malaises.

⁸² BOISSART, Marielle. *Op. cit.* p. 17

⁸³ Annexe 12, livre II, entretien C-5, p. 82

Chapitre 2. D'un idéal à une réalité : ambiguïté d'une identité en recomposition.

Tout au long de leur cursus de formation les étudiants infirmiers vont confronter leurs représentations du métier à la réalité du terrain. Cette réalité est renvoyée par des professionnels experts issus pour la plupart d'un programme de formation antérieur à celui de 2009. Entre idéal et réalité les étudiants doivent construire leur identité professionnelle et composer avec leurs motivations profondes qui les ont amenés à choisir un métier de la santé. La construction de cette identité peut être douloureuse si l'écart entre leur représentation du métier et la réalité du terrain est très éloignée « *le processus de construction identitaire [...] repose sur un mécanisme d'internalisation d'un objet extérieur. En d'autres termes, c'est la porosité de l'individu à son environnement (social, culturel, professionnel, humain, économique, familial...)* »⁸⁴

Qu'en est-il de cette réalité ?

I. Construction identitaire et logiques organisationnelles des institutions

A. Réorganisations structurelles

Le paysage sanitaire français a évolué de façon importante depuis ces dernières années passant d'une logique inflationniste à une logique comptable⁸⁵. L'offre de soins se redessine dans une logique économique contrainte. Les centres hospitaliers se réorganisent, harmonisent leurs pratiques et mutualisent leurs moyens. Ils sont amenés à fusionner ou à réorienter leurs activités de soins. Les centres hospitaliers universitaires deviennent des établissements de recours avec des spécialités pointues. Les établissements de proximité se recentrent sur des prises en charge de premiers niveaux. Les schémas régionaux d'offre de soins (SROS) restructurent l'offre de soins sur un territoire, entraînant des fermetures d'unités (maternité) et/ou des modifications d'activités pour répondre aux besoins de santé de la population avec comme critère la sécurité des patients. Ils organisent l'offre ambulatoire, les permanences de soins et les missions de service public, favorisant le maintien à domicile des usagers.

⁸⁴ BOURGEON, Dominique (sous la dir.). Identité professionnelles, alternance et universitarisation. Rueil-Malmaison : Lamarre, 2009, p.44

⁸⁵ Cours de master 2 PPS, unité 2 M. Penaud (18/12/2013) et F. Madelmont (16/01/2014)

Ces réorientations obligent les soignants à repenser leurs activités, et quelquefois à changer de lieu de travail. Même si les infirmiers ne sont pas particulièrement attachés à un établissement de soins, cette réorganisation accentue encore ce détachement, il n'y a « *pas de notion d'attachement à un établissement ou un service de soins. Si ça ne plait pas ils s'en vont.* »⁸⁶

Impulsée par la loi HPST, la démocratie sanitaire place le patient au centre des intentions et son avis est écouté : le patient devient régulateur de l'offre de soins. Il est un usager de la santé avec des exigences et des revendications modifiant alors la relation avec les soignants. Les patients sont des consommateurs de soins. Ils souhaitent bénéficier des meilleures offres de soins, d'hébergement et de prise en charge. Plus informés que les générations précédentes, de par la multiplicité des données médicales, ils exigent une qualité de soins, n'hésitent pas à demander plusieurs avis, estiment qu'ils ont des droits sans avoir des devoirs, et sont soupçonneux sur ce qui leur est proposé. Ils n'hésitent plus à se pourvoir en justice. Ils ont toutes les caractéristiques de la société d'aujourd'hui : exigences dans la prise en charge, demandes de réactivité, hospitalisations limitées. « *moi je vois [la démocratie sanitaire] plus comme l'entrée de la société dans l'hôpital, comme les droits des usagers, comme les patients qui osent réclamer leur dossier, comme des patients qui osent porter plainte contre un médecin, des choses qu'on ne voyait pas autant avant. Je le vois avec la gestion des risques, l'analyse des événements indésirables où les patients nous demandent des résultats par écrits et le directeur envoie par derrière un dossier au patient.* »⁸⁷

De manière générale toutes les personnes interrogées dans le cadre de ce mémoire mettent en avant l'évolution du positionnement de l'usager entraînant une redéfinition de la relation soignant/soigné. La relation se transforme en une relation commerciale. Ainsi la terminologie change, même si elle n'est pas stabilisée à ce jour ; le patient devient usager ou patientèle. Nous observons une remise en cause du pouvoir des soignants et du pouvoir médical qui génère des tensions entre patients et équipes de soins, peu habituées à ces positionnements.

De même, l'exercice de la profession infirmière, très réglementée se judiciarise, ce qui entraîne une modification de la posture du soignant et peut également générer des conflits et du stress au sein des équipes.

⁸⁶ Annexe 8, livre II, entretien C-1, p. 47

⁸⁷ Annexe 12, livre II, entretien C-5, p.82

Par ailleurs la politique de développement professionnel tout au long de la vie rend obligatoire la formation continue des professionnels de santé. Il est exigé aux infirmiers de maintenir leurs compétences et de développer des connaissances et des habilités gestuelles durant leur carrière. Les soignants doivent repenser les habitudes en matière de formation et de développement des compétences. Toutefois, si le développement professionnel continu (DPC)⁸⁸ est obligatoire, il est loin d'être effectif dans les établissements de soins qui rencontrent des difficultés organisationnelles et financières pour sa mise en œuvre. Ce paradoxe peut être porteur de désinvestissement.

Alors que nous observons une réorganisation des systèmes de santé, des modifications des demandes de la part des usagers, des transformations d'activités, des incitations au développement des compétences tout au long de la vie, une pénurie de professionnels est attendue pour 2015 du fait des départs à la retraite de la génération des « baby-boomers ». En parallèle se profile « *un sous-investissement dans le domaine des ressources humaines, un blocage des recrutements, une limitation des salaires, une mobilité réduite [...] une inégalité de répartition des professionnels sur le territoire. [...] Ce déficit de professionnels infirmiers peut être mis en lien avec son taux de féminisation (87%), au manque d'attractivité du métier, aux désillusions et au risque de burnout dans cette profession. [...] Les jeunes sont peu attirés par le métier à cause d'une faible rémunération, de la responsabilité engagée, de la pénibilité du travail et des horaires décalés.* »⁸⁹

Ceci renvoie des messages contradictoires tant aux étudiants qu'aux professionnels instaurant un climat d'incertitude. C'est dans ce contexte que s'ancre la formation des professionnels infirmiers entre un idéal de prise en charge des patients tourné vers l'humanité et le social, et la réalité d'une demande exigeante, violente quelquefois, d'une mouvance permanente désorientant ces professionnels en construction.

⁸⁸ Dans la fonction publique hospitalière l'obligation du DPC est parue au journal officiel le 21 août 2008.

⁸⁹ MULLER, A. ; CARRE, P. Évolution des compétences infirmières et formation tout au long de la vie. Savoir et soins infirmiers, 2010, 60-080-L-60.

B. Les contraintes d'un système et l'organisation de santé

Nous pouvons aborder ici la notion d'injonction paradoxale. La formation en soins infirmiers telle qu'elle est prévue dans le référentiel 2009, insiste sur la prise en charge globale du patient, la réflexivité, la collaboration pluri professionnelle. Par ailleurs, les réductions de personnels, les réorganisations de service, les modifications horaires (passage en 10 h ou 12h), ne facilitent pas le suivi des patients. Le contexte économique impose une réduction des coûts de santé, lors de son intervention sur l'approche économique du fonctionnement hospitalier, P. Dubois⁹⁰ dit en parlant de la répartition des ressources contraintes de la santé « *elle nécessite une régulation prix-volume. Pour autant, en dehors de l'activité et de la production il n'y a pas de salut* », discours qui est difficilement « entendable » par des professionnels qui sont tournés vers la prise en charge holistique des patients et qui n'ont pas été formés à l'économie de la santé. « *C'est le contexte, c'est le manque de lisibilité à moyen terme, sur l'évolution des structures, l'évolution des postes, sur aujourd'hui les étudiants, les perspectives d'emploi, [...] tout le contexte qu'il y a autour qui ne vient pas rassurer les étudiants et les professionnels. Former sans savoir son propre avenir* »⁹¹

De manière isolée, de nombreuses initiatives sont prises afin d'améliorer la qualité de la prise en charge de l'utilisateur. Cependant le manque de pérennité et de lisibilité à moyen terme des financements fragilisent ces initiatives et démotivent les professionnels. Des difficultés apparaissent dues aux contraintes de plus en plus prégnantes de la gestion des ressources humaines, du manque de disponibilité et de la traçabilité des activités. Les acteurs de terrain ont l'impression de n'être pas reconnus pour leur compétence. Ils ressentent un manque de consultation et de prise en compte de leurs revendications par les politiques alors qu'ils élargissent leur champ de responsabilité. Les injonctions s'enchaînent sans laisser le temps aux agents d'intégrer la nouvelle gouvernance.

« Le contexte actuel des soins rend difficile la prise en charge holistique telle que prônée par les différents modèles infirmiers. Que ce soit dans les centres hospitaliers, les institutions pour personnes âgées, handicapées, ou encore les centres de soins à domicile, une démarche de soins individuelle exhaustive est parfois compromise par une dotation en personnel insuffisante (De Bouvet & Sauvaige, 2005). Pourtant c'est la

⁹⁰ DOBOIS, P. Approche économiques du fonctionnement hospitalier. Cours de master 2 politique publique de santé, UE 2, du 13 janvier 2013

⁹¹ Annexe 4, livre II, entretien D-1, p.7

conception humaniste qui est présentée et entraînée à l'école et durant la formation pratique. On comprend dès lors que la frustration puisse surgir chez les soignants convaincus de cette approche dont ils ont sans doute pu constater l'efficacité et qu'ils ne peuvent mettre en œuvre en raison des contingences institutionnelles. »⁹²

L'écart se creuse entre les valeurs des soignants et les contraintes du métier. Le risque de démotivation et de désengagement est grand. Il y a un délitement du lien entre les professionnels. Les injonctions des directives nationales changent vite, ne permettent pas aux professionnels d'intégrer les évolutions, de les mettre en œuvre et de les appliquer. La gestion financière s'est invitée dans les unités de soins. Si dans les décennies antérieures, elle était absente des services entraînant parfois des débordements, aujourd'hui elle est si prégnante qu'elle monopolise toutes les pensées empêchant quelquefois les innovations.

Paradoxalement la demande est faite aux personnels d'être responsables, d'effectuer des soins de qualité, de suivre leurs dépenses, de faire des économies alors que les unités n'ont aucune autonomie de gestion, ni budgétaire. *« On parle du dialogue social en ce moment, du dialogue de gestion pour nous comme les entreprises, mais sur le terrain comment on peut de nouveau être remis en marche avec l'administratif ? Parce que pour le moment on vit de plus en plus une cassure une coupure et une difficulté identitaire des professionnels »⁹³.*

Le contexte est contraignant mais les directions veulent des professionnels autonomes. Les valeurs des soignants sont bousculées pouvant entraîner une démotivation, un désengagement allant quelquefois jusqu'au burnout du professionnel. Les moyens sont limités, avec des besoins inflationnistes, l'hôpital est vu actuellement comme une entreprise dont la mission principale serait de rester à l'équilibre budgétaire. Ce qui vient heurter également les valeurs des soignants.

Par ailleurs, l'impossibilité de l'infirmière de s'occuper du patient de manière optimale est liée également à l'avancée des technologies et aux modifications des recommandations de prise en charge par les conférences de consensus et l'Haute Autorité de Santé (HAS). Avec le développement de l'offre ambulatoire, les personnes hospitalisées sont plus lourdement atteintes. Cela entraîne une charge accrue pour le personnel paramédical dont le nombre n'a pas augmenté voire diminué depuis la mise

⁹² HABEREY-KNUSSI, Véronique. *Op.cit.*, p.43

⁹³ Annexe 9, livre II, entretien C-2, p.56

en place des 35 heures, l'arrivée de la T2A et les contraintes budgétaires. Les séjours sont beaucoup plus courts, la relation avec le patient évolue. L'infirmière doit enchaîner les actes de soins techniques sans prendre en soin la personne comme elle le souhaiterait, perdant le sens de son travail. Avec la mise en place de la tarification à l'activité⁹⁴, suivi de la nouvelle gouvernance⁹⁵, les établissements de soins se sont organisés en pôle d'activité avec une logique de groupes homogènes de malades, de groupes homogènes de séjour, de standardisation des soins, alors que la profession d'infirmière préconise la prise en charge individualisée des patients.

Nous assistons dans les pôles d'activités à une rotation importante de personnel avec des équipes qui comptent de nombreuses personnes à temps partiel. Le travail en 12 heures se développe afin d'économiser les ressources humaines demandant une concentration supplémentaire. Il arrive fréquemment que le personnel soit rappelé pour venir travailler sur les jours de congés. Cette organisation accroît le risque d'erreurs et rend difficile les échanges et le partage du vécu entre professionnels.

L'enquête réalisée en 2011 par Karine Chanu, sur les conditions de travail des infirmières en milieu hospitalier, auprès de 1404 infirmières⁹⁶ le confirme. Dans cette enquête, les infirmières associent leur niveau important de stress :

- Au manque de personnel,
- A la volonté de donner des soins de qualité et une attention constante aux patients,
- A la crainte de faire une erreur,
- A la contrainte du cumul des tâches à réaliser dans des délais de plus en plus courts.

