



HAL
open science

Une approche corporelle de l'apprentissage du care en formation des soins infirmiers

Feinda N'Diaye

► **To cite this version:**

Feinda N'Diaye. Une approche corporelle de l'apprentissage du care en formation des soins infirmiers. Sciences de l'Homme et Société. 2020. dumas-03582989

HAL Id: dumas-03582989

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03582989>

Submitted on 31 Oct 2023

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.

MÉMOIRE

Présenté en vue d'obtenir le diplôme de

MASTER CONCEPTION PRATIQUE RECHERCHE EN FORMATION

Par

N'DIAYE Feinda

UNE APPROCHE CORPORELLE DE L'APPRENTISSAGE DU CARE EN FORMATION DES SOINS INFIRMIERS

Tome 1

Sous la direction de Pascal Roquet

HDR-Professeur des universités en Sciences de l'Éducation et Directeur du master
conception et pratique de la recherche en
Formation des adultes au CNAM

Année universitaire : 2019-2020

Une approche corporelle de l'apprentissage du *care* en formation des soins infirmiers

N'DIAYE Feinda

MOTS CLÉS :

Care – corporéité- gestes et postures – mimésis- cadre formatrice - étudiantes en soins infirmiers – activité formative – expérience.

KEY WORDS :

Care – corporeality – gestures and postures – mimesis – teacher – nursing students – formative activity – experience.

RÉSUMÉ

La pratique du soin est séculaire et féminine. Au fil des siècles, elle donnera naissance aux soins infirmiers issus des femmes religieuses et des femmes auxiliaires du médecin. Sa professionnalisation est marquée par de nombreuses réformes. La dernière, l'arrêté du 31 juillet 2009 signe le processus d'universitarisation. Désormais, la formation infirmière est reconnue au grade licence et ces professionnelles peuvent poursuivre un cursus universitaire. Quant au concept du *care*, il est un fondement de cette profession, bien qu'il ne soit pas le « territoire » de celui-ci. Son apprentissage à travers la corporéité des cadres formatrices est le sujet de cette recherche. Dans ce cadre, nous analyserons les verbatims de six cadres formatrices et de deux étudiantes pour comprendre son apprentissage dans l'activité pédagogique. La corporéité des cadres formatrices permet-elle la compréhension du *care* ? Cette recherche située dans une démarche inductive a pour objectif de révéler la part du corps dans l'apprentissage du *care* en formation des soins infirmiers.

ABSTRACT

The practice of care is secular and feminine. Over the centuries, it gave birth to nursing care from women religious and female auxiliaries to the doctor. Its professionalization is marked by numerous reforms. The most recent, the decree of July 31, 2009, marks the process of university education. From now on, nursing training is recognized at the license level and these professionals can pursue a university course. As for the concept of care, it is a foundation of this profession, although it is not the "territory" of this one. Its learning through the corporeality of formative executives is the subject of this research. In this context, we will analyze the verbatims of six training executives and two students to understand his learning in the teaching activity. Does the corporeality of the formative frameworks allow the understanding of care? This research, located in an inductive approach, aims to reveal the role of the body in learning care in nursing training.

REMERCIEMENTS

Je remercie mon Directeur de recherche, Monsieur Pascal Roquet, HDR-Professeur des universités en Sciences de l'Éducation, Directeur du master Conception Pratique Recherche en Formation au CNAM, pour son soutien, sa disponibilité et ses conseils dispensés tout au long de ce travail.

Je remercie également Madame Anne Jorro, membre du jury pour l'attention portée à cette recherche.

Je remercie les cadres formatrices ainsi que les étudiantes interviewées pour leurs disponibilités et leurs échanges d'une grande richesse.

Merci à toute la promotion du master CPRF 2019/2020 pour la bienveillance, l'entraide, la disponibilité et l'écoute qui ont fait vivre ce groupe même en distanciel. Mention spéciale à Hélène Trapy, notre déléguée d'une efficacité redoutable.

Un grand merci à Camille Prévost pour sa patience tout au long de cette année au CNAM.

Enfin, je tiens à remercier toute ma famille, en particulier, Aisé N'diaye, Korica Diarra et mon père Samba N'diaye, sans vous, je ne serais pas en mouvement.

LISTES DES ABRÉVIATIONS

AS : Aide-soignante

CDSF : Cadre de Santé Formateur

CNRTL : Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales

DU : Diplôme Universitaire

ECTS : European Credit Transfer System

EHPAD : Établissement pour personnes âgées dépendantes

ESI : Étudiante en Soins Infirmiers.

FAM : Foyer d'Accueil Médicalisé

IADE : Infirmière Anesthésiste Diplômé D'Etat

IDE : Infirmière Diplômé D'État

IFCS : Institut de Formation des cadres de santé

IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers.

LMD : Licence-Master-Doctorat.

MAS : Maison d'Accueil spécialisée

MFEI : Mémoire de Fin d'Études d'Infirmiers

MSP : Mise en Situation Professionnelle.

PS : Parti Socialiste

SSIAD : Service de Soins Infirmiers à Domicile

UE : Unité d'Enseignement

UI : Unité d'intégration

T2A : Tarification à l'activité

Table des matières

INTRODUCTION.....	3
1. LA GENÈSE DES SOINS INFIRMIERS JUSQU'À NOS JOURS.....	5
1.1 L'origine des soins infirmiers.....	5
1.2 La formation des infirmières.....	8
1.3 L'universitarisation de la formation des soins infirmiers.....	11
1.3.1 Le processus d'universitarisation.....	12
1.3.2 L'origine des savoirs.....	13
1.3.3 Le statut des cadres formatrices.....	15
1.4 La place du <i>care</i> dans les référentiels.....	16
1.5 Les prémices de notre recherche.....	19
2. UNE APPROCHE CORPORELLE DU CARE DANS L'ACTIVITÉ FORMATIVE DES SOINS INFIRMIERS.....	22
2.1 Les significations du <i>care</i>	22
2.1.1 La réception française.....	25
2.1.2 Un concept politique : pour une démocratie sensible.....	26
2.1.3 <i>Care</i> et <i>Cure</i> , une origine commune.....	30
2.1.4 Le <i>caring</i> , une science infirmière ?.....	30
2.1.5 Quelques réflexions sur le <i>care</i>	32
2.2 Un savoir porté par le corps.....	34
2.2.1 La corporéité des cadres formatrices dans l'activité formative....	35
2.2.2 Les gestes et postures dans l'activité pédagogique.....	38
2.2.3 L'agir mimétique des étudiantes en soins infirmiers.....	40
2.3 L'éthos professionnel des cadres formatrices.....	44
2.4 La problématique.....	45
3. LA MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE.....	48
3.1 Le terrain : l'Institut de Formation en Soins Infirmiers.....	48
3.2 L'échantillon.....	48
3.3 L'outil de recueil des données.....	51
3.4 Les guides d'entretiens semi-directifs.....	51
3.5 Les atouts.....	55
3.6 Les difficultés rencontrées sur le terrain.....	55

3.7 Réflexion sur la posture d'enquêtrice.....	56
4. L'ANALYSE.....	58
4.1 L'analyse des entretiens des cadres formatrices.....	60
4.2 L'analyse des entretiens des étudiantes en soins infirmiers.....	75
4.3 L'interprétation.....	81
CONCLUSION.....	84
BIBLIOGRAPHIE.....	86

INTRODUCTION

La profession d'infirmière est extrêmement ancienne ; d'origine religieuse, la formation deviendra par la suite professionnelle puis universitaire. Elle a su traverser le temps en évoluant progressivement vers un exercice autonome. Les infirmières dispensent des soins de nature préventive, curative ou palliative, visant à promouvoir, maintenir et restaurer la santé¹. Cette profession s'est construite sur un double modèle : le modèle ancien, directement issu de la femme religieuse et celui de l'auxiliaire du médecin.

Le sujet de cette recherche situé dans une démarche inductive est l'apprentissage du *care*² dans la formation des soins infirmiers à travers la corporéité des cadres formatrices³. Les étudiantes de cette formation sont les destinataires de cet apprentissage. Ce concept universel et polysémique est abordé dans différentes disciplines comme les soins infirmiers, la philosophie, la sociologie et la politique. La diversité des professions et des disciplines des auteur.e.s qui ont écrit sur ce thème peut en témoigner. Il peut signifier le souci des autres, l'attention aux autres, la sollicitude ou le prendre soin. Bien qu'il soit un fondement de la profession infirmière, nous verrons qu'il n'est pas le « territoire » de celui-ci. En effet, il est accessible à chaque groupe professionnel, voire à chaque personne dans sa relation avec autrui. Il convoque notre humanité, l'altérité, l'intersubjectivité et notre interdépendance dans le monde du vivant.

En outre, notre objet doit faire face à un double contexte. D'une part, un processus d'universitarisation amorcé par l'arrêté du 31 juillet 2009 dont la finalité est inconnue à ce jour. D'autre part, notre système de santé vit une crise sans précédent, qui résulte d'une politique de vingt années de restrictions budgétaires. Cette crise est exacerbée par la pandémie du COVID-19 qui a engendré une période de confinement. Une grande partie de ce travail s'est déroulé durant cette période avec des conséquences sur la méthodologie de cette recherche. Les conditions de travail dans les structures de soin que sont les hôpitaux, les EHPAD et les SSIAD viennent interroger la

1 Profession infirmière : recueil des principaux textes relatifs à la formation préparant au diplôme d'État et à l'exercice de la profession, à jour le 20/07/2019, Réf 531200 Berger-Levrault (1907).

2 Écrit en italique pour souligner son origine non francophone.

3 Nous écrivons l'étudiante et la cadre formatrice, car la majorité sont des femmes.

prises en charge des patients, en conséquence, le *care*. C'est dans ce contexte que les futures infirmières devront le déployer. *De facto*, il est plus que jamais d'actualité dans notre société. Cependant, ici, une focale est réalisée sur son apprentissage dans l'activité formative des soins infirmiers à travers le corps des cadres formatrices. L'objectif est de saisir comment l'agir de ces professionnelles influence, impacte la compréhension de ce concept chez les étudiantes.

Dans un premier temps, nous présenterons l'origine des soins infirmiers, sa professionnalisation et les réformes qui ont jalonné sa trajectoire, jusqu'à la formation actuelle. Dans un second temps, nous aborderons le *care*, son introduction dans la scène américaine, sa réception française et ses liens avec la politique. Ensuite, nous explorerons l'agir social des cadres formatrices en convoquant des concepts tels que la corporéité, les gestes et postures, la mimésis et l'éthos professionnel. Enfin, nous exposerons notre méthodologie et analyserons les entretiens des cadres formatrices et des étudiantes pour répondre à notre question de recherche.

1. LA GENÈSE DES SOINS INFIRMIERS JUSQU'À NOS JOURS

1.1 L'origine des soins infirmiers

La pratique des soins est certainement la plus vieille pratique de l'histoire du monde. « *Dès que la vie apparaît, les soins existent car il faut «prendre soin» de la vie pour qu'elle puisse demeurer* »⁴. Les soins sont indispensables à la vie des individus et à la pérennité de tout groupe social. Plusieurs fois millénaire, soigner participe à assurer la continuité de la vie du groupe. « *la pratique des soins correspond à la reconnaissance et au prolongement d'une fonction sociale : celle élaborée autour de la fécondité chez les femmes, participant directement à tout ce qui contribue au maintien et au développement de la vie, celle de veiller à faire reculer la mort chez les hommes* »⁵. Pendant des milliers d'années, les soins n'étaient pas spécifiques à un métier. Ils étaient accomplis par toute personne qui aidait quelqu'un d'autre à assurer tout ce qui lui était nécessaire pour continuer sa vie en relation avec le groupe.

Les soins courants étaient identifiés comme un fait social, attribués aux femmes par la très ancienne division sexuelle des activités. Celle-ci était la première répartition du travail, « *le partage des attributions est garant de l'existence et de la survie* »⁶. En effet, les femmes s'occupaient de leurs progénitures en leur prodiguant des soins au corps et en les nourrissant. Quant aux hommes, ils franchissaient les marques du territoire pour se procurer une subsistance parfois chèrement conquise et se montraient les défenseurs de la lignée ⁷.

Pendant des siècles, les femmes ont été autodidactes et sans diplômes ; « *n'ayant pas accès aux livres et aux cours, elles firent elles-mêmes leur propre enseignement, se transmettant leurs expériences de voisine à voisine, de mère à fille* »⁸. La maternité, l'accouchement, les soins aux nouveaux-nés assignaient la femme à être davantage initiée aux pratiques du corps. Celles-

4 Collière, M-F.(1982). "*Promouvoir la vie; de la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers*". Paris : InterEditions/Masson p.23

5 *Ibid.* p.21

6 *Ibid.* p.24

7 *Ibid.* p.26

8 *Ibid.* p.44

ci l'amènèrent à découvrir un art auquel elle donnera son nom : l'art de la femme soignante, immortalisée par « Médée ». Dans la mythologie grecque, elle était une guérisseuse légendaire. Son nom deviendra la racine du mot « médecine »: «science » attribuée aux hommes très tardivement dans l'histoire de l'humanité.

La reconnaissance de la valeur sociale des pratiques de soins prodigués par les femmes, se fonde sur l'expérience intériorisée de ce qu'elles sont et ce qu'elles ont vécu dans leur propre corps. « *D'où le nom de matrone, celle qui est devenue mère en mettant au monde et qui sera ensuite reconnue pour aider d'autres femmes à le faire et les initier à donner les soins aux enfants* »⁹. Les soins s'adressaient au corps global qui ne pouvait être dissocié de l'esprit. Par ailleurs, l'accumulation des savoirs des femmes sera perçue comme une véritable menace au pouvoir de l'Église et aux détenteurs de la médecine « *savante* ». Ainsi, la répression aboutira à l'arrêt des pratiques de soin des femmes, avec la chasse aux sorcières menée impitoyablement par les Églises catholiques et protestantes.

Le Christianisme a très tôt intégré cette peur de la femme et a ensuite agité cet épouvantail jusqu'au seuil du XXe siècle. L'élément fondamental et dominant de l'attitude des hommes d'Église se traduisait par le dédain pour tout ce qui était charnel. « *Mais le mépris de la chair implique le mépris de la sexualité, et dans une société patriarcale structurée par les hommes, la femme est le symbole et le lieu de la sexualité* »¹⁰.

Progressivement, du Ve au XIIIe siècle, sous l'influence de l'Église, s'installe une nouvelle conception des soins qui dénie l'interrelation corps-esprit, « *en donnant la suprématie à l'esprit, et en reléguant le corps impur, source de fornication et de maléfice* »¹¹. Tout ce désintérêt envers le corps remet en cause les pratiques traditionnelles de soins basées sur l'unité du corps et de l'esprit. Parallèlement, un autre savoir, inspiré de la théologie des prêtres et des clercs prend naissance. C'est à partir de ce nouveau savoir spiritualiste qu'émerge un « nouveau » corps de connaissances médicales sous l'égide de l'Église. La pratique de cette nouvelle médecine demeurera longtemps l'exclusivité des hommes d'église. Au XIIIe siècle, les prêtres et les

9 Collière, M-F.(1982). *"Promouvoir la vie; de la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers"*. Paris : InterEditions/Masson. p.44

10 *Ibid.* p.51

11 *Ibid.* p.51

clercs deviennent les premiers étudiants des écoles et facultés de médecine (en France, à Montpellier en 1220)¹². Sous contrôle de l'église, le mouvement de la professionnalisation des soins s'affirme avec l'émergence de la profession médicale. Celle-ci proscrit tout savoir acquis par des guérisseuses. Par ailleurs, elle proclame qu'aucune femme doit dispenser des soins sans avoir fait d'études médicales, alors même que les écoles de médecine leur sont interdites. Ainsi, « *le soin qui était à l'origine de la médecine se sépare au Moyen âge, puis au XIX siècle* » (Lefève, 2006, p.1).

Au début des premières communautés chrétiennes, les femmes vont tenir une place importante. Elle concourra à l'affermissement du christianisme dans les quatre premiers siècles de son histoire. Pour les femmes, échapper au mariage et à l'autorité paternelle deviennent alors un acte d'affranchissement social, par le choix de la virginité. Elles deviennent ainsi «des vierges consacrées», dédiant leur vie à Dieu, s'adonnant à ses œuvres¹³. Les vierges et les veuves n'ayant pas la charge d'un foyer vont dédier leur temps aux pauvres, ce qui peu à peu deviendra une véritable fonction sociale. Les femmes consacrées peuvent avoir quelques activités soignantes dans les Maison-Dieu ou Hôtel-Dieu sans avoir la direction de ces structures. Mais surtout, elles s'occupent de l'instruction des filles, jusqu'à la laïcisation, influençant, *de facto*, les conduites et les comportements sociaux des femmes. Les augustines de l'Hôtel-Dieu de Paris, fondées au XIIIe siècle, deviennent le modèle des Congrégations hospitalières. Leurs règles animées par la doctrine augustinienne influenceront toute la conception de la pratique soignante. En 1398, le mot «enfermier» apparaît, lui-même dérivé du mot «enfermerie», en référence aux malades qui étaient «enfermés». Cette dénomination serait à l'origine du mot infirmier.

Saint Vincent de Paul décide en 1633 de créer la compagnie des Filles de la Charité. Celles-ci ne sont pas des religieuses, mais émettent des vœux simples, privés et annuels. Issues du «petit peuple», qu'elles connaissent parfaitement et libres de se déplacer. Elles occuperont à l'ombre des paroisses, des activités polyvalentes d'enseignante et de soignante. À leur suite, d'autres ordres furent créés à leur image, comme les Filles de la croix du Puy en 1672. En adoptant ce modèle d'identification, la pratique des soins se base essentiellement sur les valeurs religieuses et morales qui définissent

12 Collière, M-F.(1982). *"Promouvoir la vie; de la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers"*. Paris : InterEditions/Masson

13 *Ibid.* p.53

le rôle et la place de la femme dans la société. « *sa soumission à Dieu, dont les hommes, hommes d'Église, hommes de l'Art, sont par essence les représentants* »¹⁴.

Les découvertes faites à la fin du XIXe siècle, dans les domaines de la physique et la chimie, permettent leur application à la médecine. Dès lors, des technologies de plus en plus complexes sont utilisées pour diagnostiquer, puis traiter les maladies¹⁵. Par conséquent, les activités médicales s'amplifient et les médecins doivent déléguer des soins médicaux (examen des urines, cataplasme, pression artérielle etc..). Ils en viennent à s'assurer l'aide d'un personnel que l'on appellera par la suite « paramédical » : l'infirmière.

1.2 La formation des infirmières

La séparation de l'Église et de l'État signe l'apparition du personnage de l'infirmière, tel qu'il s'est forgé depuis la fin du XIXe siècle.

En Angleterre, Florence Nightingale (1820-1910) est convaincue que l'amélioration des soins nécessite une formation de qualité. Elle milite durant de nombreuses années pour l'amélioration des soins médicaux et étudie pendant huit ans les besoins des malades. L'objectif est de promouvoir le développement de la formation et son accessibilité. Elle écrit deux livres à partir de ses observations, ouvre en 1860 l'école de l'hôpital Saint-Thomas à Londres et organise la formation des infirmières. La formation dure un an, les élèves complètent leur apprentissage sur le terrain.

À Paris en 1882, le Dr Bourneville crée la première école d'infirmière publique et laïque à l'hôpital de la Salpêtrière. La pratique infirmière s'est élaborée progressivement, en référence à un double modèle : le modèle ancien, directement issu de la femme religieuse et celui de l'auxiliaire du médecin. Selon Marie-Francoise Collière, « *une filiation médicale patrilinéaire se superpose à la filiation religieuse matrilineaire* »¹⁶. En outre, une circulaire de 1899 oblige la création d'une école d'infirmières dans chaque ville où siège une faculté de médecine.

Le 13 juin 1900, le Dr Anna Hamilton soutient sa thèse de médecine intitulée « *Considérations sur les infirmières des hôpitaux* ». Elle y prône une

14 Collière, M-F.(1982). *"Promouvoir la vie; de la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers"*. Paris : InterEditions/Masson. p. 63

15 *Ibid.*

16 *Ibid.* 95

organisation du travail hospitalier qui change le rapport hiérarchique entre les femmes et les hommes. De son point de vue, les infirmières doivent obtenir, pour soigner, une sphère d'autonomie indépendante de celle du médecin qui traite. En 1901, elle est recrutée par la Maison de Santé Protestante de Bordeaux d'abord comme médecin, ensuite comme directrice de l'établissement et crée un diplôme de garde-malade hospitalier.

La professionnalisation se poursuit au XXe siècle sous l'influence de Léonie Chaptal (1873-1937). En 1904, elle fonde son école et y prône l'identité professionnelle, l'autonomie envers le corps médical et l'approche globale de l'action infirmière (corps et esprit).

En 1922, la création du brevet de Capacité Infirmière Professionnelle permettant de porter le titre d' « Infirmière Diplômée d'État » apparaît avec l'intégration de l'alternance (stage, école). « *L'apprentissage par imitation, dominant, est systématisé et porté par des monitrices, recrutées parmi les meilleures infirmières* » (Aich et Fassin, 1994 cités par Rothier-Bautzer, 2014, p.97). En 1938, l'infirmière a la possibilité de se tourner vers la formation de ses pairs et l'encadrement des soins, avec la création d'un diplôme supérieur.

En 1943, G. Canguilhem soutient sa thèse de médecine et rappelle que « *la médecine est née de l'appel du malade, de l'attention portée à sa souffrance* »¹⁷. Il défend « *La primauté accordée à l'individualité biologique et à la subjectivité humaine, la revalorisation de la clinique et de la thérapeutique contre la réduction moderne de la médecine à la science* »¹⁸. Ainsi, il renoue avec « *l'inspiration de la médecine grecque* » et affirme la fonction soignante de la médecine, « *la médecine comme le soin de l'individu* »¹⁹. G. Canguilhem n'est pas un acteur de la professionnalisation du métier d'infirmier. Toutefois, sa conception soignante de la médecine est l'origine même de la pratique du soin. Elle vient s'opposer à la réduction scientifique de la médecine promue par Claude Bernard au XIX^e siècle. « *L'histoire moderne de la médecine peut être lue comme l'histoire du désintérêt, voire du mépris de la médecine pour le corps souffrant, et par conséquent, pour le soin.* » (Lefève, 2006, p.3). En effet, n'oublions pas que « Médée » était dans la mythologie grecque, une femme qui guérissait les autres par ses soins. En outre, son nom constitue la racine du substantif

17 Lefève, C. (2006). La philosophie du soin. article paru dans *La matière et l'esprit*, n°4: "Médecine et philosophie" (dir. D. Lecourt), Université de Mons-Hainaut, avril 2006, pages 4

18 *Ibid.* p.4

19 *Ibid.* p.4

médecine. Le soin étant à l'origine de la médecine, il nous semble indispensable d'effectuer ce rappel par l'intermédiaire de G. Camguilhem.

L'arrêté du 5 septembre 1972 innove avec un nouveau programme d'une durée de 28 mois. L'autonomie de l'infirmière se dessine avec les soins liés aux fonctions de continuité et d'entretien de la vie, ainsi que les soins curatifs (Noel-Hureaux, 2013).

La loi du 31 mai 1978 marque une étape fondamentale, car elle acte définitivement l'autonomie de l'infirmière en articulant deux axes. D'une part, le rôle propre désigne le domaine spécifique dans lequel lui sont reconnus une autonomie, une capacité de jugement et d'initiative. D'autre part, le rôle prescrit correspond à l'application des prescriptions médicales et de la surveillance des effets secondaires ou complications qui pourraient en découler. La profession est également étendue à la formation, l'encadrement, l'éducation et la prévention en matière de santé et d'hygiène.

L'arrêté du 23 mars 1992 inclut la mise en place du diagnostic infirmier formulé par l'infirmière, confirmant que le rôle propre s'appuie sur une pensée autonome. De 1992 à 2009, la formation dure 3 ans et demi, les écoles d'infirmières deviennent des Instituts de Formations en Soins Infirmiers (IFSI) et les élèves, des étudiantes en soins infirmiers (ESI). C'est une formation professionnelle, supérieure, non-universitaire reconnue au niveau bac +2, ce qui limite la poursuite des études. Durant cette période, la formation est répartie entre les stages et les enseignements théoriques. Ces derniers sont réalisés par des cadres formatrices. Des Mises en Situation Professionnelle (MSP) ont lieu deux fois par an. Ce sont des évaluations basées sur la réalisation de soins dans le service hospitalier où se déroule le stage de l'étudiante. Les MSP se déroulent avec une cadre de santé du service et une cadre formatrice de l'IFSI. Les étudiantes effectuent 5 stages d'une durée de quatre semaines par an. On distingue des modules transversaux (ex : les sciences humaines, la santé publique et la législation) déployés sur la temporalité de la formation et des modules de soins qui font référence à un domaine médical (ex : cardiologie, pneumologie et urologie).

