

CY CERGY PARIS UNIVERSITÉ

ECOLE DOCTORALE ÉDUCATION, DIDACTIQUES, COGNITION – ED 627

LABORATOIRE EMA ECOLE, MUTATIONS, APPRENTISSAGES - EA 4507

**La sidération des formateurs, un analyseur de
l'institutionnalisation de la réingénierie de la formation infirmière
de 2009.**

THESE DE DOCTORAT

Présentée et soutenue le 14 décembre 2021

par Catherine AUBOUIN

Pour l'obtention du grade de Docteur de l'Université de Cergy-Pontoise

Discipline : Sciences de l'éducation et de la formation

Sous la direction de

Gilles MONCEAU, Professeur des universités en sciences de l'éducation et de la formation,
CY Cergy Paris Université

Co-encadrement par Caroline LE ROY, Maitresse de conférences en sciences de l'éducation
et de la formation, Université Paris 8 Vincennes Saint Denis

JURY

Patricia BESSAOUD-ALONSO, Professeure des universités en sciences de l'éducation et de
la formation, Université de Limoges, rapporteuse

Joris THIEVENAZ, Professeur des universités en sciences de l'éducation et de la formation,
Université Paris Est-Créteil-Val-de-Marne, rapporteur

Cinira Magali FORTUNA, Professeure en sciences infirmières, Université de São Paulo,
Ribeirão Preto, Brésil, examinatrice

Arnaud DUBOIS, Professeur des universités en sciences de l'éducation et de la formation,
Université de Rouen Normandie, examinateur

Remerciements.

« Parfois notre lumière s'éteint, puis elle est rallumée par un autre être humain. Chacun de nous doit de sincères remerciements à ceux qui ont ravivé leur flamme ».

Albert Schweitzer.

Je tiens à exprimer ici ma très vive et très cordiale gratitude à tous ceux qui m'ont aidée de leur savoir, de leurs encouragements, et de leurs critiques bienveillantes, et sans qui cette thèse n'aurait jamais pu commencer, se déployer ni aboutir.

L'écriture des remerciements ne saurait rendre compte concrètement de toutes celles et ceux qui ont participé d'une manière ou d'une autre à ce travail de longue haleine.

Je tiens à remercier tout particulièrement :

Gilles Monceau, mon directeur de recherche, pour sa patience et sa générosité, ses critiques, commentaires et réflexions qui m'ont permis de cheminer tout au long du processus, mais aussi pour la disponibilité et la confiance qu'il m'a témoignée.

Caroline Le Roy pour sa bienveillance, son souci à mon égard, pour nos échanges enrichissants et notre coopération constante depuis de nombreuses années.

Christophe Démocrite, et Florence Frey, l'équipe de direction de l'institut de formation dans lequel j'exerce, pour leur soutien indéfectible.

Cinira Fortuna, Patricia Bessaoud-Alonso, Arnaud Dubois et Joris Thievenaz pour avoir accepté d'évaluer cette thèse et d'échanger avec moi.

Toute l'équipe pédagogique de l'IFSI pour leur appui inépuisable. Merci à Klervy, Aurélie, Marie pour leur précieuse aide.

Toutes les formatrices et formateurs qui ont participé à cette recherche, pour m'avoir donné de leur temps, accordé leur confiance, et pour la richesse de leurs échanges et de leur réflexion qui m'ont permis de toujours pousser plus loin mon raisonnement.

L'ensemble des personnes interrogées dans le cadre de l'enquête de terrain, pour le temps qu'elles m'ont accordé, et les informations qu'elles m'ont fournies.

Amanda, Carole et Carole, Corinne, Virginie, Anne et tant d'autres, pour avoir cru en moi, m'avoir accordée une écoute bienveillante dans les moments de doute et m'avoir donnée les moyens de me recentrer sur ce travail.

Camille et Corentin, mes deux fils, pour m'avoir soutenue et supportée pendant ce véritable parcours du combattant".

Merci à tous ceux sans qui cette thèse ne serait pas ce qu'elle est.

Résumé

Les mutations profondes du monde de la santé et de l'enseignement supérieur impactent les professionnels de santé dans leur quotidien de travail, dans la gestion de leur carrière, ainsi que dans les modalités de leurs formations actuelles et future. En 2009, la réingénierie de la formation infirmière, réinterroge le partage des responsabilités entre les différents espaces de formation. Les tensions en jeu dans l'évolution du dispositif de formation provoquent chez les formateurs infirmiers un décalage important entre la manière dont ils conçoivent leur travail au quotidien et la (re)construction en cours de leur monde professionnel. Ces évolutions semblent provoquer de véritables paradoxes générant un effet de sidération qui empêche toute capacité réflexive. Un retour socio-historique sur la genèse de la profession infirmière fait cependant apparaître que cet empêchement à penser était déjà présent aux origines du métier, et qu'il persiste jusque dans son processus de professionnalisation. Chaque crise vécue par la profession semble le réactualiser d'une manière nouvelle. C'est le cas avec la réingénierie de la formation dont cette recherche doctorale tente d'analyser les effets sur les sujets en charge de la mettre en œuvre. La posture de praticien-chercheur, adoptée dans cette recherche doctorale, diffère de celle de praticien réflexif (Schön, 1983) promue dans la formation infirmière. Plus qu'une « réflexivité sur soi du praticien » (Perrault Soliveres, 2001), qu'une capacité du praticien à « penser contre soi » (Bourgeois, 2003), c'est un véritable statut assumé (Kohn, 1986) qui caractérise la praticienne-chercheuse que je suis dans le contexte d'universitarisation des études infirmières. Ma recherche s'inscrit dans le cadre théorique de l'analyse institutionnelle (Lourau, 1997), qui invite à l'analyse de mes implications (Monceau, 2010) afin de penser les « positions enchevêtrées » (Kohn, 2001) du « doctorant-praticien-chercheur » (Saint Martin (de) *et al.*, 2014), d'une part et dans un cadre d'orientation psychanalytique autorisant à la fois « qu'une perturbation soit créée en [moi] » (Devereux, 1994) et l'analyse des « effets sur soi » (Roussillon, 2003) provoqués par le fait de mener ce travail dans mon propre cadre professionnel d'autre part. Cette démarche multiréférentielle (Ardoino, 1993) me place dans un entre-deux, pensé comme créatif, qui s'actualise dans une pluralité de dispositifs cliniques de recherche. C'est ainsi que j'ai souhaité observer et interroger les effets de sidération sur les formateurs et formatrices vivant la mise en œuvre de la réingénierie des études. La question se pose en effet de savoir comment ce que les infirmières ont incorporé de leur histoire les prédisposent à entendre cette nouvelle injonction au changement se traduisant par une universitarisation de la formation dans le contexte de la Nouvelle gestion publique qui bouleverse le cadre juridique et institutionnel du monde de la santé. Au final, cette recherche doctorale montre que ces transformations affectent non seulement le rapport au savoir des formateurs en soins infirmiers, mais aussi leur rapport à l'expérience du métier et à sa transmission. Elle interroge certaines formes de déliaison dans le processus de transmission du métier et la réactualisation d'un empêchement à penser au moment même où la réflexivité est promue comme principe central de la formation. Elle traite la sidération en analyseur de la violence vécue par les professionnels de la formation infirmière, qu'ils soient formateurs en IFSI ou bien tuteurs de stage accueillant les étudiants en soins infirmiers dans les services de soins. Par l'attention portée, à certains moments-clefs, aux effets de cette recherche sur les différents participants, cette démarche initie enfin un possible dépassement de la sidération. Il s'agit ainsi de penser un autre possible que le « fatalisme institué » qui semble frapper la profession infirmière en France.

Abstract

The profound changes in the world of health and higher education have an impact on health professionals in their daily work, in the management of their careers, and in the modalities of their current and future training. In 2009, the reengineering of nursing education reexamines the sharing of responsibilities between the different training areas. The tensions involved in the evolution of the training system are causing a significant gap between the way in which nursing trainers conceive of their daily work and the ongoing (re)construction of their professional world. These developments seem to provoke real paradoxes that generate an effect of stupefaction that prevents any reflexive capacity. However, a socio-historical review of the genesis of the nursing profession reveals that this impediment to thinking was already present at the origins of the profession, and that it persists right up to its professionalization process. Each crisis experienced by the profession seems to update it in a new way. This is the case with the reengineering of training, the effects of which this doctoral research attempts to analyze on the subjects in charge of implementing it. The posture of practitioner-researcher, adopted in this doctoral research, differs from that of reflective practitioner (Schön, 1983) promoted in nursing education. More than a "reflexivity on oneself of the practitioner" (Perrault Soliveres, 2001), than a capacity of the practitioner to "think against oneself" (Bourgeois, 2003), it is a real assumed status (Kohn, 1986) that characterizes the practitioner-researcher that I am in the context of the universitarization of nursing studies. My research falls within the theoretical framework of institutional analysis (Lourau, 1997), which invites the analysis of my implications (Monceau, 2010) in order to think about the "entangled positions" (Kohn, 2001) of the "doctoral practitioner-researcher" (Saint Martin (de) *et al.*, 2014), on the one hand, and within a psychoanalytically oriented framework allowing both "a disturbance to be created in [me]" (Devereux, 1994) and the analysis of the "effects on oneself" (Roussillon, 2003) caused by the fact of carrying out this work in my own professional setting on the other. This multi-referential approach (Ardoino, 1993) places me in an in-between, thought of as creative, which is actualized in a plurality of clinical research devices. This is how I wished to observe and question the effects of disorientation on trainers living the implementation of the reengineering of studies. The question arises as to how what nurses have incorporated from their history predisposes them to hear this new injunction to change, which translates into a universalization of training in the context of the New Public Management, which is disrupting the legal and institutional framework of the health world. In the end, this doctoral research shows that these transformations affect not only the relationship to knowledge of nursing trainers, but also their relationship to the experience of the profession and its transmission. It questions certain forms of delinking in the process of transmission of the profession and the re-actualization of an impediment to thinking at the very moment when reflexivity is promoted as a central principle of training. It treats the sideration as an analyzer of the violence experienced by professionals in nursing training, whether they are trainers in the IFSI or tutors welcoming nursing students in the care services. By paying attention, at certain key moments, to the effects of this research on the various participants, this approach finally initiates a possible overcoming of the sideration. It is thus a question of thinking about another possibility than the "instituted fatalism" that seems to strike the nursing profession in France.

Table des matières

Remerciements.....	2
Résumé.....	3
Abstract.....	4
Table des matières.....	5
Introduction.....	1
Partie 1 : Histoire et actualité d'un empêchement à penser	6
Chapitre 1 : De la grande histoire à la petite histoire.	7
1. Des savoirs empiriques au diplôme d'Etat polyvalent (1992)	10
1.1. Le savoir d'expérience	10
1.2. La médicalisation des soins	19
1.3. Une diversité de conceptions et des positionnements divergents entre infirmières	25
1.4. L'éclatement du groupe professionnel soignant [une dissociation des tâches et une création de nouveaux emplois]	31
1.5. L'installation du paradoxe.....	41
2. De « l'apprentissage sur le tas » au début de carrière dans un contexte mouvementé (1983-1992).	51
2.1. Les débuts en psychiatrie.....	51
2.2. Les mouvements infirmiers	55
2.3. La difficulté face à l'injonction institutionnelle de former un nouveau profil d'infirmier polyvalent.	64
Chapitre 2 : infirmière et formateur en soins infirmiers : des métiers « impossibles »	70
1. Etre infirmière aujourd'hui : le choc de la réalité	71
1.1. Un paradoxe en soi : la nouvelle gestion publique.....	71
1.2. L'évolution sociétale	80
1.3. La structuration du groupe infirmier	86
1.4. Un nouveau métier d'infirmière aux compétences élargies.....	91
2. La fonction de formateur en soins infirmiers : un « allant de soi » historique.....	99
2.1. De la transmission des pratiques à la pratique de transmission.....	99
2.2. Le paradoxe contemporain de l'universitarisation des études infirmières : la confrontation de l'approche compétences et de l'universitarisation européenne.....	110
2.3. Les évolutions attendues	120
2.4. Ma place d'acteur-formateur : de mes débuts en formation à son universitarisation ...	132
Partie deux : De la construction de l'objet de recherche aux méthodes d'enquête.....	141
Chapitre 1 : la construction de mon objet de recherche : la sidération	142
1. L'éprouvé de sidération.....	144
2. Les approches théoriques de la sidération	150

2.1.	La survenue d'un impensable.....	150
2.2.	L'état de sidération et le traumatisme	154
2.3.	La création d'une grille de lecture/grille d'observation	159
Chapitre 2 :	l'entre-deux mondes	161
1.	La posture du praticien-chercheur	163
1.1.	La mise en tension de l'entretien clinique	163
1.2.	La construction de la posture de recherche	166
2.	Une thèse en co-encadrement.....	170
2.1.	Des allant-de-soi et la socialisation du doctorant	171
2.2.	Un suivi multiforme.....	176
2.3.	Une approche clinique	191
2.4.	Une mise en dialogue des savoirs.....	193
Chapitre 3 :	Le recueil de données : une méthodologie plurielle.....	202
1.	Le corpus documentaire de la réingénierie des études infirmières.....	202
2.	L'observation de la quotidienneté : un corpus d'expérimentations hétérogènes	211
2.1.	Les différentes formes d'observation	211
2.2.	Les notes de recherche	213
2.3.	Les formations-interventions sur la formation tutorale à destination des professionnels de terrain.	215
3.	Les entretiens individuels et les séances de recherche collaborative.....	219
3.1.	Les entretiens semi-directifs avec les formateurs d'institut de formation.	219
3.2.	Le dispositif de recherche collaborative avec une équipe de formateurs en soins infirmiers en institut de formation.	222
Partie 3 :	La sidération des formateurs, analyseur des contradictions institutionnelles de la réingénierie de 2009.....	232
1.	Les récurrences de l'histoire infirmière et la réactualisation des paradoxes	241
1.1.	Une autonomie paradoxale.....	241
1.2.	L'intraduisible théorisation de la pratique à la théorie	269
2.	La place des nouveautés dans le vécu des formateurs en soins infirmiers.....	290
2.1.	Un nouveau discours ou non ?	291
2.2.	Une nouvelle fonction pour le tuteur de stage ou non ?.....	294
2.3.	Une collaboration IFSI-terrain renouvelée ou non ?	300
2.4.	Un nouveau partenariat universitaire ou non ?.....	305
3.	L'institutionnalisation des contradictions	309
3.1.	Quand la demande de mise en mots devient insulte	310
3.2.	Quand la demande de clarification devient difficulté à s'entendre	312
3.3.	Quand la bienveillance se fait violence	314

3.4. Quand la souffrance devient incontournable	316
3.5. La ritualisation pour « faire avec » les contradictions institutionnelles	318
Conclusion	326
Index des abréviations utilisées.....	331
Bibliographie	336
Sommaire des annexes	368

« Il est toujours difficile de penser des pratiques qui se pratiquent sans se penser »
(Gilioli, 2001, p. 6)

Introduction

Les mutations structurelles et économiques qui ont traversé le monde de la santé ont régulièrement engendré des transformations dans l'organisation et dans la production des soins et de ce fait un ajustement du travail infirmier, ces changements suscitant systématiquement des modifications dans la formation infirmière. La première partie de ma carrière professionnelle a été consacrée au métier d'infirmière et la seconde partie à la transmission de ce métier, c'est-à-dire formateur en soins infirmiers. De nombreuses réformes hospitalières et changements de programmes d'études infirmières ont jalonné mon parcours pendant ces trente dernières années, impactant de fait les pratiques et les organisations professionnelles de façon récurrente. Dans le cadre de l'universitarisation des formations sanitaires et sociales, l'intégration au système LMD de la formation infirmière représente une opportunité pour la valorisation et la reconnaissance de cette profession.

Cette recherche doctorale est née de la confrontation à un paradoxe politique et à un véritable choc des cultures chez les professionnels de santé, y compris de la doctorante elle-même dans son quotidien professionnel. Le décalage entre la manière dont les professionnels infirmiers conçoivent leur travail au quotidien et les impératifs de (re)construction de leur monde professionnel les projettent en effet dans de véritables paradoxes, générant un effet de sidération qui empêche toute capacité réflexive. Le constat de la récurrence de cet empêchement à penser, rendu visible par l'effet de sidération qu'il génère, m'amène à interroger la manière dont les postures professionnelles de l'infirmière et du formateur en soins infirmiers sont transformées par les mutations du secteur de la santé.

Pour mener cette analyse, il m'a tout d'abord fallu découvrir la littérature portant sur le passé de cette profession. Cette exploration m'a permis de mettre en perspective sociohistorique le métier et sa transmission. J'ai ainsi progressivement mieux cerner les effets du passé sur le présent, en particulier concernant la quête de reconnaissance des infirmières.

Le choix fait concernant le genre du terme « infirmière¹ » est délibéré. D'une part cette profession est majoritairement féminine et ce depuis ses origines, d'autre part cela permet de mieux appréhender les rapports de subordination et de domination historiquement et

¹ Lire infirmier et infirmière

socialement construits entre les infirmières et les médecins. Pour les autres termes, l'emploi du générique masculin sera adopté², y compris pour les formateurs.

A partir de l'observation participante de cet état de sidération éprouvé par une équipe de formateurs en soins infirmiers, ceci dans ma quotidienneté professionnelle, la « mise en questions des intuitions suscitées par mon expérience » (Perraut-Soliveres, 2001) s'est avérée nécessaire.

Cette problématique de la sidération et de ses effets constitue le cœur de cette recherche doctorale, j'ai cherché à comprendre de quoi elle est faite et comment elle se manifeste. J'ai aussi cherché à expérimenter des moyens de la penser.

Pour cette recherche, j'ai fait le choix de me positionner en « praticien-chercheur » (Kohn 2001, Alballero 2004, Delavergne 2007) et de collecter des matériaux de recherche à partir de deux dispositifs collectifs insérés dans ma pratique professionnelle. D'une part des séances de formations-interventions (Monceau, 2014) sur la fonction tutorale à destination des professionnels de terrain (infirmières devenues tutrices de stage). D'autre part, un dispositif de recherche collaborative (Desgagné, 1997) avec une équipe de formateurs en soins infirmiers en institut de formation. La conduite de ces dispositifs est réalisée selon une démarche de recherche « avec » (Monceau & Soulière, 2017), se réfère au cadre théorique de l'analyse institutionnelle (Lourau, 1970) et s'appuie sur la méthodologie de la socio-clinique institutionnelle (Monceau, 2018).

Les matériaux recueillis selon cette démarche sont enrichis d'observations proposées sous forme de vignettes cliniques, d'extraits de mon journal de recherche (Lourau, 1988) présentées sous la dénomination « notes de recherche » et de récits autobiographiques. En italique dans le corps du texte, des contre-points expérientiels sont apportés à la genèse de l'empêchement de penser que je souhaite objectiver.

Des entretiens semi-directifs avec des formateurs en soins infirmiers d'instituts différents complètent le dispositif de recherche.

L'analyse du matériel recueilli est également traité selon une approche clinique d'orientation psychanalytique, sensible aux tensions et contradictions internes vécues par les sujets. Ayant fait le choix d'être chercheuse et objet de sa propre recherche, la « perturbation »

² Exemple : « formateur » lire formateur ou formatrice, le terme « formatrice » pourra être utilisé lorsqu'il désigne spécifiquement une personne de sexe féminin. Les plus souvent employés : étudiant, praticien-chercheur, tuteur...

du chercheur devient « une source potentielle de données » (Devereux, 1980) et fera l'objet de la construction d'un dispositif à « fonction Balint » (Delion, 2007) dans le cadre du co-encadrement de la thèse, cette co-construction autorisera un travail psychique de liaison et de transformation de notre (Le Roy et moi-même) propre expérience du dispositif, de nos implications, investissements autant subjectifs que théoriques se manifestant dans un premier temps à travers nos ressentis et impressions face aux matériaux.

L'approche socio-historique a dévoilé la récurrence et la réactualisation de l'empêchement à penser dans l'évolution des infirmières, et dans celle synchronisée des formateurs en soins infirmiers. La sidération, décryptée comme résultante de l'empêchement à penser, a été identifiée dans cette recherche doctorale, comme un analyseur des implications professionnelles des formateurs en soins infirmiers, pris dans le processus d'universitarisation de la formation et de professionnalisation des infirmières.

Trois parties vont structurées mon écrit.

Une **première partie** s'attachera à montrer la permanence d'un empêchement à penser des infirmières, ceci à partir d'un travail de type socio-historique mobilisant les textes règlementaires et législatifs, des écrits scientifiques, des témoignages professionnels et mon propre parcours professionnel.

Le **premier chapitre** établit les traces d'un empêchement à penser au moment où les pratiques de soins issues des femmes ont commencé à évoquer autre chose qu'un allant-de-soi féminin et un échange de service (Collière, 1982). L'empêchement à penser dont la présence s'est confirmée avec la montée du christianisme et de ses valeurs religieuses et morales, a été ensuite réactualisé puis maintenu avec l'arrivée en puissance de la médecine, puis répété au fur et à mesure de l'évolution des pratiques et rôles infirmiers jusqu'à « l'avant 2009 », date de la réingénierie des études.

Ardoino affirme que « Les relations qui tissent le vécu collectif, au fil des situations successives, sont inscrites dans une durée, chargées d'histoire (et d'"histoires" constituant un contentieux entre les protagonistes), et se trouvent tout autant déterminées par la dynamique des pulsions inconscientes et de la vie affective, par le jeu des phénomènes transférentiels et contre-transférentiels, par les incidences des implications tenant aux rôles ou aux affiliations, par le poids propre des structures psychiques, par les biais spécifiques provenant des bagages intellectuels des uns et des autres, que par la logique d'un système voulant répartir des fonctions et assigner des tâches pour mener à bien des missions ». (Ardoino, 1993, p 6). Une autre partie de ce premier chapitre invite, par le biais d'une approche plus singulière et personnelle, à

revisiter l'histoire « de l'intérieur » via le récit autobiographique professionnel, afin de mieux appréhender les débats et paradoxes traversant cette professionnelle infirmière que j'étais, et mieux percevoir cet empêchement à penser.

Le **deuxième chapitre** traite de l'époque contemporaine, et plus particulièrement des conséquences de la Nouvelle gestion publique et des nouveaux besoins sociétaux sur l'évolution et la structuration du groupe professionnel infirmier.

Puis, dans une logique similaire à celle proposée au début de cet écrit, le récit historique de la construction du formateur en soins infirmiers, y compris le détour autobiographique, exposera des analogies avec l'histoire précédemment décrite, et montrera comment cet empêchement à penser fait partie intégrante de la transmission du métier infirmier.

La **deuxième partie** de cet écrit va tenter de circonscrire l'objet d'étude, la construction de la posture de chercheur et les méthodes d'enquête.

La **chapitre 1** propose de présenter comment un éprouvé de sidération a participé à la construction de mon objet de recherche. Puis, afin d'abandonner le sens commun du mot, l'exploration du terme dans un panel de lectures a permis de circonscrire le mécanisme inhérent à son apparition, et d'en proposer une grille spécifique d'observation facilitant son repérage dans les différents dispositifs de recueil de données de la recherche.

Le **chapitre 2** déroule la construction de la posture de recherche, tout d'abord l'approfondissement du statut du praticien-chercheur a permis d'analyser et de démêler ce qui était lié d'une part, au fait de faire une recherche sur mon propre terrain professionnel et de l'autre, à celui de la formatrice-infirmière devenue chercheuse dans le contexte de l'universitarisation des études paramédicales. Puis, après l'entre deux espaces illustré par la place de la praticienne-chercheuse, se pose la dimension de l'entre-deux cristallisée par le co-encadrement de la thèse. Entre deux universitaires, entre deux approches socio-clinique institutionnelle et d'orientation psychanalytique, cet espace de la co-guidance entre contrainte et créativité a contribué à élaborer, clarifier et développer ma posture de chercheuse, et m'a autorisée à expérimenter de nouvelles formes de travail, comme celui initié dans le dispositif à « fonction Balint ».

Le **chapitre 3** expose l'intégralité des dispositifs de recueil de données de la recherche. Leur diversité permet de collecter deux types de matériaux. Certains sont directement liés aux méthodes utilisées, c'est le cas des notes prises pendant ou après l'observation participante en situation de travail, et lors des séances de formations-interventions se déroulant de septembre 2011 à juin 2018, mais aussi des enregistrements et transcriptions des verbatims des entretiens

individuels semi-directifs, et des séances de la recherche collaborative de mai 2016 à octobre 2017. S'ajoute à cela la recherche documentaire à des fins de reconstitution historique, et la collecte d'éléments narratifs de type autobiographie professionnelle. D'autres matériaux sont plus indirects, issus de la réutilisation et transformation des informations précédemment citées, réécrites et retranscrites sous forme de notes de recherches. Ces traces d'impressions, de questionnements, de réflexions ou intuitions tenant lieu de début d'analyse, ont servi de matière alimentant à la fois le dispositif à « fonction Balint », et les « rapports d'avancement » que je produisais méthodiquement avant des premières guidances de thèse, témoignant du cheminement intellectuel effectué. Le recours simultané, mais distinct, à deux cadres conceptuels (orientation psychanalytique et analyse institutionnelle) m'a ici souvent permis d'éviter des interprétations trop rapides.

La **troisième partie** organisera les résultats d'analyse selon trois catégories renvoyant chacune à un moment de la dialectique institutionnelle (Lourau, 1970).

L'empêchement à penser, dont la permanence aura été décrite en première partie, peut être considéré comme un analyseur historique (Lapassade, 1971) de la professionnalisation des infirmières. L'universitarisation des études infirmières de 2009, en concordance avec les prescriptions nationales institue une nouvelle période historique dans laquelle les paradoxes présents dans la construction identitaire infirmière persistent et s'amplifient. L'implication des formateurs, définie comme « le vecteur par lequel la dialectique institutionnelle se manifeste dans la réalité des situations étudiées par la manière dont les praticiens, face aux événements qu'ils rencontrent, posent les actes, volontairement ou non » (Guillier, 2003, p. 24), est soumise à de fortes contradictions.

La sidération des formateurs en soins infirmiers (infirmière de terrain devenue tutrice, et formateur en soins infirmiers) sera alors travaillée comme un analyseur de l'institutionnalisation, et donc des contradictions, de la réingénierie de la formation infirmière de 2009.

Partie 1 : Histoire et actualité d'un empêchement à penser

Chapitre 1 : De la grande histoire à la petite histoire.

« L'histoire alimente en représentations sociales les identités. Elle dit les origines (...) elle justifie les appartenances, dresse les tableaux et les portraits qui instituent les différences qu'on a avec les autres et les ressemblances qu'on a avec les siens, à toute échelle (...). Elle procède à une mise en ordre, permet de trouver un système de repérage en vue de réduire l'angoisse et l'incertitude (...). L'histoire consacre et légitime les bonnes causes, les ordres établis, dénonce les mauvais camps » (Moniot, 1993, 29).

En Sciences de l'éducation et de la formation et à la suite de Savoye (2003), Bessaoud Alonso a situé sa propre recherche doctorale entre la « grande » histoire coloniale de l'Algérie et « petite » histoire de sa propre famille (Bessaoud Alonso, 2008). C'est pour ma part entre l'histoire de la formation des infirmières et celle des grandes transformations institutionnelles et politiques que je situe ma propre recherche.

En privilégiant l'approche sociohistorique, il s'agit de prêter une attention particulière à la construction sociale et historique de l'infirmière, depuis le temps des femmes soignantes, à l'origine de la profession infirmière, jusqu'aux temps du nouveau métier d'infirmière de pratique avancée (2019), en la réinscrivant dans une temporalité contextualisée. En effet, cette approche permet d'associer l'évolution des pratiques et savoirs infirmiers aux mutations des institutions de soins que sont les hôpitaux, aux changements profonds sociétaux et plus particulièrement du monde de la santé. Cette compréhension permet de réétudier la dynamique de formation, de questionner la transmission du métier, et les modalités de légitimation de ses acteurs.

Ayant été moi-même infirmière, puis formatrice en soins infirmiers, j'ai vécu certains moments historiques de l'évolution de la profession. Il m'est apparu pertinent de proposer sous forme de narration, des fragments de ce vécu personnel et professionnel comme une source d'informations supplémentaires qui, en rendant compte de l'univers subjectif du narrateur traversant ces différentes phases historiques, pourrait venir enrichir la connaissance du milieu spécifique infirmier. Bien évidemment, c'est une reconstruction interprétative et impliquée de l'histoire. Dans le champ de la sociologie, Bertaux réfère l'autobiographie à une « forme écrite et autoréflexive » (2010, p.38), et inscrit le récit de vie comme un des rares outils méthodologiques capable d'analyser des « cours d'action situés [...] dotés d'une épaisseur humaine » et s'inscrivant dans la durée (2010, p.6). Je fais le choix de présenter des étapes-clefs de mon parcours professionnel sous forme de récit de vie professionnelle.

Concernant l'exploration historique, la bibliothèque numérique « Gallica » de la Bibliothèque nationale de France a été une première source d'informations. J'y ai consulté de nombreux documents d'archive. Tout d'abord, des écrits anciens (début XX^{ème} siècle) témoignant d'événements particuliers impliquant des infirmières (journal de guerre, remise de récompense...) permettent d'avoir accès aux représentations de l'époque, par les photographies et les discours les concernant. Puis, une riche documentation, issue de rapports institutionnels ou de recommandations de bonnes pratiques, sous la forme de mémentos, notes, guides techniques et manuels présente les attentes et recommandations imposées à l'infirmière. Ces documents sont, pour la plupart, des articles médicaux : extraits de conférences, transcription de cours à destination des infirmières et quelques informations corporatives sur l'organisation et la formation infirmière en France (textes de lois, listes des écoles d'infirmières, contenus d'examens...). Rares sont les écrits directement signés par les infirmières seules. Certains articles de la première revue professionnelle *L'infirmière française*³ (1923) portent le tampon de l'école d'infirmières (« Maison-école d'infirmières privées ») de Léonie Chaptal et parfois sa signature. C'est seulement en 1936, qu'une infirmière autre qu'elle, signe quelques publications (Melle Fumey, sa première élève, la première infirmière monitrice⁴, et directrice de la Maison école depuis 1929). Cette revue existe sous cette appellation jusqu'en 1985 puis devient *La lettre de l'infirmière française*. Cette revue devient ensuite *L'infirmière magazine* (1987) et donne naissance à plusieurs autres revues professionnelles ciblant d'autres catégories d'infirmier(e)s : les Infirmières libérales (*L'Infirmière libérale magazine*, 1991) et les cadres de santé (*Objectif soins & Management*, 1992).

Afin d'approfondir ma recherche concernant l'histoire infirmière, je me suis référée à des publications concernant cette thématique dans d'autres revues professionnelles. Il s'agit de revues infirmières telle que la *Revue de l'infirmière* (créée en 1951 par la Croix-Rouge française) et les magazines professionnels *Soins*, et *Soins cadre* (devenues revues de référence pour la première, en matière de formation initiale et continue infirmières, et pour la seconde, au service de l'organisation stratégique et opérationnelle des soins, de la formation initiale ou continue des professionnels de santé.) appartenant toutes au groupe éditorial Elsevier⁵.

³ Pour information, les numéros de cette revue parus de 1923 à 1936 ont été numérisés suite à un projet de valorisation d'archives porté par l'Association de recherche en soins infirmiers (Arsi) en 2017 grâce à un don de l'Association des amis de l'École internationale d'enseignement infirmier supérieur.

⁴ L'infirmière monitrice est une infirmière chargée au sein d'une école d'infirmières de former les élèves-infirmières.

⁵ Le groupe Elsevier, maison d'édition de publications scientifiques, publie et commercialise 3.800 revues et 37.000 ouvrages numérisés représentant plus de 15 millions de publications, y compris de nombreuses

Deux autres revues indépendantes ont contribué à approfondir le sujet historique, la *Revue en soins infirmiers* (RSI) créée en 1985 sous l'impulsion de l'Association de recherche en soins infirmiers –ARSI, cette revue trimestrielle propose des articles scientifiques portant sur les divers domaines du soin (clinique, gestion, enseignement) et des activités scientifiques sur la santé (recherche, méthodologie) provenant de toute la francophonie (cette aire linguistique définissant sa ligne éditoriale), et la revue indépendante interdisciplinaire « Sciences Sociales et Santé » (créée en 1995, afin de faire dialoguer entre elles les sciences humaines, sociales et médicales).

Beaucoup d'études contemporaines ont aussi été publiées sur le sujet avec deux logiques différentes mais complémentaires, celle des historiens s'intéressant à la profession et celles de professionnels infirmiers eux-mêmes, devenus formateurs en soins infirmiers. Chevandier (1997, 2011) expose une analyse sociale sous l'angle des conditions de travail, Knibiehler (1984) et Diebolt (2011), toutes les deux spécialisées dans l'histoire des femmes, proposent dans leurs ouvrages respectifs une vision emprunte de militantisme féministe. En ce qui concerne les publications des professionnels infirmiers, celles de Magnon (2001) contextualisent les mutations infirmières du XVI^e au XXI^e siècle, et celles de Marie-France Collière (1982, 1995) propulse Collière au rang de « Grande dame » de la profession infirmière, dénomination proposée dans un article biographique de la RSI intitulé : *1930 – 2005. Une infirmière, Une historienne, Une auteure, Une pédagogue, Une conceptrice des soins, et... Une femme* (Vigil-Ripoche, 2011).

En 2020, un travail de recensement des thèses produites par des infirmier(e)s (encore en activité ou pas et quel que soit leur statut professionnel) dans les universités françaises a été publié dans la RSI, il existe 132 thèses de 1976-2019, dont la majorité sont soutenues dans les disciplines sciences humaines et sociales (84%) (Policard, 2020, p. 90-91), majoritairement santé publique et l'auteur fait mention d'« une forte production doctorale dans la discipline des sciences de l'éducation⁶ chez les infirmières, notamment ces dix dernières années » (p. 94), associée aux opportunités liées à l'universitarisation des études et au partenariat avec les universités. Les sciences de l'éducation et de la formation sont au carrefour de plusieurs disciplines et convoquent souvent une approche transdisciplinaire (Talbot, 2008). Il ne s'agit

publications mondialement connues comme le *Gray's Anatomy* ou *The Lancet*. https://www.elsevier-masson.fr/advsearch?filter_product_format.

⁶ Cette discipline est investie depuis 1980 Trois axes dominants pour les thématiques de travaux doctoraux : la formation ou l'apprentissage du métier d'infirmier (54 %), les pratiques de soins, en particulier l'éducation à la santé (29 %), et des thèmes tels que l'engagement, l'identité professionnelle ou la profession (13 %).

pas de faire un listing exhaustif des thèses infirmières lues, mais de recenser les principales. En sciences de l'éducation et de la formation, la lecture de travaux doctoraux portant sur l'analyse des gestes professionnels liés au Care et leur lien avec les savoirs professionnels étudiés dans la thèse d'Eyland (2017), l'analyse de la posture de praticienne-chercheuse et la dimension clinique institutionnelle du rapport des infirmières au travail de nuit dans celle de Perraut-Soliveres (2001), de même que l'étude quantitative d'orientation sociocognitive sur l'autonomie et l'agentivité dans les pratiques infirmières hospitalières de Piguet (2008) et *l'enquête sur les dynamiques de professionnalisation et de construction du rapport au métier* de Miribel (de, 2017) traitant de la professionnalisation des infirmiers en psychiatrie m'ont permis de diversifier les angles d'approche.

Deux thèses en sociologie, celle de Girard (2018) présentant les étapes de la construction identitaire des étudiants infirmiers m'a permis de revisiter la socio-histoire du groupe professionnel infirmier et celle de Reinhardt (2011) pour les cadres de santé. La thèse de Lagarde-Piron (2016) en sciences de l'information et de la communication m'a permis d'aborder différemment la culture soignante avec une entrée par le corps. Et avec la thèse en histoire de Poisson (2018), j'ai découvert l'expérience unique d'un dispositif de formation promotionnel social et professionnel réservé à des infirmières de 1965 à 1995, premier rapprochement de la formation infirmière et de l'université.

Revenir sur l'histoire des infirmières, en découvrir les aléas, y voir des répétitions et des évolutions sans retours permet de « mieux comprendre le fondement des croyances, leur nature, leur mode de transmission et de modification » (Collière, 1982, p 289) et de mieux éclairer le présent (Lefebvre, 1953). Il s'agit d'un temps de mise en perspective historique, dans lequel comme le postule Savoye (2003) : « Le passé n'y serait pas étudié pour lui-même mais en vue de jouer — grâce à sa fonction miroir et selon un phénomène de projection rétrospective — le rôle d'un "analyste spéculaire" du présent » (p. 145). Ce sont les enseignements de cette démarche socio-historique, consistant à interroger le passé à partir des interrogations contemporaines, que je partage dans cette première partie.

1. Des savoirs empiriques au diplôme d'Etat polyvalent (1992)

1.1. Le savoir d'expérience

Afin d'appréhender l'origine des pratiques de soins, je ferai référence aux écrits de Collière (1982, 1995, 2001). Se réclamant d'une approche anthropologique des soins, elle

postule qu'il en va de la conservation de la vie et de la continuité de l'espèce humaine. Cet éclairage significatif oriente la façon d'appréhender l'Homme, il va construire son rapport et son expérience au monde, besoin de survie avec les satisfactions primaires de boire, manger et dormir, ainsi que le besoin de sécurité avec la connaissance et la maîtrise de son environnement à partir de ses besoins propres. « Soigner, veiller à, représente un ensemble d'actes de vie qui ont pour but et pour fonction d'entretenir la vie des êtres vivants en vue de leur permettre de se reproduire et perpétuer la vie du groupe » (Collière, 1982, p. 25). De fait, donner la vie, entretenir la vie, promouvoir la vie ... en un mot prendre soin de la vie est assimilé à la fonction maternelle/maternante de la femme (Collière, 2001). Les soins de première nécessité, profanes et naturels sont des soins prodigués par les femmes. De la naissance à la mort, ces pratiques de soins au corps recherchent l'apaisement, le réconfort, le soulagement de la douleur, et reposent sur des savoirs de gestes. Actes de vie indispensables, ce sont des services rendus en échange d'un autre service. Cette logique de réciprocité fait du soin une nécessité vitale et un « allant-de-soi » inscrit dans la « nature instinctuelle » des femmes (Pinkola Estés, 1996), dans leur expérience de vie. Ceci fait du soin une activité gratuite, dépourvue d'originalité et tend à dévaloriser la fonction soignante considérée comme innée.

Ces actions de soin sont accompagnées de découvertes pratiques fondées sur l'observation, l'expérimentation empirique et la transmission concernant les propriétés des plantes, donnant lieu à de véritables connaissances, au sens originel du terme. A ce propos, Collière insiste sur une approche compréhensive des soins, ce qui signifie pour elle que soigner est une « capacité de continuer à être en éveil, à être à l'écoute des possibilités de développement et d'épanouissement à partir des ressources existantes, pour savoir les mobiliser et s'en servir. » (Collière, 2001, p. 25), cette mise en sens des soins s'inscrit dans une expérience de vie, à l'origine des connaissances et croyances de ces femmes.

Tout d'abord, intégrées dans la communauté, des femmes ayant acquis ces connaissances, qualifiées par certains auteurs de « médecins autodidactes et sans diplôme, n'ayant accès aux livres et aux cours » (Ehrenreich, cité par Collière, 1982, p 17) ou « d'experte en santé travaillant de manière intuitive et objective » (Ehrenreich & English, 1977), délivrent leur propre enseignement en transmettant de mère en fille, ou par cooptation. Il s'agit d'une tradition orale de transmission d'un savoir-faire naturel.

Investies de leur fonction sociale, guérisseuses utiles, efficaces et indispensables pour protéger la communauté, détentrice d'un savoir sur le corps humain et la nature, ces femmes

acquièrent alors une certaine place dans la société et une compétence grâce à leur savoir empirique.

Elles sont à la fois tenues en estime et redoutées pour leurs pouvoirs (capable de guérir et de faire mourir). « A l'intersection de la vie et de la mort » (Muchembled, 1979, p 39) « la femme a toujours été créditée dans les civilisations traditionnelles du pouvoir non seulement de prophétiser, mais encore de guérir ou de nuire au moyen de mystérieuses recettes » (Delumeau, 1978, p 400). Ses pouvoirs surnaturels, ajoutés à celui d'enfanter font d'elles des boucs émissaires, des « créatures inférieures » qui portent malheur, qu'il faut éliminer pour écarter le danger. Les croyances de l'époque participent d'une mise en concurrence avec Dieu par leur pouvoir sur la vie et la mort, elles symbolisent l'atteinte à l'ordre établi, « (...) plus ces femmes devenaient expertes, moins elles dépendaient de l'Église et de Dieu » (Pierro & Long, 1980, p. 40). Par leur esprit de recherche de connaissances sur le monde, elles incarnent l'antithèse de la femme soumise, s'opposant inévitablement au fatalisme de l'Eglise.

Stigmatisées par l'Eglise, des milliers de femmes sont envoyées au bûcher du XVIème au XVIIIème siècle pour crime contre la foi. « L'acharnement des chasseurs de sorciers contre les femmes âgées tient au désir d'exterminer celles qui sont les dépositaires privilégiées des croyances populaires. Elles sont considérées par les élites culturelles et sociales comme des reliques anachroniques d'un temps païen, comme des freins à la diffusion de l'orthodoxie et de la morale nouvelle, comme des concurrentes des prêtres et de tous ceux qui cherchent à modifier la culture populaire traditionnelle » (Muchembled, 1979, p 39). Le pouvoir politique, judiciaire et l'Eglise s'unissent pour éliminer les croyances et imposer le pouvoir central.

Certains auteurs (Cholet, 2018) font remonter la naissance du mythe de la sorcière avec celle, en 1454 de l'imprimerie. Pendant ces siècles, le pouvoir de ces femmes soignantes est détruit, leur savoir nié et leurs pratiques interdites. Cependant, les savoirs ne meurent pas avec elles.

L'hypothèse selon laquelle les origines du savoir infirmier serait lié à la fonction maternelle semble crédible pour différents auteurs. Comme le précise Chollet « À vrai dire, c'est précisément parce que les chasses aux sorcières nous parlent de notre monde que nous avons d'excellentes raisons de ne pas les regarder en face. S'y risquer, c'est se confronter au visage le plus désespérant de l'humanité. Elles illustrent d'abord l'entêtement des sociétés à désigner régulièrement un bouc émissaire à leurs malheurs, et à s'enfermer dans une spirale d'irrationalité, inaccessibles à toute argumentation sensée, jusqu'à ce que l'accumulation des

discours de haine et une hostilité devenue obsessionnelle justifient le passage à la violence physique, perçue comme une légitime défense du corps social » (2018, p. 10). Cette figure emblématique de la sorcière est une construction sociale véhiculée par l'imaginaire collectif. Elle symbolise la Femme et la place qu'elle occupe dans l'espace social. Considérant que le mythe de la sorcière parle des préjugés à l'égard des femmes, de leur autonomie dangereuse pour l'homme, posée comme un interdit et sur la nécessité de leur asservissement, nous avons avec ce petit historique un aperçu de la distribution genrée du pouvoir, prévalente dans notre société, de l'installation de certaines normes sociétales, comme la nécessité de la tutelle masculine des femmes. Cette banalisation des violences, cette déshumanisation des sorcières, ce massacre systématique et organisé, qui vient faire écho aux peurs, nous oriente vers l'hypothèse d'un impensable savoir autonome des femmes, et de la lutte continue pour une légitimité.

Les premières institutions hospitalières ou maisons d'hospitalité visent l'accueil des personnes indigentes (les pauvres, marginaux et « fous »), et ont une mission de santé publique quant à la prévention des épidémies. « La prolifération de ces lieux clos dans les grandes villes qui s'inspirent du modèle monastique résulte de la volonté politique de lutter contre toutes les formes de misère et de débauche (Dinet-Lecomte, 2005, p. 361). Financées par la charité publique, le plus souvent sous la gouvernance de l'Eglise, ces lieux sont régis selon les préceptes religieux : charité, accueil et hospitalité.

« Le geste de l'hospitalité est d'abord de mettre à l'écart l'hostilité latente de tout acte d'hospitalité, car l'hôte, l'étranger, apparaît souvent comme réservoir d'hostilité : qu'il soit pauvre, marginal, errant, sans domicile fixe, qu'il soit le fou ou le vagabond, il recèle une menace » (Montandon, 2004, p 7). En 1656, avec la politique royale dite du « grand renfermement », terme inventé en 1961 par Foucault dans son *Histoire de la folie à l'âge classique*, Louis XIV crée une institution appelée « hôpital général » pour y enfermer les mendiants et les marginaux. Située à l'extérieur des villes, elle devient une structure semi-juridique garante de l'ordre public, marquant le début d'un processus de contrôle social des populations déclassées, ou déraisonnables (Foucault, 1961), d'un « étrange pouvoir que le Roi établit entre la police et la justice, aux limites de la loi : le tiers ordre de la répression. » (Foucault, 1961, p. 56). A la fin du XVIIème siècle, les hôpitaux généraux, pour la plupart, se muent en hospices pour vieillards, enfants abandonnés, et aliénés, passant de la répression à l'assistance dans cette époque de moralisation de la société, et l'enfermement est assortie d'une contrainte au travail.

« Pour encadrer efficacement les hôpitaux et les établissements spécialisés, les élites urbaines font appel aux communautés religieuses » (Dinet-Lecomte, 2005, p. 359), la charité chrétienne induit un engagement total, invitées au dépouillement total, dans l'humilité et la discrétion, les religieuses font don de leur vie à Dieu, sans rien attendre en retour, hormis une valorisation sociale de bienfaitrice auprès des pauvres. La dimension spirituelle, la dimension du sacré s'ancre dans l'histoire des soins prodigués par les femmes. Les pratiques de soins connues des guérisseuses réapparaissent au cœur des préoccupations et activités de la chrétienté, sous la forme de vocation religieuse. « L'acte de soigner est bénévole, la femme qui aide ne peut être rémunérée en argent ; les soins sont inscrits dans un système d'échanges : le remerciement se fait en nature, l'infirmière est prise en charge par la structure qui l'emploie car le soin n'a pas de valeur économique, il a une valeur culturelle » (Calbera, 2003, p55). Sous l'influence de l'Eglise chrétienne, les valeurs ancestrales sont détournées au profit de valeurs morales. Le soin est spirituel, un moyen pour atteindre l'âme, et s'adresse à la personne malade plus qu'à la maladie. Les soins au corps « ne s'adressent qu'aux corps souffrants, misérables, atteints de nombreux maux. Le corps souffrant est digne d'attention car il est à l'image du Christ souffrant dans sa passion » (Collière, 1982, p 65), et « L'Eglise s'approprie le pouvoir de discerner ce qui est bon ou mauvais pour l'âme et pour le corps, décide des connaissances à utiliser pour soigner, et limite les pratiques d'hygiène » (Collière, p 52) affirmant ainsi un « champ généralisé de l'obéissance » (Foucault 2004, p. 182).

Mais contrairement aux idées souvent véhiculées, les femmes-soignantes de ce siècle n'ont pas toutes le statut de religieuses. Dinet-Lecomte (2006) identifie dans son ouvrage *Les sœurs hospitalières en France aux XVIIe et XVIIIe siècles*, trois catégories d'hospitalières : des soignantes laïques, des filles séculières ayant prononcé des vœux privés, et des religieuses qui ont professé des vœux formels. L'auteur expose l'état des lieux suivant : « A la veille de la Révolution (...) les 3/4 environ des hôpitaux sont encadrés par des religieuses (...). Du côté du personnel soignant (...) je propose les estimations suivantes : sur un total vraisemblable de 12000 sœurs hospitalières en 1789, au moins 2000 hospitalières laïques et dévotes (...) La plus grosse catégorie est représentée par les congréganistes, 6500 environ dont un tiers de filles de la Charité ; le dernier tiers correspond à 3500 religieuses hospitalières à vœux solennels (...) » (Dinet-Lecomte, 2005, p. 360). Trois statuts différents démontrant ce que Diebolt (2013) nomme « la subtile hiérarchie qui s'établissait au sein du personnel subalterne ».

D'une part, les soins corporels, de première nécessité peuvent être délégués aux servantes. Ces servantes, appelées aussi dans certains textes historiques « garde-malades » sont

issues du peuple. Le prendre soin est gratuit, la soignante est une main d'œuvre bon marché dont l'apprentissage se fait sur le tas. L'origine du soin est une activité domestique non valorisée et/ou un soin profane peu glorieux (Nadot, 2012). Filles de petites vertus, repentantes, elles espèrent par la pénibilité de leur travail, l'hôpital devient un lieu de salut, leur permettant de racheter leurs péchés terrestres.

D'autre part, les demoiselles de bonne famille instruites, ou filles « dévotes, pieuses, vertueuses » sont aussi une force de travail. Dinet-Lecomte a identifié que ces femmes sont « représentatives de cette génération marquée par le militantisme de la charité, à tel point qu'elles ont préparé l'arrivée des religieuses » (2005, p 35).

Puis, les religieuses sont considérées comme des « auxiliaires de l'administration », des « agentes de surveillance responsables du soin porté aux malades » (Jusseume, 2015, p 20). « Si la supérieure et ses assistantes assurent des fonctions d'autorité essentiellement administratives, les autres membres de la communauté, c'est-à-dire les deux tiers ou les trois quarts des effectifs, reçoivent la responsabilité de postes qui les introduisent dans les divers services de l'hôpital (boulangerie, cuisine, buanderie, lingerie, école...) ou qui les placent au contact direct des malades (réception, service des salles, apothicairerie, pansements, veille...) » (Diebolt, 2013, p.12).

Toutes ces femmes, quel que soit leur statut, ont l'aspiration à vivre comme des religieuses, elles sont appelées : les femmes consacrées (Collière, 1982). Se confondant avec les religieuses, elles deviennent le modèle de femme soignante.

« Ce qui importe est la volonté de renoncement, de dépossession de soi » (Césaire, cité par Collière, 1982, p. 57). La pratique est encouragée à se dévaloriser, à travailler sans relâche pour ne pas avoir de mauvaises pensées. La disponibilité (sans charge de famille), l'abnégation sont les valeurs portées par ces soignantes, s'inscrivant dans une tradition de charité et de bénévolat. Le prendre soin n'est plus équivalent à une activité domestique attribuée à la femme, il devient une activité « sacrée » bénévole, et certaines femmes voient, dans cette vocation, une possibilité de réalisation de soi, d'indépendance par rapport à leur famille, de réhabilitation, alors que la réalité les enferme et les rend transparentes. Enfermée dans l'institution, aucun savoir n'est utile en dehors d'une morale irréprochable. « Les femmes consacrées font profession religieuse. Toute leur pratique repose sur un credo. Je crois et de là je tire toute mon action » (Collière, 1982, p 68).

Il est à noter que ces femmes sont décrites comme partageant un « idéal » suivent leurs règles (obligations religieuses, règlement de la communauté...), « elles assument avec

tranquillité et assurance le rôle qu'elles se sont choisi » (Turin, 1989, p127) et font de l'hôpital « un entre-soi religieux et féminin » (Jusseaume, 2016).

Si, jusqu'au XVIIIème siècle, la formation aux soins n'est pas une préoccupation, certaines apparaissent cependant dès le siècle précédent. Une illustration parmi d'autres est la mise en œuvre en 1633, à l'initiative de Saint Vincent de Paul, d'une première formation de soignantes « à la cornette » (Knibiehler, Collière). Elle est organisée à l'intention des Filles de la Charité, qui ont pour mission « le gouvernement des pauvres ». Les soins aux malades et l'enseignement sont exercés par des sœurs infirmières et des sœurs enseignantes du soin. Une fois la sœur novice formée par une sœur plus ancienne, elle devient à son tour une sœur enseignante. Le savoir oral associé aux qualités féminines circule à travers le modèle du compagnonnage.

Diebolt (2013) confirme que les sœurs étaient reconnues comme qualifiées, compétentes grâce à leur formation faite par la pratique, « les remèdes n'ont pas de secrets pour celles d'entre elles qui exercent depuis de longues années. Des livres de recettes se transmettent de sœur grise à sœur grise dans les apothicaireries. Dans les villes, leurs savoirs sont reconnus et appréciés si bien que des femmes les abordent pour leur demander leurs recettes et des conseils » (p 17).

Au cours du XVIIIème siècle, la situation politique et sociale de la France se modifie, c'est le règne de la bourgeoisie riche et aisée, du début du capitalisme, et de l'industrialisation. Le siècle des Lumières est une période paradoxale par excellence, d'un côté une idéologie de l'instruction néfaste pour le « bon peuple » (« lorsque la populace se mêle de raisonner, tout est perdu » Voltaire) et de l'autre, l'engouement pour les sciences, les inventions et la découverte, qui entre autre, aboutissent au développement des sciences et à l'amélioration de la médecine (le corps humain n'est plus l'œuvre de Dieu, mais une machine). La pensée des Lumières promeut de nouvelles postures et pratiques pédagogiques, entre autre la méthode expérimentale (la preuve par l'expérience et l'observation) fait émerger de nouveaux lieux de savoirs (observatoires, laboratoires, salons et cabinets de curiosité) et la diffusion du savoir se fait par le développement de publication, l'exemple de l'Encyclopédie de Voltaire et d'Alembert.

Il est à noter qu'en France au XVIIIème siècle, la population est peu alphabétisée, et l'éducation féminine est du ressort des congrégations religieuses, seules les filles de la bourgeoisie et de l'aristocratie en bénéficient. L'organisation sociale induit une différenciation sexuée « des rôles et des emplois répartis autour de deux pôles antagonistes, dedans/dehors, public/privé. Chaque zone est sexuellement balisée. L'homme exerce au-dehors, dans l'espace

public, les grands emplois ; la femme assume, dans l'enceinte du foyer familial, les fonctions génésiques et domestiques » (Gargam, 2009). L'instruction est affirmée comme principe pour les deux sexes, mais celle des femmes reste centrée sur la vie domestique et familiale. L'accès aux sociétés savantes, aux universités est refusé aux femmes, souvent jugées inaptes aux travaux scientifiques comme le démontre la citation de Casanova écrites entre 1789 et 1798 dans *Les mémoires* « La science est déplacée dans une femme ; car elle fait du tort à la douceur de son caractère, à l'aménité, à cette douce timidité qui donne tant de charme au beau sexe » ; ou encore, ridiculisées comme dans les propos satiriques du philosophe Rousseau dans *L'Emile ou de l'éducation* (1762, Livre V) « La recherche des vérités abstraites et spéculatives, des principes, des axiomes dans les sciences, tout ce qui tend à généraliser les idées n'est point du ressort des femmes, leurs études doivent se rapporter toutes à la pratique ; c'est à elles de faire l'application des principes que l'homme a trouvés, et c'est à elles de faire les observations qui mènent l'homme à l'établissement des principes ».

Le pays est aussi confronté aux épidémies, qui font émerger une véritable politique de santé publique et une demande d'efficacité de la Médecine. « Entre corps médical et sœurs hospitalières, se construit une relation à trois où s'interposent les administrateurs d'hôpitaux essentiellement occupés de la question financière » (Diebolt, 2013, p. 16). Cet équilibre est remis en question à la fin du XVIIIème siècle, une des causes énoncées par cette auteure est celle de l'émergence de la nouvelle conception de l'homme par les médecins des Lumières, heurtant celles des sœurs. « Le malade pauvre supplante peu à peu le pauvre malade » (p. 16), les médecins étant désormais plus soucieux d'observer le malade ou de l'utiliser comme objet d'expérimentation. Les religieuses sont souvent considérées comme une entrave à la médicalisation des hôpitaux, et malmenées par les apothicaires protestant contre l'exercice illégal de la pharmacie par elles. Avec l'expérience, elles ont acquis une certaine polyvalence, elles ont en charge « les soins, la surveillance des remèdes, la distribution individuelle des aliments et boissons, tout service qui se pratique au pied du lit des malades » (Faure, 1981, p 90-91), face à la surpopulation des hôpitaux, les administrateurs leur reprochent de trop donner à manger aux malades ou de les garder trop longtemps à l'hôpital (Dinet-Lecomte, 1994). La pénurie, les difficultés de recrutement entraînent aussi une mise en concurrence des congrégations, alimentée par les querelles doctrinales liées entre autre au jansénisme. « Les sœurs essaient de garder leurs prérogatives. Enfermées dans un combat corporatiste, elles ne saisissent pas les changements et les enjeux de la médicalisation » (Diebolt, 2013, p 16).

La sorcière, incarnation du diable, et la religieuse, modèle de perfection féminine, semblent représenter les deux facettes de la femme soignante. Toutes deux sont stigmatisées aux sens goffmanien du terme pour leurs supposées qualités féminines naturelles, les unes sont diabolisées, et les autres magnifiées. Elles possèdent aussi toutes les deux des savoirs construits empiriquement. La première l'a construit à partir de ses découvertes expérimentales sur la nature, et l'autre à partir de l'expérience de son enfermement avec le malade. Toutes deux ont développé des savoir-faire (savoir s'occuper des autres en besoin d'aide).

La transmission de leurs savoirs est informelle, voire clandestine dans un entre-soi féminin, de mère en fille pour l'une, et entre paires, au sein de la congrégation religieuse pour l'autre. Cependant, le pouvoir central de l'Eglise va mettre à mal les unes et essayer de les « exterminer », tandis que le pouvoir de la médecine des Lumières va tenter de faire disparaître les autres des hôpitaux.

Leurs savoirs sont rendus invisibles, ou lorsqu'elles se découvrent, sont discréditées. Ces femmes ne semblent donc pas pouvoir être considérées comme productrices de connaissances. Leurs connaissances spoliées, sont souvent collectées et révélées dans la sphère publique comme étant l'apanage des hommes. Quelle que soit leur compréhension du monde, elles se voient imposer les termes à travers lesquels les hommes pensent le monde, il semble qu'elles soient jugées inaptes à diffuser d'un point de vue jugé scientifique. Leur place et leur rôle dans la société leur ont été assignés par les hommes, et ils se sont réappropriés une partie de ces savoirs en niant leur origine et ce, au détriment de ces femmes, instituant une idéologie patriarcale historiquement et socialement construite.

Je propose la démonstration suivante : selon les représentations sociales de l'époque, les connaissances acquises par les femmes ne sont liées qu'à leurs supposées qualités innées, elles ne sont pas formalisées par elles, et ne sont transmissibles pour et par elles, que d'une manière quasi instinctuelle. Si ces connaissances s'affichent ou se découvrent comme étant à l'initiative de ces femmes, celles-ci sont accusées de remettre en cause l'ordre social établi. Cristallisant un potentiel danger, elles sont mises à la marge de la société, comme semble l'attester le sacrifice des sorcières, et l'exclusion des religieuses des hôpitaux. En émettant l'hypothèse que ces connaissances acquises constituent un savoir suffisamment intégré comme « naturel » pour être invisible, celui-ci s'installe tel un impensable, qui ne peut se transmettre que sous forme de savoir-faire dans l'entre soi comme nous le montre le passage à l'identique d'une génération à l'autre des remèdes et potions de la médecine naturelle des femmes

sorcières, et la reproduction mimétique des activités charitables et services rendus aux malades au sein d'une même congrégation religieuse.

1.2. La médicalisation des soins

La Révolution Française de 1789 est à l'origine de nombreuses évolutions. « Pour la philosophie des Lumières et l'idéologie révolutionnaire, il est évident qu'une société régie par la raison et la science éradiquera la misère et la maladie : l'hôpital-hospice, hideux miroir de toutes les plaies sociales de l'Ancien Régime, doit donc disparaître. » (Imbault-Huart, 1998, p 76).

Les révolutionnaires voient l'hôpital comme la pire des institutions de l'Ancien régime. Les hôpitaux sont confisqués aux congrégations religieuses et municipalisés. Le décret du 18 août 1792 déclare les congrégations religieuses éteintes, « même celles uniquement vouées au service des hôpitaux et au soulagement des malades », la situation des hôpitaux est catastrophique, des locaux insalubres, peu de financement et de moins en moins de personnel qualifié. La faible médicalisation, est principalement liée au fait que l'hôpital du pauvre attire peu de médecins.

En 1793, la Convention nationale proclamait l'égalité d'accès à tous les emplois en votant « la suppression de toutes les académies et sociétés littéraires ou savantes patentées ou dotées par la Nation », puis décrétant « la dissolution et la fermeture des Facultés et organisations enseignantes », cela a pour conséquence de pouvoir exercer certaines professions sans diplôme, dont celle de médecin, il s'agit d'une « agression caractérisée des pouvoirs publics envers le corps médical » aux dires de Tabuteau⁷ (2010).

Une politique sociale est décrétée (décrets du 27 juin et 8 juillet 1793) avec des dispositifs d'accès aux soins nommés « agences de secours », dans lesquels apparaissent les « officiers de santé chargés du soin de visiter à domicile et gratuitement tous les individus secourus par la nation » pour pallier au manque de médecins et au besoin de médicalisation des campagnes françaises.

En 1803, la loi du 10 mars rétablit l'enseignement de la médecine, faisant de l'exercice de la médecine un monopole, mais conserve deux niveaux pour les médecins, sous forme de deux ordres : le premier, les docteurs (regroupant les médecins et les chirurgiens) ayant fait des

⁷ Responsable de la chaire de santé de Sciences-Po et du centre d'analyse des politiques publiques de santé de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

études en école, devenant faculté de médecine à partir de 1808, et le deuxième ordre, les officiers de santé titulaires d'un examen départemental⁸, qui n'avaient pas les mêmes prérogatives que les docteurs (certains actes leur étaient interdits hors de la présence des médecins). « Ces médecins au ''petit pied'', créés par l'État, sont immédiatement rejetés par les docteurs en médecine. Ils sont perçus comme une concurrence déloyale, de piètre compétence et portant atteinte au prestige de la profession médicale » (Tabuteau, 2010, p. 105). La médecine se doit d'être « une profession prestigieuse au nom du bien public, un métier qui réunit trois caractères structurants : celui du prêtre, celui du savant et celui du commerçant » (Goubert, 1982, p.5), rappelons aussi que les facultés de médecine sont des lieux strictement interdites aux femmes jusqu'à la moitié du XIXème siècle (Dall'Ava-Santucci, 1989).

L'ensemble du corps médical milite et se bat pour faire disparaître ce titre pendant un siècle, il est aboli en 1892, « Cinq tentatives législatives échouent en 1825, 1828, 1833 et 1847. (...) La profession médicale a construit son identité sur son opposition aux pouvoirs publics » (Tabuteau, 2010, p. 105).

Devenus « élite hospitalière » (Parizot, 2003), les médecins valorisent au sein de l'hôpital, la recherche et l'enseignement de connaissances principalement orientées sur une conception mécaniste du corps humain, « Corps dont ni la souffrance, ni la mort ne seront prises en compte, encore moins la jouissance, mais seulement la pure corporalité » (Revel & Peter, 1974, p 175).

La fin du XVIIIème et le début du XIXème siècle sont marqués par l'avènement de la médecine expérimentale et la « naissance de la clinique » (Foucault). « La maladie n'est plus dans les livres, mais dans le malade » nous précise Balzac (1835, p. 536) dans *La comédie humaine*. Désormais, inscrite dans les études médicales universitaires, l'enseignement clinique devient obligatoire. Les progrès des sciences physiques et naturelles transforment la médecine, ses manières de la prodiguer, et ses découvertes se sont multipliées (Hygiénisme, révolution pastorienne...). L'hôpital devient « une machine à guérir » (Foucault).

Tandis qu'au siècle des Lumières, la science était l'affaire d'amateurs éclairés, diffusée dans les cabinets mondains, la fin du siècle et le début du XIX connaissent une véritable vulgarisation scientifique. L'historien Béguet identifie celle-ci comme « une des nombreuses

⁸ « Pour devenir officier de santé, il fallait réussir un examen départemental à l'issue de trois ans d'études ou de cinq ans de pratique dans un hôpital, ou encore après six ans d'apprentissage auprès d'un docteur » précise Tabuteau, dans un article de la revue *Droit social*.

incarnations du vaste projet d'éducation populaire né au XVIII^e siècle », mais aussi comme une « Lecture instrumentalisée qui ne saurait, comme celle de la fiction, valoir pour elle-même, elle apporte des connaissances positives, fait circuler des informations utiles, offre des modèles » (Béguet, 1997, p. 51).

Berriot-Salvadore explique dans *Histoire des femmes en occident* que « le discours médical est toujours convoqué pour justifier le rôle assigné à la femme, dans la famille ou dans la société » (1991, p. 407). L'exemple de discours que l'on peut trouver dans les ouvrages médicaux : « Les Accouchemens furent [...] jusqu'à ce siècle, entièrement abandonnés aux femmes ; & dans leurs mains, l'Art n'eut pas à se louer de ses progrès. Privées d'instructions, & sans connoissances sur l'économie animale, elles ne virent dans l'accouchement qu'une opération purement mécanique, & n'imaginèrent pas même qu'on pût en donner une théorie fondée » (Deleurye, 1777, p. VIII, cité par Houle, 2016, p. 84) énonce clairement le peu de considération que les médecins ont à l'égard des femmes et de leur savoir non reconnu en tant que savoir spécifique, il est banalisé voire déqualifié, comme tout savoir juger trop empirique ou populaire. « De la fin du XVIII^e siècle jusqu'au milieu du XIX^e siècle (et même après) les soignantes assistent progressivement à la médicalisation et au enjeux de ce jeu et doivent s'adapter ou subir l'arrivée d'une langue nouvelle, celle de la culture médicale » (Nadot, 2020, p. 81). Et les connaissances issues de leur expérience pratique, sont exploitées par les médecins dans une profusion d'écrits sur les "pratiques des femmes", se transformant en « somme de règles, de savoirs et de dogmes d'une vérité entière et indiscutable » (Boltanski, cité par Tréanton, 1970, p 98). La dénomination de l'époque "à l'usage des infirmières" démontre explicitement que ce savoir est à destination du personnel subalterne. Cette emprise des médecins instaure un contrôle sur tous les savoirs développés par les infirmières. « La prise de pouvoir médical s'appuie par conséquent sur la promotion et la valorisation de savoirs savants sur le corps qui s'opposeraient fondamentalement aux pratiques féminines, dans un jeu d'opposition manichéen entre tradition et idée de progrès » (Hanafi, 2000, p 6), il s'agit d'une lutte de pouvoir dans la reconnaissance sociale des savoirs des personnes qui ont pour mission de soigner à une époque⁹ pendant laquelle les préoccupations de l'Etat orientées vers la lutte contre les maladies et les épidémies, prônent la médicalisation et sa légitimation, et institutionnalisent les pratiques. Rappelons que dans le contexte économique et politique du XVIII^e siècle, l'approche clinique expérimentale propulse l'expertise en lien direct avec le savoir-faire, la posture intellectuelle va de pair avec la pensée opératoire, la primauté de

⁹ Il existe encore beaucoup de soigneurs non reconnus par l'Etat : matrone, rebouteux, herboristes...

l'expérience autorise la découverte et les projets, l'institutionnalisation de l'invention garantit la légitimité de l'inventeur, mais participe aussi de l'autonomisation des disciplines et à la professionnalisation de ces nouveaux scientifiques. La divulgation du savoir technique revient aux médecins

« Les historiens des pratiques de santé ont été pendant longtemps des médecins soucieux d'écrire le passé de leur profession ; les aides, les gardes, les soignants, n'étaient à leurs yeux que des auxiliaires. Ils participaient sans doute au progrès médical, mais n'étaient que des exécutants ; n'ayant qu'un rôle de comparses, il paraissait normal qu'ils soient absents d'une histoire toute à la gloire des grandes personnalités et des grandes découvertes. L'humble, le quotidien ; ce n'était pas... de l'histoire ! » (Gélis, 1988, p. 13 et 16). Ce discours historique produit un sens : l'histoire des infirmières s'inscrit dans celle de la médecine.