Idéal et réalité se confrontent donc quotidiennement. Comme nous le rappelle Aline Mauranges, psychologue clinicienne en milieu hospitalier, « *Ce qui crée la souffrance, ou plutôt l'impossible résolution de la souffrance, c'est le décalage qui*

⁹⁴ Loi du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004. Disponible sur : < <http://legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000249276>> [consulté le 3 octobre 2014]

⁹⁵ Ordonnance du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé dite « Réforme de la gouvernance ». Disponible sur : < <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000606537&dateTexte=&categorieLien=id>> [consulté le 8 septembre 2014]

⁹⁶ Dans le cadre de son mémoire de fin de cursus en management des Ressources humaines à l'ESSEC (Ecole supérieure des sciences économiques et commerciales). Résultats disponibles sur : < <http://www.infirmiers.com/pdf/condition-de-travail-fph-2011.pdf>> [Consulté le 3 octobre 2014]

existe entre l'idéal que nous avons du métier et la réalité du terrain. Or, les conditions de travail sont telles que le fossé est énorme.» L'infirmière est donc « en souffrance », tiraillée entre ses valeurs professionnelles et une logique organisationnelle.

La définition d'un idéal commun se complique et la construction d'une identité commune devient difficile. En effet, alors qu'en formation initiale, il y a une volonté d'enrichir les compétences techniques et intellectuelles des professionnels, de les rendre réflexifs, d'ouvrir le champ de responsabilité, l'exercice professionnel, lui, est contraint tant financièrement, réglementairement que matériellement, empêchant le professionnel de couvrir toutes les dimensions du soin.

II. Nouveau référentiel et construction de compétences

A. Des savoirs spécifiques aux savoirs transversaux

Depuis la mise en œuvre du référentiel 2009 les apprentissages de la profession infirmière sont passés d'un savoir construit à partir de connaissances anatomo-pathologiques, à une approche réflexive. Cette réflexivité est centrée sur l'acquisition de compétences nécessaires à un exercice professionnel infirmier. Cependant *« il y a peut-être un accent qui est mis sur la réflexivité mais quand même la réflexivité sans les savoirs ça sert à rien non plus. On ne peut pas faire de la réflexivité, on ne peut pas trop pousser comme ça les étudiants à la réflexivité si en parallèle on diminue les heures sur des savoirs fondamentaux. Donc ça reste un peu le point d'achoppement »*⁹⁷ comme le rappelle un cadre formateur. En effet, dans ce nouveau programme, l'accent est mis sur l'accompagnement des étudiants dans leurs acquisitions de compétences. Le référentiel de 2009 laisse moins de place à l'apport des savoirs scientifiques et les formateurs doivent guider les étudiants sur l'appropriation de ces savoirs et leur permettre de faire des liens avec les situations de soins. *«...on n'est pas forcément aidé non plus par l'organisation universitaire, dans le sens où ce programme a été pensé par unités d'enseignement avec des unités réfléchies en terme de connaissances et des unités réfléchies plus en terme d'analyse, plus en terme...notamment autour du cœur de métier où là il faut faire des liens, tirer des cordes de partout pour revenir au cœur de métier et ...et notamment l'évaluation, je pense à la pharmacologie qui est très*

⁹⁷ Annexe 17, livre II, entretien F-5, p. 128

spécialisée, ou même certaines unités comme les processus, les étudiants sont évalués sur des connaissances pures et après comment on fait, comment on recrée le lien, ce que je constate quand même un peu c'est que les étudiants ils apprennent pour restituer leurs connaissances et après ils en retiennent pas forcément quelque chose »⁹⁸. Immergé dans la culture soignante que lui renvoient les professionnels de terrain ou les formateurs ainsi que les autres étudiants, l'étudiant développe un processus d'identification qui le conduit à négocier en permanence les tensions entre son idéal de la profession et la réalité qu'il rencontre au cours de son parcours professionnalisant. Pour construire leurs compétences les étudiants partent de leurs représentations, des connaissances acquises et des expériences en situation. L'acquisition de ces compétences professionnelles est en lien avec la construction identitaire et interroge la place de la personne dans le groupe d'appartenance.

Pour se reconnaître dans un groupe et s'y sentir à sa place la personne doit avoir une estime de soi valorisante. Trouver un juste équilibre, avoir conscience de soi, faire le geste juste dans la juste pensée permet la juste posture et rend existant l'autre. L'étudiant doit trouver une posture la mieux adaptée aux besoins de l'équipe et des patients d'une part dans la réalité extérieure et d'autre part dans la réalité de son monde intérieur. Les équipes de formateur prennent en compte ce volet de la construction identitaire et permettent aux étudiants d'apprendre à se connaître et à connaître l'autre. La pédagogie se base sur des travaux répétés en groupe restreint et sur l'acquisition d'une posture professionnelle affirmée passant par le développement personnel. Pour ce faire nous nous rapprochons du programme de formation des infirmiers de secteur psychiatrique avant la réforme de 1992 où l'analyse des pratiques, la supervision avec des professionnels psychologues était régulière⁹⁹.

Le groupe a une place centrale dans ce programme de formation. Il s'apparente à l'association de plusieurs personnes entre elles avec une ou plusieurs liaison(s), un système de valeurs communes ou des normes communes qui le régit. Entre les membres d'un groupe, il y a une interdépendance fonctionnelle, normative et imaginaire. De plus chaque groupe se construit en interaction avec un autre. Pour l'individu le sentiment d'appartenance est fort et ce qui se passe dans le groupe influence ses choix individuels.

⁹⁸ Annexe 5, livre II, entretien D-2, p. 18

⁹⁹ Annexe 4, livre II, entretien D-1, p.7

Jean-Claude Kaufmann dans l'invention de soi pose le postulat que l'identité amène du lien entre les individus afin de former un tout. Les identités ne sont pas innées, elles se construisent.

Lévi-Strauss, lui, ajoute à cette notion de groupe et d'appartenance à ce groupe, l'interaction avec la société dans la construction de l'identité personnelle de l'individu. La construction de l'identité se fait également avec la confrontation au groupe dans lequel l'individu se reconnaît, ici celui des étudiants infirmiers. Il peut s'identifier ou se différencier de ce groupe dans sa construction.

Les représentations et les expériences guident les actions de l'individu. Son appartenance à un groupe interagit sur ses choix, tout en préservant une ambivalence. L'individu veut être à la fois comme les autres et différent des autres. L'environnement social renforce cette influence, Il propose des principes de conduite globale et des valeurs morales générales.

Entre cassure, coupure par rapport aux valeurs des soignants, les professionnels en construction rencontrent des difficultés individuelles identitaires dans leur reconnaissance. Certains auteurs parlent même de crise identitaire car les individus se sentent perdus dans leur fonction.

La forme éloignée de la culture initiale des « anciens » professionnels rend difficile le changement et l'assimilation de cette nouvelle culture. Elle provoque des points de tension entre les différentes générations. D'autant plus que la classe d'âge des 20, 35 ans s'éloigne des repères et de la posture de l'ancienne génération. Mais qu'elle est la spécificité de cette génération Y qui bientôt se retrouvera évincée par la Z ?

B. Données sociologiques relative à la génération Y

Depuis quelques années, le terme de génération Y est apparu pour désigner la nouvelle génération arrivant sur le marché du travail. Ce terme regroupe les personnes nées entre 1979 et 1993. L'origine de cette expression reste floue. Plusieurs hypothèses sont avancées : pour les uns cela vient du Y tracé par le fil du baladeur des jeunes gens sur leur torse, pour d'autres ce nom vient de la génération précédente, la génération X, et enfin pour d'autres, il s'agit de la traduction du mot anglais « why » correspondant également à la phonétique de la lettre y anglaise de l'expression Y, signifiant « pourquoi ». Nous nous arrêterons à cette dernière explication, qui correspond bien à

cette génération, perpétuellement en recherche de sens et du « pourquoi » des choses. Cette génération est souvent décrite selon quatre attributs, plus communément désignés par les « quatre i » : individualisme, impatience, interconnexion et inventivité.

Il est important d'appréhender la notion de génération Y, pour bien comprendre le positionnement des étudiants et nouveaux professionnels dans les lieux de soins. Cette génération se caractérise par un esprit curieux, habitué à la remise en cause, à la réflexion, et la mise en action de leur pensée. Elle passe facilement d'une activité à une autre, c'est une génération qui est dite « zappeuse ». Depuis leur enfance les jeunes de cette génération ont grandi dans la société de l'enfant roi, avec l'explosion du numérique et sont totalement interconnectés avec leur portable ou sur internet. Ces différentes caractéristiques proviennent d'une part d'une éducation où l'écoute de la parole de l'enfant est valorisée, d'autre part d'une vision d'un monde relatif et instable où les frontières sont inexistantes et les distances sans importances : ces jeunes pensent mondialisation et voyagent beaucoup. C'est également une génération très individualiste centrée sur elle-même et sur son développement personnel. Dans leur article B. Pauget et A. Dammak le précisent bien « *Dans le même temps, l'individualisme poussé à son paroxysme a amené de nouvelles considérations de la place de l'Homme dans l'univers (intérêt marqué pour le développement durable, respect de toutes les cultures, retour du religieux mais un religieux bricolé au gré des expériences personnelles, etc.). Cette génération approfondit tous les traits de ses devancières : elle défie volontiers l'autorité, elle a été habituée plus que les soixante-huitards à changer les codes et les habitudes.* »¹⁰⁰. Ce qui est confirmé par les entretiens effectués dans le cadre de ce mémoire « *...quoique les jeunes le vivent peut-être différemment sur l'engagement sur ...ils ont une approche très individualiste* »¹⁰¹

La valeur travail n'a pas la même place. Les personnes de cette génération sont centrées sur leur vie personnelle, leurs loisirs. « *Pour moi c'est pas du tout la même génération, [...], j'appelle cette génération-là, la génération RTT. C'est-à-dire la génération qui ne vit que pour les loisirs. Ils ne vivent que pour les loisirs, nous notre travail c'est notre gagne-pain, on allait travailler parce qu'on avait envie de travailler, eux ils travaillent parce que derrière ils savent qu'ils vont avoir des loisirs et c'est leur*

100 PAUGET B, DAMMAK A. L'arrivée de la génération Y : quelles conséquences managériales et organisationnelles pour les organisations sanitaires et sociales Française ? Pratiques et Organisation des Soins, janvier 2012, p.27

101 Entretien C-2

*vie avant leur vie professionnelle. [...] je pense que la génération actuelle n'a plus les codes, les codes de respect, de respecter le travail de l'autre »*¹⁰²

Le travail doit avoir un sens, mais pour autant, il n'est pas le centre des préoccupations. Nous sortons ainsi de la représentation « vocation ». Ce sont des professionnels avant tout, sans les contraintes. D'où un encadrement complexe, un turn over important des équipes et une instabilité des structures et des pratiques professionnelles. L'expertise se perd. Pour Patricia Benner la compétence infirmière comporte cinq stades : novice, débutant, compétent, performant, expert. L'infirmière experte est une professionnelle capable de réaliser un acte sans s'appuyer sur une analyse de l'activité, son expérience lui donne une vision intuitive de la situation et lui permet de résoudre un problème sans émettre plusieurs hypothèses, elle a un haut niveau de compétence et elle est reconnue par ses pairs. Cela entraîne une perte de compétences dans les unités de soins.

De même le management de cette génération demande un savoir-faire particulier.

*« Les jeunes diplômés même de l'ancien programme, ceux qui ont trente ans aujourd'hui, la génération Y, n'est pas facile à manager même pour les médecins. »*¹⁰³

Ils ont envie d'être écoutés et considérés. Le besoin de reconnaissance est très fort chez eux. Il faut qu'ils se sentent exister et pour cela ils sont demandeurs de feed-back, qu'il soit positif ou négatif, sur leurs actions et leurs compétences. Ils ont besoin de mettre des mots sur ce qui les entoure et trouver un sens à ce que leur supérieur leur demande. De même, ils respectent le cadre global de l'exercice mais s'autorisent à sortir des procédures habituelles quand ils estiment que c'est plus efficace. Ils éprouvent également des difficultés avec la hiérarchie s'ils estiment qu'elle n'est pas efficace et compétente. Pour eux le respect s'obtient par l'efficacité, des réponses rapides à leurs interrogations et des marques de reconnaissance à leur égard. A contrario ils vont développer rapidement une autonomie : ils ont besoin de travailler AVEC et non POUR.

« Oui en plus on est dans une évolution multimédia, dans une évolution sociétale par l'éducation aussi, c'est comme ça on est plus dans l'écoute du moi de chacun, et l'écoute du moi de chacun construit aussi des gens qui sont plus centrés sur leur besoin, c'est très bien mais ils sont des fois moins centrés sur le besoin de l'autre[...] on voit

¹⁰² Annexe 13, livre II, entretien F-1, p.93

¹⁰³ Annexe 11, livre II, entretien C-4, p. 72

des fois que les jeunes générations ils ont quand même du mal à se décentrer et se centrer sur l'autre »¹⁰⁴

Lors des 69e Journées nationales du Comité d'Entente des Formations Infirmières et Cadres (CEFIEC), Martine Sommelette, nouvelle présidente, explique que « *Les étudiants en soins infirmiers formés aujourd'hui sont vraisemblablement différents, tout comme les jeunes de leur génération. Ils font partie de la génération « Y » et bousculent nos repères. C'est une des raisons qui amène les équipes pédagogiques à adopter des modes d'enseignement innovants.* »¹⁰⁵

Dans les unités de soins cette génération Y côtoie deux autres générations et notamment la génération X, qui a comme caractéristique d'être une génération désenchantée, née avec le choc pétrolier, la montée du chômage où la valeur travail est très importante. Ce choc des générations dans le contexte difficile du système de santé peut entraîner des points d'achoppements bien compréhensibles.

