

Master d'études avancées

2012

Open Access

This version of the publication is provided by the author(s) and made available in accordance with the copyright holder(s).

Professionnalisation des soins infirmiers: savoirs et formations. L'exemple français

Lescuyer, Hélène

How to cite

LESCUYER, Hélène. Professionnalisation des soins infirmiers: savoirs et formations. L'exemple français. Master of advanced Studies, 2012.

This publication URL: <https://archive-ouverte.unige.ch/unige:56103>



UNIVERSITÉ
DE GENÈVE

FACULTÉ DE PSYCHOLOGIE
ET DES SCIENCES DE L'ÉDUCATION

PROFESSIONNALISATION DES SOINS
INFIRMIERS : SAVOIRS ET FORMATIONS.
L'exemple français.

MEMOIRE REALISE EN VUE DE L'OBTENTION DU MASTER OF ADVANCED
STUDIES (MAS) THEORIES, PRATIQUES ET DISPOSITIFS DE FORMATION
D'ENSEIGNANTS

PAR

HELENE LESCUYER

DIRECTRICE DU MEMOIRE

VALERIE LUSSI BORER

JURY

JOELLE DROUX

STEPHANE JACQUEMET

GENEVE JUILLET 2012

UNIVERSITES DE GENEVE, LAUSANNE, FRIBOURG ET SUISSE ITALIENNE

Résumé

Ce mémoire a pour objectif de questionner le processus de professionnalisation des soins infirmiers, en France, au regard de l'évolution des savoirs et de la transformation de la formation.

Nous retracions historiquement l'évolution des soins infirmiers, des origines de l'humanité à nos jours. Nous situons notre travail par rapport à des travaux de recherche existants et à des études qui portent sur des objets comparables. Et nous nous appuyons sur des rapports confiés par le Ministère de la Santé à l'Observatoire National de la Démographie et à la Haute Autorité de la Santé. Il s'agit de s'interroger sur l'évolution des soins infirmiers, de même que sur l'évolution de l'activité des soins infirmiers et sur le développement des compétences des professionnels au regard des divers contextes.

Ensuite, nous analysons l'évolution des savoirs en formation initiale avec une focalisation sur les deux derniers plans de formation de 1992 et 2009. Nous cherchons à établir un lien entre les différents contextes et l'évolution des savoirs de référence. Nous tentons de comprendre comment cette évolution peut s'appuyer sur des savoirs nouveaux tout en prenant en considération des savoirs existants ou des savoirs oubliés. Nous focalisons donc notre recherche sur la place des savoirs de référence, leur nature et leur rôle et sur les instances légitimées à les définir.

Remerciements

Je tiens à remercier les personnes qui m'ont accompagnée dans la réalisation de ce mémoire, ainsi que toutes les personnes de mon entourage qui m'ont soutenue dans la rédaction de ce travail :

- Madame Valérie Lussi Borer, pour la grande qualité de son accompagnement.
- Madame Joëlle Droux pour avoir accepté de faire partie du jury.
- Monsieur Stéphane Jacquemet pour avoir accepté de faire partie du jury.
- Monsieur Pierre Caulier pour avoir été mon correcteur.
- Une pensée particulière pour ma famille, pour la patience dont chaque membre a fait preuve et pour le soutien sans faille de Pierre au cours de ces deux années de formation et dans l'évolution de mon parcours professionnel.

Table des matières

Table des matières	p. 3
Introduction	p. 5
Le cadre méthodologique :	p. 8
I. La construction du sujet.	p. 8
II. La construction de la problématique.	p. 9
III. L'analyse des données.	p. 10
1) Les ouvrages de référence sur l'objet savoirs et soins infirmiers.	p. 10
2) L'évolution des savoirs en lien avec la formation.	p. 11
La revue de littérature :	p. 15
I. Formation et alternance.	p. 15
II. Les savoirs.	p. 21
III. Le processus de professionnalisation.	p. 24
L'analyse des données :	p. 29
I. L'histoire des soins infirmiers.	p. 29
1) L'histoire des soins se construit autour de deux axes.	p. 29
2) Dès l'origine de l'humanité : identification des soins par les femmes.	p. 30
3) Du moyen âge à la fin du XIXème siècle : soins réservés à la femme consacrée.	p. 31
4) De la fin du XIXème siècle aux années 30 : laïcisation et pratique des soins à l'auxiliaire médicale.	p. 33
5) Des années 30 aux années 60 : technicisation des soins.	p. 36
6) Des années 60 aux années 2000.	p. 40
a) Revalorisation de la relation soignant-soigné : les soins centrés sur la personne.	p. 40
b) Le développement de la santé : les soins éducatifs.	p. 44
7) Depuis les années 2000 : les évolutions récentes.	p. 47
8) Le cadre législatif de la profession infirmière.	p. 52
II. L'évolution des savoirs de référence en formation.	p. 58
1) L'évolution des savoirs de référence en formation jusqu'en 1992.	p. 58
a) Les savoirs sans formation.	p. 58
b) Naissance d'une formation. Savoirs centrés sur un rôle.	p. 59
c) Création d'une dénomination professionnelle et d'un titre professionnel.	p. 61
d) Savoirs centrés sur la maladie et les techniques de soins.	p. 61
e) Savoirs centrés sur la personne soignée.	p. 65
2) Le curriculum de formation de 1992.	p. 71
a) Présentation du curriculum.	p. 71
b) Au niveau de la conception.	p. 72
c) Au niveau de la structure d'apprentissage.	p. 73
d) Au niveau de l'accès à la formation.	p. 73
e) Au niveau de la structuration du plan d'études.	p. 74
f) Au niveau du public.	p. 76
g) Au niveau de l'organisation.	p. 77

h) Au niveau des savoirs.	p. 79
i) Au niveau des formes sociales et des modes d'apprentissage.	p. 87
j) Au niveau des intervenants.	p. 88
k) Au niveau de l'évaluation.	p. 89
3) Le curriculum de formation de 2009.	p. 90
a) Présentation du curriculum.	p. 90
b) Au niveau de la conception.	p. 92
c) Au niveau de la structure d'apprentissage.	p. 92
d) Au niveau de l'accès à la formation.	p. 94
e) Au niveau de la structuration du plan d'études.	p. 94
f) Au niveau du public.	p. 97
g) Au niveau de l'organisation.	p. 98
h) Au niveau des savoirs.	p. 100
i) Au niveau des formes sociales et des modes d'apprentissage.	p. 110
j) Au niveau des intervenants.	p. 111
k) Au niveau de l'évaluation.	p. 114
Conclusion.	p. 118
Références bibliographiques.	p. 121
Sources.	p. 126
Annexes.	p. 129

Qu'est-ce qu'être un professionnel des soins infirmiers en 2012 ?

Quand on prononce le mot infirmier, l'image mentale, venant à l'esprit immédiatement, est celle d'une femme en blouse blanche, équipée d'une seringue et qui soigne un malade alité. En effet, l'image sociale de l'infirmière est celle de l'infirmière hospitalière, technicienne qui exécute des actes sur prescription du médecin. Le métier apparaît, également, comme un métier à idéologie forte avec des représentations sociales qui relèvent davantage de qualités morales que de capacités décisionnelles.

Nous sommes bien loin de la représentation réelle de la profession.

Sous l'appellation « infirmier », de nombreuses catégories de professionnels se différencient. Elles peuvent se distinguer :

- selon la nature des soins : soins préventifs, soins éducatifs, soins curatifs, soins palliatifs...
- selon le lieu d'exercice : en milieu hospitalier (soins généraux, soins en santé mentale), à domicile, en entreprise, en école, dans l'humanitaire...
- selon le type de population à prendre soin : une personne ou un groupe de personnes, des enfants (de 0 à 18 ans), des adultes, des personnes âgées...
- selon le temps : le jour, la nuit, la semaine, le week-end et les jours fériés
- selon les partenaires : les médecins, les équipes pluridisciplinaires, les familles, les associations, les institutions...

Cette liste n'est pas exhaustive car il existe une diversité de types de personnes à prendre soin, de lieux d'exercice, dans un espace temps pluriel. Ceci implique donc, une pluralité des pratiques professionnelles. Il apparaît, ainsi, nécessaire de mettre à jour l'image du métier, dans sa diversité, sa complexité et ses évolutions. Et nous partons du postulat que pour mettre à jour cette représentation, il est constructif de mettre en évidence le travail des professionnels, c'est à dire la pratique des soins infirmiers.

Le professionnel n'est pas confronté à une personne seulement, mais à une situation, à un contexte d'action (Perrenoud, 2001a) dont le patient fait partie. De plus, très souvent, il gère plusieurs situations en même temps et, il se retrouve ainsi engagé simultanément dans plusieurs systèmes d'action. L'adaptation à de nouvelles situations et aux technologies innovantes, et ceci dans un contexte de politique de la santé particulier, nécessite une constante remise en question des pratiques. L'infirmier au quotidien, se doit d'analyser les situations afin de pouvoir adapter son agir en temps réel et de manière à prendre les décisions adaptées. Ainsi, il dispose d'une autonomie de décision et d'action dans un contexte donné.

Cependant, une définition unique est posée : le *professionnel des soins infirmiers* est un « praticien autonome, responsable et réflexif, c'est à dire un professionnel capable d'analyser toute situation de santé, de prendre des décisions dans les limites de son rôle et de mener des interventions seul et en équipe pluriprofessionnelle »¹.

¹ Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au Diplôme d'Etat d'Infirmier en France, p. 44.

La formation initiale en France, d'une durée de six semestres vise, depuis septembre 2009, ce profil de sortie en favorisant « l'acquisition de compétences pour répondre aux besoins de santé des personnes dans le cadre d'une pluriprofessionnalité »². Sa finalité est de former des professionnels compétents capables d'intégrer plus rapidement de nouveaux savoirs et capables de savoir s'adapter à des situations variées.

C'est dans un contexte en mutation, que la formation des infirmiers rencontre un véritable changement avec la mise en place d'un nouveau programme (en 2009). Pour satisfaire les exigences des accords de Bologne de 1999, l'introduction de la dimension universitaire s'avère être indispensable dans la formation en soins infirmiers. De plus, l'adoption de ce système, licence, master, doctorat (L.M.D.), répond aux demandes des associations d'étudiants et de professionnels en lien avec la reconnaissance de la profession. D'autre part, le politique met également en avant, la nécessité d'une mise en adéquation des compétences infirmières et de la demande de soins de la population. La formation tend ainsi vers l'universitarisation.

Le système de formation est restructuré au nom de la professionnalisation et la réforme est présentée comme une avancée vers une meilleure adéquation entre l'exercice professionnel et la formation

Nous repérons que le thème de la professionnalisation rencontre, aujourd'hui, un véritable succès dans le domaine de la formation et du travail. La professionnalisation est à la fois une question sociale vive qui fait l'objet d'une importante valorisation dans les espaces sociaux et à la fois une question de recherche vive au regard de la multitude de travaux de recherche réalisés depuis plus d'un siècle (Wittorski, 2010).

Ce mémoire a pour objectif de questionner le processus de professionnalisation des soins infirmiers au regard de l'évolution des savoirs et de la transformation de la formation.

Il nous intéresse de mieux comprendre l'évolution des soins infirmiers et la transformation de leurs savoirs de référence. Nous choisissons de nous cibler sur l'objet de la pratique professionnelle qui est représenté par les soins infirmiers plutôt qu'étudier la profession infirmière.

Nous commençons par un chapitre définissant le cadre méthodologique. Puis nous proposons une revue de littérature structurée autour des thématiques suivantes : formation et alternance, les savoirs et enfin le processus de professionnalisation. Ensuite, nous abordons l'analyse des données sur l'histoire des soins infirmiers avec les ouvrages de référence sur l'objet savoirs et soins infirmiers et pour terminer nous présentons notre analyse sur l'évolution des savoirs en lien avec la formation avec une focalisation sur les deux derniers plans de formation.

Nous tenons à préciser les termes utilisés.

Il sera question tout au long de ce mémoire de *professionnelle* et d'*infirmière* au féminin. Sous cette appellation nous entendons des hommes et des femmes qui exercent cette profession. Cependant le féminin est privilégié pour deux raisons ; d'abord parce que les femmes représentent 95% du personnel infirmier, en France comme en Suisse ; ensuite parce que le terme est utilisé au féminin dans la plupart des ouvrages et articles utilisés dans cette recherche. Cette « féminisation » est courante dans les travaux qui portent sur les soins infirmiers.

² Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au Diplôme d'Etat d'Infirmier en France, p. 44.

Nous utilisons le terme de *monitrice*, *d'enseignante* et de *formatrice* également au féminin pour parler des professionnelles de la formation en soins infirmiers permanentes à l'école ou à l'institut de formation. Le féminin est utilisé car les formatrices ont pour métier d'origine le métier d'infirmière et sont représentées par 95 % de femmes. Et, nous utilisons le terme *d'élève* et *d'étudiante* également au féminin car les formées sont représentées par 95 % de femmes.

Il serait intéressant de prendre en considération la distinction entre métier et profession. Cependant, les chercheurs distinguent profession et métier sans parfois s'accorder sur le sens attribué à ces deux vocables. Nous utilisons les termes « métier » et « profession » pour parler de l'activité des professionnelles en fonction de l'approche historique et en fonction des termes utilisés par les auteurs.

Le cadre méthodologique

Ce chapitre présente la démarche de recherche et la méthodologie utilisée.

I. La construction du sujet.

Il nous paraît incontestable que notre histoire professionnelle est en lien avec le sujet de ce mémoire.

Nous avons exercé la profession infirmière durant neuf ans en services de soins hospitaliers. Les motivations premières, qui nous ont poussée à vouloir pratiquer cette profession de soignante, à l'âge de 18 ans, relèvent de l'altruisme et de la volonté de prendre soin du patient. La spécialisation technique et les savoirs nécessaires à la pratique de ce métier ont également été des éléments importants de motivation.

Suite à une formation professionnelle, nous avons été diplômée du Diplôme d'Etat de Cadre de Santé Infirmier.

Le cadre de santé en France, fait partie d'un groupe professionnel spécifique, composé de professionnels issus des différents métiers de la santé. Ce professionnel a une qualification reconnue de cadre responsable d'une unité de soins et de cadre formateur en soins infirmiers.³ Pour notre part, nous enseignons depuis 2002, en Institut de Formation en Soins Infirmiers (I.F.S.I.).

Aujourd'hui, nous suivons une formation, à Genève, Master of Advanced Studies « Théories, pratiques et dispositifs de formation d'enseignants ». Ce M.A.S.⁴ nous permet d'ouvrir et d'approfondir des perspectives dans différents domaines.

Cette formation part du postulat qu'une formation professionnelle fait référence aux pratiques auxquelles elle prétend former. Cette référence suppose une connaissance du travail réel, des évolutions des activités et des savoirs de référence pour exercer ces activités. Comme la plupart des formatrices nous avons été infirmière et nous considérons donc avoir une expérience personnelle ainsi que des savoirs nécessaires à la réalisation de ce métier. Nous nous questionnons beaucoup sur ce qui pourrait apparaître comme une évidence. De plus nous réalisons que l'analyse des évolutions des pratiques, des savoirs et des établissements de formation nous permet de repérer les enjeux actuels et futurs dans le partage du savoir.

Le contexte professionnel dans lequel nous exerçons est également en lien avec le choix du sujet.

En effet, la formation en soins infirmiers s'inscrit dans un contexte en forte mutation dont nous précisons quelques éléments ci dessous.

- En matière de santé, les attentes et les besoins des usagers changent et les politiques de santé publique évoluent.
- L'évolution rapide des connaissances et des technologies implique un réajustement constant des compétences requises pour exercer la profession d'infirmière et par conséquent une adaptation en formation en soins infirmiers.
- La demande sociale de formations professionnelles favorise la mobilité et la formation

³ C.E.F.I.E.C, (2011). Référentiel métier, Compétences des Cadres de Santé. Comité d'Entente des Formations Infirmières et Cadres de Santé. France.

⁴ Lire : Master of Advanced Studies.

tout au long de la vie,

- La démographie de certaines professions de santé reflète une pénurie importante.
- L'enseignement supérieur en France et en Europe est restructuré, la ré-ingénierie des formations des métiers de la santé et leur universitarisation sont manifestes.

Au regard de ces contextes, notre position en tant que formatrice repose sur la question essentielle : *A quoi formons-nous et comment formons-nous dans un système universitaire?*

Le désir de réaliser une recherche sur les soins infirmiers nous anime depuis de nombreuses années. Nous cherchons à mieux comprendre le processus de professionnalisation des soins infirmiers en lien avec les savoirs de référence et à saisir les différentes logiques de ce processus.

Le thème de la professionnalisation est régulièrement étudié dans le M.A.S. « Théories, pratiques et dispositifs de formation d'enseignants ». Un premier travail, dans le cadre de l'Unité de Formation 3.4 « Professionnalisations contrastées des métiers de l'enseignement à travers la transformation de leurs formations et savoirs de référence » du M.A.S. dirigée par Mme Rita Hofstetter et Mme Valérie Lussi Borer, nous a amené à une réflexion autour de ce processus. Cette étude nous a permis de repérer les liens entre les savoirs, la formation, la pratique professionnelle et les enjeux sous-jacents.

Il est intéressant de s'interroger sur les liens et les écarts existants entre ces deux sphères de la formation et de l'activité professionnelle.

Ainsi, notre questionnement s'élargit : *A quoi formons-nous ? Comment formons-nous ? Pour qui formons-nous ?*

Quelle est l'activité professionnelle ? Quels sont les enjeux, les incidences, les tensions entre la sphère du travail et la sphère de la formation ? Comment faire cohabiter la sphère du travail et la sphère de la formation ?

Nos questions de départ se retrouvent être vagues et trop vastes.

Il nous a fallu cibler davantage notre questionnement après un lourd travail de deuil.

I. La construction de la problématique.

A ce stade de la recherche et pour construire la problématique, nous choisissons des lectures en fonction des apports des intervenants des Unités de Formation du M.A.S. et des bibliographies conseillées par chacun.

Nous traitons les lectures au regard de la question de départ pour tenter de confronter des perspectives différentes. Il s'agit essentiellement d'articles de revues, de dossiers de synthèse. Nous situons clairement notre travail par rapport à des cadres conceptuels reconnus.

Nous élaborons des grilles de lecture et des fiches de synthèse afin de mettre en évidence les idées principales des auteurs.

Nous convoquons différents ouvrages de la littérature de référence. Nous mettons l'accent sur le processus de professionnalisation, les typologies de savoirs, les savoirs de référence, les compétences, le curriculum. Ce travail autour d'un cadre théorique nous permet de préciser la problématique en rapport avec la question de départ.

Comment se manifeste le processus de professionnalisation des soins infirmiers au regard de l'évolution des savoirs et de la transformation de la formation ?

Trois hypothèses sont posées :

Hypothèse 1 : *Les savoirs de référence pour l'activité professionnelle des soins infirmiers proviennent, suivant les périodes historiques, de différentes origines.*

Hypothèse 2 : *Les contextes politiques, sociaux, économiques et culturels influencent la formation des professionnels du soin infirmier et les savoirs dispensés en formation.*

Hypothèse 3 : *La construction d'un corps de savoirs contribue au processus de professionnalisation des soins infirmiers et de leur formation.*

II. L'analyse des données.

1) Les ouvrages de référence sur l'objet savoirs et soins infirmiers.

A ce stade de la recherche, nous situons notre travail par rapport à des travaux de recherche existants et à des études qui portent sur des objets comparables. Les objets sont les savoirs de référence des soins infirmiers dont nous analysons l'évolution de la nature afin de fournir des éléments de réponse aux hypothèses 1 et 2.

Nous allons d'abord résituer historiquement l'évolution des soins infirmiers et l'évolution de la profession infirmière. Nous choisissons d'appréhender le sens originel des soins et de repérer l'objet de la pratique professionnelle représenté par les soins infirmiers.

Nous optons comme référence principale pour étudier l'histoire des soins infirmiers les résultats de recherche de Marie-Françoise Collière.⁵ Ses travaux historiques et sociologiques ont permis de comprendre l'histoire de la profession et des soins infirmiers en France. Elle a interrogé l'histoire et plus particulièrement l'histoire des femmes soignantes. Ses études permettent de mettre en lumière la complexité et la diversité des pratiques de soins en lien avec des contextes culturels, historiques, économiques et politiques qui ont contribué à façonner la discipline. Elles se terminent dans les années 90.

Nous faisons également référence aux travaux de recherche de René Magnon.⁶ Il apporte des éclairages historiques, économiques et politiques de l'évolution des pratiques et des connaissances de la profession infirmière. Il cible ses recherches de la fin du XIX^e siècle aux années 2000.

Nous choisissons d'identifier l'évolution des soins infirmiers et non pas l'évolution de la profession infirmière. Nous optons pour ce choix afin de caractériser ce qui fonde l'identité de ces soins depuis leur création. Nous cherchons à savoir ce qui les distingue des autres soins et

⁵ Marie-Françoise Collière (1930-2005) : infirmière, universitaire, professeure en Maîtrise des Sciences et Techniques Sanitaires et Sociales à l'Université Lyon II, auteure, militante et historienne des soins. Femme engagée, elle a œuvré pour la reconnaissance et l'évolution des soins infirmiers.

⁶ René Magnon : infirmier, infirmier général, directeur de service de soins infirmiers, enseignant et directeur technique de programme de maîtrise des sciences et techniques sanitaires et sociales de l'Université Lyon II. Il est titulaire du diplôme d'enseignement infirmier supérieur de l'Ecole Internationale d'Enseignement Infirmier Supérieur, du DEA d'histoire et civilisations contemporaines de l'Université Lyon II.

à privilégier leurs particularités.

Au contraire de M.F. Collière qui prend un recul jusqu'au début de l'humanité, R. Magnon observe que les évolutions de la profession commencent à partir de la fin du XIX^e siècle.

Pour notre part, nous considérons que les événements se jouent bien en amont, comme l'affirme M.F. Collière. Les deux auteurs se complètent.

Nous avons enrichi notre étude avec des travaux d'autres auteurs tels que Michel Poisson, Barbra Ehrenreich et Deirdre English, Monica Eileen Baly, Jean-François D'Ivernois et Rémi Gagnayre et Marc Catanas.

Pour analyser, l'évolution des soins infirmiers à partir du XXI^e siècle, nous optons pour un changement de type de données. Nous nous appuyons sur des rapports confiés par le Ministère de la Santé à l'Observatoire National de la Démographie et à la Haute Autorité de la Santé. Nous choisissons ces rapports car ils nous apparaissent être en lien avec les évolutions récentes des soins infirmiers. Ils sont le point de départ d'une étude sur la démographie des professions de santé et sur la gestion des ressources humaines en matière de santé. Il s'agit de s'interroger sur l'évolution du métier infirmier, de même que sur l'évolution de l'activité des soins infirmiers et sur le développement des compétences des professionnelles au regard des contextes actuels.

Ce qui nous amène au point suivant de l'analyse.

2) L'évolution des savoirs en lien avec la formation.

Nous analysons l'évolution des savoirs de référence en lien avec la formation que nous mettons en rapport avec l'hypothèse 3.

Nous nous appuyons sur une étude de la littérature secondaire portant sur les questions d'évolution des formations d'infirmiers. Nous reprenons des auteurs comme Marie Françoise Collière et René Magnon. Nous citons également Michel Poisson qui a réalisé un travail de recherche dans les archives de l'Assistance Publique de Paris. Il a travaillé sur la période courant de 1870 à 1900 pour la confronter à la situation actuelle.

Nous cherchons à établir un lien entre les différents contextes et l'évolution des savoirs de référence. Nous tentons de comprendre comment cette évolution peut s'appuyer sur des savoirs nouveaux tout en prenant en considération des savoirs existants ou des savoirs oubliés. Nous sommes dans la notion de rapport au savoir de référence et également dans une approche autour de la diffusion de ce savoir, c'est à dire par qui, comment, où et pourquoi. Nous focalisons donc notre recherche sur l'évolution de la nature et du rôle des savoirs et des instances légitimées à les définir.

Nous analysons deux plans de formation en nous ciblant sur celui de 1992 et celui de 2009. Ces plans d'étude s'appliquent à tous les instituts de formation en soins infirmiers de France. Nous optons pour ces deux plans car celui de 1992 est celui qui a fusionné deux formations existantes soient la formation en soins infirmiers généraux et la formation en soins infirmiers en santé mentale. Il est celui qui a vu naître la notion de savoirs infirmiers. Celui de 2009 est celui qui a vu l'apparition de référentiel de formation basé sur le référentiel de compétences infirmières. Il est issu de la réflexion qui a duré 10 ans depuis l'élaboration des premiers rapports confiés par le Ministère de la Santé à l'Observatoire National de la Démographie et il apparaît au moment où la profession est remise en question. Il est le plan de formation actuel.

Pour nous permettre d'analyser les plans d'études, nous avons élaboré une grille de lecture basée sur les références citées et conçues au fil des lectures et de l'analyse de l'évolution des soins infirmiers. Nous présentons les étapes de l'institutionnalisation de formations en soins infirmiers en référence aux travaux de Valérie Lussi Borer (2009). Nous utilisons comme outils de lecture, pour la partie sur le descriptif des plans de formation, les références de Philippe Jonnaert, Moussadak Ettayebi et Rosette Defise (2009). Nous faisons référence aux travaux de Jean-Marie Barbier (1996, 2006) pour analyser l'évolution des savoirs, la conception des plans de formation et les différentes cultures d'action éducative.

Nous avons réalisé un tableau de référence afin de comparer les savoirs au fil du temps et pour repérer les principaux changements.

De plus, l'analyse précédente des rapports confiés par le Ministère de la Santé à l'Observatoire National de la Démographie et à la Haute Autorité de la Santé, nous permet également d'analyser les orientations de la formation dans les 15 dernières années. En effet, en analysant ces rapports, nous cherchons à comprendre les enjeux de la transformation de la formation en soins infirmiers et à identifier le rôle de l'état dans la tertiarisation. Et nous voulons déterminer à qui profite la professionnalisation des soins infirmiers.

Grille de lecture du curriculum et de ses différents éléments.

1) Au niveau de la conception :
<ul style="list-style-type: none">➤ Quels sont les acteurs et auteurs du curriculum ?➤ Qui a été consulté pour la création de ce curriculum?➤ Quels sont les liens avec les exigences nationales et internationales? De qui émanent-elles ?
2) Au niveau de la structure d'apprentissage :
<ul style="list-style-type: none">➤ Quel est le type d'établissement ?➤ Quel est le rattachement administratif de la structure ?➤ Quels sont les lieux d'apprentissage ?➤ Existe-t-il un lien avec le milieu universitaire ?
3) Au niveau de l'accès à la formation:
<ul style="list-style-type: none">➤ Quel est l'âge d'entrée ?➤ Quelles sont les conditions d'entrée ?
4) Au niveau de la structuration du plan d'études :
<ul style="list-style-type: none">➤ Quelle est la modalité principale de structuration des programmes d'études ?➤ Quelle est la référence centrale ?➤ Quel est le profil de sortie défini ? Quelle est la finalité ?➤ Quelle est la conception de la formation ?➤ Quel est le titre délivré ?
5) Au niveau du public :
<ul style="list-style-type: none">➤ Qui est le public cible ?➤ Quelle est la posture et quel est le rôle du formé ?
6) Au niveau de l'organisation :
<ul style="list-style-type: none">➤ Comment est organisée temporellement la formation ?➤ Quel est le système préconisé ? Quel est le type d'alternance ?➤ Existe-t-il une logique modulaire ?➤ Dans quel ordre les contenus sont-ils agencés dans le curriculum ?
7) Au niveau des savoirs :
<ul style="list-style-type: none">➤ Quelle est la conception générale des soins ? Quelle est la conception générale des soins infirmiers ?

- Quel est le type de contenus?
- Quels sont les types de savoirs dispensés?
- Existe-t-il un corpus de savoirs spécifiques ?

8) Au niveau des formes sociales et des modes d'apprentissages:

- Quelles sont les orientations à donner aux contenus ?
- Qu'est ce qui se trouve au centre de l'action éducative ?
- Quels sont les espaces-temps du travail éducatif ?

9) Au niveau des intervenants :

- Quelles sont les figures emblématiques ?
- Qui sont-ils ? Dans quelle partie de la formation intervennent-ils ?

10) Au niveau de l'évaluation :

- Quelle est la conception de l'évaluation ?

Cette revue de littérature est organisée au regard des mots clefs qui structurent la question de recherche. Elle permet d'apporter des concepts qui apparaissent pertinents pour interroger les hypothèses. Ces données favorisent l'analyse de l'évolution des soins infirmiers et l'analyse de l'évolution des formations et des savoirs. Ce cadrage théorique donne des clefs de lecture des différents textes étudiés et aide à la construction d'une grille de lecture des plans de formation. Dans le cadre du parcours du M.A.S., nous avons identifié des pensées, des auteurs que nous resituons.

Dans une première partie, nous présentons la formation et l'alternance. Dans une seconde partie, nous abordons les savoirs. Et dans une troisième partie, nous déterminons le processus de professionnalisation.

I. Formation et alternance.

Pour cette focale, nous avons sélectionné les auteurs dans cet ordre car nous repérons une évolution temporelle dans les conceptions et nous tenions à avoir des repères chronologiques en lien avec les évolutions des plans d'études.

Nous resituons la vision de la formation en cours en 1994. Cette vision nous semble très intéressante au regard du plan de formation de 1992.

Michel Develay (1994), interroge la formation des enseignants. Il questionne l'organisation de la formation et ses contenus. Nous pouvons adapter son discours à la formation en soins infirmiers.

Il présente dans son ouvrage différentes typologies de formation. Nous nous centrons sur l'une d'entre elles.

Develay cite Ferry (1983) qui distingue trois types de formation d'enseignants :

- Une formation centrée sur les acquisitions où la pratique est une application de la théorie. Dans ce modèle de formation des contenus, des méthodes, des techniques sont enseignés. La formation prépare à l'activité professionnelle.
- Une formation centrée sur la démarche où « la pratique est une conséquence indirecte des expériences vécues hors du contexte professionnel ». La pratique est transférable à une autre sans avoir recours à la théorie. On apprend à vivre des expériences sociales à travers des parcours personnels, à utiliser toutes ses ressources pour résoudre un problème. La formation permet de vivre des expériences.
- Une formation centrée sur l'analyse où un rapport permanent de va et vient entre la pratique et la théorie existe. La capacité à observer et à analyser les situations est développée. L'acquisition de connaissances, de techniques et de méthodes ainsi que le savoir analyser représentent les apprentissages. La formation permet une mise à distance de ses apprentissages et de sa pratique professionnelle.

Pour l'auteur, la formation à l'enseignement doit aider au développement de compétences professionnelles et doit « concourir à l'émergence du sentiment de posséder une identité professionnelle clairement établie » (p. 14).

Il apparaît à la lecture de ses études qu'il existe de nombreuses typologies de la formation auxquelles nous aurions pu faire référence. Cependant comme le souligne l'auteur, les

composants de l'acte de formation sont innombrables (p. 72) et ainsi, les formations ne peuvent se caler sur un modèle en particulier. Les formations apparaissent comme composites.

Develay propose six principes à privilégier pour tout curriculum de formation des enseignants. Il est clair que certains peuvent ne pas être en lien avec la formation des infirmières. Cependant, à la lecture de ces principes, nous pouvons repérer quelques similitudes.

Le premier est que la formation doit prendre en compte la pluralité des activités professionnelles de l'enseignant. Les savoirs et les pratiques nécessaires à la réalisation de ces activités doivent intervenir dans les plans de formation.

Le second est que la formation doit mettre en synergie les savoirs à enseigner et les savoirs pour enseigner.

Ensuite, la formation doit s'appuyer sur une articulation de la pratique et de la théorie. L'alternance est à privilégier. Le questionnement de la théorie et la pratique s'avère être indispensable de même qu'un va et vient entre une pratique et une analyse de cette pratique.

Le quatrième principe est une personnalisation de la formation. La formation doit prendre en compte l'apprenant en tant que personne et aller au delà de l'individualisation. Pour l'auteur, individualiser une formation correspond à rendre l'élève capable de définir son projet de formation à partir de ses acquis et des contraintes et des disponibilités de l'institution (p. 78). Personnaliser une formation c'est prendre en considération le ressenti de l'élève afin d'enrichir sa « personnalité professionnelle ». Develay lie la personnalisation de la formation à l'initiation à la recherche. Il définit l'initiation à la recherche comme une ouverture sur la littérature scientifique et comme l'aptitude à prendre du recul par rapport aux pratiques et à produire des savoirs sur sa propre pratique.

Le cinquième principe est la contractualisation de la formation. Une convention peut être établie entre les formateurs et les formés. Ce contrat permet d'expliciter les relations entre les partenaires et ainsi les responsabiliser. Contractualisation et personnalisation sont liées.

Et le dernier principe correspond au fait que la formation doit viser la cohérence entre le métier et les obligations qui le caractérisent. L'auteur parle du système scolaire mais nous pouvons parfaitement adapter son discours à celui du système de la santé. L'enjeu pour la formation apparaît être celui de la cohérence entre ce qui est enseigné et demandé en formation et ce qui est attendu des professionnels au quotidien. Nous pouvons également rajouter une cohérence au sein même de la formation entre ce qui est enseigné et attendu sur le temps d'école (enseignement théorique) et ce qui est enseigné et attendu sur le temps stage (enseignement clinique). Un décalage ne doit pas s'observer entre la formation à l'institut de formation et entre la formation sur le terrain. Une complémentarité est repérée afin de favoriser le développement des compétences.

Nous présentons, à présent, d'autres auteurs clefs qui présentent des visions que nous pouvons mettre en rapport avec le plan de formation de 2009.

Pour Marguerite Altet (2008), la logique de la formation professionnelle est celle des pratiques. Elle définit ces pratiques comme des activités finalisées et contextualisées. Cette logique est différente de celle de la transmission de savoirs comme l'enseignement. Toute formation implique des savoirs qui « ne prennent sens que par rapport à la fin poursuivie et que s'ils s'ancrent dans l'expérience concrète » (p. 92). Ainsi, d'après elle, la formation professionnelle est centrée sur la construction de compétences professionnelles et met en place des dispositifs en alternance. Un va et vient « pratique-théorie-pratique » se déroule en

deux processus. Le premier est de passer de la pratique initiale à la pratique reprobérée en passant par la théorie. Ainsi, l'apprenant questionne sa pratique de stage en réalisant une analyse théorique explicative. Le second est de passer de la théorie à la pratique en analysant une situation et en convoquant des concepts. L'alternance se définit, dans ce cas, comme un va et vient entre pratiques et réflexion et théorisation.

Comme le pointent Develay et Altet, l'alternance joue un rôle fondamental et ainsi, elle est au cœur des formations en soins infirmiers. Il convient, donc, de clarifier la notion d'alternance.

Le terme alternance est polysémique de part son étymologie et de part son usage. Alternance vient du mot latin *alternus* qui signifie alternatif, l'un après l'autre. Nous voyons bien l'idée de succession de mouvement, de déplacement dans le temps et/ou dans l'espace.

En sciences de l'éducation, l'alternance renvoie à un système particulier de formation qui propose des champs d'apprentissage successifs entre un établissement de formation et un milieu professionnel. Ces deux sphères d'apprentissage peuvent coexister ou s'articuler à des degrés différents (Vanhulle, Merhan & Ronveaux, 2007a).

Il existe divers modèles d'alternance. L'alternance avec une conception juxtapositive est représentée par des temps et des espaces d'apprentissage théorique et pratique distincts et indépendants, par des formateurs de statut différent. Le stage est considéré comme un terrain d'illustration et d'application de la théorie ou d'appropriation des gestes du métier. La théorie, le plus souvent, précède la pratique. L'alternance avec une conception intégrative suppose des relations symétriques entre l'institut de formation et les terrains professionnels. Un partenariat existe entre ces deux entités. La théorie se confronte à la pratique et elle est enrichie et nuancée par l'expérience et la réflexion sur l'action (Perrenoud, 2001d).

Ces conceptions sont complétées par Vanhulle, Merhan et Ronveaux (2007, p. 11) qui spécifient que quatre modèles marquent la conception de l'alternance. Ce sont :

- « Un modèle de type applicationniste » qui correspond à la théorie qui précède la pratique.
- « Un modèle acculturateur » où l'immersion sur le terrain est dominante.
- « Un modèle intégrateur précoce » qui organise des allers et retours fréquents entre le lieu école et le lieu stage avec des pratiques réflexives.
- « Un modèle intégrateur par étapes » où la formation théorique soutient la formation pratique et où les situations professionnelles questionnent la théorie.

Ces quatre modèles touchent l'organisation de la formation et le rapport de la théorie à la pratique.

Nous pouvons parler d'alternances au pluriel et non d'une alternance. Ces références sont composites. Les différents types sont associés à des contextes socio-historiques donc liés à des cultures, des populations, des systèmes éducatifs.

Ces formes sont déterminées par les interactions entre les pôles institutionnels, organisationnels et actoriels. Les pôles institutionnels se composent d'au moins deux institutions, l'une dont la mission est la formation et l'autre dont la mission principale est la production de biens et/ou de services. Chacune d'entre elles possède ses logiques propres. Au niveau organisationnel, les deux instituts sont censés travailler en collaboration pour favoriser les apprentissages. Le pôle actiel est composé de « sujets formateurs » aux fonctions de compagnonnage, d'accompagnement, de tutorat et du « sujet alternant » qui s'engage dans l'élaboration de ses savoirs en lien avec son action professionnelle (Demiol, 2002 ; Merhan, 2004 cités par Vanhulle & al. 2007a).

La notion d’alternance est à réinterroger avec l’exploration de différents concepts tels que l’appropriation de « savoirs professionnels », les compétences et les enjeux identitaires.

Philippe Maubant (2007) apporte une vision complémentaire de l’alternance et notamment des éléments supplémentaires sur les liens entre les savoirs et les dispositifs de formation en alternance.

Il définit l’alternance comme une conception de la formation professionnelle qui vise à faire interagir plusieurs espaces-temps de formation dans le but de favoriser l’apprentissage professionnel. Elle n’est surtout pas un processus de mise en relation de deux lieux où les différents types de savoirs sont clivés entre ces lieux et/ou entre les porteurs de savoirs à savoir les formateurs et les professionnels du terrain.

Les formateurs sont définis comme des accompagnateurs, des médiateurs qui aident à rendre explicite la pratique professionnelle. Cependant, l’auteur remarque que les références aux concepts et cadres théoriques peuvent être différentes selon les différents accompagnateurs, porteurs de savoirs. Il spécifie qu’il est préférable qu’un cadre théorique et conceptuel soit défini dans les dispositifs de formation afin de définir « une modélisation de l’activité » (p. 8). Les différents partenaires devraient confronter et mettre en commun la pratique professionnelle. Et il serait nécessaire de l’analyser et d’identifier les savoirs requis pour réaliser ces activités. Pour analyser cette pratique, le concept de la pratique doit être clarifié. Trois types de savoirs sont articulés au concept de pratique. Il s’agit des savoirs *de* la pratique, des savoirs *sur* la pratique et des savoirs *pour* la pratique. Il est, donc réellement, nécessaire de comprendre l’activité.

De plus, il serait conseillé de comprendre les processus d’élaboration et de construction de ces savoirs professionnels.

Ainsi, Maubant préconise une perspective de questionnement de la formation professionnelle en proposant d’identifier les savoirs professionnels en jeu dans l’exercice d’une profession (p. 1) en analysant l’acte professionnel. Cette perspective contribue à l’évolution des dispositifs de formation en ajustant les contenus de formation au regard de ces analyses. La profession est, ainsi, interrogée sous deux angles qui sont l’analyse de l’acte professionnel et la compréhension de l’apprentissage et de la transmission des savoirs professionnels (p. 2).

En lien avec les propos de Maubant (2007) et dans le sens de la démarche de construction d’un plan de formation, nous apportons à présent des données sur l’analyse du travail considérée comme un outil de transposition didactique.

Philippe Perrenoud (2001a), affirme que pour fixer les objectifs d’une formation, il faut analyser le métier auquel la formation prépare et identifier les pratiques, les compétences, les capacités, les savoirs et les ressources nécessaires à l’exercice de ce métier. Le référentiel est la « clef de voute d’une bonne architecture curriculaire ». Il est fondé sur la description précise des activités et est une base de « leur transposition didactique en un plan de formation ». Il représente un outil de conception d’un cursus de formation professionnelle.

Un métier représente une succession de situations de travail. Et sa spécificité repose à la fois sur un éventail de types de situations, sur les actions à mener et aux décisions à prendre. Ces situations peuvent être regroupées en familles de situations. Pour les gérer, l’acteur développe des compétences et fait appel à des ressources. Ces ressources ne se réduisent pas à des savoirs et des capacités mais elles sont également des attitudes, des valeurs, des normes, le rapport au savoir, le rapport à l’action, le rapport à l’autre et le rapport au pouvoir. Dans la

construction d'un référentiel de formation professionnelle, il apparaît indispensable d'associer à chaque compétence les ressources nécessaires.

Perrenoud présente un schéma illustrant ses propos (2001b).

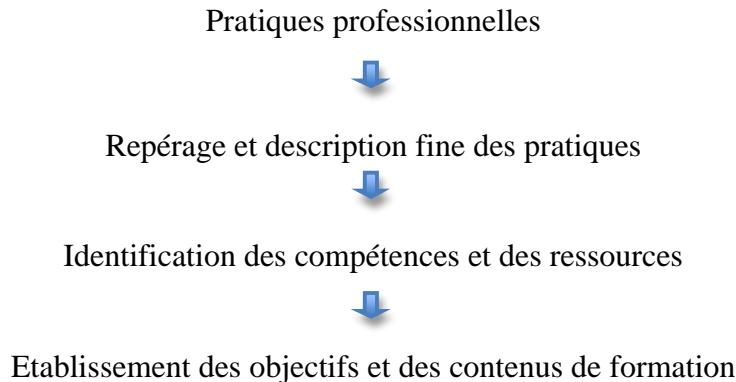


Fig. 1 – Transposition didactique à partir des pratiques

Le métier dans sa diversité et sa complexité se doit d'être analysé. La référence au travail réel permet de réduire le décalage qui peut exister entre la formation initiale et les activités. En effet, elle privilégie la représentation du travail existant dans les unités de formation et enrichit ainsi le curriculum. De plus, cette référence favorise l'analyse du travail et des pratiques comme démarche de formation

Nous tenons à préciser la définition utilisée du concept de curriculum dans cette recherche. Il s'agit de la définition retenue par les chercheurs de l'Observation des Réformes en Education (O.R.E.) adaptée de Jonnaert et Ettayebi (2007) et cité par Jonnaert, Ettayebi et Defise dans l'ouvrage Curriculum et compétences. Un cadre opérationnel (2009): « Un *curriculum* est un ensemble d'éléments à visée éducative qui, articulés entre eux, permettent l'orientation et l'opérationnalisation d'un système éducatif à travers des plans d'actions pédagogiques et administratifs. Il est ancré dans les réalités historiques, sociales, linguistiques, politiques, économiques, religieuses, géographiques et culturelles d'un pays, d'une région ou d'une localité ». (p. 33)

Les auteurs présentent une liste non exhaustive des principaux éléments constitutifs d'un curriculum. Il s'agit des éléments les plus constants dans les curriculums qu'ils ont analysés :

- « le type de contenus pour les apprentissages » : des domaines d'apprentissage, des savoirs, des compétences, des attitudes, des valeurs, des savoir-faire, etc ;
- « des modalités de structuration des programmes d'études » : une organisation par objectifs, une logique de développement de compétences, une approche par résolution de problèmes, une approche située, une approche par projets, etc ;
- « les profils de sortie des formations » : les apprentissages que les personnes doivent avoir réalisés avant le terme de leur formation ;
- « une conception de l'apprentissage » : centration sur l'apprenant ou sur l'enseignant, construction ou transmission, activité des apprenants ou réception passive ;
- « les rôles et les statuts du personnel scolaire » : définition de la fonction de l'enseignant, sa formation, l'organisation de sa profession, son plan de carrière, etc ;

- « les orientations à donner au contenu et à la forme des ensembles didactiques » : manuels scolaires, guides pédagogiques, etc ;
- « une conception de l'évaluation des résultats des apprentissages et des mesures concernant la sanction des études » : formes de l'évaluation, certification ;
- « les programmes d'études » : organisation et présentation des contenus des apprentissages ;
- « le régime linguistique des études » : langues de l'enseignement ;
- « une organisation temporelle de parcours scolaire » : périodes (bimestre, trimestre, semestre, etc), année scolaire, cycles, etc. (pp. 39-40).

Il est, ainsi, intéressant de repérer l'évolution de la formation en soins infirmiers au regard des repères théoriques présentés. Qui sont les auteurs des dispositifs ? Comment sont-ils construits et par qui ? Quelles sont les caractéristiques de ces dispositifs ? Comment le concept d'alternance est appréhendé ? Quels sont les acteurs de la formation ? Quels sont les rôles des enseignants ?

Nous reprenons certains éléments de la liste, de Jonnaert et al., pour élaborer la grille de lecture des plans de formation en soins infirmiers.

Synthèse et questions :

Aujourd'hui, la formation en soins infirmiers est dite professionnelle. Le sens de cette approche correspond-t-il au sens où l'acte de travail détermine les contenus de formation ? La nature du travail est-elle connue et repérable dans les plans de formation ?

La formation repose sur un dispositif en alternance de type intégratif. Comment l'interface entre la formation et le monde du travail se combine ?

La formation développe des compétences professionnelles et concourt à l'émergence du sentiment de posséder une identité professionnelle. Ainsi, deux intentions s'articulent, considérer chaque apprenant en tant que personne et chercher à développer chez chacun le sentiment d'appartenance à un groupe professionnel.

L'alternance est à aborder au regard de trois pôles (institutionnel, organisationnel et actuel), au regard des deux logiques (de formation et de production) et au regard des différents savoirs. Elle ne doit pas se réduire à considérer que la formation théorique appartient à l'institut de formation et la formation pratique aux établissements professionnels de soins. Le « *va et vient* » successif ne se limite pas à une alternance structurelle des lieux dans un espace temps (temps école et temps stage). Dans les deux lieux, la théorie et la pratique s'articulent. Ces données, nous amènent à une réflexion sur les notions de théorie et de pratique. Dans les soins infirmiers, la théorie ne nous semble pas être une entité distincte de l'agir. L'action se nourrit de la théorie et la théorie de l'action.

Il apparaît, ainsi, nécessaire de connaître le métier et ses différentes facettes pour le traiter en formation. De même que pour mettre à jour cette représentation, il paraît constructif de mettre en évidence le travail réel des professionnels, c'est à dire ce que font réellement et effectivement les praticiens et les compétences requises pour l'exercer. Et ensuite, il est judicieux d'identifier les ressources nécessaires à la réalisation de l'acte professionnel, nécessaires au développement des compétences professionnelles. Et ainsi, l'analyse de travail peut enrichir le curriculum (Perrenoud, 2001b).

II. Les savoirs.

L'activité soignante est guidée par des savoirs complexes, réflexifs. Ils sont souvent nommés savoirs théoriques et savoirs pratiques. On parle également de savoir, savoir faire et savoir être. Qu'en est-il réellement ?

Il est difficile de présenter une typologie des savoirs que ce soit dans le domaine des sciences de l'éducation ou encore de la sociologie du travail. En effet, il existe divers vocables et références au sein des disciplines, selon les chercheurs.

Des théories et des typologies à la fois se confrontent et se complètent. Ou encore comme le soulignent Perrenoud, Altet, Lessard et Paquay (2008, p. 8), la réflexion autour des savoirs est faite de convergences illusoires et de divergences inutilement dramatisées. Il est clair, d'après ces auteurs, que la conception des savoirs en jeu dans l'action n'est pas achevée.

Les chercheurs se rejoignent sur le fait qu'il existe plusieurs sphères de savoir au nombre variable (de deux ou plus).

Les savoirs peuvent être compris dans un sens large (Hofstetter & Schneuwly, 2009). Ils englobent le savoir et savoir-faire.

Comme l'écrivent Hofstetter et Schneuwly (2009) « *former*, comme toute activité humaine, implique de disposer de savoirs pour l'effectuer, qui constituent des outils de travail » (p. 18). Ainsi, nous pouvons transposer ce discours au milieu de la santé, soigner implique également de disposer de savoir pour le réaliser, et ces savoirs représentent des outils de travail. Nous parlons de savoirs sur l'objet du travail infirmier soit le prendre soin. Ces savoirs apportent une vision singulière sur les problèmes de santé d'une personne ou d'un groupes d'individus et sur les soins à leur donner. Ils prennent plusieurs formes : savoirs pour prendre soin, savoirs sur le prendre soin,

Christophe Niewiadomski (2002) apporte une dimension de savoir que n'apportent pas les autres auteurs. Il s'interroge sur l'articulation des différents savoirs en formation en soins infirmiers.

Il représente trois dimensions du savoir sous la forme d'un schéma.

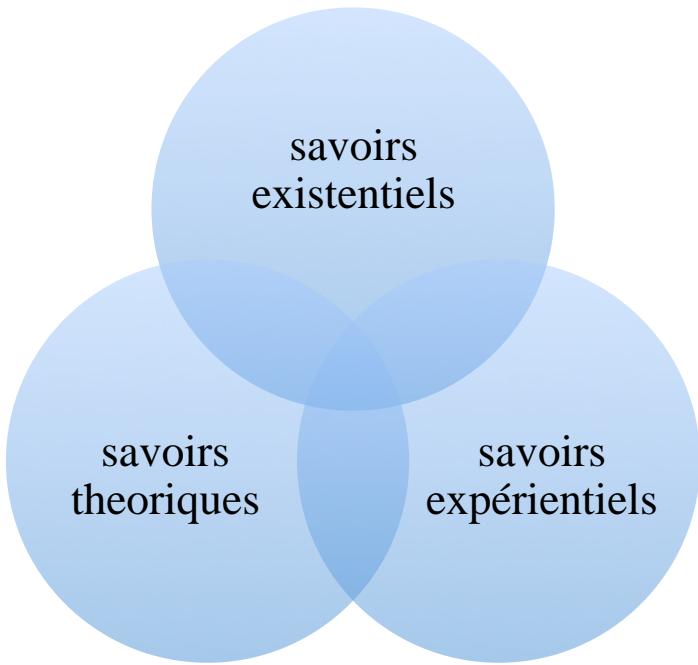


Figure 1 : schéma des différents savoirs (Niewiadomski, 2002, p. 209).