Ce curriculum de formation met l'accent sur la transmission des connaissances aux étudiantes par des formatrices ayant une expertise solide des soins infirmiers. Dans ce contexte, les étudiantes sont formées à partir d'objectifs de formation très précis issus des modules. Quant à

l'apprentissage, il est développé principalement grâce à des exposés magistraux à l'IFSI. « *La pédagogie traditionnelle se caractérise essentiellement par la transmission, relativement passive, de connaissances surtout théorique mettant davantage l'accent sur la quantité de savoirs acquis que sur leur utilisation dans la pratique.* » (Krol, 2013, p.60). On dénombre plus de 28 modules répartis sur la totalité de la formation, « *On sait que l'absence de référentiel favorise une hypertrophie des connaissances disciplinaires au détriment du développement des compétences* » (Tardiff, 1996, cité par Perrenoud 2001). Cette organisation alimente l'écart entre la théorie qui s'effectue à l'IFSI et la pratique qui se déroule en stage dans les structures de soins, malgré l'alternance intégrative. Dès lors, il existe un délai entre l'acquisition des connaissances théoriques et leur application. Cela ne garantit pas une pratique professionnelle compétente répondant aux besoins spécifiques de la personne soignée. Quand au concept du *care*, il n'est pas abordé durant cette formation. Cette organisation correspond à l'apprentissage que nous avons connu durant nos années de formation à l'IFSI.

Enfin, le 31 juillet 2009, l'arrêté relatif au Diplôme d'État d'Infirmier est publié au journal officiel. Il comporte dans ses annexes un référentiel d'activités, un référentiel de compétences et un référentiel de formation. Cet arrêté signe l'entrée de cette formation dans le système L-M-D. Au cours de l'histoire, la professionnalisation des soins infirmiers a évolué en passant d'un paradigme religieux, professionnel et enfin universitaire.

1.3 L'universitarisation de la formation des soins infirmiers

Pour introduire notre sujet, le *care* dans l'activité formative, il me semble indispensable d'évoquer le contexte actuel de cette formation. Mais comment évoquer l'universitarisation sans s'interroger sur sa racine étymologique université ? Le substantif université vient d'universitas, mot attesté entre 1214/1218 en latin médiéval et « *signifie une assemblée ou une corporation de maîtres et/ou d'élèves*²⁰ ». Le terme universitarisation désigne le processus qui rend universitaire cette formation, alors qu'elle existait auparavant ailleurs qu'à l'université (Bourdoncle, 2007). « *On peut dire qu'il y*

20 <https://www.cntrl.fr/definition/universite/> consulté le 12/04/2020

a universitarisation lorsque les institutions de transmission des savoirs d'un secteur professionnel, ces savoirs eux-mêmes et les formateurs qui les transmettent se trouvent en quelque sorte absorbés par l'université. » (Bourdoncle, 2007, p.138). Ce processus a débuté par l'Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'État d'infirmier et résulte de la déclaration de Bologne de juin 1999. L'objectif de cette déclaration est d'harmoniser le système de l'enseignement supérieur, en vue de faire de l'Union Européenne un espace d'enseignement supérieur compétitif. Ce principe se fonde sur une architecture en trois grades : Licence, Master, Doctorat.

1.3.1 Le processus d'universitarisation

L'arrêté du 31 juillet 2009 inclut dans ses annexes un référentiel d'activités qui décrit les 9 activités du métier : un référentiel de compétences qui décline les dix compétences à acquérir, ainsi qu'un référentiel de formation qui relate l'organisation de cette formation. Ces référentiels instituent l'approche par compétence et une articulation tripartite entre IFSI, université et structure de soins. *«Plusieurs IFSI sont regroupés et affiliés à la même université»*²¹. L'université enseigne des savoirs théoriques sous forme de cours magistraux, tandis que l'IFSI enseigne des unités d'enseignements nommés cœur de métier. *« Il s'agit plus spécifiquement des savoirs-faire et concepts en soins infirmiers »*²². Les structures de soins assurent l'apprentissage des savoirs et savoirs-faire auprès des patients dans un environnement professionnel apprenant réel, et bienveillant²³.

Depuis 2009, le diplôme d'infirmière est reconnu au grade licence, avec la capitalisation de 180 ECTS et les étudiantes peuvent à présent poursuivre un cursus universitaire. Cette perspective offre des trajectoires de carrières variées, par l'accession à de multiples masters post licence (ex : santé publique, sciences de l'éducation, droit du travail etc..). Les étudiantes en soins infirmiers peuvent désormais monter en compétences sans passer des concours. Ces derniers, étaient les seuls accès pour une évolution professionnelle (ex : école des cadres). Le processus d'universitarisation se poursuit avec l'intégration de la formation infirmière dans parcours sup en septembre 2019. Ceci vient abroger le concours et assoit les futurs

21 Guibert, V. (2019). *Les cadres de santé formateurs en recherche d'une nouvelle identité à l'heure de l'universitarisation*. (Master 2 CPRE, CNAM Paris) p.46

22 *Ibid.* p.46

23 *Ibid.*

professionnels dans un cursus universitaire. Quant au personnel de formation, l'universitarisation ouvre aux cadres formatrices (niveau master 1) la perspective d'accéder au statut d'enseignante-chercheuse par la poursuite d'un parcours universitaire.

La professionnalisation du métier d'infirmière par l'universitarisation passe par la formalisation de référentiels d'activités de compétences et de formation. Ce nouveau curriculum de formation introduit l'approche par compétence pour l'exercice des différentes activités du métier d'infirmier. Dès lors, la construction de connaissances et de savoir-faire sont reliés à des situations professionnelles, afin de permettre leur intégration cognitive, et par extension le développement des compétences. La formation par compétences impulsée par l'universitarisation constitue un changement de paradigme dans les méthodes d'enseignements tri-site : IFSI, université et structure de soins. En effet, elle associe des savoirs-faire contextualisés dans des situations de soins, des savoirs théoriques à travers des cours magistraux et l'enseignement clinique (constitué de savoirs théoriques, techniques, organisationnels et relationnels).

1.3.2 L'origine des savoirs

Le *care* dans l'activité formative pose le sujet du développement des savoirs et l'universitarisation influence ce fait. Les universités de Salerne et Montpellier sont nées de la transmission des savoirs médicaux au XIII^e siècle (Bourdoncle, 2007). Elles ont été fondées par des hommes d'Églises (prêtres et clercs) (Collière, 1982). Ces derniers proscrivent tout savoir acquis par les guérisseuses entre le Ve et le XIII^e siècle, et proclament qu'aucune femme doit dispenser des soins sans avoir effectué d'études médicales. Par conséquent, «*le soin qui était à l'origine de la médecine se sépare au Moyen âge*» (Lefève, 2006, p.1). *De facto*, les prêtres et les clercs deviennent les premiers étudiants des facultés de médecine et donc, les femmes y sont interdites. En 1270, un décret est publié, interdisant l'exercice de la médecine à ceux qui n'avaient pas suivi son enseignement, alors que les femmes s'y illustraient depuis l'Antiquité.

Les IFSI et les structures de soins sont des lieux de développement des savoirs par la transmission, la corporéité et la mimésis. Or, l'université se distingue des instituts de formation professionnelle par les savoirs qu'elle

transmet. En effet, ce sont des savoirs mis en mots, transmis oralement et par écrit par des professeurs, ils sont donc des savoirs «professés»²⁴. *«Cette place centrale de l'écrit est une exigence de la méthode utilisée, la scolastique basée sur la lecture, le commentaire et la discussion, méthode qui, ce faisant, produisait des savoirs nouveaux à partir de savoirs anciens.»*²⁵. Actuellement, les savoirs théoriques des étudiantes en soins infirmiers sont enseignés à l'université par des enseignants, et sont co-construits avec des cadres formatrices. Quant aux savoirs du corps et de l'action, ce sont des savoirs-faire qui constituent le socle des formations professionnelles dont la formation des soins infirmiers. Ils sont également incorporés dans des gestes que l'on imite²⁶. Ces savoirs du corps sont développés à l'IFSI mais également dans les structures de soins durant la période de stage des étudiantes. Les IFSI ne sont pas des lieux de création de savoirs. Pour cela, les cadres formatrices doivent changer de statut. Effectivement, *«...tous ces savoirs du corps, qui s'apprennent par imitation et dressage, et non par le seul travail avec des mots, ne pouvaient s'enseigner à université, lieu de l'écrit»*²⁷. Cette synergie entre les savoirs «professés» et les savoirs du corps offrent à l'universitarisation de cette formation un apprentissage global. Dès lors, une nouvelle infirmière est donc attendue avec l'universitarisation. D'une part, nous assistons au processus d'universitarisation des formations professionnelles et d'autre part, ce processus a pour conséquence inverse : la professionnalisation des universités. Dans cette recherche, nous ne développerons pas ce processus inverse, mais voici une hypothèse intéressante à ce sujet :

Il est possible, que dans les années à venir, les IFSI soient « absorbés » par les universités. Ceux-ci fermeront et des départements en sciences infirmières ouvriront dans chaque université. De ce fait, qui réalisera les enseignements de cette formation ? Dans cette vision prospective, les savoirs théoriques seront enseignés par des enseignants universitaires (ex : biologie, pharmacie, anatomie etc.). Les savoirs-faire par des professionnels du terrain lors des stages et des cadres formatrices (praticiens non universitaires), qui seront complètement externalisés. Le processus d'universitarisation n'étant pas achevé, cette hypothèse reste plausible. Néanmoins, le risque ultime est

24 Bourdoncle, R. (2007). Autour du mot « Universitarisation ». Recherche et formation. N°54-2007, pages 135-149

25 *Ibid.* p.137

26 *Ibid.*

27 *Ibid.*

la dévalorisation des enseignements pratiques, donc l'apprentissage par les pairs et la valorisation des enseignements théoriques. Nous l'avons vu dans les lignes précédentes, les savoirs « *professés* » sont les soubassements des universités. Bien entendu, cette réflexion reste hypothétique, mais elle mérite d'être écrite et connue des lecteurs de cette recherche.

1.3.3 Le statut des cadres formatrices

Les universités recrutent leurs enseignants essentiellement sur la base de leurs travaux de recherche. De leur côté, les IFSI recrutent des cadres formatrices ou des formatrices possédant un master 2, mais ayant dans les deux cas une expérience significative en soins infirmiers. Que se passe-t-il lorsque ces personnels sont touchés par l'universitarisation ? En 2009, suite à la publication de l'arrêté, les cadres de santé formateurs pouvaient accéder à un niveau master 1 par une VAE. Cette procédure concernait uniquement les cadres ayant obtenu leur diplôme avant 2009. Désormais, le diplôme de cadre de santé est automatiquement associé à l'attribution d'un master 1. Ainsi, les formatrices des IFSI sont incitées à remplir progressivement les conditions de recrutement universitaire ordinaire (la thèse) pour qu'elles puissent accéder au statut d'enseignante-chercheuse. À ce jour, il n'y a pas de statistique sur le nombre de cadres formatrices possédant un master 2 ou une thèse, mais nous savons que ces diplômes sont fortement recommandés. D'ailleurs, ces dernières années, nous assistons à un accroissement des cadres formatrices dans les filières de master en sciences de l'éducation au CNAM (CPRF et CIDC). Ce constat empirique appuie notre propos. Cette condition est la seule alternative pour qu'il puisse y avoir création des savoirs infirmiers dans les IFSI. Néanmoins, « *la transformation du praticien en enseignant-chercheur finit par faire disparaître son activité pratique au profit des deux autres* » (Bourdoncle, 2007, p.146).

Actuellement, nous ne sommes pas à ce stade du processus d'universitarisation. Cependant, nous pensons qu'il faudra intégrer la pratique, soit l'application des connaissances que l'on enseigne (Bourdoncle, 2007), comme une dimension inséparable du travail de recherche universitaire pour les cadres formatrices devenues enseignantes-chercheuses.

1.4 La place du *care* dans les référentiels

L'annexe 1 de l'arrêté du 31 juillet 2009 correspond au référentiel d'activités. Il décrit avec précision les 9 activités du métier rédigées en termes de capacités devant être maîtrisées par les professionnels et attestées par l'obtention du diplôme d'État. Mais, qu'entend-on par activité ? L'activité est ce que réalise réellement l'infirmière dans son quotidien. Les voici :

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

Les activités déclinées sont celles qui sont le plus souvent réalisées, mais elles ne sont pas exhaustives. Elles peuvent être modifiées selon les spécialités (ex : cardiologie, orthopédie, oncologie), les lieux d'exercices (ex : EHPAD²⁸, MAS²⁹, FAM³⁰), ou les organisations. Les activités susmentionnées déclinent en quelques mots la définition même de la profession d'infirmière dans ses différents aspects : formation, profession et soins (Noel-Hureau, 2013, p.6). Concernant notre objet, le *care*, il peut signifier le souci des autres, l'attention aux autres, le soin mutuel, la sollicitude ou le prendre soin. Nous dénombrons six activités (1, 2, 3, 5, 6 et 8) corrélées à ce concept. Voici des extraits de descriptions de ces activités :

- Le recueil de l'expression de la personne pendant la réalisation des soins (activité 1),

- La réalisation de soins visant le bien-être et le soulagement de la souffrance physique et psychologique (activité 2),

- Écoute de la personne et de son entourage (activité 3),

²⁸ Établissement hébergement pour personnes âgées dépendantes.

²⁹ Maison d'accueil spécialisée.

³⁰ Foyer d'accueil médicalisé.

- Réalisation de soins visant au soulagement de la souffrance (activité 5),
- Organisation de soins (activité 6)
- L'accompagnement afin de transmettre les valeurs soignantes (activité 8).

Ce sont donc six activités liées directement au *care*, de ce fait, il constitue bien le socle des soins infirmiers.

Le référentiel de compétences en présente dix, chacune validée par l'acquisition de connaissances et de savoirs-faire reliés à des situations professionnelles. Chacune des dix compétences sont également décrites avec précision. Les voici :

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

Dans ce contexte, la compétence s'entend comme une combinaison des connaissances, des savoirs-faire, des expériences et des comportements s'exerçant dans un contexte précis (Perrenoud, 2001, Le Boterf, 2000). L'acquisition de ces 10 compétences est effectuée par des critères d'évaluations et des indicateurs. Ainsi, ces 10 compétences susnommées, 8 (1, 2, 3, 4, 5, 6, 9 et 10) sont directement corrélés au *care*. Voici ci-dessous, les descriptions les plus significatives pour chaque compétence liée au concept étudié :

- Évaluer les besoins de santé (compétence 1)
- Accompagner et guider la personne dans son parcours de soins (compétence 2)

- Adapter les soins quotidiens aux besoins de la personne (compétence 3), conduire une relation d'aide thérapeutique (compétence 4)
- Accompagner une personne ou un groupe de personnes (compétence 5), accueillir et écouter une personne en situation de demande de santé ou soin (compétence 6)
- Instaurer et maintenir les liaisons avec les acteurs (compétence 9),
- Prise en charge des personnes pour animer des séances d'information (compétence 10)

Ces descriptions des compétences en lien avec notre objet prouvent à nouveau que le *care* fait partie intégrante de cette profession.

Quant au référentiel de formation, il a pour objet de « *professionnaliser le parcours de l'étudiante, lequel construit progressivement les éléments de sa compétence à travers l'acquisition de savoirs et savoirs-faire, attitudes et comportements*³¹ ». Ce référentiel de formation est articulé autour de l'acquisition des compétences requises pour l'exercice du métier d'infirmière. On y trouve :

- les principes pédagogiques (dont la posture pédagogique des formatrices)
- la durée de la formation
- l'attribution des crédits européens
- la formation théorique
- la formation clinique en stage

Au regard de notre objet, notre réflexion sur ce référentiel concerne uniquement les principes pédagogiques et plus particulièrement la posture des formatrices. Nous saisissons cette porte pour entrer dans notre sujet. Dans une partie s'intitulant «La posture pédagogique», « *Elles relèvent d'une pédagogie différenciée. Elles s'appuient sur des valeurs humanistes ouvertes à la diversité des situations vécues par les personnes.* » Ici, la dimension axiologique des cadres formatrices est instituée avec « *les valeurs humanistes* ». L'humanisme est consubstantiel au *care* et le souligner dans les principes pédagogiques indique indubitablement que ce concept peut

³¹ Profession infirmier : recueil des principaux textes relatifs à la formation préparant au diplôme d'État et à l'exercice de la profession, à jour le 20/07/2019, Réf 531200 Berger-Levrault (1907).

s'exprimer dans l'activité pédagogique, notamment, dans la notion de « pédagogie différenciée ». En effet, dans cette pédagogie, les étudiantes sont au centre du dispositif, car l'objectif est le développement des compétences de celles-ci. Cette approche tente de répondre à l'hétérogénéité des promotions par des pratiques s'adaptant à chaque étudiante. La différenciation pédagogique résulte donc de l'action de la cadre formatrice. Différencier signifie analyser, adapter ses méthodes et l'environnement d'apprentissage pour prendre en considération les besoins et les caractéristiques des étudiantes. Ainsi, le *care* a toute la latitude pour s'exprimer dans l'activité pédagogique. Ces prémices seront développés plus en détails dans notre cadre théorique.

1.5 Les prémices de notre recherche

Notre passage par l'origine des soins infirmiers et sa formation permet de saisir la signification originelle et primordiale de ceux-ci : celle de maintenir, promouvoir et développer tout ce qui existe ou tout ce qui reste de potentiel de vie au sein des êtres vivants³².

La pratique du soin est initialement une pratique séculaire et féminine. Pendant des siècles, les femmes ont été autodidactes et sans diplômes, « *transmettant leur expérience de voisine à voisine, de mère à fille* »³³. L'accumulation des savoirs des femmes sera perçue comme une menace pour les hommes d'Église en occident. Ainsi, progressivement du Ve au XIII siècle, une nouvelle conception des soins émerge, promu par les hommes d'Église et déniait l'interrelation corps-esprit.

Pour les femmes, dédier sa vie à Dieu par le choix de la virginité devient un acte d'affranchissement social devenant ainsi des femmes consacrées (religieuses) et pouvant avoir quelques activités soignantes dans les Maison-Dieu ou Hôtel-Dieu. En outre, les découvertes du XIXe siècle s'amplifient, les médecins doivent déléguer certains soins médicaux à des auxiliaires. C'est le début de la professionnalisation des soins infirmiers construit sur un double modèle : le modèle ancien, directement issu de la femme religieuse et celui de l'auxiliaire du médecin.

32 Collière, M-F.(1982). "*Promouvoir la vie; de la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers*". Paris : InterEditions/Masson

33 *Ibid.* p.44

La professionnalisation se poursuit progressivement avec des pionnières telles que Florence Nightingale et Léonie Chaptal. La formation est jalonnée par de nombreuses réformes. Enfin, le 31 juillet 2009, l'arrêté relatif au Diplôme d'État d'Infirmier est publié au journal officiel. Il signe l'entrée de cette formation dans le système L-M-D, le processus d'universitarisation est donc lancé. Les référentiels situés en annexes de l'arrêté décrivent les activités du métier d'infirmière et l'approche par compétence. Une alternance tripartite entre IFSI, université et structure de soin est désormais instaurée. Le diplôme d'infirmière est reconnu au grade licence avec la capitalisation de 180 ECTS et les étudiantes peuvent à présent poursuivre un cursus universitaire. Cette perspective offre des trajectoires de carrières variées par l'accession à de multiples masters post licence. De plus, notre recherche a démontré que la professionnalisation du métier d'infirmière a changé trois fois de paradigme : religieux, professionnel et enfin universitaire.

Le sujet de ce mémoire situé dans une démarche inductive est le *care* dans l'activité formative des soins infirmiers à travers la corporéité des formatrices. Il peut signifier le souci des autres, l'attention aux autres, le soin mutuel, la sollicitude ou le prendre soin. Nous aborderons avec précision ce concept dans la partie suivante de ce mémoire. Le *care* est un concept central des soins infirmiers, bien qu'il ne soit pas spécifique à cette profession. « *il n'en demeure pas moins la préoccupation même, le socle sur lequel s'appuie ce qu'en France nous nommons le « coeur de métier.* » (Vigil-Ripoche, 2011, p.6).

Pour saisir notre objet, plusieurs entretiens exploratoires ont été menés avec des cadres formatrices dans divers IFSI de la région parisienne. L'ambition était de donner une direction à cette recherche sur le *care* dans l'activité formative. Notre première intention était de nous orienter sur son enseignement à travers le curriculum de formation, en réalisant une focale sur les UE nommées sciences infirmières. Finalement, ces entretiens exploratoires nous ont réorientés sur une dimension implicite de l'apprentissage. Effectivement, le *care* était présent en filigrane tout le long des entretiens à travers la corporéité des formatrices. Cette corporéité était là, devant nous, prête à être saisie pour une recherche, en l'occurrence la nôtre. Elle s'imposait à nous d'une façon indiscutable. Dès lors,

l'apprentissage du *care* à travers la corporéité des formatrices, à savoir les gestes, les postures, et l'éthos professionnel sont devenus notre nouvelle orientation. Comment ces éléments influencent les étudiantes dans la compréhension de ce concept ? Nous aboutissons à cette question de départ : **Comment le *care* est incorporé dans les pratiques de formation à travers l'activité des formatrices ?**

2. UNE APPROCHE CORPORELLE DU CARE DANS L'ACTIVITÉ FORMATIVE DES SOINS INFIRMIERS

2.1 Les significations du *care*

Pour saisir ce qu'est le *care*, il convient d'en déplier les significations. Ce concept ne trouve pas de traduction adéquate en français. Par conséquent, il existe une multitude de traductions possibles comme le souci des autres, l'attention aux autres, le soin mutuel, la sollicitude ou le prendre soin. Il n'existe pas non plus de consensus sur son sens. Pourtant, nous retrouvons dans son étymologie anglaise *caru*, *cearu* qui signifie soins, souffrance, douleur, chagrin, mais aussi « *to cure qui vient du latin curare qui signifie to care for, take care for* » (Rothier-Bautzer, 2012, p.296).

Le *care* est un concept introduit par Carol Gilligan en 1982. C'est une psychologue et philosophe féministe américaine. Elle fut la première à introduire ce concept qui valorise le souci des autres : le *care*. Une recherche sur ce thème ne peut se mener sans citer cet ouvrage de référence dans le domaine des études féministes. Son interprétation des différences empiriques entre les conduites morales des hommes et des femmes eut un retentissement majeur. Pour cette auteure, le *care* « *se définit par un souci fondamental de bien-être d'autrui et centre le développement moral sur l'attention aux responsabilités et à la nature des rapports humains* »³⁴. Cette définition humaniste est portée sur la conception relationnelle des rapports humains, sur notre façon d'habiter le monde. Son ouvrage *Une voix différente* paru aux États-Unis en 1982 constitue une réalisation majeure par le prisme avec lequel elle aborde son sujet : l'expérience des femmes. À ce sujet, l'auteure affirme ceci : « *La voix différente que je décris n'est pas caractérisée par son genre, mais par son thème. Qu'elle soit associée aux femmes est le résultat d'une observation empirique. J'ai pu l'identifier et suivre ses étapes en me mettant à l'écoute de voix féminines. Mais cette association n'est pas absolue* »³⁵.

Son propos dans cet ouvrage est de remettre en cause des certitudes bien établies sur la morale. L'objectif est de faire surgir des pratiques, des modes de pensée enracinés dont le souci des autres est sous-estimé, car

34 Gilligan, C. (1982). *Une voix différente la morale a-t-elle un sexe?* Barcelone, Flammarion p.14

35 *Ibid.* p.8

largement exercé par des femmes. « *Il n'est donc pas contradictoire que de nombreuses femmes se reconnaissent psychologiquement dans l'éthique du care et qu'il faille pourtant en affirmer politiquement la neutralité en termes de genre : ni féminine, ni masculine* ». (Molinier, Laugier et Paperman, 2009, p.12). La résolution des différents dilemmes moraux abordés par les femmes englobent des critères relationnels et contextuels, et non pas la loi et l'impartialité, comme c'est le cas dans l'éthique de la justice.