C. Points d'achoppement entre nouveaux et anciens professionnels

Nous allons reprendre dans ce paragraphe les quelques points qui semblent en tension entre « anciens » et « nouveaux » professionnels.

- Actuellement les nouveaux professionnels s'autorisent à prendre du temps pour comprendre et réfléchir à une situation afin de l'analyser, d'adapter leur prise en charge au besoin du patient et de se mettre en action. A contrario, les pratiques rencontrées sur le terrain demandent d'être toujours plus rapide dans les soins techniques.
- Les anciens professionnels sont plus dans la réalisation d'actes techniques, ils se sentent valorisés par la technicité et le rôle sur prescription alors que les nouveaux diplômés se retrouvent plus dans un recentrage sur le patient et une prise en soins globale.

¹⁰⁴ Annexe 11, livre II, entretien C-4, p. 72

¹⁰⁵ FABREGAS Bernadette. Inscrire l'ensemble de la filière infirmière dans un cursus LMD. Disponible sur <http://www.cadredesante.com/spip/profession/profession-cadre/article/inscrire-l-ensemble-de-la-filiere-infirmiere-dans-un-cursus-lmd.html> [consulté le 14 septembre 2014]

- Les questions des étudiants et des nouveaux diplômés déconcertent les équipes qui sont plus dans le « faire », ils sont « *très axés sur le soin lui-même* »¹⁰⁶. Ils souhaitent donner du sens à leurs actes et activités et ont constamment besoin d'argumentation dans les choix de l'équipe.
- Les étudiants se centrent sur le patient et ses besoins tandis que les infirmiers en place se centrent sur la pathologie du patient.
- Les nouveaux professionnels sont essentiellement issus de la génération Y, tandis que les anciens font partie des baby-boomers ou de la génération X. « *Je pense que le fossé, s'il y en a un il est là. Il n'est pas au niveau des soins, moi je le vois plus au niveau génération. Quand je vois que les équipes elles prennent leur feuille, elles écrivent leur relève sur leur feuille, les étudiants eux quand on donne une feuille de relève c'est pour écrire dans le dossier de soins, c'est une autre manière de travailler. C'est une autre utilisation des outils et une intégration d'autres outils.* »¹⁰⁷

Ces points d'achoppement rendent difficile pour les tuteurs de stage l'apprentissage clinique et l'évaluation des étudiants.

Le nouveau professionnel développe d'autres compétences qui entraînent quelquefois des problèmes d'intégration dans des équipes majoritairement composées d'infirmiers issus des programmes antérieurs. Alors que leurs aînés étaient dans la reproduction afin de se fondre dans l'équipe, les nouveaux professionnels peuvent adopter trois postures différentes en fonction de leur identité individuelle :

- Soit les nouveaux professionnels « *lâchent un peu leurs valeurs* »¹⁰⁸ et se calquent sur l'équipe en place dans un souci de mimétisme et d'intégration au groupe,
- soit le décalage avec ses valeurs est trop important et ils préfèrent changer de service,
- soit ils restent en poste et travaillent à leur manière en essayant de faire adhérer le reste de l'équipe à ces nouvelles pratiques.

¹⁰⁶ Annexe 8, livre II, entretien C-1, p.47

¹⁰⁷ Annexe 12, livre II, entretien C-5, p.82

¹⁰⁸ Annexe 8, livre II, entretien C-1, p.47

Ce « choc » des cultures laisse entrevoir le phénomène d'acculturation. L'acculturation, comme le présentent Redfiel, Linton et Herskovits est « *l'ensemble des phénomènes qui résultent d'un contact continu et direct entre des groupes d'individus de cultures différentes et qui entraînent des changements dans les modèles culturels initiaux de l'un ou des deux groupes.* »¹⁰⁹. D'après l'article sur La culture dans tous ses états¹¹⁰ les individus se servent de la culture pour interagir ensemble et appréhender leur environnement. L'identité culturelle permet de se regrouper et de se différencier d'autres groupes d'appartenance. Ainsi « *nous envisageons plutôt l'identité comme un construit social « produit de socialisations successives » (Dubar, 1998). L'individu traverse divers espaces de socialisation dont les valeurs, normes et cultures forgent son identité. Il s'agira notamment de questionner la place de l'individu, mais aussi celle du groupe, des structures sociales, des institutions ou encore de l'État dans le processus de construction culturelle de l'identité. Ce processus de construction identitaire peut se jouer sur une multitude de terrain : le milieu professionnel, l'espace familial, le cercle des pairs, mais il est également susceptible de différer selon le genre ou encore l'origine sociale.* »¹¹¹

Les identités de groupe à travers la culture et la contre-culture génèrent chez les infirmiers des pratiques différentes et peuvent venir modifier les signes extérieurs d'identification de cette profession. Nous pouvons alors nous interroger sur la reconnaissance, facteur important dans la construction identitaire, et l'apport de l'universitarisation dans les représentations sociétales de la profession d'infirmière.

III. Reconnaissance par les institutions et par la société : légitimité d'une profession

Dans la construction du soi singulier et pluriel s'ajoute le besoin de reconnaissance de l'individu.

¹⁰⁹ AKOUN, André ; ANSART Pierre. *op.cit.* p. 2

¹¹⁰ « La culture dans tous ses états », Appel à contribution, *Calenda*, Publié le mardi 24 décembre 2013. Disponible sur : <<http://calenda.org/271314>> [consulté le 5 septembre 2014]

¹¹¹ *Supra*

« [L'identité] est un processus de construction et de reconnaissance d'une définition de soi qui soit à la fois satisfaisante pour le sujet lui-même et validée par les institutions qui l'encadrent et l'ancrent socialement en le catégorisant »¹¹²

A. Modification culturelle de l'exercice

Comme nous l'avons vu précédemment, la profession infirmière est empreinte d'un passé fait de dépendance, de soumission, de vocation, constituant le fondement de valeurs héritées d'une tradition « ...une histoire qu'on a trop la cornette encore. Le poids de notre histoire, d'où on vient : les bonnes sœurs au point de départ, ensuite militaire, l'un comme l'autre c'est des gens qui obéissent »¹¹³. De même la société a une représentation archaïque de la profession. « Oh, je pense que les gens sont un peu perdus dans leur fonction, la représentativité au niveau social elle existe encore, l'infirmière si on parle que des infirmiers, sachant qu'elle a du mal à évoluer parce qu'on la confine à des représentations très archaïques, qui sont intéressantes parce qu'il faut savoir d'où on vient il faut connaître notre histoire »¹¹⁴

La notion de représentation est employée dans deux sens qui sont très liés l'un à l'autre mais qu'il faut tout de même distinguer. Le premier désigne des connaissances ou des croyances qui sont bien stabilisées dans la mémoire du sujet. Celles-ci peuvent se modifier avec des expériences nouvelles ou des enseignements. Toutefois, elles sont ancrées chez l'individu et peuvent persister. Le deuxième sens désigne des constructions circonstanciées liées à l'interprétation d'une tâche ou d'une information.

Durant de nombreuses années, la représentation de l'infirmier est étroitement liée à l'image de la religieuse dévouée à son prochain. L'image de l'infirmière est encore celle d'une femme soignante, experte en pathologies, secondant le médecin et ne se réalisant que dans son travail. Nous retrouvons le modèle de l'infirmière technicienne au service du médecin et proche des patients. Il existe une idéalisation philanthropique de la profession, vue comme une vocation. Les médias renvoient l'image d'une profession respectée par le public et bénéficiant d'une stabilité de l'emploi.

¹¹² DEMAZIERE et DUBAR cités par KAUFMAN, Jean-Claude. *L'invention de soi : une théorie de l'identité*. Paris : Armand Colin, 2005, p.41-42

¹¹³ Annexe 10, livre II, entretien C-3, p.66

¹¹⁴ Annexe 9, livre II, entretien C-2, p. 56

Hors aujourd'hui lors d'un micro trottoir¹¹⁵ réalisé, par des étudiants en début de formation, sur les représentations de la profession d'infirmier, les passants renvoient qu'une infirmière, c'est soit une femme sexy, « larbin »¹¹⁶ des médecins, qui fait des piqures, à des horaires impossibles et qui est l'interlocutrice privilégiée des patients ; soit une personne dévouée, à l'écoute, ne comptant pas ses heures ni ses efforts. Nous retrouvons également systématiquement les notions de manque de temps. L'image renvoyée par la population est une image empreinte de représentations et s'éloigne d'une reconnaissance de la profession. A l'inverse pour la plupart de ces mêmes étudiants leurs représentations de la profession est un exercice qui requiert de l'écoute, de la bienveillance, de l'empathie avec des termes comme impartialité, travail d'équipe. De même les professionnels rencontrés lors des entretiens confirment les représentations qu'ont les étudiants du soignant : « *dans une représentation d'espèce de sauveur imaginaire un petit peu, et dans l'espèce de maman gentille un peu compatissante, pas copine copine mais compatissante* »¹¹⁷.

Nous voyons déjà apparaître un écart entre ce que pensent les étudiants de la profession et l'image que leur renvoie un échantillonnage de la population pris au hasard. Que dire de ce qu'ils vont rencontrer lors de leur stage ?

En effet, dans les articles sur les conditions de travail d'un infirmier et lors de nos visites en stage nous retrouvons des professionnels en tension entre un idéal professionnel, des convictions de ce que devrait être le soin, et les exigences qui lui incombent en termes de charge de travail et de responsabilité.

Au-delà d'une identité professionnelle, c'est d'une reconnaissance dont la profession a besoin. Chercher son identité c'est se référer à un modèle, tout en se différenciant du groupe des autres professionnels du soin. Cette recherche est d'autant plus difficile que la profession est scindée en plusieurs spécialités très corporatistes, revendiquant chacune leur spécificité propre. L'esprit de corps a des difficultés à émerger comme le souligne le directeur d'IFSI D-1 parlant de l'identité professionnelle : « *Ben y'en a pas aujourd'hui ; mon constat, c'est que y'en a pas ! La profession infirmière, dans sa totalité, elle n'existe pas pour moi...elle n'existe pas. On est infirmier psy, on est IADE, on est IBODE, on est là, on est là, on est là...mais, on*

¹¹⁵ Micro trottoir UE 3.1 Semestre 1, réalisé à Grenoble le 3 septembre 2014. Représentation de 94 étudiants et d'environ 300 « passants » interrogés.

¹¹⁶ Terme employé par un interviewé lors du micro-trottoir

¹¹⁷ Annexe 11, livre II, entretien C-4, p. 72

n'est pas une profession regroupée, il suffit de regarder le conseil de l'ordre. On a un dispositif...on est les plus nombreuses en France, on n'est pas fichu de faire avancer un système »¹¹⁸.

Dans ces conditions la construction identitaire reste difficile d'autant plus que les étudiants construisent leurs savoirs à partir de leurs représentations et de l'interaction avec les professionnels de terrain, les formateurs et les autres étudiants. Plus les signaux sont disparates plus il est difficile de stabiliser ses représentations et d'acquérir de l'autonomie.

En IFSI, les formateurs qui accompagnent les étudiants sont issus des anciens programmes de formation et ont une représentation de ce qu'ils doivent transmettre, influencés par leur formation initiale. Ils se sont construits avec la dimension biophysique du corps humain et des maladies dont s'occupe la médecine biomédicale. *« Il y a des compétences qui sont un peu isolées et nous même, nous comme on a été formé on a notre modèle de l'infirmier »¹¹⁹, « Avant on avait une formation qui était basée sur le corps humain séquencé en grandes, en grandes fonctions sur un modèle bio médical »¹²⁰.* Leurs filtres, même si pour les interrogés ils avaient un complément de formation universitaire, vont aussi influencer les choix des situations d'apprentissage ainsi que le questionnement et la construction des savoirs produits par ces situations.

La transmission des savoirs, l'analyse des pratiques professionnelles et les situations apprenantes, sont abordées dans la recherche d'un idéal de prise en charge et dans un concept humaniste du soin. Cela peut entraîner un écart entre les situations « idéales » de prise en charge et les situations réellement rencontrées sur le terrain. Entraîné à réfléchir à ses pratiques, l'étudiant ou le jeune professionnel peut développer des mécanismes de défense afin de se protéger d'une réalité difficile à accepter car venant heurter des valeurs profondes.

De même sur les terrains de stage, ils se retrouvent confrontés à plusieurs générations de soignants avec des représentations divergentes de par leurs formations, leurs valeurs, leurs attitudes et leur culture. Ainsi trois générations : les baby-boomers,

¹¹⁸ Annexe 4, livre II, entretien D-1, p. 7

¹¹⁹ Annexe 17, livre II, entretien F-5, p. 128

¹²⁰ Annexe 5, livre II, entretien D-2, p. 18

la génération X et la génération Y¹²¹, sont amenés à travailler ensemble ce qui peut expliquer certaines incompréhensions ou tensions pouvant aboutir à des points d'achoppements du fait de la spécificité générationnelle. Rappelons que les formateurs, pour la plupart, font partie de la génération X, et donc peuvent être dans l'incompréhension des codes des générations suivantes. Comme le souligne Philippe Bernoux « *les tensions naissant de la rencontre de culture différentes ne sont donc pas explicables seulement en termes d'intérêts économiques, de jeux de pouvoir, d'histoire des groupes, même si les auteurs donnent souvent ce genre de réponse* »¹²².