Au regard de ce retour socio-historique sur la construction de l'identité infirmière, un constat peut être posé : quels que soient leurs statuts, femmes soignantes, servantes, « femmes consacrées », sœurs, religieuses, elles « s'inscrivent dans un univers mental similaire, fortement marqué par des principes moraux verticaux, par une confusion des principes de la vie privée et de la vie professionnelle, par une logique immémoriale de don communautaire, teinté de patriotisme ou de religion » (Petitat, 1994, p. 245).

La religieuse devient le modèle de l'infirmière. On n'en retiendra pas la référence à un idéal communautaire, mais l'image archétypique de la femme à qui on dicte sa conduite et dont on attend humilité, obéissance et soumission. La vertu et les qualités personnelles morales reviennent à l'infirmière et le savoir au médecin, qu'il peut, dans la mesure des besoins, inculquer à l'infirmière. L'ancrage spirituel de l'infirmière est à l'œuvre.

Cette femme qui prenait soin de la vie et de sa continuité continue à occuper une place qui lui est assignée par les hommes, les qualités « naturelles » que l'on encense chez elle sont la docilité, la fragilité et l'obéissance l'enfermant dans une infériorité intellectuelle et physique réaffirmée, cette imposition participe du maintien de l'empêchement à penser ses activités, son rôle autrement que la façon dont la société du moment les conçoivent.

Avec la révolution pasteurienne, le danger de l'infection devient la toile de fond de toute intervention sur le corps du malade. Les religieuses dont la « [...] présence était souvent nuisible car elles étaient vêtues de bure de laine gris ardoise, noire ou bleue portée en toute saison, quel que soit leur service et qui répondait peu aux exigences de propreté et d'asepsie » (Knibiehler,

1984, p. 51) sont progressivement remplacées par des auxiliaires plus dociles, qu'il convient de former.

L'approche de la maladie nécessite l'utilisation de techniques de plus en plus perfectionnées. L'essor médical engendre pour les médecins la nécessité d'avoir des aides. « Trop qualifié, trop accaparé par les finalités de son travail, le médecin ne peut symboliser l'hôpital comme l'ingénieur ne peut symboliser l'usine », le métier de l'infirmière devient « le métier hospitalier par excellence. Il l'est parce qu'il combine la dimension technique, du soin et des traitements et celle, humaine, terriblement humaine, de la présence auprès de celui ou de celle qui souffre, auprès de celui ou de celle qui meurt » (Chevandier, 2011, p. 103). Les médecins se trouvent dans la nécessité de déléguer certains soins à un personnel subalterne. C'est à cette même époque que la formation infirmière apparaît.

« En 1877, une décision déposée au conseil municipal de Paris propose d'ouvrir les premières écoles d'infirmières d'asile. C'est un militant de la formation professionnelle des infirmiers et un combattant anticlérical, le docteur Bourneville, qui soutient ce projet » (Leyreloup, 2010, p. 123). De façon concomitante, le statut d'auxiliaire médicale apparaît sous son impulsion, et les premières écoles d'infirmières d'orientation résolument médicale et technique ouvrent leurs portes. « Les idéaux démocratiques de solidarité n'impliquaient-ils pas également une attention toute particulière à l'amélioration des modes de vie de tous, donc à la promotion sociale et aux chances d'épanouissement de chacun ? » (Geadah, 2012, p. 28). L'abnégation, le dévouement ne suffisent plus, il devient impératif de former des auxiliaires médicales.

Le législateur, avec la circulaire d'octobre 1902 relative à l'application de la loi sur l'assistance médicale gratuite et la création d'écoles d'infirmières déclare : « L'infirmière, telle qu'on doit la concevoir, est absolument différente de la servante employée aux gros ouvrages de cuisine, de nettoyage, etc... elle est réservée aux soins directs des malades, c'est la collaboratrice disciplinée, mais intelligente du médecin et du chirurgien : en dehors de sa dignité personnelle, qu'il est essentiel de sauvegarder, elle doit éprouver une légitime fierté d'un état très scientifique » (JO du 30 octobre 1902, p. 7043), et propose de « restreindre ces écoles aux villes où existait une faculté ou une école secondaire de médecine ».

Le législateur entérine la demande médicale et attend de l'infirmière qu'elle soit « pour le médecin un agent d'information et un agent d'exécution » (Collière, 1982, p. 392), elle « doit s'habituer à tout voir, à tout faire ; le corps du patient doit devenir pour elle, comme pour le

médecin, un simple objet, et toute sensibilité personnelle doit être tenue en bride » (Knibiehler 1984, p. 59). Ce qui prévaut, c'est la volonté d'approfondir et de systématiser les connaissances en médecine, pour la faire accéder au rang de science, parfois définie comme «la connaissance de la vérité ».

De fait, l'infirmière doit s'enorgueillir de cet accès à la connaissance médicale, comme le montre ce discours médical : « C'est l'hôpital qui doit être la grande école de nos ménagères. Alors rien ne subsistera plus de ce préjugé qui considère comme inférieure une des fonctions sociales les plus importantes et les plus difficiles (...) La ménagère, comme l'infirmière sera relevée dans la condition de tous lorsqu'elle touchera à la médecine qui ennoblit les pratiques les plus grossières et les plus humbles. » (Dr Toulouse, cité par Leroux-Hugon, 1987, p 61). Et, comme l'exprime le Président de la République après une visite à la Salpêtrière : « Ainsi, armées dans la lutte contre la souffrance, elles [les infirmières] sauront aider les médecins à soulager et lorsqu'il sera possible à guérir les malades et elles serviront heureusement la cause de l'humanité ». (Chevandier, 2011, p 104).

Au milieu du XIX^{ème} siècle, pour assister le médecin, l'infirmière est amenée à se doter de connaissances. Sa formation théorique et pratique dure 1 an et repose sur des comportements exigés, des conduites à tenir et des savoir-faire. « À l'école professionnelle, ce ne sont plus d'autres infirmières ou, dans le meilleur des cas, des institutrices du primaire qui assurent les cours, mais des médecins, des internes la plupart du temps, ou, pour les parties administratives (le déroulement de carrière fait que ce sont également des surveillantes et des surveillants que l'on y forme), un directeur d'hôpital. Quant aux cours pratiques, ce sont des "surveillantes expérimentées" qui en sont chargées. » (Chevandier, 2011, p 111).

Le corps médical prend des précautions pour avoir des aides efficaces, obéissantes et soumises comme le montrent différents documents d'époque. Leur instruction, dispensée par les médecins, est étroitement contrôlée comme le démontre cet extrait d'un manuel de formation du milieu du XIX^{ème} siècle : « Seul le mode d'administration doit être connu de l'infirmière. Elle ne doit en aucune façon chercher à connaître ce que le médecin prescrit, chercher à faire des questions indiscrètes et ne solliciter à ce sujet aucune explication du pharmacien dont le devoir est de tenir caché ce que le médecin n'a pas voulu qu'on sût » (cité par Belpaume, 2009, p. 44). La prescription médicale ne se discute pas, l'infirmière l'applique et la respecte. L'image de la soignante auxiliaire médicale s'impose.

Les qualités attendues de l'infirmière sont donc aussi morales que techniques, son dévouement et sa discrétion importent davantage que ses connaissances. Les objectifs, les principes et les modalités de la formation infirmière sont donc formalisés au service de la pratique et du savoir médical, ce qui va durablement marquer son institutionnalisation.

1.3. Une diversité de conceptions et des positionnements divergents entre infirmières

Parallèlement à l'évolution du contexte français, l'anglaise Florence Nightingale, infirmière chercheuse-statisticienne autodidacte, montre une incroyable détermination à faire évoluer le système de santé britannique. « La dame en chef », plus connue sous l'appellation de « la dame à la lampe » est présentée comme une pionnière des soins infirmiers, en révolutionnant la lutte contre les maladies infectieuses, les pratiques d'hygiène, et donc les pratiques soignantes. Elle pose la base des soins dans son ouvrage emblématique (1859) *Notes on Nursing: what Nursing is, what Nursing is not*, dans lequel elle y affirme que « ce sont les mêmes lois de santé et de soins qui sont valables pour les bien-portants comme pour les malades », que les soins prodigués par les infirmières doivent permettre de « mettre le malade dans les meilleures conditions possibles, pour favoriser l'action de la nature » et revendique que « les soins et la médecine ne doivent pas être mêlés. Ils se nuisent » (citée par Collière, 1995, p 6). Cet ouvrage servant de programme de formation infirmière lors la création en 1860 de la *Nightingale Training School* identifie le nursing (soins infirmiers) comme non naturel, il promeut la nécessité d'une formation théorique réformant « le nursing à l'aide de critères rigoureux » (Pépin, Kérouac, Ducharme, 2010, p. 31) et d'un apprentissage par la pratique et par l'expérience sous forme de stage dans l'hôpital adossée à son école. « Affirmant la nécessité d'un comportement hautement civilisé, cette vision du nursing légitime dès lors sa prétention à être un métier pour des femmes des classes sociales supérieures, ou pour des femmes qui veulent y accéder (Cohen, Pépin, Lamontagne, *et al.*, 2002, p. 52). Elle a beaucoup œuvré pour la diffusion internationale des connaissances infirmières, et la professionnalisation des « nurses ».

Dans le monde, au début du XIXème siècle, la profession infirmière se structure. Dans beaucoup de pays, les infirmières se regroupent en association ou corporation. Certaines professionnelles y ambitionnent d'asseoir un cadre théorique à l'exercice professionnel infirmier et à son champ d'activité. En Allemagne, en 1836 l'Institution des diaconesses protestantes, « devient vite un modèle pour toute l'élite protestante européenne », en Suisse, l'Ecole de la Source créée en 1859 par De Gasparin, « est réalisée par opposition à l'œuvre des diaconesses » (Durand, Duplantie, Laroche *et al.*, 2000, p. 193-194).

Il existe en France une grande diversité d'initiatives en matière de formation infirmière et les tensions internes freinent considérablement la structuration du groupe infirmier.

Les trois principaux modèles de formation sont celui de l'infirmière obéissante et soumise au médecin porté par l'Assistance Publique et son représentant le Dr Bourneville ; à l'opposé complet, celui importé d'Angleterre par le Dr Anna Hamilton aussi appelée « la Nigthingale française » et au centre, le modèle plus modéré de Léonie Chaptal, la professionnelle formée pour assister le médecin.

Il ne s'agit pas d'oublier, que dans les mêmes temps, une partie des infirmières, se réclament du catholicisme. C'est le cas de Marie d'Airoles, « prosélyte efficace » (Diebolt, 2012), militante active de la Ligue patriotique des Françaises, défenseure de l'exercice bénévole. Elle est à l'origine de la création de l'Union Catholique des Services de Santé (UCSS, 1923), une association professionnelle engagée contre la laïcité, affirmant que « pour être une bonne soignante, la vocation, la foi et la capacité d'obéissance priment sur la formation » (Diebolt, 2001, p.103).

Fervente opposante du Dr Bourneville, le Dr Hamilton, première femme médecin en France soutient une thèse sur le rôle de la femme-soignante à l'hôpital après avoir enquêter sur leurs différents lieux d'exercice en Europe à la fin du XIXème siècle. « En rassemblant, de façon critique, des données disparates et hétérogènes que personne n'avait songé à agréger, Anna Hamilton impose la reconnaissance de ce champ comme objet d'étude ; elle construit un groupe social mais aussi et surtout un patrimoine culturel à sauvegarder et à réformer » (Diebolt, 2017, p 87). S'appuyant sur les méthodes de Nightingale, elle y défend la nécessité d'une formation de qualité pour l'évolution et la reconnaissance du métier. « [Les fonctions de la femme soignante qui sont] multiples, ne sauraient être remplies que par des femmes d'éducation, dûment instruites, possédant la culture intellectuelle qui affine et développe les qualités du cœur et de l'esprit ; livrer à des personnes ne possédant pas cette éducation une carrière pareille, c'est jeter un discrédit qu'aucun diplôme ne peut compenser » (Hamilton, cité par Diebolt et Fouché, 2011, p 115). « Nous concluons que l'assistante hospitalière doit être recrutée dans la même classe sociale que le médecin » (Hamilton, 1900, p 295), une collaboratrice indispensable du médecin, déléguant les tâches domestiques au personnel servant.

Cumulant les fonctions de directrice de l'école et de directrice de l'hôpital, elle fonde la Maison de Santé Protestante (MSP, 1901-1934) de Bordeaux, dans laquelle elle démontre et

affirme ses idées en mettant en pratique le nursing pour consolider les traitements médicaux selon le Système Nightingale sur le modèle de l'hôpital-école.

En 1906, elle crée le premier bulletin professionnel français *La garde-malade hospitalière* contribuant à développer le système Nightingale. Se qualifiant de féministe, cette revue mensuelle internationale est entièrement administrée et écrite par les femmes concernées par le soin, et ce jusqu'en 1914, veille de la guerre. « Nous voulons être les apôtres de la bonne préparation de la garde-malade ; les défenseurs de ses intérêts au point de vue professionnel et social ; enfin, des réformateurs résolus des services hospitaliers [...] » (Diebolt, 1990, p 79) énoncent-elles dans le premier numéro. En 1908, elle crée une association professionnelle s'inscrivant dans les mouvements féministes du moment : le Conseil national français des directrices d'hôpitaux sur le modèle d'une association professionnelle.

Une autre figure du paysage français présentée comme « l'architecte de la profession infirmière » (Diebolt, 2012, p 92), la catholique Léonie Chaptal, qui après avoir démontré les insuffisances et l'inadaptation de la formation infirmière « bournevillienne » dans un article critique publié dans la *Revue des deux mondes* (1903), crée la Maison-école d'infirmières privée à Paris.

Comme Hamilton, elle forme des laïques, et partage avec elle l'idée d'ouverture à l'international du métier, mais n'a pas les mêmes exigences au niveau de la qualification professionnelle attendue. « L'infirmière doit savoir tout du malade, non pas tout de la maladie : la maladie c'est la science du médecin, le malade, c'est l'art de l'infirmière » (citée par Saliba *et al.*, 1993). Les autres points de dissension entre elles concernent les liens école-hôpital, qui pour l'une sont indispensables à la qualité de la formation et pour l'autre, ne sont que des liens organiques, de même que le statut et pouvoir de la directrice de l'école, les conditions de recrutement et le contenu d'enseignement, laissant entrevoir une réelle divergence en ce qui concerne la place de cette professionnelle dans l'organisation de travail.

Très investie dans la lutte contre la tuberculose, et dans les soins destinés aux enfants, Chaptal développe des compétences incontestablement reconnues, ce qui lui permet de gagner en légitimité auprès des médecins et des pouvoirs publics. « Interlocutrice talentueuse et habile négociatrice, elle est capable de fréquenter les cabinets ministériels. Tout le monde la connaît et elle connaît tout le monde. Elle est l'interlocutrice choisie des décideurs politiques qui craignent la rigueur sans concession de la docteure Anna Hamilton » (Diebolt, 2012, p 95). En 1913, elle est nommée au Conseil Supérieur de l'Assistance Publique (CSAP), institution dont

le rôle consultatif et de contrôle dans le domaine de la santé et de la santé publique se rapproche du ministère de la santé actuel.

Avec la première guerre mondiale, le besoin massif de main d'œuvre et la mobilisation des femmes leur confèrent une visibilité publique. Les infirmières, deviennent ces femmes qui « vont au-devant de ces missions, dangereuses, où elles trouvent portée à son summum la justification de leur engagement » (Knibiehler, 1984, p.91), les « anges blancs », icônes de la Grande Guerre alimentant l'imaginaire collectif. Cet enjolivement de la réalité, vision naïve et réductrice, mais chargée symboliquement renforce l'image idéalisée de l'infirmière, toujours dévouée à la société, au malade et exerçant son métier avec abnégation et désintéressement. « Émile Faguet, écrivain, critique littéraire et membre de l'Académie Française, suggère en 1915 que le métier d'infirmière devienne un idéal féminin » (Chamboredon, 2010, p. 4).

Il est à noter qu'avec le déploiement des nurses de la Croix Rouge américaine « Les carences du service de santé français, comparé à celui des Américains, ont convaincu les hommes politiques de la nécessité de réglementer la formation et l'exercice des soins infirmiers » (Mosconi, 2013, p 215). Le contexte d'après-guerre de reconstruction du pays associé à une situation sanitaire et médico-sociale délabrée rend indispensable la formation infirmière.

Le 27 janvier 1921, Chaptal, très engagée pour une professionnalisation des soins infirmiers, présente un rapport au CSAP explicitant : « La nécessité de réglementer l'exercice de la profession d'infirmière en France. La profession d'infirmière comme tout autre métier véritable, exige un réel apprentissage. Lorsqu'une profession comporte dans son exercice un danger quelconque, elle doit être réglementée. Lorsque, d'autre part, elle devient d'utilité publique, il est nécessaire que l'État intervienne et la prenne sous sa surveillance » (citée par Diebolt, 2001, p 257).

La reconnaissance officielle (1922) institue les « brevets de capacité professionnelle » permettant de porter le titre d'« infirmière diplômée de l'Etat français », accordé « aux infirmières hospitalières, aux visiteuses d'hygiène sociale et à diverses infirmières à spécialité restreinte : puériculture, surveillance sanitaire des écoles, hygiène mentale, etc. ».¹⁰

¹⁰ Décret du 17 juin 1922 portant création du brevet de capacité professionnelle et conférant le titre d'infirmière diplômée de l'État français.

Il n'est cependant pas obligatoire pour exercer, mais les infirmières doivent être « de préférence » brevetées. Un Conseil de perfectionnement des écoles d'infirmières (CPEI) est créé. C'est un organe consultatif chargé de déterminer les programmes, d'organiser les examens dont l'examen « officiel », de poser les conditions de recrutement des écoles, qui peuvent être publiques, religieuses ou privées.

L'uniformisation nationale des études sera effective en 1924. La formation s'organise sur 22 mois, la qualité et la durée du stage hospitalier (dont un probatoire en début d'études) sont définies, mais, la théorie n'est pas explicitée. A la question : « Quelle est exactement la proportion nécessaire entre théorie et pratique ? [Chaptal répond :] Il ne s'agit pas de division par moitié, à moins que l'on entende par moitié le partage à la manière du fabricant de pâtés d'alouette qui ajoutait du cheval en garantissant 50 p. 100 d'alouette et faisait ce calcul : un cheval, une alouette ! Gardons-nous d'un partage à égalité. La proportion juste sera à peu près d'un cheval pour une alouette, l'alouette représentant la théorie pure. Les écoles les plus complètes au point de vue de l'enseignement calculent environ quarante heures de travail pratique (au lit du malade) chaque semaine, contre quatre heures de leçons ou cours faits par les professeurs » (Chaptal, 1924, p 121). On ne parle pas encore de soins infirmiers, mais de soins donnés par des infirmiers dans un rôle d'exécutants.

En 1923, elle crée la première revue pour les infirmières, en collaboration avec le Professeur Calmette. Se définissant comme « revue mensuelle d'enseignement technique », elle « s'adresse aux infirmières (hospitalières, sanitaires, visiteuses, membres de Sociétés de Croix-Rouge, etc.) et à tous ceux qui s'intéressent à leur formation professionnelle. Les infirmières y trouveront la mise au point des questions de pratique dont la connaissance leur est indispensable. Les médecins, particulièrement ceux qui s'occupent de la formation de leurs auxiliaires, pourront lire dans chaque numéro des leçons faites par des professeurs des écoles les plus réputées [...] ». (Cartron, Magnon, 2017, p 5).

Elle fonde aussi en 1924, l'Association Nationale des Infirmières Diplômées de l'Etat Français (ANIDEF), sans aucune tendance confessionnelle afin de contrer son adversaire catholique Marie d'Airoles, qui elle, avait fondé en 1921, l'Union catholique des services de santé (UCSS).

Chaptal devient la rédactrice en chef de la revue professionnelle, suite au désaccord concernant son orientation avec le Dr Calmette. Celui-ci écrit alors dans le numéro 12 de 1928 : « A partir du présent numéro, cette revue devient l'organe officiel de l'Association nationale des infirmières diplômées de l'Etat français, et sa partie corporatiste est augmentée, tandis que

sa partie scientifique est réduite. C'est, peut-être, une nécessité d'édition. Mais c'est aussi une évolution. La revue ne reste pas dans le cadre que nous avons tracé lorsque nous l'avons fondée. Nous ne critiquons pas les conceptions qui président à cette évolution, mais nous ne pouvons pas les partager. En conséquence, nous nous retirons de la direction et de la rédaction de l'Infirmière française » (p 437), la revue devenant « avec le premier numéro de 1929, le porte-parole direct des infirmières diplômées de l'État français » (Magnon, 1991, p 116).

Lors de l'assemblée générale de l'association ANIDEF, le Pr L Bernard déclare : « Mesdames, on vous a donné l'instruction, les notions techniques indispensables. Gardez-vous d'en tirez un orgueil excessif. Restez femmes et infirmières ; dites-vous bien qu'il n'y a pas de viles besognes et que c'est au contraire de leur acceptation toute simple que vous tirerez tout le prestige dont vous avez besoin. Respectez le médecin même si vous jugez qu'il ne le mérite pas » (site ANFIIDE).

Les médecins se méfient, ils ont peur que sous prétexte d'avoir des notions d'ordre médical, ces infirmières fassent « l'erreur de sortir de [leur] (votre) rôle de collaboratrice des médecins. (...) Il appartient au médecin seul d'indiquer ce que vous avez à faire, et ce n'est que lorsque vous ne pouvez pas recourir à lui, ou en attendant sa venue, qu'il vous est permis de prendre une initiative dont vous lui rendrez compte aussitôt que vous le pourrez » (Dr Calmette cité par Knibiehler, 1984, p. 160).

Chaptal aura à cœur de rassurer les médecins : « La profession de l'infirmière n'est pas sur le même plan que la profession médicale. Quelle est la science du médecin ? La maladie, ses causes, ses remèdes – diagnostic, pronostic – lui appartiennent. Quel est l'art de l'infirmière ? La connaissance du malade, les moyens de la soulager dans les mille circonstances que lui fait traverser son affliction. Ni diagnostic, ni pronostic : soumission au médecin » (Chaptal, 1924, p. 122), « une obéissance non pas passive mais réfléchie, qui décide elle-même intelligemment d'une chose ou d'une autre selon le cas qui se présente » (Chaptal cité par Magnon, 1991, p 73). Elle affirme aussi afin de répondre parallèlement aux craintes des congrégations religieuses, la nécessité d'une bonne éducation et l'enseignement des valeurs morales propre à la nature féminine des élèves, du don de soi pour aider les autres. Elle écrit même le manuel de morale infirmière en 1926.

Ce recours à la vocation et à la dette que l'infirmière a vis-à-vis du médecin, a pour conséquence de la repositionner dans le dilemme parfaitement illustré par les propos de L. Chaptal : « Qu'elle soit laïque ou religieuse, l'infirmière se doit d'avoir un idéal, de montrer beaucoup d'enthousiasme, d'être consciencieuse, sincère, loyale, bonne, dévouée, patiente,

obéissante, disciplinée ; elle doit aussi montrer du courage de l'énergie, du sang froid. Discrète, elle doit respecter le secret professionnel en toute circonstance. Polie, elle doit agir avec tact et discrétion et bonne humeur. Enfin, elle doit respecter les principes d'ordre et d'économie en somme un chemin de croix qui peut l'amener à la sainteté ! » (Chaptal cité par Magnon, 1991, p 73) ... en deux mots : « *une sainte-laïque* » ... ce terme contient en lui-même une injonction paradoxale, propulsant l'infirmière dans une position intenable.

D'importantes discordes concernant la législation, l'exercice et la formation infirmières animent les nombreuses associations professionnelles infirmières. En s'opposant, les deux principales, l'ANIDEF et l'UCSS, « servent, du moins, de lieu de vigilance pour établir un statut professionnel, de lieu de défenses des intérêts et de lieu de discussions relatives à des conceptions professionnelles divergentes » (Diebolt, 2006, p. 53), ainsi que de lieu de débats et combats sur la définition du périmètre dans lequel l'infirmière est autorisée à penser.

Au milieu du XX^{ème} siècle, « les infirmières possèdent désormais un titre reconnu, des circulaires ministérielles visant à le protéger, un Conseil de perfectionnement chargé d'étudier toutes les questions se rapportant à la fonction, à la formation et aux écoles ; grâce à l'association nationale, les infirmières ont rejoint la communauté internationale et peuvent participer aux congrès internationaux ; un Bureau central des infirmières contrôle les jurys d'examen, étudie les demandes d'autorisation d'exercer, les demandes d'agrément des nouvelles écoles et tend à promouvoir de meilleures conditions de travail et de vie ; elles possèdent une revue nationale, porte-parole de leur action et une collection d'ouvrages, premiers éléments de la constitution d'un savoir propre » (Magnon, 1991, p. 89).

1.4. L'éclatement du groupe professionnel soignant [une dissociation des tâches et une création de nouveaux emplois]

1.4.1. L'infirmière-visiteuse

Tuberculose, syphilis et mortalité infantile sont considérées comme les fléaux sociaux de la première moitié du XX^e siècle. Les « dispensaires antituberculeux spécialement destinés à la prophylaxie de la tuberculose par l'éducation hygiénique du peuple et par l'assistance à domicile des nombreux malades qui ne peuvent être admis dans les sanatoriums de cure » (Calmette, 1924, 10) initiés par le Dr Calmette deviennent des lieux de dépistage et de prophylaxie. Les personnes les plus adaptées pour y travailler, sont selon lui, des « ouvriers enquêteurs qui savent parler à leurs camarades le langage des prolétaires. (...) ce moniteur d'hygiène, pour être compris et écouté partout sans défiance doit être un homme du peuple,

intelligent, actif, dévoué, capable d'initiatives et d'autorité, convaincu de la fonction sociale qui lui est confiée » (Knibiehler, 1979, p 324).

Les foyers se méfieront de l'arrivée de cet homme en leur sein et beaucoup de médecins préféreront envoyer des femmes au domicile, les dames patronnesses tout d'abord, mieux acceptées, puis les infirmières-visiteuses moins vécues comme intrusives dans la vie privée des familles. « Il n'y a qu'à développer une œuvre qui débute actuellement, celle des Infirmières-visiteuses de France. On peut fonder sur leur action les plus grands espoirs. Elles et leurs émules seront, après la guerre, les plus précieuses collaboratrices, portant en tous lieux chez les déshérités non seulement les soins éclairés, mais aussi la bonne parole, celles dont nous attendons, pour une bonne part, la préservation de la race » (Küss, 1915 cité par Henry, 2009, p 4). En 1916, la loi Bourgeois instaure les dispensaires d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse avec l'idée d'une prophylaxie sanitaire et morale.

A la sortie de la Grande Guerre, une idée s'impose : l'Etat est responsable de la santé de la population, engendrant la notion de santé publique, la médicalisation de la société et le monopole du traitement des maladies par la médecine. La nécessité d'une organisation sanitaire spécifique et de la formation pour les infirmières-visiteuses émerge, « pour être efficaces, ces organismes ont besoin de professionnels ayant des connaissances en matière de physiopathologie, d'épidémiologie et d'éducation » (Stinglhamber-Vander Borgh, 1994, p 54-55). Rappelons que le décret du 27 juin 1922 institue « des brevets de capacité professionnelle » attribuant le titre d'« ''infirmière diplômées de l'Etat français'' » aux infirmières hospitalières, aux visiteuses d'hygiène sociale et aux diverses infirmières à spécialité restreinte : puériculture, surveillance sanitaire des écoles, hygiène mentale, etc ».

L'infirmière-visiteuse devient polyvalente. Considérée comme « la clé de voûte » de l'action préventive en France (Henry, 2012), elle éduque ou instruit la population. Des tensions apparaissent alors entre ces professionnelles et les médecins, qui ne conçoivent pas les prises d'initiative qu'elles s'autorisent au domicile des malades. Le discours valorisant selon lequel « La carrière d'infirmière-visiteuse est la plus belle de toutes celles qu'une femme peut embrasser. C'est certainement de beaucoup la plus noble, en tout cas, c'est la plus utile à notre pays qui puisse être choisie » (Calmette, 1924, p 3) du Dr Calmette laisse place à celui qui délimite les activités de l'infirmière-visiteuse : « La tâche de l'infirmière-visiteuse consiste exclusivement à établir les enquêtes sociales, à faire l'éducation hygiénique des malades et de leur famille, à diriger sur le dispensaire les membres de la famille du malade exposés à la

contamination [...]. Elles doivent s'abstenir rigoureusement de toute intervention médicale, sauf en cas d'urgence sur la demande et sous la responsabilité des médecins traitants » (Calmette, cité par Henry, 2009, p 5).

Rappelons que ce sont les vertus féminines et les qualités humaines qui font une bonne infirmière, l'infirmière-visiteuse va devenir un « parfait bouc émissaire » (Henry, 2009), comme le démontre le discours railleur d'un médecin : « Prophylaxie, désinfection, telles sont présentement les normes de cette nouvelle mystique [l'hygiène sociale]. Elle a ses grandes prêtresses : les visiteuses d'hygiène sociale... » (Anonyme, 1928 cité par Henry, 2009, p 6).

Par ailleurs, l'apparition des traitements antibiotiques permettant la disparition progressive des maladies contagieuses et leur curabilité transforme leur travail, rendant moins indispensable leur travail d'éducation.

En 1938, le pouvoir médical obtient gain de cause sur la délimitation des contenus de leur formation et sur les responsabilités des infirmières-visiteuses dans le cadre du décret instituant les diplômes simples et supérieurs d'infirmier ou infirmière hospitalier et d'assistant et assistante du service social de l'Etat¹¹. C'est la fin de l'infirmière-visiteuse, elle est rattachée au corps des assistantes sociales créé en 1932, l'assistante sociale sortant du champ sanitaire.

En 1946, la loi relative à l'exercice des professions d'assistante ou d'auxiliaire de service social et d'infirmière ou d'infirmier¹² proclame : « Est considéré comme exerçant la profession d'infirmier ou d'infirmière toute personne qui donne habituellement soit à domicile, soit dans les services publics ou privés d'hospitalisation ou de consultation, des soins prescrits ou conseillés par un médecin ». L'intervention à domicile pour une infirmière est légalisée, et encadrée par l'arrêté¹³ de 1947, qui énumère et codifie les actes de ces « auxiliaires médicaux » qui peuvent être réalisés à domicile et remboursés par la Sécurité sociale.

1.4.2. L'infirmière hospitalière

Avec la loi du 21 décembre 1941 relative aux hôpitaux et hospices publics dite « Charte hospitalière », complétée par le décret du 17 avril 1943, nous assistons au développement du système que l'on peut qualifier d'hospitalo-centré : modernisation et médicalisation de l'hôpital devenant le pivot de l'organisation sanitaire du pays. La guerre accélère les découvertes et les

¹¹ Décret du 18 février 1938 instituant des diplômes simples et supérieurs d'infirmier ou infirmière hospitalier et d'assistant et assistante du service social de l'Etat, JO 22 février 1938, n°2163.

¹² Loi n°46-330 du 8 avril 1946 relative à l'exercice des professions d'assistantes ou d'auxiliaire de service social et d'infirmière ou d'infirmier. JO du 9 avril 1946.

¹³ Arrêté du 31 décembre 1947 paru au J.O. le 9 janvier 1948.

pratiques sur le plan de la médecine et des soins. Les nombreuses découvertes, les progrès des différentes disciplines médicales, l'évolution de la médecine entraînent la valorisation et l'évolution des soins infirmiers.

Le diplôme d'Etat est créé en 1942¹⁴. La loi du 15 juillet 1943¹⁵ et l'ordonnance de 1944¹⁶ énoncent une définition cadrée de l'infirmière « Est considéré comme relevant de la profession d'infirmier¹⁷ et d'infirmière au sens de la présente loi tout emploi dont le titulaire donne habituellement, soit à domicile, soit dans des services publics ou privés d'hospitalisation ou de consultation, les soins prescrits ou conseillés par un médecin » (art. 12).

Même si ces femmes « Héroïnes de la Grande Guerre » avaient des velléités d'indépendance, le discours politique d'après-guerre prône un retour à la situation antérieure, et elles sont sommées de retrouver leurs tâches habituelles. Peu de revendications féministes d'après-guerre sont satisfaites, amélioration du statut de la femme mariée, le droit de vote... « A moins d'une épidémie, d'une catastrophe ou de la guerre, ce qu'offre le service infirmier en tant que tel n'intéresse pas le pays. Pourtant accompagnant les grands moments de la vie et de la mort, des personnages les plus illustres aux gens les plus humbles, les infirmières et infirmiers participent en creux à l'histoire » (Collière, 1988, p 36). Parallèlement, le statut de femme dans la société, ne favorise guère l'accès à la culture, et le métier d'infirmière ne représente qu'un juste prolongement social. « Rien, dans la façon dont la plupart des filles sont éduquées, ne les encourage à croire en leur propre force, en leurs propres ressources, à cultiver et à valoriser l'autonomie » (Chollet, 2018).

La loi du 8 avril 1946¹⁸ réaffirme que l'infirmière est une « personne »¹⁹ auxiliaire médicale et, rappelle un lien de subordination au corps médical, voire historiquement soumission à l'autorité médicale.

En France, dans les années 50, les politiques hospitalières s'emploient à rénover les

¹⁴ Décret du 10 août 1942 ayant pour objet la délivrance du diplôme d'état d'infirmier ou d'infirmière hospitalier.

¹⁵ Loi du 15 juillet 1943 organisation et exercice de la profession d'infirmiers (ères) hospitaliers (formation des infirmières ou infirmiers).

¹⁶ Ordonnance du 28 août 1944 portant validation et modification de l'acte dit "loi no 372 du 15-07-1943" relative à la formation des infirmiers et infirmières hospitaliers, à l'organisation et à l'exercice de leur profession.

¹⁷ Première utilisation du terme au masculin.

¹⁸ Loi n°46-330 du 8 avril 1946 relative à l'exercice des professions d'assistantes ou d'auxiliaire de service social et d'infirmière ou d'infirmier.

¹⁹ « Est considéré comme exerçant la profession d'infirmier ou d'infirmière toute personne qui donne habituellement soit à domicile, soit dans les services publics ou privés d'hospitalisation ou de consultation, des soins prescrits ou conseillés par le médecin » Art L 473 du Code de santé Publique.

hôpitaux généraux, afin qu'ils s'adaptent au mieux aux évolutions sociétales.

En 1951, le nouveau profil de professionnel attendu est très en lien avec une expertise sémiologique demandée par le médecin. En plus « d'acquérir, dès le début des études, ce réflexe d'asepsie qui leur permettra de ne pas commettre des fautes, à la fois lourdes de conséquences et facilement évitables. (...) Il conviendra d'insister, en particulier, sur les "signes d'alarme" qui imposent le recours au médecin »²⁰. A partir de 1958, la réforme hospitalo-universitaire dite « réforme Debré »²¹ transforme l'hôpital en « pôle d'excellence médicale », lieu de pratiques et de recherche « thérapeutiquement et pédagogiquement performant » (Chevandier, 1997, p 8). L'hôpital se transforme, il apparaît comme un véritable complexe médico-industriel, lieu de production de biens, de services techniques et scientifiques, et lieu de recherche, expertise savante médicale. La conception et la pratique du management médical se transforme, les médecins évoluent vers des postes managériaux.

Technicité accrue des soins et approfondissement des connaissances marquent l'avènement de l'infirmière « technicienne », soutenue par le corps médical. « C'est ainsi que les tâches médicales considérées comme les plus courantes ou d'un degré de complexité moindre par les médecins entrent dans le champ de compétence des infirmières. Ce transfert de tâches s'effectue d'une manière officieuse dans les services sans aucune réglementation professionnelle, sans définition du champ de compétence des infirmières » (Picot, 2005, p 86). Cela explique que cela peut changer d'un service à l'autre, et que l'infirmière s'adapte au médecin, à sa pratique de travail, et ce, en permanence. S'installent dans la durée une dépendance professionnelle, un « ordre négocié » (Strauss, 1992), une division du travail sur laquelle le médecin a le monopole, ne consistant pas « dans la simple différence entre le type de travail d'un individu et celui d'un autre, mais dans le fait que les différentes tâches sont les parties d'une totalité... Or l'essence des totalités..., c'est l'interaction » (Hughes, 1958, p. 62).

Le Code de Santé Publique (CSP) est créé par décret en 1953²². Il propose une première organisation des professions de la santé, médecins, auxiliaires médicaux, et pharmaciens. La définition infirmière de 1946 y figure, de même que le cadrage du métier infirmier (e) : enregistrement sur la liste préfectorale obligatoire, insigne du ministère de la Santé Publique et

²⁰ Programme d'enseignement Etudes préparatoires au diplôme d'Etat d'Infirmière. Première et deuxième années. Programme adopté par le Conseil de Perfectionnement des Ecoles d'Infirmières et d'Assistantes Sociales pour la 1ère année mixte, par le Conseil de Perfectionnement des Ecoles d'Infirmières pour la 2ème année. Décrets du 17 Septembre 1951 et 14 Février 1952.

²¹ Ordonnance n° 58-1370 du 30 décembre 1958 portant réforme hospitalo-universitaire.

²² Décret n° 53-1001 du 5 octobre 1953 portant codification des textes législatifs concernant la santé publique.

identification de l'exercice illégal de la profession. Le CSP intègre en 1962²³ les articles concernant l'exercice illégal de la médecine et précise que « ces dispositions ne s'appliquent pas aux «étudiants en médecine, [...] infirmiers ou garde-malades qui agissent comme aides d'un médecin ou que celui-ci place auprès de ses malades » (L.4161-1). Ce qui a pour conséquence de limiter la liste des actes possibles infirmiers, et d'identifier les conditions d'exercice : « sous la responsabilité et la surveillance directe d'un médecin, celui-ci pouvant contrôler et intervenir à tout moment », ou « sur prescription qualitative et quantitative du médecin, mais en dehors de la présence de celui-ci ».

Le médecin prend les décisions, à l'image du chef de famille de la société du moment, les infirmières, assignées à résidence dans les hôpitaux, assurent la continuité des soins, leurs pratiques sont formatées, et en constante mouvance, elles s'adaptent donc aux exigences médicales, sans s'en affranchir.

Les valeurs morales traditionnelles sont maintenues, ce qui a pour effet ou conséquence de circonscrire, de contenir la pensée de l'infirmière pour garantir l'ordre social (Poisson, 2018). Héritier (1981) parle de valence différentielle des sexes, suggérant lutte des sexes et lutte des classes.

« Le découpage du champ médical s'est donc institué par le jeu dialectique de la demande de soin et de la pratique médicale. C'est dans cette dialectique que le corps médical s'est constitué et que sa fonction s'est progressivement définie » (Duhart & Charton-Brassard, 1973, p 83). Dans les années 60, la France connaît une forte expansion économique, dont l'hôpital est le bénéficiaire. Placé au cœur du système de soins, il devient « le lieu d'élection d'une médecine de pointe qui se doit, au nom d'une santé conçue comme un bien public, d'être accessible à tous » (Chauveau, 2011, p 87-88). Le programme des études infirmières de 1961 avalise le statut de « technicienne qualifiée » « capable de comprendre la valeur et la raison des gestes qu'elle accomplit et de les situer dans l'ensemble de la thérapeutique (...) de participer intelligemment à la surveillance du malade pour dépister les complications (...) de décider et d'effectuer certains gestes d'urgences avant l'arrivée du médecin ». Le législateur organise la pratique infirmière sur l'investigation, le traitement et la surveillance essentiellement de la maladie, confirmant la médicalisation de la pensée impactant celle de l'infirmière, qui ne semble pas pouvoir l'organiser différemment, ou se représenter le malade autrement que selon

²³ Arrêté du 6 janvier 1962 fixant liste des actes médicaux ne pouvant être pratiqués que par des *médecins* ou pouvant être pratiqués également des directeurs de laboratoire d'analyse non médecins

la vision biomédicale. Cela semble générer aussi une parcellisation et une hiérarchisation des tâches infirmières. Parallèlement, il institue la responsabilité de l'infirmière, de même qu'une aptitude à repérer l'aggravation de la maladie et à décider d'une conduite en l'absence du médecin.

Le médecin se positionne en garant des attentes médicales, aussi en terme de formation infirmière, la connaissance jugée utile à l'infirmière est précisément bordée, elle est dispensée sous contrôle médical. « La capitalisation du savoir par un seul partenaire structure, en effet, non seulement les rapports interprofessionnels mais aussi la pratique à l'intérieur de chaque profession ». (Duhart, Charton-Brassard, 1973, p 84).

L'infirmière possède « un bagage médical non négligeable du fait des responsabilités de plus en plus complexes qu'elle s'est vu attribuer au fil des dernières décennies » (Ruszniewski, 1995, 143). Le savoir infirmier s'est construit en « creux » du savoir médical pour des raisons, faisant de la profession d'infirmière « une profession par procuration » (Collière, 2000, p 41). Les « effets des colonisations successives sur le savoir propre à la discipline » (Nadot, 2012, p 62) participent d'une hiérarchisation des savoirs. La pensée infirmière se trouvent comme colonisée par la pensée médicale.

La délégation des actes médicotéchniques institue à la fois un lien de subordination/paternalisme et une concurrence²⁴, qui est vite jugulée par une domination masculine, engendrant une dissymétrie en termes de salaire, de visibilité et de reconnaissance sociale. Hughes (1958) explique que les médecins optent pour les activités les plus prestigieuses, à savoir celles qui remportent l'estime du public, élevant leur profession au rang de « grande profession », et abandonnent aux infirmières les tâches plus ingrates, les renvoyant, de fait, à une activité de service, ce que Hughes appelle une « petite profession ». A cette délégation du « sale boulot », cet auteur associe la division sexuée du travail à l'hôpital, incarnée par le couple médecin/infirmière.

A l'infirmière, les qualités féminines et les qualités morales prédisposant à exercer un métier de femme (Perrot, 1987) suffisamment explicite pour rappeler le principe d'obéissance et pour endiguer les vellétés d'émancipation et de fait, une difficulté à rendre compte de ses activités, et au médecin, le savoir et la démarche scientifique, l'innovation technologique et le

²⁴ « Tout changement de technologie médicale soulève la question de savoir qui, du médecin ou de l'infirmière, assurera, dans les différentes circonstances qui peuvent se présenter, les nouvelles tâches » (Hughes, 1962/1996 : 70)

pouvoir thérapeutique.

1.4.3. La segmentation du groupe infirmier

Se basant sur les travaux de la sociologie hughesienne des professions, Bucher et Strauss montrent que « les identités, ainsi que les valeurs et les intérêts sont multiples, et ne se réduisent pas à une simple différenciation ou variation ; des coalitions se développent et prospèrent, en s'opposant à d'autres. Nous utiliserons le terme "segment" pour désigner ces groupements qui émergent à l'intérieur d'une profession » (Bucher et Strauss, 1961, p.68). Afin de comprendre la dynamique du groupe professionnel infirmier, je propose de présenter la segmentation intra-professionnelle de ce groupe officialisée par la législation.

1.4.3.1. L'aide-soignant(e)

Rappelons que le brevet de capacité professionnelle infirmier a été créé en 1922 mais que c'est seulement à partir de 1946 qu'il n'est plus possible de travailler comme infirmière sans le détenir. Le législateur promulgue en 1947 un décret²⁵ protégeant le titre d'infirmier et publiant une liste de soins autorisés décrétant l'exercice illégal de la profession comme un délit. Le titre et l'exercice de cette profession sont protégés par la loi.

Conséquence du processus de professionnalisation des infirmières, le grade d'aide-soignant est créé en 1949. Tout d'abord, c'est un personnel non qualifié « utilisé sous le contrôle de l'infirmier dans les salles ou quartiers de malades pour aider celui-ci dans l'exercice de ses fonctions »²⁶, ne nécessitant aucune formation. Il est le plus souvent issu de la catégorie des « anciennes » infirmières sans diplôme, à savoir la catégorie subalterne des « servantes » devenues « agent des services hospitaliers », ce personnel est censé palier au recrutement difficile dans les écoles et à remédier à la pénurie d'infirmières. A partir des enquêtes et de l'analyse socio-historique de l'émergence de la catégorie des aides-soignants, qu'elle présentera dans sa thèse de doctorat en sociologie *Les aides-soignantes à travers l'hôpital : trajectoires sociales et ajustements institutionnels*, Arborio (1996) démontre que l'apparition du titre d'aide-soignant « ne semble pas détenir de valeur symbolique en soi, [mais représente une] simple appellation imposée par l'administration » (Arborio, 1995, p 97). Il s'agit donc, dans un premier temps d'une mesure transitoire faisant partie d'une politique de reclassement.

²⁵ Arrêté du 31 décembre 1947 codifiant les actes pouvant être réalisés par les « auxiliaires médicaux » et remboursés par la Sécurité sociale.

²⁶ Arrêté du 2 février 1949

En 1956²⁷, le certificat d'aptitude à la fonction d'aide-soignante (CAFAS) est mis en place, il est obtenu après une formation théorique de 14 mois/40 heures, sanctionnée par 3 épreuves (écrites et pratiques). « Ce certificat permet [...] de donner des soins d'hygiène générale, à l'exclusion de tout soin médical, sous l'autorité du personnel infirmier » (art. 7). Ces activités de soins de confort et de bien-être, anciennement dévolus aux infirmières, sont déléguées aux aides-soignants, et en 1961, l'arrêté relatif au programme d'enseignement des soins infirmiers positionne les infirmières en tant que personnes en assurant désormais la responsabilité.

Hughes (1951) énonce « Comme on le sait, un métier ne comprend pas une seule tâche mais plusieurs ; certaines d'entre elles constituent le "sale boulot" du métier, et ce sous plusieurs rapports : simplement parce qu'elles ont physiquement quelque chose de dégradant et d'humiliant (...) [et peut aussi correspondre] à ce qui va à l'encontre de nos conceptions morales les plus héroïques » (p. 81). Effectivement, ces tâches traditionnelles subalternes non reconnues comme soin « prestigieux » par les infirmières, peuvent être dévalorisées, car considérées comme dégradantes. En les déléguant aux aides-soignantes, ces activités sont dissimulées ou rendues invisibles dans les activités infirmières, elles peuvent être quasiment exclues du métier lui-même par certaines professionnelles, induisant une stigmatisation de certaines activités moins valorisantes et jugées moins nobles (Lhuillier, 2005). Cet auteur fait référence à « l'autre face [de l'activité de soin] : l'exposition et la manipulation des corps et de ses excréments, le toucher et l'effraction, l'intrusion dans l'enveloppe corporelle » (ibid, p. 83).

Mais comme le souligne Hughes (1958) « La délégation du sale boulot fait aussi partie du processus de mobilité professionnelle. Pourtant dans certains métiers, parfois très prestigieux, une telle délégation n'est que partiellement possible. Le sale boulot peut constituer une partie essentielle de cette même activité qui confère au métier son charisme comme, pour le médecin, le traitement du corps humain. Il semble ici que le côté ingrat du travail fait d'une certaine façon partie intégrante du rôle prestigieux de celui qui l'effectue » (p. 82).

Cette délégation transforme les règles d'exercice de l'infirmière, reconfigure les responsabilités, induit une division morale du travail de soins « clivant les activités au service de la vie (les activités thérapeutiques, celles des médecins d'abord, des infirmières ensuite) et les activités au service de l'épuration des traces de la mort (les aides-soignantes et les personnels

²⁷ Arrêté du 23 janvier 1956 portant création d'un certificat d'aptitude aux fonctions d'aide-soignant et d'aide-soignante dans les hôpitaux et hospices publics ou privés.

d'entretien) » (Lhuilier, 2005, p. 85) et une mise en ordre hiérarchique (Arborio, 2011) des professions.

« À chaque fois, la catégorie inférieure procède de la supérieure ; elle se définit par rapport à elle, et non l'inverse. Elle se trouve non seulement dans une relation de subordination, mais aussi d'inclusion. Ces catégories ne sont pas leur propre référent : c'est la catégorie supérieure qui joue ce rôle » (Jounin, Wolff, 2006, p. 11).

En plus des aide-soignant(e)s pour assumer les soins quotidiens ou de confort « De nouvelles professions apparaissent pour occuper la place laissée vacante par l'infirmière : les diététiciennes, les ergothérapeutes, les physiothérapeutes, les éducateurs à la santé » (Moren, 1994, p 27).

1.4.3.2. La surveillante

Le décret du 18 février 1938 prévoyait un diplôme supérieur d'infirmière hospitalière : « Il nous a semblé également nécessaire d'envisager la création d'un diplôme supérieur que sanctionneront des études complémentaires effectuées dans des écoles spécialisées. Ce diplôme sera exigé, mais par priorité seulement, du personnel appelé à exercer des fonctions de maîtrise dans les établissements hospitaliers et les organisations d'hygiène subventionnées par les collectivités publiques. C'est également à ce corps d'infirmières sélectionnées que sera confié le soin de former les nouveaux cadres et de les adapter aux nouvelles techniques » (art 14)²⁸. Il ne verra pas le jour en raison de l'entrée en guerre du 3 septembre 1939 mais l'idée selon laquelle la formation devrait être confiée à des infirmières également appelées à exercer des fonctions d'encadrement va s'imposer pour la suite.

Pendant la Seconde Guerre mondiale, l'article 10 du Décret du 10 août 1942 instaure le diplôme d'État de monitrice ou de moniteur après une formation spécifique de trois mois. Le texte d'application ne paraîtra pas. Le principe de l'ancienneté est fortement ancré dans les institutions hospitalières, c'est l'expérience qui fait la surveillante.

Le décret du 17 avril 1943²⁹ relatif aux hôpitaux et aux hospices légifère la fonction de surveillante : « Les surveillants et surveillantes dirigent des infirmiers et des infirmières et le personnel du service sous l'autorité du directeur pour toutes les questions administratives et du

²⁸ Décret du 18 février 1938 instituant les diplômes simple et supérieur d'infirmier ou d'infirmière hospitaliers et d'assistant ou d'assistante du service social de l'Etat, rapport du ministre de la santé publique Marc Rucart au Président de la République.

²⁹ Décret n°831 du 17 avril 1943 portant règlement d'administration publique pour l'application de la loi du 21 décembre 1941 relative aux hôpitaux et hospices publics, JO 27 avril 1943.

médecin chef de service pour les soins à donner aux malades. [...] Les agents du grade de surveillant sont chargés de fonctions d'encadrement correspondant à leur qualification ».

Au sein des hôpitaux, l'évolution de l'infirmière devenue principalement technicienne « entraîne une hiérarchie professionnelle construite sur tout un système de valeurs techniques. La surveillante, soucieuse du bon fonctionnement du service, voit son rôle se résumer à la bonne application des tâches et au maintien de la règle » (Catanas, 2008). En 1951, la Croix Rouge ouvre la première école, « L'offre de formation comprend un double programme d'études : l'un destiné aux infirmières qui se destinent à l'enseignement dans les écoles d'infirmières, l'autre aux infirmières briguant un poste de surveillante à l'hôpital, concrétisant ainsi une forme de spécialisation au sein du segment des cheffes » (Divay & Girard, 2019, p 81). Cette expérimentation sera légiférée avec le décret n° du 14 novembre 1958³⁰ officialisant une formation théorique et pratique de 9 mois pour l'obtention du certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmier surveillant (CAFIS) et du certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmier moniteur (CAFIM), par la suite supprimés et réunis en un certificat unique de cadre infirmier (CCI) par décret³¹ en 1975, jugé non obligatoire pour encadrer un service de soins.

1.5. L'installation du paradoxe

1.5.1. Les bouleversements socioculturels et idéologiques

Les « Trente Glorieuses » correspondent à une période exceptionnelle d'essor économique, et d'ouverture culturelle, appelée aussi « révolution invisible de 1946 à 1975 » (Fourastié, 1979) en raison de sa « formidable reconfiguration des valeurs et des normes » (Pawin, 2013). Les interventions de l'Etat-providence se concrétisent avec la création de la sécurité sociale, pierre angulaire du système français, légiférée par les ordonnances des 4 et 9 octobre 1945³², ces mêmes textes organisent la refonte du système des assurances sociales des années 30. De nouveaux paradigmes sont à l'œuvre. Le lien entre santé et société se renforce, et les inégalités d'accès aux soins se réduisent. La santé est définie comme un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (OMS, 1946)³³, vision positiviste, voire idéalisée affirmant une approche globale

³⁰ Décret n°58-1104 du 14 novembre 1958, JO 19 novembre 1958, n°10400.

³¹ Décret n°75-928 du 9 octobre 1975 relatif au certificat cadre infirmier et arrêté du 9 octobre 1975 relatif aux écoles de cadres infirmiers, JO 12 octobre 1975, n°10566-10567

³² Ordonnance 45-2250 du 4 octobre 1945 portant organisation de la sécurité sociale, et ordonnance n° 45-2456 du 19 octobre 1945 portant statut de la mutualité.

³³ Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19 juin -22 juillet 1946 ; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 Etats. (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n°. 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948.

de la personne.

Signée le 22 juillet 1946 à New York, la Constitution de l'OMS entre en vigueur le 7 avril 1948 à Genève. Son but essentiel est d'« amener tous les peuples au niveau de santé le plus élevé possible » (Article 1), il y est fait mention de l'accès aux connaissances scientifiques et médicales pour tous, de la promotion de la formation du personnel sanitaire, médical et paramédical, ainsi que de l'incitation à la recherche scientifique (Article 2).

De nombreuses chercheuses-théoriciennes, principalement aux Etats-Unis, conceptualisent alors les soins infirmiers, et font évoluer la profession vers plus d'autonomie. Toutes contribuent à l'idée d'une prise en charge à la fois technique et « humaine » du malade, et positionnent l'infirmière dans une démarche diagnostique (recueil de données, analyse et identification des problèmes de santé) et de résolution de problèmes (objectifs de soins, planification d'actions et évaluation), visant de fait, un changement dans les façons de faire et de penser de l'infirmière.

En 1978, Poletti recense dans son ouvrage *Les soins infirmiers : théories et concepts*, 10 théories de soins infirmiers énonçant un cadre conceptuel spécifique et indépendant. Il ne s'agit aucunement de toutes les décrire, deux semblent être importantes à nommer, l'une étant la première infirmière à publier un travail théorique après Nightingale, et l'autre, étant celle retenue pour les programmes d'études infirmières en France.

Hildegarde E. Peplau (1909-1999), infirmière ayant travaillé principalement en psychiatrie, docteur en éducation, publie en 1952 un ouvrage de référence pour la profession infirmière, *Relations interpersonnelles en soins infirmiers*, dans lequel elle propose une « théorie psychodynamique des soins infirmiers » (1952) soulignant l'importance de l'échange infirmier-patient. Cependant, cette théorie ne sera traduite en français qu'en 1995 et ne sera quasiment pas enseignée dans les IFSI (Friard, 2018). En France, la théorie des 14 besoins de Virginia Henderson (1954), sera connue 30 ans après sa création, grâce à la circulaire du 15 mars 1985 relative à la publication du guide du service infirmier, qui non seulement proposera la traduction des concepts fondamentaux de VH comme base théorique à l'enseignement et à l'exercice infirmier, mais aussi préconisera un outil d'analyse adapté aux soins infirmiers formalisé à partir de ladite théorie.

Ce contexte international installe un contexte porteur d'opportunité pour le développement d'un corps infirmier. La terminologie « soins infirmiers » remplace d'ailleurs en 1950 les termes de « soins généraux » en usage à l'époque (Magnon, 2003). L'OMS promeut des professionnel(le)s, responsables de l'ensemble des soins infirmiers que requièrent la

promotion de la santé, la prévention de la maladie et les soins aux malades, et insiste sur la nécessité qu'elles prennent en main leur propre formation afin d'éviter « la déformation, le délayage ou la dispersion de l'enseignement que peuvent entraîner les exigences du service dans un établissement de soins » (1966, 5^{ème} rapport, p 18). A son initiative, s'ouvre à Lyon l'École Internationale d'Enseignement Infirmier Supérieur (EIEIS, 1965-1995), que Poisson (2018) nomme dans le titre même de sa thèse : la « Fabrique d'une élite et creuset pour l'émancipation des infirmières françaises du XXe siècle ». Il s'agit d'un dispositif de formation expérimental ayant pour objectif « non seulement de doter la profession infirmière de dirigeants de haut niveau, mais de permettre un développement rapide de cette dernière en France, créant par la même occasion les conditions d'une autonomisation par rapport à ce qui est parfois vécu comme une tutelle [infirmière] de l'Amérique du Nord » (Poisson, 2012, p 75).

Il s'agit aussi du premier rapprochement de la formation infirmière et de l'Université. La directrice et son équipe enseignante pionnière, formées en sciences infirmières aux Etats Unis ou au Canada, militeront sur le plan national et international, pour l'avenir de la profession, la formation, et leur visibilité sociale en œuvrant au sein de l'Association nationale française des infirmiers et infirmières diplômées d'Etat (ANFIIDE³⁴ anciennement ANIDDEF), du Comité d'entente des écoles d'infirmières et écoles de cadres (CEEIEC) et à la commission ministérielle de rénovation des études d'infirmières. C'est le début du positionnement institutionnel des monitrices, se considérant comme force de proposition dans ce que doit devenir la formation infirmière. En novembre 1968, une commission élargie avec des directrices, des monitrices, des représentants syndicaux et des élèves se réunit au ministère pour étudier un projet de réforme des études en se référant aux différents programmes étrangers.

Cependant, dans une logique similaire à celle évoquée dans le chapitre faisant état d'une diversité de conceptions au sein du groupe infirmier, les infirmières françaises ne revendiquent pas toutes le même modèle. Celui avant-gardiste portée par la dynamique de l'EIEIS est peu répandu. Le modèle le plus couramment accepté est celui, traditionnaliste, profondément ancré dans une conception hospitalière de la pratique infirmière. « Depuis le début du XXème siècle, c'est véritablement autour des technologies d'investigation et de réparation de la maladie ainsi que leur mode d'utilisation » (Collière, 1982, p. 126) que l'hôpital se configure, et que les relations sociales y prennent place. La maladie et ses investigations de plus en plus approfondies font du malade l'objet des soins et, les connaissances et savoirs médicaux font de la relation soignant-soigné, une relation asymétrique. Les tâches et activités, organisées au regard de la

³⁴ ANFIIDE : Association Nationale Française des Infirmières et Infirmiers Diplômés et des Etudiants.

place qu'elles occupent dans l'échelle de la technicité, participent d'une hiérarchisation du travail et des différentes catégories de soignants, ainsi « la pratique infirmière est acculée à ne faire presque exclusivement usage que de la technologie médicale. Ainsi, les outils du métier infirmier deviennent de plus en plus des outils d'emprunt à la médecine » (Collière, 1982, p. 132). Cette auteure explicite que les connaissances sont applicatives, à la manière d'un « processus stimuli-réflexe (...) il y a apprentissage d'un ensemble de procédures, d'actes-réflexes, qui visent à traiter des signes, des symptômes sans avoir décodé leur signification, et de ce fait, sans pouvoir appréhender les problèmes dont ils sont la manifestation » (1982, p. 131). Il semble se réactualiser un pan de l'histoire infirmière, celui de « l'auxiliaire docile et obéissante du médecin » alliant savoir-faire technique développé grâce à la délégation des actes des médecins, et qualités innées féminines traditionnaliste (allégeance, voire soumission à l'autorité masculine), empêchant de penser la moindre autonomisation.

Dans l'imaginaire collectif français, la période de l'après-seconde-guerre laisse des souvenirs prégnants : baby-boom, augmentation du niveau de vie, plein emploi... et les années 1950 sont considérées comme « décennie significative dans l'histoire des transformations sociales et culturelles concernant la vie des femmes et le développement de leur identité (...) la conciliation entre rôles extérieurs et rôles féminins, maternels et conjugaux (...) la grande requête de parité (...) le paradigme de l'émancipation » (Piccone Stella, 1981, p. 245). La grande mutation culturelle et sociale de l'année 1968 autorise les infirmières à sortir de l'hôpital, à s'intégrer au monde du travail et à penser qu'elles peuvent avoir les mêmes revendications, et « les mêmes moyens de pression (...) sans faillir à (leur) tâche » que n'importe quelle travailleuse (Knibiehler, 1984, p.335). Les infirmières bénéficient des mêmes avancées sociales que la population de l'époque tant dans la sphère privée (émancipation de la femme) que dans la sphère professionnelle (droit de s'exprimer, l'homme n'étant pas le seul à détenir le savoir).

En 1968, la médecine est traversée par de nombreuses critiques : la remise en cause du paternalisme hospitalier, du « mandarinat » médical universitaire, la refonte des études de médecine, la place du malade dans les prises en charge... l'institution hospitalière et son organisation est remise en question, la conception même de la santé évolue.

Cette dynamique réformatrice est aussi à l'œuvre dans le secteur de la santé mentale, l'impulsion donnée par le courant de l'antipsychiatrie, les critiques virulentes auxquelles doivent faire face les institutions psychiatriques participent dans les années 60, du mouvement

désaliéniste, de la mise en œuvre de la sectorisation psychiatrique³⁵, de l'apparition du concept de psychothérapie institutionnelle et, concourt à l'évolution des mentalités et à la revalorisation de la relation soignant-soigné.

Ces années 60-70 sont aussi une période de fort développement institutionnel, universitaire et humain des sciences sociales, lié entre autre à la démocratisation de l'Université et de la recherche (Lisle, 2002). A compter de ces années, les savoirs issus des sciences humaines apparaissent dans les objectifs introductifs des différents programmes d'études infirmières, même si ceux centrés sur la maladie et sur les techniques restent prédominants. La connaissance de l'homme sain, de son développement physique et psychique apparaît dans celui de 1961³⁶, positionnant le malade au centre de la prise en charge infirmière.

1.5.2. L'émergence du rôle propre infirmier.

L'évolution du métier infirmier s'observe dans les différents programmes de formation. « En fait, c'est la formation qui construit le rôle infirmier et ajuste à ce rôle la pratique des soins donnés par les infirmières » (Collière, 1992, p. 111).

Les nouveaux contenus de formation en 1961 réaffirment « la technique, les soins et examens parfois complexes nécessités par l'état du malade », mais énoncent aussi « que cette tâche technique se double d'un rôle psychologique, "moral, parfois même pédagogique auprès des malades, de leurs familles, ou dans des collectivités variées où elle peut être appelée à remplir un rôle d'éducatrice sanitaire ». « Les études d'infirmières doivent donc viser à faire acquérir, à travers des connaissances précises, une ouverture d'esprit permettant à l'infirmière de ne pas se limiter à l'exécution matérielle des soins, mais de saisir, dans chaque cas, l'ensemble de son rôle. C'est pour aider à former cet esprit de synthèse que les différentes matières du programme ont été regroupées "autant que possible autour de plusieurs centres d'intérêt (...) » (Programme d'enseignement³⁷, 1961, p. 1). La formation se centre beaucoup sur les sciences biologiques et médicales, cependant, contient aussi des enseignements empruntés aux sciences humaines et sociales. La relation soignant-soigné est valorisée et fait réapparaître la notion de donner des soins aux malades, tel que l'on pouvait entendre la notion de prendre soin.

³⁵ L'organisation géographique et démographique de la prévention et du traitement des maladies mentales au sein du service public.

³⁶ Arrêté du 17 juillet 1961 programme d'enseignement et organisation des stages de la 2^{ème} année d'études préparatoires d'état d'infirmier. JORF du 21 juillet 1961.

³⁷ *Programme d'enseignement, études préparatoires au diplôme d'État d'infirmier, première et deuxième année*, arrêté ministériel du 17 juillet 1961, Ministère de la Santé Publique et de la Population (sous la direction des professions médicales).

« On peut considérer ce moment comme le début d'une véritable formalisation de l'enseignement infirmier. On sort de l'ancien schéma enfermant "maladie malade", on dépasse aussi la "morale professionnelle" pour donner du sens aux "soins aux malades" » (Loroux & Sliwka, 2006, p. 57).

La période suivante semble propice à l'évolution de la profession, d'une part un « accord européen sur l'instruction et la formation des infirmières »³⁸ daté du 25 octobre 1967 est signé et harmonise l'instruction et la formation des infirmières³⁹ dans la CEE, et d'autre part l'élan créatif porté par les pionnières de l'EIEIS et du CEEIEC engage les monitrices dans la préparation de nouveaux contenus de formation infirmières. Notons aussi que les événements de 1968 participent de l'exigence de changement.

Un nouveau programme de formation est décrété en 1972⁴⁰ avalisant la définition européenne de l'infirmière, c'est à dire responsable de l'ensemble des soins infirmiers que requièrent la promotion de la santé, la prévention de la maladie et les soins aux malades. Se surajoutent aux contenus précédents, de nouveaux apports orientant l'infirmière sur la compréhension des besoins de santé des personnes et des groupes, et sur la nécessité de recueillir, analyser, traiter, coordonner les informations amenées par le malade afin de discerner les types de réponses qu'elle peut lui apporter en matière de santé. Ce programme est vécu comme une véritable réforme, il instaure les soins infirmiers comme discipline et domaine de recherche autonomes. Ils apparaissent dans les contenus d'enseignement en tant que « soins infirmiers aux personnes atteintes de certaines affections... », accompagnés d'un nouveau vocabulaire « la démarche de soins » ou encore « le plan de soin infirmier » devant permettre à l'infirmière de « développer l'aptitude à penser et à agir, acquérir la maturité d'esprit nécessaire pour assumer des responsabilités sur le plan humain, professionnel et civique »⁴¹.

Cette formation s'éloigne de celles pensées et guidées par les médecins. Cependant, en France, une certaine vigilance vis-à-vis du corps médical engendre une adaptation du vocabulaire des infirmières internationales, comme le prouve la démonstration suivante à

³⁸ Accord européen du 25 octobre 1967, série des traités européens, n°59, Conseil de l'Europe, Strasbourg, mai 1972.

³⁹ Art 1 : « Aux fins du présent Accord, le terme d'infirmière désigne exclusivement les infirmières ou infirmiers en soins généraux. Sont exclues les infirmières dont la formation est limitée aux domaines de la santé publique, aux soins aux nourrissons et aux enfants malades, aux soins obstétricaux et aux soins aux malades mentaux ».

⁴⁰ Arrêté du 5 septembre 1972. Programme d'enseignement et organisation des stages en vue de la préparation au diplôme d'état d'infirmier. JORF du 21 juillet 1961

⁴¹ Arrêté du 5 Septembre 1972. Programme d'enseignement et organisation des stages en vue de la préparation au diplôme d'état d'infirmier.

propos du terme « diagnostic infirmier »⁴². « En France (à Nantes), en 1969, la présentation du terme "diagnostic", intimement lié "à médical", époustoufle ; le groupe d'infirmières présent choisit d'adopter la notion de "plan de soins"⁴³ » (Romeder, 2009, p. 99), le terme de diagnostic infirmier n'apparaîtra que 20 ans plus tard dans le programme d'études de 1992. Magnon (2006) révèle que plus qu'une réforme, ce programme représente « une véritable révolution pour les infirmières dans la conception de la prise en charge des malades » (p. 68). Soutenue par le corps médical, l'infirmière technicienne reste le modèle prisé dans le quotidien des hôpitaux, l'expertise technique continue à envahir le sens donné aux tâches réalisées par les infirmières, mais elle enrichit aussi leur champ d'activités, et participe à la reconnaissance, au développement de la profession, en la rapprochant du « modèle gratifiant et sécurisant » (Sainsaulieu, 1977, p. 306) voire prestigieux incarné par le médecin. Cette pression institutionnelle contribue à dévaloriser aux yeux des professionnels de santé certaines autres activités, c'est l'exemple, semble-t-il, des soins d'entretien de la vie. La valorisation de la relation soignant-soigné institué dans le nouveau programme semble bénéficier du même traitement, car elle demeure pour beaucoup un implicite, amalgamée aux qualités intrinsèques ancestrales de l'infirmière.