Pour Joan Tronto, philosophe américaine le *care* ne doit pas s'en tenir uniquement à un développement moral comme le définit Gilligan. C'est une : « *Activité caractéristique de l'espèce humaine, qui recouvre tout ce que nous faisons dans le but de maintenir, de perpétuer et de réparer notre monde, afin que nous puissions y vivre aussi bien que possible. Ce monde comprend nos corps, nos personnes et notre environnement, tout ce que nous cherchons à relier en un réseau complexe en soutien à la vie* »³⁶. Avec cette définition, Tronto, nous délivre sa vision holistique de l'humanité, interdépendante de l'homme et de son environnement. Ainsi, il serait une activité, une aptitude particulière de l'espèce humaine, signant notre humanité et nous reliant au monde du vivant. « *Aucun être humain ne peut se suffire à lui-même ; fondamentalement vulnérables et interdépendants* » (Brugère, p 7). La force de cette définition repose sur la combinaison du *care* comme action pour soi, pour les autres, et comme disposition humaine.

Mais, cette philosophe ne s'arrête pas là, elle décrit quatre phases du *care*, et a ensuite ajouté des dimensions morales à chacune de ces phases. Les voici :

- ***Caring about*** traduit par le fait de se soucier de quelqu'un ou de quelque chose. « *Le fait de se soucier de quelqu'un implique en premier lieu la reconnaissance d'un besoin de care ; est nécessaire à la qualité morale spécifique de l'attention à l'autre, qui consiste à reconnaître ce dont l'autre a besoin* »³⁷.

- ***Caring for*** traduit par le prendre soin. « *Prendre soin suppose d'assumer la responsabilité du travail de care qu'il faut accomplir* »³⁸.

- ***Care giving*** traduit par soigner quelqu'un. « *Le fait de soigner est le travail concret du care. Je lui attache la qualité morale de la compétence, qui bien*

36 Molinier, P. Laugier, S et Paperman, P. (2009). "Qu'est-ce que le *care* ?" *Souci des autres, sensibilité, responsabilité*. Paris : Payot&Rivages

37 *Ibid.*

38 *Ibid.*

que souvent comprise comme une question technique, peut également très bien se comprendre, je pense, comme une catégorie morale »³⁹.

- *Care **receiving** traduit par être objet de soin. « Être objet du soin est la réponse de la personne dont on a pris soin . Il ne s'agit pas du seul devoir de la personne qui a bénéficié du care. Cela implique que tous ceux qui sont impliqués dans le processus du care évaluent la qualité de la mise en œuvre du processus du care. On peut dispenser du care à la maison, au sein des institutions sociales et à travers les mécanismes du marché »⁴⁰.*

Concernant la phase intitulée **caring for**, effectivement, nous ne pouvons pas décrire le *care* sans évoquer son corollaire moral évident : la responsabilité. C'est un principe selon lequel chacun doit répondre des conséquences de ses actes ou de ses non-actes. C'est aussi l'obligation de réparer le dommage que l'on a causé à autrui. Cette notion fait partie intégrante de l'exercice des infirmières par leur appartenance au système de santé. Tronto donne une dimension sociale et politique de la responsabilité : « *Il s'agit de considérer comment quelque chose que nous avons fait, ou n'avons pas fait, a contribué à l'apparition de besoins de soin, et nous devons dès lors nous en soucier »⁴¹. Ici, nous entendons la responsabilité comme la prise en charge de ce qui a été constaté chez un patient. L'objectif étant de répondre au besoin identifié, tout en sollicitant la participation de ce dernier. La responsabilité fait donc partie du processus du *care*. Carole Gilligan et Joan Tronto sont toutes les deux américaines, l'une a introduit ce concept au devant de la scène en mettant l'accent sur le développement moral. L'autre l'a développé en le définissant comme un processus social et en proposant un point de vue politique que nous discuterons plus loin dans notre cadre théorique⁴². Ces auteures sont des pionnières dans leurs conceptions du souci des autres.*

39 Molinier, P. Laugier, S et Paperman, P. (2009). "Qu'est-ce que le *care* ?" *Souci des autres, sensibilité, responsabilité*. Paris : Payot&Rivages. p.38.

40 *Ibid.*

41 *Ibid.* p.44.

42 2.1.2 Un concept politique.

2.1.1 La réception française

À ce stade de notre réflexion, faisons un détour par la réception française du *care*. Pascale Molinier, Sandra Laugier et Patricia Paperman ont participé à l'introduction de ce concept en France. Leur livre « Qu'est-ce que le *care* : souci des autres, sensibilité, responsabilité » paru en 2009 développe une réflexion autour de ce concept déployé sur trois axes : la politique, le travail et l'expression publiques. Ces axes sont étayés d'un point de vue Européen et Américain. Au niveau politique, le *care* est une activité complexe dont l'organisation même produit des inégalités diverses : l'accès aux soins, mais aussi de chances, de capacités de vie et de pouvoir⁴³. Quant au travail, c'est l'assignation des femmes au *care* qui est le sujet, plus précisément des femmes afro-américaines au début du XXe siècle. Ces auteures montrent que cette assignation est toujours d'actualité, car désormais ce sont les minorités ethniques qui le réalisent. Quant à son expression publique, il renvoie à une réalité bien ordinaire : le fait que des gens s'occupent des autres. L'assignation des femmes et des minorités à ces activités a renforcé le rejet de la sphère publique, les réduisant au rang de sentiments privés dénués de portée morale et politique⁴⁴.

Dans son livre qui s'intitule « L'Éthique du *care* » paru en 2011, Fabienne Brugère aborde ce concept comme une éthique qui se fonde dans la nécessité de considérer les humains comme des êtres relationnels et incarnés⁴⁵. Elle s'attache à montrer qu'il existe bien une caring attitude, une façon de renouveler le problème du lien social par l'attention aux autres⁴⁶. Pour cette auteure, l'éthique du *care* concerne différentes formes d'attention aux autres que l'on peut traduire par les concepts de sollicitude et de soin. Le premier exprime la capacité à se soucier des autres. Le second regroupe un ensemble d'activités ou de pratiques sociales qui problématisent le fait de prendre soin et de recevoir le soin. Cependant dans cet ouvrage, l'auteure constate que la définition du *care* délivrée par Gilligan est centrée sur le développement moral. Pour elle, cette morale a un autre nom : l'éthique. D'un point de vue étymologique, l'éthique vient du grec *ethikos*, moral et de *ethos*, mœurs. Il

43 Molinier, P. Laugier, S et Paperman, P. (2009). « Qu'est-ce que le *care* ? » *Souci des autres, sensibilité, responsabilité*. Paris : Payot&Rivages.

44 *Ibid.*

45 Brugère, F.(2017). *L'éthique du «care»*.Paris : Que sais-je ?

46 *Ibid.* p.3.

peut être défini comme une science qui traite des principes régulateurs de l'action et de la conduite morale⁴⁷. Après Gilligan, le courant de pensée du *care* sera caractérisé par le nom d'éthique, d'où le titre du livre. Selon cette auteure « *l'éthique se nourrit des récits des gens et de l'allure qu'ils donnent à leur vie* »⁴⁸ tandis que la morale « *se nourrit de grands principes qu'il faut expliciter, transmettre...Elle admet mal les cas particuliers et les récits de vie décalés ou atypiques* »⁴⁹. Ainsi, l'éthique du *care* commence par un souci de l'autre dans sa singularité.

2.1.2 Un concept politique : pour une démocratie sensible

Politique est un nom issu du grec *politikos* qui signifie, de la cité. La politique recouvre tout ce qui a trait au gouvernement d'un État, l'organisation des pouvoirs, la conduite des affaires publiques⁵⁰. Le concept du *care* a été introduit par Carole Gilligan en 1982 dans l'Amérique de Reagan. Est-ce un hasard ? Cette époque célèbre l'individu entrepreneur, intéressé à posséder davantage dans une société de marché auto-régulée⁵¹. Le *care* avec sa conception humaniste d'interdépendance des êtres humains se présente comme un antagoniste de cette politique, « *Plus généralement, elle se situe dans un courant d'idées qui défend que tous les liens humains ne peuvent être ramenés à des échanges marchands* »⁵². Nous rappelons que les richesses des uns ne sont possibles que parce que d'autres, des femmes, des immigrés, des migrants se portent garants des tâches de soin (des enfants, des personnes âgées etc). Le *care* vient rappeler la nécessité de créer de nouvelles politiques sociales en lien avec toutes les formes de vulnérabilités, tels que la pauvreté, les discriminations et les enjeux environnementaux.

Le *care* concerne les individus, l'environnement et aussi les institutions (structures de soins, les écoles et les autres lieux de vie). Il appelle une activité d'accompagnement, de maintien ou de restauration de l'être⁵³. Nous l'avons évoqué dans l'historique, le *care* participe à assurer la continuité de la vie du groupe, il appartient à une conception du vivre ensemble promouvant une morale non-marchande : c'est donc un enjeu sociétal. Le *care* refait

47 <https://www.cntrl.fr/definition/éthique/> consulté le 16/04/2020

48 Brugère, F.(2017). *L'éthique du «care»*.Paris : Que sais-je ?

49 *Ibid.* p.34

50 <http://www.toupie.org/Dictionnaire/Politique.htm>

51 *Ibid.*

52 *Ibid.* p.9

53 *Ibid.* p.83

surface dans diverses disciplines (soins infirmiers, philosophie et sociologie) durant les périodes où le néolibéralisme et le capitalisme sont exacerbés. En effet, il participe à un questionnement plus profond pour promouvoir d'autres logiques sociales que la logique marchande.

Par ailleurs, en France le *care* est devenu un objet d'étude multi-référentiel ces dernières années. Ce concept est repris à la fois par des philosophes, des sociologues, des personnalités politiques, des soignants et des travailleurs sociaux. Pour exemple, en 2010 Martine Aubry, alors première secrétaire du Parti socialiste français, déclare : « *Il faut passer d'une société individualiste à une société du care* ». Cette phrase est extraite d'une interview intitulé la « La société du soin mutuel » qu'elle a réalisé pour Médiapart le 2 avril 2010. Elle y décrit ses projets pour le PS et lance un appel "à une société du bien-être et du respect, qui prend soin de chacun et prépare l'avenir" et fustige "le matérialisme et le tout-avoir". Dès lors, le *care* s'invite dans les débats politiques et propose une autre perspective que le néolibéralisme et l'individualisme : « *l'éthique du care est profondément démocratique. En ce sens, elle est, comme le multiculturalisme, une politique de la reconnaissance de la différence* »⁵⁴.

Ces dernières années, plusieurs crises sociales (gilets jaunes, personnels soignants, avocats etc...) se sont succédées, révélant un déficit du *care*. Ces crises ont permis de mettre au devant de la scène la pauvreté, la précarité et l'injustice sociale qui gangrènent le quotidien d'une catégorie de personnes oubliées et invisibles de notre société. « *Le care renvoie à une réalité bien ordinaire que nous ne voyons pas parce que précisément elle se définit par l'invisibilité* »⁵⁵. Pour qu'une société du *care* puisse naître, il est indispensable que chaque voix soit entendue et respectée. « *Faire entendre toutes les voix, et particulièrement celles qui ne participent pas aux processus de décision, quels qu'ils soient. Si s'occuper des autres doit se faire dans le silence, c'est la preuve que nos sociétés ne sont pas encore totalement démocratiques* »⁵⁶. La finalité vers laquelle doit tendre le *care* au niveau politique est de rendre la société aussi démocratique que possible : « *De cette manière, l'inclusion du care dans les activités, les intérêts et la vie*

54 Brugère, F.(2017). *L'éthique du «care* ».Paris : Que sais-je ?

55 Molinier, P. Laugier, S et Paperman, P. (2009). "Qu'est-ce que le *care* ?" *Souci des autres, sensibilité, responsabilité*. Paris : Payot&Rivages p.165

56 *Ibid.* p.26

des citoyens démocratiques représentent véritablement la prochaine frontière (et peut-être la dernière) à franchir pour la théorie de la démocratie »⁵⁷.

La crise sociale que nous vivons est corrélée à la crise du système de santé, elle-même exacerbée par l'épidémie du COVID-19. Cette crise est importante à mentionner. D'une part, notre sujet concerne l'apprentissage du *care* dans l'activité formative pour les professionnels infirmiers en devenir. D'autre part, une grande partie de l'écriture de ce travail s'est déroulé durant cette période. *Ipsa facto*, faire un détour par la crise sanitaire nous semble indiscutable, car les structures de soins sont les futurs lieux d'exercice des étudiantes. En outre, le *care* est aussi appelé à s'exprimer dans ces structures et particulièrement durant cette période.

La crise générale de notre système de santé est le résultat de vingt années de politiques de restrictions budgétaires. Dans cette recherche, nous ne reviendrons pas sur ces vingt années de réformes hospitalières qui ont été débattues ailleurs à l'occasion de la crise du COVID-19. Le tableau ci-dessous relate les principales lois de 2003 à 2019 (Marie-Odile Safon, 2019, p.38).

Dates	Lois	Principales orientations
2003	Loi d'habilitation n° 2003-581 du 2 juillet 2003 Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003	Plan hôpital 2007 modernisant l'hôpital Remplacement de la carte sanitaire par le territoire de santé Simplification du régime des autorisations Renforcement de la coopération hospitalière
2005	Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005	Nouvelle gouvernance hospitalière Tarification à l'activité (T2A)
2009	Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 «Hôpital patients santé et territoires»	Refonte du statut des établissements hospitaliers Définition des missions de service public hospitalier Création des CHT (Communautés hospitalières territoriales) et des GCSM (Groupements de coopération sanitaire de moyens)
2012	Plan hôpital 2012	Amélioration de l'efficacité de l'offre hospitalière Modernisation technique des établissements
2016	Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé	Réaffirmation du service public hospitalier Création des GHT (Groupements hospitaliers de territoire) Projet territorial de santé mentale
2019	Loi n° 2019-774 du 24 juillet	Développement d'une offre hospitalière

57 *Ibid.* p.40

	2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé	de proximité Création des CPT (Communautés professionnels de territoire) Création du projet territorial de santé (PTS) Renforcement des GHT avec obligation des commissions médicales de groupement
--	---	--

Toutefois, arrêtons-nous sur le plan hôpital 2007 et plus précisément sur la tarification à l'activité (T2A). Ce dispositif de financement introduit en 2005, consiste en l'application d'une logique de résultats plutôt qu'une logique de moyens à travers laquelle le taux d'activité détermine les dépenses hospitalières. Il s'agit d'un mode de financement des structures de soin issu de la réforme hospitalière du plan hôpital 2007. Elle institue un cadre unique de facturation et de paiement des activités hospitalières, qu'elles soient publiques ou privées et quelles que soient leurs spécialités. Ainsi, l'allocation des ressources versée à ces établissements est fondée à la fois sur la nature et le volume de leurs activités médicales (Marie-Odile Safon, 2019). Dès lors, les établissements de santé sont soumis à une logique de résultat, c'est la rationalisation de l'activité. Cette focale sur la T2A permet de saisir le financement des structures de soin et par conséquent les problématiques sous-jacentes. Ainsi, la réduction des séjours, l'augmentation de l'activité et le manque de personnels sont les conséquences de toutes ces mesures.

Comment mettre le *care* au centre de sa pratique soignante pour les étudiantes face à cette crise de notre système de santé ? Les structures du *care* que sont les établissements de santé souffrent de multiples injonctions, comme l'augmentation de l'activité de soin pour accroître la dotation. Le manque de personnel pour diminuer les coûts, avec pour conséquence une diminution de la qualité des soins. La stratégie nationale de santé 2018-2022 affirme que la santé doit être un objectif de toutes les politiques publiques menées en France et dans le monde. Si le *care* n'est pas mis au centre de la politique de santé en France, *in extenso*, il ne peut l'être dans la société. « *Prendre soin du soin lui-même et des institutions qui le fournissent ne sont pas seulement des opérations qui demandent à être reconnues comme telles. Il s'agit bien de déployer une figure inédite de l'attention aux autres et de la responsabilité sociale...* » (Brugère, 2011, p.5).

2.1.3 *Care* et *Cure*, une origine commune

Le concept de *cure* n'est pas lié à notre recherche, cependant une réflexion autour du *care* peut difficilement se faire sans évoquer le *cure*. À nos yeux, ces deux concepts représentent les deux faces d'une même pièce, de plus, ces mots ont la même origine étymologique. Dans son livre « Promouvoir la vie », Marie-Françoise Collière affirme que soigner ne peut se limiter à traiter, c'est également prendre soin. Au niveau des termes anglo-saxons, deux verbes se distinguent to *care* (le soin) et to *cure* (le traitement). Dès lors, le *care* s'est apparenté au « soin » ou au « prendre soin » et le *cure* s'est retrouvé associé à l'activité thérapeutique des médecins. D'autant plus que, au XIXe et XXe siècle, certains médecins occidentaux se préoccupaient uniquement de la maladie et des déficits qu'elle provoquait. Nous l'avons évoqué dans l'historique : cette conception de la médecine est un héritage religieux. Cette indifférence pour le corps et le soin, instituée par l'église, sera à l'origine de la médecine occidentale. « *L'histoire moderne de la médecine peut être lue comme l'histoire du désintéret, voire du mépris de la médecine pour le corps souffrant, et par conséquent, pour le soin* »⁵⁸. En outre, cette dichotomie *care/cure* est contraire à la conception hippocratique de la médecine, « *La clinique hippocratique, en prescrivant l'observation méticuleuse des manifestations de la maladie à même le corps du malade, traduit à la fois l'attention portée à l'effort spontané de guérison de la nature et le souci du malade considéré dans son individualité* »⁵⁹. Pour Walter Hesbeen, « *cette distinction entre le care et le cure, qui confine les groupes professionnels dans des champs différents quoique complémentaires, procède de ce que l'on peut qualifier de pensée disjonctive* » (Hesbeen, 1999, p.2). Pour appréhender le patient dans sa globalité et sa singularité, il est indispensable que le *care* soit associé au *cure* pour délivrer une prise en charge holistique, où le patient serait l'acteur de ses soins.

2.1.4 Le *caring*, une science infirmière ?

Le *caring* est un concept issu du *care* qui a été extrêmement développé Outre-Atlantique au point de le définir comme une science infirmière. En 1971, le philosophe Milton Mayeroff définit le *caring* ainsi « *l'activité d'aider une autre personne à croître et à s'actualiser, un processus, une manière*

58 Lefève, C. (2006). La philosophie du soin. article paru dans *La matière et l'esprit*, n°4: "Médecine et philosophie" (dir. D. Lecourt), Université de Mons-Hainaut, avril 2006, pages 25-34.

59 *Ibid.* p.1

d'entrer en relation avec l'autre qui favorise son développement » (cité par Hesbeen, 1999, p.2). Cette approche philosophique a des points de similitudes avec la définition du *care* de Joan Tronto. Pour ces deux philosophes, nous avons une notion d'activité, mais pour Mayeroff, la personne aidée doit tendre vers un mouvement, un développement. Cette définition du *caring* convoque l'altérité. Pour Joan Tronto qui définit le *care*, cette activité doit favoriser le vivre ensemble en incluant l'environnement et nos propres corps. Elle relie le *care* au monde du vivant. La définition de Mayeroff est ouverte et accessible à tous les groupes professionnels, d'ailleurs, il ne fait même pas de lien avec une activité professionnelle contrairement à Jean Watson. Cette dernière est professeure émérite en sciences infirmières, titulaire de la chaire Murchinson Scoville depuis 1999 en sciences du *caring* à l'université de Denver. Jean Watson expose clairement ses ambitions et son orientation dans son ouvrage intitulé « *The philosophy and science of caring* », sa définition du *caring* est la suivante :

La pratique infirmière quotidienne doit prendre racine dans un système de valeurs humanistes solides qu'il appartient à l'infirmière de cultiver. Ce système de valeurs doit intégrer des connaissances scientifiques pour guider les activités de l'infirmière. **Cette association humaniste-scientifique constitue la base de la science du *caring*.** (...) Afin d'aider les lecteurs à faire la distinction entre discipline infirmière et médecine, nous employons le néologisme *caratif*, par opposition au terme le plus connu de curatif. Les facteurs *caratifs* sont les facteurs que l'infirmière utilise pour prodiguer des soins aux patients. Ces facteurs se fondent sur une philosophie humaniste qui est la clé de voûte de l'approche soignante et qui est étayée par un corpus scientifique ne cessant de s'accroître. Alors que les facteurs curatifs ont pour but de traiter la pathologie d'un patient, les facteurs *caratifs* visent une démarche soignante qui favorise soit le rétablissement (ou le maintien) de la santé soit une mort paisible. (Watson, 1988, cité par Hesbeen 1999)

Dans cette définition, Jean Watson affirme que la pratique infirmière doit prendre racine dans les valeurs humanistes et les connaissances scientifiques, ce qui constitue la base du *caring*. D'après cette conception, le *caring* peut être traduit comme le *care* en action dans une activité professionnelle définie, en l'occurrence celle des soins infirmiers. Nous nous dissociions de la conception de Watson sur deux éléments fondamentaux. Le premier est que celle-ci postule que la pratique infirmière constitue la base de la science du *caring*. Dans une partie précédente, nous avons évoqué le *care* comme un pilier des soins infirmiers, mais n'étant pas spécifique à cette profession. En effet, nous soutenons dans cette recherche que le *care* est une activité qui signe notre humanité, elle est présente dans chaque profession où l'être

humain est au centre de l'activité. Elle est consubstantielle à l'humanisme. En outre, c'est un objet d'étude multi-référentiel abordé en philosophie, médecine, sociologie et politique. Par conséquent, le *care* et sa mise en action le *caring* ne peuvent être le territoire exclusif des infirmières. Le second point est que l'approche de Jean Watson entretient la dichotomie du *care/cure* par le biais des « *facteurs caratifs* » et curatif, soit la pensée disjonctive⁶⁰, « *Une telle pensée est réductrice du réel* »⁶¹. Les « *facteurs caratifs* » s'opposeraient au curatif, car ils sont liés au soin du patient, tandis que, les facteurs curatifs ont pour but de traiter une pathologie. Nous avons déjà évoqué ce fait dans la partie précédente. Nous saisissons cette occasion pour réaffirmer encore une fois que le *care* et le *cure* constituent deux approches complémentaires et indissociables pour réaliser une prise en charge complète d'un patient. L'accompagnement des patients ne peut s'effectuer que dans un contexte pluriprofessionnel par l'intermédiaire d'une démarche interdisciplinaire. Le mot soignant regroupe tous les professionnels constituant l'équipe pluriprofessionnelle dans une structure de soin. « *Il regroupe l'ensemble des intervenants de l'équipe pluridisciplinaire, qui ont tous pour mission fondamentale de prendre soin des personnes, et ce quelle que soit la spécificité de leur métier* »⁶².

2.1.5 Quelques réflexions sur le *care*

Nos lectures nous conduisent à penser que le *care* et le *caring* ne peuvent être spécifiques aux soins infirmiers. Ces concepts appartiennent à tous dans nos relations avec nous-même ou avec autrui. Ils convoquent l'altérité, l'intersubjectivité et le vivant. Des directions plus ou moins différentes selon les auteurs qui les porte peuvent être emprunté. Il existe des conceptions du *care* plus ou moins politiques, plus ou moins féministes, orientées plus ou moins dans l'univers du soin (Brugère, 2011).

Le *care* peut être développé comme une démarche en quatre étapes dans le cadre d'une activité professionnelle. Ces étapes divergent des quatre phases de Joan Tronto qui associe les siennes à une dimension morale. Les voici :

60 Hesbeen, W. (1999). Le *caring* est-il prendre soin? *Revue Perspective soignante*, Ed. Seli Arslan, n°4, pages 1-20

61 *Ibid.* p.7

62 *Ibid.* p.8

- Une disposition : Liée au choix de la profession (ex : infirmiers et travailleurs sociaux) et non une disposition psychologique qui serait inhérente au développement psycho-cognitif des femmes.
- Une attention : Elle correspond à l'orientation de l'esprit sur un personne nécessitant des soins ou un accompagnement. Elle permet d'utiliser ses capacités d'observation, d'étude, de jugement. L'attention est exclusive du fait qu'on ne peut réellement porter son attention que sur un élément à la fois.
- Une activité : Elle correspond à l'exercice du métier (ex : infirmier, éducateurs, médecin, auxiliaire de vie).
- Une responsabilité : L'action engendre la responsabilité dans toute les profession où l'être humain est au centre. Par exemple, selon le décret n° 2016-1605 du 25 novembre 2016 (Déontologie des infirmiers), l'infirmière est responsable de ses actes professionnels, « *Art. R. 4312-32. – L'infirmier est personnellement responsable de ses décisions ainsi que des actes professionnels qu'il est habilité à effectuer.* »

Cette démarche en quatre étapes permet de déployer le *care* dans le cadre d'une activité professionnel où l'altérité est le centre. Nous envisageons le *care* comme un concept humaniste, central, mouvant et d'actualité. Il ne peut être détenu dans une profession ou une discipline, mais, il peut en être le socle et ensuite les activités propre du métier peuvent en résulter.