Nous pouvons parler là aussi d'acculturation¹²³ ; ces deux cultures soignantes vont, au contact l'une de l'autre, partager des valeurs, des représentations, des manières de faire. Denys Cuche, maître de conférences en ethnologie à la Sorbonne dit que « *la rencontre entre les cultures est source d'enjeux; elle produit l'acculturation et ouvre un champ de réflexion* »¹²⁴. Cet état de fait s'apparente à ce que Claude Dubar nomme crise identitaire.

Au détour de leurs apprentissages et de leurs expériences les étudiants et les nouveaux professionnels vont construire leur posture professionnelle en tenant compte du contexte extérieur comme l'université, qui interagit avec leurs valeurs et leurs représentations.

B. Codes et normes universitaires : l'étudiant infirmier et appartenance à un groupe

Comme nous l'avons vu précédemment, pour la plupart des personnes entretenues, la valence universitaire renvoie à la notion de reconnaissance. Il existe une quête de la reconnaissance de l'identité collective revendiquée par des luttes sociales comme celle des infirmiers en 1988. Pierre Bourdieu considère les luttes entre groupes sociaux comme des luttes pour imposer une reconnaissance afin d'imposer à l'ensemble de la société sa vision propre du monde dans un esprit d'amélioration de sa propre place au sein de la société.

¹²¹ La génération Y fait l'objet d'un paragraphe à part entière

¹²² BERNOUX Philippe, *op. cit.* p.194

¹²³ Notion traité dans le II - A

¹²⁴ Repris par REYNIER. La relation entre les cultures. Disponible sur : < <http://reynier.com/Anthro/Interethnique/Culture.html>> [consulté le 2 octobre 2014]

L'identité n'est pas qu'un choix personnel, il est aussi la conséquence d'un positionnement au sein d'un groupe avec ses droits, ses devoirs, ses symboles.

Ainsi le mouvement infirmier pour une reconnaissance de la profession est à l'initiative d'un changement structurel de celle-ci. Pour Axel Honneth, la lutte pour la reconnaissance est : « ...*toujours porteuse d'une prétention à la validité qui va plus loin que ce qui existe dans les faits- que lorsque ce progrès s'appuie sur la mobilisation de raisons et d'arguments qui sont difficilement récusables et apporte donc, sur le long terme, une amélioration qualitative et l'intégration sociale.* »¹²⁵

Reconnaître c'est admettre la légitimité d'une profession, sa valeur, son entité collective avec des usages sociaux établis. Les étudiants infirmiers ont besoin d'un regard positif de la part de leurs pairs et de la société afin de s'épanouir dans leur profession à travers l'estime de soi. La reconnaissance revêt trois formes d'après Axel Honneth :

- la première forme est dans la sphère intime avec l'amour et l'amitié, ce qui rend possible la confiance en soi,
- la deuxième porte sur les relations juridiques et le droit qui nous est donné agissant sur le respect de soi
- la troisième concerne la contribution à la société.

Si à contrario, la société renvoie un déni de reconnaissance cela engendre un sentiment d'injustice et amène une lutte collective contre cette injustice. Ceci peut expliquer l'importance de la notion d'appartenance chez les étudiants infirmiers. D'autant plus, comme le rappelle la théorie des besoins d'Abraham Maslow : « *Le besoin d'appartenance correspond à la recherche de communication et d'appartenance à un groupe. Ce besoin d'intégration dans le lien social est lié à ceux de reconnaissance et de considération du travail.* »¹²⁶.

Ainsi depuis l'universitarisation, la reconnaissance de la profession infirmière, est amorcée. Pour une partie des infirmiers l'universitarisation des études vient légitimer la profession en valorisant le diplôme d'Etat par un grade licence. L'entrée à l'université permet aux étudiants de bénéficier :

¹²⁵ HONNETH, Axel. La théorie de la reconnaissance : esquisse. *Revue du MAUSS*, janvier 2004, n°23, p.136

¹²⁶ VERBEEKE, Lucie. La reconnaissance au service de l'efficience des soins. *Soins Cadres*, aout 2013 ; n°87, p. 33

- D'un alignement du calendrier de formation sur le fonctionnement universitaire, ils entrent en formation la première semaine de septembre et finissent la dernière semaine de juin,
- D'une organisation en six semestres avec l'obtention de 180 ECTS¹²⁷, permettant la poursuite d'études universitaires en France mais aussi dans les pays de la Communauté Européenne,
- D'unités d'enseignements (UE) confiées à des universitaires (sciences humaines, droit, sciences biologiques et médicales),
- D'une participation d'universitaires à des instances décisionnelles comme la commission d'attribution des crédits (CAC),
- D'un accès au Centre National des Œuvres Universitaires et Scolaires (CROUS).

Pour les catégories sociales moyennes ou défavorisées la représentation des études universitaires est le symbole de la réussite sociale. Par contre, les catégories privilégiées ou intellectuelles supérieures ont une représentation négative de l'université, liée au nombre important d'échecs en cours de formation qui ne permet pas aux étudiants d'obtenir un diplôme de fin de cycle et à l'insertion professionnelle difficile car les entreprises préfèrent se tourner vers des candidats ayant suivi un cursus dans une grande école ou une école professionnalisante.

L'ouverture à l'université a également permis d'intégrer le processus de mobilité professionnelle et d'employabilité européennes.

En effet, les accords de Bologne préconisent la mobilité internationale, ouvrant des possibilités de mobilité professionnelle. Ce qui se traduit par une possibilité de mobilité d'enseignement et/ou de stage grâce au dispositif ERASMUS¹²⁸ créée en 1987. Ce programme qui est un sous-ensemble du programme d'éducation et de la formation tout au long de la vie, permet aux étudiants, aux enseignants et aux personnels des établissements de formation de découvrir d'autres systèmes de santé et d'autres modalités de formation. Ce programme permet de s'enrichir des différentes cultures et

¹²⁷ European Credits Transfer System

¹²⁸ Informations de l'agence Europe-Education-Formation France qui est mandatée par la Commission européenne depuis 1995 pour assurer la promotion et la gestion de plusieurs programmes et dispositifs communautaires. Disponible sur :

<<http://www.europe-education-formation.fr/page/erasmus>> (consulté le 9 septembre 2014)

pratiques des professionnels d'un autre pays. « *jusqu'à présent, il y a 4, 5 ans il y avait des stages humanitaires, c'est une chose, mais des stages au niveau Européen c'est aussi la découverte d'autre systèmes de santé, la rencontre d'étudiants qui viennent ici aussi, et du coup, là aussi ça amène une réflexion que les pratiques ailleurs dans d'autres pays européens elles sont différentes,[...] les étudiants [...]ramènent leur expérience à leurs collègues, ça peut être des expériences [...]de pays qui ont un peu plus de difficultés que nous et puis d'autres au contraire où le système qui peut être très avancé, pertinent, performant et du coup ça c'est intéressant aussi parce que ça amène une réflexion de la part de l'ensemble des étudiants, ils partagent. Ça amène une ouverture sur l'Europe et pas simplement rester au niveau national,[...] Je pense que c'est une ouverture, c'est se questionner, dans certains pays il y a des doctorants, des docteurs, il y a des sciences infirmières, et pourquoi on en est là en France... »¹²⁹D'autre part, la reconnaissance du grade licence ouvre la possibilité de poursuites d'études dans un autre pays européen.*

Cette ouverture sur l'université, sur les systèmes de formation et d'exercice de la profession dans les autres pays européens renforce le désir de changement des professionnels de santé et les besoins d'appartenance à un groupe élargi d'étudiants infirmiers sans oublier l'envie de tendre à une autonomie légitimant la reconnaissance de la profession.

Avec le système LMD, le statut des infirmiers est revalorisé. Pour la génération Y, la reconnaissance universitaire est valorisante et est bien en phase avec son échelle de valeurs, d'autant qu'elle s'accompagne d'une revalorisation des salaires en début de carrière.

C. Codes et normes universitaires : Un processus en cours de construction

Cinq ans après la mise en place du référentiel 2009, l'intégration à l'université n'est pas complète. Les partenariats IFSI / université sont très disparates selon les régions.

« On est en réel département paramédical, en plus ils vont jusqu'à paramédical. Ça veut dire, que ce serait quand même le comble, que ça ne vienne pas de nous ! On

¹²⁹ Annexe 14, livre II, entretien F-2, p.102

est très frileux ! Je suis avec des collègues sur des groupes de réflexions et je suis parfois dépitée de la non avancée, moi je suis à fond dans le GCS au niveau des IFSI publics, je suis à fond avec l'université, j'essaie de réfléchir avec eux et je me dis de toute façon il faut être AVEC, au moins ça permet de dire oui ou non. Si on est là puis qu'on regarde et qu'on subit, on peut toujours râler mais ça ne changera rien, donc être avec, cela permet de concevoir les choses, ça permet de faire plein de choses. Et puis de dire non, ça permet de dire aussi là c'est vous et nous, identifions-nous ! »¹³⁰

Il n'existe toujours pas en France de filière universitaire en sciences infirmières. Les masters existants relèvent des filières contributives aux savoirs infirmiers c'est-à-dire aux sciences médicales, biologiques... ou à l'enrichissement des pratiques comme l'éducation thérapeutique.

La prospective actuelle est peut être, comme le préconise le rapport Cordier de juin 2013¹³¹ pour les formations de la santé, de créer « *un corpus de base de connaissances identiques pour les futurs professionnels de santé, une culture partagée par tous* » et pour ce faire la création « *de facultés des sciences de la santé,[...], sciences infirmières* » même si cela ne semble pas repris dans le rapport de l'IGAS du 18 février 2014 partant du bilan de la réingénierie des études d'infirmiers.

Des incertitudes persistent encore et rendent difficiles la projection des IFSI « *Moi j'ai des clés de lecture, mais ce ne sont que les miennes sur l'évolution des structures, est ce qu'on va être autonome, est ce qu'on va continuer à être adossé à un établissement, est ce qu'on va être regroupés fictivement, puisqu'on garderait nos murs ? Toutes ces incertitudes là, pas forcément bien relayées au niveau du Ministère, parce que moins on en dit, mieux on se porte, donc du coup à la sortie, c'est vrai que ça par contre, ça ne rassure pas les équipes pédagogiques aujourd'hui.* » D-1

Au-delà de la place des IFSI dans le processus, nous nous interrogeons sur l'aspect professionnalisant qui est, à ce jour, peu développé au sein de l'université. L'alternance entre stage et enseignement théorique est le pilier de la formation des infirmiers. Les perspectives proposées par la simulation en santé ne remplacent pas, dans les apprentissages, la confrontation à une réalité de terrain que les étudiants recherchent pour construire leur posture professionnelle.

¹³⁰ Annexe 4, livre II, entretien D-1, p.7

¹³¹ Rapport Cordier, juin 2013, Recommandation n° 15 ; « *Œuvrer au développement de nouvelles fonctions et de nouveaux métiers de santé* »

Actuellement seuls des professionnels de santé issus de la filière infirmière, cadre de santé, peuvent prétendre à être formateurs permanents dans les IFSI. Ces formateurs ont une légitimité auprès des directeurs d'IFSI : *« Il y a une forme d'évidence, en tout cas, ça me paraît important que ce soit des professionnels du métier mais ça ne suffit pas. Ça suffit pas parce qu'il faut aussi euh...que ces professionnels fassent un pas de côté par rapport au métier, [...] être formateur c'est un autre métier. Et c'est à la fois une plus-value, parce qu'on sait de quoi on parle, on connaît la réalité, on connaît le métier et donc ce qu'on a besoin pour soigner mais il n'empêche qu'il faut aussi s'en départir un petit peu parce il faut, le métier de formateur évolue, il faut accompagner l'étudiant moins sur les savoirs en tant que tel mais sur comment acquérir ces savoirs et justement comment réfléchir à sa pratique et je pense que là pour le coup c'est une vraie plus-value que d'être à la fois du métier mais à côté c'est-à-dire formateur, cadre, donc ça veut dire avoir pris déjà un peu de distance avec le métier d'infirmière et si possible avec une formation universitaire quelle qu'elle soit pour avoir une vision différente des savoirs savants et de la question, je dirais de la recherche, de la science mais aussi enrichir ces pratiques d'autres choses, d'autres expériences, d'autres savoirs. »*¹³²

Au-delà des enseignements cœur de métier, les IFSI ont développé une expertise dans l'accompagnement des étudiants tout au long de la formation *« L'expertise des formateurs sur le suivi des étudiants, parce que je pense que c'est de l'expertise à ce niveau-là, le suivi des étudiants en stage, le suivi individualisé en formation, l'organisation de la formation, l'organisation de nos commissions de crédits, on a un universitaire avec nous il nous a dit alors là c'est pas à la fac qu'on ferait comme cela, la connaissance de l'étudiant quel que soit le nombre d'étudiants dans les IFSI. Et ben ça l'université ne sait pas le faire »*¹³³. Une forme d'accompagnement que les étudiants mettront en œuvre dans leur exercice professionnel auprès des patients.