Et en 1978⁴⁴, la loi du 31 mai vient modifier l'article L 473 du Code de la Santé Publique et promulguer une nouvelle définition de l'infirmière. A la définition habituellement usitée, vient s'ajouter une petite phrase identifiant un autre rôle infirmier : « ou bien en application du rôle propre qui lui est dévolu ». Ses décrets d'application ne sortent qu'en 1981⁴⁵ et 1984⁴⁶.

L'article 1 du décret du 12 mai 1981 énonce ceci : « La fonction infirmière comprend l'analyse, l'organisation et l'évaluation des soins infirmiers et leur dispense soit sur prescription

⁴² Terme anglo-saxon officialisé en 1960, « les soins infirmiers reposent sur le diagnostic et le traitement des réponses de l'individu à des problèmes réels et potentiels de santé. » (Définition de l'American Nurse's Association).

⁴³ Outil permettant de formaliser la démarche intellectuelle de l'infirmière, le plan de soins permet de rendre compte des soins spécifiquement infirmiers dispensés individuellement à chaque patient, en les organisant, les argumentant en réponse aux problèmes de santé identifiés par l'infirmière. Les problèmes de santé infirmières portant le nom de diagnostic dans théorie internationale infirmière.

⁴⁴ Loi n°78-615 du 31 mai 1978 modifiant les articles L.473, L.475 et L.476 du code de la santé publique relatifs à la profession d'infirmier ou d'infirmière et l'article L.372 de ce code, relatif à l'exercice illégal de la profession de médecin. JO 01-06-1978.

⁴⁵ Décret n°81-306 du 2 avril 1981 relatif aux études conduisant au diplôme d'État d'infirmier et d'infirmière modifié par le décret n°87-1039 du 23 décembre 1987, par le décret n°88-1076 du 30 novembre 1988. Décret n° 81-539 du 12 mai 1981 : relatif à l'exercice de la profession d'infirmier.

⁴⁶ Décret n°84-689 du 17 juillet 1984 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier.

médicale, soit dans le cadre du rôle propre de l'infirmier ». Ce texte officialise et précise ce rôle propre. « Relèvent du rôle propre de l'infirmière les soins infirmiers liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et visent à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes » (Article 1).

Ce texte est annulé pour vice de forme, le 14 mars 1984, suite à la plainte déposée par le syndicat des médecins biologistes. Le « contrôle des paramètres urinaires courants par des procédés rapides de dépistages » considéré comme une première étape dans la pose du diagnostic, est, pour les médecins biologistes, un acte impossible à laisser à l'initiative et la responsabilité des infirmières. La réponse des infirmières, sous forme de télégramme adressé au Président de la République : « Infirmier(ère) révolté(e) par négation profession exige réhabilitation immédiate » (avril 1984, cité par Saliba, *et al.*, 1993, p 95) marque le début des mouvements revendicatifs infirmiers. Hamel (2008) Cadre supérieur de santé, propose à partir de son DEA de sociologie, l'hypothèse suivante : « Le corps médical, est alors identifié comme "opposant" par le groupe infirmier, et le conflit déclenché peut être lu seulement comme une conduite collective défensive des acquis, donc proche du corporatisme » (p. 44). La grève du zèle des infirmières aura pour conséquence le rétablissement du rôle propre infirmier, par le décret du 17 juillet 1984.

Ce texte présente un contraste indéniable. Hormis le premier article définissant les soins infirmiers, comme étant « de nature technique, relationnelle et éducative [dont] la réalisation tient compte des données physiques, psychologiques, socio-économiques et culturelles de la personne soignée » (article 1). Les autres articles se présentent sous la forme d'un catalogue d'activités posant les limites à l'intérieur desquelles a le droit d'évoluer l'infirmière, sans être menacée d'exercice illégal d'une profession médicale ou paramédicale.

Certains actes sont identifiés comme étant sous sa responsabilité, à savoir : « Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier est habilité à accomplir les soins infirmiers suivants... » (article 3). Et, d'autres sont considérés comme « délégués » et classés en trois catégories, conditionnées à la présence/absence d'un médecin : « L'infirmier est habilité à accomplir sur prescription médicale les soins infirmiers suivants » (article 4), « (...) en présence d'un médecin responsable » ou encore « à condition qu'un médecin puisse intervenir à tout moment », repositionnant l'infirmière dans un lien de subordination au médecin.

Cependant, avec l'institutionnalisation du rôle propre, c'est la première fois que le groupe professionnel infirmier français formalise une autre conception de la santé que les

médecins, un modèle de « soins infirmiers » posant, de fait l'existence d'une discipline, de savoirs spécifiques, ainsi qu'une déclinaison d'outils spécifiquement pensés pour les prises en charge infirmières (le dossier de soins, prônant l'individualisation des soins, complémentaire du dossier médical) et la cohésion des pratiques infirmières. Une collection de guides « techniques » du service infirmier, éditée par les Journaux Officiels est présentée comme « le fruit d'un travail collectif, difficile dans une profession particulièrement fragmentée, et d'un "consensus" de la part des nombreux participants aux groupes de travail » (Acker, 1991, p. 126). Ces guides, au nombre de 55 entre 1972 et 1994, sont proposés comme des aides méthodologiques permettant de se familiariser avec la terminologie des soins infirmiers, et permettant aux professionnels infirmiers d'avoir « une meilleure connaissance des travaux existants et des expériences acquises »⁴⁷, et de développer une culture professionnelle infirmière.

En réinterrogeant l'autonomie dans sa pratique, dans son savoir, et dans sa pensée, l'infirmière remet en cause les représentations sociales construites de longue date, à savoir les soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie sont naturels ou implicites, et ne peuvent faire l'objet de revendication identitaire. De fait, ce rôle « est fréquemment réduit dans les représentations des infirmières à sa portion congrue, à savoir les soins d'hygiène et de confort » (Zaoui, 2004, p 32). Cette vision restrictive participe également de l'identification de ces soins au « sale boulot » peu gratifiant, qu'elles délèguent aux aides-soignants. Ces soins émanant du rôle propre, ainsi circonscrits peuvent donc être délaissés par les infirmières au profit de tâches jugées plus valorisantes.

Mais, ce « nouveau » rôle relègue au second plan le rôle technique, que l'infirmière valorise dans le contexte d'hyper médicalisation des hôpitaux. Confronté à la réalité professionnelle, il est difficile de percevoir le sens de ce rôle propre ou d'en voir la pertinence en regard de la pratique au quotidien.

La succession des programmes d'études infirmières engendre au sein des services, une hétérogénéité des pratiques et des transmissions du métier infirmier. La formation continue propose de se former à ce nouveau rôle et à son vocabulaire, cependant, le temps nécessaire à cette dynamique va plutôt limiter le développement de cette nouvelle culture. « Certaines infirmières en viennent à se demander si l'accent mis sur le rôle propre est vraiment pertinent

⁴⁷ Circulaire n° 88 du 15 mars 1985 relative à la publication du guide du service infirmier.

pour rendre compte de la fonction, de la professionnalité de l'infirmière » (Acker 1991, p. 136).

Cette pratique ancestrale du prendre soin a, depuis de nombreux siècles, été assimilée aux qualités innées féminines, et nous avons vu qu'elle n'avait, non seulement jamais été considérée en tant que pratique professionnelle, mais qu'elle a été invisibilisée dans le quotidien professionnel ou déléguée aux aides-soignants. Le métier d'infirmière s'est construit à partir de la prédominance d'un rôle d'auxiliaire médicale, « entièrement façonné à partir d'un système de conduite et de comportements "acceptables" ou "non acceptables" qui a prévalu, presque jusqu'à nos jours, sur le souci de questionnement de ce qui donne sens et raison d'être aux soins ensuite dénommés soins infirmiers » (Collière, 1982, pp. 116-117). L'émergence du rôle propre, et sa reconnaissance officielle interrogent la professionnalisation infirmière et la division du travail dans les métiers de la santé, mais aussi questionne l'autonomie de pensée de l'infirmière, semblant être ciblée sur une partie de sa pratique, celle qui n'est pas sous la prescription médicale. Cela vient rendre compte d'un paradoxe : à l'heure de l'émancipation vis-à-vis des médecins, le législateur octroie une zone d'autonomie d'exercice et de penser à l'infirmière et renforce les limitations au champ d'action infirmier. Les infirmières doivent avoir une pratique autonome, en dehors de la prescription médicale, mais prescrite tout de même par le législateur qui s'emploie à circonscrire les activités infirmières inhérentes à ce rôle propre.

« C'est autour du rôle de l'infirmière que se construit tout le processus de professionnalisation. Que ce soit par la formation, la reconnaissance juridique de l'exercice professionnel, les organes de représentativité, les publications, la profession se détermine autour de la personne de l'infirmière qui sert de garant à la pratique soignante avec laquelle elle se confond » (Collière, 1982, p. 107). L'infirmière était assujettie à un rôle, maintenant elle l'est à plusieurs. Elle est à la fois dépendante-exécutante d'une prescription médicale, indépendante dans l'observation et l'évaluation de la maladie, responsable des délégations faites à l'aide-soignante, et se doit de correspondre à la représentation ancestrale qu'on se fait d'elle, une soignante dont l'habileté « innée et naturelle » lui permet de prendre soin du malade, comme aucune autre personne peut le faire.

La formulation du rôle propre comme rôle autonome de l'infirmière s'avère particulièrement compliquée. Faut-il rompre avec le passé vocationnel et religieux lui attribuant sa place dans le « couple médecin/infirmière » pour pouvoir penser sa propre autonomie ? Quid de sa relation de subordination au médecin, ou de l'équilibre historique du partage des tâches dans une recherche d'autonomisation ou d'indépendance ? Ces questionnements difficilement

conscientisables replongent l'infirmière dans la confusion historiquement construite des qualités personnelles féminines confondues au rôle assigné de « l'auxiliaire médicale docile et obéissante », et dans l'empêchement à penser ces activités qu'elle néglige, comme étant au moins aussi importantes et valorisables que les activités de soins valorisées déléguées par le corps médical. Confusion pour certaines, résistance pour d'autres, cet empêchement à penser se réactualise et s'inscrit à la fois dans la quotidienneté de l'infirmière, et dans la transmission du métier, à savoir, quelle future infirmière forme-t-on, et de fait, comment, lorsqu'on est traversé par les mêmes interrogations ?

Bessaoud-Alonso (2010) affirme que « la mémoire est un champ d'investigation pour le chercheur dans ce qu'il met en œuvre dans sa quête d'élucidation du passé » et que les souvenirs sont « comme une forme de confusion entre ce qui est l'histoire et la construction d'une mémoire socialement partagée » (p. 172). Praticienne-chercheuse, je propose de mettre en récit ma propre expérience professionnelle dans ma carrière d'infirmière devenue formatrice en soins infirmiers. Il ne s'agit en aucun cas de relier mes choix professionnels à mon histoire personnelle, mais d'articuler la dimension expérientielle à l'histoire institutionnelle des infirmières, et des formateurs en soins infirmiers, à savoir faire des liens entre les évolutions politiques et institutionnelles, et la manière dont je les ai perçues et vécues.

2. De « l'apprentissage sur le tas » au début de carrière dans un contexte mouvementé (1983-1992).

Je fais le choix d'être la plus factuelle possible, tout en m'autorisant à certains moments significatifs d'une confusion, d'un empêchement à penser de proposer en italique, certains de mes ressentis afin de mettre en évidence ce que signifie ce moment de l'histoire traversant l'acteur-membre du groupe infirmier que je suis. Ils sont mis en italique, entre guillemets et identifié « Traces subjectives » pour « mes ressentis personnels ». A l'identique du récit de vie, « description sous une forme narrative d'un fragment de l'expérience vécue » (Bertaux, 1997, p. 9), la narration de vie professionnelle peut permettre « d'étudier (...) un fragment de la réalité sociale-historique et de comprendre comment il se transforme à travers les rapports sociaux, les mécanismes, les processus et les logiques d'action » (Bouquet, 2015, p. 35) et « donner à voir à la fois un univers de sens et un univers de vie, un point de vue sur le monde et des formes concrètes d'appartenance au monde » (Schwartz *et al.*, 1999, p. 469).

2.1. Les débuts en psychiatrie

Lorsque je suis à la recherche d'un emploi d'été en août 1983, le centre hospitalier

spécialisé de la région est le plus gros pourvoyeur d'emplois saisonniers. Après un mois de travail, je fais le choix de signer un contrat à durée déterminée de 3 mois renouvelable, et ce pendant un an. Ravie de pouvoir subvenir à mes propres besoins financiers, je commence en septembre 1983, ma carrière en qualité d'Auxiliaire des Services Hospitaliers⁴⁸.

Je n'ai absolument pas en tête le fait d'apprendre un métier, je suis rémunérée pour être opérationnelle de suite auprès des patients et professionnels que je viens relayer. Je me confronte à un obstacle majeur : appréhender la pathologie mentale, le handicap physique et mental ; alors que mon cursus scolaire ne m'y avait absolument pas préparée.

Ce dont je me souviens de façon précise, c'est l'état émotionnel dans lequel j'étais lors de la présentation du service et de mes missions explicitées par un professionnel : un mélange de crainte, de consternation et d'incapacité à appréhender la place à laquelle je me trouvais. Une fois la phase de surprise passée, la priorité est de faire avant même d'apprendre à faire. (Traces subjectives).

Je me retrouve à observer mes collègues, à chercher à les imiter, à comparer mes actions aux leurs, ou plutôt à ce que j'en perçois, très souvent sans les solliciter, ou sans savoir s'ils font correctement leur travail. J'expérimente, je « bricole » et j'assimile implicitement des manières de faire, et seulement après je m'autorise à demander des explications afin d'améliorer ma pratique et surtout de comprendre le sens de mes actions auprès de ces personnes dont les troubles psychiatriques me déconcertent quotidiennement. La rencontre et l'encadrement de mes collègues m'entraînent dans un processus riche en découvertes sur les autres et sur moi-même. Cette première expérience en service de soins me permet juste d'aborder la complexité de la psychiatrie et de me conforter dans l'idée d'approfondir cette connaissance empirique avec une formation. Après un an d'exercice à ce poste, je décide de passer le concours d'infirmier de secteur psychiatrique (ISP), concours dont j'ai depuis oublié le contenu. La seule chose qui m'importait alors était de pouvoir suivre une formation correspondant au mieux à mes besoins du moment. A cette époque, il était relativement fréquent de commencer ainsi sa carrière, la formation continue étant une opportunité pour changer de statut. Ces savoirs informels, ces observations de professionnels en action font de cette expérience vécue en tant qu'ASH en milieu psychiatrique, un « apprentissage sur le tas », autorisant une prise de distance

⁴⁸ Segment professionnel créé par le Décret n° 70-1186 du 17 décembre 1970 relatif au recrutement et à l'avancement du personnel secondaire des services médicaux des établissements d'hospitalisation, de soins ou de cure publics. Autorisé en psychiatrie par l'Arrêté du 9 janvier 1978 relatif aux conditions dans lesquelles les emplois du personnel secondaire des services médicaux peuvent être créés dans les centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie et dans les services psychiatriques des centres hospitaliers généraux.

avec les apports théoriques et une mise en sens plus effective des apprentissages dans cette formation professionnelle rémunérée de 33 mois en alternance. Le centre de formation dans lequel je m'inscris en 1984, choisit de préfigurer le rapprochement des contenus des deux formations (infirmière de soins généraux et infirmière de secteur psychiatrique) et propose un contenu du programme des études⁴⁹ montrant une place plus importante dévolue aux approches somatiques, tout en conservant sa spécificité psychiatrique (1376 heures d'enseignement théorique de la psychiatrie). Dès les premiers modules de formation, une part importante était accordée à la personne humaine et ses interrelations, aux groupes humains et à l'étude des concepts de santé mentale et maladie mentale sur le plan individuel et collectif. L'étude de la relation à l'autre, la relation au patient et la réflexion sur le sens des soins relationnels dans le quotidien partagé avec le patient, était empreinte de l'approche psychanalytique et la valorisation de la participation du personnel infirmier à la prise en charge thérapeutique était affirmée.

J'ai été sensibilisée pendant cette formation à la compréhension de la vie psychique des personnes soignées et de leurs symptômes, et ma pratique de stage en milieu professionnel était guidée par certains concepts psychanalytiques tels que l'inconscient en tant que processus psychique spécifique, conditionnant la vie « normale » d'un individu ; le transfert en tant que phénomène inconscient s'appliquant à tous les aspects de la vie affective et relationnelle ; le contre-transfert comme réaction inconsciente dans la relation soignant-soigné, dans le toucher dans les soins, et les mécanismes de défense comme « l'ensemble des opérations dont la finalité est de réduire ; de supprimer toute modification susceptible de mettre en danger l'intégrité et la constance de l'individu biopsychologique (Laplanche et Pontalis, 1967, p 235).

Une fois diplômée, cette recherche de sens de ma pratique quotidienne m'a rapidement amenée à poser le constat suivant : les savoirs acquis pendant les études d'infirmière de secteur psychiatrique méritaient d'être approfondis, d'où mon inscription en cours du soir à l'université Paris 8 jusqu'à l'obtention d'une maîtrise de psychologie. Il s'agissait de travailler la mise en lien de ma pratique avec les théories pour la réfléchir, d'articuler objectivité et subjectivité, d'aller et venir entre perception et projection, ce qui m'encourageait à penser la clinique, l'institution de soin et ma place de soignant.

Ces mises en sens théorique et clinique, et cette dimension réflexive me sont devenues indispensables à la compréhension de mon travail et à l'exercice de ma fonction, forgeant ma

⁴⁹ Arrêté du 26 avril 1979 modifiant l'arrêté du 16 février 1973 relatif à la formation professionnelle du personnel soignant de secteur psychiatrique

façon singulière de me référer aux savoirs existants, de me les approprier, de les développer, de les ressentir, de les transformer et de construire ma propre compréhension du monde professionnel.

J'ai effectué ma carrière infirmière dans les années de « cohabitation fructueuse » (Darcourt, 2006, p11) entre la psychiatrie et la psychanalyse. Les pratiques institutionnelles s'inscrivaient dans l'orientation de la psychothérapie institutionnelle, s'appuyant sur la reconnaissance de la psychanalyse, le développement des approches groupales et éducatives actives. Elles prenaient appui, notamment sur une conception de l'institution : « l'institution est la manière dont l'équipe de professionnels ''habite'' les établissements en s'adaptant aux conditions contextuelles auxquelles elle est soumise », et elle « est créé par une équipe pour habiter humainement un espace de soin » (Delion, 2014, p109). Pour Mornet (2007, p 123) « La psychothérapie institutionnelle s'appuie sur une approche psychanalytique de la maladie mentale. Elle apporte un regard nouveau sur la relation transférentielle qui se tisse entre le psychotique et le soignant en l'élargissant bien au-delà de la seule relation duelle : c'est toute l'institution qui devient partenaire du lien transférentiel ». Le collectif (personnels et patients) fonctionnait comme une microsociété et la question qui se posait, concernait les effets du transfert dans l'institution, la manière de les travailler. Dans cette perspective, le savoir expérientiel des infirmiers, trouvant ses fondements dans la pratique du quotidien partagé avec les malades était avéré, et la reconnaissance de leur rôle dans la psychothérapie, incontestable. Le transfert englobait l'ensemble de la situation institutionnelle, l'analyse du « contre-transfert institutionnel » (Tosquelles, 1965), ce qui se jouait dans les relations intersubjectives était au cœur du travail, le « travailler ensemble ». Les échanges directs au plus près de l'expérience clinique quotidienne étaient une priorité dans l'équipe. Ces lieux d'échanges permettaient de reprendre « les évènements dans les pratiques, de prendre en compte ce qui ne va pas de soi, les agirs et manifestations de la chronicité des patients psychotiques par exemple, leur évolution et ainsi ''entrer en résonance avec leur fonctionnement psychique'' » (Jean Oury, 1986, cité par Drieu & Crété, 2015, p. 15).

Ces lieux de questionnement de la pratique soignante et d'interrogation des dysfonctionnements institutionnels, ces espaces groupaux d'accompagnement d'analyse clinique ont été de véritables actions de formation, et ont participé à la construction d'une posture clinique. Aujourd'hui encore, dans le cadre de cette recherche doctorale, je conserve un positionnement qui conjugue approches psychanalytique et institutionnelle.

Les années 80 étaient aussi l'époque de la mise en place de la sectorisation avec le développement des alternatives à la prise en charge hospitalière à temps plein. Une place prépondérante était faite à la dimension groupale pour le soin du patient. J'ai beaucoup créé animé et co-animé de dispositifs groupaux : des groupes de paroles, des ateliers, des groupes à médiation, des activités thérapeutiques au quotidien. Suivis systématiquement de temps d'échanges, d'analyse de notre propre pratique d'animation voire de supervision, je peux affirmer que j'ai cumulé une grande diversité d'expériences groupales : travail de groupe, en groupe, sur le groupe, par le groupe. Des dispositifs groupaux de réflexion « *dans l'ici et maintenant* », de supervision à distance des situations professionnelles ou de co-construction du sens de nos pratiques, encourageaient la mise en mots, privilégiaient les associations d'idées et le travail d'élaboration, proposaient un accompagnement clinique et optimisaient la mise en sens des prises en charge. Rendre compte de ma pratique et échanger en permanence avec des praticiens expérimentés sur celle-ci a approfondi ma compréhension du fonctionnement institutionnel des organisations, celui des relations humaines et celui de l'appareil psychique, et ce, à partir de savoirs multi-référencés. Ce parcours professionnel formatif, cet exercice réflexif complétés de nombreuses formations (continue et/ou personnelle), m'ont permis d'être constamment dans une dynamique de recherche de savoirs utiles pour penser ma pratique pour y donner du sens, enrichir ma réflexion, et améliorer ma pratique. Cela a contribué à la construction de mon identité de soignant en psychiatrie, crée mon sentiment d'appartenance (Mucchielli, 1996) puis, a affirmé mon inscription au groupe professionnel infirmier.

2.2. Les mouvements infirmiers

2.2.1. Les grèves de 1988-91

Il est essentiel de préciser le contexte des années 80.

La crise économique sociétale produite par le choc pétrolier de 1973⁵⁰ « n'a à aucun moment ralenti la croissance des dépenses hospitalières, mais en a toutefois mis en relief l'importance et l'incidence dans l'évolution des dépenses de santé » (Molinié, 2005)). Différentes mesures et expérimentations vont être mises en œuvre et aboutir en 1983 à la loi dite loi Bérégovoy⁵¹ instaurant un autre mode de financement de l'hôpital, la dotation globale de financement (DGF), gérée par le chef d'établissement, allouant les dépenses au regard de sa

⁵⁰ Décret du 8 juillet 1982 relatif à la prise en compte des rémunérations des praticiens, à la tarification des consultations externes et au contrôle de l'activité médicale hospitalière dans les hôpitaux publics autres que les hôpitaux locaux et dans les établissements privés à but non lucratif participant au service public hospitalier.

⁵¹ Loi n° 83-25 du 19 janvier 1983 portant diverses mesures relatives à la sécurité sociale.

politique d'établissement. « La dotation globale fait de l'hôpital une "boite noire" et favorise de fait l'inactivité, pénalisant même les hôpitaux qui ont fait des économies par souci de productivité » (Molinié, 2005, p. 17), ce qui va engendrer l'implémentation d'un système d'information afin de connaître les coûts, le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) devient obligatoire en 1991⁵².

Dans cette même temporalité, l'apparition du VIH-Sida vient « renouer avec une thématique que nous avons cru oubliée : celle de la maladie-fléau collectif, de l'épidémie menaçant l'ensemble de la société » (Herzlich & Pierret, 2008, p. 1109) et change le regard sur l'acte et la conception médicale, le modèle biomédical se révélant mis en échec sur la guérison (Saout, 2009). Cette épidémie est devenue une véritable catastrophe sanitaire, modifiant les pratiques sociales, bousculant les pratiques de soins, et interpellant le système de santé. L'hôpital se trouve dans l'obligation de s'intégrer dans un parcours médico-social allant de la prévention (en aval) à l'intégration sociale des personnes infectées par le VIH (en amont), et de nouvelles formes de travail liées à la gestion des risques apparaissent.

Rappelons aussi, qu'en 1984, l'annulation pour vice de forme, suite au recours du syndicat national des médecins biologistes, du décret de 1981 relatif à l'exercice de la profession proposant l'ensemble des actes qui relèvent de la responsabilité des infirmières, génère comme le titre le journal *Le monde* le 25 avril 1984 « un imbroglio juridique et un profond malaise » suivi d'une grève infirmière⁵³. L'officialisation du rôle propre produit des tensions au sein du groupe infirmier, sa reconnaissance étant niée par certaines et encouragée par d'autres⁵⁴.

La mise en œuvre des réformes hospitalières, son lot de restructurations et de nouvelles formes de travail entraînent la dégradation des conditions de travail, telle l'augmentation de la charge de travail et sa pénibilité, la réduction des effectifs et un grand turn-over de la population soignante. Le manque de personnel, la libre circulation⁵⁵ des infirmières en Europe autorisant l'arrivée d'infirmières européennes sur le territoire français, la stagnation des salaires viennent accentuer une pénurie infirmière récurrente et participent du malaise infirmier.

⁵² Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière.

⁵³ Droit constitutionnel (27/10/1946), le droit de grève dans la Fonction Publique est limité *pour certains agents*. La loi stipule que : « lorsque la continuité du service l'exige, certains personnels peuvent être appelés à assurer un service de permanence », ces agents grévistes pouvant faire l'objet de réquisition ou d'assignation par le gouvernement ou son représentant (directeur de l'hôpital) via l'*ordonnance du 6 janvier 1959*.

⁵⁴ Publication des guides du service infirmier, impulsée par la conseillère technique D. Vaillant au ministère de la santé.

⁵⁵ Loi n° 80-527 du 12 juillet 1980 modifiant certaines dispositions du code de la santé publique relatives à l'exercice de la profession d'infirmier ou d'infirmière et de certaines autres professions d'auxiliaires médicaux.

« Le feu aux poudres » est la divulgation de l'arrêté nommé « Décret Barzach »⁵⁶. Le texte précise « qu'à compter de 1988, les candidats justifiant d'une expérience professionnelle de cinq ans donnant lieu à cotisation à sécurité sociale ou d'une activité assimilée [telle que] l'exercice d'une activité sportive de haut niveau (...) pourront se présenter directement aux épreuves d'admission ». Cette possibilité offerte aux non-bacheliers et aux professionnels de n'importe quelle profession de ne pas composer les épreuves écrites du concours d'entrée dans les écoles d'infirmières, mais essentiellement de se présenter à l'entretien oral d'admission est vécue comme une remise en cause de leurs qualifications et de leur niveau de formation.

Le journal *Le Monde* titre en septembre 1988 : « Manifestation des infirmières dans toute la France (plus de 30 000 à Paris, 4 000 à Lyon, 3 000 à Marseille, 1 500 à Rouen, Caen, Lille, Bordeaux...) » ou encore « Le mouvement de grève est suivi par "90 % des infirmières" ».

Jeune diplômée, je me souviens de cette année 1988, comme d'une période de mobilisation et d'investissement sans précédent : les appels à manifester, la fabrication des banderoles revendicatives, l'émulation ambiante, la joyeuse ambiance des manifestations, voire cette espèce de « communion » qui animait ce collectif de femmes attachées à leur métier de soignante !

Ce qui pouvait être un coup de gueule contre les conditions d'exercice, est devenu un véritable mouvement d'infirmières, à la fois mécontentes de « leur image » et non estimées à leur juste valeur. « Notre profession n'est pas une poubelle ! » « Ni bonne, ni nonne, ni conne », « Ras la seringue », ces slogans étaient devenus pour moi, tout juste arrivée dans la profession, les symboles de la protestation infirmière.

Tout d'abord, l'opinion publique nous rappelait : « Pensez aux malades ! » pour ne pas qu'on oublie notre devoir de soignante. Nous [mes collègues infirmières et moi-même] nous organisions pour les astreintes, il ne s'agissait pas de désertier les hôpitaux et encore moins de ne pas s'occuper des patients, mais de s'organiser afin de faire entendre nos revendications : la revalorisation du salaire, la reconnaissance d'une qualification professionnelle, l'amélioration des conditions de travail et une politique d'embauche dans les hôpitaux.

⁵⁶ Arrêté du 23 décembre 1987 relatif à l'admission dans les écoles préparant aux diplômes d'Etat d'ergothérapeute, de laborantin d'analyses médicales, de manipulateur d'électroradiologie médicale, de masseur-kinésithérapeute, de pédicure-podologue et de psychomotricien. Mis à jour 25 janvier 2020.

Très rapidement, le mouvement a débordé du cadre hospitalier, nous sommes rejointes par l'ensemble des associations infirmières, des directrices d'écoles, des cadres, et puis, soutenues par les médecins et la population, nos revendications étant relayées par les médias. Même le président de la république cautionnait notre mouvement : « Il faut rendre justice aux infirmières [...] délaissées pendant des dizaines d'années [...], soumises à des travaux écrasants [...] disposant d'un statut misérable », mais il faut donner « quelques années au gouvernement » (Mitterrand, cité par Schachtel & Rebours, 1989, p. 60) (Traces subjectives).

L'extrait du texte lu à la « Journée de la Femme » le 8 mars 1990 à la Sorbonne resitue pleinement le contexte de ces grèves infirmières : « Ce mouvement de l'automne 1988 s'appuyait sur la volonté de poser les exigences en terme d'identité professionnelle et non en terme d'identité féminine. Les demandes des infirmières n'étaient pas d'avoir une égalité "homme/femme", "médecins/infirmières" mais d'être reconnues comme des professionnelles à part entière » (Belmonte et Cez⁵⁷, citées par Kergoat, 1992, p. 39).

Ce mouvement de protestation est porté par les infirmières elles-mêmes, s'organisant en Coordination Nationale Infirmière (CNI) inspirée de la Coordination des cheminots contre le blocage des salaires à la SNCF (1986). « Les centrales [syndicales] avaient proposé un rassemblement devant le Ministère de la Santé. Mais nous (organisations infirmières, ndla) n'étions pas intéressés. Nous voulions clairement un mouvement identifié "infirmier". On ne veut pas être considéré comme un personnel de l'hôpital, comme un auxiliaire de santé en ville, mais comme un personnel infirmier à part entière » (Amouroux, cité par Bauer, 2016). Les assemblées générales (AG) ouvertes à tous, votant la reconduction du mouvement et sa forme, confortaient chacun dans l'idée d'une cohésion de groupe, d'une force collective et d'une structuration démocratique de la lutte infirmière. La Coordination infirmière a réussi à fédérer cette profession très peu syndiquée, et à s'asseoir à la table des négociations, d'où elle avait été exclue par les représentants gouvernementaux, mais aussi par les syndicats professionnels, marquant « une rupture nette avec la prise de parole traditionnelle des femmes salariées » (Kergoat *et al.*, 1992).

Après quelques mois de conflits, s'en suivent l'abrogation des dispositions « Barzach »⁵⁸, et une revalorisation financière octroyée aux infirmières comme « la seule

⁵⁷ Présidente de la Coordination nationale infirmière.

⁵⁸ Sera remplacé par le Décret n° 88-1076 et de l'arrêté du 30 novembre 1988 relatifs aux études d'infirmières et aux conditions de recrutement.

revendication prise en compte et ce partiellement (...) comme si le fait de [leur] (nous) donner 500.00 FRS suffisait à [les] (nous) faire taire » (Belmonte et Cez, citée par Kergoat, 1992, p. 40), renouvelant le débat sur la valeur marchande des activités infirmières.

Le mouvement s'arrête fin 1989, pour reprendre en juin 1991 avec la mobilisation des personnels administratifs, puis celle des infirmières spécialisées (infirmières-anesthésistes, mai 1991) et des assistantes sociales. En mai 1991, une grève inter-catégorielle est décrétée pour protester contre la politique de santé de Cresson, premier ministre, et la détérioration des conditions de travail dans les hôpitaux. A l'automne 1991, à l'appel de leur coordination nationale, les infirmières campent durant cinq nuits avenue de Ségur, devant le ministère de la Santé. Le 17 octobre 1991, la grève est déclarée illégale par le ministère de la santé et les infirmières subissent les canons à eau et le gazage des forces de l'ordre. Le ministre de l'Intérieur, Marchand, dira à ce propos : « Il ne fallait pas que les infirmières marchent sur l'Élysée ». Cette violence des forces de l'ordre alimente l'hostilité générale contre un gouvernement impopulaire, et rapidement, un accord est passé avec plusieurs syndicats infirmiers. Même si certains « irréductibles » continuent le sit-in rue de Ségur, pensant que la popularité du mouvement pouvait leur permettre d'obtenir plus, « l'esprit Coordination » s'affaiblit et le mouvement se délite.

Ces mouvements ont permis sans conteste de faire connaître l'infirmière, la mobilisation massive contrastant avec la représentation historique et répandue de soumission et de dévotion que l'on a de cette professionnelle. Et tout redevient à la normale comme si rien ne s'était passé.

2.2.2. Le renouvellement de l'empêchement à penser par l'injonction de polyvalence faite au métier infirmier.

Exception française, le terme générique d'infirmière faisait jusqu'en 1992 référence à deux catégories, celle des infirmières de soins généraux diplômées d'Etat (IDE)⁵⁹, et celle des infirmier(e)s⁶⁰ de secteur psychiatrique (ISP), bénéficiant chacune, d'un recrutement et d'une formation⁶¹ spécifiques. Les IDE étaient autorisées à exercer en secteur de ville et dans tous les établissements de santé, y compris psychiatriques, tandis que les ISP ne pouvaient travailler qu'en établissements psychiatriques.

⁵⁹ Les IDE peuvent avoir différentes spécialisations, puéricultrice, infirmière de bloc opératoire (IBODE), anesthésiste (IADE). Les ISP ne sont pas considérés comme une spécialité infirmière.

⁶⁰ L'emploi du masculin et du féminin pour le terme infirmier se justifie par le fait qu'historiquement, cette catégorie de soignants était en majorité masculine, héritière de « la classe dangereuse des gardiens des fous » (Jaeger, 2005). La préférence allait aux hommes, pour qu'ils puissent maintenir l'ordre, la guerre les ayant envoyés au front, les hôpitaux ont recruté des femmes.

⁶¹ Formation IDE en 3 années et ISP en 33 mois.

La réforme des études de 1992⁶² s'inscrivant dans le cadre de l'harmonisation européenne orientée principalement sur la reconnaissance des diplômes universitaires et sur la mobilité des étudiants en Europe, voit l'émergence d'un nouveau profil d'infirmier : « 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 » « prenant en considération leur dimension culturelle et leur personnalité » et « un infirmier bénéficiant d'une meilleure reconnaissance sociale grâce à son savoir lui permettant d'affirmer une réelle professionnalisation »⁶³. L'arrêté du 23 mars 1992⁶⁴ institue le diplôme unique infirmier. Les deux diplômes précédemment cités fusionnent et la durée des études généralistes s'étend à 37 mois et demi afin de prendre en compte les contenus des deux programmes antérieurs. L'approche est disciplinaire et modulaire, les connaissances enseignées sont issues des sciences médicales, sciences humaines et les soins infirmiers représentent le noyau central de la formation. Les enseignements concernant la psychiatrie⁶⁵ se répartissent en 2 modules sur les 28 que compte le programme de 1992, et y prennent place comme une des nombreuses disciplines abordées.

L'extrait ci-dessous fait état de l'état d'esprit dans lequel je me trouvais au moment de l'annonce de la fusion des deux diplômes.

Le choc ! le diplôme est supprimé. La formule consacrée est « les ISP sont désormais mis en cadre d'extinction », il n'existe plus de programme d'études formant les psys, et « la fermeture des écoles spécifiques, engage à terme 70.000 infirmiers vers l'extinction professionnelle » peut-on lire sur les tracts syndicaux. Après la filière n'existera plus...et ce, au nom de la polyvalence !

« Polyvalence », ce mot était pour moi dénué de sens allait à l'encontre de ma conception même du travail. Je peux même avouer qu'il résonnait en moi comme une agression, une attaque à ma personne, une remise en question de mes compétences. J'étais consciente de perdre quelque chose d'essentiel de mon travail, sans pour autant pouvoir le nommer. Je ne comprenais pas en quoi cette polyvalence était une plus-value,

⁶² Décret n°92-510 du 5 juin 1992 modifiant le décret n° 81-306 du 2 avril 1981 modifié relatif aux études conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier et d'infirmière.

⁶³ Programme des études conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier : annexe à l'arrêté du 23 mars modifié paru au B.O du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité n° 2001-40 du 1er octobre 2001.

⁶⁴ Arrêté du 23 mars 1992 relatif au programme des études conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier.

⁶⁵ Ces deux modules représentent 440 heures sur les 2080 heures de théorie du programme de 1992. Si l'on compare avec son enseignement dans les études d'ISP avant cette date, cela correspond à une baisse de 1000 heures. Les stages en psychiatrie restent obligatoires, et représentent 280 heures de stage, l'ancien programme ISP en comptait 1200 heures.

d'autant que les soins somatiques et les gestes techniques faisaient partie intégrante de mes activités infirmières. Au contraire, j'avais en tête qu'on me demandait d'abandonner la dimension symbolique de cette technicité, de restreindre la relation thérapeutique, et de contenir le sens clinique que je donnais à mes actions quotidiennes auprès des patients. En gros, tout ce que j'avais appris, appris à faire grâce à l'étayage de mes pairs, du groupe au sein de l'institution psychiatrique. Ce regard clinique, ce savoir-faire acquis sur le terrain étaient disqualifiés, et notre place d'intermédiaire indispensable dans la relation médecin-malade discréditée, voire même plus : nous devons disparaître ! Plus qu'une source d'inquiétude, j'ai la sensation d'être dans une autre réalité, ou plus encore j'ai un fort sentiment d'impuissance, voire d'inutilité. Ces mots font l'effet d'un non-sens...je suis sidérée ! (Traces subjectives).

Pour satisfaire à l'harmonisation des diplômes prônée par la Commission européenne, deux arrêtés⁶⁶ autorisent les anciens ISP voulant obtenir le diplôme d'état infirmier et exercer en services de soins généraux, à effectuer 3 mois de stage à temps complet (1 mois en médecine, 1 mois en chirurgie, 1 mois en réanimation ou aux urgences) faisant l'objet de validation pour l'obtention du DEI. Les infirmières de soins généraux obtiennent de droit l'équivalence avec leur ancien diplôme. Cette différence de mesures transitoires dans la nécessité de formation complémentaire procède d'une véritable dévalorisation aux yeux de certains professionnels des deux catégories d'infirmiers.

Les discours revendicatifs d'ISP, par exemple, font état de « la problématique d'une compétence à deux vitesses, confortant les D.E. et confirmant les I.S.P. dans leur statut de sous-infirmiers » (Bertheliet *et al.*, 2001, p. 22). Ce manque de reconnaissance est au centre de mes propres souvenirs, et génère chez moi, outre une incompréhension massive concernant cette alternative proposée pour faire reconnaître un diplôme que je n'avais en aucun cas revendiqué, une négation complète de mon savoir professionnel.

Je n'ai rien demandé, encore moins d'aller travailler en soins généraux, si j'avais voulu le faire, j'aurais fait les études d'IDE. Le refus catégorique de me « plier » aux exigences de la formation complémentaire pour l'obtention du diplôme d'Etat avalisait mon appartenance aux psys, et cautionnait l'envie frénétique de soutenir les apprentissages des étudiants lorsqu'ils étaient en stage dans le service. Je pensais

⁶⁶ Arrêté du 30 mars 1992 relatif à l'attribution du diplôme d'Etat d'infirmier aux personnes titulaires du diplôme d'infirmier de secteur psychiatrique, et Arrêté du 11 juillet 1994 complétant l'arrêté du 30 mars 1992 relatif à l'attribution du diplôme d'Etat d'infirmier aux personnes titulaires du diplôme d'infirmier de secteur psychiatrique.

qu'encourager les nouveaux arrivants à comprendre le sens du travail infirmier en psychiatrie permettrait de continuer à faire vivre les psys (Traces subjectives).

Faugeras et Minard (2010), dans un hommage au militantisme de Tosquelles, affirme que « l'exercice de la psychiatrie est toujours l'exact reflet des conceptions politiques, économiques, philosophiques, religieuses – et éventuellement scientifiques – des sociétés humaines, progressant, régressant ou stagnant avec elles, reflétant aussi la diversité desdites conceptions au sein de ces mêmes sociétés » (p. 50). Dans les années 80-90, la reprise en main de la psychiatrie par les décideurs politiques (plus d'internat en psychiatrie dans la formation médicale) canalise la psychiatrie dans une approche organiciste de la maladie mentale avec des symptômes à éliminer. Dans ce contexte, ce qui apparaissait comme un savoir, savoir-faire spécifique devient « un véritable complexe d'infériorité vis-à-vis du savoir théorique [des psychiatres] (et vis-à-vis des nouvelles générations d'élèves [infirmiers]) » (Gérard, 1993, p. 46). Certains ISP se regrouperont en association afin de continuer à militer pour ne pas oublier l'histoire des ISP, de la psychiatrie française. Serpsy⁶⁷ (Soins Etudes et Recherche en PSYchiatrie) en est l'illustration, les concepteurs ISP en présentent l'enjeu comme suit : « Loin de vouloir annoncer des certitudes, proclamer des dogmes ou inventer de nouvelles théories, nous venons avec nos interrogations face à notre pratique et dans un état d'esprit permanent de doute, seul à même de nous faire avancer » (Leyreloup, 2000, site Serpsy). Le 10 juillet 2003, une circulaire gouvernementale⁶⁸ à « application immédiate » met en évidence les savoirs et savoir-faire spécifiquement construits dans l'exercice en psychiatrie, en reconnaissant la nécessité d'« un renforcement de la formation des infirmiers destinés à exercer dans le secteur psychiatrique » à partir du constat « des difficultés rencontrées par les infirmiers nouvellement diplômés exerçant en psychiatrie », et le tutorat en psychiatrie sera institutionnalisé. Plusieurs textes législatifs⁶⁹ (2004, 2006) impulseront un mouvement de formation porté par les anciens ISP à destination des « nouveaux⁷⁰ » professionnels s'orientant vers un exercice en psychiatrie au sein même des services d'exercice.

⁶⁷ Association et site créée en 1998

⁶⁸ Circulaire DGS/DHOS n° 2003-366 du 10 juillet 2003 relative à la mise en œuvre des enseignements concernant la santé mentale prévus par l'arrêté du 30 mars 1992 modifié relatif au programme des études conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier.

⁶⁹ Note de cadrage du 8 juillet 2004 relative à la mise en place d'un dispositif régional d'appui à la conception et à la mise en œuvre de la formation hospitalière prioritaire visant « la consolidation et intégration des savoirs et des pratiques en soins pour l'exercice infirmier en psychiatrie ».

Circulaire DHOS/P2/O2DGS/6C no 2006-21 du 16 janvier 2006 relative à la mise en œuvre du tutorat pour les nouveaux infirmiers exerçant en psychiatrie

⁷⁰ Par « nouveau », entendons les diplômés ayant suivi les enseignements du programme 1992.

Les différents entre les infirmières dites « techniciennes » (IDE) et celles dites « relationnelles » (ISP) sont aussi alimentés par les infirmières de soins généraux, toutes aussi surprises de l'orientation donnée à leur formation et à leur diplôme DE.

De 1992 à 1994, de nombreuses plaintes ont été déposées par les infirmières en soins généraux, principalement à l'initiative des infirmières libérales auprès de la Commission européenne⁷¹, démarche assimilée à du « lobbying ministériel des IDE » par certains auteurs (Leyreloup, 2010) pour que le diplôme des ISP ne puisse pas correspondre aux critères d'équivalence du DE, dénigrant leur formation trop spécifique, affirmant que les trois mois de stage en services généraux ne peuvent pas combler les différences existantes, ou encore discréditant les professionnels eux-mêmes en renvoyant « les ''psys'' du côté obscur, mal rasés, fumeurs et buveurs de café, interdits car incapables de haute technicité » (Mans & Leyreloup, 2010, p. 128). Ce « discrédit reposant sur la déqualification des ISP », cette « déspecialisation » (Miribel, de, 2017) participe d'une déconsidération sociale instituée de la spécificité clinique de ces infirmiers, de la désignation d'une incompetence à exercer dans certains secteurs auprès des malades, les précipitant dans l'empêchement à penser leur propre place au sein de la profession.

Certaines IDE ne comprennent pas cet engouement pour la santé mentale et la psychiatrie, de même que le renforcement des contenus théoriques et cliniques propres à cette discipline dans une formation, déjà complexe. Les écoles d'infirmières devenues par l'arrêté 1992 « instituts de formation » ne sont pas toutes en capacité d'offrir des enseignements psychiatriques, soit par manque de formateurs formés à la discipline⁷², soit par choix d'orientation du projet pédagogique de l'institut. La nature organique de la maladie et la technicité revendiquée des IDE relègue le rôle propre de l'infirmière au rang de soins de nursing, le plus souvent délimités aux soins d'hygiène délégués aux aides-soignantes. L'exercice professionnel quotidien, dans son organisation médicale morcelée, se trouve être plutôt en contradiction avec cette approche de la personne dans son intégralité prônée par le rôle propre. « L'acquisition d'une habileté technique, d'une précision des gestes, la catégorisation des actes d'investigation ou de traitement, l'organisation des tâches contribuent à faire reculer le flou d'un rôle insaisissable et sans limite » (Collière, 1982, p. 140).

⁷¹ La commission européenne a établi la directive 77/453/CEE, réglementation qui établit les critères minimaux de formation de l'infirmier responsable des soins généraux.

⁷² « Plus d'un IFSI sur quatre n'a aucun formateur ayant une expérience du soin psychiatrique » http://www.serpsy.org/histoire/infirmier_histoire.html

L'existence juridique de l'ISP aura été relativement courte, de 1969 à 1992 (Guillemain, 2010). Le diplôme unique imposé par l'arrêté de 1992⁷³ cristallise les débats. Le rapprochement du soma et de la psyché aurait pu être vécu comme une opportunité d'avoir une vision holistique du patient et de concevoir la prise en charge tenant compte de toutes ses dimensions. Cependant, la disparition de la catégorie des ISP condense les conflits entre les infirmier(e)s spécialisé(e)s se réclamant plus d'une pratique autonome et les infirmier(e)s généralistes, plus « médico-centrées ».

De 1994⁷⁴ à 1999, cette équivalence des diplômes renforce une mise en concurrence, ouvertement nommée comme telle par le juriste, des deux lignées d'infirmier(e)s, renouvelant les guerres intestines traversant la structuration du métier infirmier du début du XIX^{ème} siècle. Le débat des deux catégories d'infirmier(e)s semble repositionner les infirmières dans l'éternel alternative : valoriser la technique et bénéficier d'une image valorisante, ou promouvoir les soins relationnels, la vie quotidienne avec le malade et voir resurgir les ancestrales qualités féminines.

« La remise en cause des savoirs professionnels est une conséquence de processus de déprofessionnalisation. Cette mise en question invite le travailleur à discuter des fondements de sa pratique. Mais elle a pour effet aussi de bousculer l'identité professionnelle, dont on sait combien elle se forge dans et par une identification du travailleur aux savoirs professionnels mobilisés et par une capacité du travailleur à donner sens à l'usage de ces savoirs dans l'activité. [...] Si la déprofessionnalisation se traduit par des formes ou processus de déqualification ou de déspecialisation, cela touche directement les savoirs professionnels, autrement dit, les éléments requis pour agir avec compétence et pour négocier son statut et sa fonction dans l'organisation sociale » (Maubant, Roger et Lejeune, 2013, p 94-95).

2.3. La difficulté face à l'injonction institutionnelle de former un nouveau profil d'infirmier polyvalent.

Rappelons le contexte d'apparition de ce nouveau programme d'études infirmières. Il prend place en pleine crise identitaire exprimée par les mouvements infirmiers précédemment cités.

⁷³ Arrêté du 23 mars 1992 relatif au programme des études conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier.

⁷⁴ Arrêté du 11 juillet 1994 complétant l'arrêté du 30 mars 1992 relatif à l'attribution du diplôme d'Etat d'infirmier aux personnes titulaires du diplôme d'infirmier de secteur psychiatrique.

Arrêté du 26 octobre 1994 relatif à l'attribution du diplôme d'Etat d'infirmier aux personnes titulaires du diplôme d'infirmier de secteur psychiatrique.

Il est contemporain de la loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière et ses nouvelles obligations institutionnelles liées à l'évaluation et à l'analyse de l'activité des établissements de santé. Rappelons que l'institutionnalisation du PMSI instaure la nécessité de tracer l'activité infirmière de façon « objective, vérifiable et crédible », avec les SIIPS (Soins infirmiers Individualisés à la Personne Soignée). Ce « devoir de traçabilité » dans une nouvelle terminologie se vit davantage comme une contrainte et un contrôle que comme une valorisation des activités. Il fait émerger l'impossibilité de rendre compte des activités infirmières dans la quotidienneté débordée du travail hospitalier et, un vécu négatif d'uniformisation et/ou d'appauvrissement des pratiques infirmières en psychiatrie. Les innovations, mais aussi l'évolution des tâches annexes de type administratives se surajoutent aux anciennes méthodes, et transforment le contenu de la charge de travail des soignants, sans la diminuer.

Le nouveau profil de professionnel attendu à partir de 1992 correspond aux caractéristiques suivantes : « Un infirmier⁷⁵ apte à répondre aux besoins de santé d'un individu ou d'un groupe dans le domaine préventif, curatif, de réadaptation et de réhabilitation » et « un infirmier bénéficiant d'une meilleure reconnaissance sociale grâce à son savoir lui permettant d'affirmer une réelle professionnalisation ». S'ensuit l'arrêté du 15 mars 1993 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier précisant le rôle propre infirmier, en introduisant la notion de démarche diagnostique, et ses outils.

Lert (1996) explique qu'à cette période « dans leur combat continu pour une autonomie professionnelle par rapport aux médecins, les infirmières s'efforcent de se doter de réglementation, de concepts (diagnostic infirmier), d'outils (dossier de soins) qui consacrent l'existence d'un champ de compétences autonome fondé sur la relation avec le malade : le malade n'est plus conçu comme le corps morcelé, objet d'une intervention médicale à visée curative mais comme un sujet auquel l'infirmière procure hygiène, confort, soutien psychologique et éducation tournés vers une approche positive de la santé » (p. 104). Cependant, au regard des débats précédemment cités, il s'est avéré que cette conception du malade n'est pas communément partagée, que certains professionnels ne se sentent pas associés à la production de cette terminologie et des concepts identifiés comme « infirmiers ».

L'arrêté 1992 organise la « nouvelle » formation à part égale entre le stage pratique et l'enseignement théorique à « l'école », devenue institut de formation en soins infirmiers (IFSI). Il stipule que « l'enseignement clinique doit être assuré par le personnel diplômé dans des structures bénéficiant d'un encadrement adapté [...] qui prépare progressivement les étudiants

⁷⁵ Lire partout « infirmier-infirmière ».

aux responsabilités qu'impliquent les soins infirmiers », sous-entendant de fait, que les professionnels de terrain, et ce, quel que soit leur lieu d'exercice, ont connaissance du contenu et des principes du nouveau programme.

Je me souviens de ce moment de ma carrière d'ISP où j'ai accueilli des élèves-infirmiers s'appelant désormais « étudiants en soins infirmiers » au sein du service de psychiatrie dans lequel j'exerçais. Le passage suivant présente mes réflexions du moment.

Evidemment, le choc est grand !

Lorsque les « étudiants nouveau programme 92 » « débarquent » en stage, j'apprends à la lecture des objectifs-consignes de stage, que « pour devenir de futurs professionnels polyvalents, les étudiants doivent identifier les besoins du patient, poser un diagnostic infirmier, formuler des objectifs de soins, mettre en œuvre les actions appropriées et les évaluer »⁷⁶. Que peut vouloir dire « poser des diagnostics infirmiers » à propos des patients que je côtoie au quotidien ? je n'ai jamais entendu ce terme, pourtant, je ne suis pas inexpérimentée et je n'ai pas l'impression d'être ignorante lorsqu'il s'agit de faire référence à mon travail infirmier.

Quelle n'est pas ma réaction à la l'écoute de la définition, une fois la demande d'éclaircissement faite : « 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 (...) servant de base pour choisir les interventions de soins visant l'atteinte des résultats dont l'infirmière est responsable selon l'ANADI⁷⁷ à la page 187 »⁷⁸. Stupéfaction !

Quel charabia ! non seulement je ne comprends rien à cela, mais je ne suis pas sûre que la personne qui lit l'explication en face de moi, soit plus au clair ! « Des formules rituelles qui provoquent une véritable dissolution de la pensée » comme le nomme Friard, ISP sur Serpsy.

Je m'aperçois rapidement que ce qu'ils appellent la « démarche de soins » est une méthodologie qu'ils veulent appliquer à la lettre. Et pour ce faire, ils arrivent sur le terrain avec une panoplie d'outils aussi conceptuels les uns que les autres, des « prêt-à-penser » dans lesquels ils cherchent à faire « rentrer » les patients, et dont le sens est

⁷⁶ Décret n° 93-345 du 15 mars 1993 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier.

⁷⁷ ANADI : Association Internationale Nord-Américaine pour le Diagnostic Infirmier. Traduction française de la NANDA : North American Nursing Diagnoses Assosiation.

⁷⁸ Définition de l'ANADI inscrite dans la législation française.

indéchiffrable pour l'ISP que je suis. C'est l'exemple « des 14 besoins de VH⁷⁹ ». Autrement dit, les étudiants abordent le patient psychiatrique par la lecture de son dossier, et essaient de classer hiérarchiquement ses besoins fondamentaux. Lorsqu'on leur demande l'intérêt d'un tel recensement, ils énoncent une « vague » théorie infirmière traduite récemment en français (la théorie des besoins fondamentaux de l'Homme de V. Henderson écrite en 1960), et sa déclinaison sous forme de grille d'observation simplifiée. Le décalage est grand pour appréhender le quotidien des patients en psychiatrie (Traces subjectives).

Le « diagnostic infirmier », officialisé dans ce programme d'études, est proposé comme étant le résultat du raisonnement clinique autonome de l'infirmière. Son enseignement devient obligatoire, et le dossier de soins du patient, devient l'« instrument de formalisation » (Acker, 1997). Cette notion se référant à une nomenclature⁸⁰ validée par la recherche infirmière internationale, doit contribuer à la reconnaissance des soins infirmiers en donnant de la « visibilité » au travail infirmier. A ce propos, lors d'une conférence internationale de soins infirmiers, la théoricienne Peplau « affirmait son enthousiasme pour les diagnostics infirmiers. Elle espère que d'ici cinquante à cent ans nous y verrons plus clair et que nous aurons développé pleinement les diagnostics infirmiers » (Boisvert *et al.*, 1992, p. 29) en 1991, date à laquelle se crée en France, l'association francophone européenne des diagnostics infirmiers (AFEDI) pour leur promotion.

« Le diagnostic infirmier donne un sens aux observations cliniques, c'est ce qui le rend aussi important dans la pratique quotidienne » (Boisvert *et al.*, 1992, p. 24), amenant de fait, le questionnement, la réflexion et la responsabilité au cœur de la pratique infirmière. Il est important de « réaliser quel changement cela représente pour soi et pour la collectivité des infirmières. Cela se manifeste par l'acceptation d'un nouveau discours, par la validation de ses intuitions et la valorisation d'une pratique réfléchie. (...) Diagnostiquer dans le contexte de la pratique des soins infirmiers entraîne nécessairement une modification de la perception traditionnelle du rôle de l'infirmière » (Lambert C., nov. 92, p. 34), hissant le rôle propre à la définition de « fonction de l'infirmier(ère) qui se voit reconnaître l'autonomie, la capacité de jugement et l'initiative. Il (elle) en assume la responsabilité ». (Magnon *et al.*, 1995, p. 171). Ce nouveau sens affirmé du rôle propre permet d'éclairer la contribution spécifique de l'infirmière à la prise en charge des problèmes de santé du malade. « C'est bien ce qu'on risque de ne pas

⁷⁹ Virginia Henderson.

⁸⁰ En 1992, cette taxonomie contient 105 diagnostics infirmiers, et 235 en 2017.

lui pardonner, car du même coup, il met en lumière que l'obligation de moyens n'est pas seulement l'apanage de la médecine curative... » (Moreau, 1996, p. 61), contribuant, de fait, à ressusciter l'impossible choix inhérent à la construction de l'infirmière française, et reposer l'impossibilité de se penser indépendamment des médecins, et de l'hôpital.

L'arrivée du « diagnostic infirmier » dans les services de soins est principalement liée, d'une part à l'imposition du « nouveau » programme des études, et d'autre part, à l'officialisation du dossier de soins par le biais de la réforme du système de santé français. Cette nouvelle terminologie apparaît comme une nouvelle contrainte avec laquelle doit composer l'infirmière. « C'est le changement perpétuel et les phénomènes d'obsolescence rapide qui l'accompagnent, ainsi que l'éclatement des consensus, qui obligent à inventer de multiples formes d'adaptation » (Fabre, 1994, p. 265).

Le « nouveau » programme 92, méconnu des professionnels de santé en général, ne semble se présenter à eux que sous ses injonctions à mettre en œuvre, comme par exemple la mise en situation professionnelle (MSP) conjointe avec un formateur de l'IFSI permettant d'évaluer deux fois dans l'année le travail de raisonnement clinique de l'étudiant, sans y avoir été formé, accentuant le décalage entre leur pratique et la théorie enseignée en IFSI.

Le rôle propre « codifié et décrit [se jouant] dans une mouvance existentielle » (Formarier, 1990, p. 52), présenté comme « des petits gestes, des petits détails, au caractère anodin, peu mesurable, non spectaculaire nécessitant une analyse et une adaptation constante » (Hesbeen, 1993, p. 123) ne semble pas se réfléchir sous l'angle de l'initiative de l'infirmière à mettre en œuvre une démarche de soins ou éducative auprès du malade, mais de façon restreinte, à savoir réduit aux soins de continuité de la vie compliqués à investir par les professionnels, et pour une partie, délégué aux aides-soignantes.

Les concepts infirmiers et les outils inhérents au rôle propre, tel que le dossier de soins infirmiers sont considérés du domaine de la formation, le terrain voit plutôt cet enseignement comme une abstraction relevant « plus de l'idéologie que de la réalité de la pratique » (Aubry, 1996, p. 43).

Avec la réforme hospitalière, les établissements et leurs services sont dans l'obligation de la production de projet pour pouvoir prétendre à être financés, « la toute-puissance de l'économie est devenue le paradigme des politiques de santé. Les signifiants maîtres de notre champ sont ceux de l'économie libérale : restructuration, coûts constants, redéploiement des moyens, planification, contractualisation, accréditation etc. Dans ce cadre déterminé par les données économiques, la démarche de soins se présente comme une idéologie technicienne,

centrée sur le recueil des données objectives, l'acte de soins calibré et une efficacité immédiate évaluable » (Frobert, 1999).

Le dossier de soins devenu obligatoire⁸¹ pour la continuité des soins, est méthodiquement relégué au second plan par les infirmières hospitalières, derrière le rôle délégué de réalisation d'actes diagnostiques, thérapeutiques ou de surveillance prescrits par les médecins. Dans une recherche sur les écrits infirmiers dans les services de soins en 1999-2000, Romeder rapporte que « les diagnostics infirmiers ne sont pas ou peu utilisés dans les lieux testés malgré l'arrivée d'infirmiers Diplômés d'Etat formés à cette démarche. (...) L'écriture infirmière reste marquée par une allégeance à une culture médicale qui conduit les soignants à rapporter de l'événementiel ...lorsqu'elle est de qualité, l'écriture clinique infirmière apparaît davantage le fait d'individus mobilisés par des formations, par des parcours personnels que par une organisation d'équipe qui privilégie la réflexion ou un mode d'écriture. Elle s'exprime le plus souvent au sein d'une équipe où la place de l'infirmier dans l'équipe pluridisciplinaire est reconnue et valorisée » (2009, p. 102).

Collière explique que la situation des infirmières « est critique. Très proche de celle de la fin du dix-neuvième siècle. Elle demeure fondée sur un malentendu entretenu : la valorisation outrancière de celui qui prescrit aux dépens de celles et de ceux qui assurent les soins ; le refus de reconnaître l'apport irremplaçable des soins, ainsi que de reconnaître le champ de décision qui appartient à celles et ceux qui prodiguent les soins. Mais ceci demande aux infirmières de faire apparaître les effets de leur travail, or elles n'y ont pas été du tout préparées » (1992, p. 36). Alors que ce rôle propre pourrait être le « type de savoir auquel seuls les membres de la profession ont accès est partie intégrante de ce qui constitue la profession et sa revendication » (Hughes, 1958, p. 107), et comme une manière d'affirmer une autonomie professionnelle, les infirmières le vivent comme une contrainte supplémentaire, un rôle délimité non pas par le médecin, mais par le législateur. La parution en 1993 de deux textes législatifs ne va pas à l'encontre de cette interprétation.

Le décret de février⁸² 1993 énonce les règles professionnelles, les devoirs généraux des infirmier(e)s, les devoirs envers les patients et règles de confraternité entre professionnels), qu'elle soit hospitalière ou libérale. Il se présente sous la forme d'un listing de phrases

⁸¹ Article 2 du Décret n° 93-345 du 15 mars 1993 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier : « l'infirmier(e) est responsable de l'élaboration, de l'utilisation et de la gestion du dossier de soins infirmiers ».

⁸² Décret n° 93-221 du 16 février 1993 relatif aux règles professionnelles des infirmiers et des infirmières.

injonctives sur le mode impératif et d'énoncés exprimant une limitation « ne...que... » ou une négation indiquant le contraire d'une action. « Est interdit à l'infirmier ou à l'infirmière... », ou encore « L'infirmier ou l'infirmière ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit. » (article 9) se concluant par : « Tout manquement aux règles professionnelles est susceptible d'entraîner des poursuites devant la commission de discipline des infirmiers instituée par l'article L. 482-1 du code de la santé publique » (article 46).

Il est renforcé par le décret de mars 1993⁸³, appelé communément le « guide des bonnes pratiques » ou encore « décret de compétences ». Celui-ci se présente sous la forme d'une liste d'actes, la première version ayant été écrite en 1924, un an après la création du brevet de capacité professionnelle. Il est à noter que les actes sont de plus en plus détaillés et que la description des activités du rôle propre est similaire à celles sur prescription médicale. Les deux seront intégrés dans le Code de Santé Publique depuis 2004.

Il apparaît de nouveau, le mouvement suivant : à chaque sortie de texte préconisant l'autonomie infirmière, un autre réaffirme un cadre réglementaire exposant les contraintes et limites de l'activité infirmière. L'autonomie infirmière n'est pensée que dans un cadre contraint.

Chapitre 2 : infirmière et formateur en soins infirmiers : des métiers « impossibles »⁸⁴

Ce chapitre présente dans une première partie, les paradoxes et les manifestations de la Nouvelle gestion publique dans le monde de la santé. Les transformations qu'elle impose génèrent des effets sur les organisations et leurs acteurs. Lorsqu'il est fait mention des professionnels de santé, ou soignants dans ce paragraphe, il est nommé implicitement les infirmières, qui avec les médecins, sont les principaux professionnels impactés.

Les logiques gestionnaire et managériale ont des conséquences sur l'évolution contemporaine de l'infirmière. Elles sont abordées sous l'angle des modifications et reconfigurations des pratiques professionnelles infirmières, des stratégies d'adaptation de cette population, c'est-à-dire la façon dont les infirmières, se trouvant confrontées à ces nouvelles injonctions, réagissent. Il s'agit d'identifier l'impact que cela a sur la représentation et la conception mêmes de leur profession, de même que sur leur processus de professionnalisation.

⁸³ Décret n° 93-345 du 15 mars 1993 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier.

⁸⁴ Expression empruntée à Freud (1925) écrivant dans la préface du livre d'Aichhorn (1973) *Jeunesse à l'abandon* : « Très tôt j'avais fait mienne la boutade des trois professions impossibles – à savoir éduquer, soigner, gouverner –, j'étais du reste suffisamment absorbé par la deuxième de ces tâches. Mais je ne méconnaissais pas pour autant la haute valeur sociale que le travail de mes amis pédagogues est en droit de revendiquer. »

La seconde partie du chapitre présente l'impact de l'évolution socio-historique du métier infirmier sur les statuts et fonctions de formateur en soins infirmiers, de ses origines au début de l'universitarisation, en reprenant la démarche initiée dans le premier chapitre de cet écrit, à savoir l'entremêlement de l'histoire du segment professionnel, et mon propre vécu professionnel dans cette carrière, traversée par les mêmes impératifs.

1. Etre infirmière aujourd'hui : le choc de la réalité

1.1. Un paradoxe en soi : la nouvelle gestion publique

La « réforme Debré » instaurant la naissance du CHU, s'accompagne d'une étatisation renforcée, avec entre autre, le positionnement du directeur de l'hôpital en tant qu'agent d'exécution du pouvoir central. Les médecins disposent d'un double enracinement, hospitalier et universitaire (la chaire de médecine), et font face à une triple obligation, praticien, enseignant et chercheur. L'hôpital attire l'élite médicale avec des avantages légiférés⁸⁵ (double rémunération universitaire et hospitalière, autorisation de consultations privées à l'hôpital public). S'en suivent l'expansion des services médicaux et de leur plateau technique, l'extension de la protection sociale et le développement de l'industrie pharmaceutique, en conséquence la croissance des dépenses de santé.

La crise économique des années 70 implique de nouvelles contraintes financières à l'hôpital (suppression de lits par insuffisance d'occupation ou au regard de la carte sanitaire⁸⁶). Six lois sont promulguées en moins de dix ans (1978⁸⁷-1989⁸⁸), plaçant l'hôpital sous surveillance, les dépenses hospitalières sont contrôlées, un effort de productivité leur est demandé et leur administration étatique s'accroît.

La régionalisation sanitaire⁸⁹, « la maîtrise médicalisée des dépenses de soins »⁹⁰, la démocratie sanitaire⁹¹ reconfigurent les établissements de santé et l'offre de santé sur le territoire, réformant en profondeur le système hospitalier (ouverture sur l'extérieur,

⁸⁵ Décret n°60 1030 du 24 septembre 1960 portant statut des personnels enseignants et hospitaliers des centres hospitaliers et universitaires.

⁸⁶ Instaurée par la loi hospitalière du 31 décembre 1970, la carte sanitaire est un découpage de l'espace géographique français en secteurs sanitaires régionaux, les objectifs principaux sont l'instauration d'un plateau technique minimum pour chacun des secteurs et un rééquilibrage des équipements hospitaliers sur le territoire. <http://www.ecosante.fr/DEPAFRA/158.html>

⁸⁷ Loi n° 78-12 du 4 janvier 1978 relative à la responsabilité et à l'assurance dans le domaine de la construction.

⁸⁸ Loi n° 87-575 du 24 juillet 1987 relative aux établissements d'hospitalisation et à l'équipement sanitaire.

⁸⁹ Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière.