Nous poursuivons notre réflexion sur le concept du *care* par son apprentissage dans l'activité formative des soins infirmiers via la corporéité des cadres formatrices. Tout au long de ces lignes, nous avons vu l'inhérence du *care* et des soins infirmiers, ce concept en est le socle. Il est développé au niveau théorique dans des UE dédiées au sciences infirmières, mais la corporéité des formatrices rentre en compte dans sa compréhension. Ainsi, dans la partie suivante, nous apporterons des éléments qui étayeront cette perspective dans l'apprentissage du *care*.

2.2 Un savoir porté par le corps

Dans l'activité formative des soins infirmiers, les cadres formatrices sont actrices au sein de l'institution. Elles scénarisent l'apprentissage des unités d'enseignements nommés cœur de métier dont le concept du *care* fait partie. Elles participent à l'élaboration des supports pédagogiques dans certaines unités d'enseignements (savoirs théoriques) dispensé à l'université. Ces professionnelles assurent l'accompagnement des étudiantes dans leur processus de professionnalisation via les suivis pédagogiques et les entretiens de guidance dans le cadre du MFEI. C'est dans ces espaces de rencontres qu'une partie du développement des compétences liées au soin se réalise, car l'agir social peut s'exprimer à travers la corporéité des formatrices.

Nous avons vu dans l'origine des soins infirmiers que la pratique des soins était une activité séculaire réalisée et transmise de femme à femme. Le corps des femmes était un vecteur de transmission du soin, « *car c'est par son corps que la femme donne les soins au nouveau-né, à l'enfant, puis sera amenée à en donner à d'autres femmes. C'est à travers son corps que se communiquent les soins, d'où la nécessité d'avoir connu dans son corps l'expérience de la fécondation, de l'accouchement et de la naissance.* »⁶³. A cette époque, l'apprentissage du soin se faisait par le corps des femmes. Le concept de corporéité avec l'inhérence du corps et de l'esprit s'opposent à la conception du soin véhiculée par l'Église au Moyen-âge, qui dénia cette interrelation. La pratique du soin démontre l'interdépendance du corps et de l'esprit pour appréhender la personne soignée. Cette compréhension s'effectue par les sens et inscrit la pratique du soin dans le corps de l'infirmière.

La féminisation de cette profession est due à son origine. En effet, les promotions sont constituées essentiellement d'étudiantes, de fait, les cadres formatrices sont essentiellement des femmes. Cette féminisation est due à la double filiation du métier : les femmes religieuses et les femmes auxiliaires du médecin. D'ailleurs, dans cette recherche, nous avons pris le parti de féminiser automatiquement les actrices : étudiante et cadre formatrice. Nous soutenons également que le *care* est développé, transmis et compris par l'intermédiaire du corps des cadres formatrices comme dans l'origine de la

63 Collière, M-F.(1982). *"Promouvoir la vie; de la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers"*. Paris : InterEditions/Masson. p.39

pratique du soins. « *l'attitude que l'on adopte à l'égard de la maladie, le mode d'utilisation de son corps, et cela d'autant plus que cette transmission est et demeure inconsciente, et profondément enracinée au sein de son être* »⁶⁴. Ainsi, la corporéité des formatrices peut influencer la compréhension et le développement du *care* chez les étudiantes.

Que se joue-t-il lorsqu'une cadre formatrice se retrouve devant un collectif d'étudiantes ou en entretien pour un suivi pédagogique ? Ces mouvements influencent-ils les étudiantes dans l'apprentissage du *care*? L'éthos professionnel des cadres formatrices est-il perceptible ? C'est ce que nous allons explorer dans cette seconde partie de notre cadre théorique.

2.2.1 La corporéité des cadres formatrices dans l'activité formative

Tout comme le *care*, le vocable « corps » est multi-référentiel. Pour comprendre la corporéité, nous devons rendre compte de la complexité du corps humain. Selon Jean-Marie Brohm, le corps peut être défini pour beaucoup d'auteurs, par la définition suivante : « *le corps est ainsi une donnée immédiate de la conscience et même une évidence du sens commun qui ne suscite guère de doute sur ce qu'est effectivement le corps humain, c'est à dire d'abord une réalité organique, anatomo-physiologique, soumise à l'altération, aux maladies et à la mort* »⁶⁵. Au vu des perspectives théoriques diverses, définir le corps nécessite d'identifier l'épistémologie dont il est le sujet, alors, le corps peut être appréhendé. Néanmoins, Il reste une nébuleuse hétérogène d'une extrême complexité⁶⁶. Ici, le but n'est pas de délivrer une définition exhaustive, ni de le définir en fonction des différentes disciplines. Il s'agit juste de nous rendre compte de sa multi-dimensionnalité, multi-référentialité et donc de sa complexité. En effet, c'est par notre corps que nous nous mouvons dans l'espace, que nous interagissons avec l'autre, et il est l'espace de notre conscience. Nous vivons nos diverses expériences par notre corps. C'est aussi par ce dernier que la perception se crée et ainsi née la représentation. Le corps est également soumis à des facteurs extérieures, comme le temps, l'apesanteur et l'usure. Il est évolutif car vivant, dépendant du contexte, mouvant et interdépendant des autres corps, dès la naissance. Par exemple, le nouveau-né a besoin du corps de sa mère pour survivre. Ainsi,

64 *Ibid.* p.38

65 Brohm, J-M. (2017). *Ontologies du corps*. Presses universitaires de Paris. Nanterre. p.27

66 *Ibid.*

le corps ne peut être envisagé qu'en tant que mosaïque de multiples perspectives qui ont chacune leur pertinence, mais aussi nécessairement leur limite⁶⁷. D'ailleurs, le nom corps constitue la racine du substantif corporéité.

La corporéité est un agir social visible et concret. Selon Anne Jorro, la corporéité peut être définie comme : « *Les dimensions biographiques, expérientielles, perceptives, émotionnelles, tactiques incorporées par les acteurs qui s'expriment à travers les mouvements du corps* »⁶⁸. « *La corporéité au travail est observable dans les attitudes des acteurs qui manifestent alors des intentions d'agir* »⁶⁹. Quand une cadre formatrice interagit avec un collectif d'étudiantes ou au sein de la dyade cadre formatrice/étudiante, la matérialité de son corps, son aspect extérieur, son attitude et son comportement social entrent toujours en jeu (Gebauer et Wulf, 2004). Dans cette recherche, nous cherchons à rendre compte d'une lecture de l'activité pédagogique sous le prisme de la corporéité. « *Le corps en effet n'est jamais axiologiquement neutre, libidinalement désinvestie, sans enjeux politiques, esthétiques ou éthiques, autrement dit un pur objet de contemplation désintéressée* » (Brohm, 2017, p.17). Le corps a une mémoire de l'expérience professionnelle et constitue l'ouverture perceptive au monde. Les mouvements du corps des cadres formatrices sont visibles dans l'activité pédagogique et ont été acquis par l'expérience des soins infirmiers, soit longtemps auparavant. La corporéité est l'expression de l'expérience de l'activité. Mais, elle se construit également au fur et à mesure, se nourrissant de l'activité pédagogique en cours et d'affordances. La corporéité des cadres formatrices sait également saisir le Kairos dans l'activité, c'est-à-dire, le moment le plus opportun dans l'interaction, pour accompagner simultanément une explication avec des gestes professionnels. Elle sait quels gestes professionnels⁷⁰ réaliser dans les moments qu'elle a jugé opportuns. Pourtant, toutes ces réalisations demeurent inconscientes et sont dues à la perception du contexte par la cadre formatrice, soit l'espace dans lequel elle se meut et le collectif d'étudiantes en face d'elle. Ces éléments sont perçus par les étudiantes dans l'activité et sont en jeu dans la compréhension du concept du *care*. La perception est une « *Opération psychologique par*

67 *Ibid.*

68 Brohm, J-M. (2017). Ontologies du corps. Presses universitaires de Paris. Nanterre. p.10.

69 *Ibid.* p.11.

70 Voir Annexe 9.

*laquelle l'esprit, en organisant les données sensorielles, se forme une représentation des objets extérieurs et prend connaissance du réel.*⁷¹» Elle est la fonction qui permet à l'organisme de recevoir, d'élaborer et d'interpréter l'information qui vient de l'extérieur par le biais des sens.

La corporéité est visible dans leurs pratiques effectives mais également dans l'espace pédagogique car les formatrices se meuvent dans celui-ci. L'espace est représenté par notre perception, qui représente les objets extérieurs à nous, et nous nous les représentons dans l'espace (Kant, 2006, p.119). Les formatrices se situent dans l'espace par rapport à leurs corps et celui des étudiantes. Le corps est soumis à une triple dialectique, entre l'objectivité de sa présence dans l'espace, la subjectivité de son intériorité et sa position par rapport aux autres corps, eux-mêmes situés dans l'espace. Ces éléments sont en constant interactions et interdépendants. « *Du fait que mon corps habite l'espace, que je suis au monde par mon corps et que je perçois le monde avec mon corps, toute perception extérieure est immédiatement synonyme d'une certaine perception de mon corps s'explique dans le langage de la perception extérieure* » (Merleau-Ponty, 1945, cité par Brohm, 2012, p. 138). la position du corps dépend du contexte et nous influons le contexte par la présence de notre corps.

Les cadres formatrices possèdent une expérience significative des soins infirmiers; ainsi, elles ont pu éprouver le *care* au sein de différentes structures de soins. Cette expérience a permis d'incorporer le *care* dans leurs pratiques via leurs corps. Dès lors, nous pouvons suggérer son incorporation à travers la pratique des soins infirmiers. Par ailleurs, l'historique de cette profession a démontré que le soin est appris et transmis également par le corps. Au niveau étymologique, le mot incorporation est issu du latin, sa racine provient du latin *incorporatio*, le préfixe «in» signifie vers l'intérieur et la racine « corpus » est synonyme de « corps ». « *C'est donc l'action d'incorporer une substance dans un ensemble*⁷²», par analogie, incorporer le *care* dans le corps du professionnel par la formation. Ainsi, l'incorporation avec sa racine « corps » prend du sens dans notre sujet et débute dès la formation. «*Les postures du corps, etc... sont des suites de mouvements qui se créent dans l'action et qui ont été préparées par des schémas et des techniques physiques acquis longtemps auparavant* » (Gebauer et Wulf, 2004,

71 <https://www.cntrl.fr/definition/perception/consulté> le 08/4/2020

72 <https://www.cntrl.fr/definition/incorporation/consulté> le 08/4/2020

p.22). L'extériorisation de l'incorporation du *care* est visible dans l'espace pédagogique à travers la corporéité des cadres formatrices. Cet espace constitue la scène dans laquelle cette extériorisation est visible et perçue par les étudiantes. Ainsi, cette perception rentre en jeu dans la compréhension du *care* par l'association avec les contenus théoriques.

Leur corps produit leur subjectivité, leurs points de vue, leurs expériences et leurs valeurs. Par ailleurs, ces professionnelles insufflent leurs valeurs éducatives et soignantes à travers leur langage corporel. Les soins infirmiers ont un caractère public, démonstratif, car ils sont toujours effectués sur autrui. Ils sont donc soumis au contrôle social du patient. Ils possèdent également une dimension corporelle, car les soins sont réalisés par le corps de l'infirmière via ses mains, sur le corps du patient. Le corps de celle-ci est donc indispensable dans la relation de soin et aussi dans la relation pédagogique pour la compréhension du *care*.

Le *care* et le corps ont en commun leurs multi-référentialité, leur subjectivité et leur réceptivité. Le *care* n'a pas de présence objective mais il est bel et bien porté par notre corps, il en est même le vecteur. Nous continuons notre réflexion, sur les gestes et postures qui constituent le segment du mouvement.

2.2.2 Les gestes et postures dans l'activité pédagogique

L'annexe 9 situé dans le tome 3 de ce mémoire est un dossier produit avec une collègue du master 2 CPRF dans le cadre de la validation de l'UE CRF 207 Gestes professionnels et en situation de travail. La séquence étudiée est extraite d'une guidance de mémoire de fin d'études en soins infirmiers entre une cadre formatrice et une étudiante de troisième année dans un IFSI. La première partie est dédiée à l'explication du contexte, ensuite nous avons analysé les gestes professionnels de la formatrice et leur réception par l'étudiante. Ce dossier fut l'occasion d'appréhender via un dispositif filmique établi sur deux focales l'agir social des protagonistes par l'intermédiaire des gestes et postures. Les gestes professionnels saisis montrent l'inventivité et l'inhérence de la conscience et du corps dans la dyade cadre formatrice/étudiante. L'analyse des gestes des protagonistes permet d'appréhender partiellement les pensées qui traversent les sujets pendant

l'interaction. Le geste est donc un objet épistémique constitutif de la relation pédagogique qui irrigue l'agir de la formatrice en situation. Bien que ce dossier ne traite pas du *care* dans l'activité pédagogique, il est intéressant de constater la corporéité des sujets saisis dans l'action ainsi que l'analyse qui en découle. Les éléments mis en exergue dans ce dossier peuvent apporter des informations sur la corporéité dans l'activité pédagogique des cadres formatrices et de leur réception par les étudiantes.

Le mot « geste » vient du latin « *gestus* » signifiant « *attitude, mouvement du corps* ». Il est défini comme un « *mouvement extérieur du corps (ou de l'une de ses parties), perçu comme exprimant une manière d'être ou de faire (de quelqu'un)*.⁷³ » « *D'un point de vue étymologique, le mot « geste » se réfère au corps mû dans le monde, à l'activité de la main, aux actions humaines, aux mouvements d'une partie du corps qui expriment et représentent des sentiments* »⁷⁴. Les gestes témoigneraient donc de nous, de ce que nous sommes et de nos intentions dans l'action. Le geste professionnel témoigne de « l'agir professionnel » relativement à la compétence de l'acteur. Adressé à autrui, ce type de geste est porteur des valeurs de l'individu. Son étude permet une analyse très fine des interactions entre les acteurs : messages transmis, valeurs personnelles, capacité d'affordance... il s'agit d'analyser « *la part effective du corps* » en situation. (Jorro, 2018). Les gestes et postures soutiennent également la modalité discursive des acteurs en situation. D'ailleurs, les actrices de ce dossier sont également les sujets de ce mémoire de recherche (cadre formatrice/étudiante). Néanmoins, ici dans cette partie, l'objectif est de nous distancer de cette production pour vous proposer une lecture des gestes et postures directement lié à la mimésis. Celle-ci est abordée dans la partie suivante, mais ne l'est pas dans la production susmentionnée. Le couple gestes professionnels/mimésis est fondamental dans la scène pédagogique et notamment dans la dyade cadre formatrice/étudiante. « *Mouvements significatifs du corps, les gestes appartiennent à ses formes d'expression les plus importantes* »⁷⁵. Les gestes professionnels sont donc un segment du mouvement dans la scène pédagogique. Nous entendons le mot scène dans notre contexte de recherche comme le lieu où s'exerce une activité humaine.

73 <https://www.cntrl.fr/definition/geste/consulté> le 03/2/2020.

74 Gebauer, G et Wulf, C. (2004). *Jeux, rituels et gestes : les fondements mimétiques de l'action sociale*. Paris : Economica. p.70.

75 *Ibid.* p.69.

La mimésis est considérée dans cette recherche, comme une réponse des étudiantes à l'agir social des cadres formatrices, plus précisément de leurs gestes et postures. Les gestes réalisés par les étudiantes dans la scène pédagogique sont liés à leur désir de ressembler aux cadres formatrices qui peuvent être vues comme des modèles. La réception du geste par l'étudiante représente une visée constitutive du geste professionnel (Jorro, p16). La mimésis d'un geste par une étudiante permet la compréhension du geste et le contexte dans lequel il a été réalisé. Ce contexte peut être l'explication de la cadre formatrice qui accompagne le geste et la situation dans laquelle elle le réalise. L'étudiante qui se comporte mimétiquement « *franchit ses limites personnelles pour aller vers le monde de représentations et d'expressions corporelles d'un autre homme* »⁷⁶. Quand les étudiantes reproduisent des gestes ou ajustent leurs postures par rapport aux cadres formatrices, elles vont dans l'environnement soignant porté par ces professionnelles. Les cadres formatrices reflètent leur pratique infirmière antérieure par leurs gestes et postures. Le fait que les étudiantes sortent de leurs structures pour aller vers le monde gestuel de ces professionnelles par la mimésis et non seulement enrichissant mais constitue également un apprentissage soignant. Ce processus permet aux étudiantes « *d'élargir son monde intérieur en accueillant un extérieur sensible, et lui permet "des expériences vivantes" (Adorno)* »⁷⁷. Le couple gestes et postures/mimésis ne sont pas séparables dans la scène pédagogique des soins infirmiers. Les gestes et postures des cadres formatrices sont le point de départ de l'agir mimétique des étudiantes. « *Le point principal du mouvement mimétique réside dans l'extension de celui qui perçoit vers le monde intérieur de représentations et d'expressions de l'autre* »⁷⁸. Maintenant, il s'agit de réaliser une focale sur l'agir mimétique des étudiantes.

2.2.3 L'agir mimétique des étudiantes en soins infirmiers

Cet aspect de l'agir social qui est important dans cette recherche se déroule au sein de l'activité formative et concerne les étudiantes et les cadres formatrices. D'après Koller (1954), Else (1958) et Sorbom (1966),

76 Gebauer, G et Wulf, C. (2004). *Jeux, rituels et gestes : les fondements mimétiques de l'action sociale*. Paris : Economica. p.73.

77 *Ibid.* p.73.

78 *Ibid.*

l'étymologie serait « mimos ». « *il caractérise soit une déclamation de plusieurs parties récitées par une personne, soit une représentation dramatique de deux ou plusieurs personnes* » (cités par Gebauer et Wulf, 2004, p.11). Cette origine artistique est également esthétique, car la mimésis est une production sensorielle humaine.

Toujours selon Gebauer et Wulf, les actes ne sont mimétiques que :

- s'ils sont des mouvements se référant à d'autres mouvements
- S'ils peuvent être considérés comme des scènes physiques qui possèdent alors un aspect représentatif et démonstratif
- s'ils sont non-seulement autonomes et capables d'être compris d'eux-mêmes, mais aussi s'ils se réfèrent à d'autres actes ou d'autres mondes

On ne peut parler d'actes sociaux mimétiques que quand ces trois conditions sont remplies (Gebauer et Wulf, 2004, p.6).

Durant la temporalité de la formation, les étudiantes produisent leur propre conception des soins infirmiers, mais elles se réfèrent pour cela à une autre conception qui est déjà là : celle des cadres formatrices. Là, nous nous situons dans l'agir mimétique. Le concept de mimesis est mobilisé ici pour rendre compte de l'apprentissage du *care*. « *Au sens de l'imitation et de la reproduction d'attitudes et de discours, la mimesis joue un rôle important dans les apprentissages* »⁷⁹. Elle s'inscrit dans une épistémologie socio-constructiviste, qui conçoit l'apprentissage comme le résultat d'une production collective consciente et inconsciente, fait d'échanges entre les protagonistes (étudiantes, cadres formatrices) de la scène pédagogique. Selon Denis Lemaître :

...Les formations professionnalisantes de haut niveau par exemple (enseignants, médecins, ingénieurs, etc.) sollicitent largement des pratiques mimétiques pour l'appropriation des gestes professionnels et des cultures institutionnelles. Dans tous les contextes de formation en effet, la mimesis apparaît comme un moyen d'acquisition et d'appropriation des savoirs et des savoirs faire, y compris comportementaux. Elle recouvre un ensemble de phénomènes psychologiques, sociologiques et plus largement anthropologiques liés entre eux dans la dynamique humaine d'apprentissage⁸⁰.

Ici, la mimésis désigne la manière dont les étudiantes élaborent leurs conceptions des soins infirmiers. Cette conception se réalise au sein de

79 Lemaître, D. (2019). *La place de la mimésis dans le travail collectif: les conditions d'un apprentissage réflexif*. QPES 2019. Question de Pédagogies dans l'Enseignement Supérieur. Brest, 17-21 juin 2019 ;

80 *Ibid.* p.5.

l'activité pédagogique (IFSI et structures de soins) à partir des mouvements du corps tels que la corporéité, les gestes et postures, et aussi l'éthos professionnel des cadres formatrices. « *Chaque sujet apprenant construit pour lui-même une représentation de ce qui lui est présenté, en rapport avec les références qu'il peut mobiliser pour donner du sens à ce qu'il apprend* »⁸¹. On retrouve une simultanée entre le discours et les mouvements du corps des cadres formatrices. Ils conduisent à des retours d'interactions d'étudiantes reconfigurant le modèle en se référant à l'activité pédagogique initiale. La production de l'agir mimétique par l'étudiante passe par plusieurs étapes. Il y a d'abord la réception de la corporéité des cadres formatrice par l'étudiante. Ensuite, la perception qui est une opération de l'esprit qui organise les données sensorielles, afin d'aboutir à une représentation de ce qui est extérieur à elle. Enfin, il y a la réalisation d'un geste et d'une posture adressée à la cadre formatrice qui indique sa compréhension. C'est ce cheminement qui aboutit à la production mimétique, elle est alors une production sensorielle, une reformulation corporelle. Cette reconfiguration des savoirs enseignés est personnalisé en fonction de la psychologie, des formes de pensée, des valeurs et des croyances de l'étudiante. « *Les processus mimétiques font qu'une représentation n'est pas seulement le reflet d'un modèle, mais qu'elle se différencie de celui-ci et produit un nouveau monde* »⁸².

L'agir mimétique dans la formation des soins infirmiers participe à la construction de l'identité professionnelle propre à l'étudiante.