Les savoirs expérientiels peuvent se subdiviser en différents savoirs. Il s'agit des savoirs procéduraux qui touchent l'agencement des procédures. Il s'agit également des savoirs pratiques qui sont liés à l'action. Et pour terminer il est question des savoirs faire qui sont constitués d'actes, d'automatismes, d'habiletés que possède le soignant pour la mise en œuvre d'une action donnée.

Les savoirs théoriques sont principalement les savoirs disciplinaires. Ils sont nécessaires pour la compréhension de l'action.

Pour l'activité des professionnels en soins infirmiers, une autre notion de savoirs lui paraît incontournable. Il s'agit du savoir existentiel. Cette notion implique le soignant en tant que sujet, en tant que personne avec ses croyances, ses valeurs et son éthique. Ce savoir permet au professionnel (Niewiadomski, 2002) « de modeler en grande partie les valeurs et l'orientation de l'action dans sa dimension éthique » (p. 210). Il convient aux professionnels de la santé de réaliser un travail réflexif sur leur « expérience humaine de sujet » (p. 210) de s'approprier leur histoire et itinéraire professionnels.

Pour certains auteurs (Thibault, 2001, citée par Niewiadomski, 2002, p. 209) « ces trois dimensions du savoir sont intrinsèquement liées et leurs interactions dynamiques produisent le savoir ».

Dans les soins infirmiers, l'articulation de ces différents savoirs est incontournable. En effet, l'acquisition de ces savoirs permet d'acquérir le savoir agir, c'est à dire être capable d'agir en toute situation de soins.

Les apprenants partagent leur temps de formation entre deux types de lieux. Ils peuvent être soit en stage pratique, sur le terrain professionnel, soit être présents à l'Institut de Formation (appelé université ou HES pour les enseignants).

Pour Perrenoud, Altet, Lessard et Paquay (2008) deux types de savoirs circulent dans ces lieux. Il s'agit des :

- savoirs issus de la recherche,
- savoirs issus de l'expérience professionnelle.

Ces savoirs, d'après eux, ont un statut différent selon le lieu où ils sont appréhendés. Les savoirs issus de l'expérience sont mis en avant sur le terrain de l'enseignement clinique, à l'inverse des savoirs issus de la recherche qui, eux, sont valorisés sur le lieu de l'enseignement théorique.

Peut-on parler de dichotomie de savoirs ?

Ces deux sphères de savoirs se définissent en partie les unes par rapport aux autres et ne sont pas homogènes (Perrenoud & al, 2008).

Pour Sabine Vanhulle (2008) il est question de « savoirs », « savoirs de référence » transformés en « savoirs professionnels ». Cette transformation se réalise au contact de la réalité professionnelle et également avec la mise en œuvre de démarches intégratives et réflexives. Elle sensibilise le lecteur à l'expression « didactique des savoirs professionnels » (DSP). Elle la définit comme :

une didactique fondée sur des savoirs qui ne s'acquièrent pas seulement à partir de l'activité en situation de travail (de stage, en l'occurrence), mais aussi à partir de préalables définis académiquement, dans une formation intellectuelle posant des fondements rigoureux en même temps qu'orientée vers un agir réfléchi (p. 229).

Pour Vanhulle (2009), il existe différents savoirs (p. 250) :

- Les savoirs formalisés constitués des savoirs académiques (savoirs scientifiques issus de la recherche) et des savoirs institutionnels (prescriptions, référentiels de formation).
- Les savoirs non formalisés, non organisés issu de l'enseignement clinique (stage) construit dans l'expérience, au contact des professionnels.

Ces savoirs permettent de questionner la nature et les composants de l'activité de travail. Ils favorisent l'analyse pertinente des situations vécues, « l'interrogation des croyances personnelles ». Ces savoirs donnent sens au réel (p. 252-253).

Jean-Marie Barbier (1996) constate des évolutions dans le domaine de la formation au niveau de l'articulation entre l'acte de travail et l'acte de formation. D'après lui, les formations sont davantage intégrées à l'action et au travail et les acquisitions en situation de travail et celles en situation de formation s'articulent dans un système en alternance. Comme il le mentionne, les apprenants réalisent « une activité intellectuelle sur et à partir des actions ou des situations concrètes dans lesquelles ils sont engagés » (p. 3) et ceci afin de produire des savoirs et des compétences. Ainsi l'acte de travail devient acte de formation s'il est accompagné d'une activité d'analyse. Les savoirs sont au service du développement des compétences, ils sont considérés comme des ressources.

Pour l'auteur, il est nécessaire de faire cohabiter deux types de savoirs : les savoirs théoriques et les savoirs d'action. Il constate que la distinction entre ces deux savoirs est nourrie par « le paradigme d'une bipolarisation théorie-pratique » (p. 6). La théorie appartient « à l'ordre de l'universel, de l'abstrait [...], du transposable dans la pratique » (p. 6). La pratique appartient à l'ordre « de l'éphémère, du complexe, de l'incertain [...], de ce qui nourrit la théorie » (p. 6).

Les caractéristiques du savoir d'action correspondent aux caractéristiques de la pratique. Et le savoir théorique représente les caractéristiques des disciplines utilisées.

Synthèse et questions :

Nous avons vu que l'action se nourrit de la théorie et la théorie de l'action. L'articulation entre la théorie et la pratique nous apparaît davantage comme une articulation entre les savoirs théoriques et les savoirs d'action (Barbier, 1996) ou encore comme une articulation entre acte de formation et acte de travail.

Ainsi les savoirs nécessaires à la pratique des soins infirmiers sont multiples, composites, hétérogènes et proviennent de sources diverses.

Mais quels sont les savoirs de référence de la profession infirmière ?

Plus précisément quels sont les savoirs spécifiques de cette profession ?

Et quelles évolutions sont repérables dans la construction de ces savoirs ?

Quels sont les savoirs repérables dans les cursus de formation ? Quels champs disciplinaires sont convoqués ?

Actuellement, en formation en soins infirmiers, il y a coexistence de ces savoirs. Les savoirs, issus de la recherche, formalisés sont portés par les spécialistes de disciplines académiques qui participent à la formation et par les formateurs en soins infirmiers. Les savoirs professionnels sont véhiculés par les professionnels sur le terrain de stage et par les professionnels qui interviennent dans la formation de même que par les formateurs en soins infirmiers.

Nous verrons comment cette articulation sera présente à travers les plans de formation au moyen d'une grille de lecture et d'analyse que nous avons créée en lien avec les différentes lectures.

III. Le processus de professionnalisation.

Nous visons ici à déterminer le sens du terme professionnalisation. Le concept est multiple, complexe (Perisset, 2012) et très polysémique et son utilisation est très large.

Pour la sociologie des professions, la professionnalisation correspond à plusieurs dimensions : une formation théorique de haut niveau autour de savoirs professionnels et constitués par les professionnels et chercheurs du champ ; des savoirs partagés et reconnus par les pairs dans la profession ; des savoirs forts d'un pouvoir symbolique qui autorise une autonomie certaine par rapport à l'action mais qui engage aussi la responsabilité des acteurs et enfin l'accroissement de la reconnaissance sociale des compétences spécifiques qui se développent en autonomie (Lang, 1999 ; Bourdoncle 1991, 1993, 2000 ; Carboneau, 1993 ; Paquay, 1994 cités par Perisset, 2012).

Raymond Bourdoncle (2000), tente de définir le terme *professionnalisation*.

Il considère la professionnalisation comme un processus d'évolution. Il différencie chaque objet de la professionnalisation, cependant il considère ces cinq objets comme étant liés.

- La professionnalisation de l'activité :

Il y a professionnalisation quand l'activité devient rémunérée et n'est plus gratuite, quand le métier se transforme en profession par la reconnaissance d'un statut particulier « un certain prestige » lié aux savoirs savants enseignés et produits dans les universités.

Pour l'auteur, dans ce sens, le principal dispositif de la professionnalisation est l'universitarisation de sa formation professionnelle en alternance articulée à la pratique professionnelle et aux stages.

- La professionnalisation du groupe exerçant l'activité :

Les professions se caractérisent *par* « la communauté que forment leurs membres » (p. 120). Il y a professionnalisation quand il existe la création d'une association professionnelle, d'un code de déontologie et quand certaines professions se transforment en groupe statutaire et construisent leurs échanges et leur formation sur une conception commune de leur identité. Ainsi, le groupe recherche un statut prestigieux et un monopole qui garantissent un contrôle de la formation et de l'identité professionnelle.

- La professionnalisation des savoirs :

Les savoirs savants sont mis en concurrence avec les savoirs issus de la pratique. La construction d'un corpus de savoirs propres à une profession lui donne un statut *prestigieux* et favorise le processus de professionnalisation. Ces savoirs sont « abstraits, organisés, applicables aux problèmes concrets, crédibles quant à leur efficacité, sophistiqués pour ne pas être accessibles à tous, créés, organisés transmis et arbitrés en cas de conflits par les universitaires ».

De plus, relier les savoirs aux compétences contribue à professionnaliser les savoirs. La compétence est définie « comme une capacité d'accomplir une tâche déterminée dans une situation donnée » (p. 124). La compétence renvoie à l'action. Le programme de formation est formulé en terme de compétences professionnelles à acquérir.

- La professionnalisation des personnes exerçant l'activité :

C'est le processus d'acquisition de savoirs et de compétences professionnelles en situation réelle et le processus d'acquisition d'une identité professionnelle. Pour le stagiaire il s'agit « d'apprendre à faire et à vivre personnellement l'activité » (p. 125). La socialisation professionnelle est le processus par lequel les gens acquièrent la culture qui a cours dans les groupes. Bourdoncle distingue l'identité professionnelle de la culture professionnelle. Des dispositifs confortent la professionnalisation tels que les dispositifs d'accompagnement de l'entrée dans le métier et les dispositifs de formation continue.

- La professionnalisation de la formation :

C'est la construction de la formation de manière à ce qu'elle rende les individus capables d'exercer une activité économique déterminée. Bourdoncle présente trois critères. Le premier est le recrutement et la sélection. Un contrôle des entrants est exercé au niveau quantitatif (le nombre d'entrants est limité par un *numerus clausus*) et au niveau qualitatif (sélection par dossier ou examens oraux et écrits). Le second critère est le dispositif de formation où l'identité professionnelle est construite. Les apprenants et les enseignants sont acteurs dans cette construction. Les programmes sont élaborés en termes de compétences, l'approche par

situations problèmes est privilégiée. La formation est en alternance, stage, institut de formation. Pour terminer, le troisième critère est le mode d'attribution et de reconnaissance sociale des formations. La formation se réfère au métier visé, aux diverses activités. Le groupe de formateurs s'élargit à différents porteurs de savoir : les enseignants-chercheurs-praticiens, les praticiens formateurs, les praticiens accompagnateurs. Des administrateurs du groupe professionnel sont consultés et sollicités pour la mise en place du dispositif en alternance et pour la certification et l'emploi des formés. Le titre est reconnu grâce à des conventions collectives.

En lien avec la professionnalisation de la formation, nous présentons des éléments des études de Jean-Marie Barbier.

Jean-Marie Barbier (2006) réalise un bref détour historique sur la naissance d'espace et de culture d'action éducative.

Il présente l'évolution des cultures d'action éducative depuis quarante ans, et les représente sous la forme de tableau (p. 72) que nous resituons ici.

	Culture de l'enseignement	Culture de la formation	Culture de la professionnalisation
Références centrales	La notion de savoir	La notion de capacité	La notion de compétences
Représentation de l'espace-temps du travail éducatif	L'espace de mise à disposition de savoirs sous une forme appropriable	L'espace de production de nouvelles capacités susceptibles de transfert dans d'autres situations	L'espace de production de biens et de services organisé comme un espace de développement de compétences
Hypothèses sur les transformations identitaires fondant le travail éducatif	L'appropriation	Le transfert	La transformation conjointe de l'acteur et de l'action
Figures emblématiques	L'enseignant, détenteur et transmetteur de savoirs	Le formateur, organisateur de situations d'apprentissage	L'accompagnateur du développement professionnel
Représentation du public cible	L'élève	L'apprenant	Le praticien ou l'opérateur
Représentation des rapports avec l'environnement	Conceptualisation-application (théorie/pratique)	Décontextualisation-recontextualisation	Transformation conjointe de l'action et de l'environnement de l'action
Représentations du moteur de changement	L'apparition de nouveaux savoirs ou de nouvelles disciplines	L'apparition de nouvelles pratiques ou de nouveaux champs de pratiques	L'apparition de pratiques de gestion combinée d'opérations auparavant disjointes

Tableau 1 cultures d'action éducative

Pour Barbier, il existe plusieurs cultures d'actions éducatives.

La première est la culture de l'enseignement où les savoirs représentent la référence centrale et sont mis à disposition afin d'être appropriés. L'enseignant détient ces savoirs et les transmet à son public qui est composé d'élèves. Ainsi la transmission est le mode opératoire qui permet à l'élève de s'approprier les savoirs et de les transformer en connaissances.

La deuxième est la culture de formation où sont produits de nouvelles capacités susceptibles d'être transférables dans d'autres situations. Cette culture est centrée sur le sujet et sur la notion de transférabilité. Le formateur organise des situations d'apprentissage pour un public d'apprenant. L'apprenant est dans une logique de décontextualisation et de recontextualisation, il est acteur de son apprentissage.

La troisième est la culture de professionalisation qui est centrée sur le développement de compétences. La situation de travail est un espace de production de biens, de services et de compétences. Le public cible devient un praticien réflexif qui est accompagné par un professionnel appartenant à la专业 visée. Le professionnel est un accompagnateur. Le sujet se développe en produisant. Ainsi d'après Barbier, l'action et l'environnement se transforment.

La culture de la professionalisation est présente dans le monde de l'enseignement et également dans le monde de la santé. Cette évolution a, d'après lui, pour origine les mutations économiques et sociales. Ces cultures peuvent se compléter et peuvent se retrouver dans les différents dispositifs de formation.

Synthèse et questions :

La question des savoirs professionnels de référence apparait être essentielle pour un groupe professionnel ou pour une discipline ou encore une activité professionnelle dans le cadre de la professionalisation. De quels savoirs de référence les professionnels des soins infirmiers doivent-ils disposer ?

Nous avons vu précédemment qu'il existe plusieurs types de savoirs. La relation entre les sphères de savoir peut être modifiée par les changements récents. Comme changement depuis 2009, nous repérons l'universitarisation de la formation avec le lien à la recherche et au savoir qui en est issu. Autre changement repérable, la reconnaissance d'un nouveau modèle de formation fondé sur la pratique réflexive, l'analyse des pratiques professionnelles et sur la construction de compétences réalisée par tous les acteurs de la formation. Ces éléments sont à relier aux notions apportées par l'article de Bourdoncle (2000).

Nous repérons, également, (toujours en lien avec l'article et les cinq visions du processus de professionalisation), qu'aujourd'hui, le groupe professionnel de la santé est un groupe statutaire. Un ordre infirmier a été créé en France récemment.

Une identité commune existe entre les professionnels des soins infirmiers. Et cette identité se construit dès la formation.

Cette profession bénéficie d'une forte reconnaissance par la société.

Le référentiel de formation en soins infirmiers est centré sur l'acquisition des compétences professionnelles. Un contrôle sur les entrants quantitativement est réalisé dans la formation en soins infirmiers avec un numerus clausus et qualitativement par la sélection à un concours d'entrée. La formation est basée sur un système en alternance. L'évaluation en formation est réalisée par les professionnels en soins infirmiers et les formateurs en soins infirmiers.

Au regard de la question de recherche, nous nous intéressons, dans la partie sur l'histoire des soins infirmiers, spécifiquement à la professionnalisation de l'activité. Comment la pratique des soins infirmiers se professionnalise-t-elle ? Ensuite, nous ciblons nos recherches sur la professionnalisation de la formation et des savoirs.

Les apports permettent de compléter la grille de lecture des plans de formation.

I. L'histoire des soins infirmiers.

Dans ce chapitre, nous allons résituer historiquement l'évolution des soins infirmiers. Travailler sur ces aspects sociohistoriques nous permet de repérer les courants dominants, les mouvements divergents et convergents des soins infirmiers. Nous cherchons à faire apparaître l'intelligibilité du passé et ses liens avec le présent afin de comprendre les aspects de continuité et les aspects de rupture existants entre le passé et le présent.

Nous choisissons d'appréhender le sens originel des soins et de repérer l'objet de la pratique professionnelle qui est représenté par les soins infirmiers plutôt qu'étudier la profession infirmière.

Comme nous l'avons présenté dans le cadre méthodologique, nous choisissons comme référence principale pour étudier l'histoire des soins infirmiers les résultats de recherche de Marie-Françoise Collière. Elle a interrogé l'histoire et plus particulièrement l'histoire des femmes soignantes.

Nous faisons également référence aux travaux de recherche de René Magnon. Il apporte des éclairages historiques, économiques et politiques de l'évolution des pratiques et des connaissances de la profession infirmière. Il cible ses recherches de la fin du XIX^e siècle aux années 2000.

Et, nous avons enrichi notre étude avec des travaux d'autres auteurs.

1) L'histoire des soins se construit autour de deux axes.

Les Hommes comme tous les êtres vivants ont toujours nécessité des soins et ont toujours eu recours à ces soins.

D'après M.F. Collière (1982), deux pratiques de soins existent depuis le début de l'histoire de l'humanité. Ces deux pratiques ont pour but d'assurer le maintien de la vie du groupe et de l'espèce.

Soigner correspond à assurer la continuité de la vie et correspond également à faire reculer la mort. Le schéma en annexe n°I illustre parfaitement ces orientations.

A l'origine, ces deux axes coexistent, se complètent.

Les deux processus sont de même nature mais possèdent chacun des représentations différentes du corps. Ils amènent à des activités indispensables prises en charge par les hommes et les femmes qui sont de l'ordre de se nourrir, se protéger des dangers, défendre son territoire et protéger ses ressources. L'organisation de ces tâches s'organise autour des rôles engendrés par le genre de l'individu. Nous pouvons repérer que la division sexuelle du travail s'opère, dès lors, avec une répartition des activités. Elle marquera, ainsi, selon les cultures et les époques la place de la femme dans la vie sociale et économique.

- Assurer le maintien, la continuité de la vie.

Cet axe s'inscrit dans l'histoire de tous les êtres vivants depuis le début de l'histoire de l'humanité. Pendant des milliers d'années, la pratique des soins ne représente ni un métier, ni une profession mais correspond à aider une personne dans ses gestes quotidiens. Il s'agit

d'assurer la continuité de la vie du groupe et de l'espèce en privilégiant quotidiennement le maintien des fonctions vitales. Les femmes se sont appropriées ce rôle.

- Faire reculer la mort.

La gestion de cette inconnue qu'est la mort suscite de grandes interrogations. Il a fallu analyser et comprendre ce qui entraîne la mort pour tenter de la faire reculer. Ce rôle a été approprié par les hommes.

D'après l'auteure, ces deux axes ont orienté le devenir de la pratique infirmière et ont contribué à complexifier l'identification des soins infirmiers.

Nous poursuivons notre présentation de l'évolution des pratiques de soin au regard des recherches de M.F. Collière.

2) Dès l'origine de l'humanité : identification des soins par les femmes.

La pratique des soins dans le cadre d'assurer le maintien et la continuité de la vie revient aux femmes. Les femmes mettent au mode, prennent soin de ce qui entretient la vie quotidienne. Elles assurent ou compensent les fonctions vitales. Ces femmes ont l'expérience de la fécondation, de l'accouchement et de la naissance. Pour soigner, à cette époque, il faut avoir donné la vie.

Cette pratique touche tout ce qui entoure et accompagne les grands passages de la vie notamment les soins autour de la fécondité, les soins aux enfants, soins aux malades et aux mourants.

La pratique des soins touche également les pratiques alimentaires. Les hommes plus forts, s'occupent de la chasse et de la pêche. Aux femmes, il revient le rôle de la cueillette. Ces femmes font des découvertes empiriques suites à des observations de l'environnement. Elles apprennent à connaître la nature, les plantes. Les pratiques alimentaires sont ainsi à l'origine de la découverte des plantes. D'autres auteurs ont écrit sur les pratiques des femmes et ont présenté les mêmes éléments d'analyse que M.F. Collière. Nous pouvons citer M. Catanas (2007) pour qui ces femmes ont transformé les plantes, les ont utilisées comme remède et vont inventer une pharmacologie. De même que B. Ehrenreich et D. English, (1973, 1976, 2005) qui précisent que ces femmes cultivent les plantes médicinales et échangent entre elles les secrets de leurs usages. Les plantes vont de plus en plus constituer la base essentielle de toute pratique de soins. Ainsi, il en découle une pratique de soins curatifs qui apaisent, soulagent et calment.

Troisième pratique de soins importante, il s'agit des pratiques de soins au corps. Les femmes massent, touchent, réalisent les soins de premières nécessités et les soins aux morts.

Les femmes pratiquant ces soins sont les « matrones » (Colliere, 1982), c'est à dire celles qui sont devenues mère et ont l'expérience de l'accouchement et de la naissance. Elles sont reconnues par l'expérience construite au cours de leur vie de femme et de mère.

D'après B. Ehrenreich et D. English (1973, 1976, 2005), ces femmes ont un pouvoir et l'exercent. Ce pouvoir n'est ni hiérarchisé ni officiel. Il est cependant autonome. Elles sont respectées et reconnues par la communauté.

Bilan :

Nous pouvons repérer qu'autour de la pratique des soins et des découvertes issues de leur propre recherche, se développe un savoir qui est propre aux femmes. Ce savoir est donc issu

de l'expérience, de la transmission de savoirs et est également constitué par l'observation de la nature. Nature dont elles se serviront pour prendre soin des autres. La conception du prendre soin est la globalité du corps et de l'esprit. Le corps et l'esprit forment un tout non divisé. Ces savoirs autour des plantes sont de l'ordre de la multiplicité des formes d'utilisation par ingestion ou par inhalation.

Les femmes exercent des soins à partir de savoirs empiriques, transmis oralement car les femmes ne maîtrisent pas l'écriture. Les femmes possèdent ainsi un patrimoine de savoirs, dont l'enseignement est réalisé par elles et entre elles.

D'après Ehrenreich et English, elles ont une approche empirique de la santé. Leur savoir est basé sur l'expérience plutôt que sur la théorie. Elles sont formées au contact les unes des autres. Elles transmettent leurs connaissances oralement.

En revanche comme nous le présente Collière dans son ouvrage, certaines pratiques de soins ne sont qu'exclusivement réservées aux hommes tels que les pratiques occasionnées par l'accident de chasse, de guerre. Nous pouvons repérer ces éléments sur la troisième ramification du schéma. L'homme crée des instruments coupants pour tuer et disséquer les animaux. Il développe ainsi, une connaissance du corps des animaux.

L'homme soigne l'homme blessé par les accidents de chasse, de pêche et de guerre. Cette pratique de soins est interdite aux femmes. Il utilise des outils d'incision et de suture qu'il a lui-même fabriqués et utilise le feu. L'homme découvre l'intérieur du corps, il l'explore. Il est amené à développer une technologie de plus en plus précise et adaptée. Cette utilisation d'outils reliée à une connaissance du corps est le point de départ d'une lente évolution des pratiques de chirurgien. D'autre part, certains soins nécessitent de la force physique tels que les soins autour de la réparation du corps (réduction de fracture, déplacement d'articulation). En réduisant le mal par la force, ils deviendront des rebouteux puis des chirurgiens. Une importante force physique est demandée pour les soins de maîtrise (des agités, des personnes en état de folie). En contenant le mal social par la force, ils deviendront gardiens d'asiles puis infirmiers psychiatriques.

En voulant lutter contre le mal, les hommes luttent contre la maladie. Ils tentent de reculer l'échéance de la mort. Les prêtres et les clercs détiennent l'écriture sacrée. Ce savoir leur permet de détenir le pouvoir. Ces hommes vont penser ce qui est bon et ce qui est mauvais. Ils deviendront médecins. Ils utiliseront leur arme qui est le traitement (en prolongement des instruments tranchants et coupants).

3) Du moyen âge à la fin du XIX^e siècle : soins réservés aux femmes consacrées (Collière, 1982).

Du V^e au XIII^e siècle, une nouvelle conception de soins apparaît sous l'influence de l'Eglise. Cette conception dénie l'interrelation corps et esprit. L'esprit est plus noble que le corps. Ce dernier représente le manque de pureté, le maléfice, il doit connaître la souffrance et la douleur pour se racheter. Ainsi, les pratiques de soins fondées sur l'unicité du corps et de l'esprit sont remises en question. Parallèlement, un savoir inspiré de la théologie des prêtres et des clercs se développe. L'Eglise s'approprie l'évolution des connaissances sur ce qui est bon ou mauvais pour le corps et l'esprit et sur le contenu des connaissances pour soigner. Le corps est considéré comme impur, il ne peut pas être en harmonie avec la nature et est frappé d'interdit (Catana, 2011). La médecine devient une science enseignée et une profession. Cependant, seuls les hommes d'Eglise peuvent l'exercer.

Les femmes détentrices du patrimoine de connaissances des soins au corps et de l'utilisation des plantes représentent un danger et sont prises pour cible par la répression de l'Eglise. D'après Ehrenreich et English, leur savoir est considéré comme une menace par rapport au pouvoir spirituel de l'Eglise. En effet, d'après ces auteures, l'Eglise a une attitude anti-empirique et ne peut ainsi comprendre le travail des sorcières basé sur l'intuition, l'observation et l'expérimentation. La pratique des femmes est aussi associée, par les prêtres, aux rites païens. Ces femmes sont reconnues comme des sorcières, des représentantes de Satan.

De plus, l'état craint à cette époque, une révolte des paysans. Paysans qui apparaissent très liés avec les sorcières au regard de leurs actions bénéfiques et de leur engagement social.

Quant aux médecins, ils ont tout intérêt à réduire le pouvoir des femmes soignantes et à se positionner en tant qu'aux hommes détenteurs du savoir. Ce savoir est le savoir de la médecine dite savante. C'est également pour les médecins, une manière de se positionner en tant que professionnel versus les non-professionnelles et de leur interdire de pratiquer.

Dès la fin du XIV^e siècle et jusqu'au début de XVIII^e siècle, la chasse aux sorcières devient fréquente. Dans leur ouvrage *Sorcières, sages-femmes et infirmières*, B. Ehrenreich et D. English nous montrent à quel point cette chasse aux sorcières est le résultat d'une association entre l'Eglise, l'état et le corps médical.

L'unique activité possible pour exercer les soins est alors pour la femme, qui le souhaite, d'entrer dans les ordres. Il est possible de pratiquer les soins sans avoir connu les rituels de passage marquant une vie de femme. Il est ainsi possible de soigner sans avoir mis au monde. Le statut de l'âge n'est plus une obligation car les périodes du parcours biologique ne sont plus un impératif. La pratique des soins est fondée sur des valeurs religieuses et morales. Ces religieuses soignent les malades par charité. Elles apportent à la fois, le soutien de l'âme et les soins au corps souffrant. Cependant les soins spirituels sont prioritaires. Ils accordent une importante place aux discours, aux recommandations. Les malades sont les pauvres, les indigents. On parle de qualités requises pour exercer les soins. Ces qualités sont la disponibilité, le dévouement, l'obéissance et l'abnégation. Le soin n'a aucune valeur économique. La pratique des soins ne représente aucune valeur sociale, l'activité des religieuses a seule valeur d'échange la sécurité du gîte et du couvert. Les dons et les legs permettent aux établissements d'assurer la gratuité des soins.

Bilan :

Ainsi, en quelques siècles, les femmes soignantes ont pu voir leur utilité disparaître. Leur savoir n'est pas reconnu et diabolisé. Leurs pratiques sont condamnées et interdites. Savoirs et pratiques sont perdus.

Il nous apparaît clairement qu'à partir de cette époque, le modèle religieux est la référence de la pratique des soins.

Les femmes consacrées sont considérées comme des servantes avec comme supérieurs les ecclésiastiques et les médecins. Elles ne sont plus associées au symbole de fécondité et leurs expériences ne sont plus considérées comme un savoir. Les soins sont assimilés à des tâches domestiques ne réclamant aucune connaissance spécifique, aucun esprit critique, aucune initiative. Les seules connaissances nécessaires touchent le rapport à la religion, à Dieu. Ces femmes ne peuvent pas accéder à l'évolution des connaissances. Elles obéissent à ceux qui détiennent le pouvoir et le savoir.

On ne parle plus de savoir, de compétences mais de qualités nécessaires à la pratique de soins et à une application de tâches.

4) De la fin du XIX^e siècle aux années 1930 : laïcisation et pratique des soins à l’auxiliaire médicale.

Avec l’avènement de la IIIème République, la laïcisation de la société française voit le jour. Dans son ouvrage, *Origines républicaines d’un modèle infirmier 1870 - 1900*, Michel Poisson (1998), dresse un tableau de la « République Conquérante ». A cette époque, un combat est mené à la fois pour l’instauration d’une école laïque, gratuite et obligatoire et à la fois pour la laïcisation de l’assistance publique. La séparation de l’Eglise et de l’Etat amène une laïcisation des hôpitaux. Les soins aux malades deviennent universels et représentent un droit pour tous.

La médecine, à la fin du XIX^e siècle, connaît des progrès importants notamment avec les découvertes de Pasteur. Les microbes deviennent les cibles des médecins et les méthodes d’hygiène sont développées. Les découvertes réalisées dans le domaine de la physique et de la chimie permettent d’utiliser des technologies de plus en plus sophistiquées et complexes pour diagnostiquer et traiter les maladies. Les connaissances médicales évoluent rapidement. La conception des soins est modifiée en prenant en compte davantage la maladie.

Parallèlement les médecins s’impliquent davantage dans le paysage politique français. Ils se trouvent dans l’impossibilité de réaliser toutes les activités médicales au regard de l’augmentation de leur champ de compétence. Ils délèguent petit à petit des soins à un personnel dit subalterne. Les religieuses ne correspondent pas forcément à ce personnel, ne respectant pas toujours les recommandations des médecins. L’auxiliaire du médecin voit le jour en prenant la relève des femmes consacrées.

La première école d’infirmières ouvre ses portes en 1878. Michel Poisson analyse, la contribution d’un médecin, le Docteur Bourneville, à la création de cette école et décrit l’instauration progressive de ces écoles. Nous reparlerons de l’influence de cet homme et de l’évolution des écoles de formation dans le chapitre sur l’évolution des savoirs en formation.

L’auxiliaire médicale, à cette époque, repose sa pratique sur des valeurs morales et religieuses, elle a encore la vocation de servir les malades qui représentent l’objet de la finalité des soins. Servir le malade est ce qui donne sens à la pratique infirmière. La littérature infirmière parue jusqu’à la deuxième guerre mondiale abonde de récits à ce sujet. Dans l’Infirmière Française en 1926 citée par Collière (1982, p. 79), est écrit « Dans notre union pour le malade, ... toutes nous étions animées d’un seul mouvement le bien du malade ». Veiller au bien du malade demeure la finalité des soins.

L’auxiliaire médicale se doit également de servir l’institution et ses représentants.

Le médecin est, lui seul, détenteur du savoir et du contenu de la pratique des soins. Ainsi, l’infirmière se doit également de servir le médecin. Comme le souligne, dans le prologue de l’Infirmière Française en 1927, le professeur Calmette, cité par Collière (1982, p. 78) : « L’infirmière doit apprendre à servir d’abord, à ne jamais marcher devant le médecin mais à le suivre. »

Parallèlement le courant anglo-saxon de Florence Nightingale apparaît en France. Anna Hamilton fonde la première école d’aspiration F. Nightingale appelé école hospitalière.

Nous ne pouvons parler de cette période sans évoquer F. Nightingale (1820 – 1910). Nous ne reviendrons pas sur sa biographie complète que de nombreux auteurs ont présenté notamment Monica Eileen Baly (1993). Mais nous vous présentons les points marquants de son histoire en lien avec l’histoire des soins infirmiers. Dès 17 ans, cette anglaise, est sensibilisée par la prise en soins des malades et par les mauvaises conditions de ces prises en charge dans les

hôpitaux britanniques. Elle affirme que pour améliorer les soins auprès des malades, il est nécessaire de transformer le métier de garde-malade en métier d'infirmière. Et que pour transformer ce métier, la formation apparaît incontournable. Elle instaure le concept que les soins ne peuvent relever uniquement de la charité chrétienne. Ces soins sont, d'après elle, basés sur la réflexion et sur l'approche des problèmes sociaux. Ses recherches et avancées ont pour leitmotiv l'émancipation de la femme, la création et l'amélioration de la formation et l'amélioration de l'état des hôpitaux. Elle crée des écoles dont le contenu de l'enseignement est basé sur la pratique et également sur la théorie. Ses écoles sont toutes rattachées à un établissement hospitalier. Son principe énoncé lors d'une intervention dans les universités de St. Andrew's et de Glasgow est « l'éducation ne sert pas à apprendre à savoir, mais à agir » (F. Nightingale 1873, p. 576 cité par Attewell. A. 2002, p. 11). Dans des ouvrages, elle expose ses théories de l'apprentissage qui mettent en avant l'acquisition de compétences pratiques. Elle écrit en 1882, « l'observation nous indique comment est le patient ; la réflexion ce qu'il faut faire ; la formation comment il faut le faire. La formation et l'expérience sont, bien entendu, nécessaires pour nous enseigner aussi comment observer, ce qu'il faut observer, comment penser et ce qu'il faut penser » (F. Nightingale 1882, cité par Attewell. A. 2002, p. 9). Elle a beaucoup contribué au concept de nursing, du « *care* ». Sa philosophie des soins est qu'un bon nursing repose sur la compréhension de la santé et de la maladie. Ces conceptions mirent du temps à être acceptées. Sa réforme progresse lentement pour être connue plus tard sous le nom de système Nightingale. Elle est l'auteure de nombreux ouvrages.

Un autre modèle professionnel apparaît porté par Léonie Chaptal en 1905. Il se situe entre le modèle anglo-saxon et le modèle dirigiste de Bourneville. L. Chaptal crée une école privée catholique. Elle considère que l'assistance ne doit pas être le monopole de l'état. Elle part du postulat que la maladie est la science du médecin, et que le malade est l'art de l'infirmière.

Cependant, malgré la création de différentes écoles, la formation instaurée sur le modèle de Bourneville prédomine en France.

Nous reparlerons de ces différentes conceptions dans le chapitre en lien avec la formation et les savoirs de référence.

La première guerre mondiale éclate. Les infirmières sont sur le front. Elles réalisent des soins, s'occupent de l'entretien des salles, des correspondances avec les familles. L'effectif des infirmières est en hausse.

L'approche du corps est à nouveau modifiée. La crainte des microbes et le danger de l'infection deviennent une priorité. Les gestes sont réalisés de manières stéréotypées et répétitives.

En 1922, un brevet de capacité professionnelle est créé.

Il n'est pas reconnu de domaines de connaissances propres aux infirmières. Les médecins seuls donnent le contenu de la pratique des soins. Ils enseignent aux élèves ce qu'ils attendent d'elles. Ainsi, elles commencent à accéder aux connaissances médicales en matière d'anatomie, physiologie, pathologie et acte de chirurgie. Formées de cette manière, elles sont tributaires de la pratique médicale. Ces connaissances sont les seules sources de compréhension du processus santé - maladie. Le corps est appréhendé par la représentation anatomique du squelette et la pathologie.

Mais des qualités et attitudes sont encore requises, comme auparavant, pour exercer. Ces termes sont explicitement définis dans la revue de l'*Infirmière Française* en 1926 citée par Collière (1982, p. 79), « L'attitude et la manière d'être de l'infirmière vis à vis des malades est un ensemble de qualités, manifestées extérieurement, mais provenant de l'éducation des sentiments et d'une vie intérieure profonde. »

Nous sommes dans le registre d'un accomplissement d'une mission. Et pour accomplir cette mission, nous parlons à cette époque de vocation. Pour entrer dans une école d'infirmière, les candidates doivent prouver qu'elles possèdent cette vocation. La vocation est définie, dans ce contexte, comme un appel résonnant en chacune, un appel spontané, un élan vers ceux qui ont besoin d'être soignés. Aucun jugement critique, aucun discernement n'est demandé.

La pratique de soins n'est pas rémunérée. Elle n'a toujours pas de valeur économique. Les infirmières perçoivent uniquement des avantages en nature : gîtes et couverts.

En 1923, une revue est publiée. Il s'agit de *l'Infirmière Française*. D'après Magnon (2006), elle ne possède que peu d'informations relatives aux aspects professionnels. Son contenu est centré sur les questions médicales et chirurgicales. Les auteurs sont des médecins.

L'Association Nationale des Infirmières Diplômées de l'Etat Français (ANIDEF) se crée en 1925. Cette association voit le jour grâce à des directrices d'école et des monitrices. La représentante est Léonie Chaptal. Ensemble, elles débattent sur l'organisation des études, les conditions de la formation, de la sélection des élèves mais également sur l'uniformisation des techniques de soins et les questions de discipline. Cet organe représentatif s'avère être porteur de conceptions et de valeurs qui permettent de définir l'infirmière plutôt que de s'interroger sur la nature des soins infirmiers (Collière, 1982).

Bilan :

Avec la notion de soins pour tous, ces derniers ne sont plus fondés sur des croyances, des valeurs d'aide aux malades, aux indigents. Cependant, de passer de la charité chrétienne à l'assistance publique, n'a pas dénaturé les soins.

La pratique des soins a ici une double appartenance. Elle est héritière du modèle religieux et est soumise au modèle médical. Son image sociale est fondée sur le dévouement et la disponibilité.

La pratique infirmière n'a donc pas de contenu professionnel propre et assure un ensemble d'activités liées aux soins répondant aux besoins des malades tels que boire, manger, éliminer et en lien également avec les prescriptions médicales. Seuls les soins prescrits sont reconnus. Une dévaluation de la pratique infirmière est reconnue tout en donnant une plus-value à la pratique médicale. En effet, la légitimité de la pratique médicale est renforcée en ayant recours à des aides.

Un titre est reconnu avec le brevet de capacité professionnelle en 1922. Des textes et des lois visent à le protéger. Une réglementation d'un exercice professionnel voit le jour.

Excepté le courant Nightingale qui est influencé par les savoirs empiriques des femmes et leurs conceptions du soin, les savoirs sont issus de la médecine et sont dictés par les médecins. Le médecin détient le contenu de la pratique. Après la négation d'un savoir empirique transmis oralement, l'enseignement d'un savoir se réalise par la formation. L'expérience n'est toujours pas prise en compte. Le profil de l'infirmière est défini par le corps médical, « à coup de scalpel » (Poisson, 1998).

Nous pouvons repérer que des courants de pensée traversent cette fin de siècle et le début du suivant. Les trois conceptions F. Nightingale, L. Chaptal et D.M. Bourneville de l'assistance publique ont sous-tendu la fonction de l'infirmière. Cependant, malgré les tentatives de changement, le modèle médical de la pratique des soins prédomine. L'infirmière représente comme l'écrit Léonie Chaptal en 1926 dans *L'Infirmière Française* « l'instrument parfait qui a pour fonction principale de se tenir à portée de la main du médecin. C'est celui ci qui doit, de cet instrument docile, faire l'usage voulu. »

Une littérature professionnelle dite de référence est le témoin d'un passage à un exercice professionnel plus technique (Magnon, 2006). Elle n'a d'infirmier que le titre de la revue *L'Infirmière Française*. Elle est la preuve d'une main mise par les médecins sur la formation, sur l'éducation et sur la communication.

Nous pouvons repérer que l'association (ANIDEF) est sensibilisée dès 1925 à toutes les questions liées à une professionnalisation. Cependant, en réfléchissant sur les orientations données à la formation, les membres de cet organisme tentent de développer le rôle moral et le rôle technique de l'infirmière et non la conception de soins infirmiers. Cette association ne semble pas chercher à désolidariser la pratique infirmière de la pratique médicale et à la désolidariser de ce rôle moral.

Il existe encore des résistances entre les médecins, les politiques, les administratifs et les religieuses encore présentes.

5) Des années 30 aux années 60 : technicisation des soins.

La médecine développe une approche analytique. Elle renforce davantage la séparation entre le corps et l'esprit, elle désolidarise le malade et la maladie et divise le corps, les organes, les tissus, les cellules.

Les investigations permettent de découvrir le pathologique dans le corps du malade.

Après la période de la prédominance de la conception de la maladie et de l'infirmière considérée comme une auxiliaire du médecin, une nouvelle approche apparaît. Il s'agit de l'infirmière technicienne.

L'objet de la médecine devient le corps malade, le corps à réparer.

Comme le dit Marie-Françoise Collière :

L'objet de la médecine devient alors de plus en plus le corps porteur d'une maladie à identifier, puis à évacuer, le corps dont la mécanique est à réparer. C'est la maladie qui est l'objet d'investigation, de réparation ou d'évacuation, le sujet vivant la maladie devient un épiphénomène. (1982, p. 125).

Pendant la deuxième guerre mondiale, beaucoup de femmes se découvrent des aptitudes soignantes.

Après la deuxième guerre mondiale, un nouveau statut social est reconnu à la pratique infirmière.

Après 1945, la priorité des instituts de formation est de former du personnel soignant efficace et capable d'effectuer des actes d'urgence sur prescription médicale.

Avec la loi du 8 avril 1946, le gouvernement français propose une définition de l'infirmière et fixe les conditions d'exercice de la formation et de la profession. Dans les années qui suivent, c'est la période des trente glorieuses, époque pour les infirmières d'identification aux médecins ou une étroite coopération, de formation et de collaboration se développe entre les deux professions. L'enseignement de la pratique des soins tend vers l'acquisition de connaissances concernant le processus anatomie-physiologie-pathologie et sur des connaissances pratiques centrées sur les techniques de soins.

Ce phénomène est d'autant plus visible qu'en 1938, la rupture entre le sanitaire et le social est fixée. Des conditions de précarité de la population française, des problèmes de santé publique (alcoolisme, mortalité infantile...) amènent les infirmières à des activités d'ordre social. Ces nombreuses activités des infirmières sont en contradiction avec les pratiques purement curatives de l'hôpital et demandées par les médecins. Ainsi, comme le dit Magnon (2006), une séparation du sanitaire et du social dans l'exercice professionnel est visible. Nous repérons bien, la politique de santé très hospitalocentriste de la France. Une nouvelle catégorie de professionnel voit le jour. Il s'agit des assistantes sociales. Profession à représentativité très féminine comme la profession infirmière. Ainsi, à partir d'un seul corps professionnel, deux corps sont créés : les assistantes sociales et les infirmières.

La maladie est ainsi ce qui est pris en charge. Elle fait donc l'objet d'investigation et implique des prescriptions médicales. Le développement de la technicité entraîne de nouvelles approches des soins et notamment une nouvelle approche dans l'organisation des soins. L'hôpital est un lieu de haute technicité, d'investigation, de thérapies, de recherche. L'hôpital devient un lieu de morcellement par appareil. On parle de services de cardiologie, de neurologie... Ce qui en fait un lieu de morcellement par catégories de maladies. On parle de services de cancérologie, de diabétologie... Dans cette organisation, les soins sont considérés comme des tâches. Ces tâches sont divisées, fragmentées autour de la maladie, autour de l'acte médical.

L'imagerie médicale, l'immunologie, la génétique, les antibiotiques et antiviraux apparaissent et connaissent un progrès extraordinaire. Ces avancées scientifiques perpétuent l'idée que le progrès de la santé passe par l'avancée de la médecine scientifique.

Pour l'infirmière l'objet du soin est le malade porteur de maladie. L'objet du travail infirmier, lui, est la maladie. Les soins infirmiers sont appelés soins techniques, ils sont orientés par la maladie et/ou par l'organe atteint.

Le malade n'est connu que sous le nom de sa pathologie ou de sa chirurgie : le cancer du pancréas de la chambre 2, la prothèse de hanche de la chambre 3...

La notion de santé est inconnue. La notion d'individu atteint dans sa santé est inexisteante. Il y a manquement dans la connaissance de la personne, manque de lien entre le patient, son histoire et son état.

Cependant, les nécessités de division du travail conjuguées à un grand besoin de se rapprocher de la pratique médicale amènent les infirmières à déléguer ce qu'elles considèrent comme le moins valorisant, c'est-à-dire à déprécier les soins répondant aux besoins des malades et à céder les fonctions à un autre personnel. C'est sur cette base que sera créée le métier d'aide soignant. Ces professionnels, avec peu de qualification, se voient ainsi confier les soins au corps. Tout comme les médecins l'ont réalisé des années auparavant, les infirmières délaisse les soins indispensables à la vie. Ces soins qui trouvent leur origine depuis le début de l'histoire de l'humanité et que s'étaient appropriées les femmes. La pratique des soins infirmiers se construit en référence à la prescription médicale, à la fois

thérapeutique et à la fois servant à l'investigation et au diagnostic médical. Des compétences techniques sont demandées aux professionnels. Cependant, pour développer ces compétences il n'est pas nécessaire d'avoir recours à un savoir spécifique en soins infirmiers mais à un savoir élaboré dans le domaine de la technicité médicale de pointe. Les savoirs requis sont de l'ordre de l'utilisation d'outils servant à réaliser des examens et à appliquer et à surveiller les traitements. Les infirmiers eux même, dévalorisent les pratiques dites « non hypertechniques ». Certains services ou domaines sont peu demandés et rencontrent une pénurie de personnel, comme les services de personnes âgées, les services en milieu scolaire, en milieu carcéral...

Les connaissances centrées sur la maladie et sur les techniques sont la base même de la pratique infirmière jusque dans les années 80.

La formation a évolué. Sa durée est de deux ans. Chaque département français possède une école de formation. Les effectifs des infirmiers diplômés sont en constante évolution.

Une formation des infirmiers des hôpitaux psychiatriques voit le jour en 1953. Jusqu'à cette période, aucune formation spécifique, aucun diplôme n'existent. Les hôpitaux avaient recours auparavant à des hommes de forte corpulence pour contenir essentiellement les malades. Le personnel masculin, la plupart du temps, travaille à la fois dans les champs en tant que fermiers et à la fois à l'hôpital psychiatrique. Les élèves en formation sont rémunérés.

La France contrairement aux autres pays européens possède deux formations d'infirmiers. Le terme infirmier se masculinise.

La création de la formation en santé mentale est en lien avec la découverte des neuroleptiques. Ce traitement permet une ère nouvelle pour le malade mental et le personnel soignant (Magnon, 2006). Il s'agit, comme le dit l'auteur, de passer de l'ère de la contention à l'ère de la parole. D'autres facteurs contribuent à ce changement tels que l'introduction d'une vie sociale à l'intérieur des bâtiments et plus tard la possibilité de sorties. Le milieu psychiatrique est en pleine mutation.

L'Organisation Mondiale de la Santé est créée en 1946. Le 10 décembre 1948, la Déclaration Universelle des droits de l'homme proclame le droit à la santé pour tous. Le conseil de l'Europe est créé en 1949. Ce petit détour du côté de l'international semble nécessaire au regard de la contribution de ces organismes à l'évolution des soins infirmiers. Magnon (2006) présente l'impact de ces organisations comme prélude au changement. D'après lui, elles ont spécifié la place prépondérante et spécifique des infirmières pour des soins de santé.

Dans les années 50, l'Organisation Mondiale de la Santé propose une nouvelle terminologie. Les soins adressés aux malades et dispensées par les infirmières sont des « soins infirmiers ». Le conseil international des infirmières propose, en 1953, un code de déontologie international. Les infirmières françaises se réfèrent à ce code jusqu'en 1993 en l'absence d'un texte français.

Bilan

La pratique infirmière commence, en se médicalisant, à se distancer de la notion de valeurs morales héritées du passé. Les soins n'ont pas de contenu social.

La scission du sanitaire et du social en 1938 est à la fois une scission dans les soins. Elle représente une rupture entre le malade et la maladie. Les soins prodigués aux malades sont considérés comme curatifs. Les soins infirmiers ne reconnaissent pas, à cette époque,

l'environnement social du patient. Cependant la première année de formation est identique aux élèves assistantes sociales et infirmières.

Personne, dans la profession, ne remet en cause la séparation du social et du sanitaire. Tout comme personne ne remet en cause la double formation en soins généraux et en psychiatrie. Le somatique est séparé du psychique, le social est séparé du somatique. La notion de soins infirmiers est liée à la notion de soins techniques ou soins psychiatriques.

Le personnel infirmier cherche à valoriser son exercice. La technicité lui apparaît comme un excellent mode de valorisation.

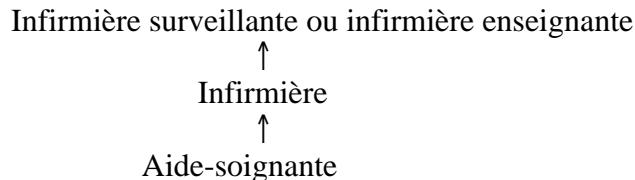
Les infirmières suivent la voie demandée par le corps médical en étant elle-même attirées par cette technicité croissante. Elles cherchent à démontrer leurs habiletés techniques et à se rapprocher du savoir médical. Au regard du lourd héritage de la femme consacrée et de l'auxiliaire médicale, elles semblent ne pas pouvoir prendre de la distance par rapport à la technicité et aux savoirs de référence. Le contenu professionnel et la conception du soin infirmier ne sont pas appréhendés.