⁹⁰ « La réforme Juppé ». Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 relative à la réforme de l'hospitalisation publique et privée

⁹¹ Loi n° 2002-202 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système hospitalier

simplification du droit hospitalier, décloisonnement public-privé, sanitaire-social, ville-hôpital...)...d'une conception traditionnelle de l'hôpital-entreprise au développement d'un marché hospitalier (Domin, 2015).

Promulguée le 1^{er} août 2001, la loi organique relative aux lois de finances (LOLF) réforme l'ordonnance du 2 janvier 1959 sur le plan gestionnaire et politique. Elle fait l'objet de nombreux aménagements, et n'entre réellement en vigueur qu'en 2006. Son ambition porte sur la rénovation des règles budgétaires et comptables, le renforcement du rôle du Parlement et l'amélioration des performances de l'Etat. « Dans les conditions et sous les réserves prévues par la présente loi organique, les lois de finances déterminent, pour un exercice, la nature, le montant et l'affectation des ressources et des charges de l'État, ainsi que l'équilibre budgétaire et financier qui en résulte. Elles tiennent compte d'un équilibre économique défini, ainsi que des objectifs et des résultats des programmes qu'elles déterminent » (article 21). C'est une démarche de budgétisation par la performance confiant plus d'autonomie aux gestionnaires. Depuis le budget 2006, le budget est découpé en missions, programmes et actions. Les missions ministérielles ou interministérielles correspondent aux grands objectifs politiques de l'Etat. Les programmes préfigurent la stratégie à mettre en œuvre par le ministère, et présentent les moyens objectifs précis et résultats attendus sous forme de projet annuel de performances (PAP). Et les actions nomment la destination des dépenses. Le budget est orienté sur les résultats, et le gestionnaire doit rendre des comptes sur l'atteinte des objectifs et l'aboutissement de ses actions. Le contrôle de la LOLF « renvoie, d'une part, à un exercice de suivi des crédits budgétaires, afin de contrôler la régularité et l'effectivité de la dépense publique. Il ouvre la voie, d'autre part, à un exercice d'évaluation de la dépense publique, afin de déterminer si celle-ci a atteint les objectifs qui lui étaient assignés et, dans l'affirmative, s'il est possible d'obtenir des résultats identiques à un moindre coût [...] »⁹². Il s'agit là d'un véritable changement de paradigme, passer d'une culture de moyens à une culture de résultats. La gestion financière des investissements hospitaliers n'échappe pas à ce processus de révision générale des politiques publiques (RGPP).

Au fur et à mesure, l'hôpital a évolué au regard des besoins de la population, des priorités de santé du moment et des politiques. « L'hôpital est non seulement un acteur du système de soins mais également une institution à la portée symbolique forte, ainsi qu'un

⁹² Rapport du Groupe de travail sur l'efficacité de la dépense publique et le contrôle parlementaire, président, M. Laurent Fabius, rapporteur, M. Didier Migaud, *Contrôler réellement, pour dépenser mieux et prélever moins*, 27 janvier 1999.

véritable laboratoire de la réforme du secteur public » (Vincent, 2005, p 49). Son fonctionnement s'est adapté à l'évolution des pratiques de soins, de plus en plus techniques et de plus en plus coûteuses.

Historiquement, trois évolutions des modes de financement se sont succédées depuis sa création : « le prix de journée » jusqu'en 1981, par la suite « le budget global »⁹³, autorisant chaque hôpital à percevoir une dotation globale qu'il répartissait en fonction des besoins. Puis, expérimentée en 1999⁹⁴, effective à partir de 2005 la « tarification à l'activité (T2A)⁹⁵ ».

Le budget va dépendre de l'activité réelle des établissements, du nombre de patients accueillis et de leur durée moyenne de séjour. Elle se base sur des données médicales et procédures standardisées, renforçant une vision médicale de l'institution de soin. Cette T2A est prédéfinie par le législateur pour un Groupe homogène de malades, prix moyen calculé en fonction du type de pathologie, d'intervention et de soins. Les prises en charge se spécialisent, elles sont de plus en plus standardisées, seule l'activité médicale et les soins infirmiers⁹⁶ associés sont valorisés. Le raccourcissement de la durée moyenne de séjour augmente le flux de patients entraînant une intensification de l'activité quotidienne des services d'hospitalisation, voire sa réorganisation, le morcellement des séjours des patients et l'augmentation de la « production » médicale hospitalière. Une recherche de normalisation, de standardisation et de bureaucratisation de la pratique médicale (Chauvenet, 1973), un processus de rationalisation sont à l'œuvre au nom de l'efficacité et de l'efficience (Benamouzig, 2005),

De Montmollin (2002) explique que « les hôpitaux (...) produisent des biens et des services en suivant des procédures, le plus souvent efficace, qui n'empruntent rien, ou si peu, au discours des sciences humaines et sociales. Persistance du Taylorisme dans sa pureté d'origine ? Non, mais persistance du cadre théorique, oui » (p 99).

L'activité hospitalière se doit d'être rentable, le projet d'établissement devient stratégique, et l'établissement doit avoir une maîtrise rigoureuse des dépenses. Cela peut engendrer une réorganisation interne en pôles sans cohérence médicale, un risque de glissement de l'équité vers la rentabilité et un risque de concurrence entre les établissements. Comme le rappelle le Comité consultatif national d'éthique (CCNE) : « L'hôpital est investi d'un devoir

⁹³ Loi n° 83-25 du 19 janvier 1983 portant diverses mesures relatives à la sécurité sociale et son décret d'application n° 83-744 du 11 août 1983.

⁹⁴ Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture médicale universelle (JO du 28 juillet)

⁹⁵ Loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004. (JORF n°293 du 19 décembre 2003)

⁹⁶ Cela aboutit à une standardisation des soins infirmiers, ne rendant visibles que les soins techniques.

d'aide et d'assistance sociale. Sans en être l'aspect le plus visible, cette aide est indispensable à la préservation du lien social dans la cité, au-delà de l'obligation de permanence des soins » (CCNE, 2007, p 4). Il s'agit là pour l'hôpital de trouver un juste équilibre entre ses missions d'intérêt général et ses choix politiques. Les professionnels s'interrogent toujours sur le sens de cette réforme, tout en s'adaptant à des conditions de travail de plus en plus complexes et difficiles (turn-over des patients, charge de travail croissante, fuite des professionnels engendrant une pénurie...).

Cette vision gestionnaire d'entreprise nécessite une comptabilité analytique obligeant un équilibre strict entre dépenses et recettes, faisant du personnel paramédical une des variables d'ajustement.

L'hôpital a expérimenté de nombreuses logiques managériales, toutes avaient en commun d'impliquer et de responsabiliser les équipes médicales et non médicales dans la prise de décision, sollicitant fortement leurs capacités d'adaptation : tout d'abord, la loi Bérégovoy⁹⁷ (1983) et sa politique de direction par objectifs, et la mise en œuvre des centres de responsabilité, puis le management par projets⁹⁸ et sa nouvelle organisation des structures de soins (1991) et enfin différents modèles de nouvelle gouvernance (2005⁹⁹, 2009¹⁰⁰). Cette démarche participative a été un des axes majeurs de la loi Hôpital Patient Territoire dite loi HPST¹⁰¹ définissant une nouvelle organisation sanitaire et médico-sociale, et vise à mettre en place une offre de soins graduée de qualité, accessible à tous et satisfaisant à l'ensemble des besoins de santé.

Avec l'institutionnalisation de la Nouvelle Gestion Publique (NGP) (Varone & Jacob, 2004) à l'hôpital, le management s'axe sur la performance et la rentabilité, c'est-à-dire une offre de soins, au budget maîtrisé et de meilleure qualité, transformant de fait, les activités de soin et le travail des professionnels. L'hôpital se réorganise en pôles d'activités¹⁰² cliniques et médicotechniques conformément au projet médical d'établissement. Regroupements de secteurs, services et unités fonctionnelles ayant des activités de soins, de prévention, d'enseignement et de recherche communes ou complémentaires, ils doivent être définis selon «

⁹⁷ Loi n° 83-25 du 19 janvier 1983 portant diverses mesures relatives à la sécurité sociale.

⁹⁸ Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 modifie l'organisation hospitalière française.

⁹⁹ Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé.

¹⁰⁰ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

¹⁰¹ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (1).

¹⁰² Ordonnance no 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé.

une logique de simplification et de déconcentration ». Les responsables des pôles, « praticiens chefs » sont nommés par le directeur pour une période renouvelable de quatre ans, et bénéficient de « délégations de gestion » après la signature du contrat interne. Ils ne sont pas jugés sur leurs compétences médicales, mais sur leurs qualités de gestionnaire. La gestion du personnel du pôle est une de ces compétences déléguées par le directeur de l'établissement, il a autorité fonctionnelle sur les équipes médicales, soignantes et d'encadrement du pôle. Le cadre soignant est chargé, au sein du Conseil de pôle, d'assister dans ses fonctions le médecin coordonnateur en particulier pour l'organisation, la gestion et l'évaluation des activités de soins qui relèvent de ses compétences.

Cette organisation polaire et sa gestion autonome, a redistribué les pouvoirs à l'hôpital, fait évoluer les responsabilités, mais aussi engendré des réorganisations ou fermetures d'un service, du cloisonnement, voire une concurrence entre les pôles. Elle change aussi les règles de travail collectif, il y a nécessité d'une polyvalence et d'une adaptabilité rapide des professionnels, pouvant entraîner un manque de coordination entre les équipes soignantes une difficulté de continuité dans la relation soignant-soigné et une rupture dans la prise en charge au long cours du patient.

La gestion des ressources humaines devient stratégique c'est-à-dire proactive et orientée vers les enjeux clés de l'organisation (Bareil, 2002). La contractualisation interne des moyens et ressources se généralise, la déconcentration et la délégation de gestion s'organisent. Certains auteurs parlent de cette nouvelle gouvernance comme d'une « liberté imposée » (Crozet *et al.*, 2008), Le Bezvoët (2007) précise que cette « logique managériale a pris un habillage humaniste » (p 30). Les relations hiérarchiques et les relations d'équipe se trouvent bousculées par cette logique de transversalité et la collégialité, relayée par l'injonction de collaboration. « Un repositionnement des métiers traditionnels de l'hôpital en mettant au cœur la relation : ''coordination'', ''coopération'', ''collaboration''... s'impose aujourd'hui, dans la mesure où tous expriment l'idée commune de mise en relation, de travail en commun : là où la spécialisation était une des références majeures à la qualification des métiers hospitaliers, l'exigence de coopération a pris le pas » (Baret, Vinot & Dumas, 2008, p.7), ce qui peut s'accompagner de pertes de repères juridiques et organisationnels.

D. Linhart explique que « Le management participatif peut être considéré comme un outil largement mis à contribution dans cet esprit d'uniformisation et d'homogénéisation de l'espace interne de l'entreprise » (2010, p. 27). Elle propose une analogie entre le taylorisme et cette injonction de participation des acteurs, elle cite « [...] ce que Taylor nous demande, c'est

d'abandonner temporairement chaque jour, cette indépendance d'esprit, d'accepter de faire partie d'un groupe dans lequel notre travail est forcément limité et spécialisé, pour produire mieux et pouvoir profiter, le reste du temps, à notre guise, de cette production supplémentaire, qui est le résultat de notre effort » (Taylor, 1956, p. 521), tout en précisant que la personne n'est pas autorisée à travailler suivant une autre méthode que celle qui lui ai recommandée.

Divay et Gadéa (2007) expliquent que « La bataille est avant tout symbolique et se déroule souvent à l'intérieur du même individu, le poussant à agir ''en homme ou femme – de l'organisation-'' et non en '' homme ou femme de la profession'' et à adhérer lui-même à la logique managériale dont il est le bras séculier » (p. 3). L'intériorisation des normes est induite par l'idéologie managériale.

L'obligation de l'évaluation des pratiques professionnelles a été introduite par loi hospitalière¹⁰³ de 1991 et l'accréditation obligatoire pour tous les établissements publics et privés (Art L 710-5) en 1996¹⁰⁴ dans une démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins dans tous les établissements de santé publics et privés. L'hôpital passe de la qualité des prestations professionnelles, à l'assurance de la qualité, puis à sa production ou co-production pour aboutir au management total de la qualité (« *mieux, plus vite et moins cher* ») et à la certification des établissements de santé en 2004¹⁰⁵.

Beaucoup de professionnels de santé, comme les infirmières par exemple, considèrent qu'ils se sont toujours préoccupés de la qualité dans le soin et qu'elle est, intégrée dans la manière même de faire le soin, au fondement même de leur pratique de soignants. Avec l'accréditation des établissements de santé et l'évaluation de la qualité de leurs prestations, il leur est demandé de rendre des comptes, il est même devenu obligatoire d'en fournir la preuve. La réalité de l'entreprise vient faire irruption dans l'hôpital et le propulse à une place de producteur de soins.

Un soin de qualité « doit permettre de garantir à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui leur assurera le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène, et pour sa grande satisfaction, en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins ». (HAS, 2013, p. 16), et la démarche qualité est « l'ensemble des méthodes, des techniques et des actions managériales que mène

¹⁰³ Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière.

¹⁰⁴ Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

¹⁰⁵ Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

l'établissement de santé pour gérer la qualité de ses prestations pour satisfaire ses clients, d'assurer sa pérennité et de se développer » (AFNOR, cité par Leclet, Vilcot, 1999, p 145). Cette démarche qualité, se présentant comme une démarche scientifique, est une approche méthodique et pragmatique dont l'objectif est l'amélioration de la qualité, celle-ci devant tenir ensemble la satisfaction du client et l'efficacité du mode de gestion. Elle bénéficie d'un vocabulaire bien spécifique : recommandations professionnelles, évaluation de la qualité des soins, évaluation des pratiques professionnelles (EPP), médecine fondée sur les preuves (Evidence based nursing, EBN), amélioration continue de la qualité, gestion des risques... c'est une approche par comparaison à un référentiel, présenté comme un modèle d'exigences.

Les EPP cherchant à « évaluer le service médical rendu à un patient, médical étant entendu au sens large du terme ayant vocation à comprendre toute activité de soins qu'elles soient réalisées par des médecins ou tout autre professionnels soignants »¹⁰⁶ devient un processus accreditatif transverse et pluridisciplinaire, dans une recherche collective d'amélioration des prestations de soins aux patients. Mises en lien avec la gestion des risques, elles deviennent une priorité institutionnelle pluridisciplinaire pour améliorer les situations de soins dans les services, et s'appliquent à transformer progressivement les schémas culturels, et les modes de fonctionnement et d'organisation. Elles sont au cœur de la stratégie de l'établissement de santé, et bénéficiant d'un soutien méthodologique de la cellule Qualité-Vigilances-Risques (associant les responsables opérationnels de l'institution, elle assure la coordination des actions), sous la responsabilité de la Commission médicale d'établissement (CME) et sous l'autorité de son Président, la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Technique (CSIRMT) n'ayant qu'un rôle de consultation.

Ces EPP se réclament de plusieurs approches (par comparaison, par processus, par problème) qui procèdent toutes d'une analyse de la pratique professionnelle à un référentiel (ensemble de critères objectifs, prédéterminés, standardisés et validés, présentés sous forme d'une grille), ou à un guide de recommandations de bonne pratique (recommandations pour la pratique clinique -RPC- liste d'actes à réaliser « check-list »), ou de consensus professionnels et d'une mesure de l'écart entre la pratique observée et la pratique attendue. On parle de conformité de pratique ou du thème étudié, d'analyse des causes du dysfonctionnement étudié, d'identification des besoins d'amélioration, et de mise en place et de suivi d'indicateurs de

¹⁰⁶ HAS. L'évaluation des pratiques professionnelles dans le cadre de l'accréditation des établissements de santé, direction de l'accréditation et de l'évaluation des pratiques. Paris, juin 2005, p 47.

performance visant à promouvoir la sécurité, l'efficacité et l'efficience des soins et de la prévention.

L'évaluation devient une mesure de l'écart entre la norme du référentiel et l'action que fait le soignant. En quelques mots, pour les infirmières, cela va consister à comparer la réalité des soins infirmiers avec des normes et des critères acceptés. L'ensemble des procédures, protocoles, modes opératoires servent de référence à la pratique par les principes qu'ils contiennent. De part cette rigidification de l'activité infirmière conformément aux « recommandations de bonnes pratiques », l'organisation est prescrite, les transmissions sont rationalisées et les manières de travailler sont examinées... « évaluer est ici un euphémisme pour contrôler » (Boitard, 2006).

La multiplication des exigences complexifie les organisations, et les référentiels modélisants peuvent renvoyer à l'idéal du travail bien fait, mais aussi « à une normalisation technoscientifique ne laissant aucune liberté dans la mise en œuvre des actes » (Cloarec, 2008, p. 28). Les soignants, et plus particulièrement les infirmières, se trouvent en tension générée par la double injonction : d'un côté le respect obligatoire des protocoles et modes opératoires, et de l'autre l'adaptation et la créativité nécessaire à la situation clinique (Cloarec, 2008), ou autrement dit entre la procédure et le vécu en situation de l'action. « L'action est toujours "située", c'est-à-dire, d'une certaine manière, unique, tandis que le texte de la règle est censé couvrir la généralité des cas » (Girin & Grosjean, 1996). Le professionnel infirmier se confronte à une double injonction : d'un côté, il se doit de développer constamment son autonomie et sa propre responsabilité, et de l'autre côté ses activités doivent se conformer aux outils d'évaluation et de contrôle de la performance individuelle et collective.

Cet inventaire d'actes, cette énumération de tâches peut morceler le travail soignant ou le rendre routinier et répétitif, entraîner une difficulté d'appréhender le malade dans sa globalité, et amener une perte de sens, une absence de continuité, « de contextualité, d'intelligibilité de l'action et peut-être de la disparition du style propre à chacun, ou à chaque équipe dans l'effectuation des tâches » (Kress, 1999, p 19-20) au nom d' « une culture du résultat » (Chatelain-Ponroy & Sponem, 2009).

Le soignant doit de fait, rendre compte de ses actes, cette injonction de transparence et cette exigence de communication spécifique sur son propre travail peut « amène[r] le soignant à développer une pensée opératoire, purement cognitive et évidée de sa dimension fantasmatique » contrairement à la parole qui pourrait leur permettre « une élaboration et une réappropriation psychiques des événements vécus dans leur travail » (Le Bezvoët, 2007, p 33).

Cette taylorisation des activités de soins assortie d'efforts de normalisation, d'une organisation managériale segmentée et d'une supervision administrative, propulsent les professionnels de soins, entre autre les infirmières, dans un empêchement à faire leur travail selon leur propre vision de la qualité de leurs prestations. Clot parle de « qualité empêchée » (Clot, 2010) doublée d'une insatisfaction au travail, un décalage entre les tâches qu'ils doivent effectuer et les valeurs qui les animent, provoquant un conflit de valeurs entre ce qui compte dans leur travail et ce qui est véritablement fait, et une hiérarchisation des tâches, un empêchement à penser leur propre pratique.

Ce nouveau mode d'organisation du travail se dote des innovations technologiques telles les outils numériques, constituant des contraintes supplémentaires qui pèsent sur l'activité quotidienne. Le dossier de soins informatisé, en homogénéisant et codifiant les pratiques, modélise les soins en un listing d'activités, et il contribue à une approche essentialiste de l'information. « C'est une pensée "prête-à-l'emploi", avec un caractère universel et atemporel, du moins tant que la liste fait autorité » (Mayère, Bazet & Roux, 2012, p 121) qui participe « d'une approche "épurée" du travail de l'information, ramené à une simple "saisie" de "données" selon une chaîne informationnelle » (p 124). Dans un souci de simplification du travail, cette traçabilité entraîne une modification des pratiques rédactionnelles, et contribue à l'intériorisation des nouvelles prescriptions par une automatisation de la tâche attendue.

Cette logique de contrôle de l'activité empiète sur le temps de travail auprès des patients et induisent, chez le professionnel, la sensation contradictoire et désagréable de perdre son temps tout en manquant de temps pour remplir convenablement sa mission de soin, modifiant son rapport aux autres, et aux patients. « Désormais il s'agit d'obtenir plus dans un temps plus bref et à moindre coût (...) Nous avons le sentiment paradoxal de subir à la fois une urgence permanente et une impossibilité d'avancer » (Spinhirny, 2019). La sensation de travail « bâclé », ou inachevé en permanence voire l'impression de contre-production propulsent le professionnel dans un manque de cohérence entre les attentes qu'il a de son travail infirmier ou ce qu'il recherche et le travail accompli, une « dissonance éthique » (Cherré *et al.*, 2014) et un parasitage permanent.

Il est demandé aux professionnels de santé d'intégrer une dimension économique à leur pratique et de participer à la gestion de l'hôpital : recherche de plus de responsabilisation des acteurs de santé avec la nouvelle gouvernance et son management participatif, recherche de plus d'efficacité avec la tarification à l'activité, recherche de moins de cloisonnement avec les pôles d'activité, recherche de plus de coopérations entre les professionnels de santé avec la

réorganisation territoriale, recherche de plus de qualité avec l'accréditation ... Tout ceci bouscule les mentalités, introduit de fait une modification des représentations, des valeurs de la profession et vient bousculer la culture professionnelle au travers de la perception de l'approche du soin et du mode de management des équipes. Adaptation, mobilité, flexibilité, polyvalence, autonomie, initiative, responsabilité ... une montée d'exigence de l'activité infirmière.

Comme le montrent différents auteurs, les modalités de la nouvelle gestion publique, sa définition de la qualité, et ses impératifs budgétaires font passer le système de santé d'une logique de moyens à une logique de performances. En transformant les institutions de santé, et les organisations de travail, elles créent des déséquilibres préoccupants dans les situations professionnelles, qui deviennent plus difficiles à vivre, voire inhabitables pour les infirmières, réinterrogeant l'hétérogénéité des pratiques, renouvelant les difficultés à trouver leur place dans un monde sanitaire en perpétuelle recomposition, et réactualisant l'empêchement à penser le métier infirmier et sa transmission.

1.2. L'évolution sociétale

1.2.1. L'adaptation de l'infirmière aux besoins de santé de la population

« La modernité a profondément modifié le système de valeurs et de croyances de l'ensemble des acteurs (l'Etat, les usagers, les malades, les citoyens, les assureurs, les professionnels de soins), et par conséquent la structure symbolique qui donne sens à leurs activités et à leurs décisions. » (Béraud, 2002, p 59).

De « patient » à « acteur de sa santé » voire « expert de sa santé » le terme qualifiant le malade ne cesse d'évoluer. Cette évolution de la place du patient est inscrite en premier lieu en 2002 dans la Loi Kouchner¹⁰⁷ (le consentement libre et éclairé du patient aux actes et traitements qui lui sont proposés) complétée en 2005 par la Loi Léonetti¹⁰⁸ (droits pour les personnes malades et les personnes en fin de vie) et, en 2016, par la Loi Claeys-Leonetti¹⁰⁹ (la participation du patient à la décision médicale). La démocratie sanitaire affirme son rôle d'acteur dans l'amélioration de la qualité et la sécurité des soins, et réaffirme les droits collectifs y compris le droit de représentation des usagers du système de santé dans les instances de santé publique et dans les établissements de santé. Cette approche centrée sur le patient induit un vrai changement de comportement de tout soignant quel que soit son statut, réaffirme les valeurs

¹⁰⁷ Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

¹⁰⁸ Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie.

¹⁰⁹ Loi fin de vie n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie.

d'autonomie et d'autodétermination, resituant le malade au cœur de l'approche infirmière. L'adhésion du patient, la diffusion de l'information médicale autorisent une relation plus collaborative, un véritable engagement dans la co-construction des politiques publiques en santé, l'émergence d'une culture commune et donc une autonomisation du patient. La posture attendue de l'infirmière est celle d'un accompagnement du patient afin de lui permettre d'identifier et satisfaire ses besoins, résoudre ses problèmes et contrôler sa propre vie, accompagnement nécessitant « qu'on s'intéresse aux activités qu'il conduit, aux conditions dans lesquelles il les conduit, et qu'on *dé-pathologise* la vision qu'on a du malade » (Tourette-Turgis & Thievenaz, 2014, p. 37). Le patient devient co-concepteur et co-producteur de sa propre prise en charge.

Avec la place donnée à la santé et la maladie dans la société, la place des médias dans la construction de l'opinion en matière de santé, l'innovation technologique avec la santé numérique et le développement des systèmes de communication, une nouvelle configuration se présente. Le professionnel de santé a, certes un savoir scientifique et technique de la maladie, mais le patient en a le vécu, et en est le véritable expert, expert de lui-même, patient-ressource pour les équipes soignantes, patient -intervenant expert pour les autres ou patient-partenaire pour les professionnels de santé en formation. On parle même de professionnalisation du patient, avec l'Université des Patients (Sorbonne Universités), qui forme et diplôme des malades chroniques en prenant en compte la validation de leur expérience acquise au détour de la maladie et de leurs soins. Ces nouveaux « sachants », comme les nomment Boudier, Bensebaa, et Jablanczy (2012) peuvent venir perturber la distribution des responsabilités et des enjeux dans la relation soignant-soigné.

D'autres phénomènes de société, la médicalisation, la pathologisation de l'existence (Gori & Volgo, 2005), et la « judiciarisation » de la santé fait apparaître une « médecine défensive (...) une médecine de l'évitement dans laquelle la préoccupation des médecins consiste davantage à se prémunir contre le risque judiciaire qu'à dispenser des soins appropriés à leurs malades » (Barbot & Fillion, 2006, p 8). Les retentissements médiatiques de certains scandales sanitaires, la menace accrue pour le professionnel de faire l'objet d'une plainte peut entraîner une modification des mentalités, un état de défiance des citoyens à l'endroit des institutions et de ceux qui les représentent, créer un sentiment d'insécurité, et l'altération du lien de confiance soignant-soigné. L'exigence de la transparence s'impose progressivement, s'inscrivant dans l'évolution de la démocratie participative. Le Code de santé publique

(article L.1142-1-I¹¹⁰) rappelle ce qui est identifié comme faute imputée au professionnel ou à l'établissement de santé, et leur responsabilité dans la réparation des préjudices. La démarche qualité et des obligations de traçabilité sont renforcées dans la législation. Les établissements de santé subissent une pression croissante de la réglementation touchant à la sécurité des patients. La traçabilité est imposée. Hémovigilance, matériovigilance, biovigilance, pharmacovigilance, le consentement éclairé du patient, le dossier du patient, le diagramme de soin, il s'agit de tracer l'acte, l'instrument et le professionnel, par des codes-barres ou autres, la traçabilité est un devoir pour le soignant, pour gérer sa propre responsabilité et devient un impératif majeur, et les outils qui l'accompagnent doivent répondre à une sécurité totale. « Cette judiciarisation des soins impacte le travail de retranscription dans la mesure où plus un patient paraît susceptible de porter plainte, plus l'infirmière va scrupuleusement saisir les informations » (Dayer, 2015, p. 35).

L'effet combiné des changements démographiques et épidémiologiques vient modifier la donne pour les systèmes et organisations de santé. Au regard de l'évolution de l'état de santé et de la démographie de la population en France, la gestion des conséquences sanitaires du vieillissement constitue une priorité politique¹¹¹. Avec l'accroissement du vieillissement démographique, l'âge de la vieillesse¹¹² recule (Bourdelaïs, 1993). Il ne s'agit pas d'associer systématiquement pathologies et vieillissement car l'espérance de vie ne cesse d'augmenter, et les situations de santé se diversifient. Beaucoup de problématiques émergentes sont en lien avec le vieillissement « normal » et ses répercussions sur l'autonomie de la personne âgée au quotidien. El Khomri, ministre du travail, initie un plan pour la période 2020-2024 de mobilisation nationale en faveur des métiers du grand âge, jugés peu attractifs, par les professionnels infirmiers et aides-soignants, car mentalement éprouvants, et physiquement épuisants, ou encore surexposés au risque d'accident de travail.

¹¹⁰ Article L. 1142-1 du code de la santé publique modifié par l'article 112 de la loi n° 2009-526 du 12 mai 2009 de simplification et de clarification du droit et d'allègement des procédures : « I. (...) Les établissements, services et organismes susmentionnés sont responsables des dommages résultant d'infections nosocomiales, (...).

II. Lorsque la responsabilité d'un professionnel, d'un établissement, service ou organisme mentionné au I ou d'un producteur de produits n'est pas engagée, un accident médical, une affection iatrogène ou une infection nosocomiale ouvre droit à la réparation des préjudices du patient, (...) ».

¹¹¹ « L'adaptation de la société au vieillissement est un impératif national et une priorité de l'ensemble des politiques publiques de la Nation ». (Article 1 - Titre préliminaire) *loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement*, dite loi ASV.

¹¹² « En 2019, la France métropolitaine compte 65 millions d'habitants contre 53 millions en 1975, soit 12 millions de plus. Environ 80 % de cette hausse est due au solde naturel, différence entre le nombre des naissances et celui des décès. Depuis 40 ans, la population française a vieilli et le vieillissement s'accélère compte tenu de l'avancée en âge des baby-boomers : en 1975, 13 % de la population avait 65 ans ou plus, contre 20 % en 2019 » (Insee, 2019).

En janvier 2020, décrétant que « la perte d'autonomie n'est pas une fatalité » la ministre des Solidarités et de la Santé, Agnès Buzyn, propose la stratégie globale intitulée « Vieillir en bonne santé 2020-2022 » pour prévenir la perte d'autonomie. La revalorisation des métiers du grand âge fait l'objet de nombreuses impositions, et la catégorie des aides-soignantes voit émerger plusieurs mesures incitatives : la formation initiale est remodelée, octroyant aux AS plus de compétences préalablement attribuées aux infirmières et le concours d'entrée est supprimé, la Validation d'acquis d'expérience (VAE) facilite l'accès à la formation infirmière. Une nouvelle formation qualifiante voit le jour, le titre d'Assistant de soins en gérontologie (ASG) et une prime mensuelle sont attribués par décret¹¹³ après une formation d'une durée de 140 heures réglementée aux aides-soignants et aides médico-psychologiques¹¹⁴.

Cette stratégie sanitaire impacte directement les pratiques infirmières, modifie leur champ d'activités, redistribue les compétences interprofessionnelles, et revisite « l'ordre négocié » construit historiquement.

La promotion de la prévention, renouant avec l'approche globale médico-psychosociale devient un impératif, y compris à domicile. « Le virage domiciliaire que les personnes vieillissantes appellent de leurs vœux » (Buzyn, 2020)¹¹⁵ nécessite une plus grande coordination des acteurs sociaux, sanitaires et médico-sociaux, les dimensions psychosociales et pédagogiques des prises en charge impliquant un décloisonnement entre ces différents secteurs.

La Stratégie nationale de santé 2018-2022¹¹⁶ et la loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé¹¹⁷ réaffirment la transformation de l'offre de soins imposant une organisation décloisonnée hors l'hôpital avec plus de coopération entre professionnels et réactualisant les « soins de premier recours » déjà définis par la loi HPST¹¹⁸. Le monopole médical y est réaffirmé, le médecin généraliste occupe le rôle central de cette réorganisation et l'articulation entre la médecine de ville, le médico-social et l'hôpital est encouragée. Les

¹¹³ Décret n° 2010-681 du 22 juin 2010 portant attribution d'une prime aux aides-soignants et aides médico-psychologiques exerçant les fonctions d'assistant de soins en gérontologie dans la fonction publique hospitalière.

¹¹⁴ Arrêté du 23 juin 2010 relatif à la formation préparant à la fonction d'assistant de soins en gérontologie, publié au J.O du 16 juillet 2010.

¹¹⁵ Déclaration de Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé, sur la situation actuelle des Ehpad, l'attractivité des métiers dans ces établissements et le futur projet de loi "Grand âge et autonomie", à Paris en janvier 2020.

¹¹⁶ Décret n° 2017-1866 du 29 décembre 2017 portant définition de la stratégie nationale de santé pour la période 2018-2022.

¹¹⁷ Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, JORF du 26 juillet 2019 7.

¹¹⁸ Titre II : « Accès de tous à des soins de qualité ». Ils comprennent : « la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients ; la dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique ; l'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social ; l'éducation pour la santé ».

équipes de soins primaires (ESP), les communautés professionnelles territoriales de santé (CPST), collectif d'acteurs de santé crée par la loi de modernisation sociale de notre système de santé 2016¹¹⁹ et les maisons de santé pluri-professionnelles (MSP)¹²⁰ sont au cœur du dispositif. Cette organisation entraîne des nouvelles formes de coopération interprofessionnelle, une proximité entre professionnels qui peuvent entraîner une diminution de la « hiérarchie symbolique » entre professions médicales et non médicales (Fournier, 2014). Elle favorise le développement de nombreuses actions pluri professionnelles diversifiées et « simultanément, les médecins et les paramédicaux impliqués dans des tâches non cliniques voient leurs cadres d'intervention s'élargir aux domaines de la gestion, du management et de la représentation politique ou professionnelle » (Fournier, 2014, p 5). Elle modifie le cadre de référence de chaque discipline et officialise la négociation des points de vue et le partage des responsabilités.

1.2.2. L'adaptation de l'infirmière aux nouvelles formes de régulation des professions de santé.

En 2002, le rapport *Démographie des professions de santé* fait état de « chevauchements observés entre activités parmi plusieurs professions de santé [qui] constituent des redondances inutiles et des pertes d'efficacité. Au fil du temps, les professionnels ont acquis des compétences et des savoir-faire de plus en plus larges sans pour autant confier ou déléguer à d'autres professionnels ce qui pouvait l'être. Ainsi une pratique médicale qui apparaissait très spécifique il y a 20 ans peut aujourd'hui être davantage banalisée, plus systématisée, mieux encadrée rendant l'intervention du médecin moins nécessaire » (2002, p. 94). Cette dynamique a, de longue date, contribué à l'émergence du métier infirmier et à son évolution, à savoir, le monopole légal de l'exercice de la médecine revient aux médecins, mais par la prescription et la délégation, non seulement ils définissent les activités des infirmières, mais ils contrôlent les frontières d'activité qui séparent la médecine des activités subordonnées, dotant les professions de santé non médicales d'une « habilitation sous contrôle médical » (Matillon, 2003).

Avec l'émergence de la démocratie sanitaire, afin de correspondre au mieux aux besoins et attentes des usagers des systèmes de soins, il apparaît essentiel de redéfinir les contenus et les champs de compétences des métiers de la santé. « Par cette redéfinition, on valorise l'investissement intellectuel aux dépens de l'acte technique et on tire vers le haut chaque profession qui devra abandonner ce qui n'est plus de son niveau de compétence pour se consacrer à son cœur de métier » (Berland, 2010, p. 94). Une méthodologie va être mise en

¹¹⁹ Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

¹²⁰ Projets collectifs soutenus par des plateformes territoriales d'appui (PTA).

place, la création en 2002 du Répertoire national des certifications professionnelles (RNCP)¹²¹ et de son instance en 2003, l'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS)¹²² permettent un recensement et une visibilité des formations et diplômes au sein du système de santé. Puis, la loi d'orientation en santé publique¹²³ (2004) autorise des expérimentations visant de nouvelles collaborations entre professionnels de santé au bénéfice des patients. Ces expérimentations ont généré dans les organisations professionnelles et syndicales des débats, réactualisant l'hétérogénéité des points de vue au sein d'un même segment professionnel, à savoir « Les clivages ne se faisaient pas entre groupes professionnels (médecins, paramédicaux) mais plutôt, au sein de chaque groupe, entre les tenants d'une prise en compte des pratiques réelles et des contraintes à venir et les défenseurs de l'ordre établi » (Bourgueil, 2010, p. 38), rejouant les discordes traditionnelles. En 2007, dans son rapport d'étape intitulé *Délégation, transfert, nouveaux métiers... Conditions des nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé*, le groupe de réflexion s'entend sur la définition des termes à utiliser, il s'agit de ne pas confondre compétence et qualification, de « préférer les tâches aux actes », d'« éviter les vocables de délégation et de transfert des tâches et/ou actes professionnels » et d'« utiliser l'expression "nouvelles formes de coopération entre professions de santé" » (HAS, 2007, p 8-11). Dans un premier temps, il s'agit essentiellement « d'un aménagement du cadre juridique actuel des professions paramédicales qui ne modifie pas la logique qui sous-tend ce cadre » (HAS, 2008, p. 26) afin de parer à la diminution prévisible de la densité médicale et du temps médical. L'innovation professionnelle est autorisée par la signature de protocole de coopération des professions de santé encadrant de nouvelles pratiques, puis légiférée dans l'article 51 de la loi « Hôpital, patients, santé, territoires » (HPST)¹²⁴ réorganisant les modes d'intervention entre professionnels de santé auprès du patient, « par dérogation aux conditions légales d'exercice », principalement sous l'angle de la substitution (délégation, transferts d'activité ou d'actes) et non de la diversification.

Autorisations d'actes dérogatoires ponctuelles et encadrées dans le cadre d'expérimentations, elles peuvent transformer le périmètre des professions, après avis de la Haute Autorité de santé certains actes dérogatoires peuvent être intégrés dans les compétences

¹²¹ Loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale

¹²² Instance de promotion, de synthèse et de diffusion des connaissances relatives à la démographie et à la formation des professions de santé

¹²³ Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

¹²⁴ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

réglementaires des professionnels¹²⁵ et aboutir à « la création de nouveaux métiers intermédiaires » (Rapport Henart-Berland-Cadet)¹²⁶ à l'interface des métiers médicaux et paramédicaux, afin de faire face aux besoins sanitaires et à des perspectives démographiques inquiétantes.

« La relation entre les pouvoirs publics et les professions de santé est, par nature, marquée au sceau de l'ambiguïté. (...) Aujourd'hui les professions de santé sont soumises à une réglementation abondante. La quatrième partie du code de la santé publique leur est consacrée et près de 460 articles législatifs régissent leur formation initiale et continue, leurs conditions d'exercice et d'évaluation des pratiques, leurs institutions ordinaires et leurs obligations déontologiques, sans compter les dispositions du code de la sécurité sociale organisant leurs relations avec l'assurance maladie et les assurés sociaux » (Tabuteau, 2010, p. 103-104). La profession médicale se trouve au centre de cette organisation, les compétences des autres professions sont construites comme des dérogations au monopole médical. Toutes sont définies par un « diplôme, certificat ou autre titre » déterminé par la loi HPST¹²⁷, sont conçues comme de l'assistance médicale et organisées en référence à la qualification, un classement qui construit un ordre articulé sur une hiérarchie formelle.

Nous avons vu au fil de cet écrit que les répartitions d'activités entre professionnels ont évolué principalement au regard de la demande de soins de l'époque. Rappelons que celle-ci correspond aux besoins en actes soignants évalués pour une population donnée, à un moment donné et dans l'état des savoirs (évolution technique et scientifique) de la société de l'époque. La réponse sociétale est de fait, de structurer, de professionnaliser certains métiers, voire d'en inventer de nouveaux.

1.3. La structuration du groupe infirmier

Mel, dans sa thèse intitulée *Le statut de l'infirmier en droit* explique que « les difficultés rencontrées aujourd'hui par la profession tiennent à plusieurs faits ; l'image de son rôle social et l'image supposée du public sur ce rôle demeurent la référence professionnelle centrale, prenant le pas sur toute appréciation de statut réel de la profession. En termes de qualification et de statut juridique, la spécificité infirmière est indissociable d'un rôle défini en termes de

¹²⁵ Art. L. 4011-3. Amendement n°AS1615 présenté par M. Mesnier, rapporteur et Mme Rist, rapporteure. Article additionnel après l'article 19.

¹²⁶ Rapport relatif à la création de nouveaux métiers intermédiaires. Professionnels d'aujourd'hui et nouveaux métiers : des pistes pour avancer, janvier 2011, p 41.

¹²⁷ Articles L. 4131-1, L. 4141-3 et L. L. 4151-5 de la loi.

dépendance à l'égard du corps médical » (Mel, 2018, p. 27). Sous l'angle historique, la profession infirmière à 87% féminine (DRESS, 2005)¹²⁸ est l'objet de processus de régulation externes, opérés tout à la fois par la profession médicale et par l'Etat (Feroni, Kober, 1995). Au demeurant, la profession et son cadre d'exercice ont été institués par les médecins en 1946¹²⁹, profession, au sens où le définit la directive 2005/36/CE¹³⁰ du Parlement européen et du Conseil de 2005 : « Activité ou ensemble d'activités professionnelles dont l'accès, l'exercice ou une des modalités d'exercice est subordonné directement ou indirectement, en vertu de dispositions législatives, réglementaires ou administratives, à la possession de qualifications professionnelles déterminées ; l'utilisation d'un titre professionnel limitée par des dispositions législatives, réglementaires ou administratives aux détenteurs d'une qualification professionnelle donnée constitue notamment une modalité d'exercice ».

A trois reprises (en 1998, 2003 et janvier 2006) la proposition de loi concernant la création d'un ordre infirmier (ONI) a été rejetée, elle est adoptée en dernière lecture le 14 décembre 2006¹³¹. L'ONI « étudie les questions ou projets qui lui sont soumis par le ministre chargé de la santé, concernant l'exercice de la profession. (...) En coordination avec la Haute autorité de santé, il participe à la diffusion des règles de bonnes pratiques en soins infirmiers auprès des professionnels et organise l'évaluation de ces pratiques » (article L.4312-2 du code de la santé publique). A cette époque la profession compte 483 380 infirmiers exerçant en France (DRESS, 2007). Sa création provoque des dissensions au sein de la profession, certains opposants allant jusqu'à contester ses fondements et sa légitimité. Seules 50 000 infirmières sont inscrites à l'Ordre en mars 2010¹³², et devant l'opposition¹³³ des syndicats, représentants des salariés des hôpitaux publics, la ministre de la santé, Roselyne Bachelot proposera que seules les infirmières libérales soient obligées d'adhérer à l'Ordre. Ceci n'évitera pas de grosses difficultés (plan de restructuration et rumeur de dépôt de bilan en 2011, amendement de suppression adopté, puis rejeté en 2015).

Il est désormais considéré par les pouvoirs publics comme l'instance représentative, même s'il fait face au désintérêt de certaines professionnelles (52% d'adhérents¹³⁴, faible taux

¹²⁸ DREES, *Études et résultats*, N° 393, avril 2005 (chiffres d'octobre 2003).

¹²⁹ Loi n°46-630 du 8 avril 1946 du Code de la santé publique.

¹³⁰ Directive 2005/36/CE du Parlement européen et du Conseil du 7 septembre 2005 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles

¹³¹ Loi n° 2006-1668 du 21 décembre 2006 portant création d'un ordre national des infirmiers.

¹³² https://www.assemblee-nationale.fr/13/cr-soc/09-10/c0910033.asp#P2_43

¹³³ <https://www.dailymotion.com/video/xddax4>

¹³⁴ « Seuls 52% des infirmiers y soient inscrits (96% des libéraux, 31% des hospitaliers), bien qu'ils en aient l'obligation pour exercer » (Actualités socio-professionnelles, Cannasse, 2021).

de votants). L'accroissement de la responsabilité et les transformations des pratiques infirmières engagent l'ONI dans l'élaboration d'un code de déontologie, constituant selon lui, « fondamentalement un texte d'affirmation de la profession (...). C'est un guide pour l'action des infirmiers qui sera amené à évoluer afin de s'adapter aux évolutions de la profession »¹³⁵, décrété en 2016¹³⁶. Les 92 articles de ce texte clarifient les droits et devoirs de l'infirmière vis-à-vis des patients, des autres membres de la profession et des autres professionnels de santé. Pour certains professionnels, « il marque l'autonomie de la profession » (Borniche, président de l'ONI), pour d'autres il est décrié, car assimilé à « une liste sans fin de contraintes » ou encore « le Code de déontologie sera ce que la profession infirmière en fera. Est-ce un simple texte réglementaire ou une réelle opportunité à saisir ? Je penche pour l'opportunité si chaque acteur professionnel le connaît, l'acte comme référence et argumente en sa faveur. Le point de départ : le faire connaître... » (Depoire, présidente de la Coordination nationale infirmière)¹³⁷.

« Pour contribuer à la professionnalisation de l'activité, les savoirs doivent être relativement abstraits et organisés en un corps codifié de principes ; être applicables aux problèmes concrets ; être crédibles quant à leur efficacité (même s'ils ne sont pas réellement efficaces) ; être en parties créés, organisés, transmis et, en cas de conflits, arbitrés en dernière instance par la profession elle-même, notamment par ses enseignants-chercheurs universitaires ; être enfin suffisamment sophistiqués pour ne pas être aisément accessibles à l'homme ordinaire, ce qui confère au groupe professionnel une espèce de mystère » (Goode, cité par Bourdoncle, 2000, p. 123). Les débats contradictoires au sein de la profession se reproduisent lorsqu'il est question du savoir infirmier. « Pour certains, le savoir infirmier n'existe pas et par le fait même, la discipline infirmière non plus ; pour d'autres, le savoir infirmier existe, mais il n'est pas utile et il n'y a pas lieu de s'en inspirer, de l'analyser ou même de l'enseigner ; dans la même veine, le savoir utile est ainsi emprunté à d'autres disciplines puisque le savoir infirmier n'est pas en mesure de proposer des explications aux phénomènes des soins ; pour d'autres enfin, le savoir infirmier existe, il a besoin d'être utilisé, mis à l'épreuve, re-théorisé ou a besoin d'être amélioré, analysé, enseigné et situé par rapport au savoir des autres disciplines car il est en développement » (Dallaire, 2015, p. 19).

L'approche socio-historique en première partie de cette recherche, montre qu'en France, le savoir infirmier est, à l'origine un savoir féminin profane, un savoir de la pratique se

¹³⁵ <https://www.ordre-infirmiers.fr/deontologie/publication-du-code-de-deontologie.html>

¹³⁶ Décret n° 2016-1605 du 25 novembre 2016 portant code de déontologie des infirmiers.

¹³⁷ Extraits de discours lus sur le site « infirmiers.com » <https://www.infirmiers.com/les-grands-dossiers/ordre-infirmier/code-deontologie-infirmier-le-connaître-et-le-faire-connaître.html>

transmettant de génération en génération. Ce savoir d'expérience reste invisible pour l'infirmière, n'est pas reconnu par l'infirmière, et ainsi, il ne se valorise pas voire, ne se pense pas. Dans l'évolution du métier infirmier, lorsqu'il y a visibilité du savoir, il s'agit des savoirs issus de la médecine, souvent diffusés dans la formation infirmière, tout d'abord par les médecins eux-mêmes. Puis, les savoirs se sont diversifiés avec l'emprunt fait à d'autres savoirs académiques (sciences humaines par exemple). Avec l'avènement du rôle propre, certains savoirs deviennent spécifiquement infirmiers, mais, malgré leur apparition dans les programmes de formation, ils sont peu légitimés et peu développés par les infirmières elles-mêmes. L'équilibre précaire entre le savoir non émancipé de celui des médecins et le savoir propre à l'infirmière pas ou peu reconnu entraîne à chaque remaniement conjoncturel une confusion, voire un empêchement à penser de l'infirmière.

En 1978, Poletti explique à propos des infirmières françaises : « nous manquons de chercheurs, nous manquons de penseurs, nous sommes pragmatiques avant tout [...] nous avons beaucoup de peine à expliquer et défendre notre spécificité » (p. 6), et Benner renchérit : « Les infirmières n'ont jamais couché par écrit les connaissances qu'elles retirent de leur pratique » (1995, p.7). Dans un article *Réflexions sur la recherche en soins infirmiers aujourd'hui*, l'état des lieux de la recherche pratiquée par des infirmières montre de nombreuses disparités en fonction des pays. Son auteur, Formarier (2010) y discerne plusieurs causes : le manque de reconnaissance de la profession et de la recherche en soins par les pouvoirs publics, les difficultés de financement, le manque de temps et l'insuffisance de formation des chercheurs, mais aussi la disparité des échanges nationaux et internationaux qu'elle associe à une sorte « d'isolement » de la profession infirmière française.

« A ce jour, la profession d'infirmière n'est toujours pas dotée de chercheurs au sens d'une profession reconnue et financée par les structures mises en place par le corps infirmier (ainsi nommé dans les textes officiels). En France, les infirmières-chercheuses se sont donc à titre personnel au travers de formations universitaires mais elles ne sont pas recrutées comme telles au service de certaines structures » (Desplebin, 2000, p. 17). Certaines investissent d'autres champs professionnels (majoritairement sciences humaines) à l'issue de ce cursus universitaire. Une enquête nationale de recensement menée par l'ARSI dénombre cinquante-quatre professionnels soit vingt-six docteurs en sciences et vingt-huit doctorants en 2009. En 2017, l'inventaire mené par les membres du Réseau des infirmiers docteurs (RéSIDoc, créé par l'ARSI en 2010), identifie cent vingt personnes soit soixante et onze docteurs en sciences et quarante-neuf doctorants (Liendle, 2018, p.5) quelle que soit la discipline universitaire.

A partir de 2009, plusieurs éléments du contexte concourent au développement de la recherche infirmière. Tout d'abord, la recherche et l'innovation sont inscrits dans la loi HPST pour répondre aux défis majeurs de santé, actuels et à venir. La circulaire de 2009¹³⁸ accompagne le développement de la recherche en créant le Programme hospitalier de recherche infirmière (PHRI), élargi à l'ensemble des auxiliaires médicaux en 2011, sous le nom de Programme hospitalier de recherche infirmière et paramédicale (PHRIP). Il s'agit d'un appel à projets de recherche publié par le ministère de la santé soutenant la recherche autour des soins réalisés par les auxiliaires médicaux, l'objectif étant de fournir aux équipes hospitalières et aux décideurs des connaissances contribuant à l'amélioration de ces soins et permettant d'appréhender l'impact des changements. Il complète le dispositif du Programme hospitalier de recherche clinique (PHRC). Il y est question de recherches appliquées, sur le modèle de la recherche médicale. Même si l'auxiliaire médical peut y avoir le statut d'investigateur principal, la recherche doit être interdisciplinaire et ne peut être coordonnée que par un médecin, sous couvert de la Délégation à la recherche clinique et à l'innovation (DRCI), engagée dans le projet d'établissement. Le projet n'est éligible au programme P.H.R.I.P. que s'ils relèvent d'une recherche dans le domaine des soins et de l'amélioration des pratiques professionnelles des auxiliaires médicaux, de leur organisation et/ou de leur management, et il n'est sélectionné que si l'équipe hospitalière porteuse du projet dispose de compétences méthodologiques et d'une expérience confirmée dans la conduite de projet de recherche¹³⁹. Cette méthodologie repositionne l'infirmière en subordonnée du médecin, dans l'incapacité de produire un nouveau savoir sans son aide.

L'universitarisation des études infirmières en 2009 est un élément contextuel participant aussi au déploiement de la recherche infirmière, à la fois en insistant sur la formation à l'initiation à la recherche des futurs professionnels, et en autorisant, via l'obtention du grade licence obtenu concomitamment au diplôme d'Etat d'infirmier (DE), la poursuite d'études universitaires.

Le 11 février 2016, la feuille de route présentée lors de la Grande Conférence en Santé présente entre autre, trois mesures poursuivant la dynamique de développement de la recherche infirmière : « Développer l'accès des étudiants en santé aux formations à la recherche », ce, dans le but de « favoriser l'acquisition de doubles compétences soignants- chercheurs » (Mesure

¹³⁸ Circulaire n° DHOS/MOPRC/RH1/2009/299 du 28 septembre 2009 relative au programme hospitalier de recherche infirmière pour 2010.

¹³⁹ Instruction n° DGOS/pf4/2010/258 du 9 juillet 2010 relative au programme hospitalier de recherche infirmière et paramédicale (P.H.R.I.P) pour 2011.

11). « Concourir à l'émergence d'un corps d'enseignants chercheurs pour les formations paramédicales » (Mesure 15) et développer les pratiques avancées, en favorisant « le déploiement d'activités en pratique avancée » (Mesure 20).

Le 30 octobre 2019, le décret¹⁴⁰ remplace le « Conseil national des universités pour les disciplines médicales, odontologiques et pharmaceutiques » par le « Conseil national des universités pour les disciplines de santé ». Complété par un arrêté¹⁴¹, il ouvre la voie à la création de trois sections du Conseil national des universités (CNU) dont l'une en sciences infirmières (CNU 92)¹⁴².

« Il faut différencier les rapports de la recherche pratique. Il y a deux fonctions différentes de la pratique ; une fonction de corps de recherche : constitue un corps de connaissances avec différentes sources, la seconde est de servir à la recherche pour résoudre un problème précis » (Wietrich & Régnier, 2005, p. 94). L'universitarisation signe une reconnaissance d'autonomie de pensée, une émancipation scientifique et une émancipation sociale. « Ainsi se professionnalisent les savoirs, le corps professionnel, le corps d'enseignants-chercheurs, la formation. La reconnaissance ministérielle de la discipline et de la recherche disciplinaire participe au processus de professionnalisation » (Muller, 2020, p. 22).

1.4. Un nouveau métier d'infirmière aux compétences élargies

L'incitation à l'expérimentation de nouvelles formes de coopérations entre professionnels de santé autorise à penser une reconfiguration des places et savoirs institués, mais en légitimant les « négociations entre des points de vue et des intérêts différents, dans un contexte et selon un projet » (Fourez, 2002), cette approche réactualise le débat concernant la construction identitaire de l'infirmière, dotée de plus en plus d'autonomie, elle devient de moins en moins « para-médicale » (Debout, 2008).

« Dans un rapport de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) qui décrit et compare comment est abordée la PIA¹⁴³ dans 12 pays, la France était le seul pays où la principale barrière au développement de la PIA relevait des infirmières elles-mêmes, les médecins ne représentant qu'une barrière mineure dans ce rapport » (Januel, 2017, p. 8). En France, la réflexion concernant la pratique avancée infirmière s'initie avec le rapport

¹⁴⁰ Décret n° 2019-1107 du 30 octobre 2019 modifiant le décret n° 87-31 du 20 janvier 1987 relatif au Conseil national des universités pour les disciplines médicales, odontologiques et pharmaceutiques.

¹⁴¹ Arrêté du 30 octobre 2019 modifiant l'arrêté du 28 septembre 1987 relatif aux modalités de fonctionnement du Conseil national des universités pour les disciplines médicales, odontologiques et pharmaceutiques.

¹⁴² CNU 90 maïeutique, et CNU 91 sciences de la rééducation et de la réadaptation.

¹⁴³ Pratique infirmière avancée

Berland (2003) faisant mention du transfert de compétences entre professionnels, et progressivement les débats se formalisent autour des capacités d'autonomie de l'infirmière, et les liens de subordination au médecin. En 2014, le Plan cancer 3 (2014–2019) fait état de la nécessité d'un rôle de pratique avancée dans le domaine des soins infirmiers, et le terme d'infirmier clinicien¹⁴⁴ dans le champ de la cancérologie y est indiqué. En parallèle, le Ministère de la santé précise lors du Salon infirmier 2014 : « en premier lieu, c'est le métier qui est exercé en pratique avancée (d'où le terme au singulier même s'il n'est pas tout le temps respecté), et non un champ disciplinaire ».

La loi Touraine¹⁴⁵ du 21 janvier 2016 officialise la notion de pratique avancée comme nouveau rôle des auxiliaires médicaux. Cependant, la définition a changé entre le projet de loi de juillet 2014 et la version présentée en conseil des ministres le 15 octobre 2016 : « D'une définition par grandes missions dans la loi elle-même, on se dirige vers un renvoi à un décret précisant les types d'actes pouvant être réalisés de manière autonome par le professionnel en pratiques avancées. Et de surcroît, sur avis obligatoire de l'académie de médecine » (Ordre national des infirmiers).

L'infirmier(e) en pratique avancée (IPA) est présenté(e) comme un nouveau métier aux compétences et aux responsabilités élargies validées par un diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée et un grade master délivré par les universités. Le Conseil international des infirmiers (CII) indique que « l'infirmier(e) diplômé-e qui exerce en pratique avancée a acquis des connaissances théoriques, le savoir-faire aux prises de décisions complexes, de même que les compétences cliniques indispensables à la pratique avancée de sa profession. Les caractéristiques de cette pratique avancée sont déterminées par le contexte dans lequel l'infirmier(e) sera autorisé(e) à exercer »¹⁴⁶.

Selon une étude faite dans six pays européens, en Ontario et au Québec en 2008, « La pratique infirmière avancée recouvre schématiquement deux cas de figure : celui de l'infirmière clinicienne spécialisée qui s'inscrit dans un modèle de développement spécifique des savoirs infirmiers (*clinical nurse*) et celui de l'infirmière praticienne (*nurse practitioner*) ou de

¹⁴⁴ « Ces infirmiers cliniciens seront habilités à assurer, sous certaines conditions, la prescription protocolisée d'exams de suivi des traitements, de traitements complémentaires et de support, ainsi que la reconduction ou l'adaptation de traitements spécifiques » (Plan cancer 2014-2019, p. 14). <file:///C:/Users/Cath/Downloads/Plan-cancer-2014-2019-obj4.pdf>

¹⁴⁵ Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (1). JORF n°0022 du 27 janvier 2016.

¹⁴⁶ Conseil national de l'ordre des infirmiers. Position adoptée par le Conseil national le 6 avril 2017, Infirmière de Pratique avancée en France. Position du conseil national de l'ordre des infirmiers. https://www.ordre-infirmiers.fr/assets/files/000/.../oni_pratique_avancee_2017def.pdf

l'infirmière de santé publique (*district nurse*) qui s'inscrit en substitution et/ou en complémentarité de la pratique médicale ». (Bourgeuil, Marek et Monsques, 2008, p. 97).

Cette pratique avancée remet en relief la dualité historique infirmière, à savoir la pratique infirmière s'appuie sur le champ clinique spécifique infirmier ou/et sur un domaine d'expertise et de soins médicaux.

Deux réalités pour le terme « avancé » sont posées, celle rapportée à l'approfondissement des connaissances et pratiques dans le champ spécifique infirmier et celle se rapportant au développement des activités infirmières dans le champ médical.

La notion d'autonomie professionnelle est elle aussi réinterrogée dans le choix de l'orientation : développer la pratique infirmière prenant appui sur la culture et le sens clinique infirmier, ou exercer dans un cadre limité et dans des conditions d'exercice délimitées.

L'article 119 de la loi 2016¹⁴⁷ de modernisation de notre système de santé fait état de la modification du Code de la Santé Publique : « Art. L. 4301-1.-I.-Les auxiliaires médicaux relevant des titres Ier à VII du présent livre peuvent exercer en pratique avancée au sein d'une équipe de soins primaires coordonnée par le médecin traitant ou au sein d'une équipe de soins en établissements de santé ou en établissements médico-sociaux coordonnée par un médecin ou, enfin, en assistance d'un médecin spécialiste, hors soins primaires, en pratique ambulatoire » resituant la pratique avancée dans la collaboration avec le médecin.

Ce même article expose : « Un décret en Conseil d'Etat, pris après avis de l'Académie nationale de médecine et des représentants des professionnels de santé concernés, définit pour chaque profession d'auxiliaire médical : Les domaines d'intervention en pratique avancée (...) Les conditions et les règles de l'exercice en pratique avancée (...) »

Le Ministère des solidarités et de la santé (2018) énonce clairement le double objectif de la pratique avancée infirmière : « améliorer l'accès aux soins ainsi que la qualité des parcours des patients en réduisant la charge de travail des médecins sur des pathologies ciblées », et le Répertoire National des Certifications Professionnelles (RNCP)¹⁴⁸ définit l'IPA comme suit : « L'infirmier en pratique avancée (IPA) dispose de compétences élargies par rapport à celles de l'infirmier diplômé d'Etat. Il participe à la prise en charge globale des patients dont le suivi lui est confié par un médecin. La conduite diagnostique et les choix thérapeutiques sont définis par le médecin. ». Il sera un infirmier expérimenté, d'au minimum 3 ans d'exercice, son diplôme

¹⁴⁷ Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

¹⁴⁸ RNCP Résumé descriptif de la certification Diplôme d'Etat Diplôme d'état d'infirmier en pratique avancée reconnu au grade universitaire de master. Code RNCP : 31191.

précisera la mention choisie (au nombre de 4¹⁴⁹) et sera reconnu au grade universitaire de master. Le diplôme d'Etat (IPADE) est officialisé et encadré en 2019, par 4 décrets et 6 arrêtés¹⁵⁰.

C'est le médecin qui détermine « pour chaque domaine d'intervention, les patients auxquels sera proposé, avec leur accord, un suivi par un infirmier exerçant en pratique avancée », qui doit en retour informer le praticien s'il repère une dégradation de l'état de santé du patient ou « une situation dont la prise en charge dépasse son champ de compétences ». L'IPA « super infirmier qui aura de nouvelles responsabilités dans la prise en charge du patient » (Quotidien de médecin du 25/04/2018) peut « renouveler ou adapter » les prescriptions de produits de santé et d'actes infirmiers et « prescrire et interpréter » certains examens. Il peut enfin pratiquer seize actes techniques, beaucoup faisant déjà partie du champ de compétences des infirmiers.

La pratique avancée se développe en même temps que les protocoles de coopération (actes sans formation validante, ni revalorisation salariale, ne figurant pas dans le « décret d'actes infirmiers ») dans le plan pour lutter contre les déserts médicaux présenté le 13 octobre 2017 par le premier ministre¹⁵¹.

Alors que le président du Conseil national de l'Ordre des infirmiers Chamboredon, qualifie cela d'« avancée non négligeable ... mais frileuse »¹⁵², la Fédération nationale des infirmiers (FNI) proteste : « les IPA ne constituent pas une avancée vers plus d'autonomie mais un recul vers plus d'encadrement. En effet, les IPA interviendraient sur une patientèle que leur

¹⁴⁹ Pathologies chroniques stabilisés et poly pathologies courantes, Oncologie et oncohématologie, Maladie rénale et transplantation et psychiatrie.

¹⁵⁰ Décret n° 2019-835 du 12 août 2019 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée et à sa prise en charge par l'assurance maladie. Décret n° 2019-836 du 12 août 2019 relatif au diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée mention psychiatrie et santé mentale. Décret n° 2018-633 du 18 juillet 2018 relatif au diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée. Décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée. Arrêté du 12 août 2019 relatif à l'enregistrement des infirmiers en pratique avancée auprès de l'ordre des infirmiers. Arrêté du 12 août 2019 modifiant les annexes de l'arrêté du 18 juillet 2018 fixant les listes permettant l'exercice infirmier en pratique avancée en application de l'article R. 4301-3 du code de la santé publique. Arrêté du 12 août 2019 modifiant l'arrêté du 18 juillet 2018 relatif au régime des études en vue du diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée. Arrêté du 18 juillet 2018 fixant la liste des pathologies chroniques stabilisées prévue à l'article R. 4301-2 du code de santé publique. Arrêté du 18 juillet 2018 fixant les listes permettant l'exercice infirmier en pratique avancée en application de l'article R. 4301-3 du code de santé publique. Arrêté du 18 juillet 2018 relatif au régime des études en vue du diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée.

¹⁵¹ Déclaration de M. Edouard Philippe, Premier ministre, sur les principaux axes du "Plan pour l'égal accès aux soins dans les territoires" destiné à faire reculer les "déserts médicaux", à Châlus le 13 octobre 2017. Disponible sur <https://www.vie-publique.fr/discours/203946-declaration-de-m-edouard-philippe-premier-ministre-sur-les-principaux>

¹⁵² Pratique avancée : lentement mais sûrement | Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. Disponible sur : <https://www.conseilnational.medecin.fr/node/2812>

indiquerait le médecin et sous la tutelle de celui-ci. Ainsi il s'agit d'une mesure cosmétique qui est en réalité un recul pour la profession vers moins d'autonomie. »¹⁵³

Le monde médical est partagé, comme le montrent certaines remarques : certains y voient « Dans le contexte actuel d'un accès de plus en plus difficile à des soins de qualité, l'arrivée d'infirmiers capables d'épauler les médecins est assurément une bonne nouvelle » ou « un super infirmier qui aura de nouvelles responsabilités dans la prise en charge du patient » (Dr Y. Schmitt, Quotidien de médecin du 25/04/2018), tandis que d'autres, craignant la concurrence, s'offusquent : « On assiste à un dépeçage en règle de la médecine libérale de proximité. Pourquoi faire passer des concours difficiles à des étudiants et exiger dix ans d'études ? » (Dr P. Hamon, président de la Fédération des médecins de France)¹⁵⁴.

Rappelons que dans le classement des professions de santé proposé par le Code de santé publique, les infirmières figurent dans la catégorie des auxiliaires médicaux, il en est de même pour les IPA, qui sont dans l'exercice avancé de la pratique infirmière. L'IPA est donc autonome dans un cadre défini. Compétences élargies, activité dérogatoire pour le suivi de patients sur des parcours complexes, et en appui du médecin, la pratique avancée reste très médico-centrée.

Dumont (1979) explique : « il faut distinguer deux choses bien différentes : d'une part l'échelle des statuts (...) que j'appelle hiérarchie, et qui n'a rien à voir avec le fait du pouvoir, de l'autre la distribution du pouvoir, économique et politique, qui est très importante en fait, mais est distincte de, et subordonnée à, la hiérarchie » (p. 317). La complexité des relations hiérarchiques en hôpital aujourd'hui provient précisément de ce décalage entre une origine commandée par la médecine et une autonomisation qui ne dément pas complètement la dépendance initiale.

Débutées en juin 2019, les négociations conventionnelles entre l'Assurance Maladie et les syndicats infirmiers libéraux sur les conditions d'intervention des Infirmières de Pratique Avancée en Libéral (IPAL) ont abouti par la signature de l'avenant n°7 à la convention infirmière. Ce qui soulève une fois de plus, des protestations de la part des médecins généraliste : « Ce qui risque de se passer, c'est que des infirmières vont se former pendant

¹⁵³ Infirmiers en pratique avancée : pourquoi ça ne passe pas ? consultable sur <https://www.fni.fr/infirmiers-en-pratique-avancee-pourquoi-ca-ne-passe-pas/>

¹⁵⁴ Les médecins s'inquiètent d'une future concurrence des infirmières. Consultable sur https://www.lefigaro.fr/conjoncture/2018/03/12/20002-20180312ARTFIG00327-les-medecins-s-inquietent-d-une-future-concurrence-des-infirmieres.php?redirect_premium

qu'elles exercent à l'hôpital puis s'installeront en libéral comme IPA. (...) On est quasiment dans de la médecine. Et imagine-t-on des IPA libérales qui feraient les choses sans prévenir le médecin, ou prescriraient des examens comme c'est mentionné dans le projet de décret ? Ce serait forcément compliqué tant pour le généraliste que pour les patients qui ne sauraient plus qui est responsable de quoi » (Dr M. Battistoni, président du syndicat des médecins généralistes de France sur Europe 1), un discours qui rappelle étrangement celui du Dr Calmette concernant les prérogatives que s'octroyer les infirmières-visiteuses au début du XXème siècle.

En 2020, Année Internationale du personnel infirmier et des sages-femmes, célébrant le bicentenaire de la naissance de Florence Nightingale, le Conseil International des Infirmières publie des directives détaillées sur la pratique infirmière avancée. Celle-ci se réfère « aux services et aux interventions de santé renforcés et étendus, assurés par des infirmières qui, grâce à des compétences avancées, influent sur les résultats des soins de santé cliniques et dispensent des services de santé directs à la personne, aux familles et aux collectivités » (Hamric & Tracy, 2019). Il y est rappelé que l'IPA n'est pas perçue comme une concurrente des autres professionnels de santé, et que la pratique avancée infirmière « est l'un des moyens les plus efficaces et efficients pour remédier aux failles de nos systèmes de santé révélées par la pandémie actuelle de COVID-19. (...) Il appelle les pouvoirs publics et les autorités sanitaires à utiliser les nouvelles directives du CII sur la PIA pour aider les infirmières à travailler dans toute l'étendue de leur domaine de pratique et à concevoir et mettre en œuvre, à l'échelle appropriée, davantage de services dirigés par des infirmières. » (Communiqué de presse, 16/04/2020¹⁵⁵).