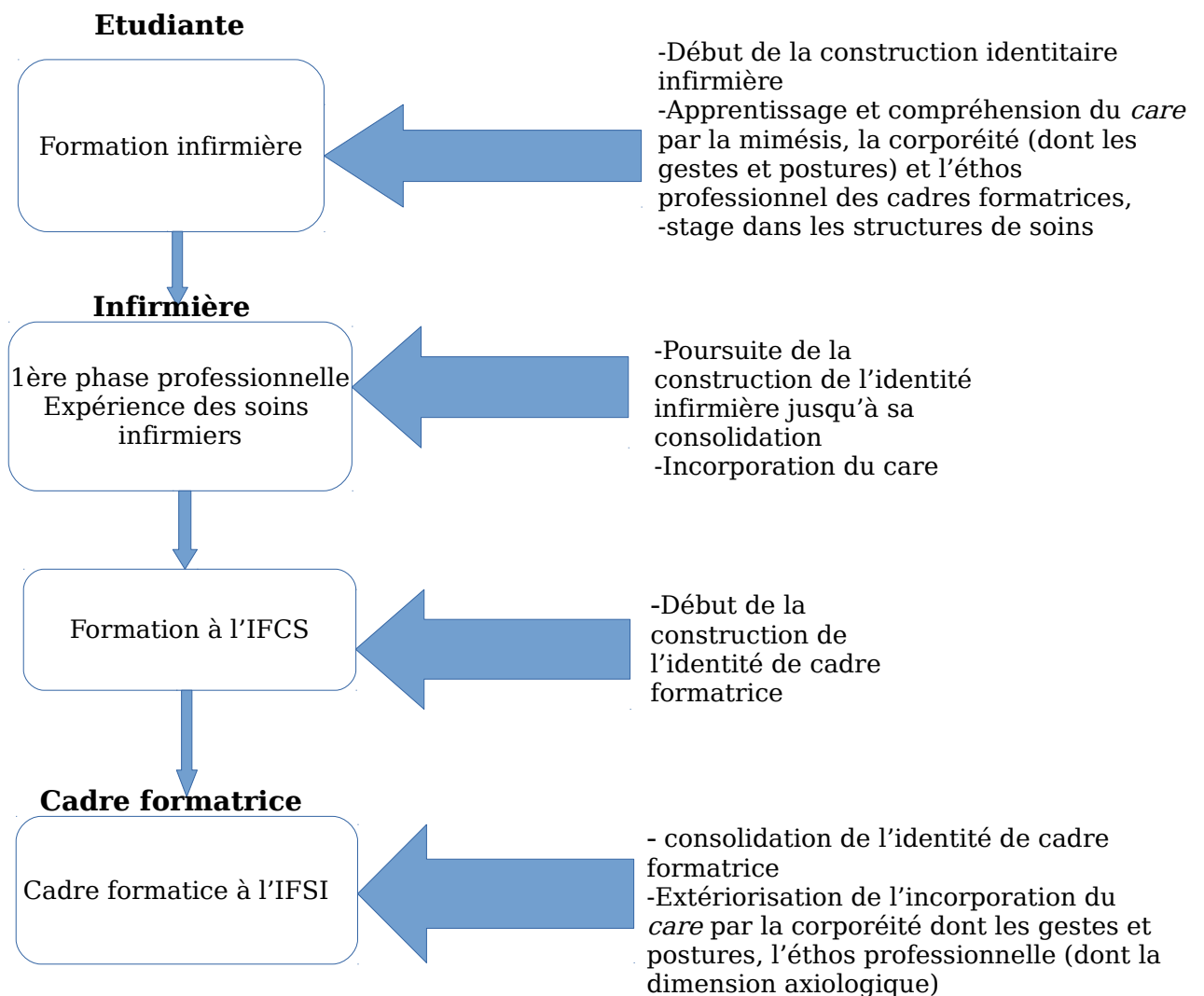
Les cadres formatrices sont elles-mêmes passées par un processus mimétique, car la formation est réalisée par les pairs aussi bien à l'IFSI que dans les structures de soin. Dans ce cadre, les pairs peuvent constituer les modèles à atteindre, c'est l'identité visée. Leur corporéité ainsi que leurs valeurs (cadres formatrices) sont visibles au sein de la scène pédagogique par les étudiantes et correspond au dernier niveau de ce processus : c'est l'extériorisation. Effectivement, « *Les processus mimétiques passent, comme nous l'avons déjà montré à plusieurs reprises, par quatre niveaux successifs : la référence à un autre monde, l'assimilation et l'intériorisation de certains éléments de ce monde, et enfin leur extériorisation dans des mises en*

81 *Ibid.*

82 Gebauer, G et Wulf, C. (2004). *Jeux, rituels et gestes : les fondements mimétiques de l'action sociale.* Paris : Economica. p.211.

scène »⁸³. L'apprentissage des soins infirmiers se fait par un processus mimétique, de femmes à femmes comme nous l'avons vu dans l'historique, puis de cadre formatrice à étudiante dans notre contexte actuel. Ce continuum signe la spécificité de l'apprentissage des soins infirmiers qui se fait toujours par les pairs depuis son origine et encore aujourd'hui. Toutefois, l'universitarisation de la formation infirmière interroge ce mode d'apprentissage.

Schémas du continuum de l'apprentissage du *care* étudiante/infirmière/cadre formatrice



83 *Ibid.* p.229

2.3 L'éthos professionnel des cadres formatrices

Pour compléter cette approche corporelle du *care*, un détour par l'éthos professionnel nous semble nécessaire. Ici, il vient soutenir la corporéité des formatrices dans l'activité. Selon Anne Jorro, il est l'un des éléments constitutifs de la triade de l'agir professionnel avec le genre et le style. Les « gestes du métier » témoignent du genre⁸⁴. Les maîtriser confère la capacité d'agir, de manier le « répertoire » des gestes invariants d'un métier, mobilisables de suite et reconnaissables entre pairs. Le style est personnel et s'exprime alors que le sujet s'est affranchi du genre, car il l'a incorporé et l'interprète à sa manière. Quand à l'éthos professionnel, il relève de l'image de soi dans le discours⁸⁵. « *Image d'authenticité et d'honnêteté qui donnerait du crédit à l'orateur de sorte que l'interlocuteur serait convaincu par son discours* »⁸⁶. « *Le pouvoir du langage donne au locuteur un positionnement identitaire et social permettant une présence discursive* »⁸⁷.

L'éthos professionnel est perceptible par les étudiantes. Elle se fait à partir des gestes, des postures, du langage et du discours des cadres formatrices. Au niveau du langage et du discours, c'est l'intonation de la voix, le rythme de la prononciation des mots ainsi que l'utilisation d'un vocabulaire commun et précis qui permettent sa perception. Ces éléments révèlent la dimension axiologique des formatrices. « *la dimension axiologique intervient dans la conceptualisation de l'éthos professionnel* »⁸⁸. En effet, l'image que nous avons de notre personne est perçue dans notre discours. Cette image résulte de nos valeurs, croyances et actions. Ces éléments singuliers propre à chaque personne viennent irriguer la modalité discursive des cadres formatrices. D'un point de vue étymologique, l'axiologie vient du grec *axios* qui signifie valeur, qualité. Elle peut être définie comme la « science des valeurs philosophiques, esthétiques ou morales visant à expliquer et à classer les valeurs.⁸⁹ »

Par ailleurs, le *care* a également une dimension axiologique forte par son universalité et son association à l'éthique comme nous avons pu le constater dans la première partie de ce cadre théorique. Il est aussi

84 Voir le tome 3 qui correspond au dossier de validation l'UE CRF 207 Gestes professionnels et en situation de travail

85 Jorro, A. (2009). La construction de l'éthos professionnel en formation alternée. *Travail et apprentissage*, pages 13-25.

86 *Ibid.* p.2.

87 *Ibid.*

88 *Ibid.*

89 <https://www.cntrl.fr/definition/axiologie/consulté> le 15/4/2020.

consubstantiel à l'humanisme et à l'empathie qui font partie intégrante du soin et de la relation pédagogique.

2.4 La problématique

Les soins infirmiers sont à l'origine une pratique ancestrale et féminine. À l'époque, l'apprentissage du soin se faisait par le corps des femmes et cette pratique sera perçue comme une menace pour les hommes d'Eglise. Pour les femmes, dédier sa vie à Dieu par le choix de la virginité devient un acte d'affranchissement social, devenant ainsi des religieuses. Au XIXe siècle, les découvertes s'amplifient et les médecins s'assurent l'aide d'un personnel paramédical : l'infirmière. C'est le début de la professionnalisation des soins infirmiers.

La pratique du soin démontre l'interdépendance du corps et de l'esprit pour appréhender la personne soignée. Cette compréhension s'effectue par les sens et inscrit la pratique du soin dans le corps de l'infirmière. La professionnalisation est ponctuée par de nombreuses réformes, jusqu'à l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au Diplôme d'État d'Infirmier, qui intègre cette profession dans un processus d'universitarisation.

Quant au *care*, c'est un concept introduit par Carol Gilligan en 1982. Il peut signifier le souci des autres, l'attention aux autres, le soin mutuel, la sollicitude ou le prendre soin. Au fil de nos recherches, nous avons constaté que c'était une activité spécifique de l'espèce humaine qui révèle une vision holistique de notre monde. Et, également un fondement des soins infirmiers bien qu'il ne soit pas spécifique à cette profession.

Pour saisir notre objet, plusieurs entretiens exploratoires ont été effectués avec des cadres formatrices de divers IFSI de la région parisienne. Ceux-ci nous ont mené sur une dimension implicite de l'apprentissage de ce concept : la corporéité. Dès lors, nous sommes parvenus à cette question de départ : **Comment le *care* est incorporé dans les pratiques de formation à travers l'activité des formatrices ?**

La réalisation d'un dossier de validation sur les gestes et postures, nos lectures, l'observation et l'écoute des cadres formatrices lors des entretiens exploratoires m'ont conduit à orienter notre cadre théorique sur les savoirs

portés par le corps. Ainsi, le concept du *care* abordé d'un point de vue théorique est également saisi par l'agir social des cadres formatrices dans leurs interactions avec les étudiantes. Le langage corporel vient soutenir la modalité discursive des cadres formatrices pour la compréhension du *care* par les étudiantes. La corporéité de celles-ci permet de saisir leur engagement au sein de la formation. Dans ce cadre, nous explorons les gestes et postures qui constituent les segments du mouvement et la dimension axiologique à travers l'ethos professionnel. En outre, les étudiantes produisent leur propre conception des soins infirmiers durant la temporalité de la formation, mais elles se réfèrent pour cela à une autre conception qui est déjà là : celle des formatrices. Là, nous nous situons dans l'agir mimétique. Nous avons vu dans les gestes et postures que les mouvements du corps entraînent la compréhension de l'étudiante par leurs associations avec les explications et d'autres facteurs (annexe 9). Le champs de la conscience est inondé de ces informations, ce qui induit la compréhension. *In fine*, nous aboutissons à notre question de recherche : **Comment la corporéité des cadres formatrices influence les étudiantes dans la compréhension du concept de *care* au sein de l'activité formative ?**

Dans cette recherche, notre ambition est plurielle. Saisir l'incorporation du *care* à travers l'expérience des soins infirmiers des cadres formatrices dans leurs pratiques effectives. Ensuite, mettre en évidence l'influence de leur corporéité dans la compréhension du concept du *care* chez les étudiantes.

Voici l'unique hypothèse que nous souhaitons vérifier sur le terrain :

- La corporéité des cadres formatrices induit la compréhension du concept du *care* chez les étudiantes en soins infirmiers.

Nous présumons que ce concept a été incorporé dans leurs pratiques des soins infirmiers et que leurs activités actuelles le reflètent. Le corps a bien une mémoire expérientielle. Le *care* est un fondement des soins infirmiers ; par conséquent, il est une activité éprouvée dans la pratique quotidienne du soin, et a également été effectuée durant de nombreuses années par les formatrices. Nous pouvons donc suggérer son incorporation à travers la pratique des soins infirmiers. Leur corporéité d'ex-infirmières ne peut

s'effacer quand elles deviennent formatrices. Cet agir social s'exprime dans la dyade cadre formatrice/étudiante et également quand la cadre formatrice se retrouve devant un collectif d'étudiantes. Les gestes et postures, la dimension axiologique qui s'exprime par l'intermédiaire de l'ethos professionnel, la corporéité, induisent la compréhension et un retour de la part des étudiantes comme la mimésis. En outre, l'historique des soins infirmiers a démontré que le soin est appris et transmis également par le corps des femmes.

Pour poursuivre notre réflexion, voici la méthodologie qui nous permettra de confronter cette hypothèse avec notre terrain de recherche.

3. LA MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE

3.1 Le terrain : l'Institut de Formation en Soins Infirmiers

L'IFSI est le lieu de notre recherche. En effet, il est l'un des lieux de professionnalisation des étudiantes en soins infirmiers et le lieu d'exercice des cadres formatrices. L'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'État d'infirmier signe l'universitarisation de cette formation avec l'obtention du grade licence (capitalisation de 180 ECTS en 3 ans). Désormais, la formation s'articule sur un principe d'alternance tri-partite, entre IFSI, l'Université et les structures de soins. L'IFSI est chargé de l'organisation de la formation, des suivis pédagogiques et des unités d'enseignements nommées cœur de métier. Elle est le lieu des savoirs du corps, de l'action et des savoirs incorporés dans des gestes que l'on imite⁹⁰. Quant à l'université, elle transmet des savoirs théoriques « professés » à travers les unités d'enseignements. Ce sont des savoirs mis en mots, transmis oralement et par écrit⁹¹. Les structures de soins sont chargées de développer les compétences liées à la pratique du soin et également de l'enseignement théorique dans une moindre mesure.

Les cadres formatrices constituent la pierre angulaire de la formation des soins infirmiers à travers la dyade cadre formatrice/étudiante. Elles mettent en lien les trois instances de l'alternance susnommée. Elles assurent le suivi pédagogique, l'accompagnement des étudiantes sur leurs lieux de stages et construisent l'activité formative en s'appuyant sur le référentiel de formation. Ce curriculum prescrit est circonscrit dans le référentiel de formation.

3.2 L'échantillon

Dans le cadre de cette recherche, nous faisons le choix de nous entretenir avec six cadres formatrices expérimentées (3 ans) situées dans trois IFSI différents. Ainsi que deux étudiantes de troisième année, également situées dans deux IFSI distincts. La diversité des instituts de formation, nous permettra de confronter notre hypothèse avec un corpus de données solides,

90 Bourdoncle, R. (2007). Autour du mot « Universitarisation ». Recherche et formation. pages 135-149.

N°54-2007,

91 *Ibid.*

représentatif des IFSI d'Ile-de-France. Réaliser des entretiens semi-directifs auprès de cadres formatrices ayant une expérience significative des soins infirmiers et de la formation à ceux-ci nous semble cohérent. Nous pensons que l'expérience peut contribuer à mettre à distance sa pratique quotidienne pour l'analyser et en discuter avec une personne extérieure. Quant aux étudiantes, nous choisissons de réaliser également des entretiens semi-directifs avec des étudiantes en troisième année pour saisir la compréhension du *care* dans l'activité pédagogique. Nous privilégions des étudiantes de troisième année, car à ce stade de la formation, le *care* est un concept connu et abordé dans les différentes unités d'enseignements. En outre, elles ont pu l'expérimenter dans les structures de soins où elles ont réalisé leurs stages. Voici la présentation des professionnelles interrogées :

Vignettes de présentation :

Formatrice A

Cadre formatrice ayant une expérience de 11 ans dans la formation des soins infirmiers, elle débute à l'IFSI en 2009 en même temps que la ré-ingénierie de cette formation. Lors de sa formation à l'école des cadres, elle a réalisé un mémoire sur le développement de la compétence du *care* chez les étudiantes par la simulation. Interrogée dans le cadre des entretiens exploratoires, cet entretien est utilisé pour notre corpus, car il apporte de précieuses informations sur l'apprentissage du *care* dans l'activité formative.

Formatrice B

Cadre formatrice proche de la retraite, elle possède 30 années d'expériences dans la formation des paramédicaux. De plus, elle a réalisé de nombreuses formations comme conseillère en santé holistique, hypnothérapeute et est titulaire d'un Master 2 en formation des adultes. À l'IFSI, elle est en charge des compétences 1⁹², 2⁹³, et 6⁹⁴ qui sont directement corrélées au *care*. Également interrogée dans le cadre des entretiens exploratoires, cet entretien d'une extrême richesse fait partie de notre corpus de données.

Formatrice C

92 Évaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le domaine infirmier ;

93 Concevoir et conduire un projet de soins infirmiers ;

94 Communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins.

Cadre de santé depuis 92, elle intègre l'IFSI en 2010 avec le nouveau programme de formation. Elle possède une expertise solide du terrain en tant que cadre de proximité et avoue ne pas aborder le *care*, car elle s'occupe de la gestion des risques dans l'enseignement. Néanmoins, sa vision sur les valeurs du soin est intéressante pour notre sujet.

Formatrice D

Formatrice n'ayant pas le diplôme de cadre de santé, elle est titulaire d'un master 2 en sciences de l'éducation mention santé publique et éducation thérapeutique. Elle possède également un DU (diplôme universitaire) en éducation thérapeutique. Elle exerce en IFSI depuis 2017 et sa vision de l'enseignement du *care* est intéressante pour notre enquête.

Formatrice E

Cadre de santé depuis 16 ans et exerçant en IFSI depuis 2015, elle a également travaillé en IFSI de 2003 à 2005 sous l'ancienne réforme⁹⁵. Actuellement, elle valide un master 2 Conseil Intervention Développement de Compétence (CIDC) au CNAM. Sa vision globale de l'enseignement des soins infirmiers dont le *care* est pertinente dans cette recherche.

Formatrice F

Cadre formatrice dans un IFSI depuis 2014, elle valide actuellement un master 2 Conseil Intervention Développement de Compétence (CIDC) au CNAM. Son regard sur le *care* et le corps apporte de la matière à notre analyse.

Étudiante A

Aide-soignante depuis 2013 et âgée de 37 ans, elle intègre l'IFSI en 2017. Actuellement en fin de troisième année, elle a été réquisitionnée durant la crise du Covid-19. Elle développe une vision du *care* à travers la relation avec les cadres formatrices et les patients.

⁹⁵ L'arrêté du 23 mars 1992.

Étudiante B

Aide-soignante depuis 2015 et âgée de 35 ans, elle évolue dans le milieu du soin depuis l'âge de 27 ans. Actuellement en fin de troisième année, elle a aussi été réquisitionnée durant la crise du Covid-19. Sa vision du *care* avec les patients et les cadres formatrices, ainsi que sa vision du corps dans l'activité pédagogique, ne peut qu'enrichir notre réflexion.

3.3 L'outil de recueil des données

Nous optons pour la réalisation d'entretiens semi-directifs, pour confirmer ou infirmer notre hypothèse susmentionnée dans notre problématique. Cet outil de recueil fait partie de la méthode qualitative et nous permettra de recueillir notre matériau pour constituer notre corpus de données. Ces entretiens seront enregistrés car c'est le seul moyen d'avoir à la fois l'intégralité du discours et les contours (ton, atmosphère). Enregistrer permet également de garder des traces, restituer fidèlement le déroulement et le langage de l'entrevue.

Notre guide d'entretien nous permettra de récolter un ensemble de données qualitatives qui sera le socle de notre analyse. Il a été construit par thème au regard de notre problématique et de nos entretiens exploratoires.

L'entretien semi-directif permet l'exploration de la pensée dans un climat de confiance et l'obtention d'informations sur des thèmes définis à l'avance. Cet outil de recueil de données nous semble le plus congruent, car il permet d'accéder à la subjectivité du vécu des interviewées, au sens qu'elles donnent à leurs pratiques et aux événements auxquels elles sont confrontées. Dans notre contexte, cet outil peut mettre en évidence l'interprétation des situations de formation et les systèmes de valeurs. Il permet l'analyse d'un sujet précis : les points de vue en présence, les données, les enjeux et les systèmes de relation.

3.4 Les guides d'entretiens semi-directifs

Nos entretiens seront enregistrés et retranscrits, mais anonymisés lors du travail d'analyse. La garantie de la confidentialité sera assurée à nos interviewées dès le départ pour instaurer une relation de confiance. Une

proposition de leur restituer leur parole retranscrite sera faite pour chaque entretien.

Présentation de l'interviewer : se présenter pour introduire le contexte, ce qui permet de mettre l'interlocuteur en confiance.

Guide d'entretien des cadres formatrices

Les objectifs des entretiens sont de collecter des informations sur :

- L'enseignement du *care* à travers le curriculum de formation
- Les liens entre l'expérience de cadre formatrice et le *care*
- La conception du *care* de la cadre formatrice
- Les liens entre son corps et l'apprentissage du *care*

Thème n°1 : La trajectoire professionnelle

1) Pouvez-vous présenter votre parcours d'infirmière et de cadre formatrice ?

- ➔ Permet d'identifier le parcours professionnel, l'ancienneté dans les soins infirmiers et dans la formation. Sa conception du *care* peut être influencée par sa trajectoire.

2) Comment pensez-vous le métier de cadre formatrice en soins infirmiers ?

- ➔ Identifier le sens qu'elle donne à sa pratique

3) Avez-vous travaillé dans d'autres IFSI ?

4) Si oui, avez-vous vu des différences ?

- ➔ Comparer les enseignements du *care* avec d'autres IFSI

Thème n°2 : L'enseignement du *care* dans l'activité pédagogique en IFSI

5) Dans les unités d'enseignements consacrées aux sciences infirmières, pouvez-vous décrire comment vous abordez le *care* ?

6) Si oui, de quelle manière ?

- ➔ Savoir si le *care* est abordé à travers les unités d'enseignements. Savoir s'il est nommé ainsi, car il peut être nommé différemment ex : « le prendre soin ». Identifier précisément les unités d'enseignements et les compétences qui permettent de l'aborder.
- ➔ Connaître les approches mises en avant, car le *care* est un concept polysémique et évoqué dans plusieurs disciplines.

7) Comment les étudiantes perçoivent le *care* ?

- ➔ Permet d'avoir le point de vue des formatrices sur la perception du *care* par les étudiantes.

Thème n°3 : Sa conception du care

8) Qu'est-ce que le *care* représente pour vous ?

- ➔ Permet d'avoir accès au point de vue général de la cadre formatrice car le *care* est également un concept politique et philosophique.

9) Avez-vous incorporé le *care* suite à votre expérience des soins infirmiers ?

10) Votre expérience d'infirmière influence-t-elle la compréhension du *care* chez les étudiantes ?

- ➔ Permet de savoir si l'expérience des soins infirmiers a permis d'incorporer le *care* dans sa pratique et si cette incorporation peut s'exprimer dans l'activité formative.

Thème n°4 : La corporéité

11) Quelle est la part du corps dans votre activité professionnelle ?

12) Pensez-vous à votre corps dans votre pratique de cadre formatrice ?

13) Dans l'activité formative, quels gestes mobilisez-vous pour faciliter la situation de formation ?

14) Établiriez-vous des liens entre le corps et la dimension du *care* ?

- ➔ Ces questions sur le thème de la corporéité permettent de savoir si la cadre formatrice a conscience que son corps est en scène au sein de l'activité pédagogique et s'il peut influencer dans la compréhension du *care*. L'objectif de ces questions est de saisir si son expérience des soins infirmiers influence la compréhension de ce concept.

Guide d'entretien semi-directif des étudiantes

Les objectifs de ces entretiens sont de collecter des informations sur la perception du *care* par les étudiantes via le corps des cadres formatrices, ce qu'elles ont compris et ce qui a facilité cette compréhension.

Thème n°1 : La trajectoire professionnelle

1) Pouvez-vous présenter votre parcours professionnel ?

→ Permet d'identifier le parcours professionnel.

2) Comment pensez-vous le métier d'infirmière ?

→ Identifier sa vision des soins infirmiers. Parle-t'elle du *care* spontanément ?

Thème n°2 : le care

3) Connaissez-vous le concept du *care* ?

→ Savoir si le *care* a été abordé dans leur cursus.

4) Si oui, où en avez-vous entendu parler, avec qui et comment ?

→ Savoir où le *care* a été abordé ? en IFSI, en stage ou à l'extérieur ? Par qui ? une cadre formatrice, un professionnel du terrain, un conférencier ? Comment, lors d'un cours magistral, d'un TD ou d'une situation pratique ?

5) Comment le définissez-vous ?

→ Permet d'avoir accès à leur conception du *care*, au sens que lui donne l'étudiante.

6) L'appliquez-vous en stage ?

→ Savoir si les étudiantes ont compris les destinataires du *care* (eux-mêmes à travers la dyade Formatrices/étudiantes et l'activité pédagogique en groupe, les patients, les autres).

Thème 3 : la corporéité

7) Êtes-vous attentive aux gestes des formatrices quand elles parlent du *care* ?

8) Quels gestes vous paraissent importants ?

9) Pouvez-vous expliciter ?

- Savoir si les étudiantes perçoivent le *care* à travers les activités formatives des formatrices et surtout à travers le corps des formatrices.

3.5 Les atouts

L'entretien semi-directif permet de fixer les thèmes en avance tout en gardant la forme et l'ordre libre, ce qui témoigne de la souplesse de cet outil de la méthode qualitative. Notre grille d'entretien est constituée de questions semi-ouvertes qui permettent d'avoir accès à la subjectivité du vécu des interviewées et leurs modes de pensées. L'approche compréhensive nous semble idéal pour saisir notre objet, car à travers la corporéité, nous convoquons les sens des protagonistes. « *En d'autres termes, il s'agit d'une démarche visant à la compréhension des phénomènes* » (Roquet, 2020)⁹⁶.

Notre objectif par le biais de cette approche est de comprendre les interviewées. Comment se situent-elles par rapport au *care* et quel sens donnent-elles à leur vécu ? C'est également appréhender leur manière d'être en relation avec les autres et leur manière d'être dans le monde.

3.6 Les difficultés rencontrées sur le terrain

Dans un premier temps, nous avons réalisé des entretiens semi-directifs avec des cadres formatrices dans les différents IFSI de la région parisienne. Concernant les étudiantes, nous souhaitions organiser des entretiens focus groupe à l'extérieur des instituts de formation. Le confinement national dû à la pandémie du COVID-19 a entraîné la réquisition des étudiantes en soins infirmiers et un enseignement à distance dans les IFSI. L'entretien focus groupe a été abandonné et les entretiens à distance avec un système de visio-conférence ou par téléphone ont été privilégiés. Au final, nous prenons en compte dans notre matériau deux entretiens exploratoires en présentiel effectué avant la période de confinement. Quatre entretiens de cadres formatrices réalisés par téléphone et visio-conférence, et seulement deux entretiens d'étudiantes en soins infirmiers. Initialement, trois entretiens d'étudiantes étaient prévus.