La compétence technique s'avère être nécessaire pour exercer. Des capacités ou compétences à réaliser des soins de réparation de haute technicité ou encore à gérer l'organisation de ces tâches de plus en plus complexes, sont en augmentation.

Les tâches sont davantage morcelées et divisées en tâches nobles et tâches moins nobles. Les tâches secondaires sont déléguées aux aides-soignantes. Les infirmières deviennent les supérieures hiérarchiques des aides-soignantes qui travaillent sous leur responsabilité.

Une valorisation par la création de spécialisations voit le jour. La spécialisation peut être technique pour les infirmières anesthésistes ou spécifique à un âge des patients (0-18 ans) pour les infirmières puéricultrices.

Les infirmières peuvent aussi se spécialiser pour les fonctions d'encadrement pour les infirmières surveillantes et infirmières enseignantes. Une hiérarchisation verticale est instaurée en parallèle à la hiérarchisation médicale :



A l'inverse de ce qui est réalisé jusque dans les années 30 où la référence des soins est le malade, l'objet de soins est devenue la maladie. L'infirmière cherche à ajuster son rôle entre servir le malade et ne prendre en compte que la maladie. Elle doit savoir allier une technicité centrée sur la maladie et ce qui est dicté par sa vocation, ses valeurs altruistes. En valorisant ce qui a trait à la réparation de la maladie, elle favorise la non reconnaissance du malade en tant que personne. Ce qui résonne faux dans la profession.

L'exercice professionnel dépend d'une réglementation. Il manque un code de déontologie en France. Les infirmiers se réfèrent à celui du conseil international des infirmiers.

En France, le terme soins infirmiers n'est pas reconnu malgré le rapport des experts de l'OMS. Le concept et la discipline ne seront reconnus que beaucoup plus tard (environ 30 ans après).

L'adjectif infirmier n'apparaîtra que dans les années 80 dans le dictionnaire de la langue

française. Ce qui reste très symbolique.

A partir de ces années, deux courants ont également beaucoup joué sur l'approche des soins infirmiers. Il s'agit, tels que les a défini Collière (1982), du *courant de la revalorisation de la relation soignant-soigné* et du *courant axé vers le développement de la santé*. Ils sont en lien avec le rôle infirmier. Ils se juxtaposent, ne sont pas forcément chronologiques, l'un à la suite de l'autre. Ils ont amené des divergences, des conflits en donnant une orientation à l'exercice professionnel et à la formation. Nous vous proposons de les présenter l'un après l'autre.

Nous tenons à préciser que les évolutions de la formation, des plans de formation et des savoirs seront présentées et explicités dans le chapitre sur l'évolution des savoirs de référence en formation.

Nous abordons ce paragraphe d'un point de vue historique en présentant des dates importantes dans l'évolution des soins. Ces événements sont détaillés dans l'ouvrage de René Magnon (2006). Il nous paraît, également, important de préciser en parallèle les éléments législatifs qui réglementent la profession infirmière.

6) Des années 60 aux années 2000.

a) Revalorisation de la relation soignant-soigné : les soins centrés sur la personne.

Dans les années 60, l'Organisation Mondiale de la santé (O.M.S.) révèle qu'il existe un décalage entre les progrès scientifiques de la médecine et l'état des populations dans les pays industrialisés ou en voie de développement. L'état de santé de ces populations est en dessous de ce que l'on pourrait attendre. Des études tentent à démontrer que les progrès scientifiques et techniques connaissent des limites en matière de santé des individus et que cette santé peut être appréhendée de manière différente.

La psychanalyse et la psychologie apportent des données et des méthodes afin de mieux comprendre la personne soignée. Les apports en psychologie de l'enfant permettent de réaliser l'influence du développement psychomoteur sur le devenir de la personne. Ces découvertes scientifiques amènent la nécessité de s'interroger sur l'Homme, sa construction et son devenir. Il s'avère que ces résultats de recherche conduisent à une approche différente de l'être humain malade et l'être humain bien portant dans le milieu de la santé.

Comme le souligne Georges Canguilhem en 1966 cité par Walter Hesbeen (1997, p. 10) :

Traiter une maladie ne procède pas de la même démarche que celle qui consiste à venir en aide à un malade... Il ne peut y avoir homogénéité et uniformité d'attention et d'attitude envers la maladie et envers le malade et que la prise en charge d'un malade ne relève pas de la même responsabilité que la lutte rationnelle contre la maladie.

Le courant de la valorisation de la relation soignant-soigné est développé dans les établissements de soins en milieu psychiatrique. L'approche relationnelle est mise en valeur afin de mieux connaître et reconnaître la personne soignée en tant que sujet. Cette approche apparaît comme une action thérapeutique. Les technologies lourdes sont remises en cause tels

que les électrochocs par exemple. De plus, comme nous l'avons vu précédemment l'ère de la contention a fait place à l'ère de la parole.

Un cloisonnement se fait ressentir entre l'approche des soins en milieu psychiatrique et en soins généraux. Les infirmiers en soins généraux se sentent démunis face à la demande des patients. Leur rôle de technicien n'est pas suffisant dans la prise en charge d'un individu. Ils veulent démontrer que leurs interventions ne se limitent pas aux gestes et aux techniques.

Le rôle joué par l'O.M.S. dans l'évolution des soins infirmiers, est abordé dans les recherches de M.F. Collière comme dans celles de R. Magnon. Nous considérons que cet organisme a beaucoup influencé la progression des soins. En 1966, le comité d'expert de l'O.M.S. en soins infirmiers publie un rapport qui met en avant le courant centré sur la relation soignant-soigné. Il stipule que :

C'est à l'infirmière qu'incombe l'initiative et le contrôle de tout ce qui relève de l'assistance à l'individu malade ou bien portant dans l'accomplissement des actes qui contribuent au maintien ou à la restauration de la santé... et qu'il accomplirait par lui-même s'il avait assez de force, de volonté et de savoirs. (p. 154).

Il est donc nécessaire de connaître les besoins des personnes et donc pour cela d'entrer en relation avec elles. Ainsi, le patient n'est plus considéré comme un objet porteur de maladie mais comme un objet de soins. Les tâches s'adressent à des corps-objet alors que l'être humain dans toute sa complexité représente un corps-sujet. Le malade n'est pas à confondre avec la maladie. La notion du prendre soin émerge petit à petit.

Ce courant entre timidement dans les établissements de soins généraux avec l'approche des besoins du malade en tant que personne dans les années 68.

Il devient nécessaire d'apprendre à recueillir les informations sur la santé des personnes afin de développer la relation soignant-soigné et de prendre en compte le milieu de vie des personnes, les conditions sociales et économiques et rendre ainsi le patient acteur de sa santé.

En 1967, l'O.M.S. et des organismes professionnels internationaux, s'accordent sur l'instruction et la formation des infirmiers. Cet accord favorise la conception des soins infirmiers centrés davantage sur l'homme malade et ses problèmes de santé.

Il va falloir attendre 1972, pour voir un nouveau programme de formation en France centré sur les besoins de la personne.

En 1974, un séminaire sur les services infirmiers des Collectivités est organisé afin de repérer les liens entre les orientations préconisées par l'O.M.S. et les soins infirmiers.

La relation soignant-soigné se modifie dans la société. Cette évolution est souhaitée tant par les malades et leurs associations que par les professionnels de la santé.

Le malade veut devenir un patient actif qui prend part aux décisions qui touchent sa propre santé.

La santé devient une valeur sociale. Le malade, objet de soins, corps objet veut être de plus en plus considéré comme personne malade, personne soignée avec des droits. L'évolution des termes « malade, patient, usager, client » démontre un changement des mentalités.

Ces bouleversements conduisent les établissements sanitaires à s'organiser afin de répondre de manière adéquate aux attentes de la population. Ils amènent également les professionnels à remettre en cause leurs pratiques et les écoles d'infirmières à former des professionnels capables de donner une réponse personnalisée à la personne soignée.

Dans les années 80, arrive le sida. Cette épidémie modifie le lien médecin-malade.

Autrefois, la relation médecin-malade était dominée par un pouvoir médical non contesté, voir souhaité et apprécié. Dans cette relation, une asymétrie des connaissances, renforcée par le vocabulaire médical et le secret professionnel, semblait manifeste. Le paternaliste médical, « c'est pour le bien du malade... je ne lui explique rien pour le protéger... », appartient à la culture médicale. Cependant, le climat de confiance, instauré depuis déjà bien longtemps par la médecine et ses représentants, est rompu par l'épidémie du sida. Face au sida, le médecin ne sait pas, ne peut prescrire et donc ne peut guérir : sa toute puissance est contestée. Cette maladie tue sur la planète des hommes, des femmes et des enfants. Elle fait voler en éclat les certitudes médicales et démontre les limites de la médecine scientifique. Le sida est un drame personnel dans une tragédie mondiale.

Le soignant doit se rendre compte que la personne qu'il va rencontrer n'est pas uniquement un malade, mais une femme ou un homme ayant une vie singulière.

Ce courant redonne à la pratique un sens plus humain. Ce sens est revendiqué et souhaité dans les motivations des jeunes élèves. Lors d'entretien pour l'entrée en institut de formation, encore aujourd'hui, les valeurs humanistes et altruistes sont mises en avant par les candidats dans l'orientation de leur choix professionnel.

Les infirmiers durant cette période n'auront de cesse de revendiquer leur autonomie. Comme le souligne Magnon (2006), les événements politiques, sociologiques et économiques ont pu être des freins ou des moteurs durant cette époque. La crise de 68 a permis de mettre en avant les conditions de travail du personnel soignant essentiellement féminin. Le travail de nuit n'était pas légiféré. La construction de l'Europe, le développement du féminisme, les changements de mœurs et de mentalité, les changements de rôle dans la condition féminine et masculine contribuèrent aux changements repérés.

Les théories des soins infirmières sont introduites en France dès la fin des années 1970. Christophe Debout (2008a), dans son article *Théories de soins infirmiers, un retour sur l'histoire*, nous les présente d'un point de vue historique. Les premières théories de soins sont nées aux Etats-Unis. Hildegarde Péplau publie la première en 1952. Elle introduit la démarche de soins qui devient, selon l'auteur, l'épine dorsale de la prise en charge infirmière. En 1965, l'American Nurses Association (A.N.A.) propose que le développement de théories de soins infirmiers soit un objectif national pour la profession. Différents théoriciens positionnent ainsi l'objet des soins infirmiers dans le champ des sciences humaines. Ces conceptualisations traduisent la volonté de se démarquer du modèle médical en affirmant une pensée infirmière. Le modèle conceptuel de Virginia Henderson prédomine en France depuis 1972. Il est utilisé en formation et sert de référence dans de nombreux établissements de soins. Il devient un cadre de référence commun. Ce modèle s'inscrit dans l'émergence du courant de valorisation de la relation soignant/soigné. Virginia Henderson énonce des postulats sur lequel repose son modèle et à partir desquels elle développe des concepts-clefs. Selon elle, les actions infirmières sont la résultante de l'analyse des 14 besoins fondamentaux communs aux êtres humains. Ce modèle permet une grille de lecture de l'être humain par des données reconnues par l'ensemble des professionnels. Il facilite l'entrée dans la conceptualisation des soins infirmiers. Cependant dès 1982, Collière met en garde que l'exclusivité d'une conception comme référence dans la pratique et dans la formation limite la compréhension des situations de soins.

Le concept de soins infirmiers se développe au point de donner naissance à la démarche de soins infirmiers. Cette dernière représente le processus par lequel l'infirmier détermine, met en œuvre et évalue les actions relevant de son rôle propre dans le cadre d'un contrat de soins

avec la personne (Cazes, 1993). Elle est considérée comme un processus décisionnel dans lequel l'infirmier peut sélectionner des données, les analyser, émettre des hypothèses diagnostiques, les vérifier, intervenir, évaluer ses interventions et en planifier d'autres à venir. Ainsi, la démarche ou processus de soin s'apparente à une démarche clinique. L'appellation démarche de soins est abandonné au profit de celle de projet de soins. Le terme projet prend davantage en considération une prise en charge du patient en partenariat avec les différents professionnels de la santé, en équipe pluridisciplinaire.

Le dossier de soins est introduit dans les services de soins comme un support de la démarche de soins. Il est un outil de décision et de programmation d'actions de soins. Il offre une vision synthétique et globale de la prise en soins du patient. Il est individualisé. Il permet de mieux soigner la personne dans sa globalité et son individualité. Ce dossier est conçu par le service de soins infirmiers. Il est uniforme dans un même établissement. Les infirmières ont accès à la traçabilité grâce à leurs transmissions écrites.

Le terme de *diagnostic infirmier* apparaît dans la littérature infirmière nord-américaine vers 1950. En 1970, l'Association Nord-Américaine des Diagnostics Infirmiers (A.N.A.D.I.) est créée. Une définition commune est adoptée en 1990 à la 9ème conférence internationale de l'A.N.A.D.I. Sa définition est la suivante : il est « l'énoncé d'un jugement clinique sur les réactions aux problèmes de santé actuels ou potentiels, aux processus de vie d'une personne, d'une famille ou d'une collectivité de la personne ». En 1991, l'Association Francophone Européenne des Diagnostics Infirmiers (A.F.E.D.I.) voit le jour. En France, la reconnaissance officielle du concept du diagnostic infirmier se traduit par une modification des textes législatifs relatifs à la formation en 1992 et à l'exercice de la profession infirmière en 2004.

Les infirmières se sentent de plus en plus tiraillées entre un idéal inspiré par les motivations professionnelles telles que l'altruisme, donner à l'autre et un idéal valorisé par l'aspect technique du métier. Ces deux idéaux complémentaires apparaissent en contradiction dans l'exercice de la profession.

Le métier allie hyper technicité, responsabilités accrues pas forcément reconnues et conditions de travail difficiles (travail de nuit, horaires).

De plus le métier ne prend pas en compte l'évolution de la femme dans la société. Le malaise infirmier est latent.

Bilan :

C'est le retour à une conception anglo-saxonne centrée sur le malade comme F. Nightingale le prônait au XIX^e siècle. Cette approche tend à retrouver les racines du soin. La référence aux soins est la personne soignée. Les soins ne prennent sens qu'à partir de lui. La relation avec le patient permet de connaître le malade, de comprendre ses besoins et a une action thérapeutique. Le champ de compétence infirmière est élargi au delà des soins prescrits. Le travail infirmier évolue. Il s'ouvre aux domaines du questionnement, de la réflexion. La nature du travail est modifiée. Ainsi, l'organisation du travail est à modifier. L'infirmière ne peut pas tout savoir et tout faire à tous les patients. Le travail est sectorisé. Il n'est plus divisé en tâches mais en groupe de patients. Les répartitions des actes par les infirmiers sont transformées en répartition de prise en charge d'un nombre de patients.

Ce courant a fait naître la notion de soins infirmiers et de services de soins infirmiers. Le soin est enfin désolidarisé de la personne de l'infirmière. Il ne s'agit pas des soins de l'infirmière mais bien des soins infirmiers avec une spécificité.

Les connaissances liées à la maladie et à la technique ne suffisent plus. L'acquisition des connaissances s'oriente vers la compréhension des besoins de santé des personnes.

Le paradigme valorisation de la relation soignant-soigné a beaucoup contribué à la valorisation de la profession infirmière. Il relativise la technique et permet de la questionner sans y être opposé mais en étant complémentaire.

De plus, dans les années 60, le mouvement de libération de la femme permet aux infirmières, qui exercent une profession quasi exclusivement féminine, de se libérer du modèle de simples exécutantes de l'homme/médecin. Les soins dispensés sont entrepris avec davantage d'autonomie.

La profession se dote d'outils spécifiques à la compréhension de la situation des personnes soignées. L'adoption d'un cadre de référence infirmier associé à l'utilisation de la démarche de soins permet de comprendre les situations et d'agir, de prendre soin de la personne. Il s'agit pour l'infirmière d'objectiver les problèmes de santé à l'aide des concepts.

L'approche bio-psychosociale de l'être humain de Henderson permet de problématiser les situations de soins et de repenser la nature des soins infirmiers. Le modèle conceptuel propose aux infirmiers une grille de lecture pour aborder la réalité de la situation. La démarche vise également l'infirmière à quitter son rôle d'auxiliaire médicale pour repenser son identité de soignante comme une identité de professionnelle.

L'O.M.S. semble vouloir faire comprendre aux états que les infirmières jouent un rôle particulièrement important dans la mise en œuvre de la santé de ses populations. L'organisme européen, le conseil de l'Europe et le conseil international des infirmières vont également faire évoluer le concept de santé, de soins. L'aspect international est évident.

b) Le développement de la santé : les soins éducatifs.

Un courant axé vers le développement de la santé émerge. Ce courant démontre que prendre soin ne se limite pas à traiter ni à répondre aux besoins d'un individu comme nous avons pu le voir précédemment. La santé et la maladie sont le reflet d'un fait social et ne sont plus considérées seulement par rapport à l'individu singulier.

L'apport des travaux réalisés dans le domaine de la biologie et de la physiologie contribue à la naissance de cette pensée. Plusieurs études démontrent que l'homme, la société et l'environnement sont en interrelation et elles remettent en question la conception statique de la santé et de la maladie.

Les sciences humaines et sociales telles que l'anthropologie, la sociologie, la démographie et l'économie de la santé apportent des données en faveur de cette conception. L'anthropologie donne de l'importance aux habitudes de vie, aux coutumes croyances. L'anthropologie permet d'aborder des situations de soins. Toute situation de soins est une situation anthropologique. La sociologie permet de comprendre les phénomènes institutionnels. Le postulat est que tout être humain est fondamentalement un être social. La démographie précise l'importance du nombre et du genre des populations. L'économie de la santé est une application de la science économique générale à un domaine particulier. Elle s'intéresse à la production des biens et des services médicaux, à leurs distributions et à l'élaboration des prix. La question de l'articulation entre la logique du domaine de la santé et celle de la discipline économique est posée.

La demande de santé est en constante évolution due notamment aux avancées dans le domaine médical et le domaine thérapeutique. L'espérance de vie augmente, les séquelles des maladies diminuent.

La nécessité de répondre aux besoins de santé de chaque individu dans le monde entier contribue au développement de la santé.

Nous vous présentons quelques repères chronologiques qui nous apparaissent importants au regard du concept de santé et du processus santé-maladie-soin. Ces repères sont abordés dans l'ouvrage de Collière *Promouvoir la vie* (1982). Nous ciblons ces données sur les démarches de l'O.M.S. qui est très soucieuse de l'état de santé des populations et des individus.

En 1978, lors de la conférence d'Alma-Ata au Kazakhstan sur les soins de santé primaire, l'O.M.S. fait la promotion de ce type de soins de santé et l'accès pour tous à un niveau de santé acceptable. Un appel aux gouvernements est lancé pour qu'ils s'engagent à développer la santé pour tous en 2000.

En 1986, une conférence internationale est organisée par l'O.M.S. à Ottawa au Canada. Les évolutions réalisées depuis la conférence d'Alma-Ata sont le point de départ de la réflexion. Une charte est rédigée. La charte d'Ottawa définit *la promotion de la santé* comme :

Un processus global qui comprend non seulement des actions visant à renforcer les aptitudes et les capacités des individus, mais également des mesures visant à changer la situation sociale, environnementale et économique de façon à réduire ses effets négatifs sur la santé publique et la santé des personnes.

La *santé* est ainsi un concept positif qui détermine la qualité de vie de chacun et la *promotion de la santé* est un droit auquel chaque homme doit accéder.

En 1991, la déclaration de Sundsvall en Suède insiste sur l'importance des environnements favorables à la santé et spécifie que l'état de santé peut être modifié par les conditions de vie des individus.

En 2005, en Thaïlande, la charte de Bangkok est adoptée. Cette charte vise une nouvelle orientation de la promotion de la santé à l'heure de la mondialisation et demande une plus grande cohérence entre les divers acteurs de la santé. Il est demandé à ces acteurs d'agir sur les déterminants de la santé, de développer des stratégies d'intervention en tenant compte du contexte de mondialisation, de s'engager en faveur de la santé pour tous et de s'engager mondialement en faveur du changement.

En effet des études démontrent que des facteurs déterminent l'état de santé des individus ou des populations. Ces déterminants sont répartis en 4 groupes : la biologie humaine, l'environnement, les comportements et l'organisation des services de santé.

On peut voir que seuls les déterminants biologiques ne sont pas des déterminants sociaux.

Le contexte de santé publique est préoccupant avec notamment les alertes écologiques, catastrophes industrielles.

Les mouvements écologiques font prendre conscience de l'importance des facteurs environnementaux sur la maladie, sur la santé notamment sur la prise en charge des individus. Des associations informer, mettent en évidence la part de l'environnement dans l'augmentation de certaines maladies et cherchent à promouvoir la santé notamment par la prise en compte des impacts sur la santé des dégradations de l'environnement.

De plus, un décalage existe entre les connaissances de la médecine scientifique, les prouesses technologiques et la réalité des difficultés vécues par les personnes qui ont recours au système de santé. De plus en plus d'individus sollicitent les médecines dites parallèles et se détournent

de la médecine dite classique. Comme le souligne Jean-Pierre Lebrun en 1993 cité par W. Hesbeen (1997, p. 19) :

Au cours de ces dernières années, le fossé entre une médecine du malade et une médecine de la maladie s'est encore incontestablement creusé ; nous pouvons à coup sur y voir la raison majeure pour laquelle certains patients se détournent de cette maladie et espèrent des cieux plus cléments du coté des médecines dites douces ou parallèles.

La professionnelle de santé ne peut donc pas ignorer la juxtaposition des domaines sanitaires et sociaux. Dans chaque situation de soins, elle y est confrontée.

L'hôpital devient un lieu de promotion de la santé. En effet, l'établissement hospitalier développe des démarches permettant aux patients d'améliorer la prise en charge de leur santé. Le patient devient un acteur de sa santé, il est au centre de sa prise en soins. Ainsi, l'hôpital n'est plus uniquement le domaine des soins curatifs mais est un lieu axé sur la qualité de vie des patients au delà de la lutte contre la maladie. Il participe ainsi à l'amélioration du système de santé.

L'infirmière devient une éducatrice de la santé et les soins infirmiers répondent aux besoins de santé d'un individu ou groupe de personnes.

Les conditions d'amélioration du niveau de vie, les progrès de la médecine dans le traitement des maladies aiguës ont permis de diminuer les principales causes de mortalité. Cependant l'augmentation de l'espérance de vie crée un préoccupant problème de santé : la polypathologie du vieillissement.

La prise en charge du patient atteint de maladies chroniques nécessite de nombreuses prestations de différents professionnels du soin. Et inévitablement cette prise en soin sollicite la participation du patient à ses propres soins. L'éducation thérapeutique du patient devient essentielle. Les infirmiers doivent donc apprendre à éduquer le patient. Comme le souligne D'Yvernois et Gagnayre (2004) dans leur ouvrage destiné aux professionnels de la santé et intitulé « Apprendre à éduquer le patient », l'apprentissage de comportement de santé au bénéficiaire de soins est indispensable pour ralentir les complications inhérentes à sa maladie et aussi pour réduire sa dépendance (p. 1). Cette éducation est le résultat de transfert de compétences soignantes vers le malade et de partenariat de tous les acteurs.

Ainsi, le patient ne devient plus un consommateur de santé mais un producteur de santé (D'Ivernois & Gagnayre, 2004). Le terme *d'éducation thérapeutique* est reconnu par l'O.M.S. en 1998.

Les concepts sur lesquelles s'appuient les soins infirmiers aujourd'hui sont la personne, la santé, l'environnement et les soins infirmiers. Ces quatre concepts constituent le socle de la pratique infirmière. Pour Fawcett (1984) citée par Debout (2008b) « ces concepts peuvent être considérés comme les piliers d'une discipline qui délimitent le champs à l'intérieur duquel le savoir pourra se développer et se structurer ».

Bilan :

Ce courant « développement de la santé » (Collière, 1982) se manifeste tardivement en France. Il a plusieurs sources. Nous pouvons citer les apports des travaux de recherche dans différentes disciplines telle que la biologie, la physiologie, les sciences humaines, l'anthropologie et la sociologie. Nous pouvons également parler de la nécessité de répondre aux besoins sanitaires de la population. Et il est évident qu'apparaît un lien entre les mouvements sociaux et le développement de ce courant.

Le concept est que pour mieux soigner l'homme, il est nécessaire de soigner la société. La santé n'est plus définie comme une absence de maladie.

Cette conception du processus santé-maladie a pour conséquence de modifier le concept de soins infirmiers. Pour les infirmières, il s'avère nécessaire de comprendre les facteurs influençant ce processus et d'intervenir à leur niveau.

Nous sommes ainsi passés d'un modèle appelé « biomédical » à un modèle nommé « modèle global » (D'Ivernois & Gagnayre, 2004). Dans le premier, la maladie est la conséquence d'un problème organique et le processus de soins est centré sur une approche curative. Le médecin est le seul référent. Dans le second, la maladie résulte d'un ensemble complexe de différents facteurs organiques, psychosociaux et environnementaux. Cette approche touche aussi bien la prévention, que la réadaptation, l'accompagnement et le curatif. Ainsi, tous les différents professionnels de la santé collaborent.

Eduquer pour mieux soigner est une pratique qui est progressivement intégrée dans la prise en soins des sujets notamment ceux atteints de maladies chroniques.

La pratique infirmière perd un peu cette image de marque antérieure de la technicité à tout prix.

Les soins infirmiers en contribuant au maintien de la santé ont une dimension sociale et économique.

Aujourd'hui, les soins infirmiers nécessitent pour les professionnels de comprendre les situations de soins : toute situation de soins est singulière et unique.

Pour réaliser ces soins, il est nécessaire de recourir à divers savoirs. Ces savoirs sont au carrefour des sciences médicales, des sciences humaines et sociales. Ces sciences permettent de mieux comprendre la signification des problèmes rencontrés dans les situations de soins.

7) Depuis 2000 : les évolutions récentes.

Le début du siècle se manifeste par des attentes très précises des usagers et des pouvoirs publics. En effet, ces attentes évoluent vers une exigence beaucoup plus accrue de la qualité et de l'efficience. Les établissements sanitaires et les instituts de formation sont amenés à s'adapter aux différents contextes de l'environnement tout en tenant compte des notions de compétitivité et de performance.

Nous analysons différents rapports demandés par les politiques car ces textes nous semblent être en lien avec l'évolution des soins infirmiers et leur processus de professionnalisation.

En 2002, 2003, 2005, 2006 et 2008, le Ministère de la Santé confie à l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé (O.N.D.P.S.), des missions nationales sur la démographie des professions de la santé. Ces études ont donné lieu à six rapports.

La première mission est réalisée par le Professeur Yvon Berland, doyen de la faculté de médecine de Marseille et à laquelle ont participé trois médecins et un infirmier libéral.⁷

Le premier rapport stipule que la France vit actuellement une diminution très importante du nombre de médecins praticiens et qu'une pénurie est à prévoir très prochainement. Les effectifs infirmiers, en revanche, sont en progression depuis quelques années grâce à une augmentation des quotas de formation. Et les « projections démographiques fondées sur les

⁷ Yvette Ract, médecin au conseil national adjointe de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie TS, Anthony Annereau, interne en médecine, Jean Berthet, médecin praticien hospitalier, Gilles Errieau, médecin généraliste et Olivier Leroy, infirmier libéral.

flux rencontrés actuellement indiquent que les effectifs infirmiers poursuivraient leur progression rapide jusqu'en 2006 puis à un rythme moindre jusqu'en 2020 » (p. 37)⁸.

Dix propositions sont faites pour pallier à la problématique médicale. L'une d'entre elles, nous intéresse particulièrement. Il s'agit de : « redéfinir le contour des métiers, mettre en place un partage des tâches, créer de nouveaux métiers, faciliter les passerelles entre différentes professions de santé » (p. 111)⁹.

Ainsi, les infirmières sous réserve d'une formation complémentaire, pourraient accéder à d'autres professions. Les soins réalisés à domicile et qui sont considérés comme des actes de la vie courante appartiendraient uniquement aux aides soignantes. Les soins courants de la vie disparaissent complètement des activités des infirmiers. Les infirmières verraient à la fois réduire et élargir leur champ de compétences.

Il apparaît, au regard du rapport, urgent de réviser, en concertation avec l'ensemble des professionnels, les métiers et leur formation. Des masters professionnels pourraient être créés afin que les médecins délèguent une partie de leur activités.

En mars 2003, une nouvelle mission est confiée, au Professeur Berland, pour étudier les coopérations à organiser entre les médecins et d'autres professionnels de la santé. Le rapport de 2003¹⁰ précise la nécessité d'une mise en perspective de la coopération des professions de santé en respectant la légitimité de la délégation par la compétence. La délégation et le transfert de compétences apparaissent comme des solutions envisageables aux problèmes de démographie des professions de santé.

Une nouvelle répartition des tâches entre professionnels permettrait une « optimisation du temps médical et paramédical disponible » (p.45)¹¹. Il devient, alors, impératif de redéfinir les contenus et les champs de compétences pour tous les métiers de la santé. Ainsi, ce rapport met en avant une rénovation des contenus de formation de certaines professions et la création de nouveaux métiers.

La profession infirmière est la première à être revisitée et sa formation modifiée.

En 2006, deux expérimentations de coopération et de délégation de tâches entre médecins et infirmières sont organisées autour des axes suivants : l'hémodialyse et le suivi de patients atteints d'hépatite chronique C. Un cadre juridique spécifique a permis ces délégations et les transferts d'actes médicaux auprès des infirmières. Les résultats, d'après le rapport¹², démontrent la faisabilité « de la réalisation d'actes médicaux par les infirmières préalablement formées et dans des conditions de sécurité satisfaisantes pour les patients » (p. 66).

Parallèlement en 2006, une mission est également confiée à la Haute Autorité de la Santé, en collaboration avec l'O.N.D.P.S., afin de clarifier les conditions de la coopération des professionnels de santé, dans le but d'améliorer la qualité des soins. Ainsi, la finalité présentée n'est plus la même qu'auparavant. Il ne s'agit plus de pallier à la pénurie de

⁸ Rapport « Missions des démographies des professions de santé ». Auteur Y. Berland, T. Gausseron. Editeur Ministère de la santé, de la famille et des personnes à handicaps. France. 2002.

⁹ Ibid.

¹⁰ Rapport “Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences” Yvon Berland. Octobre 2003.

¹¹ Rapport « Délégations, transferts, nouveaux métiers. Les nouvelles formes de coopération entre professionnels de la santé.» Haute Autorité de la Santé. Observatoire National de la Démographie des Professionnels de la Santé. 2011.

¹² Rapport « Cinq expérimentations de coopération et de délégation de tâches entre professions de santé » ONDPS juin 2006.

médecins mais d'améliorer la qualité des soins. Un groupe de travail est constitué de deux médecins, une conseillère pédagogique nationale de la D.H.O.S. (Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins), de trois directeurs (d'hôpital, de soins et d'institut de formation), de chercheurs et d'une nurse practitioner, doctorante en santé publique à l'université Aix-Marseille. Des personnes ont été contactées telles que des cadres de santé infirmiers et des directeurs d'instituts de formation. Les membres de la mission réaliseront deux rapports (en 2006 puis en 2008). Il y est stipulé que trois niveaux dans la pratique infirmière sont à créer : le socle du métier, l'expertise ciblée et la pratique avancée :

Le socle du métier : ce sont les compétences requises pour les diplômés du métier de base acquis en formation initiale" (p.92). L'expertise ciblée : ici sont ajoutés aux compétences de base, d'autres savoir-faire et connaissances qui n'existaient pas dans la formation initiale au métier, mais qui, pour autant ne changent pas la nature du métier. Une formation sera nécessaire, elle peut correspondre à un diplôme universitaire (p. 93). La pratique avancée : ici les compétences ajoutées sont de nature si différentes qu'elles forment à un nouveau métier. La formation [...] se situe au niveau du master. (p. 93).

Les nouveaux métiers d'infirmière praticienne avancée sont sélectionnés à partir de certains domaines dans lesquels les besoins sont présents tels que le suivi de patients atteints de pathologie chronique, le suivi de personnes atteintes de cancer, le suivi de personnes âgées ou atteintes de pathologies dégénératives...

Ainsi, les nouveaux métiers semblent être en lien, d'une part avec les besoins de santé de la population, d'autre part avec l'état de l'offre de soins et enfin avec des projets de formalisation des formations. Nous pouvons repérer des systèmes de formation qui convergent vers différents niveaux avec divers éventails de compétences.

Ces rapports précisent également les modalités de la *ré-ingénierie des diplômes* (p. 79). Les diplômes ainsi que la formation sont à relier à la formalisation de compétences. Les activités du métier et les compétences des professionnels nécessaires pour exercer le métier sont à préciser.

Nous pouvons résumer les modalités sous forme de graphique en lien avec le schéma de Perrenoud (2001b) représenté dans la revue de littérature.

Décrire le métier, repérer les pratiques professionnelles, élaboration du référentiel d'activités du métier
↓

Analyser les compétences mobilisées dans l'action, élaboration du référentiel de compétences
↓

Adapter la formations aux compétences, élaboration du référentiel de formation

Nous présentons, à présent, les acteurs et la méthode utilisée. Et nous analysons cette démarche.

Trois groupes de travail sont constitués.

- Un groupe de pilotage au niveau des directions ministérielles : direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (D.H.O.S.), direction générale de la santé (D.G.S.), direction de l'action sociale (D.G.A.S.), éducation nationale (E.N.), direction générale de l'enseignement et de la formation professionnelle (D.G.E.F.P.), centre nationale de certification professionnelle (C.N.C.P.), direction régionale de l'action sanitaire et sociale (D.R.A.S.S., services déconcentrés). Ce groupe a pour mission d'impulser et de valider des orientations et de questionner sur l'ensemble de la procédure.¹³
- Un groupe de production composé de représentants des organisations syndicales, représentants des associations professionnelles, représentants des employeurs, représentants des instituts de formation et représentants des usagers des soins. Ce groupe élabore les référentiels à partir de sa connaissance du métier.
- Un groupe élargi : de nombreux infirmières et cadres de santé réfléchissent dans les associations, syndicats, instituts de formation et font part de leurs remarques et demandes de modification des textes produits. Ils cherchent à ce que les référentiels soient le reflet le plus exact possible des activités et compétences infirmières.

Les deux derniers groupes travaillent pour fournir une production commune.

Le ministère de la santé impulse la méthodologie à suivre. Il présente sa démarche comme une méthode participative afin de rendre plus légitime la démarche.

Cette méthode consiste à élaborer des référentiels centrés sur l'exercice des activités et des compétences du métier telles que requises par les titulaires du diplôme d'état, considéré dès son acquisition. Il ne s'agit pas de rechercher les activités ou les compétences exercées par des professionnels confirmés dans leur exercice voir par des professionnels experts.

- En premier lieu, à partir de l'analyse des situations de travail dans lesquelles les professionnels du soin infirmier sont impliqués, les activités sont repérées. Ces activités sont regroupées en domaines d'activités. Ces domaines d'activités correspondent aux interventions majeures des professionnels. Il s'agit du référentiel d'activités.
- Le référentiel de compétences est ensuite construit après une analyse des compétences mobilisées dans l'activité. Les compétences correspondent aux exigences attendues par les titulaires du diplôme.
- Ensuite, un référentiel de certification fait le lien entre les compétences et leurs exigences d'évaluation pour l'obtention du titre et du diplôme et de la licence.
- Enfin, un référentiel de formation est construit à partir du référentiel de compétences.

Ces groupes ont eu plus ou moins le temps et les moyens d'une observation méthodique du travail réel des infirmiers. Les travaux de synthèse étaient publiés et accessibles par tous, au

¹³ Rapport « la formation des professionnels pour mieux coopérer et soigner » Haute Autorité de la Santé. 2006.

fur et à mesure de leurs avancées. Les travaux étaient remaniés en fonction des remarques et critiques.

La spécificité d'un métier réside dans l'éventail des types de situations rencontrées ainsi qu'aux actions menées et aux décisions prises dans chacune (Perrenoud, 2001a). De plus, les professionnels des soins infirmiers sont amenés à gérer plusieurs situations en même temps. Il se trouve ainsi engagé dans plusieurs systèmes d'action.

C'est pourquoi partir des situations de travail est apparu comme nécessaire. Cependant le risque était grand de se perdre dans la diversité et la complexité, dans la singularité des situations. La difficulté était de ne pas associer une compétence pour chaque situation. Cependant, la tâche a été complexe au regard des différentes positions et des compétences visées. Et, comme certaines situations stratégiques gèrent l'enchaînement et la mise en cohérence, la mise en lien des situations, il n'était pas possible de traiter toutes les situations indépendamment.

Après récolte des situations, les situations les moins spécifiques et emblématiques ne sont pas retenues. Les situations professionnelles clés doivent être génériques, c'est-à-dire pas trop contextualisées, correspondant à des points clés de l'exercice final du métier. Elles doivent également couvrir des contextes différents, sans être redondantes.

L'ensemble des situations analysées doit recouvrir les composantes clés du métier, puis ces situations sont regroupées en famille de situation.

Le référentiel de compétences s'articule autour de dix compétences. Cinq compétences sont au cœur du métier infirmier, les cinq autres sont transverses. C'est à dire qu'elles sont communes à certaines professions de la santé. Elles permettent la création de passerelles entre différentes formations des professionnels de la santé

Les référentiels de compétences d'autres métiers seront construits sur les mêmes méthodes. Nous pouvons remarquer que la construction des référentiels sur des bases comparables (Perrenoud 2001a), permet ainsi de rapprocher des métiers proches sur des bases solides et de raisonner sur le degré de spécialisation et la part commune des formations ou de passerelles. Cela nous amène ainsi, à la notion de passerelles et transfert de compétences mis en avant par les rapports de la O.N.D.P.S.¹⁴

Il y a donc eu un travail autour de consensus (Perrenoud, 2001a) regroupant des professionnels, des employeurs et des usagers du même métier. Après quelques compromis entre les idéaux et une moyenne des pratiques attestées de chaque représentant dans les groupes de travail, une collaboration a pu s'établir dans les groupes.

Ainsi, une coordination des divers points de vue a pu être appréhendée et la formation d'un consensus sur la définition du métier lui-même a été posée puis des compétences et des savoirs qu'il exige ont été formulés.

Nous pouvons dire que les auteurs du plan de formation connaissent suffisamment le travail infirmier au regard de leur parcours professionnel.

Pour élaborer le référentiel de formation, les acteurs ont identifié des situations professionnelles clés qui mobilisent ces compétences, puis ont identifié les différents savoirs (ressources) nécessaires à la mise en œuvre de ces compétences dans les situations clés. Ensuite, ils ont identifié des unités d'enseignement en relation avec l'unité de compétences et organisé une progression. Et enfin, ils ont organisé et mis en cohérence l'ensemble des unités d'enseignement et des ECTS par semestre.

¹⁴ Cf I).

Bilan :

Nous pouvons repérer que les rôles des professionnelles des soins infirmiers sont influencés par les politiques, les décideurs.

Ces professionnelles sont, une fois de plus, sollicitées en période de pénurie médicale et pour un transfert de tâches. En effet, nous avons pu voir que dans le passé les contours du métier ont déjà été redessinés à plusieurs reprises. La volonté de transformation du métier amène des réflexions autour du champ d'exercice et autour du travail réel. Aujourd'hui, ces redéfinitions s'articulent autour de compétences à développer et à acquérir au terme de formations professionnelles universitaires. Les transferts de tâches et de compétences sont considérés par les politiques comme des facteurs d'amélioration et de productivité des services au regard des contextes actuels. Cependant, il nous apparaît clair qu'il ne suffit pas d'élargir, seulement, le champ d'exercice des infirmiers, mais également d'augmenter leur autonomie. Le rôle infirmier se doit d'être repositionné avec un renforcement des responsabilités et des capacités d'initiative.

Comme le souligne le Secrétariat International des Infirmières et infirmiers de l'Espace Francophone (SIDIEEF) (2011), un système de santé a tout intérêt à investir dans l'expertise infirmière et ce choix éclairé est porteur d'une transformation des soins.

Aujourd'hui, les défis de la santé obligent les gouvernements à améliorer leur système de santé pour assurer la qualité des soins à des coûts respectables. La France se voit contrainte de suivre les tendances internationales. Ces grandes tendances touchent donc la réorganisation des systèmes de santé et l'élargissement des rôles professionnels. Comme nous l'avons présenté, dans ce chapitre sur l'évolution historique des soins infirmiers, depuis plus d'un siècle les soins infirmiers ont rapidement évolué. Cependant l'évolution récente est due à plusieurs facteurs. Comme facteurs, nous pouvons citer les besoins de santé de la population qui se sont complexifiés et également la chronicité de certaines maladies qui entraînent de nouveaux modèles de prises en charge. Les connaissances scientifiques qui ont évolué et une organisation nouvelle des soins ont également contribué à ces évolutions. Une grande partie des soins s'avère être dirigée vers les structures extrahospitalières afin de réduire les coûts des structures hospitalières. Pour répondre à ces difficultés un nouveau rôle infirmier émerge en France (déjà connu dans d'autres pays). Il s'agit de l'expert qui développe une pratique avancée. Les compétences professionnelles sont redéployées. Cette orientation requiert une transformation complète de la formation en filière universitaire dans le système LMD.

8) Le cadre législatif de la profession infirmière.

Nous présentons la législation des années 70 à aujourd'hui. Nous réalisons ce focus car il nous apparaît être important dans le processus de professionnalisation et être en lien avec les plans de formation.

En 1978, une nouvelle définition de l'*infirmière* est posée « est considérée comme exerçant la profession d'infirmière toute personne qui, en fonction des diplômes qui l'y habilitent, donne habituellement des soins infirmiers sur prescription ou conseil médical, ou bien en application du rôle propre qui lui est dévolu.»¹⁵

Cette définition permet une reconnaissance de la notion de soins infirmiers et reconnaissance de deux types de soins infirmiers : les soins infirmiers sur prescription et les soins infirmiers du rôle propre. De plus, elle permet également une reconnaissance d'une autonomie dans les

¹⁵ Loi n°78-615 du 31 mai 1978 modifiant les articles L.473 (DEFINITION DE LA PERSONNE EXERCANT LA PROFESSION D'INFIRMIERE),

soins et d'une responsabilité.

En 1981, un décret d'actes professionnels définit l'objet des soins infirmiers et précise les actes professionnels. Les actes sont ici considérés comme des gestes professionnels.

En 1993, un décret relatif à l'exercice de la profession et aux règles professionnelles infirmières est publié. Auparavant, il n'existait pas réellement de textes précis relatifs à l'exercice de la profession et aux règles professionnelles. Les *règles professionnelles* sont définies, d'après le dictionnaire des soins infirmiers, comme « des principes et des devoirs qui sont reconnus comme base déontologique que les infirmiers sont tenus de respecter dans l'exercice de leur profession » (p. 234).

Dans ce texte, la définition de l'infirmière est identique à celle de 1978. Il est cependant rajouté « l'infirmière ou l'infirmier participe à différentes actions en matière de prévention, d'éducation de la santé et de formation ou d'encadrement.»

Les articles de ce décret sont, depuis 2004, codifiés au Code de la Santé Publique.

Le Code de la santé publique français détermine matériellement le champ du droit de la santé publique. En analysant, ce code, nous pouvons repérer quatre grands thèmes qui sont le respect de la vie et de la dignité humaine, la spécificité des compétences professionnelles, le respect du secret professionnel et la probité. Le concept de compétence est pris au sens de connaissances approfondies, habilités reconnues, qui confèrent le droit de juger ou de décider en certaines matières. La probité est considérée comme une qualité qui consiste à observer scrupuleusement les règles de la morale sociale, les devoirs imposés par l'honnêteté et la justice. Dans ce décret, seuls des devoirs sont imposés. Nous pouvons repérer au niveau législatif, un retour à la notion de qualités, d'aptitudes et de valeurs

L'ensemble de ces textes détermine le champ de compétences des professionnels.

En décembre 2006, un ordre national des infirmières regroupant l'ensemble des infirmiers relevant des secteurs public, privé et libéral, est créé. La loi du 21 décembre 2006 crée un ordre national des infirmiers. Il a pour missions de « veiller au maintien des principes d'éthique, de moralité, de probité et de compétence indispensables à l'exercice de la profession d'infirmier et à l'observation, par tous ses membres, des devoirs et règles professionnels édictés par le code de déontologie de la profession d'infirmier »¹⁶. Ainsi, un code de déontologie est rédigé à l'instar du code de déontologie médicale. L'ordre national des infirmières est chargé « d'assurer la défense de l'honneur et de l'indépendance de la profession d'infirmier ainsi que sa promotion »¹⁷.

En 2009, un référentiel d'activités et de compétences infirmières sont élaborés. Ils ne substituent pas au cadre réglementaire et « n'a pas vocation à déterminer des responsabilités ».¹⁸ Les activités et les compétences sont décrites. L'acquisition des compétences s'avèrent être indispensables pour l'obtention du diplôme d'Etat et elle s'inscrit dans la réglementation du code de la santé publique.

¹⁶ Loi n° 2006-1668 du 21 décembre 2006 portant création d'un ordre national des infirmiers.

¹⁷ Loi n° 2006-1668 du 21 décembre 2006 portant création d'un ordre national des infirmiers.

¹⁸ Référentiel d'activités. Référentiel de compétences. Annexe I et II de l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier.

Un programme hospitalier de recherche infirmière (P.H.R.I.) est lancé depuis mai 2010.¹⁹ Il est relatif aux soins infirmiers, tant au regard des pratiques professionnelles que de leurs organisations et de leur management. Les finalités de ce programme sont d'apporter une amélioration des soins infirmiers dans les établissements de santé et d'impulser le développement de la recherche en France dans le domaine des soins infirmiers. Ce programme n'est accessible qu'aux établissements de santé susceptibles de bénéficier d'une dotation au titre des Missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation. Ainsi, la recherche se voit être limitée et centrée au domaine hospitalier.

Conclusion :

En étudiant l'histoire des soins infirmiers, nous pouvons remarquer que ces pratiques ont été longtemps attachées à des rôles plutôt que d'avoir été clarifiées quant à leur nature et à leur signification.

Le rôle est au départ, lié à un ensemble d'activités visant à assurer la continuité de la vie. Ces activités sont reconnues et guident les comportements et les attitudes de ces femmes. Un savoir est constitué, il contribue à enrichir et à développer ce rôle. Ce savoir est véhiculé oralement et sera modifié et se perdra petit à petit.

Le rôle est ensuite lié à un ensemble de conduites et d'attitudes. Il est déterminé par une doctrine qui prescrit un ensemble de règles et de comportement à suivre. La vocation de servir et le rôle prescrit permettent de définir ces règles de comportement. Nous sommes dans le registre du don de soi et du don aux autres. Les attitudes sont les garants du rôle plutôt que les activités. Une dévalorisation des pratiques de soins est manifeste.

Le rôle est ainsi, en lien avec des comportements dictés par les ecclésiastiques et les médecins.

Le rôle moral et le rôle technique apparaissent être complémentaires durant de très longues années.

Ces rôles sont transmis par héritage culturel et nous ne pouvons pas passer outre ce passé commun. Ils ne sont pas porteurs de mêmes conceptions mais ont eu une influence sur le processus de professionnalisation des soins infirmiers.

Le processus de professionnalisation s'est construit autour du rôle de l'infirmière avant de se construire autour des soins infirmiers.

Pendant longtemps la profession se définit autour de la personne de l'infirmière qui sert de garant à la pratique des soins infirmiers. La formation tout comme la reconnaissance juridique de l'exercice professionnel et tout comme les groupes représentatifs et les publications ont contribué à ce postulat : l'infirmière se confond avec la pratique soignante.

L'infirmière subit l'influence de courants prédominants qui orientent ses différents rôles. Chaque courant modifie la finalité et la nature des soins infirmiers.

Aujourd'hui, le rôle moral semble avoir disparu. Toutefois, la professionnelle des soins infirmiers se voit encore doté, par la société, de « qualités type humaines » et d'une éthique professionnelle.

¹⁹ Circulaire ministérielle n°DHOS /MOPC/RH1/2009/299 du 28 septembre 2009 relative au programme hospitalier de recherche infirmière pour 2010. Ministère de la santé

Nous pouvons repérer que depuis le XX^e siècle, les rôles de l'infirmière et les pratiques de soins ne rencontrent non pas des modifications radicales mais des évolutions permanentes qui augmentent le champ d'activités et d'exercices.

Les finalités des soins, les pratiques de soins et les savoirs nécessaires pour les exercer ne font que s'accroître. Les rôles sont multiples : rôle d'agent de la promotion de la santé, rôle d'éducatrice de la santé, rôle de technicienne, rôle d'auxiliaire de vie...

Cependant, le rôle infirmier a été remplacé par la fonction infirmière et aujourd'hui par les compétences infirmières. Il suffit de lire la définition des soins infirmiers par l'OMS pour comprendre les différentes strates de la fonction :

La mission des soins infirmiers dans la société est d'aider les individus, les familles et les groupes à déterminer et réaliser leur plein potentiel physique, mental et social et à y parvenir dans le contexte de l'environnement dans lequel ils vivent et travaillent. Ceci exige que infirmières apprennent et assurent des fonctions ayant trait au maintien et à la promotion de la santé aussi bien qu'à la prévention de la maladie. Les soins infirmiers englobent également la planification et la mise en œuvre des soins curatifs et de réadaptation, et concernent les aspects physiques, mentaux et sociaux de la vie en ce qu'ils affectent la santé, la maladie, le handicap et la mort. Les infirmières permettent la participation active de l'individu, de sa famille et de ses amis, du groupe social et de la communauté, de façon appropriée dans tous les aspects des soins de santé, et encouragent ainsi l'indépendance et l'autodétermination. Les infirmières travaillent aussi comme partenaire des membres des autres professions impliquées dans la prestation des services de santé.