Deux décrets¹⁵⁶ paraissent le 14 mars 2020, le premier rappelant que les IPA resteront dans la catégorie d'auxiliaires médicaux de la fonction publique hospitalière et le second instaurant une grille indiciaire spécifique. L'Union nationale des infirmiers en pratique avancée (Unipa) répond à cela : « Dès que l'épidémie sera endiguée, nous demanderons au Président de la République et aux Ministres de la Santé et de la Fonction Publique d'expliquer ce nouvel affront fait à la profession. Il est incompréhensible de faire l'éloge des soignants et de la

¹⁵⁵ Consultable sur : https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/PR_17_Advanced%20Practice%20guidelines%20-%20FR.pdf

¹⁵⁶ Décret n° 2020-244 du 12 mars 2020 portant statut particulier du corps des auxiliaires médicaux exerçant en pratique avancée de la fonction publique hospitalière - JORF n°0063 du 14 mars 2020 texte n°19. Décret n° 2020-245 du 12 mars 2020 relatif à l'échelonnement indiciaire du corps des auxiliaires médicaux exerçant en pratique avancée de la fonction publique hospitalière - JORF n°0063 du 14 mars 2020 texte n°20.

Fonction Publique Hospitalière et dans le même temps de refuser de rémunérer décentement les soignants, à hauteur de leur engagement, de leurs compétences et de leurs responsabilités »¹⁵⁷.

Du 25 mai au 10 juillet 2020, une importante concertation *Le Ségur de la santé* mobilise l'ensemble des représentants syndicaux et professionnels du système de santé, et le 3 novembre 2020, le Gouvernement fait une proposition de loi visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification dans laquelle il prévoit la création d'une profession médicale intermédiaire entre « le médecin diplômé d'un bac +10 et d'autre part l'infirmière titulaire d'un bac +3 » répondant aux engagements du Ségur de la Santé, concertation portant sur l'amélioration de notre système de santé. C'est l'article 1 du texte qui a été fortement décrié, il devait consister à changer le Code de santé publique afin qu'il offre la possibilité pour les auxiliaires médicaux (infirmiers, kinés, diététiciens, orthophonistes, etc.) d'« exercer en tant que profession médicale intermédiaire ».

Le 12 novembre 2020, un communiqué intersyndical titrait « Professions médicales intermédiaires à l'unanimité c'est non ! En urgence, retirez ce texte ! » en comparant la création du statut des IPA à celui « des Officiers de Santé de 1803 (exercer la médecine sans avoir le titre de Docteur en Médecine) » dénonçant la façon de faire du ministre des solidarités et de la santé « Olivier Veran l'a fait réclamant en urgence et en catimini, un blanc-seing pour la restauration d'un corps d'exception »¹⁵⁸. Dans un communiqué commun, les syndicats de médecins déclarent : « Profession médicale intermédiaire : c'est trois fois NON ! Les Français ont déjà du mal à s'orienter dans le système de soins. Créer une nouvelle profession va ajouter de la confusion. C'est bien d'une organisation rationnelle coordonnée dans les territoires dont ils ont besoin et pas d'une politique illisible où ils ne se retrouvent plus »¹⁵⁹.

Le 24 novembre 2020, le journal *Le Monde* titre « La création d'une "profession médicale intermédiaire" sur le point d'être enterrée. Le projet d'une nouvelle profession, entre infirmiers et médecins, censée répondre au problème des déserts médicaux, devrait être retiré de la proposition de loi examinée à partir de mercredi à l'Assemblée nationale ». « De l'ordre des médecins aux principaux syndicats de praticiens hospitaliers et libéraux, jusqu'aux conférences de doyens des facultés de santé, la levée de boucliers a été unanime »¹⁶⁰. Le 25

¹⁵⁷ Consultable sur : <https://www.santementale.fr/actualites/ipa-une-grille-indiciare-bien-en-deca-des-attentes.html>

¹⁵⁸ Consultable sur : <https://alliance-hopital.org/wp-content/uploads/2020/11/Opposition-Generale-aux-Professions-Medicales-Intermediaires.pdf>

¹⁵⁹ Consultable sur : <https://www.mgfrance.org/publication/communiquedepresse/232-communiqués-en-commun/2636-profession-medicale-intermediaire-c-est-trois-fois-non>

¹⁶⁰ Consultable sur : https://www.lemonde.fr/societe/article/2020/11/24/la-creation-d-une-profession-medicale-intermediaire-sur-le-point-d-etre-enterree_6060945_3224.html

novembre 2020, l'Association des Médecins Urgentistes de France (AMUF) se dit scandalisée par la création d'infirmière de pratique avancée aux urgences, à travers les propos¹⁶¹ du Dr Pelloux, la comparant à « l'ubérisation du monde médical » et l'avènement d'une « médecine low cost ».

Rapporteuse du texte, la députée rhumatologie Rist, explique que face à ce « blocage important, cet article va évoluer (...) Il va être réécrit et le terme de profession médicale intermédiaire n'apparaîtra plus », l'idée étant remplacée par une mesure permettant aux personnels infirmiers de compléter leur formation afin d'exercer des missions jusque-là réservées aux médecins, et ainsi de réduire la charge de travail de ces derniers.

L'arrêté¹⁶² crée officiellement le corps des auxiliaires médicaux de pratique avancée. Il détaille les règles d'organisation générale du concours sur titre des auxiliaires médicaux en pratique avancée, qui exerçaient sans statut spécifique et sans accès aux grilles indiciaires depuis presque un an.

Dr Bocher, présidente de l'Intersyndicat national des praticiens hospitaliers (INPH) s'exprime :

« C'est une bonne décision. Il y a eu une erreur. L'essentiel est qu'ils le reconnaissent. En plein Covid-19, se lancer dans un projet qui ne reçoit le soutien de personne avec le risque de mobilisation que cela entraînait... Heureusement qu'ils nous ont écoutés »¹⁶³.

Les vives oppositions ont conduit à sursoir la création de cette profession intermédiaire préférant faire un bilan de l'existant¹⁶⁴ dans l'attente de ses conclusions, la proposition de texte de loi ne préjuge pas « du nom exact de cette profession ou des missions précises qui lui seront confiées » (Sénat, août, 2021), ni de la définition des domaines d'intervention, des conditions et règles d'exercice de cette profession.

¹⁶¹ Communiqué de Presse du 25 novembre 2020 : Vers la fin des médecins urgentistes ? Consultable sur <http://amuf.fr/2020/11/25/comm-presse-du-25-novembre-2020-vers-la-fin-des-medecins-urgentistes/>

¹⁶² Arrêté du 23 décembre 2020 fixant les règles d'organisation générale, la composition du jury et la nature des épreuves du concours de recrutement pour l'accès au corps des auxiliaires médicaux exerçant en pratique avancée de la fonction publique hospitalière

¹⁶³ Consultable sur : <https://www.whatsupdoc-lemag.fr/article/profession-medicale-intermediaire-un-retropedalage-annonce>

¹⁶⁴ Rapport relatif aux nouveaux métiers en santé de niveau intermédiaire. Professionnels d'aujourd'hui et nouveaux métiers : des pistes pour avancer », rapport à Xavier Bertrand, ministre du travail, de l'emploi et de la santé, Valérie Pécresse, ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche et Nora Berra, secrétaire d'Etat chargée de la santé, présenté par Laurent Hénart, Yvon Berland, et Danielle Cadet, janvier 2011.

2. La fonction de formateur en soins infirmiers : un « allant de soi » historique

2.1. De la transmission des pratiques à la pratique de transmission

Le début de cet écrit a identifié les pratiques de soins à celles de la femme- mère, de la femme guérisseuse, puis de la femme chrétienne (Collière, 1998). Imaginées dangereuses ou destructrices par l'Eglise, puis « naturellement » exclues ou non légitimées dans la production de savoirs au siècle des Lumières, ces femmes possèdent une accumulation de savoir-faire traditionnels. Ceux-ci ne s'acquièrent que par l'observation et la pratique. « Un savoir-faire incorporé est [...] indissociable d'individus ou de groupes concrets : il est le résultat de leur apprentissage personnel, de leur expérience, de leur habileté. [...] Il n'est pas analysable et décomposable jusqu'au bout [...]. Le travailleur sait faire, mais il ne sait pas complètement comment il sait. Le savoir-faire incorporé n'est donc pas transmissible par enseignement. Il n'est transmissible que par apprentissage c'est-à-dire par la reproduction plus ou moins à l'identique d'individus ou groupes au cours du travail lui-même » (Barel, cité par Caplat, 2016, p. 137).

La tradition orale est au cœur de la transmission de mère en fille, de novice à expérimentée et contribue à un développement clandestin de certains savoirs d'expérience, les femmes ne se souciant pas de les développer, mais de les faire vivre. Dans la façon de le transmettre apparaît aussi une certaine vision construite historiquement, valoriser son savoir va à contre-courant de ce qu'il est prescrit de faire, à l'encontre de la place à laquelle les médecins (à l'initiative de la construction du métier) voient les infirmières.

Sans verser dans le combat féministe, « On peut penser en effet qu'à travers toute une série d'institutions socio-culturelles (tradition orale, mythe, art, langage, technique, travail), l'imaginaire de " l'infériorité féminine" et de la "supériorité masculine" continue de se fixer dans les couches les plus profondes du psychisme des deux sexes » (Mosconi, 1994, p. 33).

La rénovation du système éducatif, les droits utopistes de la Révolution Française, telle l'instruction égalitaire (Condorcet) permettra l'enseignement primaire des femmes. L'enseignement professionnel, non obligatoire, est le prolongement de l'enseignement primaire, et fait l'objet de peu d'intérêt, voire même considéré comme superflu. La formation théorique infirmière est dispensée par des médecins bénévoles, les surveillantes sont chargées de la démonstration des instruments et appareils, et l'enseignement pratique « se fait auprès des malades avec le concours d'une "maitresse de l'enseignement pratique" choisie parmi le personnel » (Duboys-Fresney & Perrin, 1996, p.15). Le proverbe dit : « c'est en forgeant qu'on devient forgeron », c'est une évidence, souvent dénigrée, cependant, regarder l'autre faire permet l'acquisition mimétique de la pratique, il s'agit « d'apprentissage sur le tas ».

Au lendemain de la circulaire Combe (octobre 1902) initiant la différence entre « personnel soignant » et « personnel servant », l'Assistance Publique ouvre officiellement la première école d'infirmières « l'école des bleues » en 1907. Pour assister le médecin, l'infirmière est amenée à se doter de connaissances. La formation théorique et pratique dure 1 an et repose sur des comportements exigés, des conduites à tenir et des savoir-faire. « Les fonctions de directrice et de monitrice apparaissent dans les écrits (...), la première lit et annoté les cahiers, les secondes dites "de cours" précisent certaines questions dans des répétitions. Les monitrices dites "de stage" surveillent les élèves dans les services hospitaliers. » (Leroux-Hugon, 1992). Les infirmières du service sont impliquées dans l'encadrement des élèves (main d'œuvre non rémunérée), qui représentent une charge supplémentaire de travail par rapport à leurs tâches habituelles. Les infirmières du service sont aidées par la monitrice de stage¹⁶⁵, dont « le rôle consistait à alléger le travail de l'infirmière en poste » (Boudier, 2005, p. 26), prenant en charge les malades au même titre que celles du service. Il est à noter qu'à l'AP, les monitrices sont volontaires et sont recrutées parmi les meilleures infirmières en poste. Il n'existe pas de manuel officiel, les monitrices improvisent face aux situations qui se présentent. Elles « s'auto forment » régulièrement, suivant les changements de techniques de soins, elles sont obligées de les acquérir avant de les enseigner.

Au sens étymologique, le moniteur est une personne qui donne des conseils, qui sert de guide. Etre guide, c'est amener la personne d'un point à un autre. S'il s'agit de guider l'élève dans l'intégration des savoirs principalement pratiques, le moniteur se trouve dans la position de détenteur du savoir, et l'élève dans un système de contrôle.

Le brevet de capacité professionnelle en 1922 officialise le titre d'infirmier(e) diplômé(e) d'Etat, et le véritable début de la formation infirmière, que Diebolt et Fouché (2011) qualifient de « minimaliste ». Nous avons vu que l'infirmière assied sa pratique sur les valeurs morales et religieuses de la femme consacrée (Collière, 1982, p. 76), « se perfectionner en valeur morale, car la science seule n'a jamais formé une âme » (ANIDEF, 1930, p. 217). L'infirmière se doit de servir et d'être la collaboratrice obéissante et dévouée du médecin. Elle est formée, en partie par lui, qui lui-même est relayé par la monitrice, présente à ses côtés lors du cours : « la monitrice sera une enseignante, une répétitrice pour la partie théorique, elle doit

¹⁶⁵ Dans les textes, la monitrice est présentée comme une infirmière de service, principalement dédiée à la formation des élèves (beaucoup dans le service et peu à l'école). Elle fait partie de l'équipe mais, vient en supplément de l'équipe. Elle prend en charge les malades du service de soins, mais lorsqu'elle s'en occupe, elle montre les gestes à un groupe d'élèves, au pied du lit du dit-malade. En quelques mots, elle effectue les soins, mais en présence des élèves, et de fait, elle semble plus représenter les « bonnes » pratiques, que les autres infirmières, qui elles, ne font que les soins aux malades.

organiser l'enseignement de façon à former un tout : pratique-théorique et formation morale. La formation morale soutenant et éclairant sans cesse l'enseignement théorique et pratique. » revendique Melle Fumey (monitrice) dans une publication de l'Infirmière Française (1936, p. 222). Elle n'a pas de formation spécifique, comme le présente le témoignage de cette monitrice « Bien que n'ayant pas de formation pédagogique particulière, je me suis lancée avec l'aide de quelques collègues devenues ainsi monitrices ''sur le tas''. Ceci nous a conduit à travailler en même temps que les élèves et à apprendre ou à réapprendre la théorie. » (Gaillard, 1950, cité par Chevandier, 2021)

« En effet, depuis le XIX^e siècle, les femmes comme éducatrices, sont considérées comme jouant un rôle essentiel dans la transmission des savoirs à la génération suivante (...). Ainsi on voit le sens de ce droit à l'instruction : recevoir une culture pour la transmettre. Mais tout se passe comme si on attendait des femmes qu'elles transmettent intacte et sans transformation, mais non pas qu'elles participent à la création de nouvelles formes culturelles et de nouveaux savoirs à partir de l'héritage reçu » (Mosconi, 1994, p. 80). Rappelons que c'est à cette époque que les médecins ont édité des manuels à destination des infirmières écrits à partir des pratiques de femmes, et des articles dans les revues infirmières. Afin de mettre en parallèle avec le système éducatif du moment, on parle de mixité dans les établissements, de féminisation de l'enseignement et de la division des savoirs (Mosconi, 1994).

Le diplôme d'État de monitrice et sa formation spécifique de trois mois, devait être instauré par le décret de 1942¹⁶⁶. Ce diplôme reconnaît que les infirmières peuvent former leurs paires sur la base de leur connaissance du travail infirmier, ce texte ne paraîtra pas, à l'époque, la priorité étant plus le recrutement de ces infirmières que leur formation. Rappelons qu'en France, le diplôme infirmier n'est rendu obligatoire pour exercer qu'en 1946, de nombreuses équivalences peuvent être obtenues.

Il devient de plus en plus impératif de fournir une formation suffisante pour comprendre et s'adapter au développement de la médecine et à l'évolution des soins aux malades. Beaucoup de personnels encadrant les élèves infirmiers dans les services de soins ne sont pas formés

Il faudra attendre 1951 pour qu'une expérimentation concernant la formation des monitrices d'école d'infirmières soit instaurée en ce sens, par la Croix-Rouge française. Sept ans après cette initiative privée, le Certificat d'Aptitudes aux Fonctions d'Infirmière Monitrice

¹⁶⁶ Article 10 du Décret n° 2484 du 10 août 1942 ayant pour objet la délivrance du diplôme d'État d'infirmière ou d'infirmier hospitalier.

(CAFIM) et le Certificat d'Aptitudes aux Fonctions d'Infirmière Surveillante (CAFIS) seront créés¹⁶⁷ par le ministère de la Santé. Les 2 corps de métier sont officialisés et reconnus, mais, le statut de ces personnels n'est fixé que par le décret du 10 janvier 1968, c'est le seul moment, dans leur histoire, où ces 2 corps de métiers seront reconnus par un titre.

Il est à noter que la formation diplômante de monitrice naît sous l'impulsion de l'OMS : « Nous avons supposé que les infirmières diplômées possèdent à fond le sujet qu'elles devaient enseigner, et que les universités devraient se borner à donner de cours sur l'histoire et la philosophie de l'éducation ainsi que sur les méthodes d'enseignement. Or, cette hypothèse s'est révélée fautive, d'abord parce qu'une monitrice doit posséder sur le sujet plus de connaissances qu'elle n'aura à en communiquer à ses élèves débutantes, et, ensuite, parce que les connaissances scientifiques de base étaient (et demeurent) insuffisantes. Les premiers cours pour monitrices sont donc devenus par la force des choses, un enseignement portant sur les sciences et sur les spécialités cliniques. » (Revue de l'Infirmière et de l'Assistante Sociale, 1956). Elles suivent comme leurs homologues se consacrant à la surveillance, des cours leur permettant d'enrichir leurs connaissances en médecine et chirurgie. Puis les monitrices bénéficient d'un programme pédagogique, qui consiste en notion de psychologie et des « méthodes propres à sa fonction : leçon, démonstration, interrogation et correction de devoirs » (Boudier, 2005, p. 46).

Les mutations structurelles et économiques que traverse l'univers de la santé vont engendrer des bouleversements dans la production des soins et de ce fait un ajustement du travail infirmier. Ceci entraîne la modification des programmes de formation, qui eux-mêmes, impactent les statuts et fonctions des acteurs de la transmission du métier.

Le monde hospitalier bouge, deux programmes de formation infirmière : 1951 (l'infirmière formée aux signes d'alarme pour assister le médecin), 1961 (l'infirmière-technicienne avalisée par le médecin) se suivent. La réforme hospitalo-universitaire et son hyper médicalisation implique la technicité accrue dans l'apprentissage des infirmières. En structurant la délégation des actes médicot techniques, les différentes moutures du Code de santé publique (1953, 1962) identifient l'exercice illégal de la médecine et les contraintes d'exercice de l'infirmière. Ces changements accélérés impactent aussi la représentation que les infirmières de service peuvent avoir de la monitrice d'école. En 1961, une monitrice s'exprime sur son

¹⁶⁷ Décret n°58-1104 du 14 novembre 1958 relatif à la création de certificats d'aptitude aux fonctions d'infirmiers (ères), moniteur (monitrice) et infirmier (e) surveillant...

métier dans la *Revue de l'infirmière et de l'Assistante Sociale*, résumant les nombreuses perceptions que l'on peut avoir de cette fonction : « Certaines imaginent la monitrice sur une estrade, parlant comme un livre à des élèves nombreuses et pensent qu'elles ne pourront jamais en faire autant. D'autres croient qu'une grande part de l'enseignement est donnée par des professeurs plus compétents et ne voient pas quel peut être le rôle de l'infirmière à côté d'eux. D'autres, aimant trop leur service auprès des malades, ne s'imaginent que monitrices en milieu hospitalier. D'autres enfin, savent bien que dans une école, la monitrice est un personnage que l'on voit un peu partout, qui fait un peu tout, sans que ses fonctions soient pour autant très déterminées dans leur esprit » (De Saxé, 1961). Elle fait référence à trois fonctions : d'enseignement, de coordination et d'éducation et tâches « dites » annexes.

Nous sommes toujours dans la conception de la répétitrice qui accompagne la révision et/ou la compréhension des contenus après la dispensation des cours par les médecins. De fait, elle doit faire un travail de préparation et d'appropriation des contenus, et les programmes des études infirmières se succédant rapidement, la monitrice doit aussi s'adapter à la délégation croissante de gestes que les médecins ne réalisent plus, c'est-à-dire à de nouvelles techniques qu'elles n'ont pas forcément apprises à faire, mais qu'il faut qu'elles enseignent.

L'enseignement pratique jugé primordial, correspond aux stages qui représentent 22 mois sur les deux années d'études du programme infirmier. Les élèves sont en stage 4 semaines de suite dans la même unité de soins. Ne faisant plus partie de l'équipe accueillant les élèves, la monitrice doit s'efforcer d'y trouver sa place lorsqu'elle va les voir sur le terrain et pratiquer avec eux des soins aux malades. Les élèves sont encadrés par l'infirmière du service ou par la monitrice qui s'y rend au rythme minimum de 3 jours par semaine, pour y pratiquer des soins aux malades avec les élèves « sous forme de démonstration et/ou révision technique ». Priorisant l'imitation comme moyen d'acquisition des techniques infirmières, la monitrice est donc très souvent en stage, 8 à 12 mois, mais a aussi sous sa responsabilité, l'approfondissement des soins sous forme de travaux pratiques à l'école en l'absence de « vrais malades », faisant vivre le lien hôpital/théorie/pratique. « Il s'agit d'un métier émergent, situé à la frontière de l'hôpital et de l'école. La monitrice va devenir une médiatrice en transmettant les innovations techniques aux jeunes générations » (Boudier, 2005, p. 52) dans une période où l'objectif de la formation infirmière est de répondre à la demande croissante d'auxiliaires médicaux des hôpitaux et du personnel médical.

Concernant sa propre formation, l'année d'études à l'école des cadres n'est pas obligatoire. Dans une revue professionnelle, une monitrice répond à la question du peu de

candidats à la fonction de monitrice, par l'affirmation suivante : « Rien, dans notre apprentissage, ne nous prépare à un rôle d'enseignant. Alors, est-il normal de compter uniquement sur les qualités innées de chacune et de transformer du jour au lendemain une soignante en pédagogue ? » (Wehrlin, 1962, cité par Pulido, 1993). Dans les Cahiers de l'AMIEC (association des amis de l'EIEIS), consacrés à l'étude des soins et du service infirmier, on peut trouver la description de ce qu'était une monitrice dans les années 70. Elles se nomment elles-mêmes « exécutantes d'enseignement », c'est-à-dire des « répétitrices de cours » de connaissances prioritairement théoriques que seuls les médecins évaluent... une « exécutante » d'enseignement à l'image de l'infirmière du moment, exécutante du médecin, dont le travail est morcelé en actes techniques, réalisés dans le cadre d'une organisation tayloriste (parcellisation et hiérarchisation des tâches), dont l'ordre est régi par la règle et le management est directif.

Ces monitrices confient aussi mal vivre leur place sur le terrain de stage, n'appartenant plus à l'équipe de soin, elles « changent de territoire », et même si elles passent du temps sur le stage, elles se retrouvent à évaluer des connaissances pratiques, qui le plus souvent ont été montrées par les infirmières du service.

Sur le plan sociétal, la France est en plein changement culturel, le citoyen devient un sujet libre dans ses choix de vie et on parle d'humaniser les hôpitaux.

« A la rentrée scolaire de 1972, les programmes sont modifiés. Les textes d'application ont surpris un grand nombre d'enseignantes qui, à leur retour de vacances, ont dû mettre en place ce programme sans aucune préparation. (...) l'application d'un tel programme est encore évoquée à ce jour comme une "véritable révolution" » (Boudier, 2005, p. 54). Ce programme comporte trois axes innovateurs : une durée des études augmentée à 28 mois (soit 4 mois de plus que le précédent), une alternance cours/stage revalorisant la théorie (1328 heures de cours et 2152 heures de stage, sur les 4080 heures de formation), et des contenus centrés sur « les soins infirmiers » dans une prise en charge holistique de la personne soignée. Rappelons que ce programme avalise la définition européenne de l'infirmière, c'est à dire responsable de l'ensemble des soins infirmiers que requièrent la promotion de la santé, la prévention de la maladie et les soins aux malades.

Ce programme « apporte de nouvelles perspectives à la profession : l'approche globale et le plan de soins, outil spécifique faisant apparaître un raisonnement clinique autonome » (Favetta, Feuillebois-Martinez, 2011, p. 67), laissant entrevoir une aptitude des infirmières à penser et à agir par elles-mêmes. Magnon (2001) parle d'« une nouvelle ère pour les infirmières

et les infirmiers. Celle d'une rupture avec les formations préparées, guidées, orientées par les médecins depuis 1923 et basées essentiellement sur une discipline, la médecine » (p.62).

Le programme de 1972 faisant référence aux équipes enseignantes, les comportements attendus sont la transmission de savoirs constitués et la vérification de leur assimilation. La monitrice devient l'enseignante-infirmière, elle est amenée à « enseigner » un métier qu'elle a elle-même pratiqué. Cependant, il est compliqué de recruter des infirmières formées pour l'enseignement, la circulaire de 1974¹⁶⁸ « autorise » les directeurs d'écoles d'employer des infirmières qui se formeront « sur le tas » tout en assurant la fonction d'enseignante. Ces « faisant-fonction » n'ont ni reconnaissance ni salaire supplémentaire, mais établissent un contrat moral avec la direction qui leur offre la possibilité de préparer le concours d'entrée à l'école des cadres. L'expérience pratique de terrain légitime le fait de pouvoir enseigner, et l'enseignement est une action « naturelle » (Perrenoud, 2004).

C'est en 1975, que le CAFIM (reconnaissant leur spécificité pédagogique) fusionne avec le CAFIS, pour devenir le diplôme : le Certificat Cadre Infirmier (CCI). On assiste à un changement fondamental : la suppression des deux fonctions différentes d'un même métier, d' « administration » et de « formation » pour ne conserver qu'une seule fonction : celle de Cadre Infirmier. « Il n'y a plus de formation spécifique à la pédagogie. Le choix des futures monitrices s'effectue en fonction de leur positionnement au concours d'entrée à l'école, les meilleures recrues devenant monitrices » (Boudier, 2006, p. XLIX). Cependant, nous pouvons tout de même noter que même s'il n'existe plus qu'un seul titre pour ces deux fonctions, elles évoluent de manière différente dans les textes réglementaires. Le terme « cadre » n'est pas nommé lorsqu'il est fait référence au chargé d'enseignement ou de formation, la dénomination employée dans les textes légiférant la formation est « enseignant » et le vocabulaire communément employé reste « monitrice ».

Le 31 mai 1978, la loi redéfinit ce qu'est une infirmière, lui reconnaissant officiellement une autonomie professionnelle dans l'exercice de son rôle propre, et l'année suivante, un nouveau programme d'études de 1979, s'adossant aux dispositions réglementaires européennes (accord¹⁶⁹ de 1965 et directive de 1977¹⁷⁰) oriente les études vers cette nouvelle définition de l'infirmière. Le diplôme d'Etat est reconnu au niveau BTS.

¹⁶⁸ Circulaire n° 4 280 du 11 septembre 1974 relative à la création des écoles d'infirmières.

¹⁶⁹ Accord européen sur l'instruction et la formation des infirmières. Conclu à Strasbourg le 25 octobre 1967.

¹⁷⁰ Directive 77/452/CEE du Conseil, du 27 juin 1977, visant à la reconnaissance mutuelle des diplômes, certificats et autres titres d'infirmier responsable des soins généraux et comportant des mesures destinées à faciliter l'exercice effectif du droit d'établissement et de libre prestation de services

L'autonomie de l'infirmière y est réaffirmée, avec l'apprentissage de la démarche de soins étape par étape à partir du modèle nord-américain de VH, définie comme étant un processus d'analyse de situation ou de résolution de problèmes adapté aux soins, « le processus par lequel l'infirmier(e) détermine, met en œuvre et évalue les actions relevant du rôle propre dans le cadre d'un contrat de soins avec la personne soignée » (Cazes, 1993, p 15).

La formation passe de 28 à 33 mois. Le stage ne représente plus que 50% du temps d'enseignement. On appelle « stage » toute expérience d'apprentissage, de courte ou de longue durée dans tout secteur d'activité, qui concourt à la formation. La formation professionnelle s'organise en « fausse » alternance (Malglaive, 1993), c'est-à-dire qu'à une période à l'école succède une période en stage, l'école d'infirmières suit la logique du programme et se concentre sur l'enseignement des savoirs, et incarne plutôt la quasi-totalité des savoirs, ce qui dévalorise les savoirs expérimentiels du stage.

Une enquête concernant la problématique du moniteur en 1980, publiée dans la revue de l'Infirmière et de l'Assistante Sociale montre qu'un tiers des infirmières-enseignantes exerce sans le diplôme de cadre, qu'un tiers seulement sont bachelières, et qu'à la quasi-unanimité elles se disent non formées à la fonction pédagogique. Concernant leur statut, 36% expriment leur désir d'obtenir celui des enseignants de l'Education nationale, 13% celui de ceux des universités (Clavé, 1981).

Les années 80 sont marquées par l'imposition du néolibéralisme et ses conséquences sur l'économie et le chômage. L'hôpital n'est pas épargné, la multiplication des actes techniques et la progression des dépenses de santé, l'intensification du travail et ses conditions déplorables, le turn-over des équipes et la pénurie d'infirmières. A cette période, « les infirmières ont connu un cycle d'agitation, aussi fort qu'inattendu » (Kergoat, Imbert, Le Doaré *et al.*, 1992). La mobilisation collective des personnels infirmiers en quête de reconnaissance engage aussi les écoles d'infirmières et leurs acteurs (monitrices et élèves).

L'obligation du projet d'établissement et sa terminologie portées par la loi du 31 juillet 1991 modifiant l'organisation hospitalière apparaît dans le programme des études de 1992 sous les intitulés « projet pédagogique » et « projet professionnel » en positionnant le bénéficiaire au centre du processus de formation. Les termes « élèves », « écoles d'infirmières » sont remplacés par « étudiants en soins infirmiers » (ESI), et « instituts de formation en soins infirmiers » (IFSI). Le texte nomme « l'équipe enseignante », et évoque l'activité de

« former un futur professionnel polyvalent », ce qui contribuera à parler de « formateur », et peut donner l'impression d'un changement symbolique, cependant le terme n'est pas officialisé.

Les activités du formateur se complexifient et son rôle évolue. On lui demande de plus en plus une activité d'ingénierie de formation. Cela s'accompagne de nouvelles modalités d'évaluation et d'un niveau d'exigence accru (à mettre en lien avec la mise en place des procédures qualité présentes dans le monde hospitalier). Le formateur doit donc acquérir de nouvelles connaissances et développer des compétences dans le cadre de l'analyse des situations de travail afin de gérer autrement l'alternance, avec la création d'un partenariat plus ou moins institutionnalisé. « L'identité professionnelle du formateur se construirait autour de trois axes : la fonction pédagogue quand le formateur enseigne, la fonction travailleur social quand le formateur est à l'écoute des formés, qu'il est soucieux de leur insertion sociale, la fonction technicien quand il transmet des savoir-faire » (Allouche-Benayoun, Pariat, 2000).

L'équipe pédagogique est autonome dans l'organisation du dispositif de formation et dans le choix du cadre conceptuel et des principes pédagogiques à partir du moment où ils sont tracés dans le projet d'institut, objectifs et actions pédagogiques argumentées, et approuvés par le conseil technique d'enseignement. La formation dure désormais 36 mois, s'appuie sur des modules de soins infirmiers, mais développe des modules transversaux comme celui de « Législation, éthique et déontologie, responsabilité » et renforce le suivi pédagogique en tant qu'accompagnement individualisé à l'apprentissage de l'étudiant. Celui-ci est responsabilisé, il devient auteur et « acteur de sa formation ». Dans le monde de la Santé, c'est l'utilisateur qui acquiert cette place.

Il est important d'indiquer qu'en 1993, le Ministère de la Santé et de l'action humanitaire déclare, dans un guide¹⁷¹ de démarche pédagogique pour l'apprentissage et l'enseignement des diagnostics infirmiers, « qu'il est essentiel d'avoir clarifié la finalité professionnelle, le sens et les concepts fondamentaux des soins infirmiers avant d'enseigner le diagnostic infirmier ; considérant que le raisonnement diagnostique est un processus et que la relation est incluse dans toutes les activités de soin » (p. 19) et recommande « d'instaurer une dynamique d'accompagnement entre les instituts de formation et les services de soins qui accueillent les étudiantes considérant qu'il est nécessaire d'avoir des références communes entre le milieu soignant et enseignant, considérant l'importance d'assurer la continuité entre la

¹⁷¹ Document du Ministère de la santé, 1993, *La démarche pédagogique pour l'apprentissage et l'enseignement des diagnostics infirmiers*.

formation théorique et clinique, considérant que le stage fait partie intégrante de la formation et que l'étudiante est en situation d'apprentissage » (p. 29). Cette imposition participe d'une difficulté des formateurs, il s'agit pour eux d'un véritable changement, ils ne sont pas formés à cette démarche de questionnement, ils ont souvent eux-mêmes, peu pratiqué la démarche de soins, et la vivent comme une application normative du modèle étasunien, un modèle trop enfermant, qui de fait, reste un « *outil d'école théorico-théorique* » qu'ils ont des difficultés à s'approprier, et donc à enseigner. « Ce domaine de savoir est encore laissé le plus souvent à la libre interprétation de chaque formateur. La plupart ne les ont pas pratiqués et n'ont pas été formés à cet enseignement, bien que le programme de 1992 fasse obligation de les enseigner. (...) Certains formateurs préconisent même de nommer les problèmes des personnes soignées selon leur propre humeur et leur convenance personnelle, quand d'autres sont très attachés au respect de l'intitulé diagnostique par la Nanda International. (...) Enseigne t'on la même conception professionnelle dans ces cas précis ? Et comment obtenir consensus professionnel par la suite ? » (Aubry, 2006, p. 28). Il existe des disparités entre les formateurs sur la conceptualisation de la démarche diagnostique, et sur son enseignement. Ils se confrontent de la même manière que les infirmières de terrain au choc des cultures, celle « de simple exécutante d'une pratique médicale organiciste et curative » (Romeder, 2009, p. 100) dans laquelle ils ont été immergés dans leur formation et dans leur carrière professionnelle antérieures, et celle d'une dimension autonome de l'infirmière construite à partir de « cette interdépendance entre deux approches du soin, l'une centrée sur l'organe, objet de soin, et l'autre s'intéressant au sujet de soin » (ibid). Dans une étude française spécifique sur ce sujet, Montesinos énonce : « Ainsi, on constate que : les écoles ne savent pas mieux que les services ce qu'est le rôle propre infirmier et ne lui accordent pas plus d'intérêt. Les enseignantes n'obtiennent pas de bien meilleurs résultats que les étudiantes qu'elles ont pour mission de former. Les étudiantes infirmières, censées avoir bénéficié d'une formation en ce domaine, ne sont qu'à peine mieux placées que les infirmières... Il apparaît que vingt ans après la promulgation d'une loi qui l'a officiellement reconnu, le rôle propre infirmier est encore trop largement méconnu d'infirmières et de cadres qui ont pour mission de l'enseigner, de l'organiser et de le mettre en œuvre... » (1999, p. 4).

Dans sa thèse, Bertholet-Sini explique qu'une fois diplômé, les jeunes infirmier(e)s abandonnent de suite tout ce nouveau vocabulaire « en bloc : les diagnostics infirmiers et le raisonnement clinique, (qui pourtant devrait intégrer le jugement éthique) comme si ce qu'ils avaient appris étaient inapplicables dans la pratique de soin et que, d'autre part, ce raisonnement n'était pas suffisamment intégré pour pouvoir donner du sens à leur approche clinique et ils n'y trouvaient par conséquent aucun bénéfice » (2000, p. 337).

Au moment même où l'expertise infirmière devient la polyvalence, et que le décloisonnement est à l'ordre du jour dans l'organisation hospitalière, la formation du formateur d'IFSI change, le certificat cadre infirmier (CCI) (issu de la fusion en 1975 des diplômes CAFIS et CAFIM) se transforme en 1995¹⁷² en diplôme de cadre de santé (CS), obligatoire pour exercer en IFSI.

Prônant la polyvalence, l'arrêté¹⁷³ précise que cette formation « a pour ambition de favoriser l'acquisition d'une culture et d'un langage commun à l'ensemble des cadres de santé afin d'enrichir les relations de travail et les coopérations entre les nombreuses catégories professionnelles indispensables à la cohérence des prestations. Elle met en œuvre à cette fin un programme identique pour l'ensemble des filières professionnelles...la formation instituée a pour objectif de préparer les étudiants conjointement à l'exercice d'animation et de gestion d'une part, de formation et de pédagogie d'autre part » (annexe 1 p 1). La formation est « dispensée par les seuls instituts de formation des cadres de santé agréés [IFCS] à cet effet qui, par ailleurs, sont habilités à participer à des missions de formation continue et d'adaptation à l'emploi de l'encadrement, de recherche et de conseil ».

Concernant la formation inhérente aux fonctions de formateur d'IFSI, un seul module de formation IFCS sur les 6 y est consacré : « Cinq semaines d'enseignement théorique et quatre semaines de stage en établissement de formation sanitaire ou social, ou Six semaines d'enseignement théorique et trois semaines de stage en établissement de formation sanitaire ou social ». Le contenu théorique, toujours d'actualité à ce jour, est généraliste, et « ne permet en aucun cas de développer en profondeur les aspects didactiques spécifiques aux métiers » (Poisson, 2010). Et la formation s'ouvre au management des ressources humaines, à la contribution économique, à l'approche de la complexité et à la notion de qualité. Le cadre perd sa légitimité clinique, et son activité devient plus administrative ou gestionnaire. Certains IFCS réalisent des partenariats universitaires, permettant aux étudiants de suivre des parcours complémentaires de type licence, voire L1 en management, sciences de l'éducation.

Le formateur en soins infirmiers a toujours été jusqu'à maintenant, avant tout un professionnel infirmier. Les transformations successives de la formatrice d'infirmières, en parfaite adéquation avec les évolutions de la profession infirmière et leurs contextes socio-politico-économiques, ont été, au fur et à mesure, légiférées dans les textes professionnels.

¹⁷² Décret n°95-926 du 18 août 1995 portant création d'un diplôme de cadre de santé.

¹⁷³ Arrêté du 18 août 1995 relatif au diplôme de cadre de santé.

Le formateur en soins infirmiers s'est toujours considéré comme un professionnel transmettant des savoirs constitués, son métier évoluant de plus en plus vers une fonction enseignante, sans qu'une formation spécifique lui soit dévolue.

2.2. Le paradoxe contemporain de l'universitarisation des études infirmières : la confrontation de l'approche compétences et de l'universitarisation européenne

Le 7 août 2009, l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'État d'infirmier est présenté au Journal Officiel pour une application en septembre 2009. Engagée dans le processus licence-master-doctorat, la formation infirmière s'inscrit désormais dans l'architecture européenne des études supérieures. Le rapprochement de la formation professionnelle infirmière avec l'université induit de nouvelles interrogations chez les formateurs en soins infirmiers, car deux logiques sont amenées à coexister : « d'une part la logique universitaire classique, qui privilégie les connaissances fondamentales et la recherche et ne prépare qu'incidemment à des professions ; d'autre part la logique formation professionnelle de haut niveau, orientée par le souci d'une action efficace, donc de connaissances dont la pertinence pratique importe davantage que le statut épistémologique » (Perrenoud, 1993, p 114).

La formation infirmière est présentée comme « repensée », il s'agit de « l'universitarisation » des études infirmières. « L'universitarisation consiste dans le principe soit à donner un caractère universitaire à une formation en fonction de certains critères et de rigueur scientifique, soit à faire suivre une formation supérieure universitaire à quelqu'un. Ainsi ce qui serait intégré à l'Université serait donc universitarisé de fait et bénéficierait du label universitaire » (Bourdoncle, 2007, p 137).

Ce néologisme signe le début d'un processus qui inquiète les formateurs d'IFSI, surpris d'un côté par la soudaineté de la consigne, à savoir mettre en place pour la rentrée de septembre un nouveau programme d'études que la plupart d'entre eux ne connaissent pas et, de l'autre, l'apparition d'un programme d'études déclinant de façon détaillée des rôles et fonctions des différents acteurs de la formation.

La réforme de la formation infirmière s'inscrit dans le cadre de l'évolution de la formation en France et en Europe. Au niveau européen, deux processus sont en œuvre et visent à garantir la perméabilité, la transparence et la mobilité dans le secteur de la formation pour toute l'Europe.

Le processus de Copenhague vise une coopération européenne renforcée en matière d'enseignement et de formation professionnelle avec la création du Cadre Européen des

Certifications (CEC). Son équivalent national, le Répertoire National des Certifications Professionnelles (RNCP), est créé par la loi dite de modernisation sociale¹⁷⁴ en 2002. Les métiers inscrits à ce répertoire sont formatés sous la forme suivante « une description des activités d'un métier, d'une fonction ou d'un emploi existant et identifié, élaboré avec la participation des professionnels concernés » et « une description pour tout candidat, des compétences, aptitudes et connaissances associées attestant d'une qualification, et nécessaires à l'exercice du métier »¹⁷⁵. Outre le recensement de l'ensemble des certifications à valeur nationale délivrées en France en lien avec la définition européenne, cette loi introduit la validation d'acquis d'expérience (VAE). C'est un acte officiel par lequel les compétences acquises par l'expérience sont reconnues comme productrice de savoirs, ayant la même valeur que celles acquises par la formation. Deux décrets¹⁷⁶ légifèrent l'obtention des diplômes par l'expérience, un dans le domaine du professionnel, l'autre dans celui de l'enseignement supérieur. « La question de la formation, élargie à celle de la gestion des compétences et des apprentissages, devient dès lors une question centrale, sur laquelle, dirigeants, représentants du personnel, communauté médicale et personnels doivent porter un regard permanent et éclairé » (Barthes, 2007).

Concomitamment, la déclaration de Bologne lance en 1999, le processus du même nom visant à introduire un système de grades académiques facilement « lisibles » et comparables, à promouvoir la mobilité des étudiants, enseignants et chercheurs, à assurer la qualité de l'enseignement et à prendre en compte la dimension européenne de l'enseignement supérieur. Il doit aboutir à « l'espace européen de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'apprentissage tout au long de la vie » pour les pays signataires de la Convention culturelle européenne, reconnaissant l'importance des institutions supérieures non universitaires jusqu'à non consultées. Se positionner dans le système LMD organisé en niveaux, sans notion de durée imposée d'études, implique de ne plus penser les formations initiales, spécialisées, cadres, comme une fin en soi, mais comme une étape dans un cursus complet permettant d'accéder au master puis au doctorat.

En 2009, l'institutionnalisation de la VAE d'une part, et la réforme LMD induisent une refonte des programmes des études, restructurant la formation en « unités de compétences »

¹⁷⁴ Loi n°2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale.

¹⁷⁵ Décret n°2002-616 du 26 avril 2002 pris en application des articles L.335-6 du code de l'éducation et L.900-1 du code du travail, relatif au répertoire des certifications professionnelles

¹⁷⁶ Décret n° 2002-615 du 26 avril 2002 pour l'enseignement professionnel, et décret n° 2002-590 du 24 avril 2002 pour l'enseignement supérieur

validables par la formation ou la VAE, et en « Unités d'Enseignement » capitalisables et transférables à d'autres formations universitaires, créant de fait, un paradoxe : la formation professionnelle supérieure s'universitarise et l'Université professionnalise ses contenus et ses parcours de formation.

Il est à noter que l'université est traversée par des débats similaires à celui du monde de la santé : nouvelle gouvernance, marchandisation, rentabilité, flexibilité, partenariat...

« Sous l'effet de la ''Déclaration de Bologne'', de la publicisation des classements internationaux, de la généralisation des outils de référencements technologiques et de la loi LRU¹⁷⁷, la rhétorique de l'excellence a envahi les discours de la communication institutionnelle des universités » (Granget, 2009, p 152). L'Université est rentrée dans la démarche qualité par la mise en place d'un Haut Conseil de l'Évaluation de la Recherche et de l'Enseignement Supérieur (HCERES) qui assure ses missions d'évaluation. La loi de transformation¹⁷⁸ dite Loi Fioraso du 22 juillet 2013 prévoit les coordinations territoriales et regroupements d'établissements, un seul établissement chargé de la coordination territoriale sur un territoire donné (académique ou inter académique) : la communauté d'universités et d'établissements (COMUE). L'ouverture à l'environnement socio-économique, à l'international, à toutes les formes d'enseignement et de recherche y est aussi encouragée. La politique de la recherche et du développement technologique vise à l'accroissement des connaissances, à la valorisation et au transfert des résultats de la recherche vers le monde socio-économique et en appui aux politiques publiques à la diffusion de l'information scientifique. La stratégie nationale de recherche est axée sur les défis scientifiques, technologiques et sociétaux, avec valorisation et transfert des résultats de la recherche vers le monde socio-économique.

L'ordonnance du 12 janvier 2018¹⁷⁹ et les ambitions affichées du projet de loi de programmation de la recherche (LPPR)¹⁸⁰: « Mieux financer et évaluer la recherche publique, améliorer l'attractivité des métiers de la recherche et replacer la science dans une relation ouverte avec l'ensemble de la société » secoue la communauté scientifique. Les crédits générés par les taux de réussite aux examens, les taux d'insertion professionnelle, les innovations et projets de recherche entraînent une « industrialisation » de la recherche et une « bureaucratisation du travail des chercheurs » (Hubert, Louvel, 2012). Avec la promulgation

¹⁷⁷ Loi relative aux libertés et responsabilités des universités de 2007 (loi LRU).

¹⁷⁸ Loi n° 2013-660 du 22 juillet 2013 relative à l'enseignement supérieur et à la recherche.

¹⁷⁹ Ordonnance n° 2018-1131 du 12 décembre 2018 relative à l'expérimentation de nouvelles formes de rapprochement, de regroupement ou de fusion des établissements d'enseignement supérieur et de recherche.

¹⁸⁰ Projet de loi de programmation de la recherche pour les années 2021 à 2030 et portant diverses dispositions relatives à la recherche et à l'enseignement supérieur, n° 3234, déposé(e) le mercredi 22 juillet 2020.

de la loi ORE « Orientation et Réussite des Étudiants » le 8 mars 2018, les modalités d'accès au premier cycle des études supérieures, et la licence, changent.

Ceci impacte directement les IFSI, leur concours de sélection à l'entrée (3 épreuves, 2 écrites et 1 orale) disparaît en janvier 2019, l'admission se faisant désormais via la plateforme Parcoursup.

D'autres éléments se rajoutent à cela : l'injonction de professionnalisation des formations changeant la posture de l'enseignant ou du formateur, d'une position « traditionnelle et transmissive » de formation à une posture d'accompagnement des liens théorie/pratique pour l'apprenant, et/ou l'apparition de la formation à distance et de logiciels éducatifs, et les pratiques sociales du numérique venant bouleverser le rapport et l'accès aux savoirs.

Dans le communiqué du 1^{er} septembre 2017, les 2 ministres de la santé, A. Buzin et de l'enseignement supérieur F. Vidal, déclaraient conjointement : « Cette intégration des formations paramédicales et de maïeutique dans l'université répond à plusieurs objectifs de long terme, déterminants pour l'évolution du système de santé et la production de connaissances dans le champ de la santé : développer l'activité de recherche, particulièrement en sciences infirmières, en sciences de la réadaptation et en science maïeutique ; décloisonner les filières, et former tous les étudiants en santé à travailler de façon coordonnée autour des mêmes patients ; reconnaître pleinement l'appartenance à l'enseignement supérieur, avec le statut et les droits afférents, de tous les étudiants engagés dans les filières de santé ; assurer une gestion des compétences acquises adaptée aux besoins de chaque territoire, que ce soit dans le cadre de la formation initiale ou tout au long de la vie des professionnels de santé ; et enfin permettre le développement de nouveaux métiers reposant sur de nouvelles formations » (IGAENR).

Le Conseil des ministres du 30 octobre 2019 adopte un décret ouvrant la voie à la création de trois sections de qualification du Conseil National des Universités en sciences infirmières (CNU 92), en maïeutique (CNU 90), en sciences de la rééducation et de la réadaptation (CNU 91), et concomitamment, le projet de loi de programmation de 2020¹⁸¹ remet en cause la légitimité de la CNU.

La gestion des compétences actuelles et par anticipation celles souhaitées, devient la démarche à mettre en œuvre pour répondre aux mutations socio-économiques et à leurs conséquences sur l'organisation du travail. Fortement institutionnalisée, cette démarche exige

¹⁸¹ Loi n° 2020-1674 du 24 décembre 2020 de programmation de la recherche pour les années 2021 à 2030 et portant diverses dispositions relatives à la recherche et à l'enseignement supérieur.

l'élaboration d'outils spécifiques – référentiel d'emploi, de compétences et de formation – et influence fortement l'ingénierie et les modalités de la formation. Il est demandé aux individus anticipation, implication et responsabilité, dans un contexte de travail en mutation permanente. Le choix est de former des soignants autonomes, responsables et réflexifs préparés à s'impliquer dans la mise en œuvre de la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins tout au long de leur parcours professionnel, et ce dans le cadre d'une pluri professionnalité. Cette formation professionnalisante a pour mission de diplômer des « débutants compétents », « dotés des outils cognitifs et des attitudes qui leur permettront de faire face et d'évoluer dans les multiples contextes de travail qu'ils sont susceptibles de rencontrer, voire même de les modifier » (Beckers, 2007, p31).

Ainsi, pensée en adéquation avec les besoins du métier et avec l'évolution des pratiques professionnelles, la réingénierie de la formation infirmière s'est faite dans une démarche de réflexion participative de représentants de la profession sur leur métier initiant un processus de référentialisation (Figari, 1994), « d'une reconstruction de la réalité qui n'est jamais donnée directement à voir et qu'il faut analyser, disséquer et reconfigurer » (Ardouin, 2008, p.96) devenant « un cadre collectif, une organisation d'un réel partagé par un groupe d'individus concernés par la formation qu'il décrit » (Postiaux, Bouillard & Romainville, 2010, p. 19). La méthodologie utilisée dans le groupe de travail a consisté à écrire les référentiels, référentiel entendu comme « le résultat d'une démarche d'analyse du travail qui permet de dresser, à un certain moment, un inventaire de l'emploi, un inventaire des activités et de leurs évolutions, et un inventaire des compétences liées à ces activités. Le référentiel constitue un outil qui permet non seulement de piloter la gestion des emplois, mais aussi d'évaluer et de valider des compétences, ou encore d'élaborer et de prescrire des produits et des prestations de formation » (AFPA)¹⁸².

Dans un premier temps, le référentiel d'activités (appelé aussi référentiel métier) est élaboré à partir de la définition de l'infirmier(e) dont les bases juridiques de la profession infirmière, figurent dans le Code de Santé Publique¹⁸³ et regroupe les activités exercées par les professionnels par 9 grands domaines, déclinés en sous chapitres, puis en actes.

À partir de l'élaboration d'une cartographie des activités professionnelles, les professionnels du groupe de travail interrogent le « cœur du métier » et effectuent une

¹⁸² Définition de l'Association nationale pour la Formation Professionnelle des Adultes (A.F.P.A).

¹⁸³ Décret n°2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V du Code de la Santé Publique relatif à la profession « infirmier », actes professionnels. JO, 08 août 2004, p. 14150.

description détaillée des différentes activités, dans différents lieux et dans différents contextes d'exercice, normalisant davantage les gestes du métier (Legendre & David, 2012). Tous les actes professionnels du décret sont présents¹⁸⁴.

Ce référentiel est ensuite questionné pour rechercher les compétences exigées pour les réaliser. Le référentiel de compétences¹⁸⁵ regroupe, par grands domaines, toutes les compétences exigées par la personne qui obtiendra son diplôme professionnel, que ce soit par la voie de la formation ou de l'expérience. Il énonce 10 compétences que l'étudiant va devoir acquérir. Elles sont catégorisées en compétences « cœur de métier » qui sont spécifiques à la profession infirmière, et des compétences dites « transverses » ou « communes » à d'autres métiers, pouvant ainsi faire l'objet d'une réflexion dans la perspective de la création de passerelles entre diplômes (exemple : la communication, l'analyse de la qualité de sa pratique professionnelle...). La compétence se caractérise par la manifestation de la capacité, qui elle-même se définit comme une possibilité d'action s'actualisant ou non, en fonction des contextes.

Le référentiel de compétences a ainsi une double fonction de guide et d'accompagnateur de l'apprentissage, mais aussi de système de repérage au moment de l'évaluation de l'acquisition des compétences, dans une logique d'alternance qui se veut intégrative (Malglaive, 1993, Bachelard, 1994). Pour chaque compétence, divers critères descriptifs d'évaluation et des indicateurs permettant d'objectiver les résultats attendus sont énumérés.

Le référentiel de formation décrit, pour l'ensemble de la formation professionnelle, les conditions d'accès et les pré requis, la durée de la formation théorique, pratique et clinique, les objectifs et le contenu des connaissances que doivent avoir acquis les professionnels pour garantir la sécurité et la qualité des soins, les caractéristiques des stages cliniques et les modalités d'évaluation. Puis, ce référentiel de formation reprend les unités de compétences du référentiel établi précédemment pour en faire des unités de formation, des objectifs de formation et recenser les savoirs à acquérir en formation.

¹⁸⁴ « l'observation et recueil de données cliniques, les soins de confort et de bien-être, l'information et éducation de la personne, de son entourage et d'un groupe de personnes, la surveillance de l'évolution de l'état de santé des personnes, les soins et activités à visée diagnostique ou thérapeutique » complétés par « la coordination et l'organisation des activités de soins, de formation et information de nouveaux personnels et de stagiaires ; et la veille professionnelle et recherche » BO Santé- Protection sociale- Solidarités n° 2009/7 du 15 août 2009. Annexe II Référentiel de compétences. BO, 2009/7 du 15 août 2009, p. 258.

« Les acteurs impliqués dans le processus de construction du référentiel représentent des intérêts corporatistes différents, voire divergents et, dans la mesure où ce qui est recherché est beaucoup plus un consensus permettant une reconnaissance sociale des formations, on procède plus par accumulation de références que par analyse de celles-ci et des points de vue de chacun des acteurs » (Raisky, 2001, p 36).

Les ambitions du référentiel de formation sont clairement énoncées, il « 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 seules et en équipe pluri professionnelle. 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 » (p 275).¹⁸⁶ Le référentiel de formation préconise les pédagogies dites « actives » centrées sur l'étudiant dans sa globalité et sur sa capacité à construire son savoir, l'entraînement réflexif et l'individualisation du parcours de formation nécessaire à la professionnalisation de l'étudiant, le travail collaboratif et la recherche.

Depuis les premiers programmes de formation, la pédagogie par objectifs est au cœur de la formation infirmière. Des comportements observables attestent des apprentissages maîtrisés par l'étudiant, seul le résultat désirable est attendu et non le processus d'apprentissage. Le formateur en soins infirmiers s'est toujours considéré comme un professionnel transmettant des savoirs constitués, et cette méthode lui sert à guider l'action pédagogique en lui fournissant une base rationnelle pour l'évaluation depuis de nombreuses années.

L'approche par compétences induit le passage de l'approche par les disciplines médicales à une approche par les situations de soins infirmiers. Les références aux paliers d'apprentissage (comprendre, agir, transférer) et à la réflexivité sont clairement énoncées dans le référentiel.

« 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 la compétence... Ainsi sont nommés et valorisés les principes de l'action, les références

¹⁸⁶ Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au Diplôme d'Etat d'infirmier(e).

scientifiques, les schèmes d'organisation... » (idem, p 275).¹⁸⁷ La mobilisation de savoirs ressources est au cœur de la compétence : savoirs théoriques (savoir comprendre, savoir interpréter), savoirs procéduraux (savoir comment procéder), savoir-faire procéduraux (savoir procéder, savoir opérer), savoir-faire expérientiels (savoir y faire, savoir se conduire), savoir-faire sociaux (savoir se comporter, savoir se conduire), savoir-faire cognitifs (savoir traiter de l'information, savoir raisonner, savoir nommer ce que l'on fait, savoir apprendre) (Le Boterf, 2004). L'individu devient compétent grâce à sa capacité à mobiliser ces ressources pertinentes pour faire face à une situation. Cette mobilisation des ressources, il la nomme « savoir-mobiliser » c'est à dire un ensemble de ressources personnelles appropriées, de son environnement pour gérer un ensemble de situations professionnelles afin de produire des résultats satisfaisant à certains critères de performance pour un destinataire, une « façon de s'y prendre » propre à chaque individu dans une situation et un contexte donnés. « Le sujet apprend non pas parce que le réel existe et qu'il cherche à le comprendre, mais c'est parce que l'homme cherche à le comprendre qu'il fait exister le réel. On retrouve la vieille idée constructiviste : le sujet se construit en construisant le monde » (Develay, 1992).

L'apprentissage consiste donc à donner du sens, et la capacité de l'étudiant à agir avec réflexivité lors de la réalisation d'une activité devient souvent un indicateur de la manifestation de la compétence. Avec le paradigme socioconstructiviste, l'accent est posé sur le caractère personnel de l'apprentissage, mais aussi sur son caractère interactif et coopératif, le rôle de la réflexion sur l'apprentissage en cours et la démarche de recherche, la nécessité du déséquilibre des connaissances antérieures et l'importance d'une construction de nouvelles connaissances, mettant en lien acquisition de compétence et projet professionnel de l'apprenant.

La posture pédagogique y est explicitement indiquée en lien avec l'apprentissage de la démarche de soins infirmière : « 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 » (p 276).

La notion de savoir infirmier apparaît dans le programme : « les unités d'enseignement correspondantes sont traitées de la même manière que les UE des disciplines médicales ou

¹⁸⁷ Extrait du référentiel de formation infirmier – BO Santé – Protection sociale – Solidarités n°2009/7 du 15 août 2009.

sciences humaines. C'est un défi pour le monde infirmier français que de remplir le contenu de ces unités sous une forme visible pour le monde universitaire » (Coudray, 2010, p 24).

La formation s'organise autour des situations représentatives du métier, « Dans ce cas, c'est la situation qui est un principe organisateur et qui amène à faire appel, en tant que besoin, c'est-à-dire de manière assez opportuniste, à des connaissances appartenant à des domaines variés » (Pastré, 2004, p. 6). Le formateur doit problématiser et conceptualiser les situations apprenantes afin de mettre en œuvre les conditions nécessaires à l'exercice d'un raisonnement chez l'étudiant, afin de les rendre les plus "rentables" pédagogiquement parlant. Le savoir devient un instrument, un outil d'aide de la résolution de problème dans la situation de travail. De façon implicite, le formateur est amené à mettre en place le dispositif pédagogique utile au transfert des savoirs d'une situation à une autre, à proposer la situation à un groupe d'apprenants, à impulser la dynamique de questionnement et de recherche, et à « s'efface(r) pour laisser l'étudiant chercher » (De Vecchi, 1992, p.49). Il s'agit de créer « une culture » dans laquelle chacun participe à l'élaboration du sens et ainsi comprend par lui-même, tout en conduisant le groupe vers une attente spécifique de formation.

« L'apprentissage ne s'opère plus par identification et parole dans l'action, mais par différenciation et parole sur l'action » (Hofstetter & Scheuwly, 2009, p 13), les pratiques doivent être mises en discours pour devenir enseignables. Les formateurs sont tenus de penser et construire les unités d'intégration pour faciliter la construction des savoirs et leur transfert en situation réelle en reliant apports disciplinaires, professionnels et transversaux, en articulant savoirs académiques et savoirs professionnels. Ce dispositif centré sur l'entraînement à la réflexion et à l'action amorce la logique de réflexivité.

Développer la dynamique relationnelle, gérer les interactions entre pairs, générer les confrontations d'idées et de points de vue, induire des déstabilisations pour stimuler les conflits sociocognitifs (Piaget, 1957) tout en recherchant l'accord font aussi partie des prérogatives induites par le modèle socioconstructiviste. Cet environnement incertain et instable, cette stratégie didactique interactive (Santucci, 2001, p 81) peuvent sortir le formateur de sa zone de confort, lui faire prendre conscience de ses limites ou générer de la résistance. Il n'est plus un transmetteur de savoirs, stables et légitimés, il devient un enquêteur/analyste capable d'observer des professionnels en activité (Tourmen, 2014), un animateur de groupe d'analyse de pratique favorisant l'explicitation et la conceptualisation, en encourageant la coordination interindividuelle.

Il est amené à modifier sa perception de l'apprentissage. « L'enseignant doit vivre une rupture épistémologique par rapport au savoir de référence et par rapport à ses propres connaissances sur ce savoir, pour être capable de prendre en considération les conceptions des élèves et leurs théories dans la tête à propos de ce même savoir » (Jonnaert, 2009, p. 104).

Le terme de réflexivité devient générique, il est utilisé avec une multitude de déclinaisons : apprentissage réflexif, pratique réflexive, analyse réflexive, démarche réflexive... Dans son ouvrage paru en 1983 et traduit en France en 1994, Schön explique que « le tournant réflexif est une sorte de révolution. Le problème d'élaborer une épistémologie de l'agir professionnel est pris à rebours. A la question : " qu'est-ce que les praticiens ont besoin de savoir ? ma réponse préférée consiste à attirer l'attention sur le savoir dont ils font montre dans leur agir professionnel" » (p.24).

Prendre sa propre action comme objet de sa réflexion, devenir son propre objet de réflexion, reconnaître en lui des attitudes et des pratiques qui ne sont pas spontanément conscientes...réfléchir sa pratique ne va pas de soi pour un professionnel. Il faut dans un premier temps qu'il prenne ou ait conscience d'un besoin de questionnement professionnel.

Certains auteurs avancent qu'il y a de la réflexivité, quand les habitudes sont remises en question. Piaget (1947) affirme qu'on ne cherche à apprendre que lorsqu'on ne réussit pas. Et Perrenoud (2001), dans ses recherches sur la place de la pratique réflexive en formation notamment dans les métiers de l'enseignement et du soin, montre que tout praticien devient réflexif lorsque c'est une « question de survie », tout en nommant que cette espèce de lucidité ne suffit pas à instaurer le changement. « Cette pratique, si elle est régulière, ne fait que manifester une "disposition" stable du sujet, que je nommerai "posture réflexive" » (Perrenoud, 2013, p.84). Cette posture n'est pas spontanée et oblige le praticien à faire un effort. Elle n'est pas sans risque pour celui qui l'adopte, car elle vient questionner ce qui est tenu pour acquis. Cela équivaut comme l'exprime Perrenoud (2001) à « agir contre son confort immédiat, déstabiliser des automatismes qu'on a eu le plus grand mal à mettre en place », des fonctionnements psychiques et/ou relationnels que le sujet n'a pas forcément envie de voir.

En réaction, cette posture déstabilisante pour celui qui l'adopte, peut aussi soulever des résistances (internes comme externes), créer des tensions au sein du collectif, questionner l'organisation...

Rappelons aussi que le formateur en soins infirmiers ne bénéficie pas d'une formation spécifique pour exercer en IFSI. On ne leur reconnaît ni des compétences spécifiques, ni de savoir propre autres que ce qui est supposé être pour un(e) infirmier(e). Le vécu est source de

savoir, la formation est expérientielle en supposant que l'analyse des pratiques soit réalisée, une véritable "épistémologie du savoir de et sur l'action" (Schön, 1983). Il est considéré comme expert grâce aux expériences accumulées sur son activité professionnelle et le fait qu'il ait envie de les transmettre le fait devenir formateur. Les multiples injonctions du référentiel de formation posent la question de la polyvalence du formateur en soins infirmiers, et la logique de contenus fait place à la logique de productions de savoirs, un tel changement « suppose que les formateurs et formatrices prennent eux aussi en charge leur propre épistémologie et questionne leur type de savoir » (Désautels & Larochelle, 1993, p. 4).

2.3. Les évolutions attendues

2.3.1. La mutation fonctionnelle et organisationnelle des IFSI

La responsabilité des formations paramédicales et sociales sont sous la responsabilité des régions depuis 2004¹⁸⁸. La région prend en charge les frais de fonctionnements, les équipements des instituts de formation paramédicaux et sociaux, et octroie les bourses aux étudiants. L'Agence Régionale de Santé (ARS) contrôle le suivi des programmes, l'évaluation de la qualité de la formation, l'agrément des établissements de santé et préside leurs instances.

Jusqu'en 2009, le diplôme d'Etat d'infirmier(e) était un diplôme à finalité professionnelle, « post-bac », ne relevant pas de l'enseignement supérieur, mais des dispositions des articles L335-5 et 6 du Code de l'Education. Les études étaient homologuées en niveau III, c'est-à-dire bac +2, et ce, malgré leur durée de 36 mois. La formation relevait des IFSI¹⁸⁹ faisant partie d'établissements publics de santé et d'instituts privés. Dans l'universitarisation, l'organisation des concours reste de la compétence de l'Etat, jusqu'à leur suppression en janvier 2019.

En 2010¹⁹⁰ les directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS) se voient confier « la mission de certification des diplômes pour toutes les professions paramédicales et les diplômes de cadre, conformément au décret no 2009-1540 du

¹⁸⁸ Loi n°2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et aux collectivités locales.

¹⁸⁹ 333 IFSI, chiffres de 2006.

¹⁹⁰ Instruction DGOS/RH1 no 2010-228 du 11 juin 2010 relative à la répartition des missions relatives à la formation initiale et à l'exercice des professionnels de santé et de certaines missions relevant de la fonction publique hospitalière, dans le cadre des agences régionales de santé et des directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale.

12 décembre 2009 relatif à l'organisation et aux missions des directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale » (BO, 2010, p 292)¹⁹¹.

Les IFSI étant rattachés juridiquement à un établissement hospitalier, les établissements support doivent créer un groupement de coopération sanitaire (GCS), modèle de la coopération et de la restructuration hospitalière, à raison d'un groupement par académie et, à ce titre, passer convention avec la Région et l'Université. Cette création est très encadrée par le loi, la circulaire interministérielle du 9 juillet 2009¹⁹² précise les modalités de ces conventionnements avec l'injonction d'une signature au plus tard en juin 2010 et propose deux documents utiles : une convention constitutive type du GCS regroupant les Ifsi publics et un projet de règlement intérieur du groupement.

Il s'agit là d'une situation pour le moins complexe : le contrôle pédagogique des instituts est pris en charge par l'ARS, ils sont en tant que centre de formation rattachés juridiquement aux hôpitaux d'adossment, et ce sont ces mêmes hôpitaux qui fournissent les terrains de stage, la formation théorique est pour une partie sous la responsabilité de l'Université, dont les recteurs chanceliers signent le grade licence et le diplôme d'Etat est délivré par le préfet de région, sans oublier le conventionnement en GCS avec plusieurs pairs, la Région et l'Université.

2.3.2.L'injonction de partenariat

« Le partenariat est un concept déclinable en fonction des réalités, des acteurs concernés, des objectifs visés et de l'évolution des sociétés. Si la valeur d'association est bien mise en avant dans l'étymologie de partenaire, le mot est aussi l'avatar du terme partitio "séparation" et comporte donc, de manière intrinsèque le paradoxe de l'opposition/coopération » (Gasse, 2011, p 48). Il ne se décrète pas, mais se construit, se négocie en s'inscrivant dans une logique de co-élaboration d'un projet commun (Mérini, 1998).

Renvoyant « à toutes formes de collaboration et de coopération entre des acteurs » (Bourque, 2008, p. 94), cette demande institutionnelle rappelle les impératifs de décloisonnement médico-social et les expérimentations de transfert de compétences traversant le monde de la santé. La démarche partenariale dépend de la forme de relation entre les

¹⁹¹ BO Santé – Protection sociale – Solidarité no 2010/7 du 15 août 2010.