Pour autant, les IFSI se préparent à une universitarisation complète en souhaitant conserver le côté professionnalisant qui est un fondement de la construction identitaire des étudiants. En témoignent les nombreux formateurs et professionnels qui ont suivi un 3^{ème} cycle diplômant à l'université, comme le démontre l'échantillonnage des personnes interrogées (sciences de l'éducation, politiques de santé, management...) Les directeurs d'IFSI ont bien compris cet enjeu et favorisent les formations universitaires *« j'ai une*

¹³² Annexe 5, livre II, entretien D-2, p. 18

¹³³ Annexe 4, livre II, entretien D-1, p. 7

politique de formation des cadres, tous ceux qui veulent faire un master 2 , donc j'ai pratiquement, à quelques exceptions près, toute l'équipe est en master 2, moi j'ai 2 master 2, je me pose la question de faire un doctorat, sauf qu'il faut trouver le temps, quand même, de le faire, et je sais même pas si ce sera quelque chose à produire pour avoir une place à l'université. Parce qu'aujourd'hui l'université regarde les expertises et les expériences et habilité, donc je ne suis pas certaine, c'est la seule incertitude que j'ai. Mais en gros on y va, clairement on y va, allons-y mais avec nos billes. Si nous participons cela ne pose pas de problème. »¹³⁴

Cependant, nous pouvons nous interroger sur la façon dont les formateurs des IFSI s'intégreront dans l'université tant il semble que l'ouverture est plutôt à sens unique ; c'est l'université qui entre aujourd'hui dans les IFSI, mais les IFSI n'ont pas encore de place à l'université.

Restera aussi à clarifier les structures de rattachement. A ce jour, les IFSI sont encore sous la tutelle du Ministère de la santé, alors que les universités dépendent du Ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche.

Actuellement, il semble que quatre difficultés persistent et rendent complexe l'élaboration de l'identité sociale et professionnelle des futurs soignants :

- La tension croissante entre l'idéal enseigné et les limites imposées par les réalités de la pratique dans les lieux de soins ;

- La nécessité accrue de soutenir le développement de l'identité dans un monde et une société en perte de repères ;

- la nécessité de s'extraire de la conception linéaire de l'apprentissage d'après un modèle, à un apprentissage individuel prenant racine dans une construction en constante élaboration ;

- la nécessité de penser et de promouvoir l'évolution de la profession infirmière en lui permettant de s'extraire de son image d'humanisme dévoué, pour s'ouvrir à un engagement réfléchi, actif et convaincu.

Mais aujourd'hui vers quoi tend cette identité collective et individuelle de professionnels infirmiers ?

¹³⁴ *Supra*

Chapitre 3. Métamorphose par complémentarité reconnue

L'évolution du contexte socio-économique, la mise en place du référentiel de compétences de l'exercice infirmier, l'arrivée dans les établissements de santé de professionnels formés avec une ouverture universitaire laisse à penser que l'identité professionnelle infirmière va se redessiner. Les cultures vont se synchroniser et s'ajuster au contact l'une de l'autre afin de converger vers une idée commune du rôle et des missions d'un infirmier. Combien de temps faudra-il ? A ce jour, seules deux promotions issues de la formation réformée ont intégré les lieux de soins et ne représentent qu'une faible minorité des soignants sur le terrain. Par ailleurs les étudiants, même si de façon unanime les cadres de proximité et les directeurs attestent qu'ils se positionnent de façon plus affirmée en stage, de par leur statut, n'ont qu'un impact limité sur les changements amorcés : *« C'est peut-être plus travaillé dans le nouveau programme le positionnement. Comme ils doivent, eux, aller chercher des connaissances, ils doivent se positionner pour aller chercher ces connaissances, ils doivent se positionner aussi dans leurs acquisitions, ils doivent se positionner aussi dans le suivi pédagogique, ils doivent se positionner sur beaucoup plus de choses en stage aussi, parce qu'on ne va pas les chercher à chaque fois qu'il y a quelque chose, c'est eux, qui font leurs objectifs de stages plus construits qu'avant »*,¹³⁵

Des indices peuvent faire penser que la profession infirmière tend à s'autonomiser. Ce chapitre tente d'identifier les contours de l'identité professionnelle infirmière, aujourd'hui, et développe les valeurs soignantes.

I. L'identité professionnelle d'un nouveau professionnel de santé

¹³⁵ Annexe 11, livre II, entretien C-4, p.72

A. Elargissement du champ de compétences

Comme nous l'avons vu tout au long de ce mémoire, l'offre de soins évolue, des nouveaux besoins en santé apparaissent demandant aux infirmiers une adaptation permanente. Ainsi le système de santé français, s'éloigne de la conception d'un soignant médico-centré et hospitalo-centré en ouvrant les champs des possibles en matière de prise en soins. Les articles L 4311-1 et L 4311-3 du code de la santé publique¹³⁶ stipulent que :

« Art. L. 4311-1. Est considérée comme exerçant la profession 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 de la santé et de formation ou d'encadrement »

« Art.L.4311-3.[...]

a) Le titulaire du diplôme, certificat ou titre s'est consacré, de façon effective et licite, aux activités d'infirmier responsable des soins généraux pendant au moins trois années au cours des cinq années précédant la délivrance de l'attestation ;
b) Ces activités ont comporté la pleine responsabilité de la programmation, de l'organisation et de l'administration des soins infirmiers aux patients. »

De même, le référentiel de formation applique les orientations nationales en matière de prévention et donne une place importante à de nouvelles disciplines telle que l'éducation à la santé qui est présente sur trois semestres.

Ainsi un cadre formateur rapporte *« C'est vrai que c'est un mot identité infirmière...[...] là l'identité infirmière elle se redessine quand même un peu, parce que maintenant avec l'histoire des transferts de compétences, avec les nouvelles coopérations, la loi hôpital santé territoire, les nouvelles coopérations même si on entend peu parler moi je suis assez, ça m'intéresse assez de voir euh...justement dans*

¹³⁶ Code de la santé publique. Livre III, auxiliaires médicaux, Titre Ier profession d'infirmier ou d'infirmière, chapitre 1er, exercice de la profession. Disponible sur < <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idSectionTA=LEGISCTA000006171306&cidTexte=LEGI TEXT000006072665&dateTexte=20080918>> [consulté le 8 septembre 2014]

certaines régions l'infirmier va faire certains actes médicaux sur protocole régional, euh et donc le fait de la montée de l'exercice libéral, le fait qu'on travaille beaucoup l'éducation thérapeutique avec toutes les maladies chroniques euh...donc on est quelque part, dans l'identité infirmière on sort un peu de l'hôpital. L'infirmier sort de plus en plus de l'hôpital, apprend un peu à travailler aussi, comment on dit, en réseau etc.....Je ne sais pas si tout ça c'est vraiment des mots, mais euh...certainement que toutes ces choses-là jouent sur l'identité infirmière. »¹³⁷

Et de poursuivre « Alors peut-être que ça commence à avoir un peu de l'effet tout l'impact des plans de santé publique qui infiltrent quand même la formation initiale, on a quand même des injonctions, les plans de santé publique sont quand même traités en formation initiale, et tout ce qui est de l'éducation thérapeutique avec des conférences dans les hôpitaux,... oui tout ce qui est éducation thérapeutique, je trouve que ça...les étudiants au départ...il me semble qu'ils commencent à s'y intéresser déjà un petit peu plus. »¹³⁸

Les étudiants, sensibilisés dès la première année de formation aux plans de santé nationaux, modifient leur posture et adoptent un rôle éducatif et préventif qui est en lien avec la nouvelle gouvernance et les besoins des usagers. C'est un changement profond de l'approche des soins en dichotomie avec l'approche technique et hospitalo-centrée des anciens programmes. Nous en avons comme preuve, la compétence 5 « mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs » qui est considérée comme non pratiquée sur les feuilles d'évaluation alors qu'en réalité, elle est pratiquée par les soignants. Ceux-ci n'arrivent pas à repérer cette compétence dans leur pratique quotidienne.

Un changement s'effectue également par le développement de l'offre ambulatoire qui modifie la nature des relations avec les usagers et des soins pratiqués à domicile. Ces soins de plus en plus techniques demandent une capacité de réflexion et d'adaptation importante initiée lors de la formation par le développement de la posture réflexive et l'acquisition des compétences.

Parallèlement à l'élargissement du champ des compétences infirmières, les évolutions technologiques sont omniprésentes dans le paysage de la santé. Si les anciens professionnels ont encore, pour certains, quelques difficultés à s'adapter à cette

¹³⁷ Annexe 17, livre II, entretien F-5, p.128

¹³⁸ *Supra*

évolution, ce n'est pas le cas des jeunes générations qui sont nées dans cette mouvance. C'est pour eux un outil d'apprentissages et de travail incontournable.

B. Nouvelles technologies

Les nouvelles technologies permettent une orientation vers de nouveaux modes d'apprentissage et de transmission. Les étudiants et les nouveaux professionnels sont fortement influencés par de nouveaux rapports avec les technologies de l'information et de la communication. Ainsi l'« instantanéité » et la « connectivité » caractérisent la nouvelle génération. Elle trouve rapidement la solution de façon pragmatique grâce entre autre à internet *« parce que ce sont des étudiants qui sont...qui ont des moyens de communications que les pros d'avant n'avaient pas, j'ai le smartphone dans la poche mais pas pour faire le SMS avec mon copain, ça va plus vite de chercher sur mon Vidal que j'ai en ligne que dans le bouquin que tu as, que moi j'ai tout en numérique, ton truc il ne l'est pas »*¹³⁹, C-5 complète sa démonstration en disant que les nouvelles technologie : *« induit un changement dans le métier, ça induit un changement dans l'organisation du travail, du temps de travail, et dans l'information, dans les données, c'est une génération qui va beaucoup plus vite que nous sur beaucoup de choses et qui s'embête pas à retenir des choses qu'ils savent qu'ils peuvent l'avoir à leur portée en 3 secondes »*¹⁴⁰. Cela permet d'apprendre au fur et à mesure de ses besoins dans un esprit d'adaptation sans avoir à « s'encombrer » de connaissances. Florence Osty énonce que *« la modernisation offre ici un terreau à l'éclosion de nouvelles formes de professionnalité »*¹⁴¹ et que *« Le contexte de distorsion du modèle antérieur taylorien-bureaucratique, tirailé désormais entre logique de l'innovation et celle de la rationalisation, favorise l'émergence de nouveaux acteurs, dont l'inventivité et l'autonomie sont les piliers d'une nouvelle forme d'identité professionnelle. »*¹⁴²

Les nouvelles technologies forment des ponts entre les IFSI et développent l'innovation. Ceci a bien été identifié par les membres du CEFIEC, lors des 69^{ème} journées Nationales, sa nouvelle présidente Martine Sommelette nous affirme que *« Les avancées technologiques galopantes mettent chaque jour des nouveaux outils*

¹³⁹ Annexe 12, livre II, entretien C-5, p. 82

¹⁴⁰ *Supra*

¹⁴¹ OSTY, Florence. Le désir de métier : Engagement, identité et reconnaissance au travail. Rennes : Presse Universitaire de Rennes, 2003, p. 107

¹⁴² *Supra*

*pédagogiques à la disposition des responsables de formation(...) dans un contexte de nouvelle générationnelle,(...) dans un contexte en profonde mutation qui se caractérise par une évolution des attentes institutionnelles et des usagers. La formation des étudiants en soins infirmiers en IFSI est dynamique et créative. Les formateurs sont en constante recherche de moyens adaptés aux évolutions de la santé, de la profession infirmière et des méthodes pédagogiques en phase avec les étudiants actuels. »*¹⁴³ De nombreux IFSI ont déjà développé ces outils (e.Learning, serious games, livres interactifs...). Ces méthodes, appliquées dans le champ de la formation infirmière, situent l'innovation au niveau de l'ingénierie pédagogique, en réfléchissant en quoi ces nouveaux outils permettent de servir les stratégies adoptées par les formateurs. Les différents échanges ont permis d'aborder ces nouvelles pratiques sous l'angle de la valeur ajoutée. Ainsi le développement des outils informatiques favorise les cours en e-learning, permettent de mettre en place des bases identiques quel que soit l'endroit de formation des étudiants. Cela homogénéise les bases de la profession et permet de fait une harmonisation des pratiques.

De même dans les apprentissages, nous voyons la montée en puissance de nouveaux outils comme la simulation en santé permettant virtuellement de s'occuper d'un patient standardisé et de mettre en situation les étudiants pour les faire réfléchir à leurs pratiques. Ce mode d'apprentissage provient de l'enseignement des soins d'urgences et du principe « jamais la première fois sur un patient ». L'HAS¹⁴⁴ est partie prenante de l'outil de simulation. Elle propose aux professionnels de santé un guide de bonnes pratiques en matière de simulation en santé. Elle incite les instances à financer les projets autour de ces pratiques. Le Conseil Régional Rhône Alpes a de fait, débloqué des subventions pour les IFSI qui souhaitent développer cette activité. Cette subvention est allouée pour l'acquisition d'équipement en mannequin à moyenne ou haute définition et la mise en place d'une pièce permettant la simulation. Ce nouvel outil favorise la réalisation de situations dans un environnement sécurisé pour les étudiants ou les professionnels sans risque pour les patients. La personne en apprentissage est alors acteur de sa formation et peut acquérir une habileté gestuelle en toute quiétude. Cette technique peut être un élément moteur des apprentissages dans le cadre du référentiel de formation 2009. Dans cette dynamique un groupe de travail inter IFSI en

¹⁴³FABREGAS Bernadette. Inscrire l'ensemble de la filière dans un cursus LMD. 30 juin 2014. Disponible sur <<http://www.cadredesante.com/spip/profession/profession-cadre/article/inscrire-l-ensemble-de-la-filiere-infirmiere-dans-un-cursus-lmd.html>>, consulté le 14 septembre 2014

¹⁴⁴ Haute Autorité en Santé

région Rhône Alpes a vu le jour en 2013 afin de réfléchir aux scénarii possibles de simulation autour de situations emblématiques. Cette initiative est à l'origine de mutualisation des expériences et des compétences des formateurs.