Aujourd'hui, les soins infirmiers sont identifiés de même que leur nature et les éléments qui participent à leur élaboration (compétences, ressources et savoirs). Nous sommes passés d'une définition de l'infirmière à une identification des pratiques de soins et à une identification des soins infirmiers.

Les soins infirmiers apparaissent être, encore aujourd'hui, définis par plusieurs acteurs ou groupes d'acteurs. Les médecins, en tant que détenteurs du monopole du diagnostic et de la prescription, précisent l'activité des infirmières par la prescription (rôle sur prescription) et par la délégation (rôle par délégation). Ils contrôlent les frontières du champs professionnel infirmier. Ils redessinent les contours du métier non plus à « coup de scalpel » comme à l'époque de Bourneville mais à « coup de » transfert de compétences et de transfert de tâches. L'état se veut de contrôler les activités au nom de la santé des individus dans un système de santé efficient garantissant des prestations de qualité et de sécurité. Hier comme aujourd'hui, la place accordée aux infirmières et aux soins infirmiers dans le champ de la santé est porteuse d'enjeux.

L'histoire des soins infirmiers démontre comment la discipline infirmière s'est développée au cours du temps, de manière empirique puis autour de la religion et en lien avec le modèle biomédical. Les soins infirmiers ont évolué au regard des besoins évolutifs de la société en matière de santé et également autour de courants et de concepts tels que les concepts de santé, de personne, d'environnement et de soin. Nous pouvons affirmer que les différents contextes historiques, économiques, politiques et sociaux ont contribué à l'évolution des soins infirmiers.

Nous avons réalisé un tableau qui permet de repérer tous les éléments d'analyse.

PERIODES	Dès l'origine de l'humanité.	Du moyen âge à la fin du XIXème siècle.	De la fin du XIXème aux années 30.
PRATICIENNES	Femme qui a accouché, la matrone.	Femme consacrée, religieuse qui renonce à elle-même, pour la gloire de Dieu.	Infirmière auxiliaire médicale.
FINALITES DES SOINS	Donner, maintenir, développer la vie autour des grands passages. Assurer la continuité de la vie.	Le salut de l'âme. Assurer les soins d'aisance et de confort.	Servir le malade (mission qui requiert une vocation). Servir le médecin. Servir l'institution et ses représentants.
CONCEPTION DU CORPS	Le corps est le temple de l'esprit.	Le corps est dangereux, il menace la pureté de l'âme. Séparation du corps et de l'esprit.	Seul le corps malade est pris en considération. Il est appréhendé par la représentation anatomique du squelette et des pathologies.
LIEU	Chez soi, dans un environnement familial	L'hôpital, l'hospice. Au domicile des pauvres.	L'hôpital.
DESTINATAIRES DES SOINS	Sont donnés aux femmes enceintes, aux enfants, aux mourants, aux malades.	Sont offerts aux indigents.	Sont offerts aux malades.
SYSTEME DE VALEUR	Système de réciprocité. Partage dans la communauté.	Système de bienfaisance.	Système de dévouement, de disponibilité, de gratuité.
PRATIQUES SOIGNANTES	Stimulation du corps, éveil du développement. Utilisation des sens, du toucher, de la parole.	Rédemption des pêcheurs, soins spirituels. Discours, conseil, prière et prescription morale. Suppléance de ce que la personne ne peut faire.	Relèvent du rôle moral et du rôle technique (information, exécution, application)

Des années 30 aux années 60.	Des années 60 aux années 2000.	Depuis 2009.	
Infirmière professionnelle, technicienne.	Infirmière professionnelle, technicienne avec des qualités relationnelles.	Infirmière professionnelle, technicienne, avec des capacités relationnelles, éducatrice de la santé, polyvalente, compétente, autonome, responsable et réflexive.	
Aider au diagnostic. Traiter la pathologie. Réparer la maladie. Combattre la maladie.	Aider au diagnostic médical. Traiter la pathologie. Favoriser la relation soignant/soigné. L'approche relationnelle est une action thérapeutique. Compréhension des besoins de santé. Prendre soin de la personne soignée.	Aider au diagnostic médical. Contribuer à la mise en œuvre des traitements. Favoriser la relation soignant/soigné. Protéger, maintenir, restaurer et promouvoir la santé physique et mentale des personnes. Participer au soulagement de la détresse psychique et psychologique des personnes en fin de vie. Compréhension des besoins de santé. Prendre soin.	Aider au diagnostic médical. Contribuer à la mise en œuvre des traitements. Favoriser la relation soignant/soigné. Protéger, maintenir, restaurer et promouvoir la santé physique et mentale des personnes. Participer au soulagement de la détresse psychique et psychologique des personnes en fin de vie. Compréhension des situations de soins (analyse, prise de décisions, interventions, évaluations). Prendre soin. Répondre aux grands défis liés à la santé.
Le corps malade devient objet, diagnostic.	Le corps appartient à un individu singulier. L'être humain est un corps-sujet.	Le corps et l'esprit ne sont plus dissociés. L'Homme est un être bio-psycho-socio culturel et spirituel.	L'Homme est un être bio-psycho-socio culturel et spirituel.
Les services hospitaliers.	Les services hospitaliers essentiellement. Le domicile.	Les établissements sanitaires et sociaux. Les lieux de vie.	Les établissements sanitaires et sociaux. Les lieux de vie.
Sont prescrits (par les médecins) et appliqués au corps malade.	Sont prescrits et réalisés au patient objet de soins, individu singulier. Le malade n'est pas à confondre avec la maladie. Le patient est actif.	Sont prescrits ou relèvent du rôle propre de l'infirmière et sont appliqués au patient, individu singulier et particulier ou à un groupe d'individus. Le patient est acteur de sa santé.	Sont prescrits ou relèvent du rôle propre de l'infirmière et sont appliqués au patient, individu singulier et particulier ou à un groupe d'individus. Le patient est un usager des soins.
Système de production de services, de production d'activités. Rémunération du personnel.	Système de production de services, de production d'activités. Rémunération du personnel.		Système de production de services, de production d'activités et de production de compétences.
Soins techniques orientés par la maladie et/ou l'organe atteint. Soins thérapeutiques. Soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie. Délégation des soins au corps aux aide-soignantes	Soins préventifs, curatifs, palliatifs qui intègrent qualités techniques et relationnelles. Soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie.	Soins préventifs, curatifs, palliatifs, de réadaptation et de réhabilitation qui intègrent qualités techniques et relationnelles. Soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie.	Soins préventifs, curatifs, palliatifs qui intègrent compétences techniques et relationnelles. Soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie.

II. L'évolution des savoirs de référence en formation.

Nous présentons dans un premier temps l'évolution des savoirs dans la formation infirmière de l'origine de l'humanité jusqu'en 1992. Nous choisissons de ne pas présenter la formation d'infirmiers en milieu psychiatrique mais uniquement de celle en soins généraux. Nous nous appuyons sur une étude de la littérature secondaire dans les questions d'évolution des formations d'infirmiers. Nous reprenons des auteurs comme Marie Françoise Collière et René Magnon. Nous citons également Michel Poisson qui a ciblé ses recherches sur la période de 1870 à 1900. Nous utilisons les descriptifs des plans de formation de Carole Siebert présentés dans son article : *L'évolution de rôle de formateur* (2003).

Nous cherchons à établir un lien entre les différents contextes et l'évolution des savoirs de référence. Nous tentons de comprendre comment cette évolution peut s'appuyer sur des nouveaux savoirs tout en prenant en considération des savoirs existants ou des savoirs oubliés. Nous focalisons, donc, notre recherche sur l'évolution de la nature et du rôle des savoirs et des instances légitimées à les définir et à les diffuser.

Nous analysons dans un second temps deux plans de formation, celui de 1992 et celui de 2009.

1) L'évolution des savoirs en formation jusqu'en 1992.

a) Les savoirs sans formation.

Comme nous l'avons analysé dans la précédente partie, de l'Antiquité au Moyen-Age, la femme exerce des soins à partir de savoirs empiriques. Ces savoirs sont transmis oralement car les femmes ne maîtrisent pas l'écriture. La femme soignante possède ainsi un patrimoine de savoirs. Son enseignement est réalisé par elle et entre elles.

Ce sont, donc, des savoirs :

- spécifiques aux femmes
- nés de la pratique notamment autour de la fécondité,
- construits par l'observation, par la recherche, par l'expérience,
- communautaires car ils sont le résultat d'une expérience de groupe,
- transmis par les mains et la parole

Du moyen âge à la fin du XIX^e siècle, pour soigner, il ne s'agit plus de pratiquer un ensemble d'activités (qui entraîne un rôle) mais bien de posséder une ligne de conduite et un ensemble d'attitudes attendus. Les soignantes représentées par les femmes consacrées sont considérées comme des servantes avec comme supérieurs les ecclésiastiques et les médecins. Les soins correspondent à des tâches domestiques qui ne réclament aucune connaissance spécifique, aucun esprit critique et aucune initiative. Les seules connaissances nécessaires touchent le rapport à la religion et à Dieu. Ces femmes ne peuvent pas accéder à l'évolution des connaissances. Elles obéissent à ceux qui détiennent le pouvoir et le savoir.

On ne parle plus de savoir, de compétences mais de qualités nécessaires à la pratique de soins et une application de tâches.

b) Naissance d'une formation. Savoirs centrés sur un rôle.

Les batailles idéologiques entre républicains et cléricaux, catholiques et protestants, de même que les progrès médicaux et chirurgicaux, favorisent la naissance des premières écoles d'infirmières.

Michel Poisson (1998), nous montre comment un médecin le Docteur Désiré Magloire Bourneville a été un personnage très actif dans l'évolution de la formation des infirmières. Ce médecin est un fervent militant anticlérical. Il a contribué à la laïcisation de l'assistance publique de Paris et au développement de la formation infirmière. En 1878, il crée les premières écoles municipales d'infirmières. L'école de la Salpêtrière ouvre ses portes. Suivront en 1881 et en 1895, celle de la Pitié et celle de Lariboisière. Deux niveaux d'école cohabitent. Le premier est celui de l'école primaire où les élèves apprennent à lire, à écrire et à se comporter de manière obéissante. Le second niveau est celui de l'école professionnelle. Les élèves illettrées sont recrutées parmi le personnel laïc des hôpitaux. Bourneville va œuvrer à transformer ces personnes laïques, qui sont au corps à corps avec les malades, en professionnelles. Précisons que malgré la laïcisation des hôpitaux, quinze pour cent du personnel sont représentés par des religieuses qui détiennent des postures d'encadrement du personnel. Le Dr Bourneville a pour objectif de remplacer petit à petit, ce personnel d'encadrement religieux par le personnel qu'il forme.

Les savoirs enseignés dans les écoles professionnelles touchent le savoir pour, comme le dit Poisson (1998), « mieux servir le médecin et l'administration de l'établissement ». L'infirmière est formée à être l'instrument dans la main du médecin. Nous pouvons analyser que le contenu de l'enseignement est basé sur des attitudes, des comportements, des principes à suivre. L'enseignement vise l'application et non la réflexion et le questionnement. Des manuels sont utilisés comme outils de référence à l'école. C'est le Dr Bourneville qui rédige ceux utilisés dans ses écoles.

La formation se fait exclusivement à l'hôpital par les médecins. Le diplôme obtenu est le diplôme d'infirmière de l'état français. Sur ce diplôme est noté « sois bonne, courageuse et dévouée ». La formation dure une année.

Le Dr Bourneville est l'instigateur de la circulaire du 28 octobre 1902. Cette circulaire stipule que des écoles d'infirmières doivent être obligatoirement créées dans toutes les villes dotées d'une faculté de médecine.

De son côté le Dr Anna Hamilton fonde une école de gardes malades à Bordeaux. Elle reproche au Dr Bourneville d'avoir fait passer la laïcisation de la profession comme volonté politique avant toute autre considération. Anna Hamilton connaît des divergences avec ses collègues médecins, tous masculins. Elle est une disciple de Florence Nightingale pour qui, comme nous l'avons vu dans la partie historique des soins infirmiers, les soins doivent être centrés sur le malade et non sur la maladie. Le Dr Hamilton veut recruter les infirmières non pas chez les illettrés mais dans un milieu identique à celui des médecins. Les médecins français trouvent cette conception trop élitiste.

Le contenu de l'enseignement, dans cette école, est davantage centré sur l'observation, la réflexion et l'expérience. Les cours sont basés sur la pratique. Les cours théoriques sont dispensés par les médecins.

Parallèlement d'autres écoles se mettent en place telles que les écoles de la société de la Croix-Rouge. Nous assistons à l'arrivée des formations publiques et privées.

Dans toutes ces écoles le contenu des enseignements théoriques porte sur l'hygiène, l'anatomie et la physiologie. Les valeurs morales sont enseignées telles que la bonté, le courage et le dévouement. L'organisation de la scolarité et le fonctionnement des écoles sont confiés à une directrice et des monitrices. Les élèves travaillent dans les services hospitaliers le matin et suivent les enseignements l'après-midi.

Bilan :

Nous assistons à un début d'une réflexion de type professionnalisant pour le personnel hospitalier. Nous passons de la notion de personnel servant dans les hôpitaux à la notion de personnel infirmier. Il s'agit de qualifier le personnel et de les motiver en proposant des carrières hospitalières.

Le profil de l'infirmière est dessiné par différentes personnes qui représentent un courant. La question de l'origine sociale se pose et fait débat. Les origines sociales deviennent même un enjeu de la formation.

Un terme, pour distinguer le personnel qui va être formé, est recherché. Bourneville choisit le terme infirmière, le lieu d'enseignement est l'école d'infirmière. Hamilton préfère le terme de garde malade ou nurse à infirmière, le lieu d'enseignement est appelé école de garde-malade. Une catégorie de personnel est représentée avec une nomination différente. La dénomination de l'école repose sur la personne que l'on forme et non sur ce qu'elle apprend, ni sur les prestations réalisées par ces professionnels. On apprend à devenir infirmière ou garde malade.

A ces différentes nominations se greffent plusieurs façons d'envisager le métier. Différents courants se sont construits sur la bataille idéologique entre cléricanes et idéaux. Ainsi, des courants de pensée et de formation s'affrontent. Bourneville préconise un enseignement médico-chirurgical pour des élèves illettrés à la base. Hamilton préconise un enseignement de l'environnement à prendre en compte. Chaptal fait la synthèse entre le courant anglosaxon des soins et le corps médical dont elle est proche.

Cependant Chaptal et Hamilton se rejoignent sur l'accès à la formation pour des jeunes filles de bonne famille, issues d'un milieu culturellement élevé.

Nous assistons à un pluralisme de la formation.

L'hôpital est le lieu unique de la pratique. Il apparaît comme le lieu privilégié de l'apprentissage d'un rôle attendu et reconnu. De part son unicité, il fournit un cadre homogène et clos.

Les sources de savoirs sont différentes. Chaque école utilise des manuels différents. Ils sont écrits par différents auteurs. Nous pouvons remarquer que ces manuels ne sont pas différents suite à une révision d'un contenu afin d'améliorer les apprentissages. Ils sont différents pour modifier les apprentissages. Les types de savoirs sont différents.

Ils peuvent ainsi modifier le rôle des infirmières. L'impact du manuel dépasse le cadre strict de l'apprentissage. Il représente une zone d'influence médicale. Il participe à une diffusion de savoirs mais surtout, il participe à l'éducation du personnel par la transmission de valeurs, de normes et de comportements. Ils sont ainsi, porteurs d'enjeux idéologiques et politiques.

c) Création d'une dénomination professionnelle et d'un titre professionnel.

En 1924, un arrêté uniformise l'enseignement qui doit durer 22 mois. Cet enseignement associe des cours théoriques et des stages pratiques. Ainsi, toutes les écoles se doivent de respecter le programme de formation.

La formation dure 22 mois. Le titre obtenu à la fin de la scolarité est soit le titre d'infirmière hospitalière, soit le titre d'infirmière visiteuse d'hygiène sociale, de la tuberculose et de l'enfance, sanctionné par un brevet de capacités professionnelles.

En 1938, nous assistons à la création du Diplôme d'Etat d'infirmière et à la création du diplôme d'assistante sociale de l'état. Le métier d'assistante sociale est créé.

A partir d'un seul corps de métier, deux métiers ont été créés. Les médecins veulent des infirmières davantage techniciennes que relationnelles et s'occupant de problèmes de santé publique. La séparation du sanitaire et du sociale est évidente.

Bilan :

Nous pouvons analyser qu'à cette époque, un changement est manifeste. D'un rôle de l'infirmière nous passons à un statut professionnel. Nous voyons les premières prémisses du processus de professionnalisation. Nous repérons, également, une évolution de l'enseignement. L'enseignement autour d'un rôle moral devient un enseignement d'une qualification (toujours en lien avec ce rôle moral). Et l'enseignement d'actes techniques permet une reconnaissance de ces actes et d'un savoir technique. La profession possède une reconnaissance juridique de par le brevet de capacités puis le diplôme d'état. Le diplôme garantit un savoir technique.

d) Savoirs centrés sur la maladie et les techniques de soins.

Nous présentons le plan d'études de 1951²⁰ et le plan d'études de 1961²¹ sous forme de tableau. Nous ne reprenons pas tous les items de la grille de lecture élaborée par nos soins car nous ne travaillons pas sur les plans d'études mais sur des descriptifs présentés par Siebert (2003) et ainsi, nous manquons d'informations.

²⁰ Arrêté du 18 septembre 1951 relatif aux études préparatoires aux diplômes d'état d'infirmière et d'assistante sociale.

²¹ Arrêté du 17 juillet 1961 relatif aux études préparatoires et aux épreuves du diplôme d'Etat d'infirmier (JO du 21 juillet 1961).

		Plan d'études de 1951	Plan d'études de 1961
Au niveau de la structure d'apprentissage	Types d'établissement	Ecole d'infirmières	Ecole d'infirmières
	Rattachement administratif de la structure	Hôpital ou secteur privé. Ministère de la santé publique et de la population	Hôpital ou secteur privé. Ministère des affaires sociales
Au niveau de la structuration du plan d'études	Référence centrale	Savoirs autour de la maladie et des techniques de soins.	Savoirs autour de la maladie et des techniques de soins, savoirs dans le domaine de la technicité médicale de pointe.
	Le profil de sortie	Infirmière efficace et capable d'effectuer des soins techniques sur prescription médicale.	Infirmière efficace et capable d'effectuer des soins techniques sur prescription médicale.
	Titre délivré	Diplôme d'Etat Infirmier	Diplôme d'Etat Infirmier
Au niveau du public	Public cible	Des élèves	Des élèves
Au niveau de l'organisation	Organisation temporelle de la formation	<p>Durée des études est de 21 mois soit 520 heures.</p> <p>Première année est commune aux élèves infirmières, assistantes sociales et sages-femmes.</p> <p>L'enseignement à l'école est appelé enseignement théorique et pratique = 184h et stages = 106h.</p> <p>Deuxième année : enseignement théorique et pratique = 150h et stages = 80h.</p>	<p>Durée des études est 24 mois.</p> <p>Il n'existe plus d'année commune aux autres professions. Donc il s'agit de la reconnaissance de la spécificité de la formation et d'une profession.</p> <p>L'enseignement à l'école est appelé enseignement théorique et pratique</p>
	Alternance	Stage le matin à l'hôpital, cours l'après midi à l'école. Alternance	Alternance de type juxtapositive.

		juxtapositive sans aucun va et vient. Distinction entre le lieu où l'on enseigne et où l'on apprend (école) et le lieu du travail (hôpital).	
Au niveau des savoirs	Conception générale des soins	Soins techniques orientés par la maladie et/ou l'organe atteint. Soins thérapeutiques.	Soins techniques orientés par la maladie et/ou l'organe atteint. Soins thérapeutiques.
	Types de savoirs	<p>Les savoirs théoriques sont des savoirs disciplinaires. Il s'agit des savoirs des sciences médicales et pharmacologiques.</p> <p>Les savoirs pratiques sont des savoirs procéduraux, des savoir faire, savoir appliquer.</p>	<p>Les savoirs théoriques sont des savoirs disciplinaires. Il s'agit des savoirs des sciences médicales et pharmacologiques.</p> <p>Ils sont centrés sur les pathologies.</p> <p>Les savoirs pratiques sont des savoirs procéduraux, des savoir faire centrés sur les techniques de soins réalisés en milieu hospitalier.</p>
	Corpus de savoirs spécifiques	Aucun	Aucun
	Articulation théorie-pratique	L'enseignement pratique est réalisé à l'école et est considéré comme un enseignement des gestes à réaliser, des rôles à réaliser.	Acquisition de connaissances autour du processus anatomie-physiologie-pathologie.
Au niveau des formes sociales et des modes d'apprentissage	Représentation des rapports avec l'environnement	Conceptualisation. Exécution.	Conceptualisation. Exécution.
	Lien entre acte de formation et acte de travail	L'école est le lieu d'apprentissage et l'hôpital représente le lieu du travail. La théorie s'applique sur le lieu de stage. Il n'y a pas d'articulation entre les actes.	Aucune réflexion sur la pratique infirmière n'est demandée. Aucune articulation entre les actes.
Au niveau des intervenants	Figure emblématique	Les contenus de l'enseignement	L'enseignement théorique est donné

		<p>théorique sont dispensés par les médecins et les pharmaciens.</p> <p>L'enseignement pratique est dispensé par les monitrices (infirmières chargées d'une mission d'enseignement).</p> <p>Détenteurs et transmetteurs de savoirs.</p>	<p>par les médecins, les pharmaciens et les monitrices.</p> <p>Détenteurs et transmetteurs de savoirs</p>
Au niveau de l'évaluation	Evaluation	<p>Théorique réalisée par les médecins et pharmaciens.</p>	<p>Théorique par les médecins.</p> <p>Les évaluations pratiques sont réalisées par les monitrices, sur le lieu de stage, seules sans la présence d'un professionnel du terrain.</p>

Bilan.

Les savoirs savants appartiennent à la discipline médicale.

Les savoirs professionnels ont pour finalité l'action avec le médecin, d'être « l'instrument du médecin ». Les savoirs dans les stages sont de l'ordre du savoir faire et du savoir exécuter.

L'action apparaît être une répétition du faire et une application du faire. Pour la didactique professionnelle, le savoir faire signifie qu'il y a du savoir dans le faire. Dans le cas présent, le savoir faire ne correspond pas à savoir ce qu'on fait, savoir comment on fait, sur quoi on agit, ni pourquoi ce qu'on fait entraîne tel effet, ni ce qu'on pourrait faire d'autre pour obtenir des résultats plus satisfaisants. Il s'agit de savoir réaliser des actes techniques en suivant les procédures et des actes de surveillance. Le savoir pratique correspond à l'apprentissage d'un ensemble de procédures et d'actes qui visent à traiter des symptômes d'une pathologie sans comprendre la situation.

Les rapports des savoirs se réduisent à une juxtaposition dans le plan d'étude.

Les savoirs théoriques pour les enseignants médecins priment sur les autres. Il existe une hiérarchie des savoirs. La transmission de ces savoirs se réalise sur le mode académique

La légitimité des savoirs est en lien avec l'évolution de la profession. A cette époque, l'infirmière est considérée comme une technicienne et une exécutante. Les savoirs sont légitimes et ils soutiennent une action à l'époque efficace au regard du rôle de l'infirmière.

Il n'existe aucune réflexion sur la pratique et sur la recherche d'une évolution. Un savoir propre à la profession dans ces conditions ne peut être construit.

e) Savoirs centrés sur la personne soignée.

En 1963, un groupe de travail, composé d'infirmières enseignantes, est constitué afin de travailler sur un nouveau programme de formation.

Une grande réflexion s'organise autour de ce projet. Au bout de cinq ans, un projet de réforme est proposé au gouvernement. Ce dernier n'est pas accepté. Le groupe de travail est élargi à des représentants du ministère, des directrices et monitrices, des représentantes des élèves et des associations professionnelles. Il aboutit au programme de formation de 1972.

Nous présentons, également, le plan de formation de 1972²² et le plan de formation de 1979²³ sous forme de tableau.

²² Décret du 5 septembre relatif aux études préparatoires et aux épreuves du diplôme d'Etat d'infirmier et arrêté du 5 septembre 1972 relatif au programme d'enseignement et à l'organisation et à l'organisation des stages en vue de la préparation de ce diplôme (JO du 7 septembre 1972)

²³ Décret n° 79-300 du 12 Avril 1979 relatif aux études préparatoires au diplôme d'état infirmier.

		Plan d'études de 1972	Plan d'études de 1979
Au niveau de la conception	Les auteurs	Représentants du Ministère de la santé publique,	Représentants du Ministère de la santé et de la famille
	Les consultants, groupe du travail	Des directrices et des monitrices, des représentants des élèves et des associations professionnelles.	
	Liens avec les exigences nationales et internationales	Rapport de l'OMS de 1966. Accord européen sur l'instruction et la formation des infirmiers en 1967.	Accord européen sur l'instruction et la formation des infirmiers en 1967.
Au niveau de la structure d'apprentissage	Types d'établissement	Ecole d'infirmières	Ecole d'infirmières
	Rattachement administratif de la structure	Hôpital ou secteur privé.	Hôpital ou secteur privé.
	L'âge d'entrée Conditions d'entrée	BEPC Brevet d'Etude du Premier Cycle	
Au niveau de la structuration du plan d'études	Référence centrale	Savoirs autour des soins infirmiers.	Savoirs autour des soins infirmiers.
	Le profil de sortie	Infirmière technicienne et relationnelle.	Infirmière technicienne et relationnelle.
	Titre délivré	Diplôme d'Etat Infirmier	Diplôme d'Etat Infirmier reconnu au niveau européen. La libre circulation des titulaires du diplôme est, ainsi, autorisée sous réserve de maîtriser la langue du pays dans lequel les professionnels veulent travailler.
Au niveau du public	Public cible	Des élèves	Des élèves
Au niveau de l'organisation	Organisation temporelle de la formation	Durée des études est de 28 mois soit 4080 heures. L'enseignement théorique dure 1328 heures et la période de stage est de 2152 heures en milieu	Durée des études est de 33 mois soit 4640 heures. L'enseignement théorique dure 1776 heures et l'enseignement pratique dure 2360

		hospitalier et non hospitalier.	heures et 504 heures sont fixées pour des travaux dirigés d'éducation physique et sportive. 1 ^{er} année identique à la formation d'infirmiers en soins généraux et en psychiatrie.
	Alternance	Alternance de type juxtapositive	Alternance de type juxtapositive.
Au niveau des savoirs	Conception générale des soins	Soins techniques et soins centrés sur la relation soignant-soigné.	Soins sur prescription médicale et du rôle propre et soins centrés sur la relation soignant-soigné. Promotion de la santé, prévention de la maladie
	Types de contenus	La conception globale du programme est centrée sur la santé et la personne humaine et non plus uniquement sur la maladie. Le concept de santé apparaît. Les disciplines ne sont plus construites en termes de pathologies mais en terme de « soins infirmiers aux personnes atteintes d'affections... (cardiaques ou neurologiques), soins infirmiers en fonction des différents âges de la vie ».	Idem qu'en 1972
	Types de savoirs	Les savoirs théoriques sont des savoirs disciplinaires. Il s'agit des savoirs des sciences médicales et pharmacologiques.	La 1 ^{ère} année correspond à l'homme sain. Les savoirs théoriques sont des savoirs disciplinaires. Il s'agit des savoirs des sciences médicales : anatomie, physiologie et des sciences humaines. Les savoirs pratiques

		<p>Les savoirs pratiques sont des savoirs procéduraux, des savoirs faire, et le savoir agir en tenant compte de l'environnement et les ressources de la personne soignée.</p>	<p>sont des savoir faire autour des soins du rôle propre = soins d'hygiène.</p> <p>A partir de la seconde année les savoirs sont centrés sur les pathologies et la pharmacologie. Les savoirs pratiques sont des savoirs procéduraux centrés sur les techniques de soins réalisés en milieu hospitalier et le savoir agir en comprenant une situation en analysant l'environnement et les ressources de la personne soignée.</p>
Corpus de savoirs propres		<p>Concepts de soins infirmiers et de plan de soins infirmiers pour promouvoir une approche globale de la personne soignée.</p> <p>Le modèle de Virginia Henderson est enseigné.</p>	<p>Idem plan de formation de 1972 + apparition de la démarche de soins infirmiers (raisonnement clinique infirmier).</p>
Articulation théorie-pratique		<p>L'enseignement théorique se réalise de façon progressive avec intégration des savoirs théoriques durant les stages.</p> <p>Une formation d'initiation à la recherche apparaît et les élèves doivent réaliser un mémoire en fin d'études. Pour la première fois, il est demandé aux élèves de porter un regard critique sur un thème appartenant au domaine des soins infirmiers.</p>	<p>L'enseignement théorique se réalise de façon progressive avec intégration des savoirs théoriques durant les stages.</p> <p>Début d'une réflexion sur l'agir avec la démarche de soins.</p> <p>L'élève doit établir des liens entre les différentes connaissances qu'il a acquises concernant la personne soignée et sa maladie et les insérer dans une action professionnelle.</p>

Au niveau des formes sociales et des modes d'apprentissage	Représentation des rapports avec l'environnement	Conceptualisation. Application.	Conceptualisation. Application.
	Espace temps du travail éducatif	Mise à disposition des savoirs sous une forme appropriable	Mise à disposition des savoirs sous une forme appropriable
	Lien entre acte de formation et acte de travail	Une collaboration est demandée entre les équipes d'enseignants et les professionnels du terrain pour favoriser cette intégration. Cependant, les éléments de cette coopération ne sont pas explicités.	La démarche de soins est très peu, voire jamais utilisée dans les services de soins. Ainsi, ceci conduit l'école à prôner des pratiques innovantes au regard de celles exercées dans les milieux professionnels. Les élèves et les enseignantes représentent les vecteurs du changement. Ce qui peut être parfois mal perçu par les professionnels infirmiers. Il existe ainsi une dualité des savoirs entre le milieu de la formation et le milieu du travail.
Au niveau des intervenants	Figure emblématique	Les contenus de l'enseignement théorique sont dispensés par les médecins et les pharmaciens et les infirmières enseignantes. La notion d'équipe enseignante apparaît.	L'enseignement théorique est donné par les médecins, les pharmaciens et d'autres universitaires issus des sciences humaines et les enseignantes.
Au niveau de l'évaluation	Evaluation	Evaluation théorique réalisée par les médecins, pharmaciens et les enseignantes. Evaluations pratiques réalisées par les enseignantes sur le lieu de stage.	Idem qu'en 1972

En 1987, le niveau d'accès aux études s'élève. Le baccalauréat ou une équivalence est exigé pour se présenter au concours d'entrée. Une filière d'accès spécifique est créée pour les agents aide-soignant en promotion professionnelle.

Bilan :

Autant le programme de 1972 faisait référence, timidement, à l'Accord européen sur l'instruction et la formation des infirmières, autant celui de 1979 correspond davantage à cet accord.

La conception globale des deux programmes est centrée sur la santé et la personne humaine et non plus la maladie. Le concept de santé apparaît. C'est une rupture avec les anciens programmes orientés par les médecins et appliquant une seule discipline qui est la médecine. La conception de la prise en charge du patient est modifiée.

L'infirmière a toujours un rôle de technicienne, mais celui-ci est axé sur la personne malade et sa santé plutôt que sur la maladie. La conception anglo-saxonne des soins, centrés sur le malade, pronée par Florence Nightingale au XIX^e siècle, est enfin légitimée.

Cette évolution est liée à ce long travail de réflexion commencé dans les années 60.

Une ouverture sur l'extérieur est repérable. Le milieu hospitalier n'est plus tout puissant. L'enseignement pratique ne priorise plus les soins dispensés en milieu hospitalier.

La première année de formation en 1979, est identique à la formation des infirmiers en soins généraux et en psychiatrie. Nous assistons à une première amorce d'un rapprochement des deux secteurs d'activités. Cette première année est identique et non commune. Les écoles sont bien distinctes : école d'infirmières et école d'infirmières psychiatriques. La première année de formation correspond à l'homme *sain*, l'homme non malade. Cette première année se démarque des deux autres. Il existe une séparation des soins d'hygiène et techniques pour la formation en soins généraux et une séparation des soins d'hygiène et relationnels pour la formation en soins de santé mentale. La conception de l'homme est un être divisé, le corps et l'esprit sont séparés.

Une élève qui valide sa première année est diplômée du certificat d'aide-soignante. Il existe un clivage entre les professions. L'aide soignante apparaît comme une sous-profession, elle est l'équivalent de 1/3 d'une professionnelle infirmière.

L'orientation des savoirs n'est plus axée sur les pathologies et la maladie en soi mais sur la compréhension des besoins de santé des personnes et des groupes. La science médicale n'est plus l'unique composante des savoirs savants. D'autres savoirs académiques apparaissent tels que les sciences humaines. Et ainsi de nouveaux porteurs de savoirs interviennent dans la formation tels que les universitaires. Les savoirs théoriques sont considérés comme des outils pour améliorer la prise en charge des patients (exemples : savoirs en psychologie pour développer des techniques d'entretiens). Le plan de formation légitime le rôle propre et l'enseignement de la démarche de soins. L'enseignement de la démarche de soins et la reconnaissance du rôle propre de l'infirmière permettent d'affirmer que la profession gagne en autonomie. Cette autonomie est fondée sur des compétences spécifiques à ce métier et détachées (en partie) de l'ascendant médical. Le milieu professionnel participe davantage à la formation en faisant jouer, pendant les stages un rôle plus important aux professionnels dans les apprentissages. Ainsi les savoirs portent davantage sur la réflexion de l'agir. Comme nous l'avons vu dans la partie sur l'histoire des soins infirmiers, la démarche de soins représente le processus par lequel l'infirmière détermine, met en œuvre et évalue les actions relevant de son

rôle propre dans le cadre d'un contrat de soins avec la personne (Cazes, 1993). Elle est considérée comme un processus décisionnel dans lequel l'infirmière peut sélectionner des données, les analyser, émettre des hypothèses diagnostiques, les vérifier, intervenir, évaluer ses interventions et en planifier d'autres à venir. Ainsi, la démarche ou processus de soin s'apparente à une démarche clinique.

Il existe une dualité des savoirs dans la formation. Les médecins continuent à enseigner les pathologies et la pharmacologie dans les modules sans faire référence aux soins infirmiers. L'enseignement de la démarche de soins implique un enseignement d'une démarche clinique. L'élève doit établir des liens entre les différentes connaissances qu'il a acquis concernant la personne soignée et sa maladie et les insérer dans une action professionnelle. Cependant la démarche de soins est très peu, voire jamais utilisée à cette époque, dans les services de soins. Ainsi, ceci conduit l'école à prôner des pratiques innovantes au regard de celles exercées dans les milieux professionnels. Les élèves et les enseignantes représentent les vecteurs du changement. Ce qui peut être parfois mal perçu par les professionnelles infirmières. Il existe ainsi une dualité des savoirs entre le milieu de la formation et le milieu du travail.

Les dénominations des écoles d'infirmiers en psychiatrie semblent être des dénominations associées au genre des professionnels (masculin), au secteur (psychiatrique), à la structure (hôpital psychiatrique), au type de soins (soins infirmiers psychiatriques), au malade (malade psychiatrique). Le même adjectif « psychiatrique » qualifie les professionnels et les malades. La notion de santé mentale n'est pas encore d'actualité.

Les élèves en formation psychiatrique sont rémunérés durant la durée de leur formation. Ce qui n'est pas le cas pour les élèves en formation en soins généraux.

Les écoles de formation aux soins généraux se nomment écoles d'infirmières.

Nous allons à présent analyser les plans de formation de 1992 et de 2009. Nous utilisons le même plan d'analyse pour ces curriculums. En premier lieu, nous présentons le curriculum. Puis, nous utilisons la grille de lecture élaborée par nos soins.

Nous interrogeons les programmes d'étude pour analyser la place des savoirs de référence, leur nature et leurs origines.

2) Le curriculum de formation de 1992.

a) Présentation du curriculum.

Le curriculum spécifie ses grandes orientations dans un document intitulé *Profession infirmier*.

Il constitue le socle incontournable sur lequel reposent les autres documents. Ces documents sont en interaction les uns avec les autres. Il s'agit :

- des textes relatifs aux conditions d'accès à la formation; l'arrêté du 23 mars 1992 modifié relatifs aux conditions d'admission dans les instituts de formation en soins infirmiers préparant au diplôme d'Etat d'infirmier et l'arrêté du 5 janvier 2004 relatif aux dispenses de scolarité susceptibles d'être accordées aux candidats titulaires d'un diplôme étranger d'infirmier sollicitant l'autorisation d'exercice de la profession en France en vue de la préparation du diplôme français d'Etat d'infirmier.

- des textes relatifs à la formation ; les dispositions législatives applicables aux instituts de formation paramédicaux avec quatre thématiques :
 - o les compétences respectives de l'Etat et de la Région les articles L4383-1 à L4383-6 du code de la santé publique
 - o l'organisation des études avec les articles D4311-16 à D4311-23 du code de la santé publique
 - o le fonctionnement des instituts de formation avec l'arrêté du 21 avril 2007 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux et l'arrêté du 30 mars 1992 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation des instituts de formation en soins infirmiers
 - o le programme des études avec l'arrêté du 23 mars 1992 relatifs aux conditions d'admission dans les instituts de formation en soins infirmiers préparant au diplôme d'Etat d'infirmier.
- le programme des études conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier et d'infirmière, l'annexe à l'arrêté du 23 mars 1992 relatifs aux conditions d'admission dans les instituts de formation en soins infirmiers préparant au diplôme d'Etat d'infirmier (extraits en annexe n°II).
 - les textes relatifs à l'évaluation au cours de la formation.
 - les textes relatifs à l'exercice de la profession.

b) Au niveau de la conception.

- Quels sont les acteurs et auteurs du curriculum ?
- Qui a été consulté pour la création de ce curriculum ?

Depuis, quelques années, des organismes travaillent sur la thématique d'un nouveau programme d'études. Ces organismes sont la Fédération Hospitalière de France, le Comité d'Entente des Ecoles d'Infirmières et Cadres (CEEIEC), le Comité d'Entente des Formations Infirmières en Santé Mentale (CEFISM). Les différentes propositions n'emportent pas l'adhésion de chaque organisme. Le ministère réalise, alors, une synthèse des travaux de chaque groupe. Cette synthèse est proposée aux écoles, pour consultation uniquement, en décembre 1991. Elle correspond au plan d'études de 1992.

- Quels sont les liens avec les exigences nationales et internationales ?

Avec l'échéance de 1993 imposée par l'Europe, il devient nécessaire d'harmoniser définitivement les formations infirmières en France. Les plans de formation doivent subir quelques aménagements au niveau de la durée de la formation et surtout au niveau de la fusion des deux formations existantes (la formation en soins infirmiers généraux et la formation en soins infirmiers en santé mentale) et ainsi, ils doivent subir des transformations au niveau des savoirs de référence. La séparation des deux formations est unique en Europe.

c) Au niveau de la structure d'apprentissage.

- Quel est le type d'établissement ?

Le mot « école d'infirmière » est remplacé par celui d'« Institut de Formation en Soins Infirmiers » (dorénavant I.F.S.I.).

Nous repérons le changement de dénomination du lieu d'apprentissage. La dénomination du lieu de formation ne porte plus sur la personne que l'on forme mais sur ce qu'elle apprend ou encore sur les prestations qu'offre la profession. Ainsi, on n'apprend plus à devenir infirmière.

Nous observons un changement de modèle au niveau de l'appellation et ainsi, nous repérons, le passage d'une culture de l'enseignement à une culture de la formation. Ces sont les premiers signes du changement de la culture des savoirs. A l'ère de l'enseignement se substituerait celle de la formation (Barbier, 2006).

Ainsi, l'établissement ne forme plus des infirmières mais forme des individus aux soins infirmiers.

De plus, nous assistons à la reconnaissance de l'émergence des Soins Infirmiers comme discipline.

- Quel est le rattachement administratif de la structure ?

Un institut de formation est rattaché à un établissement public de santé et dans ce cas il est un I.F.S.I. public. Un I.F.S.I. peut être, également, un institut privé. Les I.F.S.I. dépendent du Ministère de la Santé, de la jeunesse et des sports. L'état est donc l'administration centrale.

- Quels sont les lieux d'apprentissage ?

Les lieux d'apprentissage sont l'institut de formation et les terrains de stage.

- Existe-t-il un lien avec le milieu universitaire ?

Il n'existe pas de lien direct avec le milieu universitaire. Les I.F.S.I. rattachés à un Centre Hospitalier Universitaire peuvent créer des relations avec la faculté de médecines.

d) Au niveau de l'accès à la formation.

- Quelles sont les conditions d'entrée ?
- Quel est l'âge d'entrée ?

L'accès à la formation est régulé par un quota. Il se réalise sur épreuves après un baccalauréat ou un examen de niveau baccalauréat. Nous pouvons faire le lien avec les apports de Bourdoncle (2000) présentés dans la revue de littérature. Un critère de professionnalisation de la formation est présent : le contrôle des entrants est exercé au niveau quantitatif (numerus clausus) et au niveau qualitatif (sélection).

Les candidats doivent être âgés d'au moins 17 ans au 31 décembre de l'année des épreuves de sélection.

Ils doivent avoir réussi les épreuves de sélection.

Des modifications sont apportées à la sélection par rapport au plan de formation précédent :

- épreuve d'admissibilité : l'épreuve écrite comporte des tests psychotechniques et une épreuve de culture générale
- épreuve d'admission : l'épreuve orale se déroule en présence d'un jury de deux professionnels et d'un(e) psychologue.

e) Au niveau de la structuration du plan d'études.

- Quelle est la modalité principale de structuration du plan d'études ?

Nous pouvons repérer que la modalité principale de structuration est une organisation par objectifs.

Chaque module de l'enseignement théorique contient des objectifs généraux et spécifiques. Les objectifs généraux sont formulés en terme d'action : effectuer, mettre en œuvre, préparer, organiser ... et en terme de capacité : l'étudiante doit être capable de ... La notion d'objectif est associée à un ensemble de savoirs ou de savoirs faire précis, appris et évalués successivement et dans un module prédéterminé. Nous sommes à nouveau dans la culture de la formation (Barbier, 2006) où la référence centrale est la notion de capacité.

Chaque enseignement clinique contient des objectifs généraux de stage élaborés par l'I.F.S.I. en lien avec le terrain de stage et sa discipline (médecine, chirurgie, santé publique...). Chaque étudiante élabore ses propres objectifs de stage en fonction de ses attentes et de son parcours de formation.

- Quelle est la référence centrale ?

La référence centrale est la notion de savoir dans une logique de l'acquisition de connaissances et d'aptitudes.

Le programme 1992, dans une approche par contenu, a deux dimensions. Il alterne savoirs théoriques et pratiques de façon juxtapositive.

- Quel est le profil de sortie défini ? Quelle est la finalité ?

Le profil est clairement défini :

Le programme des études d'infirmière a pour objectif de favoriser l'émergence d'un nouveau profil d'infirmière dont les caractéristiques seront les suivantes :

- une infirmière apte à répondre aux besoins de santé d'un individu ou d'un groupe dans le domaine préventif, curatif, de réadaptation et de réhabilitation,
- une infirmière polyvalente apte à dispenser des soins infirmiers prenant en compte l'ensemble des problèmes posés par une atteinte fonctionnelle et une détresse physique ou psychologique qui frappent une personne. L'infirmière doit faire participer l'individu ou le groupe en prenant en considération leur dimension culturelle et leur personnalité,
- une infirmière bénéficiant d'une meilleure reconnaissance sociale grâce à un savoir lui permettant d'affirmer une réelle professionnalisation.

La finalité de la formation est de permettre à la future professionnelle d'assumer chacun de ses rôles en tenant compte des aspects éthiques et juridiques de son engagement professionnel²⁴.

La formation apparaît comme un apport d'aptitudes et de connaissances en vue de permettre à la future professionnelle d'assumer des rôles et des tâches.

Un savoir permet à l'infirmière « une meilleure reconnaissance sociale ». Comme nous l'avons vu dans la revue de littérature, la construction d'un corpus de savoir propre donne à une profession un statut prestigieux et favorise le processus de professionnalisation (Bourdoncle, 2000). Le savoir est mentionné au singulier, cependant il n'est pas précisé s'il s'agit d'un spécifique à la profession, s'il s'agit d'un savoir infirmier ou d'un savoir en soins infirmiers.

La notion d'engagement professionnel est spécifiée. L'engagement professionnel est un concept qui a été beaucoup étudié dans le domaine de la psychologie et de la sociologie des organisations. Il est considéré que ce sont les actions de la personne qui déterminent son niveau d'engagement et que l'individu exprime ses valeurs par ses actes. Cet engagement peut, ainsi, renvoyer aux valeurs et à l'éthique de la profession
Nous ne sommes plus dans le registre de la vocation ou de la motivation comme auparavant. Cependant le terme d'engagement nous renvoie encore à la notion d'implication entière de la personne ou d'investissement.

- Quelle est la conception de la formation ?

L'étudiante apparaît davantage au centre de sa formation. Une importance est accordée à la responsabilisation de sa formation et à l'élaboration de son projet professionnel.

Le projet professionnel de l'étudiante est favorisé par les options (choix de modules optionnels) et les possibilités de mobilité internationale offertes (stages à l'étranger).

L'accent est mis sur le développement de la faculté d'adaptation de l'étudiante et de sa créativité (en lien avec la diversité des lieux d'exercice et l'évolution des connaissances, des techniques et des besoins de santé).

L'importance de l'actualisation des connaissances (théoriques et pratiques) et de la cohérence de la formation (lien entre objectifs de formation, principes pédagogiques et pratiques professionnelles) est majorée.

- Quel est le titre délivré ?

Les études conduisent désormais à un Diplôme d'Etat unique, visant à former une infirmière polyvalente qui peut exercer dans tous les secteurs de soins : soins généraux, psychiatrie ou Santé Publique; ceci en milieu hospitalier, extra-hospitalier ou libéral.

²⁴ Arrêté du 23 mars 1992 relatif au programme des études conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier et d'infirmière (p. 36).

Ainsi, la formation au métier d'infirmière ne fait plus la distinction entre le somatique et le psychique, ou comme le souligne Magnon (2006) entre la technique et le relationnel.

Le terme de *polyvalence* signifie que les infirmières sont devenues des infirmières généralistes qui peuvent travailler dans tous les secteurs de soins et dans tous les pays de l'Union Européenne à condition de comprendre et de parler la langue.

Au niveau juridique, le diplôme est un document qui certifie que son titulaire possède des savoirs et des aptitudes après avoir suivi une formation ou une procédure de validation des acquis de l'expérience. Ainsi, il est considéré comme une garantie que la professionnelle possède les savoirs, savoir-faire et savoir-être nécessaires pour répondre à l'exigence de la qualité et de la sécurité des soins. Ce diplôme possède plusieurs caractéristiques telles que le caractère étatique (puisque il est validé et délivré par l'état français), la relation avec un métier et un seul (le métier infirmier), la nécessité de posséder le diplôme pour exercer le métier.

Le Diplôme d'Etat d'Infirmière est considéré en France comme un diplôme post-bac. Alors que les études durent trois années, elles ont été homologuées en niveau III ce qui correspond à bac +2 (baccalauréat suivi de deux années d'étude supérieure). Ceci est expliqué, dans le code de l'Education, par le fait que la formation consacre un temps très importants aux stages.

Nous pouvons repérer une incohérence. La formation se dit être en alternance mais ne reconnaît pas le temps de stage comme un temps de formation et de qualification.

f) Au niveau du public.

- Qui est le public cible ?

Le mot *élève* utilisé auparavant, est remplacé par celui d'*étudiante*. L'apprenante a donc un nouveau statut en lien avec le changement de statut de l'établissement (institut de formation). Elle possède des droits et des obligations. Elle a le droit de se grouper dans le cadre d'organisations de son choix et comme le droit de bénéficier d'un mandat électif lié à ses qualités d'étudiante au sein de l'I.F.S.I. ou dans des instances où elle représente les étudiantes. Elle est tenue de respecter le règlement intérieur.

Le public est majoritairement féminin (90% à 95% de femmes), d'origines diverses : des « primo-étudiants » qui viennent de passer le baccalauréat, des personnes ayant suivi des études ou des formations diplômantes ou non, des professionnelles de santé (Aides-soignantes, auxiliaires de puériculture) ou ayant exercé dans des secteurs très variés (commerce, industries, ...).

- Quelle est la posture et le rôle du formé ?

L'étudiante a un rôle d'apprenante, elle est actrice de sa formation et donc, ici, de ses apprentissages. Elle se responsabilise en élaborant son projet professionnel. Son parcours de formation peut être différencié et individualisé selon ses besoins et ses attentes. En référence à Barbier (2006), nous sommes davantage dans la culture de la formation avec un élève qui devient un apprenant et une culture centrée sur le sujet. De plus, nous repérons des similitudes avec certains principes énoncés par Develay (1994) tels que la personnalisation de la

formation. La formation doit prendre en compte l'apprenant en tant que personne et aller au delà de l'individualisme. En effet, pour l'auteur, personnaliser une formation c'est prendre en compte son projet de formation.

g) Au niveau de l'organisation.

- Comment est organisée temporellement la formation ?

Le programme de 1992 amène des changements avec un allongement de la durée des études qui passent de 33 mois à 36 mois et 7 semaines. La formation se termine en novembre par une « 4ème année ».

« L'ensemble de la formation se déroule sur 132 semaines ou 4620 heures d'enseignement et 4 semaines ou 140 heures de suivi pédagogique ».²⁵ La formation est divisée en trois années de formation.