¹⁹² Circulaire interministérielle DHOS/RH1/DGESIP no 2009-202 du 9 juillet 2009 relative au conventionnement des instituts de formation en soins infirmiers (IFSI) avec l'université et la région dans le cadre de la mise en œuvre du processus licence-master-doctorat (LMD).

partenaires, « partenariat de service », « négocié » ou de « réciprocité », tel qu'il est déterminé par Zay (1994) semble être institutions-dépendant, à savoir université, IFSI et terrains de stage.

L'universitarisation du cursus de formation des infirmier(e)s se caractérise entre autre par « Un renforcement des savoirs scientifiques, qui favorisera une meilleure adaptation aux évolutions rapides que connaît le métier, facilitera les progressions de carrière et permettra à ceux qui le souhaitent de s'engager dans une poursuite d'études, la présence d'enseignants chercheurs des universités dans les instances pédagogiques et leur participation aux enseignements scientifiques ainsi qu'aux jurys d'examens ; la reconnaissance d'un niveau bac + 3 au travers du grade de licence, ouvrant la voie à la poursuite d'études, notamment en master » (BO, p. 159)¹⁹³. Cette reconnaissance par le ministère de l'enseignement supérieur du grade de licence, a nécessité la signature d'une convention quinquennale tripartite entre l'ensemble des IFSI ou établissements de santé publics et privés supports d'un IFSI, le conseil régional qui assure le financement de la formation des étudiants infirmiers, et les universités disposant d'une composante de formation en santé. La formalisation de ces conventions partenariales a initié les Groupements de Coopération Sanitaire (GCS). Il est à noter que le format GCS, usité de longue date au sein des établissements de santé, est affiché clairement depuis les ordonnances Juppé portant réforme de l'hospitalisation publique et privée comme une forme de coopération juridique et un outil privilégié pour répondre à toutes les situations de coopération dans le système sanitaire et médico-social.

Cette contractualisation sous forme de GCS, précise la place des enseignants universitaires au niveau des instances pédagogiques, et des enseignements. Avec la création de Département Universitaire en Sciences Infirmières (DUSI), structure pédagogique et administrative, la collaboration se formalise, se contractualise. Le DUSI propose un espace de dialogue entre les différents partenaires, dans une optique de mutualisation de ressources et de savoir-faire pédagogiques, et intervient dans l'organisation de la formation et de l'évaluation des Unités d'Enseignement (UE) contributives en vue de l'obtention du grade licence, et élargit ses missions à la recherche disciplinaire et pédagogique.

Un représentant de l'Université est systématiquement présent, lors de toutes les instances ayant trait à la gouvernance de chacun des IFSI partenaires : l'instance compétence pour les orientations générales des instituts (ICOGI), la section compétente pour le traitement pédagogique des situations individuelles de l'IFSI (SPSIE), celle pour le traitement des

¹⁹³ Circulaire interministérielle. N°DHOS/RH1/DGESIP/2009/201 du 26 juin 2009 relative à la délivrance du grade de licence aux infirmiers diplômés d'État. BO Santé, 2009/8 du 15 septembre 2009, p.159-162.

situations disciplinaires (SSD) et la commission d'attributions des crédits (CAC). L'université partenaire délivre le grade licence¹⁹⁴ à l'obtention du diplôme d'état, facilitant la poursuite des études.

La question du « renforcement des savoirs scientifiques » vient réinterroger le modèle traditionnel à savoir, réexamine les rôles et la places des acteurs professionnels-IFSI et universitaires, pouvant donner lieu à des défenses de territoire. La formation infirmière est entièrement reconfigurée sur un format universitaire, avec une réorganisation du temps de formation à part égale entre la formation théorique et la formation clinique (4200 heures divisées par 2) et un système de validation par attribution des crédits (180 crédits européens, soit 120 ECTS pour l'enseignement en IFSI et 60 ECTS en stages cliniques). En imposant un nombre d'heures d'enseignement devant être délivrées par des universitaires, ainsi que le nombre d'ECTS (42 ECTS) attribués pour chacune des unités d'enseignement (UE)¹⁹⁵, le référentiel de formation précise la responsabilité de chacun dans cette organisation.

Il est primordial de préciser que le référentiel de formation infirmier est la résultante de deux orientations qui se croisent, la logique universitaire et l'approche par compétences. Ainsi, les enseignements sont répartis en UE couvrant 6 domaines d'enseignement en fonction de ce qu'ils apportent à la construction des 10 compétences infirmières. Certains de ces savoirs sont identifiés comme contributifs, et d'autres constitutifs, ces deux qualificatifs précisant « la fonction des contenus en répondant à la question du ''pour quoi'' de leur existence » (Lebeaume, 2019, p. 51) dans le programme des études, et à ce jour, discernant les savoirs académiques, de ceux renvoyant aux pratiques professionnelles.

Les savoirs dits contributifs sont ceux issus des sciences médicales¹⁹⁶ (540 heures, soit 27 ECTS) et des sciences humaines¹⁹⁷ (255 heures, soit 15 ECTS). Ces contenus sont systématiquement à la charge des enseignants universitaires, et se présentent majoritairement sous forme de cours magistraux (CM). Les séances de travaux dirigés (TD) associées à ces enseignements ont pour objectif principal d'approfondir des notions abordées en cours magistral, d'éclaircir les aspects du cours non compris, de mettre en pratique les méthodes que les étudiants

¹⁹⁴ Décret n° 2010-1123 du 23 septembre 2010 relatif à la délivrance du grade de licence aux titulaires de certains titres ou diplômes relevant du livre III de la quatrième partie du code de la santé publique.

¹⁹⁵ Le référentiel de formation précise aussi pour chaque unité d'enseignement les objectifs de formation, les éléments de contenus, les modalités d'évaluation dans un but d'harmonisation des pratiques pédagogiques.

¹⁹⁶ Appelé domaine d'enseignement 2, comportant les contenus de biologie, anatomie, physiologie, pharmacologie

¹⁹⁷ Appelé domaine d'enseignement 2, comportant les contenus de philosophie, droit, éthique, sociologie, ethnologie

doivent maîtriser, de faire des exercices, des exposés. Leur animation revient aux formateurs, renouant de fait, avec le modèle historique de la monitrice répétitrice.

Par ailleurs, par l'exigence et la rationalité universitaire autour des savoirs fondamentaux, par l'utilisation des nouvelles technologies (Espace Numérique de Travail (ENT), TICE) les formateurs se trouvent souvent dans l'obligation de revisiter leurs attitudes et stratégies pédagogiques.

Les enseignants-chercheurs prennent aussi en charge les enseignements de trois UE consacrées à l'initiation à la recherche (12 ECTS), les critères méthodologiques de la recherche scientifique correspondant à ceux d'une recherche clinique appliquée aux soins, l'orientant de fait vers une approche médicale du sujet. Les enseignants-chercheurs ne prennent en charge que les enseignements méthodologiques magistraux, et n'accompagnent que très rarement les ESI dans leurs travaux de recherche. Ceci revient aux formateurs IFSI très peu formés à la méthodologie de recherche, ils guident les travaux individuels d'initiation à la recherche que sont les mémoires de fin d'études, souvent avec des règles plus souples concernant la scientificité ou avec une autre finalité en adéquation avec la représentation infirmière de la recherche, à savoir, la compréhension de situations plutôt que la production de savoirs scientifiques.

L'importance de la formation à la recherche du futur professionnel infirmier est clairement énoncé, le nombre d'heures attribuées à son enseignement étant considérablement augmentées (40 h de cours magistraux ; 65h de travaux dirigés ; 205 heures de temps de travail personnel).

Les apports concernant les fondements, méthodes, et interventions des sciences et techniques infirmières (soit 44 ECTS) sont appelés savoirs constitutifs (domaine 3 et 4) et sont réparties en connaissances conceptuelles dispensées par les formateurs d'IFSI et en connaissances considérées comme opérationnelles, comme des travaux pratiques dont l'enseignement est souvent partagé avec les professionnels infirmiers de terrain.

Des UE de méthodologie et de savoirs transversaux (domaine 6) apportent des enseignements en informatique, et en anglais (6 UE) devenu obligatoire avec l'arrivée du référentiel.

L'approche par compétences privilégie le développement d'apprentissages à partir de situations authentiques et de problèmes complexes rencontrés dans la réalité professionnelle, pour cela une unité qualifiée d'intégration s'organise à chaque semestre. Elle porte systématiquement sur l'étude des situations de soins ou situations « cliniques » que l'on identifie

comme « prévalentes » dans le quotidien d'une infirmière, elle renforce l'acquisition des savoirs par leur mobilisation en situation et développe la réflexion sur la posture professionnelle. Entièrement prises en charge par les formateurs IFSI, elle représente une révolution paradigmatique pour les formateurs IFSI, reposant la cohabitation de plusieurs modèles, un modèle d'apprentissage cognitif, une perspective socioconstructiviste interactive et une approche par compétence.

« La question de la régulation des rapports entre ces domaines pose aussi la problématique de l'autorité sur les programmes de formation. Quels groupes d'acteurs, quelles instances ont le pouvoir de définir, non seulement le programme, ses contenus et son organisation, mais aussi les rapports entre les domaines et les acteurs du programme et leurs contributions relatives à sa construction et à sa mise en œuvre » (Coail & Gourdet, 2008 p 34). Bien que le volume horaire et la nature des cours soient structurés par le texte, le niveau académique de la formation reste un sujet compliqué à trancher, la conception même des savoirs médicaux à l'Université et leur complexité repose la question du savoir utile à l'infirmier(e). « Tous les savoirs ne se valent pas. Sur le principe, oui, pour peu que l'on arrive à se mettre d'accord sur une définition de la notion de savoir, ce qui est loin d'être simple. Mais si l'on se situe dans une réalité sociale et historique, certains savoirs seront plus valorisés que d'autres, ou davantage reliés à certains statuts et réservés à certaines catégories sociales. Les savoirs sont des outils importants de distinction sociale : en témoigne le rôle qu'ils jouent dans l'exercice du pouvoir et de l'autorité » (Hatchuel, 2007, p 29). La circulaire exigeant le conventionnement avec « une université disposant d'une composante de formation en santé »¹⁹⁸ (2009, p 2) n'a pas imposé le choix d'alliance à faire, c'est vers les UFR de sciences médicales que se sont positionnés les IFSI.

Le rapprochement de la formation professionnelle infirmière avec l'Université, souvent associée à intellectualisation, induit de nouvelles interrogations. Ces différents questionnements peuvent faire émerger certaines peurs comme celles de ne pas être reconnu, de perdre la maîtrise de la formation des infirmières, d'être confronté à des difficultés à communiquer, à s'organiser à mener un projet en commun, ou encore la crainte d'une « absorption de la formation en soins infirmiers par une Université qui en renierait les caractéristiques [comme l'expriment certains détracteurs de l'universitarisation] Ceux-ci propagent volontiers une vision fautive de cette

¹⁹⁸ Circulaire interministérielle DHOS/RH1/DGESIP n°2009-202 du 9 juillet 2009 relative au conventionnement des instituts de formation en soins.

intégration, l'idée que les étudiants en soins infirmiers devraient abandonner les caractéristiques de leur modèle de formation, rejoindre des amphithéâtres bondés et anonymes, renoncer à la qualité d'un encadrement de proximité » (Buzyn, 2018)¹⁹⁹.

L'IFSI comme l'Université, possède, de par sa culture, son histoire, ses représentations, sa propre image de ce que peut et doit être l'enseignement infirmier. Il existe une culture commune de la maladie et de l'Homme malade entre les IFSI et l'université, le référentiel de formation énonce clairement que le contenu disciplinaire n'est plus une fin en soi, mais un moyen au service du traitement des situations, au même titre que d'autres ressources ; d'une part, des connaissances pures et dures, et des savoirs fractionnés par processus pathologiques, à l'image du morcellement des savoirs médicaux et d'autre part, la nécessité d'appréhender en vision holiste la situation rendant compte du savoir infirmier, « sujet délicat qui peut déchaîner les passions ou au contraire susciter peu d'enthousiasme » (Dallaire, 2015, p. 19).

Cela réinterroge, réaffirme les stéréotypes traditionnels, faisant ressurgir les clivages divisant le groupe infirmier depuis sa création, et réactive la confusion liée au paradoxe autonomie/dépendance de la construction identitaire de l'infirmière. Richard et Le Boulter argumentent « Même si le vocable "sciences infirmières" reprend, faute de mieux, l'intitulé de ce qui est par ailleurs une profession, il ne s'agit pas de reconnaître des professions dans le champ de la recherche (quel sens cela aurait-il ?), mais bien de se donner les moyens d'ancrer des domaines nouveaux dans le paysage de la recherche, à travers les institutions habituelles de cet ancrage » (2019, p. 10).

Le décret²⁰⁰ d'octobre 2019 permet donc le recrutement d'enseignants-chercheurs dans la discipline sciences infirmières, le corps d'enseignants-chercheurs en sciences infirmières n'existant pas, trois maîtres de conférences qualifiés en sciences de l'éducation et ayant exercé la profession infirmière ont été nommés par l'arrêté de décembre 2019²⁰¹. Les dossiers de candidature pour obtenir le statut d'enseignant-chercheur dans la discipline sont à l'étude au niveau local, le nombre est laissé à l'initiative de l'Université (moyens financiers, orientations et stratégies...). Il n'est pas affirmé dans le texte officiel que les candidats soient obligés d'avoir

¹⁹⁹ Consultable sur : <https://www.infirmiers.com/admission-ifsirentrener-en-ifsirefsi-font-pas-de-plus-vers-universite.html>

²⁰⁰ Décret n° 2019-1108 du 30 octobre 2019 modifiant le décret n° 84-431 du 6 juin 1984, fixant les dispositions statutaires communes applicables aux enseignants-chercheurs et portant statut particulier du corps des professeurs des universités et du corps des maîtres de conférences.

²⁰¹ Arrêté du 6 décembre 2019 portant nomination au Conseil national des universités pour les disciplines de santé.

été infirmière pour prétendre aux fonctions, ce flou est susceptible de remettre en question, une certitude qui n'a jamais été bousculée à savoir la transmission infirmière passe par l'infirmière.

La discipline infirmière est reconnue officiellement, elle « s'intéresse au soin dans ses différentes expressions auprès des personnes, familles, communautés et population qui, en interaction continue avec leur environnement, vivent des expériences de santé » (Pépin, Kerouac, Ducharme, 2010, p. 15), et doit « contribue[r] à délimiter ses frontières et sa concurrence avec les autres disciplines » (Muller, 2020, p. 21) en enracinant les sciences infirmières dans les savoirs scientifiques et savants. Cette reconnaissance porte l'enjeu d'une émancipation scientifique et sociale.

L'injonction de partenariat concerne aussi le partenariat avec les terrains de stage. Jusqu'en 2009, la formation infirmière était une formation professionnelle supérieure non universitaire, reposant sur une longue tradition de formation théorique et pratique, une pratique de l'alternance entre terrains de stage et institut de formation (IFSI). Historiquement, la formation de pairs est légiférée dans les actes professionnels, la question de la formation par les professionnels de terrain ne s'interrogeant pas. Longtemps basée sur une pratique rappelant le compagnonnage, la relation entre experts et novices sur le terrain s'attache à transmettre les savoirs en usage. La logique d'apprentissage par observation avec répétition des actions du modèle positionne le professionnel de terrain comme un encadrant de stage, dont le rôle auprès de l'étudiant est de ne pas faire à la place de, mais de faire faire, d'explicitier et de questionner. L'alternance « tire fondamentalement sa justification du fait qu'elle permet d'acquérir ce qui ne s'apprend pas à l'école et qui pourtant constitue l'essentiel de la compétence : l'expérience de travail réel » (Geay & Sallabery, 1999, p. 9).

Pris dans le rythme, étudiants infirmiers comme formateurs vivent plutôt l'alternance comme une succession de temps de formation « théorique » à l'IFSI et des temps de stage plus « pratiques » dans des lieux d'exercice professionnel. Le terrain se trouve être tantôt un terrain d'application, un terrain d'expérimentation contrôlée, un terrain d'apprentissage de la technique infirmière, un terrain de confrontation aux exigences de la pratique et de la relation à l'autre...et les formateurs IFSI sont souvent vécus comme censés démontrer les pratiques infirmières de manière académique. Dans les représentations collectives, les « territoires » sont partagés

comme suit : l'IFSI est le domaine de la théorie, le stage, le domaine de la pratique, avec des rencontres régulières des deux partenaires lors des mises en situation professionnelles (MSP)²⁰².

Les formateurs en soins infirmiers savent que l'alternance ne se réduit pas à un changement de lieu d'apprentissage ... lieu des savoirs professionnels théoriques pour l'IFSI... lieux de savoirs pratiques pour le terrain de stage. L'étudiant construit ses connaissances à partir des confrontations qu'il est amené à opérer entre son savoir théorique et ses expériences sur le terrain de stage. Avant le changement de programme 2009, les formateurs IFSI travaillaient le décalage qu'il existe de façon récurrente entre l'IFSI et terrain de stage. Des dispositifs à l'exemple de l'exploitation de stage étaient construits comme un temps de paroles, servant de liant, de lien entre ces différents temps de formation.

Le référentiel de formation 2009 définit l'enseignement clinique « 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 » (directive européenne 2005/36/CE²⁰³, cité par le référentiel de formation p. 280).

Le stage est qualifié de lieu d'intégration des connaissances construites par l'étudiant et de lieu d'acquisition de nouvelles connaissances, devant lui permettre de « se confronter à la pratique soignante (...) en réalisant des activités et en les analysant au sein des équipes professionnelles » (ibid p 280).

Pour ce faire, le référentiel de formation recommande une concertation constructive, « des liens forts » entre l'IFSI et les terrains lieux de soins, mis au service de l'étudiant et donnant lieu à des dispositifs pédagogiques et des projets d'encadrement dont l'étudiant est le principal bénéficiaire. « 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 » (ibid, p 280), signifiant une coopération étroite et continue inscrite dans un projet partagé au service de l'ESI, et permettant la qualification du stage. La qualification et l'agrément des stages sont décrétées lorsque « la mise à disposition des ressources, notamment la présence de

²⁰² Il s'agissait d'une évaluation au pied du lit du malade. L'étudiant effectuait un ou plusieurs soins devant un jury infirmier composé d'un professionnel du service (pour son expertise du service et de sa connaissance des patients et des prises en charge) et d'un formateur de l'IFSI (garant de la méthodologie de présentation de la prise en charge et des bonnes pratiques), et présentait la ou les démarches de soins des malades qu'il prenait en charge. Cette évaluation notait la compréhension des cas cliniques, la dextérité et la qualité de la mise en œuvre des activités de soins auprès d'un patient ou d'un groupe de patient.

²⁰³ Directive Européenne sur la reconnaissance des qualifications – JOCE du 30.9.2005

professionnels qualifiés et des activités permettant un réel apprentissage » (ibid p 283) est efficiente.

La notion de coresponsabilité de l'encadrement de l'étudiant se formalise avec la signature d'une convention tripartite IFSI/terrain de stage/étudiant et est étayée par la rédaction d'un livret d'accueil et d'une charte d'encadrement, officialisant en plus des informations nécessaires à la connaissance, à la compréhension du service et de son organisation, « 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 ; (...) les modalités d'encadrement individualisées » (ibid p 283). L'accompagnement de l'étudiant est pensé par les différents partenaires, dans une démarche d'autonomie et de responsabilité de l'ESI et doit concourir à la construction d'une posture réflexive.

Le référentiel de formation identifie quatre catégories de professionnels impliqués dans l'accueil, l'accompagnement et l'évaluation du stagiaire. Trois professionnels du terrain de stage sont identifiés, à la place de l'encadrant de stage présent avant 2009, « chaque étudiant est placé sous la responsabilité d'un maître de stage, d'un tuteur de stage²⁰⁴ et d'un professionnel de proximité au quotidien » (ibid, p 281). Le formateur IFSI n'a plus la place qui lui été attribuée avant 2009, il est renommé « référent de stage ». C'est une nouvelle appellation qui nomme peu de choses des missions qui lui sont confiées dans le partenariat IFSI/terrain sur le lieu de stage, si ce n'est qu'il lui est demandé d'être en lien avec le maître de stage pour l'organisation générale du stage et en liaison régulière avec le tuteur de stage. Il ne participe plus à l'évaluation de l'ESI en stage.

Les missions et activités des autres acteurs de terrain sont déclinées comme suit dans le référentiel. Le maître de stage représente la « fonction organisationnelle et institutionnelle du stage », il est responsable de l'organisation, du suivi et de la qualité de l'encadrement de l'étudiant sur ce stage. C'est le plus souvent le cadre de santé de la structure accueillant l'ESI. Le professionnel de proximité représentant la « fonction d'encadrement pédagogique au quotidien », il explique, montre, mène des activités en binôme avec l'étudiant et le laisse progressivement mener des activités en autonomie. Il est important pour sa formation que l'étudiant soit au contact de différents professionnels, pour la diversité des personnalités et des approches.

Le choix est fait de promouvoir une nouvelle fonction incarnée par le tuteur de stage, la

²⁰⁴ Cette dénomination n'existait pas avant ce programme.

« fonction pédagogique du stage » (ibid, p 281). Le tuteur de stage doit être un « professionnel expérimenté, (...) volontaire pour exercer cette fonction », car aucune compensation ou aménagement d'aucune sorte (temps de travail dédié, contrepartie financière, aménagement du poste de travail) ne lui est octroyé. Facilitant l'accès des étudiants aux différents moyens de formation proposés sur les lieux de stage, il lui est demandé de les mettre en relation avec des personnes ressources, professionnels de proximité et de favoriser, en liaison avec le maître de stage, la compréhension de l'ensemble du processus de soin au sein du service.

Sa responsabilité sur un plan pédagogique est qualifiée d'incontournable, tant sur un plan méthodologique par l'utilisation de la démarche réflexive que sur le plan de l'évaluation des compétences. Grâce à sa connaissance des activités infirmières et des situations de soins rencontrées dans le service en particulier, le tuteur doit proposer des tâches réelles, des situations de travail formatrices, des situations de travail représentatives de l'exercice professionnel, et « rendre le travail formateur » (Geay, 1998, p 165) en lien avec le niveau de formation et les besoins de l'étudiant.

Il représente pour l'ESI, un facilitateur d'apprentissage, l'accompagnant à l'autonomie via la démarche de mise en réflexivité. Il ne travaille pas de manière continue avec l'étudiant, afin d'avoir une vision distanciée sur son évolution. Ainsi, lors de moments de rencontre qu'il organise, le tuteur doit permettre à l'étudiant d'analyser son activité professionnelle, d'apprendre en situation de travail, de mettre du sens à sa pratique, puis à la pratique soignante. Puis, il accompagne l'étudiant à s'autoévaluer, évalue et rend compte de la progression de l'acquisition de ses compétences, notamment à l'aide de son portfolio, le portfolio étant l'outil d'auto-évaluation privilégié, permettant à l'étudiant d'identifier ses besoins et de planifier ses stratégies en apprentissage, rendant compte de son entraînement réflexif, et témoignant de ses progrès par rapport à la maîtrise d'une compétence (Scallon, 2007).

L'accompagnement de l'utilisation de ce portfolio introduisent de nouvelles notions dans la formation infirmière : l'autonomisation (Donnadieu, Genthon, Vial, 1998), « la formalisation langagière et écrite de l'étudiant sur ses apprentissages et sa pratique » (Péoc'h, 2010, p 14), le processus métacognitif (Lafortune, *et al.*, 2000) et « l'accompagnement constructiviste » (Lafortune & Deaudelin, 2001) avec l'utilisation du questionnement comme « critique-constructive et non de critique-jugement » (De Ketele, 2007, 5).

Le partenariat IFSI/terrain est donc renforcé et axé sur la transformation de l'expérience des stages en connaissances généralisables et transférables donc formalisées. Il ne s'agit pas seulement d'organiser des échanges auprès des étudiants présents en stage à un moment donné,

mais les soignants et formateurs doivent « construire » la démarche d'encadrement, un engagement des deux parties, un partage éclairé et co-construit au service de l'apprentissage de l'étudiant. Ce « partage du pouvoir de former » (Geay, 1998, p. 61) se formalise et se construit dans et en dehors du temps de stage, et doit développer la complémentarité entre formateurs IFSI et tuteurs pour la co-construction de la formation clinique. Dans certains IFSI, cela peut prendre forme lors du « temps d'encadrement de stage » ou « visite de stage », espace dans lequel la rencontre des 3 acteurs s'organise autour de la réflexion, du questionnement, du retour sur la pratique infirmière et de son analyse.

Considérant la fonction tutorale comme « une relation d'interface pour mettre à la portée du novice ce qu'il ne voit pas » (Astier, 2008, p 2), le professionnel tuteur se doit d'« interroger l'expérience de travail du point de vue des savoirs de l'école et penser le savoir de l'école du point de vue de l'entreprise » (Geay, 1998, p. 68). Ce même auteur précise plusieurs fonctions dans le tutorat : « Des fonctions d'accueil, d'information et d'intégration dans la culture de l'entreprise, fonctions de gestion de l'alternance et de coordination avec le centre de formation, fonction d'organisation du parcours du jeune dans l'entreprise, fonction de transmission des savoirs professionnels, fonction d'accompagnement, de soutien et de suivi du projet du jeune, fonction d'évaluation de la progression et de validation des acquis (p. 165).

L'évaluation des acquisitions de l'étudiant est réalisée par le tuteur, en concertation avec les professionnels de proximité, à l'occasion des situations prévalentes identifiées dans le livret d'accueil et d'encadrement, et sur la base des critères et des indicateurs mentionnés dans le référentiel de compétences ou dans le portfolio. Elle s'effectue tout au long du stage et non au cours d'évaluations ponctuelles organisées, comme la MSP du programme des études de 1992,

Désormais, le tuteur identifie les points forts et les axes d'amélioration de l'étudiant sur la base de son auto-évaluation et de son projet d'apprentissage. Le tuteur organise au minimum un bilan intermédiaire en cours de stage pour permettre, le cas échéant, de revoir les objectifs, d'ajuster son accompagnement, de réorienter le parcours de stage. L'évaluation peut porter sur des résultats directs de l'activité, la façon de procéder dans la réalisation de l'activité, la compréhension et l'explicitation de l'acte réalisé. Il rend compte lors du bilan final, en cochant pour chacune des compétences du référentiel le niveau d'acquisition des éléments de compétences (non pratiqué, non validé, à améliorer ou acquis), et donne son avis sur la validation du stage. Ce bilan sert d'argumentation à la validation du stage lors la commission d'attribution des crédits (CAC), qui octroie les ECTS de stage.

Le tuteur de stage, passe désormais d'une logique de production à une logique de formation, ce qui implique de questionner sa pratique professionnelle, d'entrer lui-même dans un processus de mise à distance de sa pratique quotidienne afin d'analyser, de formaliser le travail infirmier et de rendre les situations de travail apprenantes. Ce qui s'appelait « apprentissage sur le tas » devient support à débriefing, à analyse de pratique, en un mot à une analyse réflexive de sa propre activité, intentionnellement induite et portée par le tuteur. Le tuteur se doit de rendre le travail formateur au même titre que le formateur en IFSI, à la différence qu'il forme dans le temps et sur le lieu même du travail (Barbier, 1996). Fraysse, Becerril & Murillo (2011), « on est dans un double mouvement paradoxal, en ce sens que le dispositif s'ancre à la fois dans l'activité professionnelle par le biais de l'analyse que l'on en fait, mais aussi qu'il doit s'en extraire pour proposer des interventions en formation hors contexte d'effectuation » (p. 101).

Les terrains de stage et l'IFSI ne sont pas complémentaires dans le sens où ils apportent ce qu'il manque à l'autre, mais plutôt dans le sens où ils questionnent différemment la pratique professionnelle. Les IFSI et les terrains de stage ont une tâche commune, celle de conduire ensemble la formation de l'apprenant. Ceci conduit à la notion de partenariat et de partage du pouvoir de former. Cette notion n'est valide que dans l'élaboration d'un projet commun reconnu par les institutions, où les finalités, l'identité, le rôle des différents acteurs sont clairement définis. Le référentiel de formation a préétabli ces notions, et recommande aux IFSI de former les tuteurs de stage, afin d'accompagner les professionnels infirmiers voulant devenir tuteur à s'approprier le nouveau référentiel, ses méthodes et outils pédagogiques.

Depuis 2016, le développement des compétences²⁰⁵ du tuteur de stage font l'objet d'une instruction ministérielle²⁰⁶, précisant les modalités d'encadrement en stage des étudiants et proposant un cahier des charges national dans lequel la durée et le contenu de la formation au tutorat (minimum : 4 jours, soit 28 heures) sont déclinés.

2.4. Ma place d'acteur-formateur : de mes débuts en formation à son universitarisation

De nouveau, telle « une séquence biographique du chercheur (avec ses règles du « je » personnelles, et ses formes d'implication particulières, selon des modalités tour à tour poétiques

²⁰⁵ Quatre compétences sont identifiées dans le cahier des charges de la formation tutorale. Pour exercer les fonctions de tuteur de stage, les compétences requises sont de 4 types : des compétences sociales et relationnelles (C1), des compétences pédagogiques (C2), des compétences réflexives (C3) et des compétences organisationnelles (C4).

²⁰⁶ Instruction N° DGOS/RH1/2016/330 du 4 novembre 2016 relative à la formation des tuteurs de stages paramédicaux (NOR : AFSH1632083J.)

ou émotionnelles, affectives ou affectées, baroques ou burlesques, etc.) » (Olivier de Serdan, 2000, p. 442), et dans une logique similaire à celle exposée dans la narration de mon vécu d'ISP traversé par les changements institutionnels, ce chapitre rend compte de mon arrivée dans le monde de la formation infirmière avec pour motivation la transmission du métier qui m'animait en tant qu'infirmière accueillant et formant des étudiants infirmiers en stage. « Vouloir transmettre, c'est en grande partie vouloir laisser une trace, un héritage de ce qu'on a fait, reçu et été. Mais il est nécessaire de s'interroger sur la validité de cette urgence à transmettre et sur la nature de cette trace » (Sédat, 2010, p 99). Les propos suivants montrent plusieurs moments de la construction d'une posture de formateur en soins infirmiers : comment l'idée de devenir formateur à émerger, l'enjeu de la transmission du métier, l'écart ressenti entre la vision idéaliste et la réalité de terrain, le manque de repères et l'incertitude, la nécessité de formation.

Le sens donné à la transmission. *Mieux déstigmatiser la maladie mentale et le motiver tout en les intéressant au travail en psychiatrie, voilà ce qui me vient à l'esprit au premier contact avec un étudiant. Je rappelle que, pour moi, de cela dépendait la « survie » de l'ISP, même si ce n'était que symbolique. Ecartant d'emblée l'aspect « formatage demandé de la démarche de soins », ma mission d'encadrement des stagiaires consistait à faire comprendre la dimension subjective dans la rencontre avec le patient, la nécessité de l'écoute et de la spécificité relationnelle. J'insistais aussi sur l'importance du vécu de chacun, sur le besoin d'échange, et sur l'intérêt du doute ou du questionnement sur sa pratique, afin de bien ancrer dans leur tête l'utilité de la confrontation de son vécu aux autres collègues, et le bénéfice de la dynamique de groupe dans la pratique quotidienne.*

Pour ce faire, j'emmenais les élèves dans de multiples situations de travail, avec l'intention de leur faire vivre l'expérience du métier. Quelle meilleure façon de faire comprendre à un étudiant, l'importance de ces « petits riens » mobilisés dans la relation soignant-soigné, que de lui proposer de les observer, les éprouver, puis de sortir ce travail de l'invisibilité, d'aller à la rencontre des « dessous du soin » (Lanquetin, 2018), et de l'accompagner à saisir l'intention soignante qui les porte. Il ne s'agissait aucunement d'énoncer les « bonnes pratiques », mais plutôt transmettre un héritage, tel un « passeur », ou « porteur » d'histoire (Traces subjectives).

Je me mettais au défi de montrer à quel point l'injonction gestionnaire n'avait pas impacté ma vision et ma conception du métier. Et ce que je transmettais avait plus à voir avec

ma conception « restée intacte » qu'avec la prescription officielle de former des infirmiers polyvalents représentant les besoins en professionnel du moment.

La nécessité de changer de métier. Or, dans mon quotidien d'ISP, je suis soumise à des tensions permanentes entre mes convictions, mon idéal professionnel, et les injonctions extérieures grandissantes de changement. Même si le terme de « résignation » me vient à l'esprit, je pense que j'ai tenté de continuer à faire mon travail comme je l'entendais. Sauf que je suis devenue de plus en plus incompétente au regard des attendus du moment, ce qui a contribué à me projeter dans une situation de plus en plus « inhabitable ». Le contexte de la mise en cadre d'extinction de la profession s'y prêtant, c'est en toute logique que je renonce tout simplement à être infirmière psychiatrique. Pour moi, il s'agissait de faire perdurer mon idéal infirmier en me destinant à jouer un rôle dans la transmission et la persistance de cet idéal en devenant formateur d'infirmier(e)s (Traces subjectives).

L'identité personnelle « l'ensemble des représentations et des sentiments qu'une personne développe à propos d'elle-même. Une autre façon serait de dire que l'identité personnelle c'est ce qui permet de rester le même, de se réaliser soi-même et de devenir soi-même, dans une société et une culture données, et en relation avec les autres » (Tap, 1998, p. 65) permet de donner du sens à une orientation vers la formation en soins infirmiers.

La fausse croyance. Cette implication et ce surinvestissement dans le maintien de cette transmission orale du métier, et mon appétence pour les partages d'expériences m'ont conduit « naturellement » à postuler à une place de formateur en soins infirmiers en septembre 2001. Ce poste était dans l'école même où j'avais été formée, qui depuis s'était transformée en IFSI. L'idée de devenir formateur me permet aussi d'avoir un sentiment de cohérence entre ce qu'on attend de moi dans la formation et la façon dont je me perçois en tant qu'infirmière. Je suis consciente de gérer mon changement d'orientation avec une certaine constance et en me faisant accepter dans un groupe dont les règles et les valeurs semblent proches des miennes.

Et tout comme dans ma première expérience professionnelle, c'est sans préparation, ni formation préalable à ce nouveau poste que j'arrive en tant que « faisant-fonction » de formateur (Traces subjectives).

Le passage du métier d'infirmière à celui de formateur était envisagé comme un passage naturel. L'expérience dans le métier d'infirmière (quatorze ans d'ancienneté), et dans

l'encadrement de stagiaires sur le lieu d'exercice professionnel renforçait le ressenti personnel de légitimité de formateur de pairs. Ces savoirs et savoir-faire, l'expertise à laquelle se rajoutait le désir de transmettre m'autorisaient à penser l'exercice de cette fonction de formateur dans de bonnes conditions.

Le choc. Surprise par la grande diversité de cette fonction, mes débuts ont été tâtonnants. La première étape a été une prise de connaissance de ce qu'était réellement le quotidien d'un formateur, ce qui a d'emblée participé à une déconstruction de ma représentation de la formation infirmière. Force est de constater, que contrairement à ce que j'avais en tête, ça n'avait rien d'évident ! Il a fallu me « coltiner » la difficile tâche, encore une fois, de faire sans savoir, en prenant appui sur l'accompagnement des collègues jugées experts sur le sujet pour éprouver ce qu'était réellement le travail attendu. Cette appréhension du métier à partir de la démonstration faite par les experts du dit-métier, qui m'avait aidée à me construire jusqu'à maintenant ne me suffisait pas de me projeter dans la fonction de formateur... trop de diversité dans les manières de faire, peu de mises en mots de la pratique pédagogique, peu de partage sur la fonction de formateur, chacun s'affairant à faire de son mieux. Il y avait à la fois l'idée d'être un professionnel dont le rôle correspondait à mes propres valeurs de soignante et celle de participer à la transmission de ces valeurs soignantes, avec une vraisemblable évidence de « ça va de soi ! » (Traces subjectives).

Une difficulté récurrente. Je me souviens avoir stressée systématiquement avant chaque séance de formation. Malgré le temps monumental passé à les préparer, imaginant parer à toutes les questions éventuelles sur le sujet, je ne pouvais m'empêcher d'arriver devant les étudiants avec pléthore de documents et « la boule au ventre ». Je me retrouvais souvent à gérer la « seule » question à laquelle je n'avais pas pensé. Une chance extraordinaire, la relation d'aide chère à mon passé d'infirmière psychiatrique et ma représentation du savoir m'ont autorisée à me rendre compte que j'apprenais autant des étudiants que je pouvais leur en apprendre. Découvrir les étudiants sous cet angle, c'est-à-dire en personnes ressources, a encouragé une véritable relation d'échange, m'a permis d'accepter le risque de ne pas avoir la réponse à toutes les questions et m'a fait abandonner la place de celui qui sait, utilisant sa subjectivité, ses intuitions, sans vouloir tout expliquer, mettant à distance les situations de travail, prenant du recul par rapport à son positionnement institutionnel et relationnel (Traces subjectives).

Ce qui pouvait être pensé comme des allant-de-soi n'en étaient pas. Même si certaines manières de faire, de penser pouvaient être transférées de la pratique d'infirmière à la pratique de formateur en soins infirmiers, il ne s'agissait en aucun cas du même métier. La maîtrise des savoirs à enseigner n'est pas pour grand-chose dans les compétences nécessaires pour le faire. « Le "savoir être formateur" n'est pas contenu dans le "savoir faire la profession" » d'infirmière (Vial, 2000, p. 43).

Ces éprouvés de difficultés confirment implicitement le besoin de formation plus formalisée, sous-entendant que je n'avais pas suffisamment de savoirs pour assumer cette double expertise du formateur (Altet, 1994), principalement dans le domaine pédagogique.

Ma propre formation. Ce nouvel apprentissage « sur le tas » s'est complété en 2005, d'une année de formation à l'IFCS (institut de formation cadre de santé). Je me souviens avoir été déçue par le peu de contenus de formation à destination des cadres s'orientant vers la formation, mais, en me mettant à distance de l'activité, cette année 2005 m'a fait revisiter ma conception de l'étudiant-adulte en alternance, étant moi-même mise à l'épreuve dans cette posture, sans oublier de mentionner que cette année de formation diplômante apporte une légitimité de statut et contribue au passage du métier d'origine à celui de cadre de santé. Je dirais que dans un premier temps, j'ai appris à faire avec. Je me suis rapprochée de formateurs qui avaient envie de réfléchir à leurs pratiques, que ce soit dans l'élaboration de contenus d'enseignement, de constructions d'outils, d'évaluation...le fait de partager nos questionnements nous permettait en dé-complexifiant certaines situations de travail d'avancer plus sereinement dans la construction de notre posture (Traces subjectives).

Pour ma part, je pense que cette approche réaliste du métier de formateur dans son environnement confirme implicitement le besoin de formation plus formalisée, plus institutionnalisée. Cet apprentissage sur le tas induit une posture formative dans laquelle l'articulation savoir/action prend tout son sens et installe une dynamique réflexive. Les nouveaux vécus professionnels transformés par le va-et-vient du mouvement théorie/pratique deviennent connaissance, la théorie se nourrissant de la pratique et la pratique se pensant avec la théorie. Cette démarche continue de construction de sens de la pratique et le savoir construit dans ces conditions semble garantir la qualification, l'autorisation à exercer comme professionnelle débutante, plus ou moins compétente, plus ou moins performante.

S'ensuit la construction d'un éthos professionnel, renvoyant comme l'explique Zarca (2009), aux « dispositions acquises, par expérience et relatives à ce qui vaut plus ou moins sur

toute dimension (épistémique, esthétique, sociale, etc.) pertinente dans l'exercice d'un métier [...] » et consiste à « apprendre non seulement ce qu'il convient de faire pour respecter les règles non écrites de son art, mais encore comment échanger avec ses confrères et les juger en tant que professionnels : ce qui fait qu'on les admire, qu'on les estime ou qu'on les méprise » (p. 352). S'en suit pour le formateur, tout au long de l'exercice professionnel un véritable parcours d'intégration des savoirs acquis, utilisant les lieux de travail comme un lieu de co-formation, pour confronter ses propres idées à celles de ses pairs. Vinsonneau (2016) énonce « Chaque groupe social possède des significations culturelles propres, auxquelles est confronté le sujet. D'origine collective, ces significations culturelles sont reliées à des logiques partagées et elles se transmettent, en perdurant dans le temps, au point d'être confondues avec un patrimoine consensuel et durable. Le sujet se les approprie donc les incorpore, en quelque sorte, sous l'effet du processus "d'enculturation", dynamique procédant de la socialisation et qui varie largement selon le type de société dans laquelle elle opère » (p.54).

Le récit suivant évoque mon état d'esprit généré par l'imposition des injonctions paradoxales du référentiel de formation 2009. Cette mise en récit me paraît éloquente quant à la difficulté rencontrée par un formateur expérimenté (8 ans d'ancienneté dans la fonction) face à de ce qu'il vit comme de nouveaux impératifs auxquels il doit s'adapter en un laps de temps réduit. Les titres accolés à chacun des paragraphes permettent de rendre compte des différentes étapes par lesquelles passe le formateur en soins infirmiers que je suis.

Le choc de la surprise. Interdiction de sursoir, c'est pour septembre ! la nouvelle de l'arrivée inattendue d'un nouveau programme envahit non seulement mon esprit, mais tout l'IFSI est sans dessus dessous ! La demande institutionnelle, non argumentée me perturbait, me désorientait au point de me projeter dans une incompréhension, un inconfort et une impuissance permanents, un mélange d'émotions et de sentiments qui me mettait à mal. Le contexte me contraint à penser la formation autrement, contre ma propre conception !

C'est insupportable ! Mon premier réflexe a été de me dire que l'histoire se répétait et que j'allais de nouveau me retrouver en « cadre d'extinction ». En effet, cela vient faire écho à ce moment où les ISP ont disparu avec leur formation et leurs spécificités pour laisser place à l'infirmière diplômée d'Etat polyvalente, alors pourquoi ne pas penser, dans une logique similaire, que le formateur en soins infirmiers devait disparaître pour laisser place à l'enseignant universitaire. La preuve

en est, encore un nouveau vocabulaire déconcertant, je me retrouve coincée entre une impression familière de « déjà-vu », et un sentiment d'étrangeté angoissant.

Envahie par ce qu'on disait être de nouvelles prescriptions et leur arsenal d'outils, je me retrouvais une fois de plus dans une situation, qui dépassait ce que je pouvais en comprendre, puisqu'elle se présentait sous injonction à faire ce que je fais déjà. Ce qui participe encore plus de ce malaise, c'est la kyrielle d'outils incompréhensibles me projetant dans un non-sens permanent affichant mon incompetence. Je suis abasourdie par la charge de travail que cela demande de mettre en place ce nouveau programme sans connaissance, ni concertation, ne sachant pas par quel bout commencer. Puis, je suis rapidement envahie par un sentiment d'impuissance et d'injustice faisant écho à ma mise en cadre d'extinction, et de quelque chose d'intolérable à revivre (Traces subjectives).

L'injonction de la réflexivité. C'est de l'ordre de l'incompréhensible, voire de l'inintelligible... ce nouveau programme m'impose une approche par compétences, alors que je pense former des étudiants en soins infirmiers compétents depuis un certain nombre d'années. Venant troubler l'équilibre établi jusqu'à maintenant, ce référentiel devient une prescription implicite des « bonnes pratiques ». Il détaille tout, au point qu'il en devient énigmatique. Décrétant l'entraînement réflexif « 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 », il ne s'appuie pas sur mon expertise de formateur en soins infirmiers, ça fait quand même 8 ans que j'exerce en IFSI. Au contraire, ce référentiel décrète comment je dois procéder, je me sens tel un applicateur de principes théoriques, de schémas a priori, et de méthodologie que je ne me suis pas appropriés. Ce que j'en comprends, il faut analyser, expliciter, prendre conscience de ce qu'on fait, il est évident que c'est, non seulement ce que je m'applique au quotidien, bien évidemment que je donne du sens à mon activité professionnelle mais c'est aussi comme cela que je pense faire lorsque j'accompagne les étudiants dans leur formation. Cette injonction me fait l'effet d'une négation de mon savoir professionnel et de ma posture réflexive. Je suis sidérée ! (Traces subjectives).

Un véritable brouillage de mes repères, une déstabilisation de mes propres représentations et conceptions de la pratique pédagogique envahissent le quotidien du travail, allant jusqu'à provoquer un véritable blocage, une résistance témoignant de la difficulté centrale : « l'inadéquation entre valeurs et prescriptions la difficulté à bien faire, à comprendre

ce qui est attendu ; la solitude du travailleur face à cette difficulté, à la fois abreuvé de préconisations et de règles et laissé seul et responsable au moment de les mettre en œuvre » (Lichtenberger , 2011, p. 2). Hormis le fait de bousculer mes habitudes, cette mise en tension impacte mes activités, et me projette dans une incapacité à faire correctement mon travail, voire même à le penser.

Nécessité d'un espace pour penser. Nous (tous les formateurs de l'IFSI) étions tous dans le même bateau. Après un temps que je qualifierai d'errance, à ne savoir comment sortir de ce marasme, il m'est apparue inévitable, à ce moment de ma carrière, d'être accompagnée dans ma réflexion par des universitaires des Sciences de l'éducation. Il me fallait donc trouver un dispositif susceptible de pouvoir m'aider à réfléchir mon expérience pour y donner du sens, mais aussi à décrypter ce nouveau contexte. Il me fallait réfléchir sur cette logique réflexe de « perte de place », ou sur l'inévitable « fin du formateur en soins infirmiers dans le nouveau programme d'études » pour pouvoir continuer à travailler en formation infirmière.

Mon choix s'est porté tout naturellement sur un master professionnel : formation de formateurs des métiers de l'enseignement, du soin et de l'action sociale et éducative. Il était question pour moi de trouver moi-même les réponses aux questions que je me posais, ma nouvelle situation d'étudiante en master m'autorisait à me positionner en tant qu'accompagnée, je voulais qu'on m'aide à réfléchir ! Rapidement, je me suis aperçue que cela n'arrivait pas qu'aux infirmières et donc qu'aux formateurs en soins infirmiers. La plupart des étudiants du master, pourtant d'horizons divers du domaine sanitaire et social vivaient la même chose²⁰⁷ (Traces subjectives).

Les bénéfices. Avec le recul, je peux nommer cette colère comme salutaire et mobilisatrice, car elle m'a conduite impulsivement à chercher un endroit pour la canaliser. L'inscription à Paris VIII m'a fourni aide, suivi, soutien, guidance, entraide, mutualisation... autant de termes pour qualifier ce que j'ai rencontré dans les différents dispositifs d'accompagnement proposer dans le cadre de ce cursus professionnel universitaire (Traces subjectives).

Je conscientise à ce moment-là que l'accompagnement est le fil conducteur de ma carrière professionnelle, très imbriqué avec mon histoire de vie, entre autre mon expérience singulière et mes ressentis de fille d'instituteur. J'ai fait l'expérience alternativement,

²⁰⁷ La réforme des enseignants était en pleine « mastérisation ».

consécutivement ou simultanément de cet accompagnement tout au long de mon parcours d'étudiante et de professionnelle. Accompagnée et/ou accompagnatrice, il est question d'incontournable que je provoque systématiquement dans ma relation aux autres, soit en m'engageant dans des dispositifs déjà existants, soit en les inventant, ce qui de fait, contribue à remettre en sens ce qui n'en avait plus. De fait, dans le partage d'expérience, les moments d'incertitude, de doute m'étaient tout à fait acceptables et vivables. Le soutien constructif du groupe étudiant et du dispositif de guidance du mémoire m'a permis de travailler mes propres résistances, d'explicitier mes difficultés, de décrypter mes expériences, je parle ici d'étayage. Cette expérimentation de la trans...formation, cette logique « d'effet sur soi » (Roussillon, 2001), cette mise en situation d'apprenant permettait de prendre conscience du sens que recèlent des manières de faire, des comportements. Cela m'a permis de déconstruire mes évidences et mes aprioris, de dépasser ce sens commun et d'être claire avec mes propres réactions émotionnelles et de relativiser les tensions engendrées par l'imposition de ce référentiel dans mon quotidien de formateur en soins infirmiers. C'est, enrichie de cette pratique de co-construction et valorisée par l'effet qu'elle produit que j'ai repris ma place au sein de l'équipe de formateurs de l'IFSI.

Partie deux : De la construction de l'objet de recherche aux méthodes
d'enquête

Cette seconde partie a pour objectif de montrer comment a émergé l'objet de cette recherche doctorale dans le contexte décrit en première partie. Comme on l'a vu, je suis impliquée dans l'histoire de la profession et de la formation infirmière et mon propre parcours professionnel y est intriqué depuis les années 1980. Les « traces subjectives » insérées dans le corps du texte de la première partie, ont déjà donné à voir certaines de mes implications dans cette recherche.

C'est de l'intérieur du milieu professionnel concerné, selon une posture de praticienne-chercheuse, que j'interroge les effets des transformations politiques et institutionnelles dont je viens de rendre compte. J'expliquerai dans cette seconde partie mes choix conceptuels et méthodologiques et plus largement les aléas de la construction de mon dispositif de recherche.

Chapitre 1 : la construction de mon objet de recherche : la sidération

Dans la conduite et l'écriture de la thèse, se rejoue une partie de l'objet même de la thèse, c'est-à-dire les tensions et les contradictions entre le monde de la formation infirmière que je vis en tant formateur en soins infirmiers et le monde de l'université que je vis en tant que doctorante. Ces deux mondes, terrains de cette thèse dont l'objet est concerné par l'universitarisation de la formation, constituent aussi le contexte dans lequel elle s'écrit.

Le fait que j'évoque mon parcours et ma posture dans ce mémoire peut paraître anecdotique. Pourtant, cela importe pour cette recherche qui concerne les évolutions de la formation infirmière confrontée au monde de l'université. En effet, ces évolutions malmènent, bouleversent et sidèrent les formateurs en soins infirmiers, jusqu'à la formatrice qui mène cette recherche doctorale. Ce que j'essaie de penser, c'est l'enjeu, la difficulté et l'originalité qu'il y a de mener cette thèse en étant à cette place-là. En faisant référence à la place du témoignage personnel du chercheur dans sa propre recherche, Olivier de Sardan explique que celui-ci « prend un statut de "donnée empirique", et fonctionne comme "cas", comme exemple ou comme illustration » la place du chercheur pouvant « servir de déclencheur, de révélateur, d'enjeu » (2000, p. 440). « L'intimité [qui] nous inquiète lorsqu'elle surgit dans une œuvre qui ne lui a jamais conféré une existence scientifique » (Lourau, 1988, p. 13) nous explique Lourau est « éjectée dans un hors texte ». Les interrelations que ce hors texte entretient avec le texte au sein même de l'écriture d'un journal de recherche produisent « une sorte d'hypertexte invisible » (Ibid. p. 14). Fonctionnant à coup d'« effets de surimpression, de trompe-l'œil, d'anamorphose, d'échange entre la figure et le fond, d'hologramme, de mise en

abyrne... » (Ibid. p. 14), ce qui va permettre au chercheur de conscientiser ses implications. De ce fait, je propose de rendre compte de mes implications dans mon objet, par des détours qui ne se sont pas des hors-sujets, laissant voir comment cette place, cette position, ce vécu de sidération que j'éprouve, permettent de mettre en lumière les processus qui traversent mon objet de recherche.

Le fait d'en passer par un retour socio-historique, de m'y situer et de rendre compte de ma démarche de construction identitaire, me permet de démêler des influences enchevêtrées. Je tente ainsi de fournir des éléments de compréhension concernant la manière dont les formateurs ont été produits par cette histoire. Le fait de devoir en passer pour la construction de la thèse par une structuration du cadre théorique, par un travail de désimbrication de savoirs et savoir-faire hybrides (ou hybridés ?) incorporés, est particulièrement difficile pour la praticienne-chercheuse que je suis.

Ce qui se rejoue dans la thèse participe à rendre compte de ce qui se joue pour formateurs en soins infirmiers dans le contexte de la réingénierie des études. Produits d'une histoire institutionnelle traversée par différentes influences, ils se trouvent depuis 2009 face à la référentialisation de la formation (Figari 1994, Ardouin, 2008) et à l'imposition du versant pédagogique de l'approche par compétences, faisant référence au socio-constructivisme et au cognitivisme, orientations qui leur étaient totalement étrangères.

Il est nécessaire de montrer l'articulation de mes deux orientations théoriques à savoir la socio-clinique institutionnelle et la clinique d'orientation psychanalytique en sciences de l'éducation dans mon écrit. Mes expériences professionnelles passées, accompagnées de celles des formations suivies de manière concomitante, ont construit ma manière d'être, rappelant ainsi la conception bourdieusienne de l'habitus comme un « système de dispositions durables et transposables, structures structurées prédisposées à fonctionner comme structure structurantes, c'est-à-dire en tant que principes générateurs et organisateurs de pratiques et de représentations » (Bourdieu, 1980, p. 88). L'auteur ajoute que « l'habitus est la présence agissante de tout le passé dont il est le produit : partant, il est ce qui confère aux pratiques leur *indépendance relative* par rapport aux déterminations extérieures du présent immédiat » (p. 94).

Par ailleurs, je me reconnais tout à fait dans le discours d'Ardoino (1993) lorsqu'il explique les origines de la multiréférentialité : « Cette démarche a pris naissance dans l'embarras même où se retrouvent toujours placés les praticiens, quand ils deviennent soucieux

de ré-interroger leurs pratiques, sans doute pour les optimiser, avec, ainsi, une intention plus délibérément praxéologique, mais, aussi, pour tenter de mieux les comprendre, voire de les théoriser, dans une perspective qui se rapproche, alors, d'une curiosité plus scientifique, n'excluant pas, au demeurant, des préoccupations éthiques » (p. 15).

Telle une posture que l'on pourrait qualifier d'« opportuniste », je mobilise l'un ou l'autre de mes cadres de référence selon les nécessités et aléas de ma recherche. Il ne s'agit pas pour moi de me défausser sur l'un pour ne pas approfondir l'autre. Socio-clinique institutionnelle et clinique d'orientation psychanalytique sont à la fois deux démarches de recherche et deux cadres d'analyse. Cependant je ne les mobilise pas simultanément dans toutes les phases de ma recherche. Les concepts d'implication et de contre-transfert n'ouvrent, par exemple, pas aux mêmes analyses. Si le premier me conduit à examiner la manière dont je suis impliquée dans l'institutionnalisation des nouvelles modalités de la formation des infirmières, le second m'amène à penser les mouvements psychiques que suscite cette implication.

1. L'éprouvé de sidération

En proposant de revenir sur mon cheminement professionnel au regard des moments de l'histoire des infirmières comme des formateurs, une logique s'impose à ma compréhension. Dans les deux métiers, infirmière et formateur en soins infirmiers, que j'ai exercés successivement, des similarités apparaissent. Resnik (1999) explique que « notre capacité à connaître se révèle à travers nos expériences sensorielles. C'est à partir de nos sens que les représentations se mettent en mouvement. C'est à travers l'expérience et son élaboration, grâce à la collaboration implicite entre le sujet et le phénomène, qu'objectivité et intersubjectivité donnent naissance au champ de l'apprentissage » (p 9).

Parallèlement à l'apparition du référentiel 2009, émerge l'idée d'un renforcement du partenariat concernant l'accueil des étudiants de l'IFSI, dans lequel j'exerce, sur les différentes structures de l'hôpital et les dispositifs à mettre en place visant l'amélioration de l'apprentissage en soins infirmiers. Je décide à ce moment-là, non seulement de m'engager dans la création de séances co-animées²⁰⁸ de formation continue à destination des tuteurs de stage, mais aussi de

²⁰⁸ Le collègue à l'initiative de la fabrication du cahier des charges de la formation tutorale me propose la co-animation des séances de formation, au regard de mon parcours de professionnel en psychiatrie, de mon investissement dans la mise en place du nouveau programme de formation, et de mon intérêt pour le sujet, travaillé en master professionnel de Sciences de l'Education.

les utiliser en tant que dispositif d'observation participante, lors de la recherche menée dans le cadre du cursus de master de formation de formateurs.

Je fais le choix de mettre en évidence ce dispositif dans deux parties de l'écriture de cette recherche, sa présentation en tant que dispositif de recueil de données sera proposée dans le chapitre méthodologique, celui-ci s'étant poursuivi jusqu'en 2020. Mais, pour des raisons de cohérence de mon écrit, aborder ce dispositif à ce moment de ma rédaction me semble utile afin de montrer comment il a participé, d'une part à l'appropriation de certaines notions inhérentes au programme de 2009, et d'autre part à l'émergence de mon objet de recherche.

Dans les premières séances, mon collègue et moi-même avons construit le contenu de cette formation à la fonction pédagogique de tuteur infirmier comme une mise en conformité avec les prescriptions des textes de la réforme des études d'infirmière : un contenu didactique pur. Alors que nous avons pensé cela facilitant pour la compréhension de tous, nous avons rapidement abandonné cette idée, le contenu surchargé et sa présentation trop académique abasourdissaient les participants, les forçant à la passivité.

Nous avons donc réaménagé le dispositif et organisé un espace de paroles permettant de faire réfléchir les professionnels sur leur pratique afin d'accéder à leurs perceptions antérieures et ce, dans l'intention inavouée de les bousculer. Nous avons reconstruit le contenu de la formation tutorale, avec les professionnels de santé inscrits et en même temps qu'eux.

Dispositif d'enrichissement réciproque et véritable co-apprentissage, j'y ai beaucoup appris sur moi-même, sur mes propres résistances, sur ma manière de fonctionner dans mon travail de cadre de santé formateur, j'ai pris conscience que l'observation, l'écoute active et le soutien, posture acquise pendant ma carrière d'infirmière s'avérait être au cœur de ma posture de formateur. Je suis passée d'une place où j'étais censée avoir le savoir sur le référentiel 2009, à une posture d'accompagnement au changement en m'appuyant principalement sur les savoirs expérientiels des tuteurs. Nous sommes partis de leur expertise en soins infirmiers afin de co-produire de nouveaux savoirs sur leurs pratiques professionnelles. « Un savoir nouveau va se construire à deux (ou plusieurs) à la faveur d'une relation dialoguante et questionnante (voire interpellante ou même interloquante). Un savoir issu d'un mouvement de conscientisation partagée et qui serait différent dans toute autre circonstance. Un savoir où chacun a besoin de l'autre pour sortir d'un état d'ignorance relative, un savoir qui n'aurait pu s'élaborer chacun de son côté, qui restera provisoire, instable, changeant, jamais abouti, toujours en question, et dont la constitution est l'objectif de la mise en place de cet échange » (Lani-Bayle, 2012). Il était

question dans ce travail de réflexion à distance du quotidien de travail, de trouver moi-même les réponses aux questions que je me posais sur cette réingénierie de la formation. J'ai analysé mon implication en maintenant en permanence une tension entre expérience et réflexion. Monceau (2012) explique que « l'implication professionnelle est l'ensemble des relations que le sujet entretient avec la profession (pensée comme une institution ayant sa dynamique propre) à laquelle il 'appartient' et avec les autres institutions dans lesquelles ou en lien avec lesquelles il exerce sa profession » (p.15), et que « les implications s'actualisent ou se potentialisent selon les situations » (p. 16). Cela m'autorise à penser : « Produire du savoir n'est pas inventer. C'est en organiser à sa façon, pour produire un sens qui soit son sens » (Lerbet, 1990, p. 115).

Cette expérience de formation continue, associée à, comme je l'ai expliqué précédemment, cette transformation en moi-même et les nouveaux savoirs qu'avait généré l'épisode universitaire, a engendré un tel décalage avec certains de mes collègues, qu'il m'a été compliqué de reprendre ma place au sein de la même équipe pédagogique. En changeant d'institut de formation, j'ai eu l'impression que le problème était réglé, mais j'y ai trouvé de nouveaux collègues happés par de nombreuses préoccupations et inquiétudes induites par ce « nouveau programme ».

C'est dans une continuité de recherche de sens pour moi-même, que je m'engage dans une nouvelle démarche d'orientation psychanalytique, en participant toutes les trois semaines, à un groupe d'analyse clinique des pratiques professionnelles, animé par Claudine Blanchard-Laville, à destination de professionnels engagés dans des métiers de la relation. (Éducateurs, enseignants, formateurs). L'écoute bienveillante, sans jugement, et la coopération authentique du groupe autorise la compréhension en profondeur de ce qui sous-tend les situations professionnelles que j'expose : les émotions qu'elle suscite en moi et leurs liens avec mon histoire personnelle. Mettre de côté la rationalisation et travailler sur l'implicite et l'écoute de ce qui se passe à notre insu génère chez moi une dynamique et une écoute analytique transférable à mon contexte professionnel. Cette approche clinique inspirée des groupes Balint²⁰⁹ me permet d'évoluer dans l'exercice de ma pratique, de prendre confiance en mes ressources personnelles et de repenser une inscription dans une recherche universitaire.

En septembre 2014, je cherche à reprendre contact sans objectif réellement conscientisé, avec les enseignants du département de sciences de l'éducation de l'université de Paris VIII dans

²⁰⁹ Ce que Blanchard-Laville appelle « un accompagnement clinique groupal », « à même d'offrir aux enseignants qui en éprouvent le désir les moyens d'une élaboration des situations qu'ils ressentent comme problématiques dans leur cadre de travail » (2011, p.131).

lequel j'avais effectué mon master. Cette démarche me permet d'initier une coopération de recherche²¹⁰ avec Caroline Le Roy (CLR) faisant partie du laboratoire CIRCEFT sur la thématique du tutorat et du partenariat IFSI-Etablissements de soins dans la professionnalisation des étudiants en soins infirmiers dans un premier temps. Ses recherches s'inscrivent dans une démarche clinique d'orientation psychanalytique et socio-clinique dans le domaine de la formation et de l'insertion sociale et professionnelle, plus précisément : dans les domaines de la formation, de l'éducation, de l'insertion.

Nous convenons ensemble de mener des entretiens exploratoires en décembre 2014 afin de nous permettre de mettre en problématique une première question. Je me charge de contacter la première personne à interviewer. Il est intéressant d'explicitier le choix de cette interviewée, car celui-ci va engendrer un imprévu suffisamment déstabilisant pour provoquer le retour d'un déjà-vu que je pensais dépassé. A nouveau, l'empêchement à penser ma place, ma pratique par l'apparition d'un décalage entre les connaissances attendues d'un tuteur expérimenté et la manière dont il en rend compte s'impose.

Les précisions organisationnelles suivantes permettent de comprendre les attendus collectifs et institutionnels vis-à-vis des tuteurs de stage. Il existe dans les locaux de l'IFSI dans lequel j'exerce un groupe formalisé depuis 1996, intitulé « Groupe encadrement ». C'est un espace de travail collaboratif entre cadres de santé du centre hospitalier et ceux de l'IFSI œuvrant pour l'encadrement et l'accompagnement des étudiants en stage, très actif dans le cadre de la réingénierie des études infirmières. Les nombreux débats et réflexions, auxquels je participe régulièrement²¹¹ autorisent à penser que tous les participants de ce groupe se sont appropriés les savoirs et postures attendues dans le référentiel de formation 2009. C'est au sein de ce groupe de travail que je demande l'accord à une de mes collègues cadre de santé de s'entretenir avec une chercheure universitaire à propos du tutorat, en ma présence.

Le 11 Décembre 2014, j'écris dans mes notes de recherche :

« Ne sachant pas mener d'entretien de recherche clinique, nous²¹² décidons que je participerai en tant qu'observatrice au premier entretien et je me charge de contacter une collègue cadre de santé de mon établissement support. (...). Sans avoir d'idées précises en tête concernant le résultat de cet entretien, j'étais intimement persuadée que

²¹⁰ En 2015, une convention de recherche entre le CIRCEFT de Paris VIII et l'établissement hospitalier support de l'IFSI est signée. Le recherche s'intitule : *Logiques tutorales et partenariales dans la construction identitaire des professionnels de santé. Le cas de la formation en soins infirmiers.*

²¹¹ Ce groupe se réunit à une fréquence d'une fois tous les deux mois.

²¹² Caroline Le Roy et moi-même.

ma collègue présenterait son discours comme à l'accoutumé dans notre espace de réflexion commune. J'étais loin de m'imaginer ce qui allait s'imposer à moi à la sortie de cette entrevue. Je ne comprenais rien à ce que je venais d'entendre, j'avais le sentiment d'avoir entendu un discours abscons, un langage hermétique et des propos confus. Mais, ce que je retiens le plus à la sortie de l'entretien, c'est l'émoi dans lequel j'étais. Un mélange de surexcitation, de contrariété, même de colère s'était emparé de moi. Pendant tout le trajet de retour, je n'ai fait que parler, indignée par le déroulement de l'interview. Quant à Caroline, elle semblait plus intriguée par la désorganisation de la discussion et les paroles équivoques de ma collègue. (...). Nous nous sommes quittées sur ce sentiment d'étrangeté partagé, et convenons de retranscrire chacune la moitié de l'entretien avant de nous revoir » (Notes de recherche, 11 décembre 2014).

Ce ressenti particulier, « confusionnant » qui fait irruption dans l'immédiateté du vécu se répète lorsque je réécoute l'entretien pour la retranscription. J'écris le 7 février 2015 :

« Je me souviens avoir été troublée lors de l'écoute de l'enregistrement vocal. Prenant à cœur ce travail, je voulais bien faire en retranscrivant au plus juste les propos de l'interviewée, j'étais « sereine » tant que j'étais dans la réécriture des mots posés les uns derrière les autres. A partir du moment où je relisais les phrases, j'oscillais entre l'envie de « décoder » ses propos avec mes propres mots et l'envie de « traduire » ce que je jugeais incompréhensible, pensant savoir ce qu'elle voulait dire.

Ce n'est que le 28 mars 2015 que je décide de travailler l'analyse de l'intégralité de la retranscription avec en tête deux arrière-pensées plus ou moins explicites. La première est de définir une problématique de recherche et la deuxième de m'appliquer méthodologiquement parlant pour que cette exploration soit « recevable » dans le cadre de la recherche. (...). Après quelques heures de « bricolage » fastidieux à vouloir faire un parallèle entre ma compréhension et celle de l'interviewée, je dois me rendre à l'évidence : le décalage massif existant entre ce que je pensais entendre et ce qu'il s'est dit m'a projetée dans une incompréhension totale, dans un état proche de la sidération » (Notes de recherche, 7 février 2015).

Ce sentiment d'étrangeté réactualise certains épisodes professionnels, altérant ma capacité de penser, et à prendre de la distance par rapport à la situation.

Jaillon (2014) explique que « pour comprendre le fonctionnement d'un individu, d'un groupe ou d'une organisation, il faut l'analyser en situation de dérangement. C'est le dérangement qui permet l'analyse » (p. 76). Intuitivement, cette démarche de recherche

intérieure, cette « réflexivité sur soi en tant que praticien » (Perraut-Soliveres²¹³, 2001) a toujours été au service d'un enrichissement réflexif et de l'amélioration de ma « « pratique professionnelle réfléchie » (ibid.). Ce qui s'avérait être du développement personnel se transforme progressivement en désir d'en faire une recherche.

La position particulière que j'occupe, formatrice voulant s'investir dans une recherche sur son propre terrain, participe de l'imbrication des places que j'occupe au sein de ces institutions (professionnelle et universitaire) et me plonge dans une confusion des rôles. Ce malaise est accentué par l'universitarisation des études infirmières qui invite les formateurs infirmiers à investir la recherche universitaire.