96 Document remis dans le cadre d'une unité d'enseignement.

3.7 Réflexion sur la posture d'enquêtrice

Dans cette enquête située, nous nous situons en collaboration et en co-élaboration avec les cadres formatrices et les étudiantes interviewées. « *Le chercheur est aussi un acteur qui participe donc aux événements et processus observés* »⁹⁷. Bien que nous ne soyons pas observateur dans les activités formatives, nous accompagnons la description, la pensée, la perception du sens qu'elles donnent à leurs pratiques. Notre souci est d'adopter une posture qui nous permet de saisir la subjectivité des protagonistes (cadres formatrices et étudiantes). Il nous faudra faire preuve d'abord d'empathie, c'est à dire de nous ouvrir à l'expérience, aux systèmes de l'autre : « *Elle est d'abord et avant tout écoute de l'altérité* »⁹⁸. Ensuite, il nous semble indispensable d'installer une relation d'aide et de confiance pour favoriser l'expression de l'expérience. En outre, « l'épochè » traduite comme une « mise en parenthèses du monde » est la suspension du jugement du chercheur devra être notre posture. « *Il s'agit d'une écoute initiale complète et totale des témoignages pour ce qu'ils ont à nous apprendre* »⁹⁹. Nous ne devons pas interpréter notre objet à partir de notre propre expérience des soins infirmiers, mais nous devons laisser le phénomène se dévoiler, venir à nous. Enfin, l'interviewée devra être engagée, « *ce n'est que dans la mesure où lui-même s'engagera, que l'autre à son tour pourra s'engager et exprimer son savoir le plus profond* » (Kaufmann, 1996, p.52).

Lors de la rédaction de la deuxième partie de notre cadre théorique, nous nous sommes rendus compte progressivement que cette recherche serait certainement incomplète. Il est probable que notre méthodologie ne soit pas la plus adaptée. Pour appréhender l'objet dans sa complexité, c'est-à-dire le *care* dans l'activité formative à travers la corporéité des formatrices, une autre méthodologie aurait été pertinente. Dans un premier temps, il aurait fallu mener plusieurs observations directes, dites armées, ce qui nous aurait permis d'élaborer une grille. Ensuite, filmer une séquence pédagogique d'une cadre formatrice dans l'activité sur le thème du *care* avec des étudiantes de troisième année. Pour une meilleure visibilité, nous aurions pu placer deux caméras. L'une près de la cadre formatrice, l'autre près du

97 Roquet, P. (2020). « *l'entretien compréhensif* » document remis dans le cadre de l'UE CRF 225 : formation à la recherche.

98 *Ibid.* p.2

99 *Ibid.* p.4

groupe d'étudiantes, ce qui nous aurait permis d'obtenir deux focales. Puis, réaliser plusieurs entretiens (enregistrés) d'auto-confrontation pour analyser cette séquence. Ces entretiens auraient pu être réalisés avec la cadre formatrice et trois autres entretiens avec une étudiante différente pour chacun d'entre eux. Enfin, réaliser l'analyse. Cette méthodologie éprouvée aurait permis d'appréhender notre objet dans toute sa complexité.

Mais voilà, nous avons débuté cette recherche avec la conviction que l'entretien semi-directif serait le plus approprié. Lors de la rédaction de la seconde partie de notre cadre théorique intitulée «un savoir porté par le corps », nous avons souhaité modifier notre méthodologie. À l'heure où nous écrivons ces lignes, la pandémie du COVID-19 a engendré une période de confinement indéterminée. De ce fait, nous nous orientons sur des entretiens semi-directifs par visioconférence ou par téléphone. Ces éléments nous empêchent de réaliser la méthodologie susnommée qui aurait permis de croiser le dire et l'agir.

4. L'ANALYSE

L'analyse que nous vous proposons s'appuie sur huit entretiens semi-directifs réalisés auprès de six formatrices et deux étudiantes en soins infirmiers. Celles-ci ont été présentées dans la méthodologie susmentionnée. La période de confinement due à la pandémie du Covid 19 s'est étendue de mi-mars à mi-mai 2020. Deux entretiens semi-directifs exploratoires avaient déjà été effectués en présentiel dans deux IFSI différents avant le confinement national. Quatre entretiens ont été réalisés durant cette période, avec deux modalités différentes : par visioconférence (deux entretiens) et par téléphone (quatre entretiens). Toutes ces professionnelles constituent notre échantillon et sont issues de six IFSI différents d'Île-de-France.

Ces entretiens ont été enregistrés pour constituer des traces, ici, des enregistrements audio. Ces traces, après la retranscription ont constitué un corpus de données que nous analyserons dans les lignes qui vont suivre. Les questions issues des grilles d'entretiens présentés dans la méthodologie ont été regroupées par thèmes. Ainsi, une analyse du contenu par thème préalablement défini sera réalisée, plus précisément, une analyse thématique horizontale. « *Faire une analyse thématique consiste à repérer des « noyaux de sens » qui composent la communication et dont la présence ou la fréquence d'apparition pourront signifier quelque chose pour l'objectif analytique choisi* »¹⁰⁰. L'analyse du contenu a pour objet la parole, « *c'est-à-dire l'aspect individuel et actuel (en acte) du langage* »¹⁰¹. Cette méthode nous semble la plus pertinente pour notre objet et pour les modalités utilisées pour recueillir l'information (présentiel, téléphone, visioconférence). En outre, elle « *cherche à dégager le sens d'un discours en classant et en étudiant l'ensemble des informations produites* »¹⁰². « *L'analyse de contenu permet ainsi de repérer des régularités dans l'ensemble des entretiens, d'observer des corrélations, de repérer des indicateurs qui permettront d'apporter des éléments de réponse à la problématique de départ* »¹⁰³.

100 Bardin, L. (1993). *L'analyse de contenu*. France, Paris : Presses universitaires de France. p.137.

101 *Ibid.* p.48.

102 Barbillon, E et Leroy, J. (2012) *Petit manuel méthodologique de l'entretien*. Paris Enrick Edition. p.49.

103 *Ibid.* p.49.

Dans la méthodologie, nous proposons deux grilles pour procéder à notre analyse de contenu par thème. L'une est destinée aux quatre cadres formatrices avec quatorze questions regroupées par quatre thèmes :

- Le premier thème concerne la trajectoire professionnelle (quatre questions)
- Le second thème porte sur l'enseignement du *care* (trois questions)
- Le troisième thème aborde le *care* (trois questions)
- Le quatrième thème évoque la corporéité (quatre questions)

L'autre grille est destinée aux deux étudiantes en soins infirmiers avec neuf questions regroupées en trois thèmes :

- Le premier thème concerne la trajectoire professionnelle (deux questions)
- Le second thème porte sur le *care* (quatre questions)
- Le troisième thème évoque la corporéité (trois questions)

Cette analyse nous permettra de confirmer ou d'infirmer notre unique hypothèse présentée dans notre problématique. Pour rappel, la voici :

- La corporéité des formatrices induit la compréhension du concept du *care*

Tous ces entretiens semi-directifs se sont déroulés au calme, sans interruption et furent agréables. Toutefois, pendant la réalisation des entretiens, nous avons dû modifier quelques questions sur les deux grilles présentées. Concernant la grille d'entretien des cadres formatrices, la question n°2 (comment pensez-vous le métier de cadre formatrice en soins infirmiers ?) a été modifiée. Elle s'est intitulée après le premier entretien : « qu'est-ce que le métier de cadre formatrice représente pour vous ? » En effet, la première cadre formatrice interrogée estime que cette question n'était pas assez claire et elle nous a demandé de reformuler cette question. Ensuite, pour la question 13 (Dans l'activité formative, quels gestes mobilisez-vous pour faciliter la situation de formation ?), nous avons analysé en cours d'entretien, si elle avait du sens pour l'interviewée. L'activité corporelle étant

souvent inconsciente par les protagonistes, les cadres formatrices n'ont pas conscience des gestes mobilisés dans l'activité pédagogique pendant nos entretiens. Pour cela, il aurait fallu étayer avec un support visuel. Par conséquent, nous avons décidé de ne pas poser cette question.

Pour la grille d'entretien des étudiantes en soins infirmiers, deux questions ont été également remaniées : quels gestes vous paraissent importants ? pouvez-vous expliciter ? La réponse à ces questions nécessite à nouveau d'avoir un support visuel avec des protagonistes en action pour étayer les propos des interviewés. Ceci aurait permis de montrer les gestes signifiants des cadres formatrices. Ces questions ont été remplacées pour le premier entretien par : « *quand la cadre formatrice sophrologue, vous a parlé du care, à ce qu'elle faisait des gestes, des mouvements avec son corps ?* ». Pour le deuxième entretien : « *est-ce que tu penses que les mouvements du corps, les gestes aident à comprendre le care ?* ». Ces questions ne sont pas identiques, car elles dépendent du discours de l'interviewée, de son contexte d'apprentissage du *care* qui est singulier. Notre démarche pour l'ensemble des entretiens est de nous adapter au discours des professionnelles. Suite à ces réajustements, les entretiens se sont ensuite déroulés sans difficulté.

Nous vous proposons deux analyses : une analyse correspondant aux entretiens des cadres formatrice et une autre dédiée aux étudiantes en soins infirmiers. Les voici :

4.1 L'analyse des entretiens des cadres formatrices

Thème n°1 : La trajectoire professionnelle

La narration du parcours professionnel des interviewées depuis l'obtention du diplôme d'infirmière me permet de découvrir la trajectoire professionnelle de chaque cadre formatrice. Sur les six entretiens de formatrices, cinq sont cadre de santé, et une seule est formatrice exerçant avec un Master 2 en sciences de l'éducation mention santé publique. Ceci signe le processus d'universitarisation de la profession infirmière. Cette première partie de l'analyse permet d'appréhender la construction de leur identité professionnelle, ainsi que la représentation de leur l'activité actuelle. La première période de l'expérience correspond à l'exercice du métier d'infirmière. Nous supposons que l'incorporation du *care* a lieu durant cette

période. Le parcours est parfois synthétique, détaillé ou situé dans le temps. Les différentes spécialités des services hospitaliers sont souvent nommées. Son évocation est toujours plaisante, car il permet de rendre compte du chemin parcouru et du temps qui passe. C'est aussi le moment où se réactive la mémoire émotionnelle et expérientielle. « *Cette réactivation/répétition (rehearsal) tout en contribuant à la conservation de ce contenu, produit un état affectif grâce auquel le système identitaire est sélectivement ouvert au monde,...* » (Zavalloni, 1990, p.426).

Toutes les cadres formatrices ont commencé leur carrière au sein de différents services hospitaliers en tant qu'infirmière. « *J'ai, en tant qu'infirmière, travaillé en orthopédie essentiellement...¹⁰⁴* ». « *J'ai fait des services variés. Trois ans à la Pitié Salpêtrière en hémato en unité de soins stériles. J'ai fait 8 ou 9 ans, je sais plus, en unité euh.....dans un service de chirurgie plastique reconstructive esthétique et centre de brûlés à l'époque à Rothschild¹⁰⁵* ». La construction de leur l'identité professionnelle a débuté dès la formation par la mimésis, l'alternance intégrative (IFSI/structure de soin), et s'est poursuivi dans l'exercice de l'activité. Le lieu d'exercice participe activement à la construction de l'identité infirmière, « *l'hôpital est véritablement le lieu qui permet l'apprentissage du rôle* » (Collière, 1982, p.109). D'un point de vue historique, l'image de l'infirmière est toujours associée à l'hôpital, car cette profession s'est construite sur un double modèle : le modèle ancien, directement issu de la femme religieuse et celui de l'auxiliaire du médecin. Les femmes religieuses avaient une activité soignante dans les Hôtel-Dieu qui étaient à l'époque des hôpitaux recevant des orphelins, indigents et pèlerins, et administrés par l'Église. Le terme « Hôtel-Dieu » est la contraction du mot « hôtel », dérivé du latin *hospes, hospitis* (« celui qui donne l'hospitalité »), et de Dieu. Le reliquat de cette histoire est toujours prégnant au sein de l'institution hospitalière. De fait, la plupart des infirmières débutent leur carrière dans cette institution comme l'intégralité des infirmières interviewées. Les verbatims susmentionnées le prouvent. Ceux-ci fait partie de l'implicite professionnel lié à l'histoire susnommée. L'identité professionnelle est donc « *une identité de métier se caractérisant par l'usage des pratiques, de vocabulaire, de gestes communs. C'est le*

104 Annexe 3 : entretien cadre formatrice C page 17.

105 Annexe 5 : entretien cadre formatrice E page 29.

sentiment d'appartenance à une profession par le biais de normes collectives conforme intégrées » (Osty, 2008, citée par Véronique Guibert, 2019, p.27).

L'évolution du métier d'infirmière à celui de cadre formatrice est assurée par l'entrée à l'école des cadres (IFCS). Cependant, notre échantillon est constitué de 5 cadres formatrices et d'une formatrice titulaire d'un master 2 en sciences de l'éducation. Cela témoigne de l'universitarisation de la formation des soins infirmiers. Avant 2009, seule l'entrée à l'IFCS permettait cette montée en compétences. Désormais, l'arrêté du 31 juillet 2009 institue la formation des soins infirmiers dans le système L-M-D. Cette alternative permet aux infirmières titulaires d'un master 2 d'exercer des fonctions de cadre pédagogique sans passer par l'IFCS. « *Néanmoins, de nombreuses institutions publiques imposent encore le diplôme de cadre de santé et le considère comme le diplôme le plus adapté et recevable* » (Guibert, 2019, p.34). À l'IFCS, le processus de professionnalisation est réalisé par les pairs c'est à dire des cadres de santé formatrice pour les compétences cœur de métier. On retrouve une alternance intégrative structure de soin/IFCS. Quant aux savoirs médicaux, ils sont enseignés par des médecins. Au sujet des différents master accessible aux infirmières, les enseignements sont réalisés par des intervenants issues de plusieurs disciplines en fonction de la spécialité. Nous ne sommes plus dans un apprentissage effectué par les pairs. Par conséquent, le processus d'universitarisation interroge l'identité professionnelle des cadres formatrices par les professionnelles dispensant la formation permettant le passage au statut de cadre.

L'orientation vers le métier de cadre formatrice est une évolution de l'identité infirmière. D'une part leur appartenance au corps professionnel des soignants est toujours effective. D'autre part, leurs activités professionnelles au sein des IFSI leur permet de maintenir un lien avec l'activité initiale, par la formation qu'elles dispensent. Par ailleurs, lors des stages, les cadres formatrices effectuent également des visites des étudiantes dans les structures de soins, ce qui permet de maintenir le contact avec le réel de l'activité soignante.

Toutes les cadres formatrices constituant notre échantillon sont issues de plusieurs évolutions professionnelles successives. Par exemple pour la formatrice A : « *Donc, j'ai été infirmière pendant euh...pendant 6 ans je crois, 6 ans quelque chose comme ça ouais. Après, j'ai été cadre de santé dans les*

*services de soin pendant ...euh..8 ans et je suis formatrice depuis 11 ans.*¹⁰⁶». Cette cadre formatrice a évolué à trois reprises dans son activité professionnelle tout en conservant une cohérence, car elle se situe toujours dans les soins infirmiers. Elle est passée d'infirmière, à cadre de santé et enfin formatrice. «...*l'identité professionnelle est conçue à la fois comme une configuration présentant une certaine cohérence typique et comme une dynamique impliquant des évolutions significatives, en réponse aux mutations de leur entreprise ou du marché du travail*»¹⁰⁷. Dans notre contexte, les mutations correspondent au processus d'universitarisation dont la finalité est à ce jour inconnue.

À propos de la cadre formatrice B : « *Je suis allée à l'école de puériculture, j'ai travaillé comme auxiliaire de puériculture. Ensuite euh....., j'ai pris des cours par correspondance du soir pour pouvoir passer le concours d'infirmière et euh...j'ai exercé en grande partie ma carrière en pédiatrie et ensuite j'ai eu envie de faire l'école des cadres et de faire l'école des puer. J'ai passé les deux concours en même temps et pour cela j'étais en train de choisir ce que j'allais faire. J'ai fait l'école des cadres à Reims et j'ai travaillé chez les adultes.*¹⁰⁸ » Ces formations successives toujours dans le domaine du soin prouvent que l'articulation travail et formation intervient dans cette dynamique identitaire, et qu'elle est l'un des socles de celle-ci. « *C'est à l'intersection de ces trois champs (travail, trajectoire, formation) qu'est définie l'identité professionnelle de ces personnes* »¹⁰⁹.

In fine, l'identité professionnelle est mouvante, non définitive, et se construit dans le quotidien de l'exercice du métier. « *Elle implique des projections à l'intérieur de filières d'avenir qui, pour certaines n'existent pas encore et pour d'autres risquent d'être fortement modifiées. Elle est donc fortement marquée par l'incertitude* »¹¹⁰. Le processus d'universitarisation actuellement en cours incite les cadres formatrices à remplir progressivement les conditions du recrutement universitaire ordinaire (la thèse) pour qu'elles puissent accéder au statut d'enseignante-chercheuse. Par ailleurs, nul ne connaît la finalité de celui-ci. Effectivement, dans notre échantillon constitué

106 Annexe 1 : entretien cadre formatrice A page 5.

107 Dubar, C. (2000). *La socialisation : construction des identités sociales et professionnelles*. 5^e édition, Paris : Armand Colin. p.181.

108 Annexe 2 : entretien cadre formatrice B page 10.

109 *Ibid.* p.181.

110 *Ibid.* p.114.

de six professionnelles, deux sont titulaires d'un master 2, deux sont en cours de validation du master 2 CIDC au CNAM, et deux cadres formatrices possèdent uniquement le diplôme de cadre de santé. À propos de la cadre formatrice B, qui est titulaire d'un master 2 en sciences de l'éducation, le choix de poursuivre en thèse a été réfléchi. « *C'est devenu un peu compliqué pour m'inscrire en doctorat car il fallait avoir écrit des articles et j'ai fait un choix en me disant là c'est bon.* ¹¹¹» Ces professionnelles de la formation ont fait le choix de continuer à se former. Ayant une visibilité sur les évolutions à venir en lien avec l'universitarisation, l'anticipation par la formation devient une garantie pour maintenir son employabilité. Ces éléments confirment notre vision prospective développée dans le contexte de cette recherche (1.3.2 L'origine des savoirs). La probabilité que les cadres formatrices devront à nouveau évoluer dans leur identité professionnelle est donc forte. « *On sait très bien que dans la formation, le diplôme de cadre ne va bientôt plus suffire voilà.* ¹¹²» Notre contexte démontre que cette identité est probablement temporaire. « *Elle est régulièrement confrontée aux transformations technologiques, organisationnelles et de gestion de l'emploi des entreprises et des administrations. Elles est vouée à des ajustements et des reconversions successives* » (Dubar, 2000, p.114).

Au sujet de leur représentation du métier de cadre formatrice, chaque interviewée a sa conception liée à son parcours professionnel. Pour la cadre formatrice FD, la formation de ses pairs a toujours été une de ses préoccupations. « *j'ai commencé la formation infirmière parce que j'ai été tutrice dans les stages, référente tutrice euh...pour les stagiaires, dans mon ancien travail. Je recevais les stagiaires, on faisait des protocoles d'accueil, d'accompagnement. Cela m'a permis de m'intéresser au nouveau référentiel.* ¹¹³» D'après ces verbatims, sa fonction actuelle de cadre formatrice est une continuité de ses activités pédagogiques d'infirmière. D'ailleurs, elle mentionne les actions qu'elle a réalisé dans ce sens en tant qu'infirmière. Elle prolonge ses propos sur les axes de son travail actuel, soit, la pédagogie directe, la création de contenu pédagogique et l'accompagnement. « *C'est à dire d'abord sur tout ce qui est pédagogie directe avec les étudiants, faut également créer etc..., donner des cours et*

111 Annexe 2 : entretien de la cadre formatrice B page 10.

112 Annexe 6 : entretien de la cadre formatrice F page 38.

113 Annexe 4 : entretien de la cadre formatrice D page 22.

*également accompagner les étudiantes.*¹¹⁴» Pour elle, il y a des similitudes entre le métier d'infirmière et le métier de cadre formatrice. Dans sa vision, les patients nécessitent des soins et un accompagnement, mais les étudiantes aussi nécessitent un accompagnement. Toutefois, elle admet qu'il y a une différence. Elle ne soigne pas ses étudiantes, mais elle leur apprend le soin. « *La finalité c'est que mes étudiantes vont sortir de l'IFSI et qu'elles puissent prendre en charge un patient comme moi je l'aurais pris à l'époque*¹¹⁵»

Trois cadres formatrices énoncent une position similaire, c'est-à-dire que la formation des pairs est également une question centrale. Néanmoins, elle est articulée autour de deux notions essentielles dans la formation : la transmission et l'accompagnement. Concernant la première, la notion de transmission est prégnante dans les soins infirmiers de manière générale. Notamment, par la présence d'étudiantes lors des stages dans les structures sanitaires et médico-sociales que les infirmières forment en continue. Cette formation des pairs se réalise dans le quotidien de l'exercice des infirmières et se fait par la transmission des savoirs théoriques, pratiques et de l'expérience. Cette activité transmissive se poursuit également en tant que cadre formatrice. « *C'est la transmission, l'accompagnement, bon euh... Il y a de la transmission académique et puis il y a de la transmission aussi pratique par l'intermédiaire des TD, par l'intermédiaire aussi de mon expérience que j'essaye de transmettre.*¹¹⁶ » « *J'accompagne, je transmets, on a beau dire qu'on transmet rien, c'est le versant du CNAM.*¹¹⁷ » « *mais plus la transmission s'il y a quelque chose à transmettre et puis quelque chose qui tournerait autour de comment les faire grandir,*¹¹⁸» La transmission des savoirs aux étudiantes dans la formation des soins infirmiers est une activité d'infirmière et de cadre formatrice. Selon Noël-Hureau, la définition même de la profession infirmière se décline dans ses aspects, soins, profession et formation. Cependant, la notion de transmission ne s'arrête pas là dans le réel de l'activité. Les transmissions sont aussi l'ensemble des ressources destinées à faire passer des informations entre les différents membres de l'équipe soignante afin d'assurer la continuité des soins. Elles peuvent être orales et écrites. Ces éléments peuvent éclairer pourquoi cette notion de transmission

114 Annexe 4 : entretien de la cadre formatrice D page 22.

115 Annexe 4 : entretien de la cadre formatrice D page 27.

116 Annexe 3 : entretien de la cadre formatrice C page 17.

117 Annexe 5 : entretien de la cadre formatrice E page 30.

118 Annexe 6 : entretien de la cadre formatrice F page 38.

est prégnante dans cette formation et par conséquent dans les verbatims de ces professionnelles.

Quant à la notion d'accompagnement, elle renvoie à la dyade cadre formatrice/étudiante. L'objectif est d'être présent auprès des étudiantes dans la temporalité de la formation, pour les aider à surmonter les difficultés. C'est aussi veiller aux développements de leurs compétences, pour qu'elles puissent prendre soin de leurs patients. « *Mon métier, je le vois comme étant un agent de développement, terme de Guy Jobert. Je le vois vraiment sur l'accompagnement,...*¹¹⁹ » Arrêtons-nous sur ce terme : agent de développement. Cette appellation est très pertinente, car elle correspond bien à l'activité de ces professionnelles et répond au paradigme actuel de la formation des soins infirmiers. En effet, l'étudiante est en formation pour développer des compétences dans le domaine du soin et pour acquérir une posture réflexive. D'ailleurs, plusieurs projets pédagogiques d'IFSI sont axés sur l'accompagnement des étudiantes.