La formation est davantage pensée comme une entité mais elle est reste, cependant, rythmée à l'année.

Les enseignements sont présentés comme enseignements théoriques (2240 heures) et enseignements cliniques (2380 heures).

- Quel est le système préconisé ? Quel est le type d'alternance ?

Le programme est organisé dans un système en alternance à la fois juxtapositive et intégrative. En effet, par moment, des temps et des espaces d'apprentissage théorique et pratique sont bien séparés avec des formateurs de statuts différents. Les savoirs théoriques représentent une accumulation de ressources théoriques pour la pratique. Ils peuvent précéder la pratique. Si nous reprenons les éléments apportés dans la revue de littérature, il s'agit d'un modèle de type applicationniste (Vanhulle & al., 2007). Et à la fois, à d'autres moments, la formation théorique et la formation pratique ne sont plus des entités séparées. En effet, selon les parcours de stage des étudiantes, la théorie peut ne pas précéder la pratique (par exemple le module soins infirmiers aux personnes atteintes d'affections du système nerveux est enseigné après le stage en service neurologique). Et au retour de stage les expériences vécues par les étudiantes sont reprises et analysées avec les formatrices et les étudiantes. Nous pouvons repérer, alors, une mise en relation des deux systèmes : la théorie et la pratique, donc un modèle de type intégrateur précoce (Vanhulle & al., 2007).

Ce système de formation permet l'émergence et la production du sens et oblige donc l'apprenante à confronter le savoir à l'action. Elle tient une posture afin de mener une réflexion en cours d'action et sur l'action. Ce processus permet à l'étudiante d'être capable de transférer des connaissances. Elle sera capable de traiter de nouvelles situations pour intégrer de nouveaux acquis ou bien actualiser ce qu'elle a appris dans des situations antérieures.

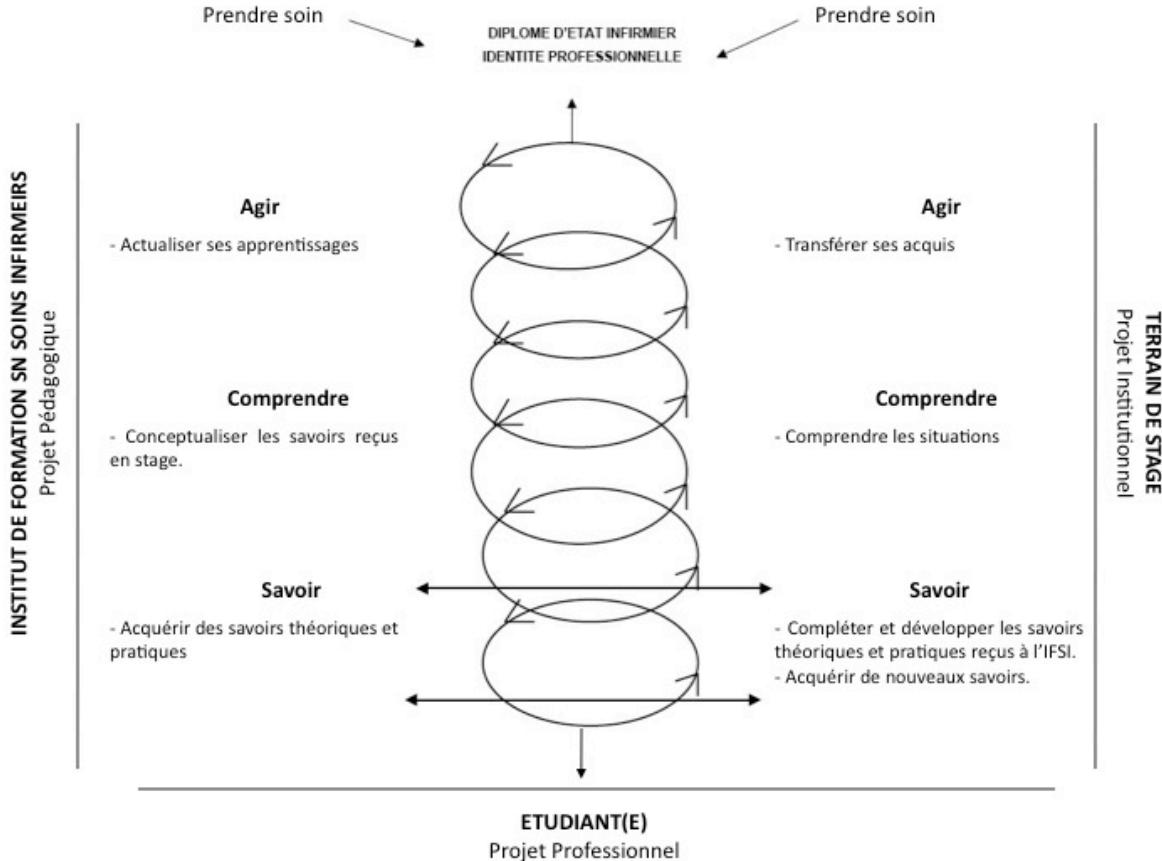
L'apprentissage se réalise autour de trois paliers: savoir, comprendre, agir.

L'étudiante est au centre de l'interface ce qui optimise son apprentissage et le processus de professionnalisation. Elle est confrontée à la pratique professionnelle et à la réalité du terrain.

²⁵ Arrêté du 23 mars 1992 relatif au programme des études conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier et d'infirmière (p.37).

Elle construit ses connaissances à partir des confrontations qu'il réalise entre son savoir théorique et son savoir expérientiel.

Nous réalisons une représentation du système de formation en alternance sous forme de figure :



- Existe-t-il une logique modulaire ?

La formation est modulaire dès la 1ère année (20 modules fixes et six modules transversaux). Le cycle d'introduction aux Soins Infirmiers qui constituait la 1ère année de formation dans le programme de 1979, avec l'approche de l'Homme sain, disparaît et les étudiants rentrent d'emblée dans le contenu des modules.

- Dans quel ordre les contenus sont-ils agencés dans le curriculum ?

Il n'est pas spécifié d'ordre d'agencement des modules. « Il appartient aux équipes enseignantes responsables de la mise en œuvre du présent programme de déterminer [...] les modalités d'organisation de l'enseignement et éventuellement le découpage des modules en

unité de valeur »²⁶. Chaque I.F.S.I. peut agencer de manière différente les années de formation. Cependant, les contenus des modules sont soumis à des recommandations spécifiques mais il « appartient aux équipes enseignantes d'adapter ces contenus à l'évolution des sciences et des techniques dans le domaine de soins infirmiers ». ²⁷

h) Au niveau des savoirs.

- Quelle est la conception générale des soins infirmiers ?

Les soins infirmiers répondent aux besoins de santé d'un individu ou d'un groupe dans le domaine préventif, curatif, de réadaptation et de réhabilitation. Ils relèvent du rôle propre de l'infirmière ou de l'application de prescription ou de conseil médical. Ils prennent en compte « l'ensemble des problèmes posés par une atteinte fonctionnelle et une détresse physique ou psychologique qui frappent une personne. L'infirmière doit faire participer l'individu ou le groupe en prenant en considération leur dimension culturelle et leur personnalité »²⁸.

Les soins infirmiers sont centrés sur trois concepts. Le premier est l'Homme qui est un être bio-psychosocial ; le second est l'environnement qui renvoie à l'environnement physique du patient, de même qu'à son entourage et aux contextes de la santé et le dernier est la santé qui fait référence à l'état de bien être éprouvé par le bénéficiaire des soins.

La prise en charge de la personne soignée est holistique.

- Quel est le type de contenus ?

C'est une approche par les contenus.

Tous les apprentissages sont à réaliser et à valider avant la fin de la formation.

Nous pouvons repérer une augmentation du temps de formation théorique avec un renforcement des Sciences Humaines présenté dans le but d'améliorer la relation thérapeutique entre le soignant et le soigné et un renforcement des Soins Infirmiers en Psychiatrie (ce qui paraît logique au regard de la formation unique soins généraux, soins en santé mentale).

Il existe plusieurs types d'enseignement.

- Les enseignements théoriques.

Ils sont répartis par discipline en 28 modules dits obligatoires. Il s'agit de modules transversaux sur les trois années et de modules spécifiques organisés par fonction.

« Ils ont pour objectif de permettre aux étudiants d'acquérir les connaissances indispensables pour dispenser les soins infirmiers et ils permettent aux étudiants d'acquérir les compétences

²⁶ Arrêté du 23 mars 1992 relatif au programme des études conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier et d'infirmière (p.37).

²⁷ Arrêté du 23 mars 1992 relatif au programme des études conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier et d'infirmière (p.43).

²⁸ Ibid (p.36).

nécessaires pour remplir efficacement le rôle de formation, d'encadrement, d'organisation et de gestion dévolu à l'infirmier »²⁹.

Nous sommes dans une logique d'acquisition de connaissances pour pouvoir agir et « dispenser des soins ». La notion de compétence est citée, pour la première et unique fois, dans cette partie du plan d'études. Cette notion semble correspondre à une combinaison de savoirs au sens large tels que le savoir, le savoir-faire et le savoir-être. Ces savoirs combinés sont en rapport avec un « rôle dévolu ». Nous sommes toujours dans le registre de rôles de l'infirmière (comme nous avons pu l'observer dans la partie sur l'histoire des soins infirmiers). La compétence est, également, mise en lien avec la notion d'efficacité « remplir efficacement le rôle ». Elle permet, donc, d'aboutir à une performance qui se veut être observable et mesurable. Ainsi, l'étudiante doit posséder des connaissances pour réaliser des gestes (dispenser des soins et non prendre soin d'un individu) et doit acquérir des compétences (avoir des ressources pour agir avec compétences et les combiner en montrant des performances entre les résultats attendus et les résultats obtenus). Le jugement réflexif n'est pas abordé dans cette définition de la compétence. Cette définition se rapproche de la conception behavioriste de la compétence qui est synonyme de conduites et de comportements à réaliser en fonction d'un but et d'une tâche et qui repose sur des savoirs.

Modules transversaux en écriture Arial et modules spécifiques en **écriture Comic Sans MS.**

Disciplines	Modules	Heures
Sciences humaines	2	160
Anatomie-Physiologie-Pharmacologie	1	100
Législation, éthique et déontologie, responsabilité, organisation du travail	1	80
Santé publique	1	80
Soins infirmiers	4	360
Hygiène	1	60
Soins infirmiers aux personnes atteintes de maladies infectieuses et aux personnes atteintes de l'infection par le V.I.H.	1	80
Soins infirmiers aux personnes atteintes d'affections cardio-vasculaires	1	60
Soins infirmiers aux personnes atteintes d'affections respiratoires	1	60

²⁹ Ibid.

Soins infirmiers aux personnes atteintes d'affections traumatologiques et orthopédiques	1	60
Soins infirmiers aux adolescents, aux adultes et aux personnes âgées atteints de troubles psychiatriques	4	360
Soins infirmiers en pédiatrie et en pédo-psychiatrie	1	80
Soins infirmiers aux personnes atteintes d'affections digestives	1	60
Soins infirmiers aux personnes atteintes d'affections endocriniennes	1	40
Soins infirmiers aux personnes atteintes d'affections néphrologiques et urologiques	1	60
Soins infirmiers aux personnes atteintes d'affections du système nerveux	1	60
Soins infirmiers aux personnes atteintes d'hémopathies et de cancers	1	80
Soins infirmiers aux personnes âgées	1	80
Soins infirmiers aux urgences et en réanimation. Transfusion sanguine.	1	80
Soins infirmiers en maternité et aux personnes atteintes d'affections gynécologiques.	1	40
Soins infirmiers aux personnes atteintes d'affections : oto-rhino-laryngologiques et en chirurgie maxillo-faciale ; stomatologiques ; ophtalmologiques ; dermatologiques.	1	40
Total général	28	2080

- Les enseignements théoriques des modules optionnels.

Les étudiantes doivent choisir obligatoirement deux modules d'approfondissement de 80 heures portant sur les disciplines suivantes : Soins infirmiers aux personnes atteintes d'affections cardio-vasculaires ; Soins infirmiers aux personnes atteintes d'affections respiratoires ; Soins infirmiers aux personnes atteintes d'affections traumatologiques et orthopédiques ; Soins infirmiers aux personnes atteintes d'affections digestives ; Soins infirmiers en pédiatrie ; Soins infirmiers aux adolescents, aux adultes et aux personnes âgées atteints de troubles psychiatriques ; Soins de santé primaires et communautaires.

Les instituts de formation en soins infirmiers proposent, au choix des étudiantes, quatre modules optionnels au minimum. Ainsi, les étudiantes peuvent adapter leur formation à leurs besoins. Leur parcours de formation peut être individualisé et singulier en fonction de leurs attentes. Nous pouvons mettre en lien cet aspect de la formation avec l'un des principes de Develay (1994) cité dans la revue de littérature qui est l'individualisation de la formation.

- Les enseignements cliniques dits stages cliniques.

Ils sont réalisés en milieu hospitaliers et extra-hospitaliers. L'enseignement clinique se substitue en partie à l'enseignement pratique réalisé auparavant en salle de démonstration avec un mannequin. Le stage désigne une période de formation dans un lieu d'exercice de la profession. L'étudiante effectue 2380 heures de stages dont obligatoirement huit semaines en chirurgie, huit semaines en médecine, huit semaines en santé mentale, huit semaines en gériatrie, huit semaines en santé publique, quatre semaines en pédiatrie et quatre semaines au bloc opératoire ou réanimation ou services d'urgences. Ainsi, 1680 heures sont réparties dans les stages spécifiques et 700 heures sont à l'appréciation de l'équipe pédagogique. Cependant les parcours de stage sont réalisés en fonction des possibilités des terrains de stage. Il est très difficile, malgré une volonté apparente, d'individualiser les parcours de stage des étudiantes en fonction de leurs demandes.

L'enseignante identifie les terrains qui deviendront lieux de stage. Elle les sectorise pour élaborer des objectifs de stage. Ces objectifs de stage sont ainsi définis par l'équipe enseignante des I.F.S.I. en liaison avec les personnes responsables de l'encadrement des étudiants sur le terrain.

La répartition des stages cliniques est équilibrée sur les trois années d'études. Elle ne peut être inférieure à 12 semaines pour une année.

Dans ce plan de formation, nous ne trouvons aucune spécificité mentionnée par rapport au rôle des encadrants dans les stages.

- Le suivi pédagogique

« Le suivi pédagogique est basé sur l'accompagnement et le développement personnel de l'étudiant en vue d'une meilleure intégration des connaissances par celui-ci. »³⁰

Chaque enseignante assure un suivi personnalisé d'un groupe d'étudiantes. Ce suivi est formalisé en suivi individuel et/ou collectif.

³⁰ Arrêté du 23 mars 1992 relatif au programme des études conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier et d'infirmière (p. 36).

Le suivi pédagogique apparaît comme la recherche de la centration sur l'apprenante en tant qu'individu singulier. Il permet à l'étudiante de mettre en évidence ces ressources et de les exploiter, de prendre conscience de ses difficultés dans une optique de progression et de construire son projet professionnel. Nous reconnaissons les concepts présentés par Develay (1994) la personnalisation de la formation, l'individualisation de la formation, le projet de formation, la personnalité professionnelle.

- Quels sont les types de savoirs dispensés ?

Nous pouvons reprendre la typologie de Niewiadomski (2002) présentée dans la revue de littérature.

- Il existe des savoirs théoriques. Ils sont principalement disciplinaires.

Les modules spécifiques sont en lien avec les pathologies et ont le même canevas santé publique et éducation, sémiologie, pathologie, actions infirmières. Dans ces modules, nous retrouvons une majorité de savoirs académiques, notamment le savoir biomédical (anatomie, physiologie, pathologie, recherche diagnostique, pharmacologie). Chaque fonction ou chaque appareil du corps humain est étudié (fonction cardiaque, respiratoire...) à partir de ses caractéristiques physiologiques. Ces fonctions représentent les fondements des soins infirmiers.

Cependant ces savoirs biomédicaux sont insuffisants pour prendre en charge les patients. L'apport des sciences humaines aide dans la compréhension d'une situation et dans l'analyse de celle-ci. C'est pourquoi, un socle de connaissances scientifiques dans le champ de la sociologie, de la psychologie et de la philosophie est indispensable pour donner du sens au soin.

En effet, des savoirs sont indispensables pour comprendre au niveau macro, les comportements humains, les phénomènes psycho-sociaux, les phénomènes engagés dans le processus santé-maladie ; de même que pour comprendre au niveau micro les habitudes de vie et les conditions de vie des patients. L'étudiante apprend à comprendre ce qui est générateur de santé ou de maladie pour un individu. Elle doit comprendre également dans quels contextes sa pratique peut s'exercer. Pour cela, elle a besoin de savoirs qui touchent les différents contextes dans d'autres domaines tels que la santé publique, l'économie de la santé, les politiques de santé. Les liens sont à réaliser entre ces différents savoirs. Ces savoirs sont des supports à la réflexion et à la compréhension des situations de soin et ainsi à la compréhension de son action.

Le développement d'une pensée réflexive apparaît. La pensée et l'action s'articulent. L'étudiante apprend à penser son agir.

L'apprenante au terme de sa formation devra assumer chacun de ses rôles en tenant compte des aspects éthiques et juridiques. Des savoirs dans les domaines de la législation, la déontologie et du droit sont donc à apporter. Ce module représente 80 heures sur toute la formation. Ces savoirs sont des savoirs au service de l'action professionnelle, ils sont à relier très étroitement à la pratique. De par notre expérience, nous relevons que les jeunes diplômées revendentiquent un manque de formation au milieu de travail. Elles se disent peu préparées à assumer ces rôles et à assumer toutes les responsabilités. Elles remettent en question certains aspects de la formation.

Nous pouvons analyser qu'il existe une concrétisation de la rupture de la formation avec la domination biomédicale. La formation se veut être plus généraliste, le modèle infirmier est

centré sur la prise en soin d'un individu ou d'un groupe d'individu de tout âge. Cependant, le plan d'études semble être encore construit, pour les modules disciplinaires, à partir d'une addition de savoirs savants venant des différentes disciplines et selon des contenus centrés sur des habiletés professionnelles et des tâches. Les savoirs sont abordés de manière additive et linéaire. Il s'agit de savoirs, parfois isolés, ciblés par objectifs.

Comme nous venons de le repérer, les savoirs théoriques sont donc produits par la recherche scientifique. Nous pouvons les intituler savoirs issus de la recherche (Perrenoud & al., 2008). Ils sont également représentés par des savoirs diffusés comme savoirs de référence. Ils constituent les savoirs des soins infirmiers (module des soins infirmiers). Nous reprenons cette focale plus tard.

Après avoir pointé les savoirs théoriques, nous pouvons expliciter un autre type de savoirs (toujours en lien avec les apports de Niewiadomski, 2002).

- Il existe des savoirs expérientiels. Ils se subdivisent en différents savoirs :
 - Les savoirs procéduraux sont en interrelation avec les savoirs théoriques. Ils touchent l'agencement des procédures. Dans le domaine de la santé, il existe des exigences professionnelles telles que les conditions de sécurité vis-à-vis des patients, des protocoles de soins très rigoureux à respecter, des prescriptions à suivre à la lettre. La notion de garantie de soins sécurisés et de qualité est omniprésente. Ce sont des savoirs sur la manière de faire.
 - Les savoirs faire qui sont constitués d'actes, d'automatismes, d'habiletés que possède le soignant pour la mise en œuvre d'une action donnée. Il peut s'agir des gestes infirmiers. Sous le terme de geste, nous comprenons les gestes qui nécessitent des techniques (poser un cathéter, poser une sonde urinaire à demeure...) et les gestes qui visent à assurer le confort et la sécurité de la personne soignée (réaliser un soin de nursing, surveiller un premier lever d'un patient en postopératoire...). Les actes infirmiers sont répertoriés dans le décret d'actes professionnels de 1981. Ce décret définit l'objet des soins infirmiers et précise les actes professionnels relevant du rôle propre et du rôle sur prescription.
 - Les savoirs pratiques sont liés à l'action. Ils sont mobilisés dans l'action et sont mis en avant sur le lieu de stage.
- Une autre notion de savoir est incontournable : le savoir-être.

Il peut s'agir du savoir se conduire, savoir se comporter. Il correspond à des attitudes professionnelles manifestées dans le milieu du travail ; à des attitudes propres à la personne ; à des attitudes tournées vers l'autre et des attitudes tournées vers l'action. Il peut prendre sa source dans les valeurs humanistes (sens de l'éthique, respect de la dignité de la personne...). La relation soignant-soigné est considérée comme une rencontre ici et maintenant, entre deux personnes avec chacune leur histoire. Ainsi, si nous reprenons la conception du savoir existentiel de Niewiadomski (2002), le soignant en tant que sujet, en tant que personne avec ses croyances, ses valeurs et son éthique prend soin d'une autre personne. Cela suppose pour l'infirmière une perception claire de soi et un travail réflexif sur son expérience humaine de sujet (Niewiadomski, 2002) et sur ses représentations. Des groupes de parole, des groupes d'analyses des pratiques de type clinique sont instaurés. L'objet du travail est l'étudiante future professionnelle en soins infirmiers.

La notion de savoir-être est à intégrer à l'agir pour éviter toute ambiguïté et éviter qu'elle soit associée à un rôle, à des attitudes attendues plutôt que des attitudes manifestées dans la

pratique professionnelle. Nous préférons la notion de savoir-faire sociaux ou relationnels, définie par Le Boterf (2002) comme des capacités à entrer en relation avec l'autre et à développer des attitudes adaptées. Cette notion du savoir-être est contextualisée et finalisée par une situation professionnelle.

Le concept de savoir-être sera davantage accentué, dans l'exercice de la pratique professionnelle, avec la publication en 1993 d'un décret relatif à l'exercice de la profession et aux règles professionnelles infirmières. Les règles professionnelles sont définies, d'après le dictionnaire des soins infirmiers, comme « des principes et des devoirs qui sont reconnus comme base déontologique que les infirmiers sont tenus de respecter dans l'exercice de leur profession » (p. 234). Nous repérons à nouveau la notion de rôle qui est lié à un ensemble de conduites et d'attitudes. Les attitudes sont les garantes du rôle au même titre que les activités.

Nous sommes donc bien, dans le registre du savoir, savoir-faire et savoir-être.

Dans les soins infirmiers, l'articulation de ces différents savoirs est incontournable. L'acquisition de ces savoirs permet d'acquérir le savoir agir, c'est à dire être capable d'agir en toute situation de soins.

- Existe-t-il un corpus de savoirs spécifiques ?

Le prendre soin est le fil conducteur des enseignements. Les savoirs de référence sont organisés en cadres conceptuels dénommés modèles ou théories.

Les théories de soin peuvent éclairer la pensée du prendre soin de l'apprenante. Pour cela, la formée se doit de questionner les concepts et les théories de soin. Cependant, le modèle de Virginia Henderson est choisi en France comme un outil exclusif d'une conception de soins infirmiers. Ce modèle appartient à l'école des besoins et limite les activités professionnelles à une fonction de suppléance. Cet enseignement unique est un cadre de référence qui permet une réelle modélisation collective de la pensée et une appropriation d'une conception infirmière spécifique. Les autres approches sont uniquement présentées et non étudiées ou même la plupart du temps ignorées dans les I.F.S.I.

La démarche de soins infirmiers est un ensemble formé d'un modèle conceptuel infirmier qui sert de grille de lecture de la situation et d'une méthode de résolution de problème.

La méthode de résolution de problème est un processus cyclique structuré en plusieurs étapes (le recueil de données, l'analyse et l'interprétation des données, la planification des soins, l'exécution du plan de soins et l'évaluation des actions de soins).

Les cadres conceptuels de référence sont constitués par les théories de soins infirmiers et par les modèles de soins infirmiers.

Au cours de la formation, l'étudiante progresse dans la connaissance de l'Homme, de ses besoins et de ses modes de réaction. L'Homme est un être tridimensionnel : être physiologique, être psychologique et être sociologique. Ces trois composantes sont en interaction. Chaque individu effectue un parcours qui est celui de sa vie. L'étudiante comme le soignant « réalise l'importance de prendre en compte ce que cette personne est dans l'ici maintenant, mais aussi hier et demain, son identité, sa personnalité, son éducation, sa culture, ses croyances, ses expériences heureuses ou douloureuses, son environnement relationnel humain et matériel » (Hesbeen, 1997). Elle se pose différentes questions. Qui est cet homme

ou femme que je soigne ? Quel besoin de santé désire-t-il ? Ai-je tenu compte dans mes réponses de sa singularité ?

La conception de soin est désormais mise en regard de la personne, de l'environnement et de la santé. Et avec le modèle conceptuel de V. Henderson, l'apprenante chausse des lunettes différentes de celle du médecin et ainsi peut explorer un domaine autre que la pathologie. Elle utilise une sémiologie spécifique aux soins infirmiers. A la suite de son analyse, l'étudiante pose un ou des diagnostics infirmiers (raisonnement diagnostic). Le diagnostic est l'énoncé d'un jugement clinique sur les réactions aux problèmes de santé présents ou potentiels et aux processus de vie d'une personne, d'une famille ou d'une collectivité. Elle se réfère à une classification internationale³¹ qu'elle apprend dans chaque module et en lien avec chaque pathologie. Cette taxonomie évolutive représente des libellés diagnostiques validés par la NANDA. L'étudiante doit donc être en capacité de rechercher les données significatives et d'établir des liens entre ses observations, ses éléments d'analyse et ses connaissances en sciences biomédicales et sciences humaines. L'apprenante ensuite prescrit ses interventions (raisonnement thérapeutique). Le raisonnement diagnostic et le raisonnement clinique représentent le raisonnement clinique infirmier. Le modèle de Henderson est le cadre conceptuel de cette démarche.

Les enseignements de la démarche de soins et des diagnostics infirmiers occupent une place très importante dans le plan de formation en terme de temps consacré et en terme de valeur que leur attribue l'ensemble de l'équipe enseignante.

Au regard de notre expérience d'infirmière et de formatrice en soins infirmiers, nous nous questionnons quant à la représentation du concept de démarche de soins. En effet, nous avons repéré que le raisonnement clinique était peu utilisé sous cette forme, dans les unités de soins, par les professionnels. Les professionnels restent partagés face à l'utilité de ces concepts. Pour certains, ce modèle conceptuel offre des grilles de lecture de la pratique. Il est également un levier qui contribue à la construction identitaire. Pour d'autres, il ne représente qu'un outil pédagogique utilisé par les formatrices et permettant l'évaluation des étudiantes. Il ne représente pas la réalité du terrain. Les étudiantes s'accordent sur le fait de dénoncer la démarche de soins comme un exercice d'école. De plus, des études confirment que la démarche de soins est partiellement et épisodiquement utilisée dans la pratique quotidienne des infirmiers (Fornerod, 2005) et qu'elle offre uniquement des rôles d'outils de formation ou de gestion de soins. Nous pouvons nous questionner sur l'enseignement d'une théorie unique dans les IFSI et ainsi sur la cohérence de la formation initiale avec la pratique professionnelle. La théorie de soin unique étudiée peut enfermer la pratique.

Les questions que nous pouvons poser au regard de ce plan de formation sont :

- Un cadre de référence unique est-il un outil adapté à la réalité du terrain, au travail réel des infirmières ?
- Que représentent le cadre de référence et l'existence de diagnostics infirmiers ? des outils pertinents pour la pratique ? une reconnaissance de la distinction du modèle biomédical ?

La formation est morcelée. Chaque intervenant intervient de manière isolée sur la partie confiée malgré les recommandations autour d'une articulation générale. Un manque de lien et une rupture entre la formation sur le terrain professionnel (clinique) et la formation à l'école sont présents. Les savoirs ont du mal à être réinvestis par les étudiantes en stage.

³¹ Crée par la NANDA (association nord-américaine des diagnostics infirmiers) et traduit par l'AFEDI (association francophone européenne des diagnostics infirmiers).

Les changements importants portent sur l'apport de connaissances en santé mentale, sur l'importance accordée au champ de la santé publique, aux soins infirmiers auprès des personnes âgées et sur la notion de diagnostic infirmier. De même que, ce plan de formation intègre, au niveau des contenus, les évolutions réalisées et les dimensions nouvelles apportées par la réglementation (Magnon, 2006) en ce qui concerne la définition de l'exercice professionnel, les actes et actions de soins.

Nous tentons de créer une typologie des savoirs en jeu sur l'objet du travail représenté par les soins infirmiers. Nous prenons en compte la variété des sources de savoirs.

- Savoirs pour prendre soin d'un individu ou d'un groupe de personnes :
 - Savoirs savants : biomédicaux, sciences humaines,
 - Savoirs pour analyser une situation de soin : démarche clinique,
 - Savoirs de la pratique: faire des gestes techniques, poser un cathéter, réaliser un massage, réaliser un entretien thérapeutique, savoirs issus d'une formalisation de la pratique ; savoirs procéduraux, « comment faire »,
 - Savoirs sur soi, sur soi individuellement et collectivement

- Savoirs sur le prendre soin d'un individu ou d'un groupe de personnes :
 - Savoirs de référence, histoire des soins, courants différents, théories de soins infirmiers, discipline infirmière,
 - Savoirs sur les contextes politiques, sociaux, économiques dans lesquels s'insère le système de santé,
 - Savoirs sur la législation, le droit professionnel, l'organisation du travail,
 - Savoirs pour analyser sa pratique avant, pendant, après.

Cependant dans le plan de formation, il manque incontestablement une notion de savoirs qui est pourtant indispensable dans la pratique professionnelle : les savoirs pour former. En effet, une des particularités de la formation est le système en alternance. Les professionnelles du terrain forment les apprenantes sur le terrain de stage. Elles sont même amenées à les évaluer. Elles ont ainsi une double casquette : professionnelle des soins infirmiers et formatrice en soins infirmiers. Cette double casquette est à la fois une spécificité et une originalité. Ainsi, ces savoirs pourraient aider les professionnelles à rendre intelligible le processus former-accompagner/savoir-comprendre-agir. Les savoirs sur le prendre soin et les savoirs pour prendre soin doivent faire l'objet d'une transposition didactique (Chevallard, 1985) pour devenir les savoirs à « enseigner » dans la pratique.

- i) Au niveau des formes sociales et des modes d'apprentissages.
 - Quelles sont les orientations à donner aux contenus et à la forme des ensembles didactiques.

Les enseignements sont réalisés sous la forme de cours magistraux, d'ateliers pratiques, et de travaux dirigés ainsi que des travaux personnels et de stages. L'assistance aux cours devient facultative (sauf pour les Travaux Dirigés et les stages),

Les formes sociales du travail sont de différents ordres, soit en volée entière ou demi-volée, soit en groupe restreint.

La répartition entre les cours magistraux et les travaux dirigés est déterminée par l'équipe pédagogique.

- Qu'est ce qui se trouve au centre de l'action éducative ?
- Quels sont les espaces temps du travail éducatif ?

La transmission est le mode opératoire qui permet à l'apprenante de s'approprier des savoirs et de les transformer en connaissances. L'étudiante est à la fois dans une logique de conceptualisation et d'application (théorie/pratique) et dans une logique de décontextualisation et de recontextualisation. Elle développe des capacités susceptibles de transfert dans d'autres situations rencontrées. Nous sommes entre deux conceptions de culture d'action éducative, la culture de l'enseignement et la culture de la formation.

j) Au niveau des intervenants.

- Quelles sont les figures emblématiques ?
- Qui sont-ils ? dans quelle partie de la formation interviennent-ils ?

Il existe plusieurs dénominations pour les professionnels participant à la formation.

Il peut s'agir de professionnels dits « surveillantes chargés de fonction d'encadrement dans les services de soins, de médecins, de pharmaciens et de toute personne qualifiée dans la discipline traitée »³² extérieurs à l'Institut de formation.

Les professionnelles chargées de la formation des étudiants dans les I.F.S.I. sont dénommées « surveillantes participant à la formation ». Elles sont titulaires du diplôme d'infirmière et sont titulaires d'un diplôme de cadre de santé. De nouveaux pôles d'activités sont demandés aux enseignantes, notamment dans le cadre de l'enseignement clinique et du suivi pédagogique.

L'enseignante endosse successivement plusieurs rôles. Elle oscille entre le rôle d'enseignante et de formatrice. Elle transmet un savoir, utilise et explicite des concepts et à la fois elle est dans un rapport théorie/pratique. Elle cherche à ce que l'étudiante se réapproprie les savoirs et trouve du sens à sa pratique. Elle guide l'étudiante dans la construction de son identité professionnelle. La figure emblématique est à la fois un enseignant et un formateur (Barbier, 2006). Nous sommes dans les deux types de culture éducative : de l'enseignement et de la formation.

L'équipe d'enseignantes est constituée de professionnelles avec des expériences diversifiées et complémentaires. Ces enseignantes sont des transmetteurs du savoir théorique et du savoir de la pratique. Elles ont un rôle de facilitateur pour l'étudiante en l'aider dans son appropriation des connaissances et leur transposition en pratique.

Les changements d'appellation caractérisent l'évolution des métiers. L'appellation d'enseignante se transforme en celle de formatrice, elle est davantage centrée sur l'apprenante.

³² Arrêté du 23 mars 1992 relatif au programme des études conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier et d'infirmière.

Les intervenants extérieurs à l'IFSI sont présents tout au long de la formation dans le cadre de leurs compétences spécifiques. Les médecins et les pharmaciens ont la posture de détenteurs de savoir et de transmetteurs de savoir. Les autres personnes qualifiées dans la discipline traitée possèdent également ces rôles (psychologues, anthropologues...).

Les responsables de l'encadrement des enseignements cliniques sont co-responsables de la formation des étudiants. Cependant, le plan de formation ne donne aucun renseignement sur cette co-responsabilité et sur leur fonction réelle. Former les étudiantes en stage apparaît comme être de l'ordre d'un allant de soi, plus ou moins bien assumé et investi de façon collective (Jacquemet & al., 2007). L'absence d'une formalisation de l'activité du formateur de terrain entraîne une responsabilisation partagée de cette activité par toutes les infirmières travaillant sur le lieu de stage. Comme le souligne Jacquemet et al (2007) en citant Geay (1998) et Paul (2004), le collectif de travail assure deux grandes missions du tutorat qui sont une mission de socialisation qui vise la construction identitaire au plan professionnel et social et une mission de transmission des pratiques professionnelles.

k) Au niveau de l'évaluation.

- Quelle est la conception de l'évaluation ?

L'évaluation certificative est privilégiée. Nous parlons d'évaluations des connaissances et des aptitudes tout au long de la formation au moyen d'un contrôle continu. Il existe trois types d'évaluations : évaluation des connaissances dites théoriques, évaluation des connaissances dites cliniques et évaluation des stages.

L'enseignement théorique est évalué sous la forme de contrôle de connaissances, questions et analyse de cas cliniques. Chaque module théorique est évalué et noté.

L'évaluation clinique appelée Mise en Situation Professionnelle (M.S.P) est destinée à évaluer les capacités de l'étudiante à élaborer des démarches de soins pour une ou plusieurs personnes et à réaliser des soins. Ces évaluations sont réalisées sur le lieu de stage de l'étudiante par une enseignante de l'I.F.S.I. et par la professionnelle responsable de l'étudiant en stage.

A l'issu de chaque stage effectué une évaluation est réalisée par la professionnelle responsable du stage en collaboration avec l'équipe soignante. Une note et une appréciation sont posées.

Le diplôme d'Etat d'infirmière est obtenu si l'étudiante a obtenu :

- 50 points sur 100 aux évaluations théoriques
- une moyenne de 10/20 à l'ensemble des stages
- 60/120 aux 2 épreuves finales (MSP et TFE).

Les épreuves finales pour l'obtention du diplôme d'Etat infirmier sont une épreuve écrite qui consiste en un travail de fin d'études (écrit et soutenu) et une mise en situation professionnelle au cours du dernier stage.

Si nous reprenons les cultures action éducative de Barbier (2006), dans ce référentiel de formation nous repérons :

- Référence centrale : la notion de savoir et la notion de capacité.
- Représentation de l'espace temps du travail éducatif : l'espace de mise à disposition de savoirs sous une forme appropriable et l'espace de production de nouvelles capacités susceptibles de transfert dans d'autres situations.
- Hypothèses sur les transformations identitaires fondant le travail éducatif : l'appropriation et le transfert.
- Figures emblématiques : l'enseignant comme détenteur et transmetteur de savoirs et le formateur infirmier comme accompagnateur du développement professionnel et organisateur de liens.
- Représentations du public cible : l'étudiant considéré comme un apprenant.
- Représentations des rapports avec l'environnement : conceptualisation-application (théorie/pratique) et décontextualisation-recontextualisation.
- Représentations du moteur de changement : l'apparition de nouveaux savoirs ou de nouvelles disciplines et l'apparition de nouvelles pratiques ou de nouveaux champs de pratiques.

La culture de l'enseignement ne disparaît pas pour laisser la place à la culture de la formation. Les deux types de culture éducative se juxtaposent et se complètent.

Dans un contexte socio-culturel mouvant de 1992 à 2009, où l'évolution des savoirs et des techniques est prépondérante, où les valeurs sont en mutation et où la place de chaque acteur est véritablement à trouver, le curriculum a connu quelques modifications.

Il s'agit de diverses modifications autour du travail de fin d'études, de l'appellation de l'équipe pédagogique, du rôle des formatrices, du parcours individualisé des apprenantes, le contenu même de certains savoirs est réactualisé, les frais de transport et indemnités de stage des étudiantes... En parallèle, les pratiques des formatrices, l'organisation des équipes pédagogiques évoluent.

3) Le curriculum de formation de 2009.

a) Présentation du curriculum.

Le curriculum spécifie ses grandes orientations dans un document intitulé « Profession infirmier ». Il constitue le socle incontournable sur lequel reposent les autres documents. Ces documents sont en interaction les uns avec les autres. Il s'agit :

- les textes relatifs à la formation :
 - o accès à la formation et organisation des études ; l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'état d'infirmier et l'article D. 4311-16 à D. 4311-23 du Code de la santé publique,
 - o Le garde de licence, décret n°2010-1123 du 23 septembre 2010 relatif à la délivrance du grade de licence,
 - o Le programme de formation et ses annexes à l'arrêté du 31 juillet 2009 : le référentiel d'activités, le référentiel de compétences et le référentiel de formation en soins infirmiers et le contenu des enseignements (extraits en annexe n°III),
 - o Les frais de transport et indemnités de stage.
- les textes relatifs au fonctionnement des instituts de formation :
 - o les compétences respectives de l'Etat et de la région ; les articles L. 4383-1 à L. 4383-6 du Code de la santé publique et les articles R. 4383-2 à R. 4383-5 du Code de la santé publique,
 - o le fonctionnement des instituts de formation ; arrêté du 21 avril 2007 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux,
 - o la circulaire interministérielle N°DHOS/RH1/DGESIP/2009/202 du 9 juillet 2009 relative au conventionnement des instituts de formation en soins infirmiers (IFSI) avec l'université et la région dans le cadre de la mise en oeuvre du processus Licence-Master-Doctorat (LMD)
 - o autorisations des instituts de formations, arrêté du 31 juillet 2009 relatif aux autorisations des instituts de formation préparant aux diplômes d'infirmier, infirmier de bloc opératoire, infirmier anesthésiste, puéricultrice, masseur-kinésithérapeute, pédicure-podologue, ergothérapeute, manipulateur d'électroradiologie médicale, aide-soignante, auxiliaire de puériculture, ambulancier, technicien de laboratoire d'analyses biomédicales, cadre de santé et aux agréments de leur directeur.
- les textes relatifs à l'exercice de la profession.

b) Au niveau de la conception.

- Quels sont les acteurs et auteurs du curriculum ?
- Qui a été consulté pour la création de ce curriculum ?

Nous avons déjà abordé dans un chapitre précédent la conception du curriculum.

Nous repérons qu'au départ, l'étude est réalisée par une seule personne, un médecin, mandaté par le gouvernement ; ensuite le groupe s'est élargi à d'autres individus ; puis des groupes de travail ont été constitués et composés de représentants d'associations professionnelles ou autres.

Il apparaît que pour permettre une lecture et une compréhension de l'activité infirmière, la didactique professionnelle a été utilisée comme référence. Cette référence clarifie un cadre théorique et conceptuel permettant d'analyser l'activité professionnelle à travers des situations professionnelles, et d'identifier les savoirs de référence nécessaires à la pratique de ce métier.

- Quels sont les liens avec les exigences nationales et internationales ?

Une des finalités des accords de Bologne, signés en 1999, est d'organiser l'harmonisation européenne des diplômes de l'enseignement supérieur autour du système Licence, Master, Doctorat et de favoriser le rapprochement entre l'université, les grandes écoles et le monde professionnel.

Cette réforme L.M.D. apporte une flexibilité aux parcours de formation des individus et une transversalité des disciplines lors des études. Elle homogénéise la durée des cycles et le niveau des diplômes. Elle permet avec cette homogénéisation de rendre plus simple les équivalences entre pays et ainsi de faciliter la réalisation de cursus à l'étranger. L'offre de formation universitaire peut s'élargir.

Le curriculum est l'expression de choix politiques en lien avec les évolutions socioprofessionnelles, les contraintes économiques et les orientations européennes. Le processus de construction s'est réalisé, au départ autour d'un projet porté par des acteurs à professionnalités différentes de celle des professionnels des soins infirmiers, et ensuite autour d'un projet porté par des acteurs à professionnalité identique.

c) Au niveau de la structure d'apprentissage.

- Quel est le type d'établissement ?

L'établissement de formation est un institut de formation en soins infirmiers, soit public quand il est rattaché à un établissement public de santé, soit privé.

Le secteur de la formation tend à devenir de plus en plus concurrentiel.

La démarche qualité tend à se formaliser dans les I.F.S.I. L'accréditation est définie comme « une procédure par laquelle un organisme faisant autorité reconnaît formellement qu'un organisme ou un individu est compétent pour effectuer des tâches spécifiques ³³ ». Dans le champ de la formation en soins infirmiers, l'accréditation représente une démarche d'assurance qualité. Cette démarche basée sur un référentiel explicite, consiste à vérifier à périodes régulières, le niveau de qualité atteint. Si nécessaire, des préconisations visant à améliorer ce niveau sont préconisées. L'objectif global est une certification qui donne une assurance écrite de conformité vis-à-vis des exigences référencées.

- Quel est le rattachement administratif de la structure ?

L'environnement de la formation en soins infirmiers est en pleine mutation depuis quelques années.

La loi du 13 août 2004 confie des responsabilités majeures aux Régions dans l'organisation et le financement des formations sanitaires et sociales. Il est à préciser que la décentralisation des compétences de l'état a débuté en 1982 avec la loi relative aux droits et libertés des communes des départements et des régions « Le Conseil régional règle par ses délibérations les affaires de la région ». Les régions sont reconnues comme des collectivités territoriales. Il en existe 26 en France dont 4 d'Outre Mer. Depuis 1982, les conseils régionaux conduisent la politique de la Région axée sur l'action économique et sociale, l'aménagement du territoire et la formation professionnelle.

³³ ENSP Ecole Nationale de Santé Publique Accréditation de dispositifs de formations supérieures professionnelles , référentiel qualité , direction de l'évaluation et du développement pédagogique novembre 2005 Rennes

Avec la loi de 2004, deux grands domaines comme la formation professionnelle et la santé sont décentralisés.

Les régions ont compétence pour autoriser la création des I.F.S.I. et pour agréer les directeurs. Elles ont en charge le fonctionnement et l'équipement des instituts de formation quand ils sont publics et participent à leur financement quand ils sont privés. Elles définissent la répartition des quotas et des capacités d'accueil des établissements. Elles attribuent des bourses aux étudiants.

L'état définit les grandes orientations et fixe les quotas nationaux et leur répartition par région. Il reste compétent en matière de pédagogie et de délivrance des diplômes.

- Quels sont les lieux d'apprentissage ?

Les lieux d'apprentissage sont l'institut de formation et les terrains de stage.

- Existe-t-il un lien avec le milieu universitaire ?

Dans le cadre de l'intégration de la formation dans le système L.M.D., les I.F.S.I. passent une convention avec l'université. Cette convention détermine les modalités de participation de l'université à la formation, les contributions aux enseignements délivrés et les modalités de participation des enseignants-chercheurs aux jurys d'examens. Les I.F.S.I. peuvent se regrouper s'ils ne peuvent pas individuellement passer cette convention, « les regroupements prennent la forme de groupement de coopération sanitaire ».³⁴ S'il n'y a qu'une université dans l'académie, la convention est signée dans cette université. S'il existe plusieurs universités dans l'académie, la convention est signée par les universités appelées à intervenir dans la formation coordonnée par une université ayant une composante de formation en santé. La réforme des études d'infirmiers préconise l'axe de l'universitarisation. D'après Bourdoncle (2007), il existe une universitarisation lorsque les institutions de transmission des savoirs d'un secteur professionnel, ces savoirs eux-mêmes et les formateurs sont absorbés par l'université.

Qu'en est-il réellement dans la formation en soins infirmiers, si nous reprenons les critères de l'auteur ? Les I.F.S.I. ne disparaissent pas et ne sont pas profondément transformés au regard des structures universitaires et de leurs modes de fonctionnement. Les savoirs professionnels sont transmis, mais sont très peu créés et accumulés selon les règles particulières de l'université. L'activité de recherche tient une place minime. Les formateurs n'ont pas le statut d'enseignant-chercheur (qui exige un doctorat). Nous ne sommes pas dans un processus de transformation par expansion et par absorption (qui sont les vrais processus d'universitarisation pour Bourdoncle) car il n'aboutit pas à la création ou au renforcement d'universités. Si les I.F.S.I. ont des liens avec les universités, ils n'en dépendent pas directement. Nous pouvons parler de *fausse universitarisation*.

³⁴ Arrêté du 31 juillet 2009 relatif relatif aux autorisations des instituts de formation préparant aux diplômes d'infirmier, infirmier de bloc opératoire, infirmier anesthésiste, puéricultrice, masseur-kinésithérapeute, pédicure-podologue, ergothérapeute, manipulateur d'électroradiologie médicale, aide-soignante, auxiliaire de puériculture, ambulancier, technicien de laboratoire d'analyses biomédicales, cadre de santé et aux agréments de leur directeur, Article 5, p.142

d) Au niveau de l'accès à la formation.

- Quelles sont les conditions d'entrée ?
- Quel est l'âge d'entrée ?

L'accès à la formation est régulé par un quota. Il se réalise sur épreuves après un baccalauréat ou un examen de niveau baccalauréat. Le critère de professionnalisation (Bourdoncle, 2000) de la formation est toujours présent : le contrôle des entrants est exercé au niveau quantitatif (numerus clausus) et au niveau qualitatif (sélection).

Les candidats doivent être âgés d'au moins 17 ans au 31 décembre de l'année des épreuves de sélection.

Ils doivent avoir réussi les épreuves de sélection qui ont connu un changement depuis le précédent plan de formation.

Les épreuves d'admissibilité comprennent :

- une épreuve écrite qui comporte l'étude d'un texte relatif à l'actualité dans le domaine sanitaire et social,
- une épreuve de tests d'aptitude

L'épreuve d'admission consiste en une entretien avec un jury de deux professionnels cadres de santé infirmiers dont l'un est formateur et l'autre est responsable d'unité et d'une troisième personne qualifiée en psychologie.

e) Au niveau de la structuration du plan d'études.

- Quelle est la modalité principale de structuration du plan d'études ?

Nous pouvons repérer que la modalité principale de structuration est la logique de l'acquisition de compétences structurée autour de l'étude de situations.

La notion de compétences permet de relayer les activités, décrites dans le référentiel d'activités, et les principes pédagogiques de la formation.

Après la pédagogie par objectifs exprimée en terme de *capacités à faire*, une autre conception voit le jour. Cette dernière est exprimée en terme de *capacités à savoir que faire dans des situations rencontrées*.

- Quelle est la référence centrale ?

La référence centrale est la notion de compétences. « La formation conduisant au diplôme d'Etat infirmier vise l'acquisition de compétences pour répondre aux besoins de santé des personnes dans le cadre d'une pluriprofessionnalité, pour l'exercice des différentes activités du métier d'infirmière ».³⁵

³⁵ Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'état d'infirmier, p. 44.

Les activités et les compétences sont les pivots du plan de formation. Les activités sont au nombre de neuf, déclinées en 218 activités détaillées. Les compétences sont au nombre de dix.

Historiquement, l'approche par compétences vient du monde de l'entreprise et fait couple avec le concept de performance. Elle a été propagée dans le secteur de la formation professionnelle puis dans celui de l'enseignement général pour devenir concept dans les sciences de l'éducation (Crahay, 2006). Cette approche permet le passage d'une approche de type analytique à une approche qualifiée d'intégrative et de contextualisée.

La notion de compétence fait l'objet d'approches variées en fonction des champs disciplinaires. Elle est utilisée différemment dans le champ de l'ergonomie, des sciences de l'éducation, ou de la didactique professionnelle...

Pour Crahay (2006), la notion de compétence renvoie à un agir juste en situation impliquant la mobilisation articulée de ressources cognitives multiples. Un concept unissant la cognition et l'action. Pour Le Boterf (1994) cité par Crahay (2006), la compétence ne réside pas dans les ressources mais dans la mobilisation même de ces ressources. La compétence est de l'ordre du « savoir mobiliser ». Et pour Perrenoud (2002) cité par Crahay (2006), « ce savoir mobiliser » suggère une orchestration, une coordination de ressources multiples et hétérogènes. L'élément majeur qui se dégage de ces conceptions est l'ancrage du développement de toute compétence dans une situation (complexe, inédite, emblématique et dans une famille de situations selon les uns et les autres).