Ce nouveau vécu de sidération entre en résonance avec mon propre parcours de vie professionnelle. Il met en évidence la nécessité de réfléchir mon implication dans ce phénomène pour tenter « de sortir de la confrontation sujet/objet et d'en concevoir la relation dynamique ; la démarche s'enracine dans le fait que l'objet reste présent en permanence et se glisse dans les moindres interstices ; l'objet traverse avec des effets d'allers-retours : exercice de la pratique et pensées sur cet exercice » (Paturel, 2008, p. 54). L'impression ou l'intuition que ce ressenti de sidération cristallise quelque chose de cette tension entre pratiques professionnelle et de recherche s'impose. Il ne s'agit pas d'oublier non plus que la place de doctorant se situe aussi dans un entre-deux, celui de la recherche et celui de la formation à la recherche, ce qui peut ajouter d'autres difficultés en lien avec le rapport au savoir et à la formation dans la construction professionnelle.

Il me faut donc contextualiser ce ressenti de sidération, le lier à ma trajectoire personnelle afin de pouvoir questionner ma subjectivité et me rapprocher d'une description plus rationnelle de la sidération éprouvée. Il me faudrait imaginer une « grille de lecture » qui me permettrait d'en identifier les manifestations chez d'autres. Perraut-Soliveres (2001) parle d'hypersubjectivité se caractérisant « par une reconnaissance de la subjectivité à l'œuvre dans toute réalisation humaine et par la tentative de sa mise en acte dans la recherche » portant sur « une mise à disposition de soi dans une attention au monde particulière, qui tient à maintenir l'autre et soi en permanence dans une historicité expérientielle actualisée que caractérise l'individuation » (Perraut-Soliveres, 2001, p. 251).

²¹³ Anne Perraut-Soliveres a rédigé la thèse de doctorat en Sciences de l'éducation (1999, Paris 8) : *La nuit du savoir ou les valeurs de l'ombre, du savoir de la nuit des infirmières à l'impensé de delà, recherche dans les sciences de l'homme : le praticien-chercheur comme éclairer*, sous la direction de Ruth Canter Kohn.

Il me faut aussi interroger le vécu des autres formateurs vivant le même processus d'universitarisation, « démêler », « trier » ce qui appartient à ma propre histoire et ce que cela dit de l'histoire institutionnelle. Il s'agit pour moi d'identifier comment cela fait écho avec ma réflexion, enrichie de lectures, de rencontres universitaires (dans le cadre de séminaires théoriques, de discussions avec des doctorants et des chercheurs expérimentés). De fait, je cherche à mener cet exercice de distanciation imposé par le cadre universitaire dans la conduite et l'écriture de la thèse.

Afin d'identifier les diverses manifestations de la sidération chez les formateurs en soins infirmiers, il m'a semblé nécessaire d'en passer par une pluralité de modalités de collecte de données.

J'ai eu recours à l'observation participante de situations de vie professionnelles, qui se confond souvent pour moi avec l'analyse réflexive de situations vécues avec mes collègues, mais aussi à des dispositifs spécialement conçus pour identifier les manifestations de cette sidération individuelle et/ou collective. En donnant la parole aux acteurs (seul et/ou en groupe) les plus directement concernés, j'ai cherché à saisir le sens qu'ils donnent à l'universitarisation des études infirmières. C'est ainsi que j'ai été amenée à observer ce que j'ai choisi de qualifier de « sidération », c'est-à-dire la difficulté voire l'impossibilité de donner du sens aux transformations institutionnelles en cours et à leurs conséquences sur le dispositif pédagogique.

2. Les approches théoriques de la sidération

2.1. La survenue d'un impensable

Pour qualifier mon propre éprouvé, le terme de « *sidération* » s'est imposé à moi naturellement, de par la représentation que je me faisais de ce mot, c'est-à-dire : une suspension brusque de la pensée, « *un arrêt sur image* ». Abasourdie, silencieuse la personne ne comprend pas ce qui se passe, à ce qui lui arrive et se trouve dans l'incapacité de mobiliser ses idées.

Du latin *sidus*, elle désigne à l'origine « l'influence subite exercée par un astre sur le comportement d'une personne, sur sa vie sur sa pensée » (*Trésor de la Langue Française informatisé*²¹⁴) faisant référence à l'insolation ou le foudroiement. A partir du 18^{ème} siècle, la médecine s'approprie le terme : « suspension brusque des fonctions vitales (respiration et circulation) par électrocution, action de la foudre, embolie, hémorragie cérébrale » (Idem). Autrement dit, la personne est comme morte, catatonique, incapable d'agir. Par la suite, le mot

²¹⁴ Consultable sur <http://stella.atilf.fr/Dendien/scripts/tlfiv5/advanced.exe?8;s=3359093325>

« sidération » a été utilisé pour décliner des états similaires provoqués par d'autres causes que celles présentées ci-dessus.

Par la suite, c'est la logique d'insensé (ou de décalage entre le sensé et l'insensé) qui va particulièrement caractériser ce terme. C'est dans ce sens qu'on le trouve chez Freud.

« J'ai l'impression que ma Science des Rêves, parue en 1900, a apporté à mes collègues plus de 'sidération' que de 'lumière' », écrit Freud au début du cinquième chapitre sur les mots d'esprit. (Freitas Perez²¹⁵, s.d.). Le concept de « sidération » est introduit par Freud (1905) en psychanalyse à l'occasion de l'étude du mécanisme du mot d'esprit. Selon lui, tout jeu de mot, déconstruit le sens, laisse son auditeur en suspension, le coupe de ses repères habituels. « Il y a sidération du sujet devant l'apparition du non-sens. C'est l'instant de suspension du sujet devant l'interruption du sens soutenu par la chaîne signifiante » (Monseny, 2004, p.95).

Puis, dans un second temps, dit « de lumière », le non-sens se résout en un sens nouveau. « Dire que le sujet est sidéré par ce qu'il vient d'entendre signifie qu'il n'y comprend rien, sinon ceci : il y a quelque chose à entendre » (Didier-Weill, 2010).

Les évènements sociétaux ont propulsé ce mot dans les gros titres de bon nombre de quotidiens, magazines et reportages télévisés : « sidération populaire »²¹⁶ « visions d'horreur sidérantes »²¹⁷ « après la sidération des attentats »²¹⁸ ... L'utilisation à des fins de « scoop » du mot en grosses lettres accentue la violence du choc et l'aspect inconcevable de la situation pendant la période des attentats, « scotchant » le public dans une espèce de pétrification émotionnelle, tel un enfant happé par cette « boîte sidérante » que peut être la télévision. En sciences de l'éducation et de la formation, Meirieu (2004) décrit cet effet de certaines images qui rendent l'enfant incapable de la moindre distance réflexive, du moindre discernement. Cet auteur explique même que cette sidération « à jet continu », est inscrite dans la machinerie commerciale, cette surenchère permanente faisant de la sidération le mode de fonctionnement normal dans une course à l'audience.

A ce jour, tous les médias utilisent ce terme à propos de la pandémie Covid-19. Il est question de l'« effet de sidération » sur la population, d'un « état de sidération » ou d'un « état de stupeur ». État dans lequel, sa violence et sa soudaineté aurait plongé le monde. Le socio-

²¹⁵ Freitas Perez, L.-M. Entre le sens et le non-sens, passage au de-siderum. Consultable sur :

<http://convergencia.aocc.free.fr/texte/freitas-f.htm>

²¹⁶ <http://www.slate.fr/story/96645/terrorisme>

²¹⁷ www.lemonde.fr/.../attentats-a-paris-comment-en-parler-aux-enfants 4810090 4809

²¹⁸ www.france3.fr/emissions/documentaires/diffusions/06-01-2016 445600

économiste Moulier-Boutang (2020) baptise « Sidération Covid-19 »²¹⁹ la mise entre parenthèses de l'économie du pays et « les conséquences de cette suspension qui nous font aller de sidérations en sidérations ». De l'in vraisemblance, des informations s'invalidant mutuellement, des contradictions permanentes, cela va bien au-delà d'un étonnement ou de l'effet de surprise, la réalité devient indéchiffrable.

La notion d'empêchement, dont j'ai montré l'intérêt pour ma recherche dans la première partie, est, quant à elle, relayée par Gori (2013) dans les débats actuels autour de la marchandisation de notre société. Selon lui, avec l'arrivée d'un nouveau type de langage (langage très formel de l'information), les sujets se trouvent empêchés de s'emparer de la parole pour « faire sens et histoire » à partir de leur expérience.

La survenue brutale d'un impensable venant s'imposer à l'individu s'observe aussi en médecine générale, discipline dans laquelle la sidération est l'objet d'une attention toute particulière avec l'annonce de la maladie grave.

Pour Ruzniewski et Bouleuc, « L'annonce est intrinsèquement porteuse d'impossible » (2012, p 26). Les éléments de réalité, même basés sur des éléments scientifiquement recevables, sont inentendables pour le malade, voire impossibles même à penser. Ces auteurs expliquent que le malade et le médecin sont alors projetés dans un échange paradoxal, « pour le médecin, dire ce qui ne peut être entendu ; pour le patient, écouter ce qui ne peut être compris » (ibid, p 27). « Il y a sidération parce qu'il y a changement brutal dans l'être de la personne qui bascule dans un autre camp, un autre pays, celui de la maladie. Un changement radical de soi, perçu avec fracas, mais non encore mesuré. Et pas encore les mots pour aller avec » (Ruzniewski & Rabier, 2015, p 13).

Du Colombier (2011) propose dans un article intitulé *Une entrée en terre étrangère : le travail psychique de la maladie chez les patients atteints de cancer*, le vécu de cette maladie comme un état de crise, l'irruption de cette maladie faisant basculer le patient « du familier, de l'harmonieux, à l'explosé, l'immaîtrisé, l'étranger » (p. 111), référant l'annonce du diagnostic à un vécu de brutalité tel, qu'il évoque la sidération psychique. « La pensée se trouve comme figée et se rigidifie pour former une sorte de carapace protectrice imperméable aux émotions. "Désaffectivé", le patient opère une sorte de "démantèlement" face au risque d'hémorragie narcissique, c'est-à-dire le risque qu'il ne s'échappe de lui-même, débordé par la charge de ses affects » (p. 116).

²¹⁹ <https://aoc.media/analyse/2020/05/28/sideration-covid-19-leconomie-suspendue-et-le-tournant-2020/>

Une étude²²⁰ (2002) concernant l'annonce de la maladie d'Alzheimer a montré que pour 40% des patients « l'absence de réaction émotionnelle chez le plus grand nombre au moment de l'annonce, peut être liée à une non-compréhension ou à l'anosognosie du patient, mais être également due à une forme de sidération émotionnelle » (Blanchard *et al.*, 2009, p. 171).

Annonce sidérante, ou temps de sidération lié au choc, la sidération est totale dans la mesure où elle touche à la fois le patient et sa famille générant la perte de sens d'une réalité injuste et incontrôlable. La maladie renvoie le sujet à la confrontation à la mort, et fait apparaître la temporalité de la vie.

Cette analogie se retrouve dans les études sur le deuil, son processus et sa résolution. Même si les auteurs ne s'entendent pas tous sur les intitulés des étapes ni sur leur nombre, ils établissent tous que dans un premier temps, l'état de choc s'installe, et avec cette étape : la sidération mentale. Elle est définie comme « une sorte d'engourdissement mental et physique [qui] entrave les sensations et les perceptions du sujet qui devient imperméable à l'environnement. La sidération agit donc à trois niveaux : les affects sont anesthésiés ; les perceptions émoussées ; tout l'organisme est paralysé (physiquement comme intellectuellement) » (Bacquet & Hanus, 2001, p 28).

Dans ses recherches cliniques auprès d'enfants souffrant de troubles autistiques, Crespin (2009) appelle « état de sidération » : « un état particulier où toutes les compétences relationnelles et de communication du parent sont suspendues dans le rapport à cet enfant en particulier, le parent gardant par ailleurs intactes ses capacités langagières et de communication » (p 69). Des parents tout à fait « compétents », peuvent se trouver dans une incapacité à communiquer avec leur enfant diagnostiqué comme présentant des troubles autistiques.

Cet auteur décrit plusieurs phases à cette sidération. La « rencontre primordiale » (2007) pendant la gestation, le ressenti corporel, la relation symbolique entre le fœtus et la femme qui le porte, laisse des traces mnésiques se répétant lors de « la rencontre néonatale ». Ce premier moment serait selon elle, dans la situation de l'enfant autiste, « manquée », celui-ci n'étant pas reconnu comme semblable, mais vécu comme un étranger. Ces études cliniques montrent ensuite une période pendant laquelle les parents font « comme si » l'enfant réagissait normalement aux échanges, elle parle d'un « impensable » des parents, bien qu'ils détectent la

²²⁰ Etude OPDAL (Optimization of Diagnostic of Alzheimer's Disease) organisée par Alzheimer Europe, 2002.

différence. Puis, de plus en plus ces parents font tout ce qu'ils doivent faire, mais de façon « opératoire », impersonnelle, et épuisés « ils entrent en sidération, et ceci s'accompagne, la plupart du temps, d'un effondrement dépressif et d'une souffrance indicible » (p 72). Au fur et à mesure qu'ils s'installent dans cette sidération, certaines informations concernant un comportement évolutif ou différent que celui, désormais attendu, ne leur sont plus accessibles, ce que Crespin appelle une « cécité spéculaire », ou une « surdité signifiante ».

L'auteur indique qu'il lui arrive souvent de constater le même arrêt des processus de pensée dans les équipes soignantes accueillant ces enfants.

Ce mécanisme, accompagné du sentiment d'incompétence est aussi décrit en psychologie du travail. Clot (2010) propose la « qualité empêchée » (p 140) des salariés. L'expression désigne un burn out lié à un état psychique particulier : le sentiment d'être totalement vidé des ressources nécessaires pour faire face aux exigences du travail, ce qui entraîne un sentiment d'empêchement à « bien faire son travail ». En psychopédagogie, Boimare (psychologue clinicien, 2008) parle des « enfants empêchés de penser » (p 140) qui recherchent un équilibre personnel dans l'évitement de penser. Une espèce de « gel de la pensée » qui se manifeste par une difficulté à faire du lien, à faire appel à des représentations personnelles pour imaginer les situations... à s'appuyer sur des capacités réflexives, sans ouvrir la porte à des sentiments parasites (peurs, vécu de frustration trop intense pour poursuivre).

2.2. L'état de sidération et le traumatisme

2.2.1. *Le point de vue des psycho-traumatologues*

La sidération peut être une réaction émotionnelle normale face à un danger, mais il est nécessaire de différencier stress et traumatisme, qui sont dans deux registres différents.

L'endocrinologue Selye définit, en 1956, le stress comme le mécanisme du syndrome général d'adaptation, c'est-à-dire « l'ensemble des modifications qui permettent à un organisme de supporter les conséquences d'un traumatisme naturel ou opératoire », le qualifiant de dispositif de vigilance salvatrice. Il insiste principalement sur la nature physiologique du stress, et identifie trois phases successives dans ce syndrome réactionnel endocrinien.

Tout d'abord, la phase d'alarme est une réaction immédiate de l'organisme à un choc, ce qu'il interprète comme un stimulus menaçant soudain. Ces réponses automatiques sont à plusieurs niveaux : neurochimique et physiologique. L'hypothalamus responsable de la préservation de l'intégrité de l'organisme génère un afflux d'hormones provoquant de fait, une série de modifications physiologiques, celles-ci visant à mettre les sens en alerte maximale,

mais aussi au niveau comportemental avec la mobilisation des capacités de l'organisme à se défendre, à s'immobiliser, ou à fuir ainsi qu'au niveau psychique/émotionnel avec des réactions émotionnelles plus ou moins intenses, des sentiments de détresse... certains auteurs parlent de « sidération corticale » (Salmona, 2013). Sidéré, le cortex ne contrôle plus les réactions émotionnelles, la victime est comme paralysée, elle ne peut plus crier, bouger ou organiser de façon rationnelle sa défense. Salmona fait référence à « une paralysie des fonctions supérieures » « d'immobilisme psychique et moteur » ou encore à « une anesthésie émotionnelle ». L'organisme peut se retrouver en état de stress extrême, et il peut exister à ce moment-là des risques graves pour l'organisme (perte de connaissance, souffrance neuronale, infarctus du myocarde...). Souvent dans le stress dit « adapté » (Crocq, 2007), la seconde phase (Selye, 1956) est celle de résistance qui se présente comme une phase d'adaptation à la persistance de l'environnement stressant. Cet apaisement physiologique permet de rééquilibrer les dépenses énergétiques générées par le choc initial, et d'éviter l'épuisement.

La dernière phase est celle d'épuisement, qui comme son nom l'indique, est le moment où les défenses s'effondrent, le sujet est dépassé, désadapté et ne peut faire face, toutes les sphères peuvent être touchées : somatique (fatigue excessive...), psychique (dépression, atteinte de l'estime de soi...), comportementale (addictions, comportements à risque...) ou émotionnel (troubles de l'humeur...). On parle alors de stress pathologique ou encore de stress traumatique.

Crocq (2014), fondateur des Cellules d'Urgence Psychologique (CUMP), définit le stress comme « la réaction réflexe, neurobiologique, physiologique et psychologique d'alarme, de mobilisation et de défense, de l'individu à une agression, une menace ou une situation inopinée » (p 10), il est réactionnel, et touche aux domaines psychique, somatique et moteur. La sidération est, dans ce cas, une réaction archaïque de l'organisme, un mécanisme psychologique et neurobiologique de sauvegarde. La métaphore communément admise est celle du circuit électrique. Le stress ressenti en situation d'agression, étant considéré comme une réponse émotionnelle trop forte, le risque de « survoltage » est trop élevé, le mécanisme de sidération fait office de court-cuit. La victime « sidérée » se retrouve alors dans l'incapacité de réagir de façon réfléchie, elle reste pétrifiée ou agit sur un mode automatique. Cet état de sidération, sorte de paralysie du cerveau, peut être éphémère, avec retour rapide à la conscience normale.

Le vécu de l'instant traumatique étant variable d'un individu à l'autre, toutes les personnes exposées à un « événement potentiellement traumatisant » ne le vivent pas forcément comme un traumatisme psychique (Breslau et coll., 1998).

Crocq (1999) définit le traumatisme psychique comme « un phénomène d'effraction du psychisme et de débordement de ses défenses par les excitations violentes afférentes à la survenue d'un événement agressant ou menaçant pour la vie ou pour l'intégrité (physique ou psychique) d'un individu qui y est exposé comme victime, comme témoin ou comme acteur » (p.10). Dans le « stress dépassé », souvent chez des sujets psychologiquement vulnérables, il explique que la réaction immédiate inadaptée peut se présenter sous quatre formes, qui sont la sidération, l'agitation, la fuite panique, et l'activité d'automate. Lorsque la situation stressante ne peut pas être intégrée, le sujet est saisi d'un coup, dans toutes ses facultés. Il parle alors d'une effraction psychique responsable d'une « sidération psychique » qui place la victime dans un « état d'impuissance globale » (Crocq, 1992), un état de stupeur émotive dans lequel le sujet est figé, une suspension de la pensée. Il s'agit d'un traumatisme psychique majeur : surprise, effroi, horreur et effraction des défenses psychiques dans cette confrontation inopinée avec la mort (Lebigot, 2002). « L'effroi est dit par les sujets en termes de "panne", de "blanc", d'éclipse de soi – "Je n'étais plus là" –, de complet silence, de perte des mots ou, comme ce patient : "Une lumière intérieure s'est éteinte." L'un de nos patients parlait joliment de "moment de black-out". Le plus souvent, c'est un "arrêt de la pensée" qui est décrit » (Lebigot, 2016, p 13). La psychiatre Salmona (2020) explicite que « Pour sidérer une victime, il faut : soit la terroriser par la soudaineté et la brutalité de l'agression, la réduire à l'impuissance par des menaces de mort, par des violences physiques et par une volonté de destruction inexorable ; soit la paralyser par le non-sens, le caractère incongru, incompréhensible, impensable de l'agression et de sa mise en scène, qui est alors impossible à intégrer (...) Les violences les plus sidérantes sont celles qui sont les plus "folles", celles qui n'ont aucun sens par rapport au contexte, aucun sens par rapport à la victime, par rapport à son histoire, à ce qu'elle a fait ou pas, à ce qu'elle a dit ou pas » (p. 16).

2.2.2. *Le point de vue des psychanalystes*

Central dans l'œuvre de Freud, le concept de trauma y est présent « avant l'avènement de la psychanalyse » (Schmeltz, 2017). « Le trauma est sans doute l'une des notions les plus indécises de la psychanalyse, voire des plus équivoques, et sans doute des plus énigmatiques » (Le Guen, Préface, 1966). Il en existe plusieurs versions, suscitant de nombreuses controverses portant sur sa nature, « son ou ses mécanismes, son niveau d'action, les facteurs impliqués »

(Dupont, 2000, p. 19), dont la principale sur la place du trauma (fantasme/ réel), opposant Freud à Ferenczi « lequel, lors des dernières années de sa vie [entre 1928 et 1933 — date de sa disparition], a ouvert, à partir du concept de *trauma*, tout un champ de réflexion qui a marqué et intéresse au plus près la psychanalyse dite contemporaine » (Bokanovski, 2011, pp. 10-11).

Dans le cadre de cette thèse je ne vais pas développer ce débat toujours ouvert au sein de la psychanalyse, mais je choisis de retenir certains aspects seulement qui me paraissent éclairer le phénomène que je décris

Roussillon fait la remarque suivante : « N'oublions pas, que vraisemblablement, le traumatisme n'existe pas " en soi ", et que ce qui existe, ce sont des théories, ce sont des conceptions, ce sont des modèles de pensée qui nous permettent de rendre compte de processus psychiques et de processus cliniques auxquels nous avons affaire » (2000, p. 94).

Dans son dossier de préparation des journées sur le traumatisme 23 et 24 juin 2018 à Paris, Beine propose une métaphore, celle empruntée du personnage mythologique de la Méduse qui pétrifiait d'effroi la personne qui croisait son regard. « La mythologie grecque offre une figuration du trauma et de son effet de sidération à travers le personnage de Méduse : ce monstre hideux, affublé de défenses de sanglier et de serpents en guise de chevelure, causait la pétrification de tout être vivant qui regardait son visage. Ces trois éléments – la laideur insupportable, son effet de sidération et l'instantanéité du regard – nous renseignent sur les caractéristiques du trauma psychique ».

Laplanche et Pontalis définissent le traumatisme comme un « événement de la vie du sujet qui se définit par son intensité, l'incapacité où se trouve le sujet d'y répondre adéquatement, le bouleversement et les effets pathogènes durables qu'il provoque dans l'organisation psychique. En termes économiques, le traumatisme se caractérise par un afflux d'excitation qui est excessif, relativement à la tolérance du sujet et à sa capacité de maîtriser et d'élaborer psychiquement ces excitations » (1967, p. 499).

Dans son texte *Au-delà du principe de plaisir* (1920), Freud développe la notion de « membrane pare-excitante » fonctionnant « comme une enveloppe ou membrane spéciale qui tient l'excitation à l'écart : les énergies du monde extérieur ne peuvent ainsi transmettre qu'un fragment de leur intensité aux couches voisines » (p. 69). Il précise qu'il y a traumatisme lorsque l'afflux d'excitations externes vient submerger l'organisme, et vient faire « effraction dans le pare-excitations » (idid, p.71). Ce débordement du psychisme entraîne une impossibilité à mettre en sens l'expérience vécue.

Le dictionnaire international de psychanalyse insiste sur « l'aspect soudain et violent de l'événement entraînant un afflux d'excitation suffisant à mettre en échec les mécanismes de défense habituellement efficaces, le traumatisme produit le plus souvent un état de sidération et entraîne à plus ou moins long terme une désorganisation dans la vie psychique ». Cette soudaineté et cette violence soulignent l'état d'impréparation (Charbonnier, 2007), non préparé par l'angoisse comme le mentionne Freud. « La commotion psychique survient toujours sans préparation. Elle a dû être précédée par le sentiment d'être sûr de soi, dans lequel, par suite des événements, on s'est senti déçu ; avant, on avait trop confiance en soi et dans le monde environnant ; après, trop peu ou pas du tout. On aura surestimé sa propre force et vécu dans la folle illusion qu'une telle chose ne pouvait pas arriver ; "pas à moi" » (Ferenczi, 1982, p. 139). Le sentiment de sécurité de l'individu est attaqué laissant place à la vulnérabilité du sujet. La violence soudaine et inattendue stoppe tout processus de représentations mentales, toute possibilité de mise en scène psychique.

« Douleur, sans représentation, sans recours, sans fin, l'expérience traumatique est "immaîtrisable", "insaisissable", non liable par la psyché, elle ne peut être "domptée" selon la métaphore proposée par Freud, c'est pourquoi elle est débordante et désorganisatrice » (Roussillon, 2008, p.2). « La commotion psychique sidère les processus mentaux de représentation » (Bessoles, 2005, p. 35). C'est la non symbolisation du vécu qui fait traumatisme, ou autrement dit c'est le déficit du travail psychique de représentation qui constitue le traumatisme (Mazoyer & Roques, 2014). Le traumatisme reste un « événement psychique » qui « "phagocyte" en quelque sorte l'espace de pensée, et la pensée et le "penser" deviennent eux-mêmes traumatiques » (Bessoles, 2006, p. 735). Les sujets sont dans l'incapacité de comprendre ce qu'il leur arrive. « Le trauma ne vient ni de l'intérieur à proprement parler, ni non plus de l'extérieur, il provient de la mise en coïncidence des deux et de l'incapacité dans laquelle se trouve le sujet de maintenir une différence suffisamment efficace pour poursuivre son travail psychique » (Roussillon, 2008, p. 10), « il concerne tout ce qui peut mettre en panne la symbolisation et avec elle l'appropriation subjective » (Roussillon, 2014). La personne est projetée dans un état de passivité ou d'impuissance, elle est figée dans ce que Freud (1920) appelle l'effroi, se différenciant de l'angoisse et de la peur.

En psychanalyse, l'effroi est « l'affect ressenti par le sujet plongé sans préparation dans la situation de détresse. L'effroi prive ordinairement le sujet de toute possibilité de réaction : il met le moi hors d'état d'exercer ses fonctions de liaison des quantités d'excitation. Il est de ce fait toujours présent à l'origine de la névrose traumatique que S. Freud nomme parfois névrose d'effroi » (Doron & Parot, 1991, p.245).

Roussillon affirme sur son site *Exploration en psychanalyse*, que « La sidération psychique et le ''médusage'' (Freud, B Chervet) qui accompagnent le trauma ''sidèrent'' aussi la temporalité et l'ensemble du système ''secondaire'' de la psyché. L'expérience paraît durer interminablement, être sans fin ou plutôt hors du temps, hors histoire et hors temporalité historisante » (Roussillon, 2008)²²¹.

2.3. La création d'une grille de lecture/grille d'observation

Ces différentes définitions, venant de champs de recherche différents, présentent des traits communs. C'est à partir de ceux-ci que je vais tenter de construire une « grille de lecture » permettant de caractériser et de décrire les phénomènes que j'observe par les différents dispositifs mis en œuvre dans ma propre recherche.

La sidération est présentée comme un « mécanisme psycho traumatique », un mécanisme psychologique et neurobiologique de sauvegarde se mettant en place lors d'un traumatisme dans lequel la violence, la soudaineté, l'imprévisibilité, le caractère inexplicable sont en cause. Elle est décrite comme un affaiblissement physique et psychologique, et, en fonction des formes qu'elle peut prendre, elle est qualifiée de motrice, comportementale, affective, cognitive, émotionnelle, psychique.

Elle se manifeste par un arrêt brusque de la pensée accompagné de réactions physiologiques (aspect catatonique), d'une inhibition de la volonté, d'une suspension de la faculté de décider et/ou de prendre des initiatives.

Le caractère impensable ou le non-sens envahit totalement l'espace psychique et bloque les représentations mentales, les mots ne font plus sens, le réel n'est plus habitable. La sidération est donc présentée comme un mécanisme de défense qui vient répondre à un choc et à une effraction psychique, « dont la finalité est de réduire ; de supprimer toute modification susceptible de mettre en danger l'intégrité et la constance de l'individu biopsychologique » (Laplanche, Pontalis, 1967).

De ces traits communs aux différentes définitions dont j'ai rendu compte plus haut, je retiens les caractéristiques suivantes :

- La surprise ou le choc, entendu comme le décalage entre ce qui est attendu de la situation par l'individu et ce qu'il y vit,

²²¹ <https://reneroussillon.com/situations-extremes/theorie-psychanalytique-du-traumatisme/>

- L'afflux d'informations qui le submerge, ou le caractère innommable, indicible de ce qu'il est en train de se passer,
- Le ressenti de violence,
- Le décalage des émotions par rapport au contexte, ou un gel complet des émotions illustrant la paralysie des affects, ou l'inadéquation entre la gravité des propos et les émotions affichées,
- Une incompréhension totale de ce qui se passe dans l'ici et maintenant de la situation, se manifestant par la récurrence des propos la nommant, ou des discours inadaptés (inintelligibilité, confusion, coq à l'âne...).

La sidération, telle que décrite par ces caractéristiques, j'en observe les manifestations dans mon environnement professionnel immédiat, parmi les formateurs en soins infirmiers. Si, pour certains d'entre eux, elle peut avoir de dimensions psychopathologiques, c'est la dimension institutionnelle du phénomène que je cherche à comprendre par cette recherche doctorale. C'est selon une démarche socio-clinique et collaborative que j'organise mes investigations.

C'est cette « sidération institutionnelle », d'abord ressentie personnellement puis observée chez mes collègues, dont je souhaite analyser les manifestations et les effets. C'est avec cet objectif que j'ai élaboré les différents dispositifs que je vais présenter ici.

Au plan personnel, je pense avoir vécu le choc, l'indicible, l'émotionnel, le gel de la pensée et l'incompréhension totale, et ce, à de nombreux moments du déroulement de ma recherche doctorale.

Nous avons vu que c'est lors d'un entretien exploratoire avec une formatrice, que l'expérience de la sidération m'est d'abord apparue. Ma présence de praticienne-chercheuse au sein même du milieu observé a généré des moments d'inconfort intenses, que les questionnements qui m'habitaient m'ont projetée dans de réelles incertitudes. Dans la sphère professionnelle comme dans mon acculturation universitaire, j'ai douté de mes propres capacités intellectuelles, en particulier dans ma capacité à pouvoir conduire une thèse.

Il m'a fallu construire différents dispositifs (que je présenterai plus précisément dans le chapitre méthodologique) pour penser. Dans un premier temps, ils répondaient à la nécessité de répondre aux impératifs méthodologiques d'une recherche qualitative afin d'objectiver ce qui était tout d'abord un ressenti. Ces dispositifs, je ne pouvais les rattacher à aucun de mes deux cadres de référence, peut-être de peur de rajouter un blocage supplémentaire en voulant

circonscrire spécifiquement ce qui appartenait à l'une ou à l'autre des deux orientations. Comme s'il fallait choisir à chaque instant ce que l'une et l'autre apportait.

Puis, certains agencements se sont organisés pour penser « l'implication comme un mode de production des connaissances » (Kohn, 1986), tels les guidances individuelles, les rencontres avec des chercheurs novices ou experts dans l'orientation socio-clinique institutionnelle, ou encore le travail de retour fait sur mes notes de recherche, que j'assimile à un journal de recherche (Lourau, 1988).

Le dispositif posé avec mon encadrante de thèse, qui au départ se présente comme un espace d'accompagnement à la construction d'une posture de recherche, a progressivement évolué en un dispositif à fonction Balint (Delion, 2007) dans lequel ma propre sidération est devenue un objet à penser.

L'écriture est pour moi un exercice difficile. L'écriture de la thèse se situe « à l'intersection entre deux sphères socio-institutionnelles d'activités : celle de la *formation* où l'enjeu principal est de manifester que l'on a acquis les savoirs et savoir-faire posés comme objectifs pour obtenir tel diplôme ou tel grade dans des formes et des normes reconnues par la communauté universitaire concernée et celle de la *recherche* où l'enjeu principal consiste plutôt à produire des connaissances dans des formes et des normes reconnues par la communauté scientifique régissant le domaine concerné » (Reuter, 2004, p.10), ce qui ajoute aux enjeux déjà énoncés du formateur en soins infirmiers menant une recherche sur son propre milieu, dans un moment chargé d'injonctions de transformations.

A certaines périodes, je suis comme « engluée » dans une procrastination, cristallisant les tensions entre l'envie de comprendre et la peur de découvrir, je me retrouve comme « paralysée » dans l'effort d'organisation des données et dans l'agencement des matériaux pour rendre compte d'une démonstration que je ne suis pas sûre de maîtriser. Je suis submergée par l'émotion lorsque je reçois les commentaires de mes guidants sur mon écrit que je pensais, enfin, correspondre à leurs attentes, oscillant entre une interprétation de censure, nécessitant le deuil de certains passages qui n'apparaîtront jamais dans l'écrit final, et le vécu de décalage entre ce que je pensais dire et ce que mes lecteurs en comprennent, le tout me rappelant la complexité du processus d'acculturation.

Chapitre 2 : l'entre-deux mondes

Le terme « entre-deux » me tient à cœur depuis le début de la recherche. Il est opportun de visualiser ce que ce terme évoque dans cette recherche.

J'ai longuement abordé ma construction identitaire infirmière dans cet entre-deux assumé par les professionnels des services dans lesquels j'ai travaillé : la psychothérapie institutionnelle éclairée par la psychanalyse. Puis, la construction de ma posture réflexive oscille en permanence entre les savoirs-expériences de terrain et la distanciation inhérente à mon parcours universitaire et/ou formation continue tout au long de ma vie professionnelle. Je peux affirmer que c'est dans cet entre-deux que je me suis construite en tant que professionnelle.

Puis, j'ai insisté sur l'aspect historique de la formation infirmière. Traversée par l'éternel débat entre théorie et pratique, cette formation professionnalisante s'est toujours construite dans/à partir de cet entre-deux, et c'est dans ce va-et-vient, dans cette alternance que l'étudiant, jonglant entre deux mondes, entre deux espaces de formation : terrain/IFSI, se forme.

Le débat est toujours d'actualité avec la réingénierie des études d'infirmières, mais le chantier de l'universitarisation réactive l'organisation d'un nouvel entre-deux pour la construction des savoirs fondamentaux : professionnel/universitaire, bousculant les professionnels formateurs.

Cet entre-deux se retrouve ensuite dans mon choix d'orientation théorique : orientation psychanalytique et socio-clinique institutionnelle, dans ma posture de praticien-chercheur « un praticien qui cherche, un chercheur qui pratique » (De Lavergne, 2007, p. 29), et réactivée ou renforcée par la liminarité du doctorant-praticien-chercheur oscillant entre deux réalités, celle du milieu professionnel et celle de l'université (Saint-Martin (de), Pilotti, Valentim, 2014). Je le rejoue ou le remets à jour systématiquement dans mes guidances de thèse, ayant fait le choix ou le non-choix (évidence et décision non-conscientisée) d'avoir un directeur et une co-encadrante.

Ce n'est pas un hasard si je retrouve cet entre-deux dans mes objets de recherche : la sidération que je définis comme temps de suspension du sujet devant l'interruption du sens entre ce que le professionnel voudrait ou pourrait voir de la réalité et la réalité elle-même, un entre-deux fait de non-sens posant l'existence d'une injonction paradoxale. Sans oublier le tutorat, cet espace partagé entre les 2 formateurs (terrain/IFSI) au service de l'ESI (étudiant en soins infirmiers), il est à la fois à inventer et réactive et/ou cristallise le dilemme de la formation infirmière et son accompagnement.

Cet entre-deux m'a longtemps « encombré », posé en l'état dans les espaces de suivi principalement en binôme (directeur et moi-même ou co-encadrante et moi-même), il m'a servi d'excuse pour procrastiner. Oscillant en permanence entre les deux orientations théoriques, ne

prenant position ni pour l'une, ni pour l'autre, j'étais plus préoccupée par le fait de devoir faire un choix que par celui de le faire.

« Les intervalles, les lieux ou les situations entre-deux sont souvent considérées comme dénuées d'intérêt en raison de l'impression de vide qui leur est associée : le fait de n'être ni l'un, ni l'autre, mais quelque chose entre l'un et l'autre. Mais l'entre-deux peut aussi être considéré comme à la fois l'un et l'autre, ou plus tout à fait l'un tout en l'étant encore, et pas encore l'autre tout en se dirigeant vers ce dernier. Loin de se caractériser par un vide, les situations d'entre-deux nous apparaissent au contraire pleines de potentialités en raison justement de cette indétermination qui les caractérise » (Colombo, cité par Foucart, 2010).

1. La posture du praticien-chercheur

1.1. La mise en tension de l'entretien clinique

Afin de mieux comprendre, il est important de revenir sur l'entretien exploratoire qui initie ma recherche, et de repérer à partir de son émergence, comment la sidération est devenue mon objet de recherche.

Le choix du type d'entretien à mener s'est « naturellement » orienté vers l'entretien clinique de recherche. Il est « l'instrument privilégié de l'exploration des faits dont la parole est le vecteur principal » (Blanchet & Gotman, 2001, p 25). Le chercheur s'intéresse à la parole du sujet. Postulant que le langage et la parole sont les moyens les plus adéquats pour un sujet de représenter son expérience (Jacobi, 1995), et que la parole produite est toujours sous-tendue d'affects, le chercheur va chercher à repérer ce qu'il se dit du sujet lorsqu'il lui demande de « préciser ce qu'il perçoit de la situation considérée, de ses causes et de son sentiment vis-à-vis de ce que le chercheur a repéré » (Montagne, 2013, p.518).

Des principes rogériens (1962, 1968) tel que l'acceptation positive de l'autre, la congruence et ce, quel que soit le contenu du discours, mais aussi la non-directivité et la non intervention dans le discours offre au sujet interviewé liberté et spontanéité. S'en suivent « des informations que [le locuteur] est conscient de communiquer et qu'il a l'intention de communiquer » mais, cela peut en autoriser d'autres « qu'il communique "involontairement", "entre les lignes", sans savoir qu'il le fait » (Devereux, 1980, p. 413).

« Le dispositif de l'entretien clinique organise l'espace à l'intérieur duquel le sujet transfère des affects liés à sa manière de se rapporter à l'objet qu'introduit la consigne. Dans le langage de l'autre, par une association d'idées singulière, une "faille" de l'énonciation, un

lapsus, un silence, un non-sens dans la pensée logique, une gestuelle, un acte, [...] se recueillent quelques indices. » (Le Roy, 2008, p 100). Non seulement, des processus psychiques d'ordre transférentiel se produisent, mais aussi des phénomènes projectifs, identificatoires en fonction de la trajectoire de chaque interlocuteur (Kim & Derivois, 2013, p. 362). La relation que le chercheur entretient avec le sujet qui, selon « fait elle-même partie de la recherche » (Blanchard-Laville, 1999).

Rappelons les conditions particulières de cet entretien, ce rendez-vous a lieu dans le bureau professionnel de l'interviewée, il est enregistré avec son consentement. La consigne suivante est énoncée : « *Comment vivez-vous cette fonction tutorale ?* », puis par une attitude bienveillante, l'interviewée est encouragée à dire ce qui lui vient à l'esprit, l'intervieweuse « fait preuve de réserve, discrétion et respect ainsi que d'une certaine neutralité » (Yelnik, 2005, p 135-136) tout au long de l'entretien.

Je suis présente à ses côtés, je m'assieds à côté de l'intervieweuse (qui allait devenir ma co-encadrante de thèse), et reste silencieuse. Je suis attentive à ce que ma présence soit la moins parasitante possible, et à contenir mes réactions et émotions au regard de ce qui est dit. J'observe sans prendre de note, et n'interagis verbalement à aucun moment, hormis le bonjour en début d'entretien.

Il faut rappeler la situation paradoxale dans laquelle je me trouvais. Mon intention était « d'observer une chercheuse » et j'étais alors persuadée que je n'attendais rien de particulier de cette observation, hormis une nouvelle connaissance sur cette technique d'entretien de recherche. Mais, parallèlement à cela, de par mon appartenance au groupe de cadres de santé réfléchissant à la fonction tutorale au sein de l'hôpital, j'attendais implicitement de ma collègue, choisie pour cela, un discours particulièrement clair et structuré sur le sujet.

Il est souvent dit qu'il est préférable que l'interviewer ne connaisse pas l'interviewé, ce qui était le cas concernant la chercheuse menant l'entretien.

À la sortie de cet entretien exploratoire, le besoin de partager nos impressions s'impose à moi, ce débriefing de quelques minutes est enregistré afin de ne pas « oublier » mes impressions de l'après-coup immédiat, les propos qui suivent sont la transcription de ce moment ayant eu lieu le 11 décembre 2014.

CA : j'étais envahie par des idées qui s'imposaient à moi, de par ma connaissance de ce qu'est un tuteur, il va falloir réfléchir à ma neutralité, je me suis même vu avoir un para verbal que j'ai contrôlé pour ne pas être trop explicite même si j'ai essayé de ne pas faire transparaître des choses.

CLR : le problème là maintenant c'est d'essayer de repérer quand elle t'a regardé, comme une échappatoire. Je crois qu'elle était en train de nous parler de choses difficiles sans, à aucun moment, les nommer comme difficiles.

(...)

CLR : ne s'est pas tourner vers toi, c'est que tu avais la bonne posture

CA : elle est venue me chercher du regard quand elle parlait entre autre de l'IFSI, j'ai vu une bulle qui disait : est-ce qu'elle va l'entendre comme j'ai envie de le faire passer ? Est-ce que j'ai bien correspondu, est-ce que je suis bien à la place où je devais être ? critique du partenariat et être bien sûr que ça n'allait pas me « blesser »

CLR : 2 gestes ont attiré...

CA : ses mains

CLR : ce que nous dit cet entretien c'est qu'il y a déjà un décalage entre toi ta représentation d'elle sur le terrain

CA : d'autant plus décalé qu'on a participé au même groupe de travail de réflexion dans lequel on était censé avoir le même postulat, le même objectif au service de la qualité de l'encadrement. Faut vraiment pas que je ne connaisse pas ... par rapport à l'encadrement et à la logique de partenariat avec l'IFSI, ce n'est pas un partenariat elles travaillent les unes à côté des autres.

Nous (C. Le Roy et moi-même) décidons de repartir chacune avec l'enregistrement audio de l'entretien clinique de recherche, et de nous partager sa retranscription. J'entreprends de commencer le travail de retranscription de cet entretien le 18 janvier 2015, ce qui va s'avérer particulièrement compliqué. Les écoutes répétées de l'enregistrement vocal ne me simplifient pas la compréhension du discours manifeste de l'interviewée, mais elles m'immergent dans le vécu émotionnel du moment, faisant revenir en force l'état de sidération. Hormis l'incompréhension des propos énoncés, cet exercice de réécoute me renvoie un sentiment d'impuissance, d'incapacité à faire la tâche que je m'étais fixée, à savoir, retranscrire la première partie de l'interview. Ce n'est qu'après plusieurs essais, que je décide, le 7 février 2015, d'accepter le fait que je ne comprenne pas ce que j'entends, ni ce que je retranscris mot par mot. Je pars du principe où « le vocabulaire qu'il [l'interviewé] utilise, les registres de langue plus ou moins soutenus ou familiers, le tutoiement/vouvoiement... les informations qu'il donne ou passe sous silence, ses commentaires, et bien d'autres éléments, verbaux ou non, intonations, regards, postures physiques, gestes, soupirs, rires..., sont autant de "marques" ou de "traces" de la présence du locuteur au sein de son énoncé » (Yelnik, 2005, p 140). De fait,

je prends soin de noter au fur et à mesure de mes relectures du texte, toutes mes remarques, questionnements, interprétations et associations d'idées en marge.

Lors de la rencontre suivante, le 10 avril 2015, nous, Caroline Le Roy et moi, décidons de nous concentrer sur mon inconfort et sur l'impact émotionnel que cet entretien a eu sur moi, tant dans le déroulé que dans la retranscription. Le « *hors verbatim* » (mes remarques, associations d'idées, explicitations, échanges d'expériences, illustrations et débats) et l'écoute attentive de ces messages émotionnels deviennent un outil de travail méthodologique d'aide à la prise de conscience. Cela devient une partie de mon matériel de recherche, l'idée étant « de laisser parler le discours recueilli, de lui permettre de "travailler" tout en travaillant sur les résonances qu'il provoque en soi » (Pujade-Renaud, 1983, cité par Yelnik, 2005, p 143). « Le chercheur clinicien travaille pour cela dans et sur la relation que lui-même instaure avec le ou les sujets qu'il considère pour sa recherche ou qu'il accompagne, dans un décalage et une distance rendus opératoires par le biais des dispositifs qu'il met en place » (Blanchard-Laville, 2019, p 4).

« Encombrée » par mes attentes (Yelnik, 2005), par ma propre expérience de formateur de tuteurs, et mes représentations sur le tutorat, je me retrouve en permanence en tension entre l'acceptation inconditionnelle du discours de l'interviewée en tant que chercheuse, et les réactions affectives et associations d'idées que ce discours produit en moi, praticienne.

Cet entretien fera l'objet de nombreuses séances de travail ultérieures, que j'aborderai dans le paragraphe concernant le dispositif à fonction Balint.

1.2. La construction de la posture de recherche

La réflexion sur mes pratiques professionnelles, et sur les difficultés rencontrées dans mon expérience de professionnelle infirmière ou de formatrice me permet d'affirmer que je suis depuis de longues années en recherche (Beillerot, 1991), et que j'ai développé une attitude de réflexivité par rapport à ma propre pratique et à mon positionnement personnel dans une logique d'amélioration de ma pratique, dans un premier temps, plus praticienne que chercheuse.

Les deux cursus universitaires de masters (professionnel et de recherche) que j'ai suivis m'autorisent à penser la formation professionnelle par la recherche, à allier la recherche et la pratique. J'apprends à me distancier de cette pratique, je la critique, je l'explique. Je démonte mes évidences et j'explique mes implicites, ce qui parfois a pu générer des décalages avec mes collègues (collègues professionnels, mais aussi collègues étudiants universitaires auprès

desquels il a fallu apprendre à « traduire » mes activités professionnelles). Ces expériences d'accompagnement universitaires ont été pour moi un véritable parcours initiatique, les deux mémoires de fin de cursus étant « tout à la fois un acte d'apprentissage et un acte de recherche » (Albarello, 2004, p.126), construisant une posture permettant de justifier mes choix, de fournir un cadre à ma recherche avec une nécessité de prendre de la distance par rapport à mon objet de recherche, afin de l'observer et de l'analyser avec le plus d'objectivité possible, autrement dit ils m'ont fourni une expérience de recherche.

Je suis une praticienne qui cherche.

Moscovici avance « Ainsi une recherche, si modeste soit-elle, commence par un geste d'indignation. On a l'impression que quelque chose, dans l'existence humaine, n'est pas tel que cela devrait être. Ou bien on part d'un désir dont on peut distinguer l'objet et qu'on souhaite satisfaire. L'un ou l'autre nous poussent à un travail systématique et logique pour découvrir ce qui leur correspond dans la réalité des choses. Que la transformation de l'indignation ou du désir s'opère, et notre science sera plus sûre d'elle-même et plus ancrée dans les faits » (1988, p. 442).

Ma subjectivité, une intuition, un désir et/ou un besoin de connaissances, une nécessité de réflexivité et une exigence d'amélioration de ma pratique professionnelle, toutes ces préoccupations personnelles m'ont amenée à la recherche. Assoun introduit la notion de répétition, en expliquant que « Re-chercher, c'est chercher à nouveau » (2004, p 52). Il s'agit de faire attention à ne pas confondre « objectif spécifique de la recherche et objet personnel que le praticien-chercheur poursuit en réalisant une formation ou avec son objectif de vie » (Albarello, 2004, p. 52).

L'observation questionnante de ma quotidienneté professionnelle est devenue un véritable phénomène à comprendre, ou comme l'écrivent Cifali et Giust-Desprairies (2006) ce qui fait « événement » dans mon histoire, « par événement, nous entendons ce qui survient par excès de subjectivité dans une situation ; ce qui survient pour une subjectivité aux prises avec l'inattendu. L'événement survient quand il défie nos théories dans le moment même où il surgit mais aussi dans l'après-coup quand il est possible de s'en ressaisir, d'en dégager du sens, d'en construire une connaissance » (p. 9). Ma recherche vise à accéder à de nouvelles compréhensions d'un monde professionnel connu, à mobiliser un ensemble de référents théoriques et de méthodes pour regarder autrement ce monde familier, « *le découvrir comme un monde étrange et étranger* ». Boutinet (1985) explique que les préoccupations intellectuelles sont toujours le reflet d'une certaine forme d'action menée sur le terrain d'expérience, une

« homologie entre les processus de connaissances et les processus d'action » qui nécessite de la part de l'apprenti chercheur une élucidation de ses différents ancrages existentiels pour pouvoir les mettre à distance. Je sollicite mes savoirs antérieurs d'expérience, sans jamais les appliquer en tant que tels, ils me servent de balise ou de guide, mais ce qui m'anime le plus, c'est le désir de comprendre. Je suis amenée à travailler et à penser sur et contre moi (Bourgeois, 2004), à rompre avec les fausses évidences et à me débarrasser de ces a priori liés à ma proximité avec le terrain de recherche, Bachelard (1938), ne dit-il pas que « l'esprit scientifique doit se former contre la Nature, contre ce qui est, en nous et hors de nous, l'impulsion et l'instruction de la nature, contre l'entraînement naturel, contre le fait coloré et divers » (p. 23).

Se familiariser avec les « positions enchevêtrées » (Kohn, 1986, p. 818) du praticien-qui-devient-chercheur et ses paradoxes signifie d'une part « se sentir inclus et exclus, partie prenant ou distancié, familier ou étranger, tant par ses propres attitudes que par les comportements des autres à son égard », et d'autre part d'envisager « l'expérience du chercheur-en-train-de-mener-une-recherche [comme] faisant elle aussi partie de l'objet » (Kohn & Nègre, 1991, p. 202).

La posture du praticien-chercheur est un « cas limite » qui « brouille les limites instituées » (De Lavergne, 2007, p. 28 et p. 33). Selon Kohn (2001), le praticien-chercheur bénéficie d'un statut « qui "squatte" les frontières et les traverse, qui joue avec les ressemblances et les différences, (...) où l'on peut se sentir chez soi aussi bien que là-bas – ou se sentir étranger partout tant le "chez soi" est transformé dès que l'on voyage. Un nouveau statut qui, disent ceux qui l'ont expérimenté, apporte des contributions originales et fécondes aux deux domaines ». (Kohn, 2001, p. 17). Vermersch (2006) va même jusqu'à affirmer : « Ce rapport vivant à la pratique me paraît essentiel. En effet, je suis arrivé à reconnaître, pour l'avoir plus d'une fois rencontrée, cette "évidence" qui renverse l'ordre des valeurs de la connaissance : la pratique est toujours très en avance sur la recherche universitaire établie. Pourquoi ? Parce qu'elle est le lieu privilégié de la création, de l'invention. » (p. 7). Mias (1998) souligne qu'il n'y a pas de confusion entre les deux positions, car le praticien-chercheur occupe simultanément et oscille en permanence entre les deux places « qu'en position de praticien, le praticien-chercheur prend la posture de praticien, et en position de chercheur, le praticien-chercheur prend la posture de chercheur » (p. 53). Le sens commun, partagé avec le public enquêté peut se concevoir comme un avantage, à partir du moment où le praticien-chercheur est en capacité de « se libérer des pesanteurs des allants-de-soi » (Ardoino, 1990, p 54).

On n'interroge jamais assez cette familiarité. Si je pars du principe qu'on ne peut pas se soustraire aux représentations collectives de son groupe d'appartenance, la force des émotions

ressenties est de l'ordre du contre-transfert culturel (Devereux, 1967). La proximité avec le groupe professionnel n'est pas un obstacle, mais devient un outil. Cette oscillation permanente entre distanciation et proximité du terrain et de l'objet nécessite régulièrement que je me donne les moyens de « savoir où j'en suis » dans la compréhension mon travail, sur les conditions de production de cette connaissance et sur les méthodes employées.

J'expliquerai dans le paragraphe suivant comment j'ai travaillé à l'analyse de mes implications et de ma subjectivité dans ma démarche de chercheur, reconnaissant les deux postures adoptées, « l'une se mettant au service de l'autre, et vice-versa » (Mias, 2003, p.191) et comment la création d'un dispositif proche de celui à fonction Balint proposé par Delion m'a permis d'élaborer un travail psychique de liaison et de transformation de l'expérience de recherche.

Il est aussi question de légitimité, « Dans son acception la plus évidente, être légitime c'est être capable de répondre de façon satisfaisante à quiconque pose la question : de quel droit agissez-vous ? » (Laufer & Ramanantsoa, 1982, p 21). Être légitime revient alors à fournir une réponse satisfaisante à cette interrogation. La légitimité est en ce sens la reconnaissance d'un droit à agir. Se demander si je suis légitime revient donc à me poser la question : à quoi sert ce que je fais et au nom de quels principes je le fais dans un contexte bien précis ? En ai-je le droit ? En ce sens, être légitime en tant qu'individu, signifie donner sens à ses actes et à ses paroles pour soi-même comme pour autrui.

Je suis praticien-chercheur menant mes recherches sur mon terrain professionnel, me laissant surprendre, me réappropriant constamment mon expérience professionnelle en prenant de la distance par rapport aux pratiques de ma profession d'origine. Oscillations permanentes entre la posture de praticien réflexif et celle de praticien-chercheur, mises à plat permanentes du cheminement, accompagnées du fantasme de transparence, conflits internes de points de vue, décalages et contradictions à explorer...sont, chez moi, constamment à l'ordre du jour et ne peuvent qu'être présents dans l'espace du dispositif collectif. En 2015, avec la signature de la convention de recherche entre le CIRCEFT de Paris VIII et l'établissement hospitalier support de l'IFSI, je suis, reconnue institutionnellement correspondante scientifique pour le centre hospitalier.

Depuis des années que je côtoie l'institution universitaire en parallèle, en complément de mon exercice professionnel dans différentes structures de soin ou de formation, je n'ai jamais sollicité mes employeurs à ce propos. J'ai toujours considéré que cela faisait partie intégrante de ce qu'on appelle à l'heure actuelle « la formation tout au long de la vie », il en a été de même

pour le groupe d'analyse de pratiques de Claudine Blanchard-Laville. Il n'a donc jamais été question ni d'aménagement d'horaires (prenant sur mes repos et congés), ni de financement, et ce jusqu'à mon inscription en thèse.

En 2016, mon entrée en thèse est accueillie favorablement par le directeur de l'institut, ainsi que la demande d'allier projet de recherche et cadre professionnel. En mars 2016, je présente mon projet à l'instance Conseil Pédagogique de l'IFSI, compétent sur toutes les questions relatives aux projets de l'institut (Formation et Vie des étudiants). J'ai synthétisé les éléments essentiels permettant de situer la démarche en l'articulant à l'universitarisation de la formation infirmière et aux préoccupations actuelles concernant la recherche. Celui-ci a été accueilli favorablement en tant « qu'initiative novatrice de mise en recherche d'une équipe de formateurs IFSI ». La recherche collaborative avec les formateurs de l'IFSI démarre en mai 2016, elle prend la forme de rencontres régulières sur notre lieu de travail au rythme d'une séance de 3 heures tous les 2 mois²²², et ce jusqu'en juillet 2017.

Cette reconnaissance de l'institution me permet aussi d'initier des échanges avec des chercheurs en sciences infirmières brésiliens à plusieurs reprises et d'accueillir des étudiants de master et de doctorat en sciences de l'éducation.

En 2017, je suis « éligible aux fonctions d'enseignant-chercheur bi-appartenant »²²³ en participant à un projet²²⁴ de l'ARS visant à expérimenter cette fonction dans le cadre de la réingénierie universitaire des études infirmières.

2. Une thèse en co-encadrement

« Long processus de socialisation enclenché dès le moment de l'inscription » (Dardy, Ducard & Maingueneau, 2002, p. 18), le doctorat est aussi révélateur des transformations du praticien-chercheur immergé dans le contexte mouvant de l'universitarisation et de la réingénierie infirmière. Il m'apparaît judicieux de présenter le vécu de cet apprentissage par l'expérience doctorale, oscillant entre la découverte des allants-de-soi partagés par les universitaires, et mes attentes implicites provoquant, certaines fois des décalages inconfortables, ce qui va permettre de donner à voir « l'enchevêtrement des implications

²²² 13 mai, 13 juillet, 30 août, 18 octobre et 6 décembre 2016. 21 février, 3 mai, et 11 juillet 2017.

²²³ La notion « enseignant-chercheur bi-appartenant » doit être entendue dans le contexte de ce projet comme un terme générique. Elle ne renvoie pas aux emplois statutaires tels qu'ils existent dans les universités.

²²⁴ Projet 2017 financé par l'Agence Régionale de Santé intitulé : « Soutien à l'innovation de l'enseignement et de la recherche par des professionnels de santé. Accompagnement vers l'émergence d'enseignants-chercheurs bi-appartenants ». Il vise à expérimenter cette fonction pour les professions d'infirmier et de rééducateur en relation avec les missions de l'ARS, l'évolution des pratiques professionnelles telles que la pratique avancée et l'universitarisation des professions de santé.

idéologiques, des postures, des institutions et de la professionnalisation à différents niveaux » (Pilotti, 2019, p. 92).

2.1. Des allant-de-soi et la socialisation du doctorant

À la question posée : pourquoi faire une thèse ? Je pense que dans un premier temps, la notion de plaisir apparaît. Dans une logique quasi évidente, je me suis retrouvée dans la reprise des études, comme à l'accoutumée dans ma carrière professionnelle. Du master professionnel (2011) au master de recherche (2016), se sont écoulés 5 ans. Des éléments cités précédemment expliquent comment l'idée d'un retour dans un cursus universitaire ne m'a effleurée que lorsque je suis revenue au cœur de l'expérience stimulante de la recherche en lien avec mon exercice professionnel. Sous l'impulsion discrète et bienveillante de Caroline Le Roy, l'idée d'une inscription en thèse a cheminé. Le choix du directeur était indéniable au vu de l'expérience formatrice de la guidance Master, j'allais demander à Gilles Monceau²²⁵ s'il était disponible.

L'universitarisation de la formation infirmière se fait, comme je l'ai déjà avancé, dans « le choc des cultures » entre le monde de la formation professionnelle et le monde universitaire. Ce choc institutionnel, je l'ai aussi vécu personnellement lors de mon entrée en thèse. A des degrés divers, j'en ai retrouvé les traces dans les mémoires de doctorat d'autres infirmières. S'il s'agit d'expériences toujours individuelles, elles informent sur les tensions et interrogations qui peuvent apparaître dès le début du parcours doctoral. Choisir de mener une recherche doctorale, c'est faire individuellement l'expérience d'un processus surtout perçu jusque-là comme institutionnel.

De fait, le premier contact avec mon futur directeur de thèse a été déstabilisant et m'est apparu comme un véritable paradoxe : il était d'accord pour me suivre en thèse à l'Université de Cergy Pontoise, mais il me « fallait faire » un master de recherche qui serait, à ce que je comprenais alors, « l'équivalent d'une année pré-thèse » et une nécessité « pour me familiariser avec la méthodologie de recherche ». Cette argumentation, je ne la saisis pas bien sur l'instant, elle vient plutôt « effacer » d'un coup le travail fait dans le master professionnel. Sans savoir pourquoi, je me plie sans négociation à cet état de fait, reléguant cette contrariété à la notion de désagrément, et l'exposant, avec dérision, comme une nouvelle pièce à ma « collection de diplômes ».

²²⁵ Gilles Monceau a été mon guidant directeur de mémoire sur les 2 masters.

Ce cursus que j'ai principalement fait en distanciel a été une épreuve compliquée, un mélange de réaction régressive lié au contexte organisationnel « scolaire » du master, un sentiment d'incompétence au regard du niveau informatique demandé et l'impression de pauvreté des interactions dans les activités collaboratives en tchat.

Cependant, le travail de recherche se poursuivait en parallèle avec Paris VIII, et je venais de découvrir ce qui allait devenir mon propre objet de recherche : la sidération. La question ne s'est pas posée, comme je l'ai expliqué précédemment, sur le choix de l'orientation théorique, et Caroline Le Roy a été un des membres de mon jury de soutenance de master recherche. Ensuite, il était évident que les deux orientations devaient se côtoyer dans ma thèse, et le montage du co-encadrement a été trouvé, un directeur d'orientation socio-clinique institutionnelle et une co-encadrante d'orientation psychanalytique, tous deux dans la discipline des Sciences de l'éducation et de la formation.

Plusieurs éléments sont frappants concernant le passage du statut de « masterisé » à celui de doctorant. Tout d'abord, le tutoiement immédiat de mon directeur de thèse qui pourrait présenter un caractère anecdotique, mais qui tel un rite initiatique marquait la rupture avec l'enseignement du 2nd cycle, il semble entériner l'appartenance du doctorant au groupe des chercheurs. Le fait le plus marquant, est celui du manque crucial d'informations concernant le cursus de thèse. Personne n'est alors en capacité de m'expliquer clairement en quoi consiste la formation doctorale, ni la journée d'accueil obligatoire des nouveaux doctorants, ni les étudiants futurs docteurs que l'on rencontre et ni même le directeur de thèse, ou bien peut-être que les explications fournies ne me satisfont pas au moment où je les reçois. La seule impression que j'en retiens est que tout le monde « pactise » pour proclamer qu'il faut le vivre pour le savoir.

Une anecdote me revient en tête, à l'annonce de mon inscription en thèse, j'ai reçu par mail ou en main propre de nombreuses fois un petit article de Sciences Humaines intitulé *La solitude du thésard de fond*, qui commence par la phrase suivante : « Comme le coureur de fond, le doctorant doit tenir la distance. Mais à la différence du marathonien, personne n'a tracé pour lui de ligne d'arrivée. Le plus dur dans la thèse, c'est de finir » (Lhéréte, 2011). N'étant ni sportive, ni étudiante à temps plein, je ne me suis pas sentie concernée par ce témoignage, et avec le recul, je ne suis pas sûre d'avoir mesuré tous les enjeux de ce choix à ce moment. Une chose est certaine, je n'ai pas cherché immédiatement à comprendre ce qu'on attendait de moi, étant persuadée que cela devait être similaire à ce que j'avais vécu pendant mon parcours universitaire antérieur. Au demeurant, l'année passée faisant office « d'année pré-thèse »,

m'avait confortée dans l'idée que ce n'était qu'une continuité. Le terme « déroutant » est le plus adapté pour qualifier le ressenti de mes premières années en thèse. Faire preuve d'autonomie dans le cadre universitaire ou dans la gestion de projet n'a jamais été un problème pour moi, mais il s'agissait ici d'une sensation d'inconfort et d'isolement qui brouillait ma conception de la formation.

Ma première visite dans les locaux du laboratoire EMA sur le site de Gennevilliers de l'Université de Cergy Pontoise, devenue depuis CY Cergy Paris Université, en est une illustration. Je m'y rendais pour un premier rendez-vous avec mon futur directeur de thèse et je ne connaissais pas les lieux. Il m'a fallu parcourir plus de 300 mètres dans un couloir bordé de portes fermées, avant de m'autoriser à en pousser une pour y rencontrer quelqu'un susceptible de me renseigner. Cet épisode, quasi initiatique, est tout à fait représentatif de mon vécu de l'entrée en thèse. Impression de ne disposer d'aucune information et que c'est au doctorant de découvrir en quoi consiste un parcours doctoral : ce qui est obligatoire, ce qui ne l'ai pas, par quelles étapes il doit passer, comment, pourquoi... Le doctorant ne dispose initialement d'aucune information à moins de trouver enfin un interlocuteur jusque-là inconnu, qui deviendra la personne ressource qu'il interpellera constamment.

Ces détails (circonstances, moments, lieux) dont Thievenaz montre l'importance pour mener l'enquête et analyser les situations de travail (Thievenaz, 2019), j'ai appris par mon parcours infirmier, en particulier en soins psychiatriques, à reconnaître leur importance. Mon expérience initiale en psychothérapie institutionnelle m'y a précocement sensibilisée. Si cela concerne les lieux et les temporalités, cela concerne aussi les dynamiques collectives.

Un autre point, qui peut apparaître anodin pour un regard extérieur, renforçait en effet mon sentiment de solitude. J'ai débuté ma formation doctorale dans un contexte où un groupe de doctorants de Gilles Monceau terminaient leurs thèses ou étaient en instance de la soutenir. Je regrettais de ne pas faire partie de ce groupe de quatre doctorantes qui semblait être devenu un collectif formatif de travail facilitant l'autonomisation de chacun de ses membres, l'appropriation des concepts de l'analyse institutionnelle, ou la démarche de questionnement de recherche. J'enviais aussi, même si je les pensais idéalisés, cette solidarité et ce soutien mutuel face à la fragilisation engendrée par les errances, les sentiments d'incompétence, ou de découragement liés au statut de doctorant. Cela n'a fait qu'accentuer le décalage dans lequel je me trouvais.

Dans la recherche de Chao *et al.* (2015) traitant de l'expérience doctorale, il est fait référence à trois dimensions d'« expériences de solitude des doctorants ». Dans celles qualifiées de positives, il est question d'« un combat solitaire », de « dialogue avec soi » c'est-à-dire d'un dépassement de soi, mais aussi de véritables recherche de solitude dans les « stratégies d'isolement (...) formes monacales de replis solitaires (...) surtout fréquentes lors des phases d'écriture finale » (p. 6), vécu dans lequel je me retrouve complètement. Sur le versant négatif, les auteurs font référence à des difficultés du doctorant à partager son expérience « associée à l'absorption ou au vide » (p. 8), se cristallisant « autour d'un sentiment de décalage ou d'incompréhension » (p. 7), vis-à-vis des proches, des pairs, du directeur de thèse ou encore du terrain de recherche.

Je n'ai jamais été traversée par ce sentiment de « mise en marge » (Melyani, 2001). Le soutien et l'encouragement de mes proches, l'investissement de mes collègues ou ami(e)s dans les débats faisant avancer ma réflexion et l'intérêt qu'ils portent tous à l'avancée de ma thèse participent au maintien de ma motivation, et représentent une véritable aubaine pour moi. La troisième dimension de ce type d'expérience est celle qualifiée de « solitude sociale dans une tension liée à l'indétermination sociale et à l'incertitude professionnelle » (p. 12).

L'articulation formation/recherche est interrogée par le statut de doctorant : les contenus d'apprentissage propres à l'expérience doctorale ne sont pas toujours identifiables en tant que tels, les expérimentations de la démarche de la recherche et du métier de chercheur nécessitent créativité, autonomie et confiance en ses propres ressources ... Ces différents éléments viennent rencontrer la représentation ou l'image idéalisée de la recherche, réinterroger son propre rapport au savoir et à l'écriture, voire réactualiser certaines angoisses : peur de ne pas faire correctement (vision erronée des critères de scientificité, de la construction du/des dispositif(s) méthodologiques...), de ne pas être à la hauteur (sentiment d'incompétence se mêlant au sentiment d'insécurité, difficultés d'écriture traduisant la rigueur du raisonnement et la finesse de l'interprétation).