De façon similaire, l'e-santé est devenu un élément incontournable du paysage sanitaire français. De nombreux projets sont à l'étude, notamment autour d'outils favorisant le maintien à domicile des personnes âgées et des personnes en situation de handicap. Du fait des difficultés financières et budgétaires, du problème de la répartition des médecins sur l'ensemble du territoire, l'un des outils déjà utilisé avec succès est la télémédecine. C'est un des moyens envisagé par l'État pour répondre aux problèmes de désertification médicale dans certains territoires, désengorger les urgences des établissements de santé, prendre en charge les patients atteints de pathologies chroniques nécessitant un suivi régulier et poursuivre la maîtrise des dépenses de santé. Selon l'article 78 de la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires (HPST) du 21 juillet 2009, la télémédecine se définit comme « *une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. Elle met en rapport, entre eux ou avec un patient, un ou plusieurs professionnels de santé, parmi lesquels figurent nécessairement un professionnel médical et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient. Elle permet d'établir un diagnostic, d'assurer pour un patient à risque, un suivi à visée préventive ou un suivi post-thérapeutique, de requérir un avis spécialisé, de préparer une décision thérapeutique, de prescrire des produits, de prescrire ou de réaliser des prestations ou des actes, ou d'effectuer une surveillance de l'état des patients* »¹⁴⁵.

Que dire également du développement et de l'amélioration des pratiques médicales. Ces pratiques ont beaucoup évolué et la technicité est entrée de façon importante dans certaines pratiques médicales : pousse seringue électrique, ventilation assistée, dialyse, surveillance hémodynamique, circulation extra corporelle... Les professionnels développent de plus en plus leurs habilités de techniciens comme le souligne le cadre de proximité C-4 « *Ben l'infirmière est [...] technicienne sur certaines choses précises mais en même temps il y a quand même beaucoup de machines qui remplacent*

¹⁴⁵ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite « loi HPST » ou « réforme Bachelot », Article 78. Disponible sur : <http://legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id>, [consulté le 13 septembre 2014]

des gestes techniques, alors après il faut savoir gérer cette machine : la programmer, la surveiller, être sûr qu'elle fonctionne »¹⁴⁶

Les IFSI adaptent leurs méthodes pédagogiques pour prendre en compte ces avancées technologiques qui permettront de rendre opérationnels les nouveaux professionnels dès leur prise de poste. L'utilisation de ces nouvelles technologies modifie le rôle traditionnel de l'infirmier. Cela devient une compétence transversale retrouvée dans la plupart des métiers. C'est un ancrage dans la société moderne qui, de fait, modifie la représentation de la profession d'infirmier.

C. Vers les pratiques avancées et la délégation de tâche

Au regard du contexte socio-économique, de la démographie médicale et de l'évolution des pratiques infirmières comme étudiées précédemment, nous pouvons penser que les pratiques avancées vont se développer et se légitimer en France. Ces pratiques, déjà bien implantées dans d'autres pays européens (Suisse, Angleterre...), vont réorganiser l'offre de soins et permettre l'accès aux soins pour des populations isolées ou en situation de précarité.

Le terme de pratiques avancées vient d'un terme anglo-saxon « *advanced practice* ». Aux Etats Unis et au Canada dès les années 1960, l'infirmière de pratiques avancées aborde, dans son domaine d'activités spécifiques, les situations de soins des patients et de leur entourage pour une prise en charge holistique. Elle dispense des soins infirmiers experts dans un domaine spécifique. Elle est en outre habilitée à poser des diagnostics et à effectuer des prescriptions selon des modalités de supervision médicale (protocole, prescription anticipée...) fixées par la réglementation encadrant son exercice professionnel. Elle inscrit son action en complémentarité avec celle des autres professionnels de santé et du secteur social composant l'équipe interdisciplinaire. L'infirmière de pratiques avancées est une infirmière Diplômée d'Etat qui a validé une formation universitaire de 2ème cycle alliant sciences médicales et sciences infirmières.

En France le législateur parle plutôt de « coopération entre professionnels de santé » et les professionnels emploient le terme de transfert de compétences. Pour répondre à cette nouvelle orientation nous voyons apparaître, depuis quelques années,

¹⁴⁶ Annexe 11, livre II, entretien C-4, p.72

des masters en sciences cliniques infirmières comme celui de l'université de la méditerranée, Aix-Marseille.

Ces transferts de compétences ne concernent pas uniquement les infirmières et les médecins, nous pouvons les retrouver entre médecin et sage-femme, médecin et manipulateur de radiologie, entre médecin et diététicien, entre ophtalmologiste et orthoptiste. *« C'est parce qu'aujourd'hui, quand il n'y aura plus de médecins, on va donner une partie des choses aux pharmaciens pour faire du conseil, une partie aux grandes surfaces qui vont donner des médicaments sans ordonnance, et une partie aux professionnels infirmiers qui vont peut-être faire des choses qui aujourd'hui sont médicales »*¹⁴⁷

Cependant, malgré :

- Un premier rapport sur le sujet rédigé par le doyen Berland datant de 2003,
- La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique qui prévoyait « des expérimentations relatives à la coopération entre professionnels de santé et aux possibilités de transferts de compétences entre professions médicales et d'autres professions de santé »,
- L'article 51 de la loi HPST concernant les coopérations entre professionnels,

nous sommes toujours en phase d'expérimentation sur des projets très délimités en temps et en diffusions : ce sont des expérimentations locales dans des domaines très divers. A ce jour, il n'y a pas de loi permettant la mise en place effective de ces pratiques avancées.

De même, la « frilosité » médicale entre perte de pouvoir et méconnaissance des compétences infirmières ralentit le processus de mise en place de cette coopération entre professionnels de santé : *« Et quand je dis cheval de bataille, un réel cheval de bataille, il y a des choses qui sont faites au niveau politique, la preuve le référentiel met ça en avant. Mais derrière, concrètement, de quoi on parle ? De la pénurie médicale, etc.... On parle de pratiques avancées mais le pouvoir médical est encore là et quand tu parles de pratiques avancées, ce n'est pas les pratiques avancées, concrètement, ce n'est pas basé sur le rôle prescrit. Elles sont essentiellement basées sur l'application du rôle propre. T'as deux types de pratiques avancées, une basée sur le rôle propre et*

¹⁴⁷ Annexe 4, livre II, entretien D-1 p.7

l'autre, effectivement, qui est basée sur la mise en place d'une démarche clinique qui est beaucoup plus approfondie pour aider les équipes à mieux identifier le diagnostic clinique. »¹⁴⁸. Ainsi, l'avant-projet de loi de santé soumis fin juillet 2014 au Conseil d'Etat prévoit de définir l'exercice en pratiques avancées des professionnels paramédicaux. Il a entraîné un mécontentement des syndicats médicaux ne souhaitant pas perdre leurs prérogatives en matière d'analyse clinique des situations et de prescription.

Nous sommes confrontés à des enjeux de pouvoir et financiers. Cependant il semblerait que ce transfert de compétences dans les domaines de l'éducation thérapeutique pour les personnes atteintes de pathologies chroniques comme l'asthme, le diabète ou le cancer trouve sa légitimité. Dans l'objectif 4 « faire évoluer les formations et les métiers de la cancérologie » du plan cancer 2014-2019, les instances souhaitent créer un métier de clinicien et le déployer sur le territoire « *La création du métier d'infirmier clinicien est une innovation qui s'inscrit dans la stratégie nationale de santé. Il s'agit d'une formation universitaire qui reconnaît la possibilité à un infirmier de réaliser des pratiques dites avancées, au - delà du métier socle d'infirmier. Elle permet de mieux répondre aux besoins de la population en cohérence avec les évolutions de l'organisation des soins.* »¹⁴⁹

Même si des freins existent au développement et à l'installation des pratiques avancées, de la part des médecins mais aussi des professionnels infirmiers voulant être reconnus pour cette activité, leur mise en place semble inéluctable : d'après Bernadette Fabregas, rédactrice en chef d'infirmiers.com en 2013 « *On compte aujourd'hui dans le monde environ 330.000 infirmières en pratiques avancées (master Sciences cliniques infirmières) et ce, dans 25 pays. [...]. Bien que la France soit en retard en la matière, les premiers diplômés sont là : il y a actuellement 22 diplômés et 28 finalisent leur master 2* »¹⁵⁰.

Comme le rapporte la directrice D-1, localement les prémices aux pratiques avancées s'observent : « *je parlais l'autre jour avec une collègue qui travaille en montagne, l'infirmière, elle est seule au CMP, parce qu'elle est à 50 km de l'hôpital, le*

¹⁴⁸ Annexe 13, livre II, entretien F-1, p.93

¹⁴⁹ Plan Cancer 2014-2019. Disponible sur : <http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2014-02-03_Plan_cancer.pdf> [consulté le 10 septembre]

¹⁵⁰ FABREGAS, Bernadette. Reconnaître les infirmières de pratiques avancées. 2013. Disponible sur : <http://www.infirmiers.com/actualites/actualites/reconnaitre-infirmieres-pratiques-avancees.html> [consulté le 2 septembre 2014]

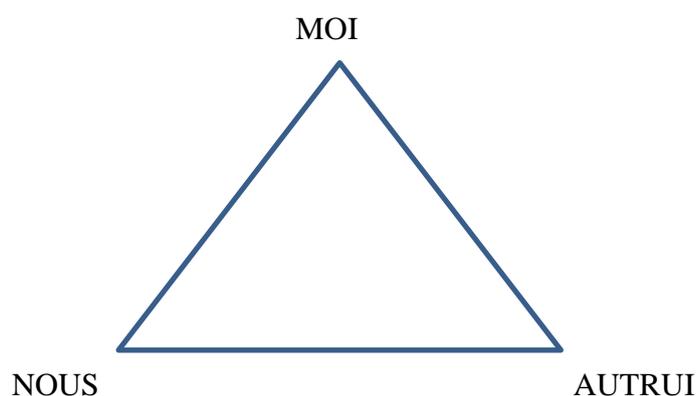
médecin, il est pas là tous les jours, donc...elle fait bien du conseil, elle fait bien de l'orientation, elle pourrait faire presque du suivi de traitement...quand on est sur des traitements stabilisés de patients chroniques...mais aujourd'hui, elle peut pas ! »¹⁵¹

La profession infirmière est à l'aube d'une redéfinition de ses missions ayant comme préoccupation principale la reconnaissance de celles-ci.

II. Des valeurs renforcées au service du patient

A. Reconnaissance

L'être humain construit son identité de par les autres mais c'est lui qui fait ses choix. Tout au long de son parcours, il a une possibilité infinie de choix de vie grâce à son expérience, ses rencontres, ses représentations. Il va choisir un métier qui va lui permettre d'être reconnu par la société et les autres. Il va se fédérer à un groupe et en fonction de son degré de sensibilité, il va accorder une place plus ou moins importante à son travail. Selon Claude Dubar, l'identité se construit autour de trois dimensions : le moi, le nous et les autres.



¹⁵¹ Annexe 4, livre II, entretien D-1, p. 6

L'individu se construit en s'appuyant sur l'image qu'il a de lui-même, sur celle qu'il renvoie aux autres et en percevant ce que les autres lui renvoient.

L'identité professionnelle provient de cette identité personnelle impactée par le groupe de pairs auquel il s'identifie. Ainsi l'individu s'identifie à l'autre dans un contexte défini avec des repères et des normes. Ces repères lui permettent de s'intégrer au groupe, à la société afin d'être reconnu comme faisant partie de celle-ci. L'identité professionnelle permet une socialisation, l'individu devient conforme aux autres avec l'usage de pratiques, de vocabulaires et de gestes communs permettant de se reconnaître entre pairs par les similitudes du groupe d'appartenance. Il va construire cette identité professionnelle tout au long de son parcours de professionnalisation et durant l'exercice de sa profession. L'homme étant perfectible, elle se construit et évolue tout au long de la vie. Cependant il a besoin du groupe pour exister et se sentir reconnu dans sa fonction. *« Le sens du travail se trouve dans la relation que la personne établit entre ce qu'elle fait au travail et ce que cela lui permet d'exprimer à propos d'elle-même. L'identité professionnelle, sa construction, et la façon dont elle est vécue dans l'organisation participe à cette efficacité, et mieux encore à ce sentiment d'utilité en tant qu'être humain. Et si ce n'est une dimension essentielle, c'est au moins un élément de construction de l'individu dans son milieu de travail »*¹⁵²

Par ailleurs, les promotions d'étudiants infirmiers sont des promotions avec des profils très hétérogènes. Il y a des étudiants sortants du BAC, qu'il soit général ou professionnel ; des étudiants qui sortent des universités possédant des niveaux allant jusqu'au BAC + 5, des professionnels qui viennent de la filière de santé en promotion professionnelle (Aide-soignant, Auxiliaire de puériculture), des professionnels en reconversion qui viennent essentiellement de domaines hors de la santé (charpentier, costumière, responsable des ressources humaines, imprimeur, informaticien, ingénieur en génie biologique...). Cette diversité amène une richesse et une complémentarité au groupe favorisant ainsi l'échange et les capacités réflexives.