Thème n°2 : L'enseignement du *care* dans l'activité pédagogique en IFSI

Ce thème nous introduit dans l'apprentissage du *care*, telle qu'il est réalisé dans les différents IFSI par les cadres formatrices. Les entretiens menés montre que ce concept est abordé dès la première année dans l'unité d'enseignement 4.1 intitulé : soins de confort et de bien être. « *On l'enseigne dans l'unité 4.1 S.1 soins de confort et de bien-être.*¹²⁰ » « *Comment on l'aborde ? J'ai jamais fait cette UE mais il y a une UE en première année, la 4.1 euh...soins de bien être et de confort, où il aborde certains contenus.*¹²¹ » Cette unité est incluse dans la compétence 3, elle-même intitulée : accompagner une personne dans la réalisation de ses soins quotidiens. Il n'y a pas d'UE dédiée à l'enseignement du *care*. De fait, il peut être présent en premier plan comme la 4.1 ou présent en arrière plan comme la 2.5 (processus inflammatoires et infectieux, UE théorique). Effectivement, les UE directement liées à la relation dans le soin sont plus propices à déployer toute une réflexion sur ce concept contrairement à des UE plus théoriques. « *Les UE très scientifiques comme les processus où on peut éventuellement perdre cette valeur du care, un peu plus on la retrouve sur tout ce qui est unité de*

119 Annexe 6 : entretien de la cadre formatrice F page 38.

120 Annexe 1 : entretien de la cadre formatrice A page 2.

121 Annexe 6 : entretien de la cadre formatrice F page 40.

*projet de soins, d'accompagnement, anthropologie, socio etc..*¹²²» Il est également au centre de la compétence 6 (communiquer et conduire une relation dans un contexte de soin) avec des UE tels que: 4.2 soins relationnels. Les cadres formatrices l'abordent aussi en premier plan dans l'UE 1.3: législation, éthique, déontologie. Toutes ces professionnelles mentionnent que le *care* est un concept transversal durant la temporalité de la formation. Cette transversalité peut être corrélée à sa multi-référentialité que nous avons déjà évoqué dans notre cadre théorique. D'ailleurs, le dernier verbatim cité dit bien qu'on le retrouve aussi en anthropologie et en sociologie.

À propos de sa définition, dans la première partie de notre cadre théorique, nous avons souligné la polysémie de ce concept. Pourtant les professionnelles interviewées traduisent toutes le *care* comme le prendre soin « *Pas sous ce nom là, plutôt le prendre soin.*¹²³ » « *Non, c'est pas abordé, enfin, on l'aborde pas comme ça. Mais le prendre soin, il traverse tout les UE.*¹²⁴ » « *Donc, là, pour le coup, on aborde vraiment le concept du care et donc du prendre soin.*¹²⁵ » Nous en déduisons que dans ce groupe professionnel, la traduction la plus usité du *care* est le prendre soin. La polysémie de ce concept ne s'applique pas à la traduction de notre échantillon. Le prendre soin renvoie à la deuxième phase du *care* de Joan Tronto : *Caring for*. Elle le définit ainsi : « *Prendre soin suppose d'assumer la responsabilité du travail de care qu'il faut accomplir.* » (Tronto, 2009, p.37). Deux éléments en lien directe avec l'activité infirmière sont mentionnés : la responsabilité et le travail. D'une part les infirmières dispensent des soins de nature préventive, curative ou palliative, visant à promouvoir, maintenir et restaurer la santé. Nous sommes bien dans une activité professionnelle, donc un travail. D'autre part, la responsabilité fait partie intégrante de la profession. Le décret n° 2016-1605 du 25 novembre 2016 portant code de déontologie des infirmiers indique : « *Art.R.4312-32.-L'infirmier est personnellement responsable de ses décisions ainsi que des actes professionnels qu'il est habilité à effectuer.* » La traduction du *care* par le prendre soin est donc cohérente avec l'activité des soins infirmiers par les notions de travail et de responsabilité.

122 Annexe 4 : entretien de la cadre formatrice D page 24.

123 Annexe 3 : entretien de la cadre formatrice C page 18.

124 Annexe 6 : entretien de la cadre formatrice F page 40.

125 Annexe 1 : entretien de la cadre formatrice A page 2.

La trajectoire professionnelle de chaque cadre formatrice influence sa façon de développer le *care* dans l'activité pédagogique d'un point de vue théorique. Dans ce sens, la cadre formatrice A avait réalisé un mémoire sur le développement de la compétence du *care* par la simulation lors de sa formation à l'IFCS. De fait, elle souhaite développer plusieurs situations de simulation avec des étudiantes pour l'apprentissage du *care*. À ce jour, ce souhait n'est pas effectif, mais, il est en cours de discussion dans les réunions pédagogiques. Dans l'UE 1.3 (législation, éthique, déontologie), cette cadre formatrice développe le concept de dignité, de vulnérabilité et du *care* d'un point de vue pratique. Elle fait réaliser aux étudiantes des expériences où celles-ci doivent se mettre à la place du patient. « *On n'emmène pas spécialement le care en tant que concept. On l'aborde, on leur demande de laver le visage d'une collègue de promo en binôme, on leur demande de se donner à manger chacun leur tour. Là pour le coup, elles ont quand même un petit vécu de ce que ça peut faire d'être pris en charge pour un soignant. On est plus dans la pratique du care* ¹²⁶» Ces expériences, bien que différentes de la simulation permet aux étudiantes d'approcher ce qu'un patient ressent dans certaines situations. Par conséquent, lorsqu'elles feront face à ces situations, ces expériences seront réactivées grâce aux sensations ressenties. Alors, nous supposons qu'elles seront plus attentives au bien-être des patients.

La cadre formatrice B aborde le *care* avec ses étudiantes en l'associant à des modèles en soins infirmiers et à la démarche clinique¹²⁷. Ce procédé est cohérent avec son parcours professionnel, car elle a été responsable pendant quelques années de la formation d'infirmière clinicienne pour le module de base. « *Ma façon de travailler avec eux sur le care, c'est à la fois d'utiliser des modèles en soins infirmiers et puis c'est vraiment la façon dont on parle de cette démarche clinique.* ¹²⁸ » En plus, cette formatrice nous livre sa définition de l'apprentissage du *care* dans l'activité formative. « *C'est la capacité à développer chez l'étudiant à prendre soin du patient mais à tous les niveaux, y compris dans un questionnaire, un questionnement,*

126 Annexe 1 : entretien de la cadre formatrice A page 9 .

127 La démarche clinique part du patient pour prendre en compte son vécu par rapport à la situation singulière qu'il est en train de vivre. C'est un processus permettant d'identifier l'ensemble des problèmes de santé de la personne, qu'ils soient réels ou potentiels, ainsi que les ressources de la personne pour faire face à sa situation.

128 Annexe 2 : entretien de la cadre formatrice B page 11.

*un regard, le verbal, le non verbal.*¹²⁹» Un travail de scénarisation en groupe est permis aux étudiantes, en leur faisant jouer à tour de rôle soit le patient, soit le soignant. Cette pédagogie active permet l'apprentissage du *care* dans la relation avec le patient. « *on leur permet de travailler aussi entre eux, en triade ce qui fait qu'ils ont l'expérience de ce que c'est d'être euh....en entretien d'aide quand on est patient, quand on est soignant.*¹³⁰»

Quand à la cadre formatrice D, ce concept a déjà été évoqué lors de son DU en éducation thérapeutique et de son master 2. Cette familiarisation lui permet de développer toute une réflexion sur l'enseignement de ce concept. « *Nous on l'enseigne dans différentes unités d'enseignement euh...comme un fil conducteur avec une posture professionnelle. Enfin, pour adopter une posture professionnelle et une prise en charge holistique du patient euh...voilà.*¹³¹». Ici, le *care* est associé à une posture professionnelle. C'est à dire à une attitude soignante que les étudiantes doivent acquérir durant la temporalité de la formation, pour délivrer une prise en charge holistique des patients.

À propos des valeurs, l'enseignement du *care* donne à voir la dimension axiologique des cadres formatrices à travers leurs discours. La modalité discursive est imprégnée des valeurs de ces professionnelles. Elles deviennent alors accessibles aux étudiantes par l'intermédiaire du discours. Par ailleurs, le *care* a également une dimension axiologique forte par son universalité et son association à l'éthique comme nous avons pu le constater dans la deuxième partie de notre cadre théorique. D'ailleurs, il est au centre de l'UE 1.3 : législation, éthique, déontologie. Il est aussi consubstantiel à l'humanisme qui fait partie intégrante du soin et de la relation pédagogique. Le mot valeur est omniprésent dans les verbatims des interviewées. Ici, ce mot peut faire référence à un attribut du groupe professionnel infirmiers, car elles sont partagées par les infirmières constituant le groupe. Ces valeurs telles que le respect, l'écoute, la bienveillance, l'empathie et la bienveillance sont régulièrement citées par les interviewées et forme un paradigme humaniste. elles rendent estimables les cadres formatrices, ainsi, les étudiantes souhaitent ressembler à ce modèle que constitue ces professionnelles. « *voilà avec toutes les valeurs que sous tendent le care*

129 Annexe 2 : entretien de la cadre formatrice B page 11.

130 Annexe 2 : entretien de la cadre formatrice B page 11.

131 Annexe 4 : entretien de la cadre formatrice D page 24.

*comme l'accompagnement, l'écoute euh..voilà. Leur transmettre aussi des valeurs en tant que futurs soignants,*¹³²» « Ces notions de valeurs peuvent faire écho quand eux-même se rendent compte que leur manière d'être est sous-tendu de valeurs et de point de vue sur ce qu'ils sont.¹³³ » « Il est sûr que notre travail en tant que formateur, c'est que nos valeurs sont essentiels à notre profession.¹³⁴» Une cadre formatrice mentionne également que les étudiantes ne se souviennent pas forcément des enseignements. Par contre, elles se souviennent parfaitement des valeurs des cadres formatrices.

D'après les verbatims des interviewées, l'apprentissage du *care* se réalise progressivement durant la formation. En première année, les cadres formatrices constatent que les étudiantes sont plus orientées sur l'action, les soins techniques, comme par exemple la pose de perfusion. Ensuite, les apports théoriques et la relation pédagogique permettent aux étudiantes de développer une attitude, une pensée en lien avec le *care*. Néanmoins, toutes les cadres formatrices s'accordent à dire que ce sont les stages qui permettent l'intégration et le développement d'une attitude soignante axée sur le *care*. Par contre, pour les étudiantes possédant une expérience d'aide-soignante, ce cheminement a déjà été effectué. Il s'agit pour ces professionnelles de se perfectionner dans ce domaine. L'alternance intégrative stage/formation permet de croiser le dire et l'agir, et de comprendre qu'il constitue un fondement de leur profession. L'apprentissage du *care* est donc soumis à la temporalité, car il est progressif. « *Le prendre soin, elles en prennent plus conscience à mon sens en troisième année...elles viennent surtout pour la technique. Euh... elles ont cette vision de technicité avant du prendre soin de la personne.*¹³⁵» « *Pour le coup, elles le prennent de plein fouet. Si elles étaient pas très au clair avant le stage, avec ce concept...elles perçoivent vraiment, je pense ce que c'est le prendre soin, ce que c'est la vulnérabilité et ce que c'est le care.*¹³⁶ » « *Si on ne pratique pas, si on n'essaye pas, on n'est jamais sûr que ce sera intégré, transposé, transférable.*¹³⁷»

132 Annexe 4 : entretien de la cadre formatrice D page 24.

133 Annexe 4 : entretien de la cadre formatrice D page 24

134 Annexe 4 : entretien de la cadre formatrice D page 26

135 Annexe 3 : entretien de la cadre formatrice C page 19

136 Annexe 1 : entretien de la cadre formatrice A page 4

137 Annexe 2 : entretien de la cadre formatrice B page 12-13

À propos de la relation pédagogique, une cadre formatrice souligne que le *care* est aussi dans les fonctionnements de base. Cette professionnelle constate qu'avec la nouvelle population d'étudiantes, l'équipe pédagogique est obligée de revoir les savoirs de bases. C'est-à-dire le respect, la politesse, la façon de s'adresser aux autres et de les regarder. Ayant trente années d'expérience dans la formation des paramédicaux, elle remarque qu'avant les cadres formatrices n'avaient pas besoin d'effectuer ce détour avec les étudiantes. Pourtant, celui-ci est devenu indispensable, car les étudiantes doivent acquérir progressivement une attitude soignante basée sur le respect, l'écoute et la bienveillance pour pouvoir déployer le *care*. De ce fait, son apprentissage doit passer par cette étape. « *Donc, il y a aussi tout ce travail à faire à l'intérieur des promotions, pour faire valoir la parole des uns et des autres...pour qu'on puisse avoir plaisir à vivre ensemble trois ans... Les deux premiers mois sont très difficiles en première année.* ¹³⁸» Par ailleurs, elle estime que la difficulté se situe dans le fait que les étudiantes ne s'aperçoivent même pas que les savoirs de base ne devraient pas être repris par les cadres formatrices à l'institut.

Plusieurs professionnelles mentionnent que dans la relation pédagogique, elles essayent de prendre soin des étudiantes, notamment dans les suivis pédagogiques. « *je dirais en tant que formatrice euh...au quotidien j'essaye de prendre soin de mes ..de mes....étudiantes, voilà avec toutes les valeurs que sous tendent le care* ¹³⁹» Le *care* se manifeste à travers leurs postures, leurs corps, leurs voix, leur langage commun et précis, le rythme des mots et l'intonation, mais aussi à l'accueil quand elles reçoivent les étudiantes en suivi pédagogique. Lors de ces moments, ces professionnelles prennent leur temps et sont exclusivement à l'écoute de l'étudiante. Dans le quotidien de l'activité formative, il est aussi présent, par la disponibilité, la présence et l'accompagnement des cadres formatrices. Ces éléments sont issus de leurs verbatims.

« Plus je vieillis, plus j'ai tendance à euh... lors des entretiens avec les étudiantes... à être sur le ressenti, sur le qu'est ce que ça vous fait ? Pourquoi vous réagissez comme ça ? est-ce que c'est quelque chose que vous avez déjà

138 Annexe 2 : entretien de la cadre formatrice B page 13

139 Annexe 4 : entretien de la cadre formatrice D page 24

*vécu avant ? Le savoir et les connaissances ça viendra.*¹⁴⁰» Aider l'étudiante à identifier ce qu'elle ressent dans des situations difficiles permet à celle-ci de nommer ses émotions. Ainsi, elle sera probablement plus centrée pour accueillir celles des autres et développer une attitude soignante. Effectivement, ce que cette cadre formatrice sous entend et que l'important se situe dans la connaissance de soi et de ses limites pour déployer le *care* dans son activité professionnelle.

La conception du *care* des cadres formatrices

La partie théorique développée dans cette recherche met en évidence la polysémie de ce concept en fonction des approches. Les cadres formatrices interviewées traduisent à l'unanimité le *care* comme le prendre soin. Toutefois, ici, il s'agit d'aller plus loin que cette traduction. L'objectif est de saisir le sens qu'elles donnent à ce concept. Bien entendu, leur conception est reliée à leur trajectoire sociale.

Nous retrouvons dans leur conception plusieurs éléments soulignés dans le cadre théorique de ce mémoire. Une des professionnelles estime que le *care* est une disposition qu'elle a acquise par son éducation et son histoire familiale. Pour elle, c'est également répondre aux 14 besoins fondamentaux de Virginia Henderson¹⁴¹ et l'écoute sensible telle qu'il a été développé par René Barbier. Cette notion de disposition rejoint la définition de Joan Tronto, mais elle n'est pas liée au fait d'être un être humain, elle est plutôt la conséquence du vécu, de l'histoire personnelle de l'individu. Pour certaines professionnelles interviewées, c'est le respect du patient dans son intimité avec une adaptation de la part du soignant. Pour d'autres, c'est la prise en charge du patient avec son environnement. Plusieurs interviewées estiment que c'est une compétence qui nécessite de l'écoute, de la bienveillance et de l'accompagnement. Pour une d'entre elles, le *care* c'est comprendre l'autre et l'observer aussi bien que le raisonnement clinique¹⁴².

¹⁴⁰ Annexe 6 : entretien de la cadre formatrice F page 44

¹⁴¹ Voici les 14 besoins fondamentaux de l'être humain : respirer, manger et boire, éliminer, se mouvoir et maintenir une bonne posture, dormir et se reposer, se vêtir et dévêtir, maintenir la température corporelle dans les limites de la normale, être propre, éviter les dangers, communiquer avec ses semblables, agir selon ses croyances et ses valeurs, s'occuper en vue de se réaliser, se recréer et apprendre.

¹⁴² Le raisonnement clinique est une activité intellectuelle qui consiste à synthétiser l'information obtenue au départ d'une situation clinique, à l'intégrer avec les connaissances préalables et l'expérience pour poser un diagnostic et prendre des décisions thérapeutiques.

Ces dernières conceptions du *care* inscrite dans une activité professionnelle s'éloigne de la définition de Joan Tronto qui le définit comme une : « *Activité caractéristique de l'espèce humaine* ». Les verbatims recueillis mettent en avant une attitude soignante fondée sur l'écoute sensible, le respect de la personne et de son intimité, ainsi que son environnement. L'attitude soignante, la compétence, l'observation et le raisonnement clinique renvoient directement à l'activité infirmière plus précisément au rôle propre¹⁴³. Par conséquent, le *care* est un fondement des soins infirmiers mais également une compétence qui s'acquiert progressivement par la formation et l'expérience.

La corporéité

Toutes les cadres formatrices s'accordent à dire que leurs corps induisent une dynamique dans les situations d'apprentissage, qu'il est là pour maintenir l'attention des étudiantes. « *Dans la formation, les étudiantes, quand tu bouges, que t'es dynamique, elles aiment bien, ça les maintient concentrées.* ¹⁴⁴» Une des cadres formatrices interviewées souligne qu'elle rentre en contact avec les étudiantes par son corps et elles avec les leurs. Effectivement, c'est bien par notre corps que nous nous mouvons dans l'espace et que nous interagissons avec l'autre. Dans l'activité pédagogique, le langage corporel devient insistant de l'explication et donc de l'apprentissage.

Une professionnelle évoque l'aspect artistique du corps : « *Oui, oui, oui, c'est clair qu'on joue avec notre corps même en tant que formateur, mais pas qu'en magistral, en face à face.* ¹⁴⁵ ». Le corps est perçu, ici, comme un instrument au service du contexte, c'est-à-dire en fonction du nombre d'étudiantes en face. Ce qui prouve son adaptabilité par la perception du contexte.

Le corps a bien une part fondamentale dans leur activité professionnelle actuelle. « *On peut véhiculer à travers notre corps, quand même des émotions, des informations, des formes de vécu sur lequel les*

¹⁴³ le rôle propre désigne le domaine spécifique dans lequel lui sont reconnus une autonomie, une capacité de jugement et d'initiative.

¹⁴⁴ Annexe 5 : entretien de la cadre formatrice E page 34.

¹⁴⁵ Annexe 6 : entretien de la cadre formatrice F page 47.

*autres peuvent se rattacher...*¹⁴⁶» Ce propos signifie que cette professionnelle a parfaitement saisi que le corps donne à voir les expériences antérieures. Ici, leurs expériences des soins infirmiers auxquelles les étudiantes peuvent se rattacher. De plus, ce verbatim est très intéressant, car il renvoie directement à la définition d'Anne Jorro sur la corporéité. La voici : « *Les dimensions biographiques, expérientielles, perceptives, émotionnelles, tactiques incorporées par les acteurs qui s'expriment à travers les mouvements du corps* » (Jorro, 2017, p.10). Le verbatim de la cadre formatrice et cette définition de la corporéité ont des similitudes. La première est que l'expression corporelle donne à voir des informations sur la personne que l'on est. La seconde est que ces informations sont d'ordre émotionnelles et biographiques. Ce verbatim de la cadre formatrice, « *des formes de vécu* », peut signifier la dimension biographique de la définition de la corporéité. La dernière est que cette expression corporelle est visible par les personnes extérieures. « *les autres peuvent se rattacher* » ainsi « *qui s'expriment* » traduisent ce dernier élément qui fait que les intentions du corps sont perceptibles par autrui.

Par ailleurs en tant que soignant, plusieurs d'entre elles estiment qu'elles ont l'habitude de toucher les patients. Cette conception fait écho aux contexte et au cadre théorique de cette recherche. Effectivement, nous avons souligné que la pratique du soin était corporelle. D'une part, parce que l'apprentissage se réalisait de femme à femme par leurs corps. D'autre part, les soins sont effectués par le corps des femmes, plus précisément leurs mains, sur les corps des patients. Nous sommes bien dans une profession corporelle, car comme dans l'activité formative, les infirmières rentrent en contact avec les patients par leur corps dans l'exercice de leur profession. « *On a un métier assez tactile si je peux dire,... Je me suis rendue compte qu'on n'a pas le même rapport au corps quand on est dans le soin. On est tout le temps sur les corps à les toucher, de toutes les formes, tous les aspects, des plus jolis, aux plus moches, jusqu'à la pourriture.*¹⁴⁷ » L'expérience en soin infirmiers des cadres formatrices induit une réflexion sur l'importance du corps dans l'activité des soins et l'activité formative.

Quand à l'incorporation du *care* par l'expérience des soins infirmiers. Plusieurs professionnelles interviewées pensent qu'elle est effective. « *En*

146 Annexe 5 : entretien de la cadre formatrice E page 30.

147 Annexe 6 : entretien de la cadre formatrice F page 45.

*tant que formatrice, oui, je pense qu'on l'a incorporée. Je pense qu'effectivement, d'avoir été au chevet des patients et de leur entourage, surtout en réa... euh... Et de voir les réactions différentes.*¹⁴⁸» L'activité pédagogique actuelle des cadres formatrices reflète la pluralité de leurs expériences professionnelles dont le *care*. Ce reflet est visible par leur corporéité dans le contexte de l'apprentissage des soins infirmiers et il est perceptible par les étudiantes. D'ailleurs, une professionnelle indique : « *cette expérience a été forgeante*¹⁴⁹». Cette image est extrêmement parlante, car quand on forge c'est pour façonner un métal. Elle peut signifier que l'expérience évoquée l'a façonnée définitivement en tant que professionnelle. Ce verbatim vient faire écho à cette notion d'incorporation qui a été évoquée dans le cadre théorique de cette recherche et par les professionnelles interviewées.

L'analyse des entretiens des cadres formatrices permet d'avoir accès à leurs trajectoires professionnelles et à l'enseignement du *care* dans la formation des soins infirmiers. Leur corporéité est bien présente dans leurs pratiques actuelles. Maintenant, il s'agit d'avoir le point de vue des étudiantes en soins infirmiers sur ces éléments.

4.2 L'analyse des entretiens des étudiantes en soins infirmiers

Dans cette recherche, nous avons choisi de réaliser des entretiens avec deux étudiantes en troisième année par téléphone. Cette analyse est plus courte que celle des cadres formatrices, car elle résulte uniquement de deux entretiens. À ce stade de la formation, le *care* est un concept connu et abordé dans les différentes unités d'enseignements. De plus, elles ont pu l'expérimenter dans les structures de soins où elles ont réalisé leurs stages. Enfin, elles sont les sujets de cette recherche, car ce sont elles qui doivent apprendre le *care* durant les trois années de formation.

La trajectoire professionnelle des étudiantes

Les entretiens effectués avec ces futures infirmières nous donnent accès à leurs parcours. Ces deux étudiantes présentent des similitudes dans

148 Annexe 6 : entretien de la cadre formatrice F page 43.

149 Annexe 6 : entretien de la cadre formatrice F page 44.

leurs trajectoires. Toutes les deux ont une première partie de leurs expériences professionnelles qui s'étend de 18 à 27 ans environ, ponctuée par des métiers successifs. « *Parmi les évènements les plus importants pour l'identité sociale, la sortie du système scolaire et la confrontation au marché du travail constituent désormais un moment essentiel de la construction d'une identité autonome* » (Dubar, 2000, p.113). Ces étudiantes sont issues de filières professionnelles dans l'enseignement secondaire, BAC pro-sécrétariat et sciences-médico-sociale. Elles n'ont pas poursuivi leurs cursus, de fait, elles ont dû faire face à l'incertitude en occupant pendant plusieurs années des emplois successifs. Cette première confrontation va leur permettre d'expérimenter plusieurs activités qui les mèneront au soins et de construire « *une identité professionnelle de base qui constitue non seulement une identité au travail mais aussi et surtout une projection de soi dans l'avenir* »¹⁵⁰.

Ensuite, ces deux étudiantes ont occupé des postes de faisant fonction¹⁵¹ (auxiliaire de vie et aide-soignante) dans des EHPAD durant quelques années avant d'obtenir leur diplôme d'aide-soignante. « *Cette première "identité pour soi", même reconnue par un employeur a de plus en plus de chance de ne pas être définitive* »¹⁵². Actuellement, elles terminent leur formation en soins infirmiers. Ces soignantes, bénéficient d'une expérience solide dans le domaine du soin bien qu'elles soient étudiantes. Nous verrons dans les lignes qui vont suivre que leur apprentissage du *care* s'est faite de façon empirique, lorsqu'elles étaient faisant fonction et aide-soignante diplômées. De fait, ces professionnelles du soin l'ont déjà expérimenté dans leurs activités soignantes.