Le terme de compétence n'est pas utilisé ici, comme dans le plan de formation de 1992, au sens d'habiletés particulières, de conduites et de comportements à réaliser en fonction d'un but et d'une tâche et qui repose sur des savoirs (modèle bélavioriste). Il est utilisé dans le sens de faculté de mobiliser un ensemble de ressources cognitives (savoirs, capacités, habiletés...) pour faire face avec pertinence et efficacité à une famille de situations. Le concept est à utiliser de façon intégrative, l'apprenante utilise et combine, de manière autonome et de façon explicite, dans un contexte particulier, les différents éléments de connaissance qu'elle possède et les ressources auxquelles elle a accès. La compétence est inséparable de l'action, elle est mise en acte dans les situations de formation.

Nous sommes ainsi passé, avec ce plan de formation, d'une logique d'acquisition de connaissances et d'aptitudes à une logique d'acquisition de compétences. Ainsi, la culture de formation tend à se transformer en culture de professionnalisation (Barbier, 2006).

De plus, nous repérons les éléments de la professionnalisation de la formation présentés par Bourdoncle (2000) : le programme est élaboré en termes de compétences, l'approche par situations est privilégiée et l'entrée par les situations est également réalisée.

- Quel est le profil de sortie défini ? Quelle est la finalité ?

L'étudiante devient une praticienne « autonome, responsable et réflexive, c'est à dire une professionnelle capable d'analyser toute situation de santé, de prendre des décisions dans les limites de son rôle et de mener des interventions seul et en équipe pluriprofessionnelle ».³⁶

³⁶ Référentiel de formation, Annexe III de l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'état d'infirmier, p.44.

Les notions d'autonomie et de responsabilité ne sont pas nouvelles dans la définition du profil de sortie. Cependant, il est question de faire émerger un nouveau type de professionnel : le praticien réflexif. Ainsi, nous repérons la volonté de transformer la professionnalité infirmière selon le modèle du praticien réflexif. L'infirmière est capable d'apprendre et d'évoluer en permanence ; elle est une professionnelle capable de s'adapter à toutes les situations par l'analyse de ses propres pratiques et de leurs résultats (Maroy & Cattonar, 2002); elle est une professionnelle capable de remettre en cause sa pratique en l'analysant et en l'évaluant. Cette dimension auto-réflexive du travail permet au professionnel d'être « autonome », d'être un acteur par opposition à l'exécutant (Maroy & Cattonar, 2002).

La finalité est de former des professionnelles capables d'une réflexion permanente sur leur pratique.

- Quelle est la conception de la formation ?

La réforme de la formation connaît trois axes majeurs : l'universitarisation, l'approche par les compétences et l'interprofessionnalité (Mura, 2010).

Pour le premier axe, comme nous l'avons déjà précisé, pour satisfaire les exigences des accords de Bologne de 1999, l'introduction de la dimension universitaire s'avère être indispensable dans la formation en soins infirmiers. De plus, l'adoption de ce système, licence, master, doctorat répond aux demandes des associations d'étudiantes et de professionnelles en lien avec la reconnaissance de la profession.

Nous ne revenons pas sur le second axe, l'approche par compétences qui est développée dans un des points précédents.

Quant au troisième axe, l'interprofessionnalité, il est à noter que les professionnels de la santé, sont soumis à un système rigide et cloisonné de par la réglementation, de par leurs caractéristiques propres et de par le cadre légal d'exercice. L'articulation entre l'organisation universitaire et l'approche par compétences permet la mise en place de passerelles entre certains métiers de la santé. Sur les dix compétences du métier d'infirmière, cinq sont dites spécifiques c'est à dire au cœur du métier et cinq sont dites transversales. Certaines unités d'enseignement permettent de valider les compétences transversales.

Un quatrième axe sera mis en œuvre prochainement. Il s'agit de la V.A.E.³⁷ qui est une voie d'accès au diplôme. Ce système permet à toute personne d'acquérir la totalité ou une partie d'un diplôme, d'un titre à finalité professionnelle, en suivant une procédure établie selon le secteur d'activité, en validant les acquis de l'expérience ou bénévole. Le dispositif de la V.A.E. n'est pas isolé dans sa mise en œuvre, il s'apprécie dans le cadre de l'universitarisation de la formation infirmière comme dans celui de l'évolution des pratiques. La profession d'aide-soignant est concernée par ce système depuis quelques années.

Le plan de formation est construit à partir de la définition des activités du métier et des compétences nécessaires pour l'exercer. Le programme de 1992 laisse la place à de nouveaux outils tels que le référentiel d'activité, de compétence, de formation et de certification.

L'approche par compétence place l'étudiante, en situation professionnelle, au centre de la formation.

³⁷ Lire validation des acquis par l'expérience.

La formation est structurée autour de l'étude de situations qui donnent aux étudiantes la possibilité de travailler trois paliers d'apprentissage : *comprendre-agir-transférer*.

- « Comprendre : l'étudiante acquiert les divers savoirs nécessaires à la compréhension des situations.
- Agir : l'étudiante mobilise les savoirs et acquiert la capacité d'agir et d'évaluer son action.
- Transférer : l'étudiante conceptualise et acquiert la capacité de transposer ses acquis dans des situations nouvelles »³⁸.

- Quel est le titre délivré ?

Le diplôme infirmier délivré comprend le diplôme d'état et un grade licence suite à la réforme L.M.D. « Le grade licence est conféré au nom de l'état par le recteur, chancelier des universités de l'académie dans le ressort de laquelle est délivré le titre ou diplôme y donnant droit, concomitamment à cette délivrance ». ³⁹

La délivrance de ce grade est un compromis qui permet l'engagement du processus d'universitarisation de la formation et elle est une étape vers l'intégration de la formation en soins infirmiers dans les universités. Cependant, il s'agit d'un grade licence (180 crédits européens) car la filière en soins infirmiers n'existe pas dans le cursus universitaire français.

Jusqu'avant la réforme, le diplôme d'infirmière correspondait à un niveau bac+2 (baccalauréat puis deux années de formation diplômante). Les associations professionnelles se battent depuis de nombreuses années pour l'obtention d'un diplôme niveau bac+3.

Les syndicats des étudiantes, des infirmières et des cadres de santé reprochent que la simple reconnaissance de *grade de licence* ne correspond pas aux attentes de la profession. Le conseil national de l'ordre infirmier a voté à l'unanimité le refus du grade licence. Tous considèrent que cette exception française ne correspond pas aux modèles européens et francophones de filière L.M.D. en sciences infirmières. Il serait nécessaire de construire une filière en sciences infirmières, avec un diplôme de licence pour les infirmières, un diplôme de master pour les infirmières spécialisées, les infirmières cliniciennes, les infirmières spécialistes cliniques (ou de pratiques avancées, type les expérimentations du professeur Berland) et un diplôme de docteur pour faire de la recherche.

Ce niveau bac+3 entraînerait une revalorisation, de l'ensemble des infirmières, de la catégorie A à la catégorie B dans la fonction publique hospitalière. Valorisation qui demanderait un effort financier très conséquent dans un contexte économique difficile et une politique de santé centrée sur la notion d'économie. Les enjeux sont ici d'ordre financier.

f) Au niveau du public.

- Qui est le public cible ?

Le public en formation en soins infirmiers est, comme auparavant, un public âgé de 18 ans à 50 ans et majoritairement féminin (90% à 95% de femmes). L'une des caractéristiques de ce public est toujours, son hétérogénéité, liée à la pluralité d'expériences et de projets des

³⁸ Référentiel de formation, Annexe III de l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'état d'infirmier, p.44.

³⁹ Décret n°2010-1123 du 23 septembre 2010 relatif à la délivrance du grade de licence, p.19.

apprenants. Ces futurs professionnels s'engagent dans une formation professionnalisaante post-baccalaureat (bachelor en Suisse). Cependant, nous constatons de plus en plus l'admission d'étudiantes détentrices de diplômes universitaires (licences, masters essentiellement) et ayant parfois en plus des expériences du monde du travail. De plus, de nombreuses étudiantes réalisent une année préparatoire au concours d'entrée.

Comme le secteur de la formation tend à devenir de plus en plus concurrentiel, les futures étudiantes se présentent à plusieurs concours d'entrée en I.F.S.I. Mais elles choisissent l'Institut de Formation dans lequel elles veulent poursuivre leurs études dans le cas de plusieurs succès au concours.

- Quelle est la posture et quel est le rôle du formé ?

L'étudiante est au cœur de sa formation. Elle est actrice de sa formation et est responsable de son engagement dans la formation. Elle est impliquée dans son projet de formation et ainsi, elle est amenée à formaliser ses besoins de formation. Elle peut spécifier ses ressources et ses attentes dans le portfolio. Elle se doit de participer activement aux activités proposées et de s'investir dans son travail personnel. Le programme de formation met en avant le paradigme socioconstructiviste et interactif. L'apprentissage est donc considéré comme un processus dynamique de construction, d'adaptation, de questionnement ou de remise en cause et de développement de connaissances. La formée est amenée à analyser son propre fonctionnement intellectuel, à prendre conscience de sa propre pensée par rapport à celle des autres. De plus, comme il s'agit d'une formation d'adultes, les ressources personnelles de chaque apprenante sont prises en compte par l'ensemble de l'équipe pédagogique.

L'accent est mis sur le développement de l'autonomie et la responsabilité de l'étudiante. Le projet professionnel de l'étudiante est toujours favorisé comme dans le précédent plan de formation par les options et les possibilités de mobilité internationale offertes.

Le vocabulaire utilisé est révélateur des concepts de la culture de professionnalisation. On parle de praticien réflexif pour définir l'étudiant.

g) Au niveau de l'organisation.

- Comment est organisée temporellement la formation ?

La formation se déroule par semestre.

Sa durée est de six semestres de vingt semaines chacun équivalent à 4200 heures.

La formation est plus courte que la précédente, 560 heures de moins.

On ne parle plus d'enseignements théoriques et cliniques mais de formation théorique et formation clinique. La formation théorique est passée de 2240 heures à 2100 heures et la formation clinique est passée de 2380 heures à 2100 heures. La formation prend davantage appui sur la pratique professionnelle.

Le travail personnel complémentaire est estimé à 900 heures environ soit 150 heures par semestre.

- Quel est le système préconisé ? Quel est le type d'alternance ?

Le programme est organisé dans un système en alternance où l'institut de formation et les lieux de pratique professionnelle sont des lieux de formation qui contribuent conjointement au développement des compétences. Les lieux de pratique professionnelle permettent la contextualisation des savoirs et compétences acquises à l'I.F.S.I. et le développement de nouveaux savoirs et compétences qui seront réinvestis à l'école. L'étudiante intérieurise et transforme des savoirs, les incorpore dans ses modes de pensée et de raisonnement pour les faire siens dans un discours cohérent. Ainsi l'étudiante peut transformer les savoirs multiples en signification utiles pour penser l'agir professionnel et également pour percevoir et visualiser sa propre image de cet agir en situation (Vanhulle & al., 2007b)

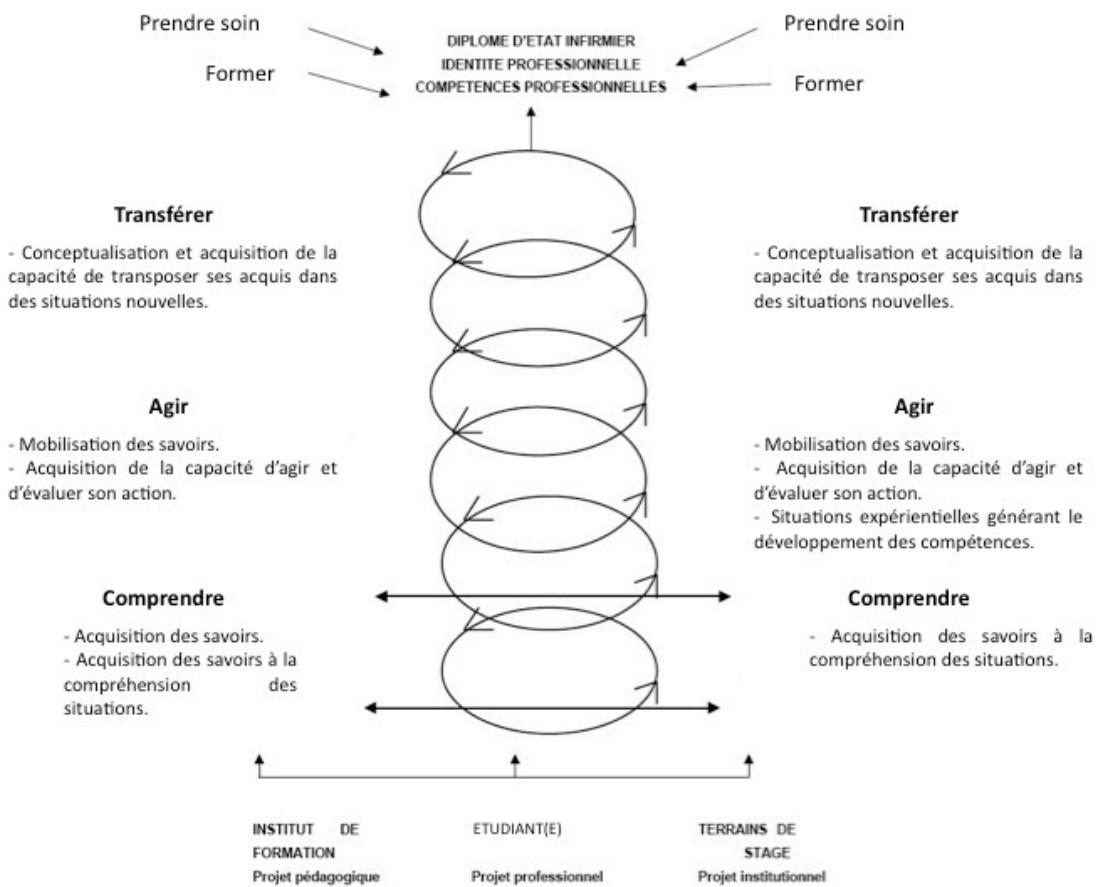
Au regard des éléments apportés dans la revue de littérature, nous pouvons repérer que le modèle d'alternance retenu est celui de l'alternance intégrative, car il existe une interdépendance effective des deux lieux en une unité de temps formatif (Bourgeon, 1979 cité par Pellegrini, 2010)). L'alternance est rapprochée dans le temps et de quantité équivalente. La relation est plus symétrique entre les intervenants du lieu de la formation (institut) et le lieu de travail avec un partenariat autour d'objectifs communs. La durée des études dans l'institut de formation est identique à celle sur le terrain. Les enseignements théoriques et cliniques correspondent chacun à 2100 heures.

De plus, la formation présente un modèle intégrateur précoce. En effet, elle organise des allers et retours fréquents entre le lieu école et le lieu stage avec des pratiques réflexives.

Elle présente également un modèle intégrateur par étapes où la formation théorique soutient la formation pratique et où les situations professionnelles questionnent la théorie (Vanhulle & al., 2007a). L'activité est prise en compte. Cette alternance semble reposer sur le constat que le travail est potentiellement formateur. La pratique ne se réduit pas à être le lieu d'ancrage des acquis théoriques mais elle est porteuse de situations expérientialles qui peuvent générer le développement de compétences. Pour Baudouin (1999) cité par Vanhulle et al. (2007a), « il n'y a pas d'apprentissage sans activité, c'est à dire à la tâche prescrite, sans mobilisation d'un sujet... » (p.156). La situation de travail est un espace de production de biens, de services et de compétences. L'étudiante apprend dans et par la situation de travail. Elle confronte à partir de l'acte de travail c'est à dire l'activité réelle, les savoirs et l'action. Il ne s'agit pas pour la future infirmière de s'appuyer sur la distinction savoirs disciplinaires/savoirs professionnels, savoirs théoriques/ savoirs d'action, il est bien nécessaire de les faire fusionner en les mobilisant dans la pratique. C'est à ce titre que l'acte de travail devient acte de formation, quand il est accompagné d'une analyse sur lui même (Barbier 2006). Nous sommes dans la boucle entre la pratique et l'analyse et donc dans le va-et-vient trialectique proposé par Altet (2008) : pratique - théorie - pratique.

Les trois paliers d'apprentissage sont comprendre-agir-transférer.

Nous réalisons une représentation du système de formation en alternance sous la forme d'une figure :



- Existe-t-il une logique modulaire ?

Des unités d'enseignement (U.E.) sont thématiques. Elles comportent toutes des objectifs de formation, des contenus, des durées et des modalités et critères d'évaluation. Des unités d'intégration sont des unités d'enseignements qui portent sur l'étude de situations. L'entrée par les situations est priorisée dans ces unités.

- Dans quel ordre les contenus sont-ils agencés dans le curriculum ?

Un ordre précis du contenu de la formation est prescrit dans le plan de formation sous la forme d'une maquette.⁴⁰ Les unités d'enseignement sont en lien les unes avec les autres et contribuent à l'acquisition de compétences précises.

h) Au niveau des savoirs.

- Quelle est la conception générale des soins ? Quelle est la conception générale des soins infirmiers ?

Les soins infirmiers sont de *nature préventive, curative ou palliative visant à promouvoir, maintenir et restaurer la santé*. Ces soins « contribuent à l'éducation de la santé et à

⁴⁰ Cf annexe IV (cf annexe IV de l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat infirmier).

l’accompagnement d’un individu ou d’un groupe d’individus dans leur parcours de soins en lien avec leur projet de vie ».⁴¹ Ils relèvent du rôle propre de l’infirmière ou de l’application de prescription ou conseil médical.

Les concepts centraux des soins infirmiers sont toujours au nombre de trois et possèdent un caractère dynamique qui permet d’accompagner les évolutions. Ainsi, aux dimensions de l’Homme se rajoutent les dimensions culturelles et spirituelles, l’*Homme* est considéré comme être bio-psychosocial-culturel et spirituel en perpétuel devenir et en interaction avec son environnement. La notion d’environnement renvoie toujours à l’environnement physique du patient, de même qu’à son entourage et renvoie également à présent aux contextes de la santé. Le concept de santé fait toujours référence à l’état de bien être éprouvé par le bénéficiaire des soins.

- Quel est le type de contenus ?
 - La formation théorique.

Elle est répartie par unités d’enseignement de quatre types.

Le plan de formation spécifie ces quatre types :

- des unités d’enseignement dont les savoirs sont dits contributifs aux savoirs infirmiers,
- des unités d’enseignements de savoirs constitutifs des compétences infirmières,
- des unités d’intégration des différents savoirs et leur mobilisation en situation,
- des unités de méthodologie et de savoirs transversaux.

Les unités d’enseignements (UE) sont en lien les unes avec les autres et contribuent à l’acquisition des dix compétences. Elles couvrent cinq domaines qui sont les sciences humaines, sociales et droit ; les sciences biologiques et médicales ; les sciences et techniques infirmières, les fondements et méthodes ; les sciences et techniques infirmières, interventions, et le dernier domaine les méthodes de travail. Il existe en totalité 46 unités.

Les unités d’intégration nommées « intégration des savoirs et posture professionnelle » infirmière portent sur l’étude et l’analyse de situations. Le point de départ est la situation spécifique et non l’approche disciplinaire. L’entrée est donc situationnelle et non disciplinaire.

Lors de chaque semestre prend place une unité d’intégration « dont les savoirs ont été acquis lors du semestre en cours ou ceux antérieurs ».⁴²

Il apparaît qu’au regard de ces données, nous pouvons parler d’intégration des acquis.

Pour Roegiers (2010), l’intégration des acquis est « une opération par laquelle on rend interdépendants différents éléments qui étaient dissociés au départ en vue de les faire fonctionner d’une manière articulée en fonction d’un but donné ».

L’intégration des acquis est la mobilisation conjointe par l’apprenant de différents acquis dans une situation significative. Cette démarche nécessite pour l’étudiante de sélectionner les ressources pertinentes dont elle dispose, de mobiliser ces ressources et d’utiliser leur interdépendance pour les réinvestir de manière articulée et ceci afin de résoudre la situation.

Ces ressources représentent les connaissances, les savoirs, les aptitudes, les raisonnements (Le Boterf, 1998). Les contenus-matières sont considérés comme des ressources nécessaires à la résolution de situations (Roegiers, 2010). Les apprentissages relatifs à ces différents types de

⁴¹ Référentiel d’activités, Annexe I de l’arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d’Etat infirmier, p.22.

⁴² Référentiel de formation, Annexe III de l’arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d’état d’infirmier, p.48.

ressources se réalisent en amont lors de la construction des acquis. Pour Roegiers (2010), il n'y a pas d'intégration sans ressources, sans outils et n'est intégré que ce qui est acquis. De plus, il y a intégration que s'il y a complexité et nouveauté.

L'intégration des acquis est donc une démarche d'enrichissement des apprentissages qui s'appuie sur eux et ceci au travers de l'exploitation régulière de situations complexes.

L'apprenante est au cœur de la démarche, elle est actrice de l'intégration de ses acquis. Elle a construit ses connaissances au cours de précédents modules ou stages et développe ici une activité réflexive sur ses propres connaissances.

L'entraînement réflexif est une exigence de la formation permettant aux étudiantes de comprendre la liaison entre savoirs et actions, donc d'intégrer les savoirs dans une logique de construction de la compétence.

L'étudiante apprend avec ses pairs et avec l'équipe pédagogique. Elle construit ses connaissances dans des situations professionnelles rencontrées par elle ou ses collègues ou préparées par les formatrices. On parle de travail de co-construction collective, de démarche d'enrichissement des ressources des uns et des autres.

Type des unités	Champs des unités		compétence	Semestre	Ects
Unités dont les savoirs sont dits contributifs aux savoirs infirmiers	Sciences humaines sociales et droit	Psychologie, sociologie, anthropologie	6	1 et 2	3+2
		Santé publique et économie de la santé	5	2 et 3	2+3
		Législation, éthique, déontologie	7	1 et 4	2+3
	Sciences biologiques et médicales	Biologie fondamentale	4	1	1
		Cycles de la vie et grandes fonctions	4	1	3
		Santé, handicap, accidents de la vie	1	2	2
		Processus traumatiques	4	1	2
		Processus inflammatoires et infectieux	4	3	2
		Processus psychopathologiques	4	2 et 5	2+2
		Défaillances organiques et processus dégénératifs	4	4	2
		Processus obstructifs	4	3	2

		Processus tumoraux	4	5	2
		Infectiologie, hygiène	3	1	2
		Pharmacologie et thérapeutiques	4	1 et 3 et 5	2+1 + »
Unité de savoirs constitutifs des compétences infirmières	Sciences et techniques infirmières fondements et méthodes	Raisonnement et démarche clinique infirmière	1	1 et 2	2+2
		Projet de soins infirmiers	2	2 et 3	1+1
		Rôles infirmiers organisation du travail interprofessionnalité	9	3 et 5	1+2
		Initiation à la démarche de recherche	8	4 et 6	2+2
		Encadrement des professionnels de soins	10	4	2
	Sciences et techniques infirmières fondements et méthodes	Soins de confort et de bien-être	3	1	2
		Soins relationnels	6	2 et 3 et 5	1+2 +1
		Soins d'urgence	4	2 et 4	1+1
		Thérapeutiques et contribution au diagnostic médical	4	2 et 4 et 5	2+2 +2
		Soins infirmiers et gestion des risques	7	2 et 4	1+1
Unités d'intégration des différents savoirs et leur mobilisation en situation	Intégration des savoirs et posture professionnelle infirmière	Soins éducatifs et préventifs	5	3 et 4	2+2
		Soins palliatifs et fin de vie	4	5	2
		Qualité des soins, évaluation des pratiques	7	6	3
		Accompagnement de la personne dans la réalisation de ses soins quotidiens	3	1	2

		Mise en œuvre des thérapeutiques et coordination des soins	4 et 9	5	4
		Analyse de la qualité et traitement des données scientifiques et professionnelles	7 et 8	6	8
		Unité Optionnelle		5 et 6	2
Unités de méthodologie et de savoirs transversaux	Méthodes de travail	Méthodes de travail		1	2
		Anglais		1 à 6	10

- La formation clinique

Selon le Directive européenne 2005-36 l'enseignement clinique se définit comme étant :

le volet de la formation d'infirmier par lequel le candidat infirmier apprend, au sein d'une équipe, en contact direct avec un individu sain ou malade et/ou une collectivité, à organiser, dispenser et évaluer les soins infirmiers globaux requis à partir des connaissances et compétences acquises.

Quatre types de stages sont retenus. Le référentiel de formation précise qu'ils sont représentatifs de « familles de situations ». Cela signifie que les apprenantes rencontrent, dans leurs différents lieux de pratique, des situations types et qu'il est de leur responsabilité de gérer selon leur année d'étude. Leur habillage peut varier : types de patients rencontrés différents, soins divers au sein de la même catégorie...

- type 1 : soins de courte durée,
- type 2 : soins en santé mentale et psychiatrie,
- type 3 : soins de longue durée et soins de suite de réadaptation,
- type 4 : soins individuels ou collectifs sur des lieux de vie.

L'étudiante réalise sept stages dont un obligatoire dans chacun des quatre types. Dès le premier semestre, elle effectue un stage de cinq semaines. Les stages sont de plus longue durée que dans le précédent plan de formation et sont moins nombreux. Une logique de qualité semble être privilégiée à une logique d'accumulation d'heures. La formation clinique représente la moitié du temps de formation.

Comme chaque étudiante réalise ses stages à des moments particuliers de sa formation, son parcours est individualisé. Elle réalise des stages représentatifs de « familles de situations » et rencontre ainsi des spécificités dans la prise en soin :

- de personnes atteintes de pathologies et hospitalisées dans des établissements privés ou publics (soins de courte durée),
- de personnes atteintes de pathologies en santé mentale hospitalisées ou non (soins en santé mentale),
- de personnes nécessitant des soins continus dans le cadre d'un traitement ou d'une surveillance médicale (soins de longue durée et soins de suite et de réadaptation),
- de personnes ou de groupes se trouvant dans des lieux de vie, travail, école, domicile... (soins individuels et collectifs sur les lieux de vie).

Elle peut alors intégrer de nouveaux acquis ou bien actualiser ce qu'elle a appris dans des situations antérieures ou encore transférer des savoirs afin d'être capable de traiter de nouvelles situations professionnelles.

Pendant le stage, chaque étudiante réalise des analyses de pratique, soit sur le lieu de stage soit à l'I.F.S.I. avec d'autres étudiantes, une formatrice et des professionnelles du terrain. Un retour sur sa pratique et un questionnement sont nécessaires avec les professionnelles de l'encadrement, notamment le tuteur de stage et les formatrices. L'étudiante essaye d'analyser ses actions, de mesurer sa progression en notant ses observations dans un document appelé le portfolio. L'étudiante acquiert progressivement une autonomie dans sa pratique infirmière.

La formation clinique doit permettre à l'étudiante de construire les éléments des compétences visées à travers l'acquisition des différents savoirs, la mobilisation de ces savoirs dans l'action et la posture réflexive ; de reconnaître ses propres émotions et de les utiliser avec la distance professionnelle recommandée et de développer une éthique professionnelle.

Le stage devient support de l'analyse réflexive des situations de soins.

Le stage apparaît comme un moment privilégié d'action en contexte professionnel réel (Correa Molina, Gervais, Rittershausen, 2008). Il représente un lieu privilégié d'intégration des savoirs, de la manifestation et du développement des compétences professionnelles ainsi que de la construction d'une identité professionnelle.

Les lieux d'exercice professionnel sont considérés dans leur dimension formative.

Le maître de stage en partant des situations professionnelles réelles fait en sorte qu'elles deviennent situations formatrices au regard du parcours de formation. Il ne s'agit pas pour la future infirmière de s'appuyer sur la distinction savoir disciplinaires/savoirs professionnels, savoirs théoriques/ savoirs d'action, il est bien nécessaire de les faire fusionner en les mobilisant dans la pratique. Il n'existe pas de lieu où l'étudiante apprend et un lieu où l'étudiante pratique. Chaque instant est lieu d'apprentissage de la pratique. Et l'acte de travail devient acte de formation puisqu'il est accompagné d'une activité d'analyse.

- Quels sont les types de savoirs dispensés ?

La définition des savoirs requis pour exercer la profession évolue. L'identification de ces savoirs a été réalisée, lors de la conception du référentiel de formation, par une analyse du travail infirmier. Nous retrouvons, ainsi, la perspective préconisée par Maubant (2007) et présentée dans la revue de littérature qui correspond à l'identification des savoirs professionnels en analysant l'acte professionnel. Les contenus de formation sont ainsi, d'après lui, mieux ajustés à la réalité du travail. Comme nous l'avons déjà vu, la profession a été interrogée sous deux angles qui sont l'analyse de l'acte professionnel et la compréhension de l'apprentissage et de la transmission des savoirs professionnels.

Donc, les spécificités des savoirs de référence prennent pour objet les activités et les compétences en soins infirmiers. La formation prépare la future professionnelle à gérer une gamme de situations qui caractérisent le métier visé. Le contenu de l'enseignement se doit donc de reproduire les logiques d'action établies par les professionnels.

Les savoirs servent à éclairer l'action (Desjardins & Hensler, 2009) et sont transformés par l'apprenant en ressource pour l'action et la réflexion sur l'action. Ils sont, ainsi, organisés en

fonction d'un usage pratique. Le plan de formation est conçu selon une logique intégratrice qui permet de mobiliser ces savoirs de différentes natures.

Nous pouvons repérer différents types de savoirs.

- Les savoirs théoriques.

Deux types de savoirs théoriques apparaissent en formation en soins infirmiers : les savoirs dits contributifs aux savoirs infirmiers et les savoirs constitutifs des compétences infirmières⁴³.

Les savoirs dits contributifs aux savoirs infirmiers sont au carrefour des sciences médicales et des sciences humaines et sociales. Ils sont nécessaires pour la compréhension de l'action. Prenons pour illustrer nos propos, l'exemple de l'apport des sciences humaines et sociales dans la formation. Ces savoirs disciplinaires doivent favoriser la compréhension des différentes logiques sociales, culturelles et subjectives qui traversent les relations de soins afin d'analyser les enjeux présents dans la pratique des soins infirmiers. Ces approches permettent d'acquérir des ressources pour une prise en soin soucieuse de la personne soignée et une prise en compte de la singularité du patient et de ses manières de vivre la maladie. L'approche anthropologique rend compte de l'unicité de l'homme dans ses différences socioculturelles. L'approche sociologique et psychosociologique permet, entre autre, d'acquérir des outils d'analyse du fonctionnement des équipes et des instituts de soins. Quant à l'étude de la psychologie, elle permet à chaque étudiant d'identifier certains aspects de sa propre personnalité et de repérer les aspects susceptibles d'influencer son comportement. Elle permet d'analyser les diverses relations patient, familles, professionnels.

D'autres ressources sont indispensables telles que l'approche philosophique, l'approche d'économie de la santé, politique de la santé, le Droit, la législation, la déontologie, l'éthique. La formation est, encore, marquée par les savoirs d'origine avec une nette représentation des savoirs des sciences médicales, biologiques et pharmaceutiques. En effet, les savoirs médicaux et biologiques sont nécessaires pour comprendre une situation et la transposer. Ils ne sont plus cependant majoritaires et représentent 27 crédits ECTS sur les 180 crédits attribués à la formation. Les sciences contributives représentent 42 crédits ECTS au total. L'approche des pathologies se réalise, à présent, par processus dans le but de favoriser le transfert de connaissances et de créer des liens entre les différents savoirs.

Il n'est pas nécessaire de réaliser une coupure entre les sciences humaines et les sciences dites dures mais de développer la capacité de l'étudiant à faire des liens. L'apprenant s'approprie un socle de connaissances scientifiques pour comprendre et donner du sens au soin dans les différents champs de la sociologie, de la psychologie, de la philosophie... Ces savoirs théoriques, à présent, apparaissent utiles que s'ils sont mobilisables par les étudiants dans le contexte de travail.

Les savoirs constitutifs des compétences infirmières sont les savoirs infirmiers de référence. Ils sont représentés par les sciences et techniques infirmières et la posture professionnelle. Nous y reviendrons plus précisément dans un point suivant.

L'anglais est considéré comme un savoir transversal, il n'est pas lié, dans le référentiel de formation, à une compétence. L'unité d'enseignement correspond à 10 ECTS. L'objectif est de communiquer en anglais dans le domaine de la santé et des soins et surtout d'étudier et utiliser des articles professionnels en anglais. Ce savoir disciplinaire est pourtant en lien direct

⁴³ Référentiel de formation, Annexe III de l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'état d'infirmier, p.48.

avec la compétence n°8 « rechercher et traiter des données professionnelles et scientifiques » et avec les unités de formation intitulées « initiation à la recherche ».

Après avoir pointé les savoirs théoriques, nous pouvons expliciter un autre type de savoirs.

- Les savoirs d'action.

Ils correspondent aux caractéristiques de la pratique. Ils sont pour Barbier (2004) assimilés aux compétences pratiques, aux capacités, aux savoirs d'expérience, aux habiletés acquises dans l'action et par l'action. Il y a un rapport au métier et aux savoirs requis pour l'exercer. Le savoir mobilisé permet de comprendre l'action et d'agir et inversement l'action permet de comprendre un savoir déterminé. La référence à l'action permet d'identifier les savoirs spécifiques liés à cette action.

Le plan de formation prône le développement des compétences en favorisant la pratique réflexive, l'entrée par les situations et l'analyse de pratique. L'action est ainsi, explicitée, débattue et organisée en un système de concepts et d'énoncés. L'entraînement réflexif est une exigence de la formation permettant aux étudiants de comprendre la liaison entre savoirs et actions, donc d'intégrer les savoirs dans une logique de construction de la compétence. Et ainsi, les savoirs se transforment, comme le nomme Vanhulle (2008) en savoirs professionnels.

Cette posture consiste à revenir sur les acquis, les processus et les stratégies utilisées pour en dégager les principes transposables. Il s'agit d'expliquer pour mieux s'impliquer (Maulini, 2006). La situation de travail est au centre de l'apprentissage pour former une future professionnelle à aborder avec efficacité les situations rencontrées. Le contenu est prioritaire sur le contenu. Le *savoir analyser sa pratique* est développé, de même que le *savoir réfléchir* et le *savoir justifier*. Ce savoir analyser correspond à la réflexion sur l'action, dans « l'après-coup », pour comprendre la façon dont l'acteur a analysé le contexte, le sens qu'il a donné à la situation et les actions qu'il a mises en œuvre. Ce savoir analyser correspond également à la réflexion dans l'action, en temps réel, le praticien sait reconstruire la situation et mobiliser des connaissances et des acquis théoriques.

Cette analyse permet de mettre à jour les savoirs issus de la pratique et de faire les liens avec les savoirs académiques et les compétences et permet donc de produire de nouveaux savoirs pour l'action (Wittorski, 2004). Nous retrouvons ici, la notion de nécessité d'une concordance entre cette approche en formation et le travail réel du professionnel (Perrenoud 2001a, Maubant 2007, Altet, 2008). Le référentiel de formation propose un réel recentrage sur la clinique. En enseignement clinique, les savoirs se construisent dans l'expérience au contact des professionnels.

- Existe-t-il un corpus de savoirs spécifiques ?

La place accordée au prendre soin est significative dans les enseignements.

Le prendre soin est un concept central des soins infirmiers. Il est le socle sur lequel repose le cœur du métier. En France, la profession et les professionnelles ne se sont pas appropriées ce concept pour une réflexion guide conceptualisée (comme certains pays) mais comme une réflexion socle sur lequel fonder une identité professionnelle.

Les théories de soins éclairent la pensée du prendre soin de l'apprenante. Elles sont considérées comme des supports à l'analyse de la prise en soin d'une personne. Il est donc nécessaire de questionner les concepts et les théories. Un modèle conceptuel comme celui de

Virginia Henderson est la base de l'enseignement des instituts de formation en soins infirmiers depuis de nombreuses années. Il peut se trouver être réduit à un exercice d'école sans lien avec la pratique des professionnels. Pour les I.F.S.I., la nécessité de présenter d'autres modèles et de les utiliser comme outil d'analyse et d'actions s'impose. Dans le plan de formation, il est préconisé d'étudier les différentes théories de soins. La formation conduit l'étudiante à s'inscrire dans une démarche de recherche par rapport au choix des théories et aux problèmes posés. L'étudiante prend, ainsi, conscience des différentes lectures possibles de la situation de soins. Elle s'interroge sur le choix d'un modèle. Elle doit être en mesure d'intégrer et d'utiliser un modèle conceptuel qui lui permet de porter un autre regard sur la personne soigné dans un contexte donné et de répondre à ses besoins de santé. Elle a une lecture critique et une démarche réflexive des théories pour mettre en lien la complexité de l'être humain avec la prise en soins. Elle peut, donc, construire et développer sa pensée critique. Elle se pose les mêmes questions qu'auparavant : qui est cette personne que je soigne ? Quel besoin de santé désire-t-il ? Ai-je tenu compte dans mes réponses de sa singularité ? Et avec ses connaissances sur les autres modèles théoriques, elle amplifie son questionnement. Que représente l'expérience de santé qu'il est en train de vivre ? Quel est l'impact de l'événement de la maladie sur le vécu de la personne ? Le contexte permet-il de satisfaire les besoins de santé ? Dois je envisager l'intervention de plusieurs professionnelles, d'autres professionnels ? Dans la démarche de soins que j'ai entreprise, ai-je intégré ses objectifs ou ai-je répondu en regard d'une théorie apprise ? L'étudiante recherche les données significatives, les décode et établie les liens avec les concepts. Les mots clefs sont : personne, santé, soins, environnement et théories.

Les notions de concept, paradigme, théorie, modèle, courant de pensée sont abordées. Une discipline a besoin d'identifier les concepts centraux qui délimitent le champ à l'intérieur duquel le savoir se développe et se structure (Fawcett cité par Debout, 2008a). Des paradigmes infirmiers succèdent à l'approche de modèle biomédical. L'étudiante s'interroge également en tant que soignante lors d'une prise en soin d'une personne. Quelle professionnelle suis-je avec mes croyances, mes valeurs et mon éthique ? Comment je fais ? Comment puis je développer ma pratique dans ce contexte de soins ? Les mots clefs sont : moi en tant que professionnelle, ma pratique et le développement de ma pratique.

Cependant, ces nouvelles pratiques et nouveaux apprentissages peuvent entraîner des tensions avec les pratiques courantes. L'institut de formation, avec les apports des différentes théories, prône des pratiques innovantes au regard de celles exercées dans les milieux professionnels. Les apprenantes représentent les vecteurs du changement alors qu'elles ne sont pas encore professionnelles. Et ainsi, le statut des savoirs n'est pas le même pour les infirmières et pour les formatrices. Cette situation est identique à celle de 1972 où les écoles d'infirmières prônaient, à cette époque, de nouveaux savoirs et de nouvelles pratiques avec l'introduction de la théorie de soins de Virginia Henderson.

La France rencontre un réel retard en terme de formalisation des savoirs autour des soins infirmiers. Il n'existe pas de domaines disciplinaires reconnus comme dans d'autres pays. Les savoirs infirmiers ne sont pas produits par la science infirmière (comme elle est appelée dans certains pays). Les programmes de formation, jusqu'à présent, se sont construits sur la base d'une addition de savoirs et sur des contenus prônant des habiletés professionnelles.

Le développement des savoirs est ainsi freiné par l'absence de discipline en soins infirmiers. La recherche est, donc, très peu développée. La construction d'une discipline en France, permettrait le développement de la recherche, une reconnaissance des savoirs et permettrait de rehausser l'image sociale de la profession. Elle apporterait un intérêt au niveau des

pratiques en les enrichissant et en les développant, tout en clarifiant davantage la nature des soins et leur contenu. Sa légitimité est à rechercher à trois niveaux : dans l'environnement scientifique ; auprès des professionnels de terrain pour montrer son utilité sociale et son implication sur la pratique et auprès de la société qui se rendrait compte que pratiquer des soins infirmiers en s'appuyant sur des savoirs issus de la recherche amène des résultats beaucoup plus satisfaisants. Les enjeux de la recherche en soins infirmiers semblent être de plusieurs niveaux. Le premier est l'enjeux de la santé publique c'est à dire la promotion de la santé des individus et des groupes, le second est l'enjeu évaluatif avec l'amélioration de la qualité des soins, le troisième est l'enjeu pragmatique avec le développement de l'ensemble des pratiques de soins, le quatrième est l'enjeu cognitif avec la construction des savoirs et sa diffusion et le dernier est l'enjeu identitaire avec le renforcement de la professionnalisation et de l'identité professionnelle. En effet, pour Bourdoncle (2000), le principal dispositif de la professionnalisation est l'universitarisation de sa formation professionnelle avec des savoirs savants qui y sont construits et professés.

La recherche occupe une place particulière dans la formation. Les formatrices initient les étudiantes à la recherche en favorisant l'appropriation de la méthodologie et de la posture de recherche et en favorisant le développement de l'autonomie de l'étudiante. D'autre part, elles forment les étudiantes par la recherche avec l'apport des savoirs scientifiques dans le domaine des soins et de la santé, en présentant des travaux de recherche, en analysant des résultats de recherche, en inscrivant les travaux de recherche dans les pratiques professionnelles, en accompagnant et guidant les étudiantes dans leur travail de recherche. Cependant, les études des travaux de recherche et d'articles sont réduites aux recherches francophones ou la sélection est liée à l'existence de traduction française des textes, alors que l'anglais est la langue de diffusion première des travaux de la discipline à l'étranger.

Aujourd'hui, le corpus de savoirs de référence est représenté par un ensemble d'énoncés cohérents, reconnus et validés par une communauté professionnelle et non scientifique.

L'universitarisation des études officialise la recherche en soins infirmiers en permettant aux infirmières de poursuivre leur cursus universitaire. A noter qu'un master « science clinique infirmière » s'est créé en France. Il est proposé conjointement par l'Université de la Méditerranée (Aix-Marseille II) et par le Département des Sciences Infirmières et Paramédicales (DSIP) appartenant à l'antenne parisienne de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP). Il offre aux infirmières la possibilité de développer leur expertise clinique et d'acquérir les compétences requises à l'exercice de nouveaux métiers infirmiers. Ce dispositif propose trois spécialités au terme d'un tronc commun : infirmière de pratiques avancées en cancérologie, infirmière de pratiques avancées en gérontologie et infirmière coordinatrice de parcours complexes de soins.

Nous pouvons noter une unité d'enseignement consacrée à l'encadrement des professionnelles de soins et une unité d'intégration intitulée formation des professionnelles et des stagiaires apparaissent dans le plan de formation. Il est à souligner que la huitième activité se nomme « formation et information des nouveaux personnels et stagiaires ». L'activité de formation est enfin reconnue ainsi que les savoirs requis pour développer la compétence n°10 « informer et former des professionnels et des personnes en formation ». La future professionnelle devra mettre en place des activités pour contribuer à la production de compétences par et pour le travail chez l'étudiante en stage (Barbier, 1996) alors que son activité principale sera autre (de s'occuper des patients dans la situation). Elle représentera le dispositif de formation en alternance de part sa position stratégique entre les acteurs dans une situation et les savoirs et l'agir (Jacquemet & al., 2007).

Nous tentons de créer une typologie des savoirs en jeu sur l'objet du travail représenté par les soins infirmiers. Nous prenons en compte la variété des sources de savoirs.

- Savoirs pour prendre soin d'un individu ou un groupe de personnes (certains sont communs à d'autres professions de la santé):
 - Savoirs savants : biomédicaux, sciences humaines et sociales,
 - Savoirs pour analyser une situation de soin : raisonnement et démarche clinique,
 - Savoirs d'action : savoirs de la pratique, habiletés techniques, savoirs issus d'une formalisation de la pratique ; savoirs procéduraux,
 - Savoirs sur soi, sur soi individuellement et collectivement, positionnement juste au regard de valeurs
- Savoirs sur le prendre soin d'un individu ou d'un groupe de personnes :
 - Savoirs de référence, histoire des soins, courants différents, théories de soins infirmiers, discipline infirmière,
 - Savoirs sur les contextes historiques, politiques, sociaux, économiques dans lesquels s'insère le système de santé,
 - Savoirs sur la législation, le droit professionnel, l'organisation du travail,
 - Savoirs pour analyser sa pratique avant, pendant, après (démarche réflexive).
- Savoirs pour former et savoirs pour développer des compétences :
 - savoirs à enseigner dans la pratique,
 - savoirs pour l'analyse de pratique, savoir faire-analyser, savoir faire-réfléchir
 - savoirs pour évaluer

Les deux premiers types de savoirs peuvent apparaître identiques à ceux du programme de 1992. Cependant, à présent, davantage de liens existent entre ces savoirs qu'auparavant. L'action devient la référence de la construction du plan de formation et elle est une démarche de formation pour que la théorie devienne un instrument de travail de professionnel. L'exigence des savoirs est au cœur des situations. Les savoirs en étant reliés aux compétences contribuent à professionnaliser les savoirs.

Les savoirs engagés dans l'action ont des origines différentes. Le but n'est pas de discuter les origines mais bien de les insérer dans un système d'action. Les savoirs type académiques doivent être transformés pour être intégrés à ce système d'action. Les savoirs peuvent développer l'agir des professionnels.

Une volonté de dépasser le morcellement de la formation est apparente. Cependant, il est difficile d'abandonner complètement complètement l'entrée par les savoirs au profit d'une entrée par les situations par la pratique professionnelle notamment pour les sciences contributives au métier infirmier.

- i) Au niveau des formes sociales et des modes d'apprentissage.
 - Quelles sont les orientations à donner aux contenus ?

La principale orientation est la situation professionnelle avec son analyse par la praticienne réflexive qu'est l'étudiante.

La formation théorique est réalisée sous la forme de cours magistraux (CM), de travaux dirigés (TD) ainsi que de travail personnel guidé (TPG).

Chaque unité d'enseignement est divisée dans le temps, en nombre d'heures de CM, TD et TPG. Sur la totalité de la formation 750 heures sont dédiées aux CM, 1050 heures aux TD et 300 heures aux TPG.

La répartition entre les cours magistraux et les travaux dirigés n'est plus déterminée par l'équipe pédagogique mais se trouve spécifiée dans le plan de formation.

Nous pouvons remarquer, par rapport au précédent plan de formation, une majoration du nombre d'enseignement en travaux dirigés. La formation paraît être au plus près des besoins de l'étudiant car les TD représentent 50% des 2100 heures de formation théorique.

Les formes sociales du travail sont de différents ordres soit en volée entière pour les cours magistraux soit en groupe restreint de 25 étudiants maximum pour les travaux dirigés, ou les enseignements en e-learning.

L'assistance aux cours est obligatoire pour les Travaux Dirigés.

- Qu'est ce qui se trouve au centre de l'action éducative ?
- Quels sont les espaces temps du travail éducatif ?

La transmission est le mode opératoire qui permet à l'apprenante de s'approprier des savoirs et de les transformer en connaissances (notamment les savoirs biomédicaux). L'étudiante est à la fois dans une logique de conceptualisation et d'application (théorie/pratique) et dans une logique de décontextualisation et de recontextualisation. Elle développe des capacités susceptibles de transfert dans d'autres situations rencontrées. La situation devient un espace de production de biens, de services et de compétences et l'étudiante se développe en produisant et en se formant.

Nous sommes entre les conceptions de culture d'action éducative (Barbier, 2004), la culture de l'enseignement, la culture de la formation et la culture de la professionnalisation.

j) Au niveau des intervenants.

- Quelles sont les figures emblématiques ?
- Qui sont-ils ? Dans quelle partie de la formation interviennent-ils ?

La formation des infirmières est rattachée à une université, mais elle n'est pas pour autant assurée uniquement par des universitaires. Des formatrices aux expériences de formatrices et d'infirmières très différentes sont rattachées à l'I.F.S.I. et des personnes extérieures à l'I.F.S.I., spécialistes des disciplines contributives ou des praticiens confirmés interviennent également. Des expertises multiples se côtoient grâce aux ancrages professionnels et disciplinaires.

« L'équipe pédagogique comprend des enseignants formateurs permanents qui contribuent sous l'autorité du directeur à la réalisation des missions de l'institut ».⁴⁴ Le métier d'origine des formatrices est celui d'infirmière et elles possèdent le diplôme de cadre de santé. Le texte de 2009 spécifie qu'un titre universitaire de niveau II dans les domaines de la pédagogie ou de la santé est recommandé.

Le rôle de la formatrice est repensé, avec le nouveau plan de formation, en tant qu'accompagnatrice médiatrice. Sa fonction est celle d'une référente qui aide l'étudiante à se construire une identité, à mettre à distance sa pratique et à discerner ses ressources (Altet, 2008). Elle développe des stratégies aidantes pour l'étudiante dans ses apprentissages en situation. Elle instaure une relation de confiance. Elle apprend à animer une analyse et non à faire l'analyse, mais à aider l'étudiante à construire son analyse. Elle propose des outils d'analyse pour amener l'étudiante en position de réflexivité. Elle n'est plus aujourd'hui une experte de la pratique de soins mais une experte de la formation d'adultes et possède des compétences à l'analyse des pratiques, à la production de savoirs et à la recherche.

Cependant, à ce jour, les formatrices ne sont pas toutes formées à l'analyse de pratiques. La formation de formatrices est actuellement repensée. Mais le curriculum de la formation des formatrices en soins infirmiers n'a pas évolué parallèlement à celui des soins infirmiers.

Pour M. Altet (2008), ce profil de *formateur référent* concerne les différents formateurs d'enseignants, quel que soit leur statut, enseignants-chercheurs, maitres-formateurs, formateurs chargés d'enseignement... En tant que médiateur, il facilite le dialogue entre les savoirs issus de l'expérience et ceux issus de la recherche. Nous pouvons aisément transposer ce profil aux différents formateurs en soins infirmiers.

Les formateurs rattachés ou non à l'institut de formation amènent des savoirs choisis en fonction de leurs propres ancrages théoriques et professionnels (Desjardins & Boutet, 2008) et en lien avec leurs expériences professionnelles. Ils peuvent ainsi avoir une expertise dans la gestion de l'écart entre les situations de travail rencontrées en situation clinique dites réelles et les situations standardisées.