Dans la construction de son identité professionnelle, la personne a besoin de trouver un sens à son travail et de se sentir reconnue aux yeux de ses pairs, de la structure professionnelle et de la société. De même l'être humain a besoin de se sentir utile pour exister, s'épanouir et se construire.

¹⁵² FRAY, Anne-Marie et STERREN, Picouveau. Le diagnostic de l'identité professionnelle : une dimension essentielle pour la qualité au travail. Management Prospective ED, *Management&Avenir*, aout 2010, n°38, p.87

Mais la reconnaissance n'est pas toujours inscrite dans le quotidien du soignant. L'infirmière se retrouve fréquemment dans une position peu enviable. Souvent prise en étau entre le regard des médecins parfois empreints d'une supériorité toute patriarcale, et les attitudes des patients eux-mêmes, elle peut développer un sentiment de frustration lié à une impossibilité d'exercer son métier au regard de ses valeurs.

Les formateurs, les professionnels de terrains, les étudiants, en quête de reconnaissance souhaitent être reconnus comme des professionnels au sens anglo-saxon du terme avec :

- Une forte autonomie (contrôle de la formation, des pairs, des normes d'activité),
- Un corpus de savoirs théoriques élaboré par des activités de recherche et transmis par l'université,
- Une déontologie professionnelle

B. Professionnalisation de la formation

« La dernière décennie a contribué à solidifier le processus de professionnalisation déjà amorcé à la fin du siècle précédent. Les infirmières commencent à prendre conscience de leurs limites, de leurs droits, du droit d'exprimer leurs limites, du danger de les outrepasser (agressivité verbale ou physique, dépression, burnout), de leur responsabilité, du pouvoir et de l'autorité qu'elles exercent sur le patient... Cependant il y a chez bon nombre de ces infirmières un sentiment d'infériorité encore marqué. Elles se dévalorisent facilement au lieu de s'affirmer, ce qui contribue à nourrir leur frustration (Magnon, 2006). De fait, elles ont de la peine à se défaire de cette soumission sécurisante que procurait le corps médical et à assumer leur autonomie, essentielle à l'exercice de leur rôle propre, phénomène renforcé encore par les politiques de restriction budgétaire accompagnées de nouvelles formes de management davantage centrées sur l'acte. »¹⁵³

La thèse de Véronique Haberey-Knussi illustre bien l'importance d'orienter la formation des infirmiers vers une professionnalisation avec ses règles et ses normes.

Les IFSI ont développé des liens entre eux et avec leurs universités de rattachement, favorisant une harmonisation des pratiques et méthodes pédagogiques des

¹⁵³ HABEREY-KNUSSI, Véronique. *Op.cit.* p. 37

différents IFSI. Ils étaient jusqu'alors très centrés sur leur propre mode de fonctionnement et leurs méthodes pédagogiques. Des échanges et mutualisation de pratiques pédagogiques ont été initiés.

Le travail entre IFSI, entre IFSI et universités, entre IFSI et terrains, centré sur les acquisitions des compétences (dans les unités d'enseignement et dans la clinique), permet une cohérence pédagogique. *« Mais là, le projet accompagnement clinique, c'est vrai que ça a été un travail important qu'au départ c'était un petit peu, oui il y a certainement eu du tâtonnement, n'empêche qu'il a abouti »*¹⁵⁴

Ce travail permet de tendre vers l'acquisition d'une culture commune infirmière ancrée dans un savoir scientifique. La base commune de savoirs nécessaires à la pratique de la profession, favorise le socle identitaire de la profession.

*« Déjà, c'est une formation en alternance, déjà et d'une. C'est-à-dire ils sont déjà avec nous en IFSI, puis ils ont la réalité du terrain quand ils sont en stage. Et des deux côtés on transmet des valeurs, les valeurs de la profession. »*¹⁵⁵

Néanmoins, les différents IFSI ont hésité sur le rattachement aux universités et surtout dans le choix de la discipline auxquels ils souhaitaient appartenir, certains se sont rapprochés des sciences médicales tandis que d'autres se sont rapprochés des sciences sociales.

Ni l'une ni l'autre ne sont satisfaisantes pour la plupart des professionnels car les soins infirmiers sont une discipline englobant ces deux champs universitaires. C'est bien ce que nous retrouvons dans le programme de formation dont les unités d'enseignement couvrent six champs permettant l'acquisition des compétences.

Unités d'enseignement

1 Sciences humaines, sociales et droit

2 Sciences biologiques et médicales

3 Sciences et techniques infirmières, fondements et méthodes

¹⁵⁴ Annexe 14, livre II, entretien F-2, p. 102

¹⁵⁵ Annexe 13, livre II, entretien F-1, p. 93

4 Sciences et techniques infirmières, intervention

5 Intégration des savoirs et posture professionnelle infirmière

6 Méthodes de travail

Nous pourrions donc imaginer la création d'une filaire universitaire en santé qui recouvrirait les sciences sociales et les sciences médicales. Cette filière engloberait l'ensemble des professionnels médicaux et paramédicaux au profit de la prise en charge holistique de l'utilisateur. *« je me dis avoir un domaine de la santé ça veut vraiment dire que tous les gens qui prennent en charge le client, on va dire, l'utilisateur de soins, TOUS font partie du même domaine, ça paraît logique en santé publique ! Ça paraîtrait logique plutôt qu'il y ait le domaine infirmier, le domaine médical, le domaine de la rééducation. Avant on avait les assistances sociales et les infirmiers c'étaient les mêmes études, ça a été séparé depuis on ne se parle plus du tout. »*¹⁵⁶

L'évolution de la profession passera également par le développement de la recherche en soins infirmiers. *« ...les étudiants, enfin les nouveaux professionnels, ils vont dire nous existons, grâce au grade licence ils peuvent entrer vraiment dans un système LMD, ils y sont, ils vont aller en master, faire un doctorat, donc être reconnus, être entendus, faire partie de ... on va dire de l'élite intellectuelle, et je pense qu'il en faut, on n'est pas que des praticiens ! Et puis ce type d'entrée dans la recherche, euh...ça peut être une recherche très pragmatique aussi, très clinique et on est des cliniciens, l'infirmier est clinicien avant tout. Donc bien sûr, moi je pense que ça changera l'identité de l'infirmier. »*¹⁵⁷

Cette professionnalisation construit la posture de l'étudiant. Unaniment les cadres de santé observent un changement de celle-ci depuis la mise en place du référentiel 2009. *« Je pense que ce programme 2009 amène plus les étudiants à s'interroger sur ce qu'ils font, parce qu'on les oblige à le faire. Je pense qu'il y aura un*

¹⁵⁶ Annexe 6, livre II, entretien D-3, p. 28

¹⁵⁷ *Supra*

*réel changement quand aussi les formateurs et les professionnels accepteront de s'interroger eux-mêmes sur leurs pratiques. »*¹⁵⁸

Il se positionne de façon tranché n'hésitant pas à poser des questions et à argumenter ses choix, « *une infirmière avec 6 mois de DE du nouveau programme qui se met en face d'un anesthésiste chef de service de surcroît, et qui lui dit mon gars t'as tort et j'ai raison, alors oui il y a de la personnalité mais je ne pense pas que, car les arguments ils sont aussi professionnels, ils ne sont pas que personnels* »¹⁵⁹.

Nous avons vu dans ce chapitre que de nouvelles données comme les pratiques avancées, l'élargissement du champ de compétence des professionnels de santé, l'arrivée des nouvelles technologies sont autant d'éléments qui viennent modifier le rôle et les missions des infirmiers.

La collaboration entre tous les acteurs de la formation vient donner de la cohésion et du sens à la profession. Les valeurs professionnelles s'en trouvent renforcées.

¹⁵⁸ Annexe 13, livre II, entretien F-1, p. 93

¹⁵⁹ *Supra*

CONCLUSION

Contrairement aux infirmières anglaises qui se sont battues fin du XIXe siècle pour faire reconnaître leur profession, les infirmières françaises n'ont pas mené le même combat. Elles ne se sont pas vues reconnaître une autonomie professionnelle. Actuellement préexistent deux freins à cette autonomie professionnelle qui sont la forte féminisation du métier (genre) et la path dependency de la profession historiquement exercée par vocation religieuse.

Le référentiel de formation en soins infirmiers fait suite à un contexte sociétal en pleine mutation. Il induit également un changement d'identité progressif de la profession infirmière en recentrant la posture de l'étudiant infirmier vers le patient et sa prise en soins. Le référentiel bouleverse la représentation traditionnelle de l'étudiant en le faisant évoluer de la place d'apprenant (schéma traditionaliste et descendant de l'apprentissage) à un professionnel en devenir (l'étudiant comme acteur de sa formation). La formation permet de fédérer les personnes autour de valeurs identiques. Cela homogénéise la culture et participe à la construction d'une conscience et d'une connaissance communes.

Cependant, les valeurs et représentations véhiculées par ce référentiel viennent se confronter à celles des professionnels en place, entraînant tensions et malaises. Les cadres de proximité observent des différences d'attitudes entre anciens et nouveaux professionnels. La plupart des étudiants prennent en compte les besoins des patients, ils les incluent dans leur projet de soins, leur projet éducatif. *« Dans les deux dernières décennies, le rôle infirmier a beaucoup changé. Les infirmières bénéficient des nouvelles connaissances, notamment en anthropologie, sociologie, économie... et tendent à devenir des éducatrices de santé, des prestataires de service, non plus de « patients » mais de « clients » comme les nomme la nouvelle terminologie, dans le but d'aider ces derniers à retrouver rapidement, la plus grande autonomie possible. Le développement du rôle propre infirmier aide la profession à sortir de cet héritage passéiste en démontrant l'importance et le bien-fondé d'une action strictement infirmière et non plus inféodée à une discipline quelconque et en particulier à la médecine. Ainsi, depuis quelques années les soins infirmiers se développent dans diverses dimensions toutes très exigeantes, telles que l'exercice d'une relation thérapeutique, l'enseignement au patient et à ses proches, la médiation psychologique et spirituelle, le conseil et l'information ciblée,*

ainsi que la dimension plus maternelle du care mise en tension avec le professionnalisme »¹⁶⁰

La profession infirmière ne se trouve-t-elle pas au stade de l'adolescence ? Devenir adulte c'est avoir sa propre identité et s'opposer, se détacher de ses parents, en l'occurrence ici les médecins. « *On pourrait avoir l'impression qu'avec l'accession au statut d'adulte, l'identité entre dans une phase étale où elle a enfin trouvé sa singularité* »¹⁶¹

En effectuant ce travail autour de l'impact du référentiel de formation sur l'identité individuelle et collective des infirmiers, nous constatons que la profession est mouvante, elle s'adapte, se remet en question. Elle montre son dynamisme, même si cela ne se passe pas sans heurts et incertitudes. La recherche identitaire est une quête permanente car la société évolue continuellement.

« Pour moi c'est la même roue, l'évolution de l'identité professionnelle elle EST parce que la société change aussi et que du coup tu ne peux pas garder le même professionnel »¹⁶²

De plus, la formation aujourd'hui universitaire a valorisé l'image de la profession concernant sa représentation. En effet, dans la conscience collective, l'université renvoie vers une forme de réussite sociale. Ajoutons à cela l'apport de nouvelles approches pédagogiques et des nouveaux champs de connaissances.

Certes, cette étude n'a porté que sur la région Rhône Alpes. L'enquête gagnerait à s'étendre sur l'ensemble des territoires, tant les disparités régionales de financement, de stages, de conditions de travail sont importantes. Cependant, les résultats obtenus nous permettent déjà d'entrevoir une évolution majeure de l'identité infirmière. En outre, de tous ces éléments, nous constatons que la collaboration, la modification de posture des professionnels infirmiers, l'évolution de l'environnement de soins renvoient à la notion de redéfinition des métiers de la santé et des formations. Nous pourrions donc nous interroger sur la création, non pas d'une nouvelle identité infirmière mais sur une orientation vers une identité soignante plus généraliste.

¹⁶⁰ HABEREY-KNUSSI, Véronique. *Op.cit.* p.34

¹⁶¹ HAPERIN, Catherine (sous la dir.). *Identité(s) : l'individu, le groupe, la société.* Paris : Edition sciences humaines, 2009, p. 34

¹⁶² Annexe12, livre II, entretien C-5, p. 82

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages

- AKOUN, André ; ANSART, Pierre. Dictionnaire de sociologie. Paris : Seuil. 1999, 592p.
- BEAUD, Michel. L'art de la thèse. 5^{ième} éd., Paris : La Découverte, 2006, 202 p.
- BERNOUX, Philippe. La sociologie des organisations. 3^{ième} éd., Paris : Editions du Seuil, 1985, 378p.
- BLANCHET, Alain ; GOTMAN, Anne. L'enquête et ses méthodes : l'entretien. Paris : Nathan, 1992, 125 p.
- BOISSART, Marielle (sous la dir.). Le référentiel de formation infirmière : un levier de la professionnalisation. Rueil-Malmaison : Lamarre, 2013, 309 p. (« Fonction Cadre de santé »)
- BOURDIEU, Pierre ; PASSERON, Jean-Claude. Les héritiers. 3^{ième} éd., Paris : Les Editions de Minuit, 1985, 189 p.
- BOURDIEU, Pierre. Homo Academicus. Paris : Les Editions de Minuit, 1992, 317p.
- BOURGEON, Dominique (sous la dir.). Identités professionnelles, alternance et universitarisation. Rueil-Malmaison : Lamarre, 2009, 331 p. (« Fonction Cadre de santé »)
- BOUSSAGUET, Laurie et cl (sous la dir.). Dictionnaire des politiques publiques. 3^{ième} éd., Paris : Les Presses SciencePo, 2010, 771 p.
- CARRE, Louis. Axel Honneth, le droit à la reconnaissance. Paris : Michalon Editeur, 2013, 127 p.
- COUDRAY, Marie-Ange ; GAY, Catherine. Le défi des compétences : comprendre et mettre en œuvre la réforme des études infirmières. Paris : Masson, 2009, 191p.
- CROZIER, Michel ; FRIEDBERG Erhard. L'acteur et le système. Paris : Editions du Seuil, 1977, 500 p.