Le care

À l'instar des cadres formatrices, les étudiantes traduisent également le *care* comme le prendre soin. « *c'est prendre soin de l'autre et euh.... Pour moi, c'est savoir observer la personne qu'on a en face de soi. Pour moi, le care commence déjà par euh... le regard. Le regard qu'on a face euh.... à la personne qui est en face de nous parce que ça dit beaucoup, ça détermine*

150 Dubar, C. (2000). *La socialisation : construction des identités sociales et professionnelles*. 5ème édition, Paris : Armand Colin. p.114.

151 Occupe le poste d'aide soignante ou d'auxiliaire de vie sans diplôme.

152 *Ibid.* p.114.

*beaucoup, le regard l'écoute.*¹⁵³ » « *C'est le prendre soin, le relationnel, euh... être là pour l'autre, l'écoute, c'est tout ce qui est...*¹⁵⁴ » « *Euh...disponibilité, transmission, transmettre, un savoir faire, un savoir être.*¹⁵⁵» On retrouve des éléments comme l'observation et l'écoute qui ont été précédemment cités par les cadres formatrices. Nous les retrouvons également dans le référentiel d'activité et de compétences. Ils signent l'attitude soignante qu'elles doivent acquérir pour déployer le *care* en stage et dans leur future activité professionnelle. Cette notion de transmission est également présente, nous l'avons déjà évoquée dans l'analyse précédente. Toutefois, ici, nous avons un nouvel élément : le regard. Dans le cadre de cette recherche, nous avons croisé de nombreuses définitions du *care*, mais aucune n'a inclut le regard, alors que celui-ci est fondamental dans la relation à autrui. Le regard est le « *mouvement des yeux qui se portent vers un objet, une personne*¹⁵⁶». Nous rentrons en contact avec les autres par notre corps, mais c'est notre regard qui concrétise notre attention à autrui. Par conséquent, il est bien un élément essentiel de ce concept.

Ces étudiantes possèdent une expérience conséquente dans le soin, car elles ont exercé en EHPAD pendant plusieurs années avant leur formation d'infirmière et ont bénéficié d'une formation d'aide-soignante. Elles ont donc éprouvé le *care* dans ces précédentes expériences sans pouvoir le nommer. Néanmoins, c'est à l'IFSI qu'elle ont entendu pour la première fois ce concept. Il a été abordé par les cadres formatrices dès la première année dans l'UE 4.1 intitulé : soins de confort et de bien être. « *L'UE fait partie des UE qui portent le chiffre 4. Je crois que c'est la 4.1 ou 4.6.*¹⁵⁷» Cela signifie qu'il est bien lié à la formation d'infirmière.

De plus, les verbatims des étudiantes soulignent également que ce concept est transversal, c'est à dire qu'il est présent tout le long de la formation. Ces propos viennent corroborer les dires des cadres formatrices.

« *Quand, je fais un soin, je donne tout, tout. Et, ça, c'est naturel chez moi. C'est dans ma nature d'être comme ça, d'être à l'écoute.*¹⁵⁸ » « *je l'ai appliqué naturellement, on va dire mais avec l'école euh...grâce à ce que j'ai*

153 Annexe 8 : entretien de l'étudiante B p. 54.

154 Annexe 7 : entretien de l'étudiante A p. 50.

155 Annexe 7 : entretien de l'étudiante A p. 50.

156 <https://www.cntrl.fr/definition/regard/consulté> le 03/5/2020.

157 Annexe 8 : entretien de l'étudiante B p.54.

158 Annexe 7 : entretien de l'étudiante A p.51.

*appris avec l'IFSI y avait un plus.*¹⁵⁹» Ces propos indiquent qu'elles ont une prédisposition pour le soin d'un point de vue professionnel. Mais, cette prédisposition indique que le *care* ne s'inscrit pas obligatoirement dans une activité professionnelle soignante, mais comme un acte de vie. Effectivement, si ces étudiantes ne seraient pas en formation, le *care* serait quand même au centre de leur relation aux autres.

L'apprentissage du *care* dans cette formation leur a permis d'améliorer leur approche pour appréhender un patient nécessitant des soins. Ce perfectionnement, c'est fait sur la posture, les gestes, la voix, grâce à l'intervention d'une infirmière sophrologue qui intervenait régulièrement durant la temporalité de la formation. La compréhension du *care* émane également de la corporéité des formatrices via la posture, l'attention, la disponibilité et le discours, d'après les propos des étudiantes. Les apports théoriques ont permis de développer une réflexion sur le *care*, l'altérité, l'intersubjectivité que l'activité professionnelle prolongera. Ces étudiantes estiment qu'elles ont acquis les principes de ce concept par leurs expériences. Pourtant, c'est la formation qui a permis de mettre des mots sur ce concept et de perfectionner leurs pratiques du *care*.

Quant à la relation pédagogique, elle est la pierre angulaire de la formation des soins infirmiers et elle est importante dans l'apprentissage du *care*. Elle permet la transmission des valeurs éducatives et soignantes par l'intermédiaire des gestes et postures. Les deux étudiantes interviewées sont unanimes : le *care* se transmet de cadres formatrices à étudiantes. « *je pense que tout se transmet et c'est important aujourd'hui qu'on sache transmettre le care aux élèves... Pour moi, c'est la transmission du care aussi. Si je dois ajouter quelque chose : c'est savoir transmettre.*¹⁶⁰ » Cette transmission se réalise par l'intermédiaire des postures, du corps, des voix, du langage commun et précis des cadres formatrices d'après les étudiantes interviewées, mais également avec les apports théoriques. La transmission du *care* a donc une dimension implicite et explicite.

Les étudiantes affirment également que les cadres formatrices portent du *care* en elle et qu'elles transposent le prendre soin aux étudiantes. Cela se manifeste par l'intention qu'elles leur portent, leurs disponibilités et leurs sens de l'observation développés par l'exercice du métier d'infirmière. Cet agir

159 Annexe 8 : entretien de l'étudiante B p.54.

160 Annexe 8 : entretien de l'étudiante B page 57.

social est un des éléments de la transmission du *care*. *«c'est vrai que des fois, j'étais....pas bien, et, j'ai entendu plus d'une fois une formatrice me demander si ça va. Parce que je pense qu'elles ont dû remarquer que je n'étais pas comme d'habitude...leurs bureaux étaient toujours ouverts. Elles nous disaient toujours quand vous avez besoin de nous, venez nous voir on peut en parler... Les formatrices portent du care en elles. ¹⁶¹»* Ces verbatims viennent confirmer les propos des cadres formatrices de l'analyse précédente, c'est-à-dire qu'elle prennent soin de leurs étudiantes.

L'évocation de l'expérience des cadres formatrices dans l'activité pédagogique fait que les étudiantes se reconnaissent dans leurs parcours. Les étudiantes ont l'impression qu'elles passent par les mêmes étapes de professionnalisation que les cadres formatrices. Cette évocation permet de tisser un lien professionnel et de sentir l'intégration au groupe professionnel infirmier. Elles sont vues par ces dernières comme le modèle à atteindre. Elles mentionnent également que les cadres formatrices prennent soins des étudiantes. *« Oui, elles prennent soin de nous aussi, c'est vrai. Elles nous disent de faire attention à nous. Au début, pour qu'on puisse se connaître, elles ont organisé un grand pique-nique, on s'est posé, on a rigolé. On a fait ensuite des entretiens individuels pour bien se présenter.¹⁶² »*

La corporéité

De même que les cadres formatrices, les étudiantes soulignent que le langage corporel est là pour maintenir leur attention, car il dynamise les situations d'apprentissage. Il est également insistatif de l'explication dans l'activité pédagogique. Ces propos sont en lien avec le cadre théorique. La matérialité du corps, son aspect extérieur, son attitude et son comportement social entrent toujours en jeu dans un contexte social (Gebauer et Wulf, 1998). Une lecture de l'activité pédagogique ne peut se réaliser sans analyser le corps des protagonistes. L'implication des cadres formatrices dans l'activité pédagogique se perçoit par leur corps, leurs gestes, leurs mots, leur regard et même leur façon de prendre la parole. Ceux-ci signent leur présence corporelle, discursive et ce sont ces éléments que les étudiantes gardent en mémoire de l'enseignante longtemps après la formation. Le corps en action

161 Annexe 8 : entretien de l'étudiante B page 56-57.

162 Annexe 7 : entretien de l'étudiante A page 52.

dans l'activité pédagogique ne peut être vue comme une réalité neutre, il est gorgé de valeurs. Celles-ci s'impriment dans la mémoire des étudiantes. La totalité des interviewées ont cité des cadres formatrices qui les avaient marquées durant leurs formations à l'IFSI par les valeurs qu'elles incarnaient.

Par ailleurs, elles soulignent que leurs expériences se perçoivent dans leurs discours et leurs langage corporel. Elles disent que ces professionnelles savent saisir les silences, les moments d'explications et de réflexion. Celles-ci renvoient directement à la capacité d'affordance dans l'action. L'affordance peut être définie comme les possibilités que la situation offre et que nous saisissons ou l'agilité de l'action en jeu. La modalité discursive associée à l'animation du corps fait partie intégrante de l'activité pédagogique des soins infirmiers est facilité l'apprentissage du *care*. *« je peux regarder une formatrice qui me parle du care euh... dans une toute petite pièce totalement noire. Pour moi, si elles arrivent à mettre des gestes, à poser une bonne prestation, même si elle reste droite, je sais que la façon dont elle va, comment dire étudier, va utiliser son élocution, c'est très important car en fait tout ça, ça peut nous attirer l'attention pour comprendre le care et on peut être passionnée même s'il y a pas grand-chose. Il y'a même pas besoin de quelque chose comme les affiches ou les power-points.¹⁶³ »* Dans la partie théorique de cette recherche, nous avons mentionné que les étudiantes perçoivent toutes ces réalisations inconscientes ou conscientes des cadres formatrices. Le corps constitue bien l'ouverture perceptif au monde.

Une des étudiantes mentionne, que les interventions régulières d'une infirmière sophrologue les a également sensibilisées à la dimension corporelle du soin. Cette dimension du soin est connue par ses actrices depuis des millénaires. L'objectif de ces interventions étaient l'apprentissage des gestes pour savoir comment toucher un patient dans une relation de soin. L'apprentissage était fondée sur l'association des mouvements du corps, des gestes, des mots et la tonalité de la voix. Cette énumération rappelle les actions des cadres formatrices dans la relation pédagogique face à une étudiante ou à un collectif. Par conséquent, il y'a bien une transposition du prendre soin destiné aux patients, au prendre soin destiné aux étudiantes. Les étudiantes et les cadres formatrices confirment cet état de fait. Elles ont ensuite reproduit ces éléments sur leurs camarades pour pouvoir les intégrer dans leurs activités professionnelles. La démonstration, puis la réalisation sur

163 Annexe 8 : entretien de l'étudiante B page 57-58.

leurs camarades de promotion a permis à l'étudiante de visualiser donc de comprendre comment les réaliser en fonction des situations. «*Ouais, ça m'a permis de visualiser, donc de comprendre. Mais, bon, avec mon expérience d'AS, y'avait des choses que je savais déjà. Comment dire, y'en a qui sont pas du tout tactiles, même avec leur famille. Pour moi, c'est une façon de rassurer ou de donner une autorisation aux soignants de pratiquer, on va dire le toucher.*¹⁶⁴»

L'analyse des entretiens des cadres formatrices et des étudiantes révèle les modalités de l'apprentissage du *care* dans la formation des soins infirmiers. À présent, nous sommes en mesure de répondre à notre hypothèse et aux objectifs que nous avons fixés avant l'enquête.

4.3 L'interprétation

Cette partie de la recherche a pour objectif de mettre en relation notre hypothèse de départ avec les analyses des entretiens des cadres formatrices et des étudiantes.

D'un point de vue théorique, la trajectoire professionnelle de chaque cadre formatrice influence sa façon de développer le *care* dans l'activité pédagogique. Ce constat est appuyé par notre corpus de données.

À propos de la dimension axiologique, l'enseignement du *care* donne accès aux valeurs des cadres formatrices par la modalité discursive et leur corporéité dans l'espace pédagogique. Par ailleurs, il possède une dimension axiologique forte par son universalité, sa multi-référentialité et son association à l'éthique.

L'un de nos objectifs initiaux était de saisir l'incorporation du *care* par l'expérience des soins infirmiers des cadres formatrices. Dans ce sens, une professionnelle mentionne que le *care* est une disposition qu'elle a acquise par son éducation et son histoire familiale. Les autres professionnelles interviewées pensent que cette incorporation est effective et qu'elle est réalisé par l'expérience des soins infirmiers. En outre, les verbatims des étudiantes en soins infirmiers viennent confirmer cette incorporation par sa perception extérieure. L'une d'elles va jusqu'à dire « *Les formatrices portent du care en elles*¹⁶⁵». La conscience de l'incorporation du *care* dans sa

164 Annexe 7 : entretien de l'étudiante A page 51.

165 Annexe 8 : entretien de l'étudiante B p.60.

pratique est un phénomène qui nécessite de la distance et la réactivation de la trajectoire professionnelle. Les entretiens furent l'occasion de réactiver cette trajectoire et de rendre consciente cette incorporation.

Quand à la corporéité, elle permet de rendre visible l'incorporation du *care* dans l'activité pédagogique des cadres formatrices. Ces dernières la confirment. D'ailleurs, l'une d'elles nous délivre même une définition proche de celle d'Anne Jorro concernant celle-ci.

Rappel de la question de recherche :

Comment la corporéité des cadres formatrices influence les étudiantes dans la compréhension du concept du *care* au sein de l'activité formative ?

Pour répondre à notre question de recherche, nous avons émis une hypothèse :

- **La corporéité des cadres formatrices induit la compréhension du concept du *care* chez les étudiantes en soins infirmiers.**

Les analyses des entretiens des cadres formatrices confirment que leur corporéité est présente dans l'activité pédagogique et qu'elle est le reflet de leurs expériences antérieures. Celle-ci participe à la compréhension du *care* d'après les étudiantes interviewées. Néanmoins, la corporéité des cadres formatrices n'est qu'un élément parmi plusieurs facteurs dans la compréhension du *care* et donc son apprentissage. L'analyse des entretiens a montré que sa compréhension est multifactorielle. D'une part, elle nécessite des apports théoriques appuyés par des modèles en soins infirmiers, des mises en scènes pratiques pour comprendre les enjeux de la relation soignant-soigné. D'autre part, d'autres professionnels du soin peuvent intervenir pour apporter leurs expertises dans la relation soignante (infirmière sophrologue). Selon les étudiantes interviewées, leur corporéité se manifeste par leur engagement dans l'activité, les mouvements de leur corps, leurs gestes et postures, leurs disponibilités, l'écoute et l'observation dont elle font preuve à leur égard. C'est là que la mimésis rentre en jeu, car les étudiantes reproduisent ces comportements, ces mouvements du corps pour comprendre le *care*. Les résultats montrent que c'est l'association de la corporéité et du discours qui inondent le champ de la conscience de

l'étudiante et constituent un facteur important dans sa compréhension. Nous entendons par le discours, l'élocution, la tonalité de la voix et surtout le choix des mots qui permettent de limiter la dénivellation. Dans la dyade cadre formatrice/étudiante le discours est capital, car il permet de limiter l'asymétrie de cette relation pédagogique.

In fine, ce sont les stages dans les structures de soin qui permettent son application et son intégration dans l'exercice de leur futur métier. Les cadres formatrices l'ont évoqué à l'unanimité.

Cependant, cette recherche présente des limites, nous l'avons mentionné dans la méthodologie. Pour rendre compte de la corporéité dans l'apprentissage du *care*, deux supports visuels associés à des entretiens d'auto-confrontation auraient permis d'étayer cette perspective dans son apprentissage. Ici, nous ne reviendrons pas sur toute la méthodologie qu'il aurait fallu développer dans ce sens, car nous l'avons déjà fait dans la partie méthodologie.

CONCLUSION

Le *care* est un sujet d'actualité et nous y participons par cette recherche. Ce travail sur son apprentissage dans la formation des soins infirmiers, nous livre ces différentes significations. Ici, l'approche par la corporéité des cadres formatrices a été privilégiée. D'une part, l'historique de cette profession nous montre que nous sommes dans une profession corporelle, car le corps dans sa multidimensionnalité est un élément central des soins infirmiers. D'autre part, les entretiens exploratoires, nous ont menés vers cette dimension implicite de l'apprentissage.

L'agir social des cadres formatrices et des étudiantes en soins infirmiers est omniprésent dans l'activité pédagogique. La pluralité de leurs expériences vient interagir avec leurs activités actuelles et est perceptible par les étudiantes en soins infirmiers à travers leur corporéité.

Pour saisir notre objet sous deux angles, nous avons conduit des entretiens avec des cadres formatrices et des étudiantes en soins infirmiers. Ces professionnelles constituent les actrices de cette recherche : les premières dispensent l'enseignement, les secondes en bénéficient. Toutefois, elles sont en constante interaction dans l'activité formative et plus particulièrement dans l'apprentissage du *care*. *De facto*, les interroger est fondamental pour saisir notre objet dans toute sa complexité. Par ailleurs, nous sommes en collaboration et en co-élaboration avec ces professionnelles. Ce sont leurs propos qui nous ont guidés dans l'élaboration, et ce sont leurs verbatims que nous analysons.

Le *care* est un élément central des soins infirmiers, il constitue le « cœur de métier » de cette profession. Au regard des différentes perspectives théoriques, nous soutenons que ce concept appartient à tous, dans sa rencontre avec l'altérité. Son association à l'éthique fait que sa portée politique est forte. D'ailleurs, ces derniers mois, en lien avec la pandémie du Covid-19, nous avons assisté à sa recrudescence dans de nombreux articles et débats.

Il résulte de notre enquête une convergence absolue entre les verbatims des cadres formatrices et ceux des étudiantes. Néanmoins, la

trajectoire sociale colore chaque parcours d'une tonalité singulière concernant le sens qu'elles donnent au *care* et son application dans l'activité. Les résultats de nos analyses indiquent que la corporéité des cadres formatrices est un facteur important dans son apprentissage. Ce sont les stages qui permettent son apprentissage total, car ils confrontent la compréhension avec la pratique dans le réel de l'activité. En outre, la relation pédagogique est la pierre angulaire de cette formation, car c'est là que la corporéité des cadres formatrices est perceptible.

La spécificité de la formation des soins infirmiers se situe à trois niveaux :

- l'apprentissage par les pairs dans l'alternance intégrative IFSI/structure de soins
- la transmission des valeurs soignantes
- la transmission des savoirs à partir des modèles en soins infirmiers, des savoirs théoriques et des savoirs pratiques

Nous avons vu que l'universitarisation est bénéfique, car elle permet une montée en compétences par l'obtention du grade licence. Cependant, elle vient interroger la spécificité de la formation des soins infirmiers, c'est-à-dire l'apprentissage par les pairs. Il est possible que l'enseignement ne soit plus délivré par des professionnelles du soin. L'incertitude de sa finalité fait que de nombreuses hypothèses circulent dans les IFSI. La corporéité dans la compréhension du *care* est un élément important dans l'apprentissage par les pairs. Cette perspective dans l'apprentissage doit être prise en compte dans la finalité du processus d'universitarisation à venir.

À l'université Paris 13 de Bobigny, une chaire de recherche en sciences infirmières est désormais présente. Son axe principal de travail est l'amélioration des pratiques cliniques, de gestion et de formation dans le domaine du soin. Nous pensons que la recherche en sciences infirmières sur la formation de ces professionnelles est essentielle pour cette discipline en plein essor. Elle permettra l'efficience dans la mise en œuvre de l'alternance tripartite IFSI/université/structure de soin et la prise en compte des spécificités de cette formation dans la finalité du processus d'universitarisation à venir.

BIBLIOGRAPHIE

- Bardin, L. (1993). *L'analyse de contenu*. France, Paris : Presses universitaires de France
- Barbillon, E et Leroy, J. (2012) *Petit manuel méthodologique de l'entretien*. Paris Enrick Edition
- Bourdoncle, R. (2007). Autour du mot « Universitarisation ». Recherche et formation. N°54-2007, pages 135-149
- Brohm, J-M. (2017). *Ontologies du corps*. Presses universitaires de Paris Nanterre
- Décret n° 2016-1605 du 25 novembre 2016 portant code de déontologie des infirmiers. Repéré sur le site Légifrance : <http://www.legifrance.gouv.fr>
- Dubar, C. (2000). *La socialisation : construction des identités sociales et professionnelles*. 5ème édition, Paris : Armand Colin
- Gebauer, G et Wulf, C. (2004). *Jeux, rituels et gestes : les fondements mimétiques de l'action sociale*. Paris : Economica
- Brugère, F.(2017). *L'éthique du «care »*.Paris : Que sais-je ?
- Collière, M-F.(1982). *“Promouvoir la vie; de la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers”*. Paris : InterEditions/Masson
- Gilligan, C. (1982). *Une voix différente la morale a-t-elle un sexe?* Barcelone, Flammarion
- Guibert, V. (2019). *Les cadres de santé formateurs en recherche d'une nouvelle identité à l'heure de l'universitarisation*. (Master 2 CPRF, CNAM Paris)
- Hesbeen, W. (1999). Le caring est-il prendre soin? *Revue Perspective soignante*, Ed. Seli Arslan, n°4, pages 1-20
- Jeanguiot, N. 2006. Des pratiques soignantes aux sciences infirmières. *Association de recherche en soins infirmiers*. 2006/4 N°87, pages 75-135

- Jean-Marie Brohm, 2017. *Ontologies du corps*. Paris : Presses universitaires de Nanterre
- Jorro, A. (2009). La construction de l'éthos professionnel en formation alternée. *Travail et apprentissage*, pages 13-25
- Jorro, A. (2018). *Les gestes professionnels comme arts de faire Education, formation, médiation culturelle*. Paris : Presses universitaires du Septentrion
- Kant, E. (2006). *Critique de la raison pure*. 3 e édition corrigée, Flammarion, 2006, Paris, France
- Kaufmann, J.C. (1996). *L'entretien compréhensif*. 128 tout le savoir Paris. Nathan
- Krol, P. (2010). "L'apprentissage du caring chez les étudiantes infirmières au baccalauréat dans un programme de formation par compétences." *Association de recherche en soins infirmiers*. 2013/3 N°102, pages 59-72
- Lefève, C. (2006). La philosophie du soin. article paru dans *La matière et l'esprit*, n°4: "Médecine et philosophie" (dir. D. Lecourt), Université de Mons-Hainaut, avril 2006, pages 25-34
- Lemaitre, D. (2019). *La place de la mimésis dans le travail collectif: les conditions d'un apprentissage réflexif*. QPES 2019. Question de Pédagogies dans l'Enseignement Supérieur. Brest, 17-21 juin 2019
- Molinier, P. Laugier, S et Paperman, P. (2009). "Qu'est-ce que le *care* ?" *Souci des autres, sensibilité, responsabilité*. Paris : Payot&Rivages
- NoëlHureaux, E. (2013). « En quoi l'universitarisation de la formation infirmière modifie-telle la transmission ? » Communication n° 219 – Atelier 21 : Formation au métier du soin, pages 1 à 12
- Noel-Hureaux, E. (2015). « Le *care* : un concept professionnel aux limites humaines ? *Recherche en soins infirmiers* n°122, pages 7 à 17
- Perrenoud, P. (2001). « *Construire un référentiel de compétences pour guider une formation professionnelle* ». Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation Université de Genève
- Profession infirmier : recueil des principaux textes relatifs à la formation préparant au diplôme d'État et à l'exercice de la profession, à jour le 20/07/2019, Réf 531200 Berger-Levrault (1907)
- Roquet, P. (2020). « *l'entretien compréhensif* » document remis dans le cadre de l'UE CRF 225 : formation à la recherche

- Rothier-Bautzer, E (2012). *Entre cure et care les enjeux de la professionnalisation infirmière*. Paris, Edition : Lamarre
- Safon, M-A (2019). *Les réformes hospitalières en France Aspects historiques et réglementaires*. Centre de documentation de l'Irdes. Repéré sur le site : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/lettre_h2007_1.pdf
- Tardif, J.(1998). La construction des connaissances. *Les pratiques pédagogiques. Pédagogie collégiales*, 11 (3), pages 4-9
- Tronto, J. (2009). *Un monde vulnérable. Pour une politique du care*. Paris : édition La Découverte
- Vigil-Ripoche, M-A. (2010). Prendre soin entre sollicitude et nécessité. *Association de Recherche en soins infirmiers* N°107, page 6
- Zavalloni, M. (1990). L'effet de résonance dans la création de l'identité et des représentations sociales. *Revue Internationale de Psychologie Sociale*, T 3, n°3, pages 406 à 427