Il peut exister des divergences, dans une formation professionnelle universitarisée, entre les professionnels qui ne sont pas des universitaires et les universitaires qui ne sont pas des professionnels du soin.

L'universitaire a parfois des difficultés à être un accompagnateur, un facilitateur dans l'organisation de situation spécifique d'apprentissage. Il est expert de sa discipline.

Quatre catégories d'acteurs ont leur rôle davantage précisé dans le plan de formation en lien avec la formation clinique. Il s'agit du maître de stage, du tuteur de stage, des professionnels de proximité et de la formatrice de l'institut de formation référent de stage.

Les rôles évoluent pour accompagner l'étudiante et lui permettre de développer ses compétences.

Le maître de stage est responsable de l'organisation du stage et cherche à mettre en place les moyens nécessaires garants de la qualité de l'encadrement. Il assure le suivi des relations avec l'institut de formation.

⁴⁴ Article 9 de l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif aux autorisations des instituts de formation préparant aux diplômes d'infirmier, infirmier de bloc opératoire, infirmier anesthésiste, puéricultrice, masseuse-kinésithérapeute, pédicure-podologue, ergothérapeute, manipulateur d'électroradiologie médicale, aide-soignante, auxiliaire de puériculture, ambulancier, technicien de laboratoire d'analyses biomédicales, cadre de santé et aux agréments de leur directeur, p.143.

Le tuteur de stage est une professionnelle expérimentée qui accompagne l'étudiante et évalue sa progression dans l'acquisition des compétences. Elle facilite l'accès des étudiants aux divers moyens de formation, elle les met en relation avec des personnes ressources. Elle prévoit des temps d'encadrement et d'échange autour de situations rencontrées. Elle est en relation avec la formatrice référente du stage. Elle conseille, aide à transférer des acquis théoriques vers la pratique, aide à analyser les expériences, à construire des savoirs à partir de leur pratique et à initier à la pratique réflexive (Altet, Paquay & Perrenoud, 2002). Elle devient ainsi dépositaire de prérogatives didactiques jusqu'alors réservées aux formatrices. Elle doit donc avoir une expertise spécifique. Elle se doit de construire de nouvelles compétences.

Le tuteur accompagne l'étudiante sur son temps de travail infirmier. Elle n'a pas de temps détaché (soit 20% pour un temps plein comme nous pouvons le voir dans les pays voisins) et surtout elle n'a pas de qualification certifiée au terme d'une formation puisqu'il n'existe pas de formation de praticien formateur en France. La délivrance d'un diplôme montrerait l'importance de la fonction tutorale dans le dispositif de formation en alternance (Jacquemet & al., 2007). Le tuteur rencontre, aujourd'hui, des difficultés d'ordre organisationnel et d'ordre qualitatif de son accompagnement.

Le tuteur accompagne l'étudiante mais au quotidien les professionnels de proximité représentent davantage la fonction d'encadrement pédagogique. Plusieurs personnes peuvent assurer ce rôle en fonction de l'organisation de la structure d'accueil. Ils ont également un rôle d'accompagnement, de guide, de facilitateur dans les situations vécues par l'étudiant. Ces professionnels travaillent en lien avec le tuteur de stage.

Tous ces professionnels du terrain mettent en place des activités pour contribuer à la production de compétences par et pour le travail chez l'étudiante en stage (Barbier, 1996) alors que leur activité principale est autre (de prendre soin des patients).

Chaque I.F.S.I. désigne une formatrice référente pour chacun des stages. Elle est ainsi en lien avec le maître de stage pour l'organisation générale des stages, en liaison régulière avec le tuteur de stage afin de suivre le parcours de l'étudiante. Elle vient accompagner également l'étudiante sur le lieu de stage et rencontrer les différents professionnels.

Il devient nécessaire aux professionnelles de l'institut de formation, d'aller davantage à la rencontre du terrain et de promouvoir l'investissement du terrain dans les instituts de formation. L'analyse d'activité, de situation, de pratique entre dans ce champ avec des co-animations, des pratiques partagées. C'est pourquoi, il nous paraît nécessaire de favoriser un travail en équipe, des rencontres entre maître de stage et formatrices. Ces temps d'échange permettraient de confronter les analyses de chacun, les points de vue, les difficultés rencontrées et pouvoir les argumenter. De plus, un dialogue régulier entre formatrices et maitres de stage permettrait aux étudiantes de ne plus se sentir confrontés à des analyses qu'ils peuvent percevoir contradictoires, sans en comprendre les tenants et les aboutissants. Des travaux de recherche menés en commun permettraient, également, de créer une culture commune (Altet, 2008).

La figure emblématique est le formateur qui organise des situations d'apprentissage pour un public d'apprenant et qui est un accompagnateur (culture de la formation et de la professionnalisation).

k) Au niveau de l'évaluation.

- Quelle est la conception de l'évaluation ?

Il s'agit de favoriser l'auto-évaluation.

Les professionnels participant à la formation comme les étudiantes peuvent s'appuyer sur un nouvel outil : le portfolio de l'étudiante. Cet outil a pour fonction de mesurer la progression de l'étudiante en stage. Ce dernier est centré sur l'acquisition de compétences, des activités et des actes infirmiers. Il est constitué de critères et d'indicateurs d'acquisition pour chaque compétence professionnelle. Il revient à l'étudiante, responsable de sa formation, de compléter le document au regard de ses apprentissages. Ce document permet de cibler les priorités et les besoins d'apprentissage de chaque étudiante. Il sert également de lien entre l'étudiante, les formatrices et les professionnels du terrain.

Les formes et les contenus de l'évaluation certificative sont en adéquation avec les modalités précisées pour chaque unité d'enseignement.

Pour les unités d'enseignement dont les savoirs sont dits contributifs aux savoirs infirmiers et les unités de méthodes de travail, les modalités d'évaluation sont pour la plupart, basées sur un contrôle de connaissances.

Pour les unités d'enseignement de savoirs constitutifs des compétences infirmières et les unités d'intégration, les modalités sont une analyse de situations.

La validité des stages repose sur la mise en œuvre des compétences requises dans une ou plusieurs situations.

Le diplôme d'Etat d'infirmière et le grade licence s'obtiennent par l'obtention des 180 crédits européens. Ces 180 crédits correspondent à l'acquisition des dix compétences du référentiel soit 120 crédits européens pour les unités d'enseignement dont les unités d'intégration et 60 crédits européens pour la formation clinique en stage.

Si nous reprenons les cultures action éducative de Barbier (2006), dans ce référentiel de formation nous repérons :

- Référence centrale : la notion de capacité et la notion de compétences.
- Représentation de l'espace temps du travail éducatif : l'espace de production de nouvelles capacités susceptibles de transfert dans d'autres situations et l'espace de production de biens et de service organisé comme un espace de développement de compétences. Cependant par moment, dans la formation des espaces de mise à disposition de savoirs sous une forme appropriable sont encore présents.
- Hypothèses sur les transformations identitaires fondant le travail éducatif : l'appropriation et le transfert et la transformation conjointe de l'acteur et de l'action.
- Figures emblématiques : Le formateur en soins infirmiers comme accompagnateur du développement professionnel et organisateur de liens autour de situations d'apprentissage.
- Représentations du public cible : l'étudiant considéré comme un apprenant et un praticien.

- Représentations des rapports avec l'environnement : conceptualisation-application (théorie/pratique) et décontextualisation-recontextualisation et transformation conjointe de l'action et de l'environnement de l'action. .
- Représentations du moteur de changement : l'apparition de nouveaux savoirs ou de nouvelles disciplines et l'apparition de nouvelles pratiques ou de nouveaux champs de pratiques.

Les trois cultures s'imbriquent et se complètent dans ce dispositif de formation. Elles interagissent dans un dispositif de formation ensemblier (Barbier, 2006).

Bilan :

Nous constatons une évolution de la formation. Des transformations se repèrent au niveau de l'organisation et du dispositif de la formation. Le plan de formation est construit à partir de la définition des activités du métier et des compétences nécessaires pour l'exercer. Le programme de 1992 a laissé la place à de nouveaux outils tels que le référentiel d'activité, de compétence et de formation. La compétence est devenu un concept clef dans l'élaboration du plan d'étude de 2009 et ainsi, une distanciation à l'égard de la notion d'objectif est réalisée. Le choix de construire des programmes de formation en lien avec les compétences apparaît être légitimé par l'évolution des théories de référence sur l'apprentissage (Legendre, 2008), notamment le passage d'un paradigme behavioriste à un paradigme cognitiviste, constructiviste ou socioconstructiviste. L'implication de l'étudiante dans ses démarches d'apprentissage et la métacognition sont majorées. La formation s'oriente vers une logique plus intégrative qui favorise davantage l'articulation entre la théorie et la pratique.

De plus, le plan d'études articulé autour du développement des compétences s'inscrit dans un mouvement de professionnalisation. Ce programme, plus que le programme par objectifs, met en avant l'autonomie professionnelle, la reconnaissance d'un savoir propre en lien avec l'activité. La notion de développement des compétences apparaît être reliée aux rapports entre savoirs et agir (Barbier, 1996). Que faut il savoir pour agir ? Quels savoirs sont tirés des pratiques ? Il est nécessaire de disposer des savoirs pour agir et également de les investir dans l'action. Les savoirs théoriques ont pour but de faire comprendre et sont des outils au service de l'action et au service de la compréhension de l'action. Ainsi la formation se doit d'apprendre aux étudiantes à transformer les savoirs théoriques en savoir d'action (Legendre, 2008). Elle est organisée sur le travail professionnel en lien avec les compétences et non plus sur une organisation académique avec des modules de savoirs. Les savoirs sont des ressources pour le développement de compétences. Leur statut change.

Nous pouvons, à présent, compléter le tableau de synthèse réalisé dans la partie sur l'histoire des soins infirmiers, avec les ressources nécessaires pour exercer la profession infirmière.

PERIODES	RESSOURCES
Dès l'origine de l'humanité.	<ul style="list-style-type: none"> - Observation, compréhension des situations. - Aptitudes à discerner. - Jugement critique.
Du Moyen âge à la fin de XIXème siècle.	<ul style="list-style-type: none"> - Savoirs sur le rapport à Dieu et à la religion. - Qualités requises pour appliquer des tâches.
De la fin du XIXème siècle aux années 30	<ul style="list-style-type: none"> - Valeurs morales et religieuses. - Qualités et attitudes requises. - Savoirs théoriques : hygiène, anatomie, physiologie, pathologie (discipline médicale).
Des années 30 aux années 60. Plan de formation de 1951	<ul style="list-style-type: none"> - Qualités humaines. - Savoirs théoriques = savoirs disciplinaires. Il s'agit des savoirs des sciences médicales et pharmacologiques. - Savoirs pratiques = savoirs procéduraux, savoir faire, savoir appliquer, habiletés techniques.
Des années 60 aux années 2000. Plan de formation de 1961	<ul style="list-style-type: none"> - Qualités humaines et relationnelles. - Savoirs théoriques = savoirs disciplinaires (savoirs des sciences médicales : anatomie, physiologie pathologies et pharmacologie). Savoirs centrés sur les pathologies. - Savoirs pratiques = savoirs procéduraux, savoir faire centrés sur les techniques de soins réalisés en milieu hospitalier.
Plan de formation de 1972	<ul style="list-style-type: none"> - Qualités humaines et relationnelles. - Savoirs théoriques = savoirs disciplinaires (savoirs des sciences médicales et pharmacologiques). - Savoirs pratiques = savoirs procéduraux, savoirs faire, et le savoir agir en tenant compte de l'environnement et des ressources de la personne soignée. <p><u>Corpus de savoirs propres</u> : concepts de soins infirmiers et de plan de soins infirmiers. Le modèle de Virginia Henderson est enseigné.</p>

Plan de formation de 1979	<ul style="list-style-type: none"> - Savoirs théoriques = savoirs disciplinaires (savoirs des sciences médicales et pharmacologiques et savoirs des sciences humaines). - Savoirs pratiques = savoirs faire, savoirs procéduraux centrés sur les techniques de soins réalisés en milieu hospitalier et le savoir agir en comprenant une situation en analysant l'environnement et les ressources de la personne soignée. <p><u>Corpus de savoirs propres</u>: idem plan de formation de 1972 + apparition de la démarche de soins infirmiers (raisonnement clinique infirmier).</p>
Plan de formation de 1992.	<ul style="list-style-type: none"> - Savoirs théoriques = savoirs disciplinaires (savoirs biomédicaux (anatomie, physiologie, pathologie, recherche diagnostique, pharmacologie), savoirs des sciences humaines et des sciences sociales, savoirs dans les domaines de la législation, la déontologie et du droit, de la santé publique, l'économie de la santé et les politiques de santé). - Savoirs expérientiels = savoirs procéduraux, savoirs faire, savoirs pratiques. - Savoir - être = savoir se conduire, savoir se comporter, attitudes professionnelles manifestées dans le milieu du travail ; des attitudes propres à la personne (avec ses valeurs, ses croyances et son éthique); attitudes tournées vers l'autre et des attitudes tournées vers l'action. Il peut prendre sa source dans les valeurs humanistes (sens de l'éthique, respect de la dignité de la personne...). <p><u>Corpus de savoirs propres</u>: Concepts des soins infirmiers (personne, santé et environnement) ; modèles et théories des soins infirmiers mais enseignement unique du modèle de V.H⁴⁵ ; démarche clinique : raisonnement clinique, raisonnement diagnostic et raisonnement thérapeutique (pose de diagnostic infirmier)</p>
Depuis 2009	<ul style="list-style-type: none"> - Savoirs théoriques = <ul style="list-style-type: none"> . savoirs dits contributifs aux savoirs infirmiers : sciences biologiques et médicales ; sciences humaines, sociales ; droit ; anglais et sciences de l'éducation. . savoirs constitutifs des compétences infirmières : savoirs infirmiers de référence (sciences et techniques infirmières et la posture professionnelle). - Savoirs d'action = compétences pratiques, capacités, savoirs d'expérience, habiletés acquises dans l'action et par l'action <p>Transformation des savoirs en savoirs professionnels.</p> <p><u>Corpus de savoirs propres</u>: paradigme, théorie, modèle, courant de pensée, concepts en soins infirmiers ; démarche de recherche et de développement de la pensée critique par rapport aux théories de soins ; démarche clinique.</p>

⁴⁵ Lire : Virginia Henderson.

Conclusion

Il nous est apparu nécessaire, dans cette recherche, de clarifier la nature des soins infirmiers et non pas le profil de l'infirmière ou le profil de ce qui est attendu et de ce que l'infirmière doit faire ; et ceci afin de repérer le processus de professionnalisation.

Au travers d'une analyse sociohistorique de l'évolution des soins infirmiers, nous avons mis en évidence que le processus de professionnalisation s'est réalisé autour du rôle de l'infirmière avant de se construire autour des soins infirmiers. Le rôle idéologique et le rôle moral ont dominé les assises des pratiques de soins pendant de longues années. Puis le rôle technique est apparu, représentant la base du travail de l'auxiliaire médical.

Nous avons pointé comment la discipline infirmière s'est développée au cours du temps, de manière empirique puis autour de la religion et en lien avec le modèle biomédical. Et, nous avons exploré comment depuis, le XX^e siècle, les rôles de l'infirmière et les pratiques de soins rencontrent des évolutions permanentes qui augmentent le champ d'activité et d'exercice. Le rôle infirmier a été remplacé par la fonction infirmière et aujourd'hui par les compétences infirmières. A présent, les soins infirmiers sont identifiés de même que leur nature et les éléments qui participent à leur élaboration (compétences, ressources et savoirs). Nous sommes ainsi passés d'une définition de l'infirmière à une identification des pratiques de soins et à une identification des soins infirmiers. Ces soins infirmiers ont, récemment, évolué au regard des besoins évolutifs de la société en matière de santé et également autour de courants et de concepts tels que les concepts de santé, de personne, d'environnement et de soin. Cependant, ils apparaissent être, encore aujourd'hui, définis par plusieurs acteurs ou groupes d'acteurs. Les médecins contrôlent, toujours, les frontières du champ professionnel infirmier, et l'état se veut de contrôler les activités au nom de la santé des individus dans un système de santé efficient garantissant des prestations de qualité et de sécurité.

Nous avons pu montrer que les différents contextes historiques, économiques, politiques et sociaux ont contribué à l'évolution des soins infirmiers.

Ensuite, nous avons tenté de définir les savoirs et de situer leur évolution en lien avec les transformations de la formation. A partir du Moyen-âge, les femmes ont été dépossédées de ce qui avait trait directement à leur fonction soignante et ont perdu leur savoir propre. Les savoirs ont ensuite préparé les acteurs à leurs rôles dévolus (idéologique et moral puis technique). Nous avons pu repérer que ces différents rôles ont été forgés à partir de la conception des programmes de formation et qu'en effet, la formation mettait en avant ces rôles et semblait les construire. Nous avons reconnu que les savoirs théoriques étaient à prédominance biomédicales et centrés sur la maladie jusqu'en 1972 et que les savoir faire étaient centrés sur les techniques des soins. Un corpus de savoir propre émerge avec les théories de soins infirmiers et la démarche de soins infirmiers. Nous remarquons que les savoirs nécessaires pour exercer ne font que s'accroître.

Nous avons pu confirmer l'hypothèse 1 : les savoirs de référence pour l'activité professionnelle des soins infirmiers proviennent bien, suivant les périodes historiques, de différentes origines ainsi que l'hypothèse 2 : les contextes politiques, sociaux, économiques et culturels influencent la formation des professionnels des soins infirmiers et les savoirs dispensés en formation.

Les analyses des deux derniers plans de formation (1992 et 2009) nous ont permis de repérer

les évolutions récentes des savoirs. Relevons le passage d'une capacité à mobiliser des savoir (savoir, savoir faire et savoir être) à un développement de compétences et d'articulation entre savoirs théoriques et savoirs d'action. Afin d'améliorer le processus de professionnalisation, il apparaît essentiel d'éviter de maintenir les dominances médicales et de favoriser une approche disciplinaire qui introduit des corpus de savoirs propres. Nous avons pu pointer l'émergence de la reconnaissance d'un corps de savoirs propres, d'une reconnaissance de savoirs communs à un groupe professionnel et d'une reconnaissance de liens indispensables entre ces différents savoirs. Le modèle d'organisation des savoirs infirmiers est davantage basé sur une typologie avec une progressive émancipation de la discipline et de sa professionnalisation. Les savoirs ne sont pas tous validés par une communauté scientifique mais sont à construire et ils constituent un ensemble de savoirs de natures différentes. La pratique infirmière suppose donc un savoir produit par le champ et également un savoir issu d'autres disciplines.

La formation, depuis 2009, est à la fois universitaire et professionnelle avec, comme le définissent Lessard et Bourdoncle (2002) cités par Beckers (2007, p. 220), un ancrage de l'action professionnelle sur des savoirs de haut niveau et l'exigence de processus cognitif de haut niveau, chez les étudiants, dans la réflexion sur l'action et à la lumière de ces savoirs. Elle se caractérise par la construction de savoirs professionnels pour l'apprenante. Ces savoirs professionnels se développent autour des savoirs théoriques (scientifiques, institutionnels) et de savoirs d'action (pratiques et expérientiels). La formation amène l'étudiante à s'approprier les concepts qui représentent l'essence même de la pratique. L'apprentissage du raisonnement clinique et son développement critique par les analyses de pratique et/ou de situations permet de développer la pratique réflexive. Dans ce programme, est amené l'approche de différentes théories et de modèles pour réaliser une lecture plus affinée de la personne et sa prise en soin. Ces concepts sont présentés comme des outils de travail à relier à sa pratique. Cependant l'utilisation unique, dans les lieux de travail, de la conception de Virginia Henderson réduit l'appropriation d'autres théories aux étudiantes et ne facilite pas la relation entre les professionnelles et les étudiantes.

Il est évident que le référentiel de formation a été mis en place rapidement (diffusé en juillet 2009 pour être appliqué dès septembre 2009), ce qui n'a pas favorisé les échanges avec les différents professionnels.

L'hypothèse 3, la construction d'un corps de savoirs contribue au processus de professionnalisation des soins infirmiers et de leur formation, semble se vérifier.

Ce travail a permis de réaliser que pour comprendre les logiques de professionnalisation, il faut comprendre les évolutions des pratiques. La professionnalisation des soins infirmiers implique, aujourd'hui, de se questionner sur l'activité, le métier, la formation, les savoirs et les compétences. La logique de compétences, articulée dans le plan de formation de 2009, est présente le travail comme une des finalités de la formation (avec la construction de l'identité professionnelle). Les situations de travail et la formation deviennent de plus en plus perméables. L'acte de travail devient davantage acte de formation puisqu'il est accompagné d'une analyse sur lui-même (Barbier, 2006) et la formation est intégrée à l'action et au travail avec la construction de dispositif articulant les acquisitions en situation de formation et les acquisitions en situation de travail (Barbier, 2006).

L'analyse du travail comme démarche de formation apparaît enfin, crédible, reconnue et légitime.

Cette recherche comporte des limites. Nous constatons qu'il manque des notions autour de l'évolution de la notion de travail et de l'analyse du travail. Nous réalisons que pour comprendre les logiques de professionnalisation, nous aurions du aborder la compréhension

des mutations du travail (recherche de flexibilité, d'adaptation, fluidité de circulations des individus...).

La problématique a permis de mettre en avant des facettes déjà connues du phénomène et apportées par différents auteurs et surtout de les mettre en liens avec une analyse des différents contextes et des plans de formation récents. Les hypothèses auraient pu être davantage précises et moins larges. A ce stade de la recherche, nous repérons qu'elles correspondent à des hypothèses trop générales.

Ainsi, ce mémoire a interrogé les savoirs présents dans la formation des professionnelles des soins infirmiers, mais il ne peut répondre à lui seul à la question du processus de professionnalisation des soins infirmiers. Pour Dubar (1991), la professionnalisation se construit par et dans l'élaboration identitaire qui dépend d'une reconnaissance par les autres, des compétences et des savoirs produits. Nous n'avons pas soulevé de questionnements autour de l'identité professionnelle.

Il nous apparaît, au regard des éléments d'analyse, que la formation vise à anticiper la liaison entre compétences et emplois au regard du contexte socio-économique-politique. Elle semble aussi préparer à un métier tout en prenant en considération l'exercice de ce métier (le contexte sociologique de son évolution, la réalité des situations de travail, l'activité des professionnels dans ces situations). Elle sert à amorcer la construction des compétences et de l'identité professionnelle. Elle vise, également, la fabrication d'un nouveau genre de professionnelle. Ces réflexions nous amène à nous questionner sur les enjeux de la construction identitaire au regard du changement probable de la formation en soins infirmiers.

Il est clair, qu'aujourd'hui, nous sommes dans une démarche métier, qui consiste à penser le métier à partir des besoins de santé de la population et les besoins en professionnels de santé. Ainsi les référentiels d'activités et de compétences en découlent, de même que dans une suite logique, les référentiels de formation et les diplômes nécessaires. Les pratiques en soins infirmiers s'adaptent aux besoins de la population en lien avec les besoins démographiques des professions de la santé.

Le paradigme est inversé :
besoins → activités → compétences → métier → formation → diplôme
et non plus :
formation → diplôme → métier.

Le référentiel de formation de 2009 nous apparaît comme un tremplin. Cette réforme curriculaire ne se limite pas à un changement de programme mais touche le système de santé et le système des professionnels de la santé. Elle est contextualisée, socialement, historiquement et culturellement. Le référentiel de formation de 2009 est le cadre de référence de la formation initiale, il permet de penser et également de repenser le métier.

Dans le paysage de la formation en France, se dessinent plusieurs orientations telles que la création de Haute Ecole en Santé ou une intégration à l'université ou la création d'instituts régionaux. La pratique des soins infirmiers requiert un niveau de compétences, des savoirs de référence issus de la recherche et issus de l'expérience et une autonomie pour faire face à la complexité des situations rencontrées. Cependant, il s'avère indispensable, en tant que professionnelles des soins infirmiers et en tant que professionnelles de la formation en soins infirmiers de réfléchir à l'identité professionnelle de demain au regard de ces évolutions à venir.

Références bibliographiques

- Altet, M. (2000). L'analyse des pratiques. Une démarche de formation professionnalisante ? *Recherche et formation*, 35, 25-41.
- Altet, M., Paquay, L., Perrenoud, Ph. (2002). Introduction. In M. Altet, L. Paquay et Ph. Perrenoud (Ed), *Formateurs d'enseignants : quelle professionnalisation ?* (pp.7-16). Bruxelles : De Boeck.
- Altet, M. (2008). Rapport à la formation, à la pratique, aux savoirs et reconfiguration des savoirs professionnels par les stagiaires. In Ph. Perrenoud, M. Altet, C. Lessard & L. Paquay (Ed). *Conflits de savoirs en formation des enseignants. Entre savoirs issus de la recherche et savoirs issus de l'expérience* (pp. 91-105). De Boeck. Bruxelles.
- AMIEC recherche (2005). *Dictionnaire des soins infirmiers et de la profession infirmière*. France : Edition Masson.
- Attewell, A. (2000). (1820-1910). Perspectives : revue trimestrielle d'éducation comparée. Paris, Unesco : Bureau international d'éducation, vol. XXVIII, n°1, mars 1998 p. 173-189 http://www.ibe.unesco.org/fileadmin/user_upload/archive/publications/ThinkersPdf/nightinf.PDF
- Baly M. E. (1993). *Florence Nightingale à travers ses écrits*. Paris : InterEditions.
- Barbier, J.M., (1996). (Ed) *Savoirs théoriques et savoirs d'action*. Paris : PUF.
- Barbier, J.M. (2006). Les voies nouvelles de la professionnalisation. In Y. Lenoir, & M.H. Bouillier-Oudot (Ed.), *Savoirs professionnels et curriculum de formation* (pp. 67-81). Sainte-Foy : Presse de l'Université de Laval.
- Beckers J. (2007). Compétences et identité professionnelles. L'enseignement et autres métiers de l'interaction humaine. *Pédagogies en développement*. De Boeck. Belgique.
- Bourdoncle, R. (2000). Autour des mots « professionnalisation, forme et dispositifs ». *Recherche et formation*, 35, 117-132.
- Bourdoncle, R. (2007). Autours du mot « universitarisation ». *Recherche et formation* 54, 135-149.
- Catanas, M., (2007). De la question de l'universitarisation des soins infirmiers. *Cadre de santé.com/spip/spip.php* article 344.
- Cazes, M. (1993) in *Dossier de Soins, Guide d'implantation*, pp. 15.
- Chevallard, Y. (1985). *La transposition didactique - Du savoir savant au savoir enseigné*. La Pensée sauvage, Grenoble.
- Collière, M.F. (1998). *Promouvoir la vie, de la pratique des femmes soignantes aux soins*

infirmiers. Paris : Interéditions Masson.

Correa Molina, E., Gervais C. & Rittershaussen, S. (2008). *Vers une conceptualisation de la situation de stage: explorations internationales*. Sherbrooke : Éditions du CRP.

Crahay, M. (2006). Dangers, incertitudes et incomplétude de la logique de la compétence en éducation. *Revue française de pédagogie*, 154, 97-109.

Debout C. (2008a). Les théories de soins infirmiers, un retour sur l'histoire. *Soins. La revue de référence infirmière*, 724, 28-31.

Debout C. (2008b). Théories de soins infirmiers, petit guide à l'usage des utilisateurs. *Soins. La revue de référence infirmière*. 724, 32-37.

Desjardins, J. & Boutet, M. (2008). De l'organisation du système de formation à la concertation des acteurs : pour une médiation des savoirs. In P. Perrenoud, M. Altet, C. Lessard & L. Paquay (Ed.), *Conflits de savoirs en formation des enseignants. Entre savoirs issus de la recherche et savoirs issus de l'expérience*. (pp. 155-168). Bruxelles : De Boeck - Collection Perspectives en éducation et formation

Desjardins, J. & Hensler, H. (2009). À la recherche d'une cohérence dans les programmes de formation à l'enseignement. Le rôle des acteurs et la prise en compte des caractéristiques organisationnelles. (dir.), *L'université peut-elle vraiment former les enseignants? Quelles tensions? Quelles modalités? Quelles conditions?* (pp. 145-159). Bruxelles : Éditions de Boeck université.

Develay, M. (1994). *Peut-on former les enseignants ?* Collection pédagogies. Paris.

Dubar, C. (1991). *La socialisation : construction des identités sociales et professionnelles*. Paris : Armand Colin.

D'Yvernois J.F. & Gagnayre R. (2011). *Apprendre à éduquer le patient*. 4^e édition. Edition : Maloine. France.

Ehrenreich S. & English A. (2005). *Sorcières, sages femmes, infirmières*. Edition : Temps modernes.

Fornerod, P. (2005). La pratique du soin infirmier au XXI^e siècle. Repères conceptuels d'une pratique réflexive. *Cahiers de la section des sciences de l'éducation*. N°106. 209 pages.

Hesbeen, W. (1997). *Prendre soin à l'hôpital. Incrire le soin infirmier dans une perspective soignante*. Paris : Edition Masson.

Hofstetter R. & Schneuwly B. (Ed). (2009). *Savoirs en (trans)formation. Au cœur des professions de l'enseignement et de la formation. Raisons éducatives*. Bruxelles : De Boeck.

Jacquemet S, Türkal L, Graber M. (2007). La formation pratique dans un dispositif de formation en alternance : les conditions de l'action du formateur de terrain. In F. Merhan, Ch. Ronvaux et S. Vanhulle (Ed). *Alternance en formation. Raison Educative* (pp 183-199). De Boeck.

Jonnaert, P., Ettayebi, M. & Defise, R. (2009) *Curriculum et compétences. Un cadre opérationnel*. Bruxelles : De Boeck.

Le Boterf, G (1998). *Construire les compétences individuelles et collectives*. Paris : Editions d'Organisation

Le Boterf, G. (2002). *Développer la compétence des professionnels*. Paris : Editions d'organisation.

Legendre, M.F. (2008). La notion de compétence au cœur des réformes curriculaires : effet de mode ou moteur de changements en profondeur ? In F. Audigier, N. Tuttiaux-Guillon (Ed) *Compétences et contenus. Les curriculums en question. (Perspective en éducation et formation)* (pp. 27-50). Bruxelles De Boeck.

Lussi Borer, V. (2009). Les savoirs: un enjeu crucial de l'institutionnalisation des formations à l'enseignement. In R. Hofstetter & B. Schneuwly, (Ed.). *Savoirs en (trans)formation: au cœur des professions de l'enseignement et de la formation. Raison éducative* (pp. 41-58). Bruxelles: De Boeck.

Magnon, R. (2006) *Les infirmières : identité, spécificité et soins infirmiers*. Paris : Masson

Maroy C. et Cattonar B. (2002). Professionnalisation ou déprofessionnalisation des enseignants ? *Cahier de recherche du GIRSEf (Groupe interfacultaire de recherche sur les systèmes d'éducation et de formation)*, 18, 1-27.

Maubant Ph. (2007). Penser l'alternance comme logique de professionnalisation des enseignants. In F. Merhan, C. Ronvaux & S. Vanhulle (Ed), *Alternance en formation. Raison Educative*, 11, 67-82. Bruxelles : De Boeck.

Maulini, O., (2006). Explication et implication : la dialectique de la réflexion et de l'action dans la réalisation d'un curriculum de formation professionnelle. In Y. Lenoir, M.H. Bouillier-Oudot (Ed). *Savoirs professionnels et curriculum de formation* (pp 262-295). Laval.

Mura, L. (2010). La réforme des études d'infirmier, entre légitimité, volonté des acteurs et temps d'appropriation. *Soins Cadres* 74, 45-48.

Niewiadomski, C. (2002). Place des savoirs théoriques, expérientiels et existentiels dans la formation des professionnels de santé. L'apport des histoires de vie. *Perspectives soignantes* 14-15, 200-216. Lausanne : Seli Arslan,

Perisset, D. (2012). Mais pourquoi parle-t-on tellement de *professionnalisation* ? Réflexion autour d'un concept polymorphe. Communication personnelle. MAS « théories, pratiques et dispositifs de formation d'enseignants ». Université de Genève, section sciences de l'éducation.

Pellegrini S., (2010). Le mentor en formation d'enseignants : plus qu'un accompagnateur ! *Cahiers de la section des sciences de l'éducation*, 126.

Perrenoud, Ph., (2001a). *Construire un référentiel de compétences pour guider une formation professionnelle*. Université de Genève, Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation. http://www.unige.ch/fapse/SSE/teachers/perrenoud/php_main/php_2001/2001_33.html

Perrenoud, Ph., (2001b). *La place de l'analyse du travail réel en formation initiale : transposition et dispositifs*. Université de Genève, Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation.

http://www.unige.ch/fapse/SSE/teachers/perrenoud/php_main/php_2001/2001_28.html

Perrenoud Ph. (2001c). *Mettre la pratique réflexive au centre du projet de formation*. Université de Genève, Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation. http://www.unige.ch/fapse/SSE/teachers/perrenoud/php_main/php_2001/2001_02.html

Perrenoud Ph. (2001d). Articulation théorie-pratique et formation de praticiens réflexifs en alternance. In P., Lhez, D., Millet et B., Seguier (Eds). *Alternance et complexité en formation* (pp. 10-27). Paris : Edition Seli Arslan.

Perrenoud Ph., Altet M., Lessard C.& Paquay L. (2008). (Ed). *Conflits de savoirs en formation des enseignants. Entre savoirs issus de la recherche et savoirs issus de l'expérience*. De Boeck. Bruxelles. 266 pages.

Poisson, M. (1998), *Origines républicaines d'un modèle infirmier 1870 – 1900*. Editions Hospitalières.

Remoussenard, P. (2010). Des liens entre besoin de connaissance du travail et perspectives de professionnalisation. *Les dossiers des sciences de l'éducation*. N°24. Presse universitaire du Mirail. France.

Roegiers, M. (2010), *La pédagogie de l'intégration. Des systèmes d'éducation et de formation au cœur de nos sociétés*. Bruxelles : De Boeck.

Sieberg C. (2003). L'évolution du rôle de formateur. (In) A. Goudeaux, N. Loraux & C. Sliwka. *Formateurs et formation professionnelle. Fonction cadre de santé*. (pp.19-42). Rueil-Malmaison : Editions Lamarre.

SIDIIEF. (2011). *Mémoire. La formation universitaire des infirmières et des infirmiers. Une réponse aux défis des systèmes de santé*. http://www.sidiief.org/Accueil/7_0_Publications/7_1_PublicationsSIDIIEF/~/media/Files/7_0_Publications/7_1_PublicationsSIDIIEF/7_1_1_Profil_Formation/Resume-Memoire-pp.VI-XI.ashx

Vanhulle S., Merhan F. & Ronveaux C. (2007a) Introduction Du principe d'alternance aux alternances en formation des adultes et des enseignants : un état de la question. In F. Merhan, C. Ronvaux & S. Vanhulle (Ed), *Alternance en formation* (Raisons Educatives N°11, pp. 7-45). Bruxelles : De Boeck.

Vanhulle S., Mottier Lopez L. & Deum M. (2007b) La co-construction de soi et de ses savoirs professionnels comme effet de l'alternance : quels indicateurs ? F. Merhan, C. Ronvaux et S.

Vanhulle (Ed), *Alternance en formation*. (Raison Educative, N°11, pp. 241-257). Bruxelles : De Boeck.

Vanhulle S. (2008). Au cœur de la didactique professionnelle la subjectivation des savoirs. In Y. Lenoir & P. Pastré (Dir). *Didactique professionnelle et didactiques disciplinaires en débats : un enjeu pour la professionnalisation des enseignants*. (pp. 227-255). Toulouse : Octarès.

Vanhulle S. (2009). Dire les savoirs professionnels : savoirs de référence et logiques d'action. Hofstetter R. Schneuwly B. (Eds). *Savoirs en (trans)formation. Au cœur des professions de l'enseignement et de la formation* (Raisons éducatives, pp.245-263). Bruxelles : De Boeck.

Wittorski R. (2004). Les rapports théorie-pratique dans la conduite de dispositif d'analyse de pratiques. *Education permanente*, 160.

Wittorski R. (2010). La professionnalisation : d'un objet social à un objet scientifique. *Les dossiers des sciences de l'éducation*, 24. Presse universitaire du Mirail. France.

Sources

1) Séries de documents sur lesquels nous avons travaillé.

Circulaire ministérielle n°DHOS /MOPC/RH1/2009/299 du 28 septembre 2009 relative au programme hospitalier de recherche infirmière pour 2010. Ministère de la santé

Code de la santé publique, quatrième partie, livre III, titre 1^{er}.

Loi n°78-615 du 31 mai 1978 modifiant les articles L.473 (DEFINITION DE LA PERSONNE EXERCANT LA PROFESSION D'INFIRMIERE),

Loi n° 2006-1668 du 21 décembre 2006 portant création d'un ordre national des infirmiers.

Curriculum de 1992 :

- des textes relatifs aux conditions d'accès à la formation; l'arrêté du 23 mars 1992 modifié relatifs aux conditions d'admission dans les instituts de formation en soins infirmiers préparant au diplôme d'Etat d'infirmier et l'arrêté du 5 janvier 2004 relatif aux dispenses de scolarité susceptibles d'être accordées aux candidats titulaires d'un diplôme étranger d'infirmier sollicitant l'autorisation d'exercice de la profession en France en vue de la préparation du diplôme français d'Etat d'infirmier.
- des textes relatifs à la formation ; les dispositions législatifs applicables aux instituts de formation paramédicaux avec quatre thématiques :
 - o les compétences respectives de l'Etat et de la Région les articles L4383-1 à L4383-6 du code de la santé publique
 - o l'organisation des études avec les articles D4311-16 à D4311-23 du code de la santé publique
 - o le fonctionnement des instituts de formation avec l'arrêté du 21 avril 2007 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux et l'arrêté du 30 mars 1992 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation des instituts de formation en soins infirmiers
 - o le programme des études avec l'arrêté du 23 mars 1992 relatifs aux conditions d'admission dans les instituts de formation en soins infirmiers préparant au diplôme d'Etat d'infirmier.
- le programme des études conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier et d'infirmière, l'annexe à l'arrêté du 23 mars 1992 relatifs aux conditions d'admission dans les instituts de formation en soins infirmiers préparant au diplôme d'Etat d'infirmier.
- le texte relatif à l'évaluation au cours de la formation ; arrêté du 6 septembre 2001 relatif à l'évaluation continue des connaissances et des aptitudes acquises au cours des études conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier et d'infirmière.
- les textes relatifs à l'exercice de la profession, extraits du code de la santé publique, partie législative, livre III, titre 1^{er} ; partie réglementaire, livre III, titre 1^{er}.

Curriculum de 2009 :

- les textes relatifs à la formation :
 - o accès à la formation et organisation des études ; l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'état d'infirmier et l'article D. 4311-16 à D. 4311-23 du Code de la santé publique,
 - o Le garde de licence, décret n°2010-1123 du 23 septembre 2010 relatif à la délivrance du grade de licence,
 - o Le programme de formation et ses annexes à l'arrêté du 31 juillet 2009 : le référentiel d'activités, le référentiel de compétences et le référentiel de formation en soins infirmiers et le contenu des enseignements,
 - o Les frais de transport et indemnités de stage.
- les textes relatifs au fonctionnement des instituts de formation :
 - o les compétences respectives de l'Etat et de la région ; les articles L. 4383-1 à L. 4383-6 du Code de la santé publique et les articles R. 4383-2 à R. 4383-5 du Code de la santé publique,
 - o le fonctionnement des instituts de formation ; arrêté du 21 avril 2007 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux,
 - o la circulaire interministérielle N°DHOS/RH1/DGESIP/2009/202 du 9 juillet 2009 relative au conventionnement des instituts de formation en soins infirmiers (IFSI) avec l'université et la région dans le cadre de la mise en oeuvre du processus Licence-Master-Doctorat (LMD)
 - o autorisations des instituts de formations, arrêté du 31 juillet 2009 relatif aux autorisations des instituts de formation préparant aux diplômes d'infirmier, infirmier de bloc opératoire, infirmier anesthésiste, puéricultrice, masseur-kinésithérapeute, pédicure-podologue, ergothérapeute, manipulateur d'électroradiologie médicale, aide-soignante, auxiliaire de puériculture, ambulancier, technicien de laboratoire d'analyses biomédicales, cadre de santé et aux agréments de leur directeur.
- les textes relatifs à l'exercice de la profession.

Rapport de Y. Berland, & T. Gausseron (2002) concernant *les Missions des démographies des professions de santé*. Editeur Ministère de la Santé, de la famille et des personnes à handicaps. France.

Rapport de Y. Berland (2003) concernant *la Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences*.

Rapport de l'O.N.D.P.S. (2006) concernant *les Cinq expérimentations de coopération et de délégation de tâches entre professions de santé*.

Rapport de la Haute Autorité de la Santé *concernant la Formation des professionnels pour mieux coopérer et soigner*. 2006.

Rapport de la Haute Autorité de la Santé Observatoire National de la Démographie des Professionnels de la Santé (2011) concernant les *Délégations, transferts, nouveaux métiers. Les nouvelles formes de coopération entre professionnels de la santé*.

2) Textes qui nous ont aidé à réfléchir.

Bourdoncle, R. et Lessard, C. (2003). Qu'est ce qu'une formation professionnelle universitaire ? Les caractéristiques spécifiques : programmes, modalités et méthodes de formation. *Revue française de pédagogie*, 142, 131-181.

Debout C. (2008c). Les théories de soins infirmiers 1/2. Repenser l'identité soignante. *Soins. La revue de référence infirmière*, 724, pp. 27.

Debout C. (2008d). Les théories des soins infirmiers 2/2. Des points de vue divergents. *Soins. La revue de référence infirmière*, 725, pp. 37.

Ecole Nationale de Santé Publique (2005). *Accréditation de dispositifs de formations supérieures professionnelles , référentiel qualité , direction de l'évaluation et du développement pédagogique*. Rennes

Favetta V. & Feuillebois-Martinez B. (2011). Prendre soin et formation infirmière. *Recherche en soins infirmiers*, 107, 60-75.

Feroni I. & Kober A. (1995) L'autonomie des infirmières. Une comparaison France/Grande-Bretagne. In: *Sciences sociales et santé* Volume 13, n°3, 1995. pp.35 68.
http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/sosan_0294-0337_1995_num_13_3_1336

INFIPP, (1994). *Du soin à la personne. Démarche et dossier de soins. Réflexion et Pratique*, Lyon , 3^e édition.

Maulini, O. & Perrenoud Ph. (2009). La structuration des savoirs dans un curriculum de formation professionnelle. In R. Etienne, M. Altet, C. Lessard, L. Paquay, (Ed) & Ph. Perrenoud. *L'université peut-elle vraiment former les enseignants. Perspective en éducation & formation*. De Boeck.

Nadot, M. (25-28 mai 2003) 2e congrès mondial des infirmières et infirmiers francophones, Montpellier. [Page Web]. Accès : <http://www.mno.ch/publi/auteurs/mna.html>

Neves C., Malaquin-Pavan E. & Debout C. (2008). Modèles conceptuels et théories de soins, caractéristiques et utilisation pratique. *Soins. La revue de référence infirmière*, 724, 38-43.

Neves C. (2008). Raisonnement clinique et modèles conceptuels, quelle dynamique pédagogique ? *Soins. La revue de référence infirmière*, 724, 44-47.

Stroobants M. (2010). Les compétences professionnelles comme puissance de négociation. *Les dossiers des sciences de l'éducation*. N°24. Presse universitaire du Mirail. France.

Taldir B. (2010). Le sens du soin : approche des théories de soins infirmiers en IFSI. *Objectifs soins. La revue de management des cadres de santé*, 188, 19-22.

Wittorski, R. (2005) *Formation, travail et professionnalisation*. Paris : L'Harmattan.

ANNEXE I

Collière, M.F. (1998). *Promouvoir la vie, de la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers, pp. 32-33.* Paris : Interéditions Masson.

ASSURER LE MAINTIEN
DE LA VIE

LES FEMMES

L'IMAGE DU CORPS

PRATIQUES DE SOINS ASSURÉS PAR

les femmes / matrones / guérisseuses / concubines / les garde-malades / les esthéticiennes

FAIRE

RECULER LA MORT

ASSURER
LA
CONTINUITÉ
DU GROUPE
DE
L'ESPÈCE

guerriers soignants

shamans

DÉNONCER

sorciers

LE MAL

prêtres / clercs

médecins

barbiers

chiropracteurs

chirurgiens

rebouteurs

infirmiers militaires

infirmiers de

l'assistance sociale

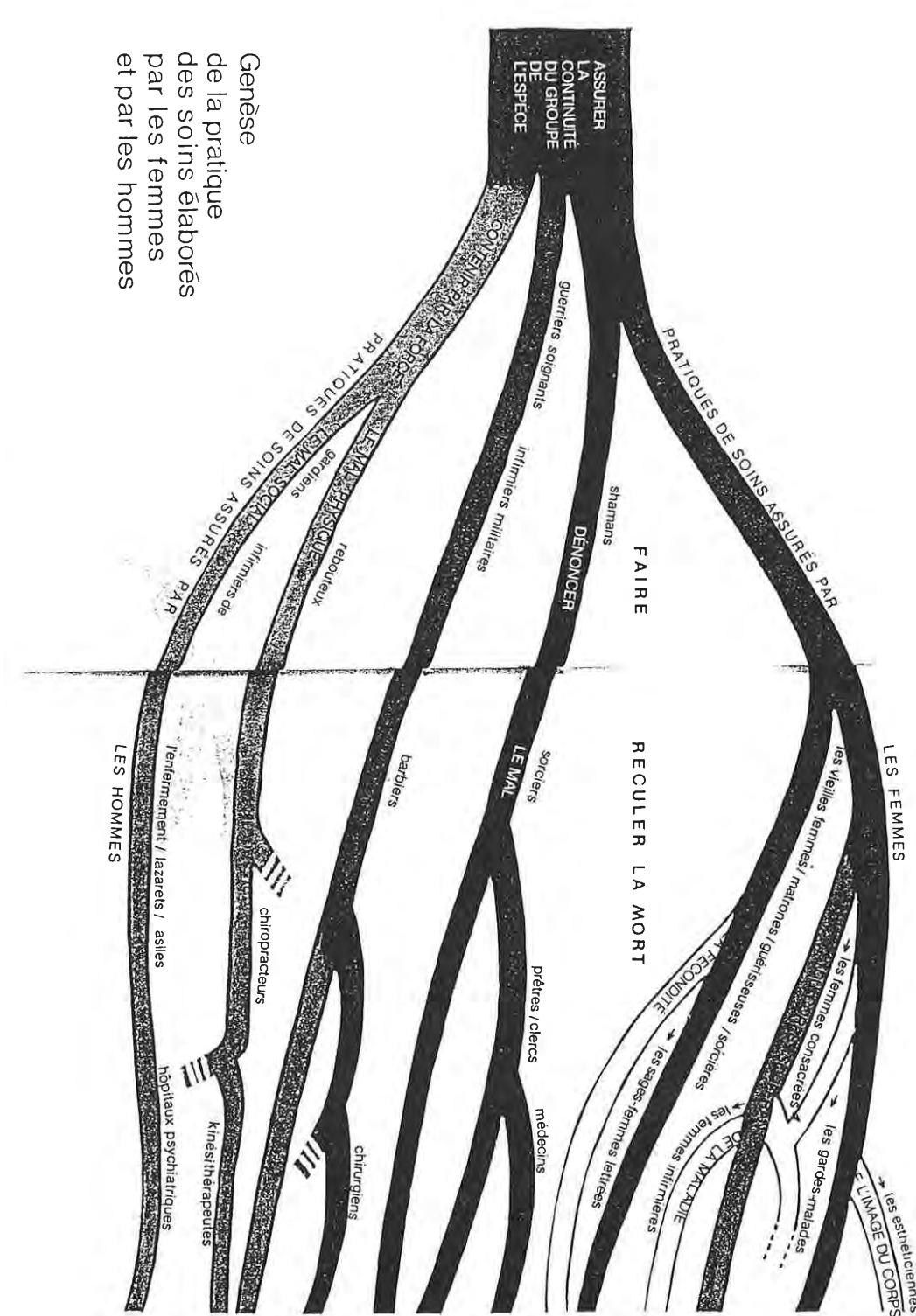
infirmiers de

l'hôpital psychiatrique

Genèse
de la pratique
des soins élaborés
par les femmes
et par les hommes

ASSURES
PAR

LES HOMMES



ANNEXE II

Extraits du programme des études conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier et d'infirmière de 1992.

PROGRAMME DES ETUDES CONDUISANT AU DIPLÔME D'ETAT D'INFIRMIER

Annexe à l'arrêté du 23 mars 1992
(B.O. du ministère des Affaires sociales
et de l'Intégration n° 92/13 du 7 mai 1992)

Note de l'IFSI : Ce texte est aujourd'hui modifié par des textes parus à des dates postérieures à cet arrêté.
Néanmoins, il constitue encore la base de référence, du programme 1992 des études d'Infirmier.

Pour plus de renseignements, se reporter à la rubrique :

- Références législatives :
- Relatives au programme des études 92

PRESENTATION DU PROGRAMME D'ÉTUDES

Le programme des études d'infirmier (*) a pour objectif de favoriser l'émergence d'un nouveau profil d'infirmier dont les caractéristiques seront les suivantes :

- un infirmier apte à répondre aux besoins de santé d'un individu ou d'un groupe dans le domaine préventif, curatif, de réadaptation et de réhabilitation;
- un infirmier polyvalent apte à dispenser des soins infirmiers prenant en compte l'ensemble des problèmes posés par une atteinte fonctionnelle et une détresse physique ou psychologique qui frappe une personne. L'infirmier doit faire participer l'individu ou le groupe en prenant en considération leur dimension culturelle et leur personnalité;
- un infirmier bénéficiant d'une meilleure reconnaissance sociale grâce à un savoir lui permettant d'affirmer une réelle professionnalisation.