DESPLATS, Marie ; PINAUD Florence. Manager la génération Y : travailler avec les 20-30 ans. Paris : Dunod, 2011, 207p.

DUBAR, Claude. La crise des identités. 4^{ième} éd., Paris : Presse Universitaires de France, 2010, 239 p.

DUBAR, Claude. La socialisation : construction des identités sociales et professionnelles. 3^{ème} éd., Paris : Armand Colin, 2000, 255 p.

DURAND, Marc ; FILLIETTAZ, Laurent (sous la dir.). Travail et formation des adultes. Paris : Presse Universitaires de France, 2009, 275 p.

FRIEDBERG, Erhard. Le pouvoir et la règle. 2^{ième} éd., Paris : Edition Seuil, 1997, 422p.

HAPERIN, Catherine (sous la dir.). Identité(s) : l'individu, le groupe, la société. Paris : Edition sciences humaines, 2009, 351 p.

HONNETH, Axel. La lutte pour la reconnaissance. Paris : Gallimard, 2000, 350 p.

JONNAERT, Philippe ; VANDER BORGHT, Cécile. Créer des conditions d'apprentissages. Un cadre de référence socioconstructivisme pour une formation didactique des enseignants. 3^{ième} éd., Bruxelles : De Boeck, 2009, 431 p.

KAUFMANN, Jean-Claude. L'invention de soi : une théorie de l'identité. Paris : Armand Colin, 2005, 352p.

MAGNON, René. Les infirmiers : identité, spécificité et soins infirmiers. Paris : Masson, 2006, 199 p.

MUCCHIELLI, Alex. L'identité. . Paris : Presse Universitaires de France, 7^{ième} éd., 2009, 127 p. (« Que sais-je ? »)

OSTY, Florence. Le désir de métier. Engagement, identité et reconnaissance au travail. Rennes : Presses Universitaires de Rennes, 2003, 245 p.

PERRENOUD, Philippe. Développer la pratique réflexive dans le métier d'enseignant. Issy-Les-Moulineaux : ESF éditeur, 4^{ième} éd., 2008, 219 p.

RENAUT, Alain. Quel avenir pour nos universités ? Essai de politique universitaire. Boulogne : Timée-Editions, 2008, 238 p.

ROTHIER BAUTZER, Eliane. Entre Cure et Care : les enjeux de la professionnalisation infirmière. Rueil-Malmaison : Lamarre, 2012, 294 p. (« Fonction Cadre de santé »)

SAINSAULIEU, Renaud. L'identité au travail. 4^{ième} éd., Paris : Les Presses SciencesPo, 664 p.

STINGLHAMBER-VANDER BORGHT, Bernadette. Infirmière : genèse et réalité d'une profession. Bruxelles : De Boeck, 1991, 291p.

Articles

ALMENDROS, Cécile. Ifsi-universités, se rapprocher... pas si simple, L'Infirmière magazine, n° 264, octobre 2010, p.6

BILLOT, Anne et al. L'universitarisation de la profession infirmière en France. Soins, mars 2013, n°773, p.15-17

BREHAUX, Karine. Le développement d'une culture de recherche, un engagement politique. La revue de l'infirmière, février 2011, n°168, p.38-40

CHAPUIS, Jacques. L'universitarisation de la formation infirmière dans les pays francophones. Cahiers de la puéricultrice, août-septembre 2011, n°249, p.29-30

COLSON, Sébastien. Bilan de la réingénierie des diplômes paramédicaux. Cahiers de la puéricultrice, janvier 2013, n°263, p.4-5

COLSON, Sébastien. Le contexte français d'émergence des pratiques avancées infirmières. Cahiers de la puéricultrice, février 2011, n°244, p.25-28

DOUCET, Anne. Réforme des études infirmières, impact dans les Ifsi. La revue de l'infirmière, mai 2013, n°191, p.24-26

FABREGAS Bernadette. Inscrire l'ensemble de la filière dans un cursus LMD. 30 juin 2014. Disponible sur <<http://www.cadredesante.com/spip/profession/profession-cadre/article/inscrire-l-ensemble-de-la-filiere-infirmiere-dans-un-cursus-lmd.html>>, consulté le 14 septembre 2014

FRAY, Anne-Marie ; STERREN, Picouveau. Le diagnostic de l'identité professionnelle : une dimension essentielle pour la qualité au travail. Management Prospective ED, Management&Avenir, août 2010, n°38, p.72-88

HAPERIN, Catherine (dossier coordonné par). La lutte pour la reconnaissance. Sciences Humaine, juin 2006, n°172, p.34-47

- HESBEEN, Walter. Compétence soignante, formation initiale et évaluation. Perspective soignante, septembre 2011, n°41, p.36-51
- HONNETH, Axel. La théorie de la reconnaissance : esquisse. Revue du MAUSS, janvier 2004, n°23, p. 133-136
- MALAUQUIN-PAVAN, Evelyne. Savoir transmettre, un enjeu de la professionnalisation. Soins, novembre 2012, n°770, p. 28-32.
- MBIATONG, Jérôme. L'approche réflexive : quels enjeux pour les praticiens ? Education permanente, mars 2013, n°196, p.139-149.
- MESSMER-AL ABED, Naamat. Formation infirmière et changements identitaires. Soins, janvier-février 2013, n°772, p.19-21.
- NOEL-HUREAUX E. En quoi l'universitarisation de la formation infirmière modifie-t-elle la transmission, Biennale internationale, Communication, n°219, Atelier 21 formation au métier du soin.
- PAUGET, B. et DAMMAK, A. L'arrivée de la génération Y : quelles conséquences managériales et organisationnelles pour les organisations sanitaires et sociales Française ? Pratiques et Organisation des Soins, janvier 2012, vol. 43 p. 25-33
- PERRENOUD, Philippe. Construire des compétences, tout un programme. Vie pédagogique, n°112, septembre-octobre 1999, p.16-20. Disponible sur : <http://www.unige.ch/fapse/SSE/teachers/perrenoud/php_main/php_1999/1999_14.htm |> [consulté le 12 septembre 2014]
- PERRENOUD, Philippe. Mettre la pratique réflexive au centre du projet de formation. 2001. Disponible sur : <http://www.unige.ch/fapse/SSE/teachers/perrenoud/php_main/php_2001/2001_02.htm |> [Consulté le 24 septembre 2014]
- POPON, Anne Sophie. Quand les infirmières s'en mêlent, Actusoins. 7 juillet 2011. Disponible sur : < <http://www.actusoins.com/2961/quand-les-infirmieres-sen-mellent.html>> [consulté le 18 septembre 2014]
- VERBEEKE, Lucie. La reconnaissance au service de l'efficacité des soins. Soins Cadres, aout 2013 ; n°87, p. 33-36

CHARPIN, Michèle. Un parcours inachevé..., Mémoire en vue de l'obtention du Diplôme de Cadre de Santé, année 2001/2002, IFCS : Bois-Larris.

DEMANGE, Véronique. La réforme des études d'infirmières. Quels enjeux pour l'évolution de la profession infirmière ? Mémoire en vue de l'obtention du Diplôme de Master 2 politiques publiques de Santé, année 2009/2010, Grenoble.

HABEREY-KNUSSI, Véronique. L'engagement dans les soins infirmiers : un enjeu de formation entre éthique et sens. Thèse présentée pour l'obtention du grade de docteur ès Sciences de l'Éducation, année 2013, Université de Rouen, 2013, 871 p.

HENNIQUAU, Céline. Nouveau référentiel de formation : réforme d'une identité ? L'universitarisation de la formation en soins infirmiers sera-t-elle le symbole du passage à une nouvelle génération d'infirmiers, porteurs d'une nouvelle identité professionnelle ? Mémoire en vue de l'obtention du Diplôme de Master 1 politiques publiques de Santé, année 2010/2011, IEP Grenoble.

Textes de loi et rapports

Arrêté du 14 juin 2013 fixant au titre de l'année scolaire 2013-2014 le nombre d'étudiants à admettre en première année d'études préparatoires au diplôme d'Etat d'infirmier. Disponible sur :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000027587175>

[consulté le 18 septembre 2014]

Arrêté du 22 Octobre 2005 relatif au diplôme d'état d'aide-soignant. Disponible sur : <
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000449527>>

[consulté le 14 septembre 2014]

Arrêté du 28 septembre 2001 modifiant l'arrêté du 23 mars 1992 modifié relatif au programme des études conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier. Disponible sur : <
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000774227>>

[consulté le 15 septembre 2014]

Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier. Disponible sur :
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020961044>

[Consulté le 14 septembre 2014]

Arrêté du 5 septembre 1972. Programme d'enseignement et organisation des stages en vue de la préparation au diplôme d'Etat d'infirmier. Disponible sur : <<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000643537&dateTexte=>> [consulté le 15 septembre 2014]

Décret n° 75-245 du 11 avril 1975 relatif au recrutement et à l'avancement des infirmiers et infirmières généraux et des infirmiers et infirmières généraux adjoints des établissements d'hospitalisation publique. Disponible sur : <<http://legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000337846>> [consulté le 15 septembre 2014]

Code de la santé publique. Version consolidée du 26 septembre 2014. Disponible sur : <<http://legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665>> [consulté le 3 octobre 2014]

Décret n°93-345 du 15 mars 1993 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier. Disponible sur : <<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000178583>> [Consulté le 14 septembre 2014]

DREES. L'état de santé de la population en France : suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique. Rapport 2011. Disponible sur : <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/etat_sante_2011.pdf> [consulté le 3 octobre 2014]

IGAS. Évaluation de l'impact du dispositif LMD sur les formations et le statut des professions paramédicales. Septembre 2008. Disponible sur : <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_evaluation_impact_dispositif_LMD.pdf> [consulté le 14 septembre 2014]

Loi du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004. Disponible sur : <<http://legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000249276>> [consulté le 3 octobre 2014]

Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 Hôpital, Patient, Santé Territoire. Disponible sur : <<http://legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id>> [consulté le 20 septembre 2014]

Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Disponible sur : <

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id>> [consulté le 3 octobre 2014]

Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière. Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000720668>
[Consulté le 14 septembre 2014]

Loi n°78-615 du 31 mai 1978 modifiant les articles L473 (définition de la personne exerçant la profession d'infirmière). Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000704924>
[consulté le 15 septembre 2014]

Note de conjoncture, juin 2014. Disponible sur : http://www.insee.fr/fr/themes/theme.asp?theme=17&sous_theme=3&page=vueensemble.htm> [consulté le 12 septembre 2014]

Ordonnance du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé dite « Réforme de la gouvernance ». Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000606537&dateTexte=&categorieLien=id>> [consulté le 8 septembre 2014]

GLOSSAIRE

AP : Auxiliaire de Puériculture

APP : Analyse des Pratiques Professionnels

APHP : Assistance Publique Hôpitaux de Paris

ARH : Agence Régionale d'Hospitalisation

ARS : Agence Régionale de Santé

ARSI : Association de Recherche en Soins Infirmiers

AS : Aides-Soignants

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

CAC : Commission d'Attribution des Crédits

CNAMTS : Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés

CATTP : Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel

CDD : Contrat à Durée Déterminé

CEFIEC : Comité d'Entente des Formations Infirmières Et Cadres

CM : Cours magistraux

CME : Commission Médicale d'Etablissement

CMP : Centre médico psychologique

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

DE : Diplôme d'état

DEAS : Diplôme d'Etat d'Aides-Soignants

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

DPC : Développement Professionnel Continu

ECTS : European Credits Transfer System

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

GIPNL : Groupement d'Intérêt Privé Non Lucratif

GPMC : Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences

HAS : Haute Autorité en Santé

HCL : Hospice Civil de Lyon

HPST : Hôpital Patients Santé Territoire

IADE : Infirmier Anesthésiste Diplômé d'Etat

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

IBODE : Infirmier de Bloc Opératoire Diplômé d'Etat

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

IEP : Institut d'Etude Politique

IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers

IUT : Institut Universitaire Technologique

FNESI : Fédération Nationale des Etudiants en Soins Infirmiers

LMD : Licence Master Doctorat

MCA : Médecine Chirurgie

MPR : Médecine Physique et Réadaptation

MSP : Mise en situation Professionnelle

NFS : Numération Formule Sanguine

ONG : Organisation Non Gouvernementale

UE : Unité d'enseignement

UJF : Université Joseph Fourier

UPMF : Université Pierre Mendès France

USLD : Unité de Soins de Longue Durée

SROS : Schéma Régional d'Offre de Soins

SSIAD : Service de Soins Infirmiers A Domicile

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

TD : Travaux dirigés

TP : Travaux Pratiques

TICE : Technologie de l'Information et de la Communication pour
l'Enseignement