I. - Principes pédagogiques

- Développement de la créativité et de la faculté d'adaptation de l'étudiant (**) en adéquation avec la diversité des lieux d'exercice et avec l'évolution des sciences, des techniques et des besoins de santé.
- Importance accordée à la responsabilisation de l'étudiant pour lui permettre, tout au long du cursus des études, d'élaborer son projet professionnel.
- Renforcement des sciences humaines dans la formation des infirmiers en vue d'améliorer la relation thérapeutique entre le soignant et le soigné.
- Articulation de la formation autour des connaissances professionnelles, des aptitudes, des attitudes personnelles de l'étudiant et de son projet professionnel.
- Cohérence entre les objectifs de formation, les principes pédagogiques et les pratiques professionnelles.
- Suivi pédagogique basé sur l'accompagnement et le développement personnel de l'étudiant en vue d'une meilleure intégration des connaissances par celui-ci.
- Dynamisme du projet de formation fondé sur la progression et le renforcement des connaissances régulièrement réactualisées.
- Accent mis sur une pédagogie active basée tant sur le questionnement que sur le contenu.
- Actualisation régulière du programme de formation au terme d'un délai de quatre ans pour la première promotion, puis tous les trois ans, en fonction de l'évolution des sciences et des techniques et de celle de la pédagogie et de la pratique professionnelle.

*Lire partout « infirmier-infirmière »

**Lire partout « étudiant-étudiante »

- Utilisation des compétences des conseillères techniques régionales en soins infirmiers et des conseillères pédagogiques pour soutenir et accompagner les équipes pédagogiques et les responsables des structures d'accueil de l'étudiant, dans leur pratique et leur recherche.

II. - Finalité de la formation

La finalité de la formation est de permettre à l'infirmier d'assumer chacun de ses rôles en tenant compte notamment des aspects éthiques et juridiques de son engagement professionnel.

Cette formation est dispensée en vue de l'exercice de la profession d'infirmier en milieu hospitalier, en milieu extra-hospitalier et en secteur libéral.

Chaque équipe enseignante, en vue de la réalisation de cette finalité, en fonction de son projet de formation et dans le cadre du programme du nouveau cursus d'études, déterminera des objectifs de formation permettant à l'étudiant l'acquisition progressive de connaissances et d'aptitudes qui, conformément aux données actuelles de la science, contribueront à forger son identité professionnelle.

L'élaboration de projets professionnels par les étudiants assurera l'enrichissement du patrimoine culturel infirmier en vue d'une prise en charge holistique de la personne soignée.

III. - Durée de la formation

L'ensemble de la formation se déroule sur trois ans avec 129 semaines ou 4 515 heures d'enseignement et 7 semaines ou 245 heures de suivi pédagogique, soit un total de 136 semaines ou 4 760 heures.

Les étudiants bénéficient au cours de leur scolarité de 27 semaines de vacances, dont :

2 semaines d'hiver X	6 semaines
2 semaines de printemps X	6 semaines
5 semaines d'été en 1ère année	5 semaines
5 semaines d'été en 2e année	5 semaines
5 semaines d'été en 3e année	5 semaines

IV. - Caractéristiques de la formation

La formation est organisée en modules d'une durée de quarante à cent heures. Certains modules sont obligatoirement suivis par tous les étudiants, d'autres doivent être choisis par les étudiants sur une liste de modules optionnels portant notamment sur des disciplines fixées dans le présent programme.

Les modules obligatoires ont pour objectif de permettre aux étudiants d'acquérir les connaissances indispensables pour dispenser les soins relevant du rôle propre de l'infirmier et ceux réalisés sur prescription médicale. Ces modules permettent également aux étudiants tout au long des études d'acquérir les compétences nécessaires pour remplir efficacement le rôle de formation, d'encadrement, d'organisation et de gestion dévolu à l'infirmier.

Les modules optionnels permettent aux étudiants d'approfondir leurs connaissances dans des domaines déterminés des soins infirmiers en relation avec leur projet professionnel. En conséquence, ils ne peuvent être suivis par les étudiants que lorsque ceux-ci ont bénéficié de l'enseignement de base dans la discipline considérée.

L'enseignement théorique est dispensé sur 1a base de trente-cinq heures par semaine.

La répartition de cet enseignement entre cours magistraux, travaux dirigés et évaluation des connaissances est déterminée par les équipes enseignantes.

Si la présence aux travaux dirigés et aux stages est obligatoire, l'assistance aux cours est facultative.

Il appartient aux équipes pédagogiques, responsables de la mise en oeuvre du présent programme de déterminer, sur la durée de la scolarité, compte tenu du projet pédagogique de l'institut de formation en soins infirmiers soumis au conseil technique, les modalités d'organisation de l'enseignement et éventuellement le découpage des modules en unités de valeur.

REPARTITION HORAIRE DES ENSEIGNEMENTS THÉORIQUES ET CLINIQUES DE LA FORMATION PRÉPARANT AU DIPLOME D'INFIRMIER

**LES ENSEIGNEMENTS THÉORIQUES
DES MODULES OBLIGATOIRES**
(2 080 heures sur la base de 35 heures par semaine)

Disciplines	Modules	Heures
Sciences humaines	2	160
Anatomie - Physiologie - Pharmacologie	1	100
Législation, éthique et déontologie, responsabilité, organisation du travail	1	80
Santé publique	1	80
Soins infirmiers	4	360
Hygiène	1	60
Soins infirmiers aux personnes atteintes de maladies infectieuses et aux personnes atteintes de l'infection par le VIH	1	80
Soins infirmiers aux personnes atteintes d'affections cardio-vasculaires	1	60
Soins infirmiers aux personnes atteintes d'affections respiratoires	1	60
Soins infirmiers aux personnes atteintes d'affections traumatologiques et orthopédiques	1	60
Soins infirmiers aux adolescents, aux adultes et aux personnes âgées atteints de troubles psychiatriques	4	360
Soins infirmiers en pédiatrie et en pédo-psychiatrie	1	80
Soins infirmiers aux personnes atteintes d'affections digestives ..	1	60
Soins infirmiers aux personnes atteintes d'affections endocriniennes	1	40
Soins infirmiers aux personnes atteintes d'affections néphrologiques et urologiques	1	60
Soins infirmiers aux personnes atteintes d'affections du système nerveux	1	60
Soins infirmiers aux personnes atteintes d'hémopathies et de cancers	1	80
Soins infirmiers aux personnes âgées	1	80
Soins infirmiers aux urgences et en réanimation. Transfusion sanguine	1	80
Soins infirmiers en maternité et aux personnes atteintes d'affections gynécologiques	1	40
Soins infirmiers aux personnes atteintes d'affections : - oto-rhino-laryngologiques et en chirurgie maxillo-faciale; - stomatologiques; - ophtalmologiques; - dermatologiques.	1	40
Total général	28	2 080

LES ENSEIGNEMENTS THÉORIQUES DES MODULES OPTIONNELS

Les étudiants doivent choisir obligatoirement deux modules d'approfondissement de quatre-vingts heures portant notamment sur les disciplines suivantes :

Disciplines	Modules	Heures
Soins infirmiers aux personnes atteintes d'affections cardio-vasculaires.....	1	80
Soins infirmiers aux personnes atteintes d'affections Respiratoires.....	1	80
Soins infirmiers aux personnes atteintes d'affections traumatologiques et orthopédiques.....	1	80
Soins infirmiers aux personnes atteintes d'affections Digestives.....	1	80
Soins infirmiers en pédiatrie.....	1	80
Soins infirmiers aux adolescents, aux adultes et aux personnes âgées atteints de troubles psychiatriques (approfondissement 1).....	1	80
Soins infirmiers aux adolescents, aux adultes et aux personnes âgées atteints de troubles psychiatriques [approfondissement 2].....	1	80
Soins de santé primaires et communautaires.....	1	80
Total général	2	160

Les instituts de formation en soins infirmiers doivent proposer au choix des étudiants quatre modules optionnels au minimum.

Ils peuvent, en vue d'élargir l'éventail des choix offerts aux étudiants, passer convention avec d'autres instituts de formation en soins infirmiers. Cette convention précise les modalités selon lesquelles les étudiants d'un institut de formation en soins infirmiers peuvent suivre et valider un ou plusieurs modules optionnels dans un autre institut de formation.

Les équipes pédagogiques peuvent mettre en place d'autres enseignements optionnels en fonction des possibilités locales. Les propositions des équipes pédagogiques dans ce domaine sont soumises pour avis par le directeur de l'institut de formation en soins infirmiers au conseil technique et pour approbation au directeur régional des affaires sanitaires et sociales.

Les équipes pédagogiques en concertation avec les étudiants déterminent tes modalités d'organisation de ces enseignements d'approfondissement qui sont dispensés sur la base des contenus définis ci-après.

MODULE FACULTATIF

Langue vivante : non compris dans le temps de formation.

Cet enseignement a pour but de faire acquérir à l'étudiant une maîtrise correcte des termes techniques et médicaux couramment rencontrés dans les publications étrangères.

Il ne peut consister dans l'apprentissage de base d'une langue vivante.

V. LES STAGES CLINIQUES

Les stages constituent au sein de la formation un temps d'apprentissage privilégié d'une pratique professionnelle par la possibilité qu'ils offrent de dispenser des soins infirmiers.

Ces stages s'effectuent en milieu hospitalier et en milieu extra-hospitalier dans des structures bénéficiant d'un encadrement adapté.

L'enseignement clinique doit être assuré par du personnel diplômé qui prépare progressivement les étudiants aux responsabilités qu'impliquent les soins infirmiers.

L'organisation des stages relève de la compétence des instituts de formation en soins infirmiers en collaboration avec les responsables des structures d'accueil.

Les objectifs des stages sont définis par les équipes enseignantes des instituts de formation en soins infirmiers en liaison avec les personnes responsables de l'encadrement des étudiants sur le lieu de stage. Chaque stage doit faire l'objet d'une analyse qualitative afin d'évaluer le degré de réalisation des objectifs.

Chaque année, tous les étudiants doivent effectuer des stages en rapport avec le contenu de l'enseignement théorique parallèlement suivi.

Les étudiants infirmiers doivent effectuer une période de nuit d'une durée de deux semaines consécutives ou non. Cette période de nuit peut, soit être effectuée au cours d'un stage de deuxième ou de troisième année, soit être répartie sur deux stages différents de deuxième ou de troisième année.

En outre, à l'issue de la deuxième et de la troisième année, les étudiants ont la possibilité d'effectuer en concertation avec l'équipe enseignante des stages dans une discipline de leur choix.

Les stages sont effectués sur la base de trente-cinq heures par semaine.

REPARTITION DES STAGES CLINIQUES

(2275 heures sur la base de 35 heures par semaine)

Disciplines	Heures
Chirurgie.....	490
Gériatrie ou géronto-psychiatrie.....	210
Médecine.....	420
Pédiatrie ou pédo-psychiatrie.....	140
Psychiatrie.....	140
Psychiatrie ou géronto-psychiatrie.....	140
Santé mentale ou psychiatrie.....	140
Santé publique.....	210
Stage temps plein à option de fin de deuxième année.....	175
Stage temps plein à option de fin de troisième année.....	210
Total général.....	2275

II. - A la page 106 du chapitre V « les stages cliniques », l'alinéa suivant ainsi rédigé « le stage de pédiatrie ou de pédo-psychiatrie, d'une durée de quatre semaines, peut être effectué soit en deuxième année soit en troisième année. Dans ce dernier cas, un des stages prévus au programme de troisième année d'une durée égale à quatre semaines devra être effectué en deuxième année est abrogé et remplacé par l'alinéa suivant : « L'enseignement clinique prévu par le tableau intitulé "répartition des stages cliniques" est organisé par l'équipe enseignante tout au long de la formation en fonction du potentiel de stage dont elle dispose et du nombre d'étudiants à former.

Le présent arrêté est applicable dès la rentrée de septembre 2000 à l'ensemble des étudiants préparant le diplôme d'Etat d'infirmier.

CONTENU DES ENSEIGNEMENTS

I. - Objectifs généraux

Déterminer, mettre en oeuvre et évaluer les actions relevant du rôle propre de l'infirmier dans le cadre d'un contrat de soins avec la personne soignée, en regard de l'article 1^{er} du décret n° 81-539 du 12 mai 1981 modifié relatif à l'exercice de la profession d'infirmier et des articles 2 et 3 du décret n° 84-689 du 17 juillet 1984 modifié relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier

Effectuer, seul ou en collaboration avec d'autres soignants, les prescriptions médicales relevant des articles 4 et 5 du décret n° 84-689 du 17 juillet 1984 modifié susvisé :

- préparer, organiser, planifier et exécuter les prescriptions;
- déterminer, planifier et exercer la surveillance des personnes soignées;
- participer au sein d'une équipe thérapeutique aux techniques psychothérapeutiques, individuelle ou de groupe;
- rendre compte aux responsables du service de soins des réactions des personnes soignées, de l'évolution de leur comportement, des incidents et des accidents pouvant survenir.

Identifier une situation d'urgence ou l'aggravation de l'état d'une personne soignée et, en l'absence du médecin, en référence à l'article 6 du décret n° 84-689 du 17 juillet 1984 modifié susvisé, mettre en oeuvre, évaluer et noter les actions et la surveillance déterminées par le médecin responsable dans un protocole écrit de soins d'urgence.

Organiser le travail infirmier en référence de l'article 7 du décret n° 84-689 du 17 juillet 1984 modifié susvisé :

- planifier l'ensemble des soins infirmiers, notamment en matière de prévention et d'éducation pour la santé individuelle et collective ;
- participer :
 - à la gestion des stocks et à la maintenance des matériels ;
 - à l'exécution des formalités administratives ;
 - aux études concernant la charge de travail liée aux soins infirmiers ;
 - à la gestion des informations au sein du service ;
 - à la formation initiale et continue du personnel infirmier, des personnels qui l'assistent et des étudiants en soins infirmiers ;
 - à la recherche dans le domaine des soins infirmiers ;

- à la recherche en matière d'épidémiologie, d'ergonomie, d'hygiène et de sécurité.

II. - RECOMMANDATIONS GENERALES CONCERNANT L'ETUDE DES DIFFERENTES PATHOLOGIES

A l'occasion de l'étude de chaque discipline, il est procédé à un rappel anatomo-physiologique de l'appareil concerné.

Par ailleurs, l'enseignement de pharmacologie générale dispensé est développé compte tenu des exigences spécifiques des pathologies enseignées.

L'enseignement de la sémiologie s'appuie sur les situations observées au cours des stages effectués par les étudiants.

L'analyse des actions infirmières conduites auprès des personnes atteintes de pathologies étudiées dans le présent programme fait apparaître une unité dans la démarche suivie.

En conséquence, pour toutes les pathologies, sont abordés les points suivants :

- accueil des malades;**
- participation aux explorations fonctionnelles; - réalisation des examens;**
- participation à la réalisation d'actes médicaux; - application et surveillance des traitements;**
- mise en oeuvre des protocoles; - soins infirmiers spécifiques;**
- soins d'urgence;**
- soins pré et post-opératoires;**
- application des règles hygiéno-diététiques;**
- soutien psychologique;**
- participation à la prise en charge sociale;**
- relation avec le patient et sa famille.**

Néanmoins, certaines pathologies nécessitent la réalisation d'autres actions infirmières.

Celles-ci sont indiquées dans les modules traitant de ces pathologies.

Les différentes pathologies font l'objet d'un enseignement particulier dans un souci de clarté pédagogique. Cependant, il revient à l'équipe enseignante de faire prendre conscience aux étudiants en soins infirmiers de l'imbrication des pathologies qui nécessitent une prise en charge globale de la personne soignée par une équipe pluridisciplinaire.

Ce programme est établi à un moment donné de l'évolution de la recherche médicale et ne peut donc être considéré comme intangible.

En conséquence, il appartient aux équipes enseignantes, tout en restant dans les limites fixées par le présent programme, d'adapter le contenu des enseignements à l'évolution des sciences et des techniques dans le domaine des soins infirmiers.

ANNEXE III

Extraits du programme des études conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier et d'infirmière de 2009.

ANNEXE III

LE RÉFÉRENTIEL DE FORMATION

La formation conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier vise l'acquisition de compétences pour répondre aux besoins de santé des personnes dans le cadre d'une pluriprofessionnalité.

1. Finalités de la formation

Le référentiel de formation des infirmiers a pour objet de professionnaliser le parcours de l'étudiant, lequel construit progressivement les éléments de sa compétence à travers l'acquisition de savoirs et savoir-faire, attitudes et comportements.

L'étudiant est amené à devenir un praticien autonome, responsable et réflexif, c'est-à-dire un professionnel capable d'analyser toute situation de santé, de prendre des décisions dans les limites de son rôle et de mener des interventions seul et en équipe pluriprofessionnelle.

L'étudiant développe des ressources en savoirs théoriques et méthodologiques, en habiletés gestuelles et en capacités relationnelles. Il établit son portefeuille de connaissances et de compétences et prépare son projet professionnel.

L'étudiant apprend à reconnaître ses émotions et à les utiliser avec la distance professionnelle qui s'impose. Il se projette dans un avenir professionnel avec confiance et assurance, tout en maintenant sa capacité critique et de questionnement.

L'étudiant développe une éthique professionnelle lui permettant de prendre des décisions éclairées et d'agir avec autonomie et responsabilité dans le champ de sa fonction.

Exercés au raisonnement clinique et à la réflexion critique, les professionnels formés sont compétents, capables d'intégrer plus rapidement de nouveaux savoirs et savent s'adapter à des situations variées.

2. Principes pédagogiques

Le référentiel de formation est articulé autour de l'acquisition des compétences requises pour l'exercice des différentes activités du métier d'infirmier.

Le référentiel de formation met en place une alternance entre l'acquisition de connaissances et de savoir-faire reliés à des situations professionnelles, la mobilisation de ces connaissances et savoir-faire dans des situations de soins, et, s'appuyant sur la maîtrise des concepts, la pratique régulière de l'analyse de situations professionnelles.

La formation est structurée autour de l'étude de situations donnant aux étudiants l'occasion de travailler trois paliers d'apprentissage :

- « comprendre » : l'étudiant acquiert les savoirs et savoir-faire nécessaires à la compréhension des situations ;
- « agir » : l'étudiant mobilise les savoirs et acquiert la capacité d'agir et d'évaluer son action ;
- « transférer » : l'étudiant conceptualise et acquiert la capacité de transposer ses acquis dans des situations nouvelles.

Le référentiel de formation est organisé pour mettre en relation les connaissances à acquérir et le développement des compétences requises. Les unités d'intégration mobilisent l'ensemble des savoirs autour des situations professionnelles. La progression dans l'acquisition des compétences est formalisée sur le portfolio.

Le parcours de formation tient compte de la progression de chaque étudiant dans sa manière d'acquérir les compétences. Ce parcours développe ainsi l'autonomie et la responsabilité de l'étudiant, qui construit son cheminement vers la professionnalisation.

Les contenus de formation tiennent compte de l'évolution des savoirs et de la science. Ils sont actualisés en fonction de l'état des connaissances. Ils font une place à l'enseignement des sciences et des techniques infirmières.

La posture réflexive

L'entraînement réflexif est une exigence de la formation permettant aux étudiants de comprendre la liaison entre savoirs et actions, donc d'intégrer les savoirs dans une logique de construction de la compétence.

Cette posture consiste non seulement à positionner des travaux cliniques ou pratiques dans la formation, mais surtout à revenir sur les acquis, les processus et les stratégies utilisées pour en dégager les principes transposables.

Ainsi sont nommés et valorisés les principes de l'action, les références scientifiques, les schèmes d'organisation, etc., tout ce qui contribue à fixer les savoirs et à les rendre disponibles et mobilisables lors de la réalisation d'autres travaux.

La posture pédagogique

Les modalités pédagogiques sont orientées vers la construction de savoirs par l'étudiant. Elles relèvent d'une pédagogie différenciée. Elles s'appuient sur des valeurs humanistes ouvertes à la diversité des situations vécues par les personnes.

Le formateur développe des stratégies qui aident l'étudiant dans ses apprentissages en milieu clinique. Il trouve des moyens qui affinent le sens de l'observation et permettent à l'étudiant d'exercer sa capacité de recherche et de raisonnement dans ses expériences.

Le formateur se centre sur des exercices faisant le lien entre l'observation et les hypothèses de diagnostic, entre les signes et les comportements, entre une histoire de vie et une situation ponctuelle, entre l'état du patient et son traitement, etc. Il aide à l'acquisition d'une démarche comportant les problèmes de soins et les interventions en rapport et permet l'exercice d'un raisonnement inductif, analogique ou déductif.

Les principes d'évaluation et de validation

Les formes et contenus de l'évaluation sont en adéquation avec les principes pédagogiques.

Pour la validation des unités d'enseignement, une démarche de liaison entre les différents acquis sera favorisée.

La validation des unités d'intégration reposera sur :

- l'utilisation des différents acquis en lien avec une situation ;
- la mobilisation active et dynamique de ces acquis et la mise en œuvre des compétences ciblées par l'unité dans une ou plusieurs situations.

La validation des stages reposera sur :

- la mise en œuvre des compétences requises dans une ou plusieurs situations.

3. Durée de la formation

Le référentiel de formation est construit par alternance entre des temps de formation théorique réalisés dans les instituts de formation et des temps de formation clinique réalisés sur les lieux où sont réalisées des activités de soins.

L'enseignement en institut de formation est dispensé sur la base de 35 heures par semaine, dont les modalités sont prévues par les responsables de l'IFSI.

La durée de présence en stage est de 35 heures par semaine dont les modalités d'organisation sont prévues par les responsables de l'encadrement de stage.

La présence lors des travaux dirigés et des stages est obligatoire. Certains enseignements en cours magistral peuvent l'être en fonction du projet pédagogique.

La répartition de la charge de travail de l'étudiant est conforme au tableau suivant :

SEMESTRES	CM	TD	CM + TD	STAGES	CM + TD + stage	TEMPS personnel guidé, supervision, suivi pédagogique, travaux entre étudiants	TEMPS de travail CM + TD + stage + TPG	CHARGE de travail personnelle complémentaire estimée
S1	231	234	465	175	640	60	700	100
S2	126	183	309	350	659	41	700	150
S3	118	177	295	350	645	55	700	150
S4	109	187	296	350	646	54	700	150
S5	116	184	300	350	650	50	700	150
S6	50	85	135	525	660	40	700	200
Total	750	1 050	1 800	2 100	3 900	300	4 200	900

4. Attribution des crédits européens

Le référentiel donne lieu à l'attribution des crédits conformément au système européen de transferts de crédits « European Credits Transfer System » (ECTS). Les principes qui président à l'affectation des crédits sont de 30 crédits par semestre de formation.

La notion de charge de travail de l'étudiant prend en compte toutes les activités de formation (cours, séminaires, stages, mémoire, travail personnel, évaluations...) et toutes les formes d'enseignement (présentiel, à distance, en ligne...).

Le diplôme d'Etat d'infirmier sanctionne un niveau validé par l'obtention de 180 crédits européens.

La charge de travail de l'étudiant est évaluée à 25 heures de travail par crédit d'enseignement réalisé à l'IFSI et 35 heures par crédit pour l'enseignement en stage.

La méthodologie proposée par l'ECTS donne les instruments appropriés pour établir la transparence et faciliter la reconnaissance académique. Cette reconnaissance est une condition impérative de la mobilité étudiante.

Répartition des 180 crédits européens

1. Enseignement en institut de formation : 120 ECTS, dont :

- sciences contributives au métier infirmier : 42 ECTS ;
- sciences et rôles infirmiers : 66 ECTS ;
- UE transversales : 12 ECTS.

2. Enseignement clinique en 7 stages : 60 ECTS :

- S1, un stage de 5 semaines ;
- S2, S3, S4, S5, un stage de 10 semaines ;
- S6, un stage de 15 semaines au total en deux périodes de 10 semaines au maximum.

Selon le schéma suivant :

Sciences humaines	15		
Sciences biologiques	27	Sciences contributives	42
Sciences infirmières, fondements	15		
Sciences infirmières interventions	25		
Posture professionnelle, intégration	26	Sciences et rôles infirmiers	66
Stages	60	Formation clinique	60
Unités transversales	12	Unités transversales	12
Total	180		180

5. Formation théorique

Le référentiel de formation propose des unités d'enseignement (UE) de quatre types :

- des unités d'enseignement dont les savoirs sont dits « contributifs » aux savoirs infirmiers ;
- des unités d'enseignement de savoirs constitutifs des compétences infirmières ;
- des unités d'intégration des différents savoirs et leur mobilisation en situation ;
- des unités de méthodologie et de savoirs transversaux.

Les objectifs pédagogiques, les contenus et les modalités d'évaluation sont décrits dans les fiches pédagogiques de chacune des UE. Ces documents sont mis à la disposition des étudiants.

Modalités pédagogiques

Les enseignements sont réalisés sous la forme de cours magistraux, travaux dirigés, travaux personnels (réécriture de mémoire, travaux guidés ou en autonomie...) et stages.

Les cours magistraux (CM) sont des cours dont le contenu est plutôt « théorique », donnés par un enseignant dans des salles de type amphithéâtre devant un public généralement nombreux.

Les travaux dirigés (TD) sont des temps d'enseignement obligatoire réunissant au maximum 25 étudiants. Ces cours servent à illustrer, approfondir et compléter un cours magistral en introduisant des données nouvelles qui peuvent être théoriques ou pratiques, à réaliser des exposés, exercices, travaux divers et à travailler sur des situations cliniques. Certaines matières nécessitent de majorer le nombre d'enseignements en TD afin de réaliser une formation au plus près des besoins des étudiants, visant l'individualisation des apprentissages par l'utilisation de méthodes interactives. Certains travaux pratiques nécessaires à la formation infirmière, certaines recherches, études, conduite de projets ou d'action pédagogiques entrent dans cette catégorie d'enseignement et peuvent nécessiter la composition de groupes encore plus petits.

Les travaux personnels guidés (TPG) sont des temps de travail où les étudiants effectuent eux-mêmes certaines recherches ou études, préparent des exposés, des écrits, des projets, réalisent des travaux demandés ou encore rencontrent leur formateur et bénéficient d'entretiens de suivi pédagogique. Ces temps individuels sont guidés par les formateurs qui vérifient si les étudiants sont en capacité d'utiliser ces temps en autonomie ou ont besoin d'un encadrement de proximité.

Les unités d'enseignement (UE)

Les unités d'enseignement sont thématiques, elles comportent des objectifs de formation, des contenus, une durée, des modalités et critères de validation. Elles donnent lieu à une valorisation en crédits européens. La place des unités d'enseignement dans le référentiel de formation permet des liens entre elles et une progression de l'apprentissage des étudiants. Les savoirs qui les composent sont ancrés dans la réalité et actualisés. Du temps personnel est réservé dans chacune d'entre elles.

Les unités d'intégration (UI)

Les unités d'intégration sont des unités d'enseignement qui portent sur l'étude des situations de soins ou situations « cliniques ». Elles comportent des analyses de situations préparées par les formateurs, des mises en situation simulées, des analyses des situations vécues en stage et des travaux de transposition à de nouvelles situations.

Dans chaque semestre est placée une unité d'intégration dont les savoirs et savoir-faire ont été acquis lors du semestre en cours ou ceux antérieurs. Les savoirs évalués lors de cet enseignement sont ceux en relation avec la ou les compétences citées.

Les UI doivent permettre à l'étudiant d'utiliser des concepts et de mobiliser un ensemble de connaissances. Le formateur aide l'étudiant à reconnaître la singularité des situations tout en identifiant les concepts transférables à d'autres situations de soins.

La validation de l'unité d'intégration ne signifie pas la validation de la totalité de la compétence qui ne sera acquise qu'après validation de l'ensemble des unités d'enseignement de la compétence et des éléments acquis en stage.

Les études de situations dans l'apprentissage

Des situations professionnelles apprenantes sont choisies avec des professionnels en activité. Ces situations sont utilisées comme moyens pédagogiques, elles sont analysées avec l'aide de professionnels expérimentés. Les étudiants construisent leurs savoirs à partir de l'étude de ces situations en s'appuyant sur la littérature professionnelle et grâce aux interactions entre leur savoir acquis et celui des condisciples, enseignants, équipes de travail. Ils apprennent à confronter leurs connaissances et leurs idées et travaillent sur la recherche de sens dans leurs actions. L'auto-analyse est favorisée dans une logique de « contextualisation et décontextualisation » et devient un mode d'acquisition de connaissances et de compétences.

L'analyse des réalités professionnelles sur des temps de retour d'expérience en IFSI (laboratoire, supervision, exploitation de stage, jeux de rôle...) est favorisée. Une large place est faite à l'étude de représentations, à l'analyse des conflits socio-cognitifs par la médiation du formateur, aux travaux entre pairs et à l'évaluation formative.

Des liens forts sont établis entre le terrain et l'institution de formation, aussi les dispositifs pédagogiques et les projets d'encadrement en stage sont-ils construits entre des représentants des IFSI et des lieux de soins et sont largement partagés.

Unités d'enseignement

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

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

Le référentiel de formation du diplôme d'Etat d'infirmier est ainsi constitué de 36 matières de formation réparties dans 59 unités d'enseignement pour permettre une progression pédagogique cohérente.

Liaison entre les unités d'enseignement et l'acquisition des compétences

Chaque UE contribue à l'acquisition des compétences du référentiel, selon le schéma suivant :

Unités d'enseignement en relation avec la compétence 1

« Evaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le domaine infirmier »

- UE 2.3.S2 Santé, maladie, handicap, accidents de la vie ;
- UE 3.1.S1 Raisonnement et démarche clinique infirmière ;
- UE 3.1.S2 Raisonnement et démarche clinique infirmière.

Unités d'enseignement en relation avec la compétence 2

« Concevoir et conduire un projet de soins infirmiers »

- UE 3.2.S2 Projet de soins infirmiers ;
- UE 3.2.S3 Projet de soins infirmiers.

Unités d'enseignement en relation avec la compétence 3

« Accompagner une personne dans la réalisation de ses soins quotidiens »

- UE 2.10.S1 Infectiologie hygiène ;
- UE 4.1.S1 Soins de confort et de bien-être.

Unités d'enseignement en relation avec la compétence 4

« Mettre en œuvre des actions à visée diagnostique et thérapeutique »

- UE 2.1.S1 Biologie fondamentale ;
- UE 2.2.S1 Cycles de la vie et grandes fonctions ;
- UE 2.4.S1 Processus traumatiques ;
- UE 2.5.S3 Processus inflammatoires et infectieux ;
- UE 2.6.S2 Processus psychopathologiques ;
- UE 2.6.S5 Processus psychopathologiques ;
- UE 2.7.S4 Défaillances organiques et processus dégénératifs ;
- UE 2.8.S3 Processus obstructifs ;
- UE 2.9.S5 Processus tumoraux ;
- UE 2.11.S1 Pharmacologie et thérapeutiques ;
- UE 2.11.S3 Pharmacologie et thérapeutiques ;
- UE 2.11.S5 Pharmacologie et thérapeutiques ;
- UE 4.3.S2 Soins d'urgence ;
- UE 4.3.S4 Soins d'urgence ;
- UE 4.4.S2 Thérapeutiques et contribution au diagnostic médical ;
- UE 4.4.S4 Thérapeutiques et contribution au diagnostic médical ;
- UE 4.4.S5 Thérapeutiques et contribution au diagnostic médical ;
- UE 4.7.S5 Soins palliatifs et de fin de vie.

Unités d'enseignement en relation avec la compétence 5

« Initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs »

- UE 1.2.S2 Santé publique et économie de la santé ;
- UE 1.2.S3 Santé publique et économie de la santé ;
- UE 4.6.S3 Soins éducatifs et préventifs ;
- UE 4.6.S4 Soins éducatifs et préventifs.

Unités d'enseignement en relation avec la compétence 6

« Communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins »

- UE 1.1.S1 Psychologie, sociologie, anthropologie ;
- UE 1.1.S2 Psychologie, sociologie, anthropologie ;
- UE 4.2.S2 Soins relationnels ;
- UE 4.2.S3 Soins relationnels ;
- UE 4.2.S5 Soins relationnels.

Unités d'enseignement en relation avec la compétence 7

« Analyser la qualité des soins et améliorer sa pratique professionnelle »

- UE 4.5.S2 Soins infirmiers et gestion des risques ;
- UE 4.5.S4 Soins infirmiers et gestion des risques ;
- UE 1.3.S1 Législation, éthique, déontologie ;
- UE 1.3.S4 Législation, éthique, déontologie ;
- UE 4.8.S6 Qualité des soins et évaluation des pratiques.

Unités d'enseignement en relation avec la compétence 8

« Rechercher et traiter des données professionnelles et scientifiques »

- UE 3.4.S4 Initiation à la démarche de recherche ;
- UE 3.4.S6 Initiation à la démarche de recherche.

Les deux unités transversales contribuent également à l'acquisition de cette compétence :

- UE 6.1 Méthodes de travail et TIC ;
- UE 6.2 Anglais.

Unités d'enseignement en relation avec la compétence 9

« Organiser et coordonner des interventions soignantes »

- UE 3.3.S3 Rôles infirmiers, organisation du travail et interprofessionnalité ;
- UE 3.3.S5 Rôles infirmiers, organisation du travail et interprofessionnalité.

Unités d'enseignement en relation avec la compétence 10

« Informer et former des professionnels et des personnes en formation »

- UE 3.5.S4 Encadrement des professionnels de soin.

Dans chacun des semestres, une unité d'intégration concourt à l'acquisition d'une ou plusieurs compétences. Sont ainsi combinés et mobilisés les ressources, savoirs et savoir-faire, acquis dans les UE du semestre en cours puis, progressivement, des semestres précédents.

Au semestre 1: UE 5.1.S1 Accompagnement dans la réalisation des soins quotidiens ;

Au semestre 2: UE 5.2.S2 Evaluation d'une situation clinique ;

Au semestre 3: UE 5.3.S3 Communication et conduite de projet ;

Au semestre 4: UE 5.4.S4 Soins éducatifs et préventifs et formation des professionnels et des stagiaires ;

Au semestre 5: UE 5.5.S5 Mise en œuvre des thérapeutiques et coordination des soins ;

Au semestre 6: UE 5.5.S6 Analyse de la qualité des soins et traitement des données scientifiques et professionnelles.

A ces unités d'enseignement s'ajoutent les deux unités optionnelles. Celles-ci se déroulent au cours des deux derniers semestres (5 et 6). Elles permettent d'approfondir un domaine d'exercice de la fonction infirmière et de mener une réflexion sur un choix possible d'orientation à la sortie de la formation.

6. Formation clinique en stage

Modalités pédagogiques

L'enseignement clinique des infirmiers s'effectue au cours de périodes de stages dans des milieux professionnels en lien avec la santé et les soins. Ces périodes alternent avec les périodes d'enseignement en institut de formation.

Selon la directive européenne 2005/36/CE :

« L'enseignement clinique se définit comme étant le volet de la formation d'infirmier par lequel le candidat infirmier apprend, au sein d'une équipe, en contact direct avec un individu sain ou malade et/ou une collectivité, à organiser, dispenser et évaluer les soins infirmiers globaux requis à partir des connaissances et compétences acquises (1). »

Pendant les temps de stage l'étudiant se trouve confronté à la pratique soignante auprès des patients, il se forme en réalisant des activités et en les analysant au sein des équipes professionnelles. Les savoirs théoriques, techniques, organisationnels et relationnels utilisés dans les activités sont mis en évidence par les professionnels qui encadrent le stagiaire et par les formateurs dans les rencontres avant, pendant et après la mise en stage des étudiants.

Ainsi, les stages sont à la fois des lieux d'intégration des connaissances construites par l'étudiant et des lieux d'acquisition de nouvelles connaissances par la voie de l'observation, de la contribution aux soins, de la prise en charge des personnes, de la participation aux réflexions menées en équipe et par l'utilisation des savoirs dans la résolution des situations.

Le retour sur la pratique, la réflexion et le questionnement sont accompagnés par un professionnel chargé de la fonction tutorale et un formateur. Ceci contribue à développer chez l'étudiant la pratique réflexive nécessaire au développement de la compétence infirmière.

L'étudiant construit ses compétences en agissant avec les professionnels et en inscrivant dans son portfolio les éléments d'analyse de ses activités, ce qui l'aide à mesurer sa progression.

Les objectifs de stage

Les objectifs de stage tiennent compte à la fois des ressources des stages, des besoins des étudiants en rapport avec l'étape de leur cursus de formation, et des demandes individuelles des étudiants.

Le stage doit permettre aux étudiants :

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

(1) Directive européenne sur la reconnaissance des qualifications – JOUE du 30 septembre 2005.

Les besoins de l'étudiant sont formalisés :

- dans le référentiel de compétences et le référentiel de formation, connus des personnes qui guident les étudiants ;
- dans le portfolio que l'étudiant présentera dès le premier jour du stage et qu'il devra remplir avec le tuteur au long du déroulé du stage.

Les objectifs de stage sont négociés avec le lieu du stage à partir des ressources de celui-ci. Ils sont rédigés et inscrits dans le portfolio de l'étudiant.

Les responsables de l'encadrement

Chaque étudiant est placé sous la responsabilité d'un maître de stage, d'un tuteur de stage et d'un professionnel de proximité au quotidien. Ces trois fonctions peuvent être exercées par la même personne pour des raisons d'organisation ou dans le cas d'équipes d'encadrement restreintes. Ainsi, toujours placé sous la responsabilité d'un professionnel, l'étudiant acquiert progressivement une façon de plus en plus autonome d'exercer son futur métier.

Ce mode d'organisation ne modifie en rien la hiérarchie dans les établissements et des lieux d'encadrement. La direction des soins demeure responsable de l'encadrement des étudiants en stage et, est garante de la charte d'encadrement.

Le maître de stage

Il représente la fonction organisationnelle et institutionnelle du stage. Il s'agit le plus souvent du cadre de santé. Il exerce des fonctions de management et de responsabilité sur l'ensemble du stage. Il est le garant de la qualité de l'encadrement. Il met en place les moyens nécessaires à ce dernier et veille à l'établissement d'un livret d'accueil spécifique (*cf. chapitre « Qualification et agrément des stages »*) ainsi qu'à la diffusion et à l'application de la charte d'encadrement. Il assure le suivi des relations avec l'institut de formation pour l'ensemble des stagiaires placés sur le territoire dont il a la responsabilité, et règle les questions en cas de litige ou de conflit. Il accueille l'ensemble des étudiants affectés à sa zone d'exercice.

Le tuteur de stage

Les missions spécifiques du tuteur sont décrites dans le livret d'accueil.

Le tuteur représente la fonction pédagogique du stage. Il est volontaire pour exercer cette fonction, il peut le faire temporairement et sur une zone à délimiter (pôle, unité...). Professionnel expérimenté, il a développé des capacités ou des compétences spécifiques et de l'intérêt pour l'encadrement d'étudiants. Il connaît bien les référentiels d'activités, de compétences et de formation des futurs professionnels qu'il encadre. Chaque étudiant connaît son tuteur de stage et ses missions.

Le tuteur assure un accompagnement des étudiants et évalue leur progression lors d'entretiens réguliers. Le tuteur peut accompagner plusieurs stagiaires et les recevoir ensemble lors de leur accueil ou de séquences de travail. Il peut leur proposer des échanges autour des situations ou des questions rencontrées. Il facilite l'accès des étudiants aux divers moyens de formation proposés sur les lieux de stage, les met en relation avec des personnes ressources et favorise, en liaison avec le maître de stage, l'accès aux services collaborant avec le lieu de stage en vue de comprendre l'ensemble du processus de soin (exemple : stérilisation centrale, bloc opératoire, consultation, etc.).

Le tuteur a des relations régulières avec le formateur de l'institut de formation, référent du stage. Il propose des solutions en cas de difficultés ou de conflits.

Le tuteur évalue la progression des étudiants dans l'acquisition des compétences après avoir demandé l'avis des professionnels qui ont travaillé en proximité avec l'étudiant. Il formalise cette progression sur le portfolio lors des entretiens avec l'étudiant en cours et à la fin du stage.

La désignation des tuteurs relève des missions de l'encadrement professionnel sur la base de critères de compétences, d'expérience et de formation. Le tuteur est placé sous la responsabilité d'un cadre professionnel.

Les professionnels de proximité

Ils représentent la fonction d'encadrement pédagogique au quotidien. Ils sont présents avec l'étudiant lors des séquences de travail de celui-ci, le guident de façon proximale, lui expliquent les actions, nomment les savoirs utilisés, rendent explicites leurs actes, etc.

Ils accompagnent l'étudiant dans sa réflexion et facilitent l'explicitation des situations et du vécu du stage, ils l'encouragent dans ses recherches et sa progression.

Plusieurs personnes peuvent assurer ce rôle sur un même lieu de travail en fonction de l'organisation des équipes.

Ils consultent le portfolio de l'étudiant afin de cibler les situations, activités ou soins devant lesquels l'étudiant pourra être placé.

Ils ont des contacts avec le tuteur afin de faire le point sur l'encadrement de l'étudiant de manière régulière.

Le formateur de l'IFSI référent de stage

Les IFSI désignent un formateur référent pour chacun des stages l'étudiant connaît le formateur référent du stage.

Le formateur référent est en lien avec le maître de stage en ce qui concerne l'organisation générale des stages dans son unité ou sa structure.

Il est également en liaison régulière avec le tuteur de stage afin de suivre le parcours des étudiants et régler au fur et à mesure les questions pédagogiques qui peuvent se poser.

Il a accès aux lieux de stage et peut venir encadrer un étudiant sur sa propre demande, celle de l'étudiant, ou celle du tuteur de stage.

Durée et répartition des stages

Les stages ont une durée de 60 semaines, soit 2 100 heures pour les trois ans :

Sur la base de 35 heures/semaine :

Durée des stages pour la première année :

15 semaines, soit : 5 semaines en S1 et 10 semaines en S2.

Durée des stages pour la deuxième année :

20 semaines, soit : 10 semaines en S3 et 10 semaines en S4.

Durée des stages pour la troisième année :

25 semaines, soit : 10 semaines en S5 et 15 semaines en S6.

S1 septembre à février 22 semaines de formation 30 crédits			S2 février à fin août 30 semaines 20 semaines de formation 30 crédits			S3 septembre à février 22 semaines 20 semaines de formation 30 crédits			S4 février à fin août 30 semaines 20 semaines de formation 30 crédits			S5 septembre à février 22 semaines 20 semaines de formation 30 crédits			S6 février à juillet 22 semaines 20 semaines de formation 30 crédits		
S	I	V	S	I	V	S	I	V	S	I	V	S	I	V	S	I	V
5 s	15 s	2 s	10 s	10 s	10 s	10 s	10 s	2 s	10 s	10 s	10 s	10 s	10 s	2 s	15 s	5 s	2 s
Année 1						Année 2						Année 3					
I = Institut : 60 semaines.						S = Stages : 60 semaines.						V = Vacances : 28 semaines.					

Pour une rentrée en février, les semestres sont de février à fin août et de septembre à février.

Parcours de l'étudiant en stage

Quatre types de stages sont prévus, ils sont représentatifs de « familles de situations (1) », c'est-à-dire des lieux où l'étudiant rencontre des spécificités dans la prise en soins :

1. Soins de courte durée : l'étudiant s'adresse à des personnes atteintes de pathologies et hospitalisées dans des établissements publics ou privés.

2. Soins en santé mentale et en psychiatrie : l'étudiant s'adresse à des personnes hospitalisées ou non, suivies pour des problèmes de santé mentale ou de psychiatrie.

3. Soins de longue durée et soins de suite et de réadaptation : l'étudiant s'adresse à des personnes qui requièrent des soins continus dans le cadre d'un traitement ou d'une surveillance médicale, en établissement dans un but de réinsertion, ou une surveillance constante et des soins en hébergement.

4. Soins individuels ou collectifs sur des lieux de vie : l'étudiant s'adresse à des personnes ou des groupes qui se trouvent dans des lieux de vie (domicile, travail, école...).

Le parcours de stage des étudiants comporte un stage minimum dans chacun des types de stage décrits ci-dessus.

Les étudiants peuvent effectuer leur stage dans une unité, un pôle dont les activités sont de même nature, une structure ou auprès d'une personne, selon l'organisation et le choix du stage.

Le stage du premier semestre est de 5 semaines, il s'effectue dans un même lieu.

Les stages des semestres 2, 3, 4, et 5 ont une durée de 10 semaines. Dans un objectif de professionnalisation, chaque stage de 10 semaines est réalisé dans un même lieu en une ou deux périodes. Cependant, pour des raisons d'intérêt pédagogique, les 10 semaines d'un même semestre peuvent s'effectuer sur deux lieux de stage différents.

Les stages du semestre 6 sont réalisés sur deux lieux différents, la période maximale demeure de 10 semaines. Le choix de l'un de ces stages peut être laissé à l'étudiant en fonction de son projet professionnel et en accord avec l'équipe pédagogique.

(1) Voir les travaux du CRESI à ce sujet, projet Leonardo, « Référentiel européen de compétences en soins infirmiers », 2008.

Les stages s'effectuent sur la base de 35 heures par semaine. Les horaires varient en fonction des lieux d'accueil et des modalités d'apprentissage. Les horaires de nuit, de fin de semaine ou de jours fériés sont possibles dès lors que l'étudiant bénéficie d'un encadrement de qualité.

Pour mieux comprendre le parcours des personnes soignées et insérer le stage dans un contexte environnemental, les étudiants peuvent se rendre quelques jours sur d'autres lieux, rencontrer des personnes ressources ou visiter des sites professionnels. Toutes ces modifications donnent lieu à traçabilité.

Pendant la durée des stages, le formateur de l'IFSI référent du stage organise, en lien avec l'équipe pédagogique, le tuteur et le maître de stage, soit sur les lieux de stage, soit en IFSI, des regroupements des étudiants d'un ou de quelques jours. Ces regroupements entre les étudiants, les formateurs et les professionnels permettent de réaliser des analyses de la pratique professionnelle.

Qualification et agrément des stages

Les lieux de stage sont choisis en fonction des ressources qu'ils peuvent offrir aux étudiants.

Ils accueillent un ou plusieurs étudiants. Un stage est reconnu « qualifiant » lorsque le maître de stage se porte garant de la mise à disposition des ressources, notamment la présence de professionnels qualifiés et des activités permettant un réel apprentissage.

En outre, les critères de qualification d'un stage sont :

L'établissement d'une charte d'encadrement

La charte d'encadrement est établie entre l'établissement d'accueil et les IFSI partenaires. Elle est portée à la connaissance des étudiants. Elle formalise les engagements des deux parties dans l'encadrement des étudiants.

L'établissement d'un livret d'accueil et d'encadrement

La charte est complétée par un livret d'accueil spécifique à chaque lieu de stage ; celui-ci comporte notamment :

- les éléments d'information nécessaires à la compréhension du fonctionnement du lieu de stage (type de service ou d'unité, population soignée, pathologies traitées, etc.) ;
- les situations les plus fréquentes devant lesquelles l'étudiant pourra se trouver ;
- les actes et activités qui lui seront proposés ;
- les éléments de compétences plus spécifiques qu'il pourra acquérir ;
- la liste des ressources offertes à l'étudiant dans le stage ;
- les modalités d'encadrement : conditions de l'accueil individualisé de l'étudiant, établissement d'un tutorat nominatif, prévision d'entretiens à mi-parcours, prévision des entretiens d'évaluation ;
- les règles d'organisation en stage : horaires, tenue vestimentaire, présence, obligations diverses.

L'établissement d'une convention de stage

La convention est établie pour les stages organisés en dehors de l'établissement sur lequel est implanté l'IFSI. Elle est tripartite. Elle est signée par l'établissement d'enseignement, l'établissement d'accueil et l'étudiant. Elle précise les conditions d'accueil dans un stage précis et les engagements de chaque partie. Elle note la durée du stage et précise les modalités de son évaluation et de sa validation dans la formation du stagiaire.

Cette convention peut être établie annuellement et comporter des avenants pour chaque stage.

Evaluation des compétences en stages

Le portfolio de l'étudiant est un outil qui sert à mesurer la progression de l'étudiant en stage. Il est centré sur l'acquisition des compétences, des activités et des actes infirmiers.

Il comporte plusieurs parties remplies lors de chaque stage :

- des éléments sur le cursus de formation de l'étudiant, écrits par celui-ci avant son arrivée en stage ;
- des éléments d'analyse de la pratique de l'étudiant à partir des activités réalisées en stage, rédigés par l'étudiant ;
- des éléments d'acquisition des compétences au regard des critères cités, qui sont remplis par le tuteur, en concertation avec l'équipe d'encadrement, lors de l'entretien d'évaluation du stage. Les indicateurs permettent aux professionnels d'argumenter les éléments sur lesquels les étudiants doivent progresser ;
- des éléments sur la réalisation des actes, des activités ou des techniques de soins, à remplir par le tuteur, en concertation avec l'équipe d'encadrement et l'étudiant, pendant le stage ;
- un bilan, réalisé par le tuteur, de la progression de l'étudiant lors de chacun des stages.

L'acquisition des éléments de chaque compétence et des activités techniques est progressive, chaque étudiant peut avancer à son rythme, à condition de répondre aux exigences minimales portées dans l'arrêté de formation.

Chaque semestre, le formateur de l'IFSI responsable du suivi pédagogique de l'étudiant fait le bilan des acquisitions avec celui-ci. Il conseille l'étudiant et le guide pour la suite de son parcours. Il peut être amené à modifier le parcours de stage au vu des éléments contenus dans le portfolio.