Jazvac-Martek (2009) définit la socialisation du doctorant de la manière suivante : « la socialisation fait allusion à l'acquisition chez les doctorants de connaissances sur le doctorat et sur la vie académique à travers des observations, des interactions, et l'émulation du comportement des directeurs, des enseignants et des étudiants avancés en études supérieures » (p. 254, cité par Frenay & Romainville, 2013, p.156). Avec le recul, je peux affirmer que les séminaires « méthodologies qualitatives », proposés par mon directeur de thèse dans le cadre du laboratoire, ont donné lieu à de véritables partages d'expériences, de nombreux débats,

enrichissements qui, m'ont systématiquement soutenue et alimentée dans ma démarche de recherche. La participation à des événements, tels les journées du laboratoire EMA, la semaine scientifique de « Recherche avec » a donné lieu à d'authentiques échanges avec des chercheurs novices, expérimentés et experts, aboutissant à de véritables collaborations et ont eu l'effet d'accompagnements pédagogiques et scientifiques, me permettant aussi d'expérimenter ma posture de chercheur, de m'approprier certaines méthodologies et de me rendre compte que la mise en mots de ma propre expérience pouvait s'avérer pédagogique pour d'autres.

Il est question à la fois d'apprentissage, mais aussi d'affiliation au monde de la recherche, « S'affilier c'est naturaliser en les incorporant les pratiques et les fonctionnements universitaires afin de devenir un membre compétent de la communauté : c'est se forger un habitus d'étudiant, dont on peut penser qu'il est constitué lorsque les routines et les ''allants de soi'' ont pris le pas sur le sentiment d'étrangeté et de dépaysement qu'éprouvent tout d'abord les étudiants débutants » (Coulon, 2005, p.84).

À d'autres moments, l'injonction institutionnelle relayée par le directeur de thèse de participation à des colloques, ou à l'écriture d'articles ont participé d'une parcellisation des tâches venant contrarier la progression et la temporalité de la thèse. Modalités de socialisation scientifique faisant partie intégrante du parcours doctoral, ces activités écartent du projet de recherche doctorale pour les besoins de la formation doctorale, c'est-à-dire de la formation du chercheur : activités d'enseignement²²⁶, préparation et animation d'ateliers à destination des doctorants (Journées du laboratoire EMA, séminaire d'accueil des doctorants), écriture de/et communication dans d'autres contextes scientifiques (journées d'études²²⁷, rencontres²²⁸ et congrès internationaux²²⁹ rencontres du REF 2019) ou encore de mon engagement dans une

²²⁶ Animation de cours auprès d'étudiants de Master de Sciences de l'éducation et des professionnels de santé (cadre de santé, kinésithérapeute) dans un partenariat avec le département de Sciences de l'éducation de l'Université de Paris VIII, Master 1 Sciences de l'éducation mention "dynamique éducative des sujets et des institutions.

²²⁷ Organisation et animation d'une table ronde lors de l'expérimentation délocalisée « *Chercher avec des personnes vulnérables* » (Gennevilliers, 23 et 24 avril 2018). Journée d'études EMA, CY Cergy Paris Université : *les secteurs éducatif, sanitaire et social à l'ère du décloisonnement et de l'interprofessionnalité* (Gennevilliers, 13 novembre 2019).

²²⁸ Organisation de 2 rencontres franco-brésiliennes avec l'école de Sciences infirmière de l'Université Fédérale *Fluminense* (Gonesse, 18 et 19 décembre 2017). Accueil d'étudiants doctorants brésiliens accueillis dans le cadre de leur mobilité internationale (2 en 2017, 2018, 2019 et 2020).

²²⁹ Organisation et co-animation d'un atelier « *Implication du chercheur dans la recherche* » en collaboration avec A. Pilotti (France), et F. Borges (Brésil) (Ligoure, 26 et 27 avril 2018). Communications « La construction de la posture tutorale : approche transversale et pluri-catégorielle » (AREF, Bordeaux, 2019), « La réflexivité infirmière, entre injonction et allant-de-soi » (XVI^{es} rencontres du REF, Toulouse, 2019).

recherche collaborative RITE (Recherche Inclusion Tutorat à l'École, 2018-2021)²³⁰. Ces multiples investissements ont pu provoquer chez moi, à certains moments une « dispersion ».

2.2. Un suivi multiforme

Pour avoir échangé avec de nombreux doctorants dans des cadres très diversifiés, j'ai souvent été surprise par le nombre incalculable de discours d'insatisfaction affirmant l'absence de disponibilité du directeur de thèse, accentuant la sensation d'isolement à connotation abandonnique, ou alors attestant d'un vécu quasi traumatique en lien avec les exigences envahissantes du guidant à l'égard du doctorant. Absolument pas concernée par l'une ou l'autre de ces plaintes, quelle ne fut pas ma surprise de devoir choisir un comité de suivi individuel de thèse en 2017, comité présenté comme « garde-fou » évitant les dérives possibles de la guidance et s'assurant des bonnes conditions de travail des doctorants. Effectivement, la préparation de la première rencontre avec ce comité m'a longuement questionnée, que dire sur cette relation qui selon moi se passait au mieux. Très rapidement, cet espace s'est transformé en point d'étape sur l'avancée de ma recherche, et en échanges constructifs sur mon sujet.

Hormis le comité de suivi, je peux différencier trois types d'entretiens de suivi concernant ma thèse, selon le nombre de participants et/ou la configuration du binôme.

Il me semble judicieux de préciser que les temps de guidance ont évolué au cours des cinq années de suivi de recherche, à la fois dans leur rythme et leur configuration. Jusqu'en 2020, les temps d'accompagnement étaient partagés entre des temps individuels ponctués tous les trois ou quatre rendez-vous, par un entretien de co-guidance, permettant d'échanger, de s'entendre sur les orientations prises et d'en négocier certaines autres. Il apparaît judicieux de préciser que l'évolution de ces temps d'accompagnement suit mon propre temps d'élaboration dans chacune des approches théoriques, et mon évolution à articuler les deux démarches.

2.2.1. *Les rencontres avec le directeur de thèse*

Elles s'organisent dans la continuité du suivi master. Paul (2004, p. 30), définit la relation d'accompagnement « par un ensemble de caractéristiques propres : asymétrique : elle met en présence au moins deux personnes d'inégales puissances, contractualisée : elle instaure une communication dissymétrique sur le fond de parité, circonstancielle : elle répond à une

²³⁰ Co-recherche avec V. Dufournet-Coestier (CY Cergy Paris Université) financée par le rectorat de Versailles, sur la thématique du tutorat en formation CAPPEI (décembre 2018-décembre 2021).

situation particulière, temporaire : elle constitue une période délimitée par un début et une fin, co-mobilisatrice : elle sollicite un cheminement en commun ».

Bien évidemment, le directeur de thèse est mis par le doctorant dans une posture d'expertise, expert scientifique, expert en recherche, et expert en formation à la recherche. L'accompagnement des travaux de mémoire des deux masters a été vécu comme un cadre formatif individualisé à trois dimensions : scientifique, institutionnelle et relationnelle (Gérard, 2007). Cette contractualisation informelle inventée par les deux protagonistes dans le cadre spécifique des masters, n'a pas fait l'objet d'une explicitation lors du passage en thèse, l'adaptabilité et/ou l'adaptation réciproque étant au cœur de notre relation pédagogique.

Tout comme dans les guidances de master, au début de la thèse, je m'astreins à produire un écrit préalable à l'entretien. Cet écrit que je n'envoie pas forcément avant pour lecture et/ou approbation, me sert plus de « justificatif »²³¹ personnel à la rencontre, et permet d'avoir un sentiment de maîtrise sur l'avancée de ma réflexion. Puis, au fur et à mesure de l'avancée dans la thèse, il m'est arrivé de venir sans travail préalable formalisé, cependant, je ne me suis jamais autorisée à reporter l'entrevue. Dans ce cas, la première phrase de la rencontre a rendu systématiquement compte de cet état de fait : « *je n'ai rien fait* » ou « *je n'ai pas avancé* ». A chaque fois que j'ai utilisé cette expression, mon directeur de mémoire s'en est amusé et a invariablement fini la séance par une boutade démontrant ce qu'on pourrait appeler « *le complexe du praticien-chercheur* », une faculté à ne pas valoriser sa propre réflexion ou à la penser trop banale ou inintéressante pour avoir un intérêt, ne valant même pas la peine d'être verbalisée. Par la suite, avant même que j'énonce quoi que soit de mes avancées réflexives, la phrase prononcée sur le ton de la plaisanterie par mon directeur « *Je sais, tu n'as rien fait* » est devenue quasiment un rituel. Avec le recul, je m'interroge sur le sens de cette entrée en matière, je ne peux m'empêcher de voir dans ce rituel un besoin de vérification de ma propre légitimité. En effet, j'ai longtemps été convaincue que la praticienne que j'étais, ne pouvait rien entrevoir de scientifique dans sa prise de recul sur sa pratique, ou que cette recherche, souvent confondue avec l'amélioration de la pratique ne concernait que moi. Le fait d'aller systématiquement chercher, lors des rencontres de guidance, l'assurance qu'elle pouvait intéresser aussi un

²³¹ Le choix du terme s'interprète comme suit : il n'a jamais été explicitement nommé la consigne de produire un écrit avant la guidance. Cependant, cette exigence que je me suis posée moi-même me permettait à la fois de rythmer mon travail, et de m'autoriser à penser je progressais dans mon travail de réflexion, l'idée sous-jacente étant, surtout au début, que je venais en chercher la « preuve » en rendant compte de cet écrit au directeur de mémoire.

universitaire était à la fois une réassurance personnelle, une caution m'autorisant à poursuivre et une légitimité dans le monde de la recherche.

La métaphore inattendue utilisée par Béaud (2006) dans son ouvrage *L'art de la thèse* me semble une illustration pertinente, d'autant qu'elle est empruntée à mon ancienne profession. « Il en est des directeurs de thèse comme des médicaments, il faut savoir en faire bon usage » (p. 30) ou « Que nul ne s'en offusque : comme des médicaments, il y a un bon usage du directeur de thèse » (p. 106).

La clarification apparaît avec la poursuite de l'analogie. Lorsque nous avons un problème particulier, le médicament participe à la disparition du symptôme. Lorsque nous le prenons régulièrement et sur un laps de temps long, l'organisme s'y habitue, si bien que les effets recherchés peuvent s'annihiler. Ou encore, il arrive que ce traitement que l'on imagine comme le remède aux symptômes qui nous préoccupent, provoque des effets secondaires plus déroutants encore que le problème à traiter.

Il en est de même de ma relation à mon directeur de thèse. Je préfère l'autonomie, ce qui a pu engendrer quelques étonnements de sa part : une seule relecture commentée de mon mémoire de recherche a été suffisante à la rédaction du produit fini, ou des déconvenues de ma part : des situations compliquées à gérer, car l'idée ne m'était pas venue de lui en parler avant de m'engager.

J'ai participé à un symposium fermé aux XVIèmes rencontres internationales du REF (Réseau Education et formation) en 2019. Il portait sur le thème de la réflexivité en formation supérieure et je souhaitais y présenter certains éléments de ma recherche. Mon vécu de ces rencontres et débats avec les universitaires, qui constituaient encore pour moi un monde extérieur et face auxquels je me retrouvais seule, a été extrêmement difficile. Défi personnel, recherche d'émancipation du directeur de thèse ou de confirmation d'une place de chercheur en sciences de l'éducation et de la formation, je ne sais ce que j'avais en tête, hormis l'opportunité de répondre à l'injonction de produire une communication dans le cadre du doctorat. A aucun moment, je n'en avais mesuré les enjeux, mais cette expérience a provoqué une telle sidération, qu'elle a participé d'une véritable remise en question de mon projet de thèse. Après de nombreux échanges avec lui, seule la proposition de mon directeur de thèse d'écrire conjointement un article se rapportant à un dossier thématique sur ce symposium, a eu raison de ma procrastination. La reprise de ma communication dans une écriture à deux me permettant de dépasser mon découragement.

La planification des rencontres individuelles (directeur de mémoire et moi-même) ou en trinôme avec la co-encadrante s'est faite à ma demande, d'une séance à l'autre généralement. Elle m'a servi de repères dans l'organisation de mon travail et les échéances le rythme. Cette liberté contrainte m'autorise à penser que je décide de la temporalité de ma recherche.

Il n'y a jamais eu véritablement de difficultés de communication avec mon directeur, mais des points d'incompréhension, autrement dit des points d'achoppement récurrents.

Le premier, présent de longue date porte sur son insistance à me demander un plan de mon travail. Jusqu'à peu avant la rédaction finale, cela me m'était non seulement dans l'embarras, puisque j'étais incapable de « *penser le squelette* » de la thèse ou encore de « *mettre en tableau* » la méthodologie ou les résultats, et cette commande me projetait dans une injonction quasi paradoxale... comment puis-je poser un itinéraire et ses étapes alors que je sais à peine d'où je pars, et encore moins où j'arrive. L'énervement était quasi proportionnel à la bienveillance de l'argumentation... « *cela facilite la structuration de la pensée* ». Ces attentes méthodologiques concernant l'architecture du travail de recherche allaient de pair avec une incompréhension et un sentiment d'impuissance face à la demande.

Une autre récurrence, lorsque mon manque de confiance en moi vient rencontrer le « *complexe du praticien-chercheur* » précédemment nommé, mon ressenti d'incompétence ou mon sentiment d'infériorité est tel qu'il participe d'une dévalorisation de ma posture d'apprenti-chercheur dépassant largement le cadre de « la tension entre réflexes du praticien à abandonner et réflexes du chercheur à acquérir » (Saint-Martin, Pilotti, Valentim, 2014). *Suis-je suffisamment aguerrie à la recherche pour prétendre à être rigoureuse en méthodologie ? N'ayant jamais contribué et/ou vu de dispositif de recherche, comment initier, « tenir » celui-ci ? Qu'en est-il de ma légitimité à l'égard de la communauté scientifique ?* Ce questionnement, plutôt que m'inciter à plus d'explorations exacerbait mes doutes et neutralisait mes capacités à me projeter dans la recherche. Cet « engluement » a pu générer chez mon directeur de thèse un agacement, qui pour ne citer qu'un exemple, s'est soldé par cette phrase : « *il va falloir que tu arrêtes de te regarder le nombril !* ». Tout d'abord, désagréable, puis déroutante, cette remarque m'a bousculée, il m'a fallu l'entendre, ce qui me renvoyait systématiquement à l'inconfort lié à la proximité de mon objet de recherche, à la transformation de ma subjectivité en données exploitables, à la gestion de l'intériorité/extériorité en tant que praticien-chercheur, à l'analyse de ses propres implications lorsque ça touche à l'expérience personnelle et à l'intime. Dans l'après-coup, cette remarque m'a « accompagnée » telle une ressource, elle est devenue une

exigence de « lucidité », un garde-fou que j'ai régulièrement « mobilisée » utile à la construction du chercheur distancié telle que je la pense attendue.

Ces aléas dans la relation avec le directeur de thèse sont constitutifs de ma recherche doctorale et de son contexte institutionnel. Plus précisément, ils témoignent des interférences institutionnelles (Monceau, 2018, p. 164) entre l'institution de formation professionnelle infirmière et celle de la recherche universitaire. Les penser ainsi, c'est déjà ne plus se « regarder le nombril » !

2.2.2. *Le co-encadrement et l'émergence du dispositif à fonction Balint*

2.2.2.1. Une évolution en plusieurs étapes

Lorsque nous nous sommes entendus sur le fait que Caroline Le Roy serait co-encadrante de ma thèse et dans une logique similaire à la continuité du travail démarré avec mon directeur de thèse, elle et moi avons maintenu implicitement l'organisation inhérente à notre recherche commune, à savoir des séances de travail régulières construites comme un espace de réflexion et de partage de points de vue, nous permettant d'élaborer du sens commun. Tout au long de ma recherche doctorale, j'ai donc rencontré mes deux guidants soit ensemble soit séparément. Ce dispositif qui peut sembler complexe m'a permis de clarifier les places et fonctions de chacun dans l'avancée du travail. Cela m'a sans doute aussi permis de distinguer progressivement les apports de chacune des deux orientations à ma recherche.

Dans un premier temps, cette démarche participative prend spontanément place dans mon parcours initiatique doctoral, et m'octroie une légitimité. Je m'y positionne en apprenti-chercheur se formant à la recherche par la recherche, faisant l'apprentissage du métier de chercheur dans une relation de compagnonnage entre chercheur novice et encadrant-expert du métier de la recherche. Cela me projette dans l'impératif de penser la construction d'une posture permettant de justifier mes choix, l'installation d'un cadre à ma recherche avec une nécessité de prendre de la distance par rapport à mon objet de recherche, m'autorisant une observation et une analyse que je voulais à ce stade, les plus « objectives » possibles.

L'épisode de l'entretien exploratoire « sidérant » en décembre 2014 fait basculer notre dispositif dans une autre dynamique. La mise en mots instantanée au regard de l'expérience vécue nous a permis, comme à l'accoutumé, de poser notre compréhension ou non compréhension immédiate, laissant trace de toutes sortes d'associations d'idées et d'expériences associées. C'est spontanément que ce débriefing a été enregistré, prétextant que cela allait me permettre de « *ne pas oublier* » ce qui s'était passé et ce qui s'était dit. Je ne reviens pas dans

l'écriture de ce paragraphe, ni sur l'impact qu'a eu la retranscription de cet entretien sur moi, ni sur l'effet de sidération évoqué à plusieurs reprises dans les paragraphes précédents, mais j'insiste sur le fait que toutes ces traces écrites, laissées dans des temporalités différentes, et leur relecture me deviennent indispensables, faisant du travail personnel inter séance une nouvelle manière d'expérimenter la recherche.

L'assurance des enregistrements vocaux me permet d'être pleinement présente dans l'atmosphère du moment, la parole remplaçant l'écriture de notes de recherche. Je les ré-écoute à distance, une ou plusieurs fois. Je peux centrer mon écoute sur la compréhension du discours ou de la situation, sur mon état émotionnel, et/ou sur un moment spécifique d'étonnement. De ce fait, je retranscris le passage, l'annote, le commente et l'articule avec mon décryptage du moment, mes questionnements ou hypothèses. Cela me permet régulièrement d'identifier les connaissances manquantes et d'orienter mes lectures théoriques. Et c'est en écoutant, comme le dit Freud (1912) dans *Conseils aux médecins sur le traitement analytique* « sans se préoccuper de savoir si on va retenir quelque chose », que je découvre ce qui résonne en moi ou encore me dérange. Elkaïm (2010, p 171-172) définit la résonance comme suit : « On pourrait imaginer la résonance comme un iceberg dont la partie visible au-dessus de l'eau s'apparente au contre-transfert, au lien entre le passé d'une personne et son vécu à un moment spécifique. La partie la plus importante de cet iceberg est celle qui se trouve au-dessous de la ligne de flottaison. (...) À partir de ce moment, si l'on accepte que la résonance est liée à nous, mais non réductible à nous, elle peut devenir source d'hypothèses quant aux constructions du monde des autres membres du système d'intervention ». Ces éléments sont posés, annotés et énoncés lors de nos séances communes. Très rapidement, nous considérons ces écrits comme une nouvelle collecte de données, que nous retravaillons ensemble, en attachant plus d'importance à ce que Lyet (2011) nomme la « percussion des compréhensions » (p 57) entre le chercheur professionnel et le chercheur doctorant. Le terme de « recherche hybride » émerge et génère des débats au sein de notre binôme.

Notes de recherche : Débriefing du 4 février 2016, à propos des recherches hybrides

CLR : y a un appel à contribution sur ça, mais c'est trop tôt.

CA : c'est notre dispositif, toi t'amènes la logique chercheuse et moi la logique professionnelle de terrain (...) ce qui alimente notre co-réflexion, co-construction. En parallèle, je fais avec mes collègues de travail, le même type de dispositif dans lequel j'occuperai plus la place de chercheur ou apprenti-chercheur. Je ne sais toujours pas où je suis, praticien, chercheur, praticien-chercheur ?

CLR : tu es étudiante ! tu es professionnelle -étudiante, tu apprends à être praticien-chercheur. Tu serais par rapport à tes collègues « en recherche » c'est à dire un praticien en cheminement, en formation en tout cas.

CA : et là, j'ai toujours « le cul entre 2 chaises ! »

CLR : tu l'auras tant que tu seras en formation, c'est le principe de la formation, c'est une phase de transition. Arrête de bloquer sur « le cul entre 2 chaises », car de fait, tu l'es : praticien, pas de souci, tu sais où est cette place ; formation tu sais aussi. Forcément tu es dans l'entre-deux, si tu ne l'étais pas tu ne serais pas en formation. Avec la formation, tu vises...tu passes d'un état à un autre, c'est transitionnel !

CA : mais utiliser le boulot pour théoriser, je suis plus à distance du boulot

CLR : pour moi, ce qui met le praticien à distance de sa pratique, c'est le dispositif méthodologique d'enquête, c'est-à-dire la méthode + la réflexion théorique sur la méthode

CA : mais ça, c'est la finalité pour moi

CLR : non ce n'est pas une finalité, c'est ce que tu es en train de mettre en place, c'est ce que tu t'essayes à faire quoi qu'il en soit... ce qui change par rapport à la position de chercheur, c'est le statut, c'est le fait d'avoir passé cette étape et d'avoir obtenu ce statut. Y'a une position psychique d'entre-deux et une position qu'on pourrait dire socio-institutionnelle d'entre-deux, celle-là faut que tu l'assumes, elle n'est pas gênante. L'autre non plus d'ailleurs, on s'en fout !

CA : Ces dispositifs un peu hybrides où chacun grandit en même temps que l'autre, où chacun « co » quelque chose, co-crée, d'ailleurs je n'ai que ce mot là à la bouche, dans mon projet pro. C'est toute la logique d'interactions qui fait la chose.

CLR : pour la psychanalyse aussi, sauf qu'on ne va pas parler de co... quand un clinicien travaille sur un objet de recherche qu'au fur et à mesure qu'il fait des entretiens par exemple, il fait avancer son propre rapport à l'objet de recherche, c'est de la co-quelque chose, il se passe quelque chose.

Cet échange rend compte de la difficulté de l'apprenti-chercheur aux prises avec la dimension pédagogique d'un dispositif, dans lequel il prend conscience, à la fois de son ressenti intérieur perturbant à l'origine de son questionnement, mais aussi de l'impératif de s'en déprendre pour l'interroger. « C'est parce qu'il est atteint intérieurement qu'une perturbation se crée en lui, que le chercheur accède par l'analyse de cette perturbation, au sens du ''dedans dehors'', c'est à- dire à l'impact de l'expérience intersubjective qui est accès au processus de

connaissances » (Giust-Desprairies, 2013). Les réflexions, les mises en sens communes du vécu émotionnel me permettent, dans cet espace sûr de tester la variété de sens et d'interprétations à toutes les places : praticien, praticien-chercheur, étudiante en recherche, chercheur, co-chercheur... « d'expérimenter une posture qui rejette la rupture épistémologique pour lui substituer différents aménagements de distanciation afin de tenir compte de la situation "intérieure" du chercheur » (Perraut-Soliveres, 2001, p. 193). Cette mise en réflexivité m'évite principalement de céder à une certaine facilité de fonctionnement par analogie, et d'éviter les écueils du type « *je vais chercher chez l'autre ce que j'ai ressenti moi-même dans une situation similaire, parce que je sais ce qu'il va éprouver* » comme je l'argumentais souvent.

De représentation de mon malaise, cette sidération est devenue évocatrice d'étrangeté. Mes expériences revisitées, cet « audit de subjectivité » (De Lavergne, 2007, p 34) me permettent d'inventer une grille d'observation de référence, légitimant le décryptage de la sidération chez les autres formateurs. A ce moment-là de la thèse, j'appréhende ce processus à partir d'éclairages théoriques, de références plutôt issues de la socio-clinique institutionnelle, me rendant davantage sensible à l'implication et à la subjectivité du chercheur, que je sais intérieurement reliées à des problématiques et des configurations psychiques personnelles.

Je choisis délibérément ne pas élucider mon contre-transfert ou plutôt je choisis de ne pas en rendre compte dans la thèse, ce qui me permet ou m'autorise à rester « aux bords » des deux démarches, ou plutôt dans un entre-deux, oscillant entre créativité et état de confusion. Cet entre-deux peut s'apparenter à ce que Winnicott (1975) une aire intermédiaire d'expérience, à savoir un espace transitionnel qui existe « en tant que lieu de repos pour l'individu engagé dans cette tâche humaine interminable qui consiste à maintenir, à la fois séparée et reliée l'une à l'autre, réalité intérieure et réalité extérieure » (p. 9).

À partir de ce moment-là, notre dispositif devient le lieu dans lequel, exercées à reconnaître la sidération, nous (ma co-encadrante et moi-même) associons sur des expériences personnelles et/ou professionnelles. L'exposition précise de certaines d'entre elles donne lieu à une analyse des contextes d'apparition de cette sidération, et nous permet de constater que systématiquement la sidération apparaît lorsque le sujet se confronte de façon inattendue à un évènement, à une réalité qui fait non-sens.

Il est à noter que les enregistrements de nos échanges se sont raréfiés, jusqu'à devenir inexistant, l'hypothèse étant que la construction de la « double posture –combien paradoxale– de "praticien-chercheur" » (Bourgeois, 2004, p.7) autorise une plus grande distanciation avec

le cadre méthodologique strict, et une « neutralité active » décrite par Bois et Austray (2007) comme « la part de neutralité correspond[ant] à un "laisser venir à soi" les phénomènes en lien avec le mouvement interne, sans préjuger du contenu précis. (...) Le "laisser venir à soi" est un "savoir attendre" qui consiste d'abord à ne pas anticiper ce qui va advenir (p. 10).

Puis, ce dispositif évolue vers un espace autorisant le travail d'élaboration, qui m'a semblé être rapproché de celui d'analyse de pratique d'orientation psychanalytique d'inspiration Balint (Fablet & Blanchard-Laville, 1996), comme je vais tenter de l'explicitier dans le chapitre suivant.

2.2.2.2. Essai de théorisation autour de la fonction Balint

Anzieu (1984, p. 7) explique que « L'inconscient produit partout et toujours des effets contre lesquels les hommes ne cessent de se défendre, ou qu'ils interprètent faussement, ou encore qu'ils cherchent à manipuler par des voies obscures pour un profit supposé. La condition pour que ces effets deviennent scientifiquement traitables réside dans l'instauration d'une situation, régie par des règles précises, où leur production soit transférée et leur interprétation exacte assurée », pose ainsi la nécessité de penser le dispositif.

La fréquentation des groupes Balint en tant que professionnelle ISP m'a accoutumée dans le contexte de groupes institués spécifiques à une certaine liberté de paroles sans craindre le jugement de l'autre, à la prise de conscience de ce que Balint appelle le contre-transfert professionnel (Balint, 1957) dans la prise en soins des patients, et à l'analyse de la relation en situation professionnelle sous l'éclairage psychanalytique. Delion (2007, p. 95) écrit à propos de la richesse des dispositifs à fonction Balint, je cite : « À chaque fois je suis surpris de la richesse que ce dispositif recèle en lui, sur les plans de l'éclaircissement voire de l'élucidation de cas complexes, sur celui de la formation pratique des personnels soignants et sur les possibilités de langage commun qu'il permet d'instaurer, et évidemment sur les possibilités de décentrement, de pas de côté, d'analyse du contre-transfert qu'il rend authentiquement dans la pratique médicale et soignante ».

Dans ma carrière de formateur en soins infirmiers, j'ai bénéficié pendant 4 ans de l'accompagnement clinique groupal de Claudine Blanchard-Laville. Ce cadre groupal d'inspiration psychanalytique « réalise une fonction d'accueil, de contenance et de mise en forme des processus psychiques mis en mouvement par le récit. (...) et offre un espace de pensée potentiel. (...) associé au plaisir de penser ensemble » (Blanchard-Laville, 2012, p. 56). « Le but de ce travail est de cerner les contours du lien d'enseignement pour le dégager, autant

que faire se peut des liens imaginaires dans lesquels il risque de se perdre ; de prendre la mesure des empêchements à fonctionner comme chacun de nous le souhaiterait idéalement, ou tout simplement comme nos intentions nous y engageraient ; et de tenter de se dégager un peu de ces obstacles dont la source nous échappe au quotidien et qui nous taraudent à notre insu dans notre activité professionnelle d'enseignant » (Blanchard-Laville, 2012, p. 52).

La construction de notre dispositif repose sur l'hétérogénéité de nos apports théoriques. Situé dans une logique d'accompagnement clinique, cet espace créé nous permet de co-penser à partir de nos expériences respectives, et se positionne dans une certaine continuité des groupes Balint et de Blanchard-Laville, il s'enrichit entre autres exemples de la théorie des petits groupes de Bion, de celle des groupes restreints d'Anzieu (2013), et du concept de groupalité psychique de Kaës (1993).

Ce dispositif, co-construit dans le cadre de cette recherche, introduit une rupture dans l'arrangement habituel des choses (Kaës, 2005), il s'agit d'un espace pour dire et pour s'entendre dire à propos de nos expériences subjectives, et dans lequel un travail de re-lecture conjointe autorise la créativité. Comme mentionné précédemment, nous partons souvent de mes écrits (allers-retours entre la situation vécue et ma réécoute à distance) que nous considérons comme un travail de pré-élaboration (Ciccone, 2014). Notre re-lecture y est attentive, mais flottante. À partir d'« une attention particulière (...) portée aux associations, à l'agencement associatif du matériel, verbal et non verbal, ainsi qu'aux dissociations, aux ruptures de cet agencement, qui renseignent sur les éléments inconscients » (Ciccone (2014, p. 69), un travail de liaison et déliaison psychiques se fait et permet à chacune d'entre nous de proposer, communiquer son interprétation à l'autre, et de la « tester ».

Cet espace d'associativité à deux ou de co-associativité (Roussillon, 2011) est aussi un espace de médiation entre nos contradictions internes et externes, des « représentations et des éprouvés, des scénarios méconnus qui n'avaient pas droit de cité dans la personnalité professionnelle peuvent émerger. Des liens inédits s'opèrent, entre pensée, cognitif et affectif. (...) Le récit professionnel et la parole personnelle deviennent signifiants d'une autre réalité psychique qui se répète », des « enjeux psychiques répétitifs sont découverts ; les différents niveaux du soi professionnel et personnel se mobilisent entre passé et présent, affects et pensée ». (Pechberty, 2003, p 267-268). Ce travail de construction/déconstruction dans la relation intersubjective participe du processus de transformation.

Il n'est jamais aisé de s'apercevoir comment les dimensions personnelles peuvent venir parasiter la pratique professionnelle, Mellier (2002, p. 92) explique que « ce que le participant

expose a des effets émotionnels sur le groupe, pour chaque participant et ses liens avec les autres » et que « le climat du groupe reproduit, entre en résonance avec le climat initial qui règne sur le terrain, que le participant transmet, consciemment et inconsciemment, par ses dires, attitudes et sous-entendus ».

Les deux postulats que nous posons au sein de notre binôme, à savoir la « disposition d'esprit » particulière (Roussillon, 2012) de la position clinique et l'utilisation de notre propre appareil psychique comme « instrument » (Chaussecourte, 2010) nous permet d'être attentives au sens latent, et aux associations libres verbalisées à bon escient (Rouchy, 1980). La confiance mutuelle autorise l'assouplissement des instances psychiques (Pechberty, 2003), et l'« atmosphère émotionnelle libre et amicale » (Balint, 1957) nous permet d'élaborer à partir du lâcher-prise sur l'inconfort, les discours défensifs, en un mot, sur ce qui vient désorienter la pratique professionnelle et/ou de chercheur, et d'en supporter le choc de la découverte (Delion, 2007).

La notion d'après-coup, définie comme « le fait qu'un événement passé, auquel du sens n'a pas été immédiatement accordé, peut devenir signifiant, rétrospectivement » (Blanchard-Laville, Chaussecourte, Hatchuel & Pechberty, 2005, p 125) caractérise pour moi, ce partenariat réflexif, et prend l'apparence à certains moments-clés de ma recherche, d'une méthodologie analytique (Mellier, 2002), un dispositif d'accompagnement à « fonction Balint » (Delion, 2007).

Dans le champ de la psychothérapie institutionnelle, Delion définit cette fonction Balint comme étant « le résultat d'un travail fait sur la relation entre un soignant, un pédagogue, un travailleur social, et le ''patient'' dont il a la charge, dans un groupe qui se réunit régulièrement sans que celui qui le supervise ait à rencontrer directement le patient en question » (Delion, 2007, p. 51). Elle est décrite par la psychanalyste Cohen-Léon (2008, p. 147) « comme le résultat d'un travail fait sur la relation soignant-soigné à partir d'un métalangage sur le patient qui met en évidence le contre-transfert du soignant ». Déplacée dans le cadre de notre dispositif, cette fonction permet de ne pas « surinterprétée » la clinique (Ciccone, 2014) en limitant la saturation subjective des éléments observés. Cette co-pensée entendue comme « processus de développement réciproque de l'activité associative » « comme le véhicule de la communication d'inconscient à inconscient ». (Widlöcher, 2013, p. 42) permet la distanciation, le dégageant des chercheurs en toute sécurité, et contribue à consolider mon identité de chercheur.

Un exemple, parmi les nombreux vécus dans ce dispositif pouvant illustrer mes propos, est l'effet élaboratif sur la délicate position de « *cul-entre-deux-chaises* », mentionné dans le dialogue apprenant-chercheur/enseignant-chercheur précédent.

De ces moments d'échanges ressort de la confusion, liée à de la confrontation de points de vue, aux apports et associations d'idées fait par l'enseignant-chercheur, mais aussi à celles qui se construisent à deux dans l'ici et maintenant du dispositif. Ceci vient bousculer mes pré-constructions, produire de l'étrangeté au sein du binôme et poser le décalage entre que je croyais être des certitudes, et les nouvelles interprétations faites au sein de l'échange.

La répétition de cette expérience dans cet espace dans lequel la « sécurité donnée par la tolérance aux paradoxes, par une suspension radicale des jugements » (Roussillon, p. 150) me permet de préciser que ce dispositif n'est pas le lieu où se clarifie les choses, mais un environnement « suffisamment bon » pour expérimenter cette confusion.

En fait pour décrire ce processus, je dirai que cela « re-confusionne » mes certitudes en donnant droit de cité à la confusion qui, sans cela resterait l'impensé et l'impensable de la sidération. Cette expérience de la confusion permet de désincorporer un savoir, d'ouvrir un espace-temps d'élaboration, et ce, dans différentes temporalités psychiques, donnant lieu aussi à différentes temporalités de créativité et d'écriture. L'ambivalente systématique avec laquelle je ressors de cette rencontre se manifeste d'une part par l'adhésion massive à de nouvelles pistes interprétatives et d'autre part, à la sensation déstabilisante de désorganisation toute aussi imposante que cela provoque en moi. Et j'ai pu constater dans l'après-coup des modifications significatives de ma façon d'appréhender les expériences de sidération, qui « peuvent alors se voir conférer, en même temps qu'un nouveau sens, une efficacité psychique » (Laplanche & Pontalis, 1967).

Les séances de ce dispositif se sont déroulées, à peu de reprises dans mon bureau à l'IFSI, souvent dans le bureau collectif du laboratoire de l'équipe Circeft-Clef à l'Université Paris VIII, puis depuis son ouverture, dans les locaux de la Maison de la recherche de l'Université Paris VIII (Saint-Denis). Elles se sont réparties régulièrement tous les deux mois depuis décembre 2014 (sur les périodes hors-vacances), et ces temps de co-réflexion ont été enregistrés jusqu'au début de l'année 2018, moment que j'associe avec la transformation de notre dispositif en espace à « fonction Balint ». Ces enregistrements, plus ou moins retranscrits, mais toujours retravaillés à distance de la séance, en individuel ou à deux, sont tracés dans ce que je nomme mes notes de recherche, et font partie des données de ma recherche.

2.2.3. *Les séances en trinôme*

Je viens de faire état des séances construites en binôme. Dans le cadre de ces autres séances, nous sommes trois. Il est intéressant de reposer dans ce contexte les places de chacun.

Un directeur de thèse (HDR), professeur des universités, directeur du laboratoire EMA (Ecole, Mutations, Apprentissages) de l'Université de Cergy-Pontoise, co-président du comité scientifique du réseau de recherche francophone "Recherche avec", et dont les recherches sont d'orientation socio-clinique institutionnelle.

Une co-encadrante, chercheuse du laboratoire Circeft- composante « Approche clinique de l'éducation et de la formation » et membre du réseau Cliopsy et du comité de rédaction de sa revue en ligne, et dont les travaux de recherche s'inscrivent dans une clinique d'orientation psychanalytique en sciences de l'éducation.

Les deux protagonistes ont travaillé ensemble dans le département Sciences de l'éducation de Paris VIII, c'est d'ailleurs dans ce cadre que je les ai rencontrés, ils ont été, tour à tour mes enseignants, et à deux reprises, jury d'évaluation de deux masters (professionnel et recherche), l'encadrement des deux mémoires ayant été assuré par Gilles Monceau.

Et moi-même, praticienne de l'accompagnement ayant trente-cinq ans d'expériences professionnelles : dix-huit ans auprès des patients en psychiatrie et santé mentale, quatorze ans en formation d'adultes (initiale et/ou continue), et depuis 3 ans en management d'équipe de cadres-formateurs, praticien-chercheur depuis 10 ans et doctorante depuis 5 ans, dont le travail de recherche s'inscrit dans les deux approches socio-clinique institutionnelle et d'orientation psychanalytique.

Curieusement, dans ces séances, j'oscille entre toutes ces places que je viens de nommer et j'en passe souvent par toutes ces places mais, je peux aussi me retrouver partenaire « symétrisé » (Audoux & Gillet, 2015) tantôt avec l'un, tantôt avec l'autre, voire avec les deux, dans un réel espace de partage d'idées, de co-construction d'une compréhension commune.

Ce suivi en trinôme représente un véritable partenariat, et une relation d'interdépendance, qui de la même façon que les relations de binômes précédentes, s'est construit à partir d'une contractualisation implicite de partage et de répartition des « rôles » et des responsabilités. Avec le recul, j'identifie cet espace tantôt comme un « entre-deux » associé à créativité, tantôt un « entre-les-deux » synonyme d'inconfort.

« L'entre-deux n'est pas un juste-milieu ! C'est un espace libéré », dit Menchi (2011, p. 132). J'assimile cet espace à un espace de créativité. La guidance en trinôme vient comme

un espace intermédiaire qui sépare et relie à la fois le monde professionnel et celui de la recherche autorisant l'approche multiréférentielle, et mes errances s'y afférant. Il m'aide à penser ma place de praticienne-chercheuse, mais aussi tel un espace transitionnel au sens winnicottien, j'y fais l'expérience de la confusion, de l'emmêlement des références théoriques dans un cadre à la fois sécurisant et initiatique et de « l'analyse multiréférentielle des situations, des pratiques, des phénomènes et des faits de nature institutionnelle » (Ardoino, 1993).

C'est aussi un espace soumis à une dynamique particulière ancrée dans l'étayage, qui me place au croisement entre positionnement singulier et adaptabilité, et me permet d'éprouver ma motivation, mes capacités à élaborer au plan théorique de la recherche, l'entre-deux comme une place, autorisant la créativité «comme un moyen de se dégager des contraintes, des tensions entre différents déterminants, de s'approprier et de singulariser des manières de faire » (Lhuilier, 2015, p.103), en homologie avec ma construction professionnelle.

Cependant, l'évocation de certaines expressions populaires comme « Nager entre deux eaux », « Etre assis entre deux chaises » ou encore « Etre pris entre deux feux » peut aider à illustrer le vécu d'inconfort ressenti à certains moments de cette guidance. Les demandes de clarification ou de mises en mots émanant de l'un ou de l'autre des guidants participent certaines fois, d'une mise sous tension, générant des va-et-vient permanents entre les cadres théoriques pouvant s'apparenter quelque fois, semble-t-il, plus à la recherche d'un compromis satisfaisant tous les participants, qu'à l'émergence d'une position un tant soit peu appropriée, mettant à mal mes représentations idéalisées du chercheur et les exigences qui s'y rapportent.

Je peux affirmer qu'il m'est arrivée certaines fois de me sentir en tension, « tiraillée » entre liberté/autonomie/émancipation et exigence/contrainte/régression...régression, réactivation inconsciente de mon passé scolaire²³², ou des conflits m'opposant à mes parents, peur de ne pas être à la hauteur des attentes, ou de ne pas les comprendre, idéalisation du travail prescrit, réaménagement ponctuel des places et des « complicités », abasourdissement face à des injonctions qui me semblent contradictoires. Il m'arrive régulièrement de verbaliser l'impression de « *devenir folle* »²³³ ou d'énoncer clairement au binôme encadrant qu'ils « *me rendent folle* ».

²³² Fille d'instituteur, j'ai eu du CE1 au CM2 mon père en tant que maître d'école.

²³³ « Devenir folle » « me rendre folle » sont des expressions sans aucun doute empruntées à mon passé d'ISP, elles rendent compte de la survenue inattendue d'une logique paradoxale engendrant chez moi une réaction, ayant plus à voir avec un brouillage, voire une suspension de la pensée, qu'avec un sentiment d'anxiété.

Je me suis toujours sentie soutenue de la part des deux interlocuteurs, ceux-ci se montrant toujours disponibles, même à distance de la date de suivi, qu'il s'agisse de demandes ponctuelles par SMS ou de moments de découragement difficiles à dépasser.

Je ne peux m'empêcher d'associer ce dispositif triangulaire à l'espace tutorial, tel qu'il se présente dans la formation infirmière. Si j'accentue la comparaison, le formateur IFSI serait le directeur de thèse représentant ici l'institution universitaire, portant un « idéal » de la formation ; le tuteur/professionnel de terrain serait incarné par la co-encadrante, le chercheur avec qui j'expérimente la recherche en « pratico-pratique » ; et moi figurant l'étudiant, qu'il soit en soins infirmiers ou en recherche. De fait, le vécu de cette réalité partagée participe d'une compréhension de l'espace tutorial, tel qu'il s'organise en formation infirmière, un novice en apprentissage et deux professionnels, tous posant sur la situation, des regards différents, mais il me permet aussi d'identifier une dimension du tutorat dont je n'avais pas mesuré la pertinence.

Assurément, il ne suffit pas de penser un dispositif et de le construire pour qu'il soit efficace, et sa prescription ne dit rien de la manière de l'utiliser. Cet espace participant de la socialisation du tuteur reste à créer entre les trois acteurs concernés, dans un espace-temps pensé. Il devient par essence une co-construction sur la base d'un partenariat dans lequel une attention doit être portée à la participation de l'étudiant, en tant que sujet singulier, et aux conditions de sa participation. Il en est de la responsabilité de tous pour que ce dispositif devienne formatif, voire le processus de formation commence avec l'élucidation de son cadre même.

Il s'agit d'un projet commun, positionné entre une logique d'expérimentation et celle de la réciprocité des échanges interindividuels, se réclamant d'une inventivité et d'une dynamique collective. Le rapport tuteurs-tuteur s'organise dans « une démarche de réciprocité formative » (Marmion & Berton, 2006), déconstruisant de fait, le rapport traditionnel entre le savoir, les professionnels-formateurs-supposés savoir (Lacan), et l'étudiant. Cette coopération ne signifie pas une symétrie relationnelle, mais l'instauration d'une confiance réciproque, d'un environnement dynamique, au sein duquel Lenoir explique qu'« il ne s'agit plus d'être tout simplement plus efficace en rétrocedant l'acte d'apprendre à l'apprenant mais de lui conférer un droit à la pensée et à la construction » (Lenoir, 1994, p. 84), et dans lequel chacun des participants revisitent et enrichit son propre savoir, voire continuent à apprendre.

Le relation d'accompagnement dans le cadre de l'espace tutorial « est de pouvoir à la fois stabiliser (sécuriser, ancrer...) sur la base de la symétrie et d'inciter (dynamiser, mobiliser) nécessitant un dénivelé dynamique, créer les conditions de sécurité et celles de la confrontation, permettre de trouver ici un appui afin de se mettre en risque ailleurs » (Paul, 1996, p. 23).

Ces entretiens de co-guidance m'ont permis d'éprouver les différentes postures de recherche, tel que le présente le triptyque « agent, acteur, auteur » d'Ardoino (1993), l'agent qui effectue les prescriptions, « essentiellement agi par la finalisation ou la détermination de l'ensemble » ; l'acteur qui prend des initiatives, retrouvant « un degré plus élevé d'intentionnalité » et l'auteur innovant « qui réussit à se situer lui-même comme étant à l'origine, à la source de son propre devenir », renouvelant les postures de professionnel de santé, infirmier et formateur en soins infirmiers.

2.3. Une approche clinique

Devereux explique dans son ouvrage *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement* (1967) que « la règle la plus importante est de dire comment on est parvenu à obtenir ce qu'on a obtenu. Autrement dit, de répondre à la question : d'où tenez-vous ce que vous avancez, quelle est la source de ce savoir, êtes-vous en mesure de reconstituer le chemin parcouru ? » (p. 122-123).

Ma recherche se réclame d'une approche clinique visant « une compréhension en profondeur du sens que prennent, pour des sujets singuliers, les situations, les événements. Le caractère clinique d'une recherche indique que celle-ci ne porte pas sur des faits en extériorité mais sur un "vécu", des points de vue subjectifs, des ressentis, un "rapport à" quelque chose » (Yelnik, 2005, p 134). Ardoino énonce : « Est donc proprement clinique, aujourd'hui, ce qui veut appréhender le sujet (individuel et/ou collectif) à travers un système de relations (constitué en dispositif, c'est-à-dire au sein duquel le praticien, ou le chercheur, comme leurs partenaires, se reconnaissent effectivement impliqués, qu'il s'agisse de viser l'évolution, le développement, la transformation d'un tel sujet ou la production de connaissances, en soi comme pour lui ou pour nous » (Ardoino, 1989, p.64). Non réductible à une modalité de recherche parmi d'autres, « la clinique relève d'une certaine pensée dans l'agir » (Cifali, 2004, p. 79). Cet auteur (Cifali, 1999, p. 124) explique que « ceux qui œuvrent dans ce contexte, avancent qu'il y est question de situations où les acteurs sont impliqués ; où se mêlent psychique, social et économique ; où s'élabore, avec les interlocuteurs en présence, une compréhension de ce qui se passe, une co-construction d'un sens qui provoque parfois du changement ; où s'instaure une articulation théorie-pratique particulière, un lien entre connaissance et action ; se réalise une pratique de

l'altérité et de la singularité, dont l'écriture est peut-être prioritairement celle d'un raconter ». Dans son article *Une clinique en Sciences de l'éducation ?* elle (Cifali) exprime que l'approche clinique relève quasiment plus d'une posture que d'une démarche de recherche, qu'il ne s'agit pas seulement d'« être intuitif et bon, capable de sollicitude et d'attention à l'autre », mais de réfléchir sur son action dans la rencontre avec l'autre, de construire sa connaissance dans la relation avec cet autre. « Etre clinicien c'est être un praticien qui (...) ne se défend pas de sa souffrance mais l'entend et se laisse guider par elle, accepte d'être mis face à des dilemmes, choisit de travailler constamment sa distance à cet autre pour que les sentiments qui guident son action ne soient pas seulement projection ou introjection » (Cifali, 2002, p. 38). « La clinique est certes liée à la souffrance, une souffrance d'exister : souffrance du quotidien. Elle est liée à la normale difficulté : de soi, de l'autre, de la relation entre soi et soi, entre soi et l'autre, entre soi et le monde » (p. 34). Cette posture s'accompagne d'une responsabilité éthique du chercheur concernant le regard qu'il porte sur l'autre en tant que sujet singulier coproducteur de sens, et partenaire dans la recherche, il est aussi selon Ardoino (1993, p. 21) « auteur, celui qui est le fondateur, le créateur, voire le géniteur, de toute façon celui qui se situe, et qui est explicitement reconnu par d'autres, comme étant à l'origine de ».

Cette démarche clinique « n'appartient donc pas à une seule discipline ni n'est un terrain spécifique [...]. Elle se caractérise par une nécessaire implication ; un travail sur la juste distance ; une inexorable demande ; une rencontre intersubjective entre des êtres humains qui ne sont pas dans la même position ; la complexité du vivant et le mélange imparable du psychique et du social » (Cifali, 1996, p. 121).

Bien que mentionné à plusieurs reprises dans cet écrit, il m'apparaît essentiel de préciser que cette posture clinique progressivement construite au cours de mon parcours professionnel, se réclame déjà elle-même de la multiréférentialité, héritée des multiples d'expériences, et d'approches théoriques qui l'ont traversé. Il est question ici de l'approche multiréférentielle développée par Ardoino, proposant « une lecture plurielle de ses objets (pratiques ou théoriques), sous différents angles, impliquant autant de regards spécifiques et de langages, appropriés aux descriptions requises, en fonction de systèmes de références distincts, supposés, reconnus explicitement non-réductibles les uns aux autres, c'est à dire hétérogènes » (Ardoino, 1993, p. 1). Ces différentes perspectives sont à articuler, car elles « se questionnent entre elles, autant sinon plus qu'elles n'interrogent l'objet qui les mobilise, à travers les questionnements du chercheur » (p.7). Ainsi, « l'ambition reste de conjuguer, sans les confondre, l'explication et la compréhension, à propos d'un objet, qualifié, plus encore que

précisé, par un travail de repérage et de distinction préalable à la ré-articulation éventuelle de ce qui aura ainsi été disjoint aux fins de ne pas en rester à l'état de confusion initial. Les référentiels retenus le seront en fonction des particularités de l'objet et des ressources propres du chercheur ou de l'équipe de recherche » (p. 8).

Mon bagage antérieur et mon expérience acquise orientent à la fois ma vision du monde, et celle du terme « clinique » se rapportant à une « clinique métissée » se référant « à un métissage des pratiques, des méthodologies, des regards, des analyses sur ces pratiques » (Berton, 2016, p. 152).

Lourau (1993) présente la multiréférentialité comme « le péché originel de tout ce qui se bricole de nouveau dans le champ du savoir » (p. 102). Je me retrouve dans les propos du philosophe Dupont-Beurier (2010) lorsqu'il parle de « bricolage conceptuel » pour expliquer que les processus de recherche ne peuvent se constituer qu'avec une « part d'intuition, de pragmatisme ou de détournement conceptuel ».

« Pour trouver une place, encore faut-il pouvoir se l'imaginer » nous dit Sibony (1991), c'est dans cet entre-deux que se construit ma recherche.

2.4. Une mise en dialogue des savoirs

« Définir son positionnement épistémologique en tant que chercheur nécessite de spécifier comment nous construisons et gérons les connaissances que nous manipulons » (Demaizière & Narcy-Combes, 2007, p.3). Je rappelle que mes références théoriques dans ma carrière d'infirmière psychiatrique, avaient différents ancrages, que j'ai reproduit dans ma carrière de formateur, de fait, il m'arrive régulièrement de penser que les deux décodages sont indissociables.

2.4.1. *Transfert, implication et subjectivité*

Dans le modèle théorique de la psychothérapie institutionnelle, le transfert s'adresse à l'ensemble des acteurs (soignants, organisation sociale) et à l'institution, et l'analyse du contre-transfert implique l'analyse de l'institution : « des réactions émotionnelles des soignants impliqués, de leurs interrelations, et de la structure hospitalière elle-même, car ce sont tous ces éléments qui signifient à chaque malade sa place et son statut » (Cano, 2006, p 207).

Nous savons que la place de la subjectivité et de sa recevabilité scientifique est au cœur des débats des chercheurs depuis de nombreuses années. « Les gens souhaitent en général que le chercheur soit plutôt 'naïf' sur les affaires de l'institution. » (Lapassade, 1991, p. 28).

Que ce soit avec ses objets de recherche, son terrain, les institutions qui structurent son activité, mais aussi ses interlocuteurs, ses pairs, le chercheur est impliqué. L'implication est le concept central de la socio-clinique institutionnelle. Elle n'est pas synonyme d'engagement, elle se présente « l'ensemble des rapports que l'intellectuel refuse, consciemment ou non, d'analyser dans sa pratique, qu'il s'agisse des rapports à ses objets d'étude, à l'institution culturelle, à son entourage familial ou autre, à l'argent, au pouvoir, à la libido et en général à la société dont il fait partie. Alors que l'intellectuel se croit très capable d'analyser et d'objectiver ce qui arrive aux autres, y compris, parfois, à des catégories d'intellectuels dont il s'exclut d'office » (Lapassade, Lourau, 1971, p. 200). Elle est, selon Perraut-Soliveres (2001, p. 234) « le nœud des rapports de l'individu au monde dont il est issu et auquel il participe. Ceci englobe aussi la somme des fils qui l'attachent, conscients et inconscients, que les options passives et actives qui découlent de ses propres plis ».

De fait, tout acteur pris dans une dynamique sociale est impliqué. De même qu'ils le veulent ou non, quel que soit leur investissement au travail tous les professionnels sont impliqués (Monceau, 2003) dans leurs institutions, institution « immatérielle » « jamais saisissable », appréhendable « qu'à travers la matérialité des choses de l'organisation » (Ardoino & Lourau, 1994). L'implication est donc « une forme d'expérience intérieure » (Mias, 2014) qui devient un « mode particulier de connaissance » (Ardoino, 1983), « un nouveau rapport au savoir, une conscience du non-savoir qui détermine notre action » (Lourau, cité par Lapassade, 1971, p 185). « L'implication se formule parfois en termes de “ transfert et contre-transfert institutionnels” ; les obstacles à l'analyse, en termes de “ résistance ” » (p. 200). La définition du concept de contre-transfert est élargie, elle comprend en plus du transfert de l'analyste et de la réponse au transfert du malade, « la réponse à toutes les réalités (sexe, âge, race, position socio-économique) de l'analysé, de l'analyste, et aux significations socioculturelles et économiques de l'institution psychanalytique » (Ardoino & Lourau, 1994), contestant la neutralité de l'analyste, celui-ci participant à la production et à la reproduction des rapports sociaux (Guillier, 2003).

L'institution imprégnant les pratiques en profondeur (Monceau, 2011), est plutôt « en dedans » des pratiques (Monceau, 2008, p 146) qu' « au-dessus », seuls les effets produits par elle sur les individus peuvent être appréhender. Partant du postulat que l'implication est ce qui nous relie à l'institution (Monceau, 2010), l'analyse des implications doit permettre de repérer les déterminations cachées des groupes comme des systèmes d'organisation (Lourau, 1971, p.20), les « modes d'identification et de résistance de chacun à l'institution dans laquelle il est

impliqué » (Monceau, 2003, p 24). Ce que Monceau (2009) nomme « analyse résistancielle (...) non pas des résistances, mais par les résistances » (p 155). Cela « revient donc à interroger la '' manière de poser des actes '' professionnels dans des institutions » (Monceau, 2008, p 148).

« Ce qui, pour l'éthique, pour la recherche, est utile ou nécessaire, ce n'est pas l'implication, toujours déjà-là, mais l'analyse de l'implication déjà-là dans nos appartenances, nos références et non-références, nos participations et non-participations, nos surmotivations et démotivations, nos investissements et non-investissements libidinaux... » (Lourau, 1990, p. 113).

L'accès à l'analyse, c'est l'analyseur (Gilon & Ville, 2014). L'analyseur est « un phénomène social capable de provoquer ou d'imposer une auto-critique, une analyse sauvage de la situation » (Lourau, cité par Kaepelin, 1972, p 203). Qu'il soit « naturel », faisant apparaître le non-dit de l'institution sans avoir été provoqué, ou « construit » volontairement mis en place pour créer une tension, il met à jour les implications institutionnelles (Hess, 1975) et « désigne à l'intervenant un point où il existe de l'analyse, c'est-à-dire du clivage » (Gilon & Ville, 2014, p 93). Pas d'analyse sans analyseur. L'analyseur peut être un individu ou un groupe, un évènement ou une situation, un dispositif, il est systématiquement associé à la notion de dérangement (Ville, 1978). Du dérangement émerge l'analyseur et le dérangement a un effet analyseur. Ces pratiques de dérangement ont même été utilisées en tant que telles par Lapassade pour bousculer les habitudes sur les terrains et provoquer un sens nouveau. Lourau explique que ces dérangements peuvent être « banals, voire '' insignifiants '' » (Lourau, 1997, p 30).

« Lorsqu'on parle d'une clinique d'orientation psychanalytique, le sujet auprès duquel nous nous penchons, que ce soit pour la recherche ou pour l'accompagnement, est avant tout un sujet aux prises avec son psychisme inconscient au sens de Sigmund Freud, c'est-à-dire au sens de la psychanalyse. Le sujet, c'est celui de l'inconscient, celui qui a un appareil psychique, avec ses diverses instances, sa charge pulsionnelle, ses fantasmes, ses mécanismes propres » (Blanchard-Laville, 2013). Ainsi, il est affirmé dans les recherches de ladite orientation psychanalytique en sciences de l'éducation qu'« aucune méthode n'est neutre ou '' objective'', car le chercheur travaille sur '' l'appareil psychique '' (Freud, 1900) d'autres sujets, avec le filtre obligé du sien » (Pechberty, 2003, p 270) .

Concept majeur, le transfert « désigne en psychanalyse, le processus par lequel les désirs inconscients s'actualisent sur certains objets dans le cadre d'un certain type de relation établit

avec eux et éminemment dans le cadre de la relation analytique. Il s'agit là d'une répétition de prototypes infantiles vécue avec un sentiment d'actualité marqué » (Laplanche et Pontalis, 1967, p.492). Freud le définit comme ceci « Dans chaque traitement analytique, s'instaure, sans aucune intervention du médecin, une relation affective intense du patient à la personne de l'analyste, relation qui ne peut s'expliquer par aucune des circonstances réelles. Elle est de nature positive ou négative, va de l'état amoureux passionnel, pleinement sensuel, jusqu'à l'expression extrême de la révolte, de l'exaspération et de la haine. Cette relation, qu'on appelle, pour faire bref, transfert, prend bientôt la place chez le patient du désir de guérir et devient, tant qu'elle est tendre et modérée, le support de l'influence médicale et le ressort véritable du travail analytique commun » (1925 [1987], p. 70-71). Il écrit « “le transfert, destiné à être le plus grand obstacle à la psychanalyse, devient son plus puissant auxiliaire si on réussit à le deviner chaque fois et à en traduire le sens au malade” » (1935, [2014], p. 88).

« Le maniement du transfert met en tension l'intrapsychique et l'intersubjectif. L'axe de la cure analytique est d'éclairer l'intrapsychique. (...) Le transfert est mouvement, mouvement à l'intérieur de la psyché, mouvement de soi à l'autre, mouvement qui conjugue le présent et le passé pour le re-composer autrement, mouvement enfin qui peut faire advenir ce qui n'a jamais eu lieu, exilé de toute représentation » (Sechaud, 2009, pp. 164-165).

Les phénomènes de transfert consistent pour Meltzer (1984 [1993], p. 47) en des « extériorisations du présent immédiat de la situation interne » et explique que « l'analyste n'a pas à se préoccuper de penser à ce que le patient lui a communiqué, mais avant tout à observer et à attendre de recevoir quelque information du plus profond de son propre psychisme à propos de la signification émotionnelle de la situation » (p 548), c'est cela le contre-transfert. Autrement dit, dans la configuration d'une recherche d'orientation psychanalytique en sciences de l'éducation, il s'agit de prendre en compte « les projections et contre-projections qu'opère l'enquêteur sur la personne interrogée (...) parce que ces projections sont significatives pour la problématique de la recherche » (Memmi, 1999, p.135). Dans son ouvrage *L'observation clinique*, Ciccone (1998, p. 69) précise que la réalité psychique est donc en grande partie inconsciente et en partie consciente. (...) Elle est constituée de perceptions, de représentations, d'objets internes », et n'est observable « qu'à travers ses effets ». Le chercheur va devoir travailler avec sa propre subjectivité, à savoir ses émotions dans leur dimension physiologique, comportementale et affective, ses affects « terme catégoriel groupant tous les aspects subjectifs qualificatifs de la vie émotionnelle au sens large » (Green, 2000, p. 20), et ses ressentis subjectifs.

Gavarini (2007, p 9) nous met en garde : « Car l'enjeu pour tout chercheur ayant une affinité clinique, (...) ce n'est évidemment pas une mise au jour de sa propre problématique ou de ses fantasmes ou représentations, mais bien ce qu'il vient à actualiser, à présentifier, à faire se répéter chez l'autre et dont l'élucidation est un matériau de connaissance précieux ». Comme l'énonce Barus-Michel : « Le chercheur ne chercherait que lui-même. Il est son premier objet de recherche [...] il est aussi destiné au sacrifice et, s'il veut reconnaître l'autre, il lui faudra d'abord passer par lui-même » (Barus-Michel, 1986, p. 108). Pour ce faire, Blanchard-Laville et ses co-auteurs affirment dans la note de synthèse *Recherches cliniques d'orientation psychanalytique dans le champ de l'éducation et de la formation* que « pour prétendre conduire une telle recherche clinique (...) le chercheur se doit de bénéficier a minima d'une expérience personnelle d'un travail d'élaboration psychique d'orientation psychanalytique, sans pour autant avoir nécessairement été engagé préalablement dans une cure psychanalytique » (p. 121). Les chercheurs en socio-clinique institutionnelle ne posent pas ce même préalable d'une « élaboration psychique d'orientation psychanalytique », leur définition de la clinique renvoyant plus largement à ce qu'en écrit Ardoino (1983), la clinique étant d'abord une posture, un type de rapport à l'objet dans lequel la dimension institutionnelle tient une part essentielle.

Mon parcours de formation et mon cheminement professionnel m'autorisent à m'emparer de l'affirmation de Barus-Michel (p 328, 2002) « Un va-et-vient peut s'instaurer entre les références théoriques, la pratique accumulée et l'écoute de l'autre en soi ». Je fais délibérément le choix d'analyser mon contre-transfert en plus de travailler attentivement ma propre implication.

2.4.2. *Connexions entre processus psychiques et logiques sociale*

Le concept d'institution est polysémique, équivoque et problématique (Hess, 2002). À l'origine du concept d'analyse institutionnelle (1962), Lapassade définit en 1971 l'institution comme « "un espace singulier". C'est un lieu clôturé, marqué, un lieu du refoulement libidinal ; un lieu découpé dans l'espace et le temps sociaux ; un lieu soumis à des normes impératives, reflétant en partie les normes sociales de la classe dominante et les accentuant ; un lieu où les modalités d'entrée (et d'appartenance) et de sortie (et d'exclusion) sont nettement définies. Les institutions, ce sont, en ce sens, des établissements, bien délimités dans l'espace social, ce sont aussi des organisations ou des groupements définis par une sélection des membres » (Lapassade, 1971, p. 186). Cette définition qui s'applique d'abord à des établissements et des organisations va s'élargir.

En collaboration avec Lapassade, Lourau va théoriser l'analyse institutionnelle, et l'identifie dans son ouvrage du même nom, à « une méthode qui vise à élucider les rapports réels et non juridiques ou purement subjectifs que nous entretenons avec les institutions » (Lourau, 1970, p. 841), en tentant « de dépasser et la psychosociologie des groupes et la sociologie des organisations en analysant les déterminations cachées des groupes comme des systèmes d'organisation. (Lourau, 1971, p.20).

Il présente l'institution comme une construction dynamique et développe trois moments de l'institution : l'institué, l'instituant et l'institutionnalisation, présents simultanément à chaque instant de l'institution. « L'institution, c'est le processus par lequel naissent des forces sociales instituanes qui finissent souvent par constituer des formes sociales juridiquement codées, fixées, instituées. L'ensemble du processus, c'est l'histoire, succession, interférences, mélange de forces contradictoires travaillant tantôt dans le sens de l'institutionnalisation, tantôt dans le sens de la désinstitutionnalisation. Tantôt dans le sens de l'imposition, du renforcement, du maintien des formes ; tantôt dans le sens de la dissolution, du dépérissement, de la mort des formes » (1978, p. 64).

Partant du postulat que les institutions ne sont jamais directement perceptibles, elles sont « avec nous en tous lieux car nous les transportons dans notre subjectivité même » (Monceau, 2010), l'institution parle à travers nous, tels des « individus ventriloques (...) parce qu'ils l'[l'institution] ont littéralement “dans la peau” » (Lourau, 1969, p. 10), et elle « n'existe qu'avec nous ». Parallèlement, « Sans l'institution, l'homme chute comme une marionnette sans fils ou bien, pour prendre une image différente, comme un corps sans squelette » (Monceau, 2010, p. 14).

Considérant que l'institution est constamment traversée par des contradictions qui impliquent ses acteurs et leurs pratiques, ces mêmes contradictions génèrent chez eux des tensions dont ils doivent s'accommoder. Toute situation, toute pratique, tout psychisme individuel est constamment affronté aux trois moments de l'institution. Lapassade et Lourau expérimentent dans les années soixante-dix, l'examen de ces contradictions, l'analyse de ces tensions par la mise en œuvre d'un dispositif clinique : la socianalyse institutionnelle, visant à produire « un nouveau rapport au savoir, une conscience du non-savoir qui détermine notre action » (Lourau, 1970, p. 18-19). Lapassade *et al.* (1973) propose le terme de « crisanalyse » en instituant une crise dans l'organisation-cliente sur un laps de temps court, l'intervention génère une « rencontre institutionnelle » autogérée, une situation que les participants vont

essayer de dépasser, leur permettant de pratiquer et de s'approprier l'analyse à différents niveaux dans l'ici et maintenant. Hess (1975), dans son ouvrage *La socianalyse* nomme le constat : « Alors que la psychanalyse freudienne valorisait le ''tout dire'', la socianalyse tend vers une valorisation du ''tout faire'' pour mettre à jour l'inconscient politique de nos institutions ».

En rendant « le quotidien étrange, les habitudes interrogeables, les allants de soi bizarres (principe de dérangement). » (Gilon & Ville, 2014, p. 14), le dispositif d'intervention socianalytique produit l'explicitation des implicites, la divulgation des non-dits, et met à jour la manière dont les professionnels se repèrent, résistent ou accompagnent les mouvements institutionnels (Monceau, 2009). La mise en commun des différents regards des acteurs impliqués dans une action ou un problème, le partage des différentes expériences et compréhension, « l'interconnexion et la confrontation de ces savoirs sont sources d'apprentissage, un apprentissage qui ne passe que par le dialogue et l'interaction » (Gilon, & Ville, 2014, p. 66).

Dans un texte intitulé *Pratiques socianalytiques et socio-clinique institutionnelle* (2003), Monceau propose sous le vocable de « socioclinique institutionnelle » une diversité de pratiques socianalytiques : « intervention socianalytique, recherche-action, analyse institutionnelle des pratiques et enquête participation », réunissant huit caractéristiques : le travail de la commande et des demandes, la participation des sujets concernés à et par la recherche, le travail des analyseurs, l'analyse des transformations au fur et à mesure du déroulé de la recherche, les modalités de restitution, l'analyse des implications primaires et secondaires du chercheur et des autres participants, la visée de production de connaissances et l'attention portée aux contextes et interférences institutionnelles (Monceau, 2005).

Les psychanalystes s'intéressent aussi au concept d'institution, pour Kaës (1988, p. 8) « L'institution est l'ensemble des formes et des structures sociales instituées par la loi et par la coutume : l'institution règle nos rapports, elle nous préexiste et s'impose à nous, elle s'inscrit dans la permanence ». Fustier (1987, p. 135) propose « une lecture de l'institution à partir d'un système à trois niveaux : une superstructure, qui permet d'observer un fonctionnement du quotidien, et qui s'origine à deux étages différents. Au niveau de l'infrastructure, des organisateurs psychiques infléchissent, donnent couleur et sens à la vie institutionnelle. Au niveau intermédiaire, une zone ''idéologico-théorique'' capte les courants de pensées, les

théories et les idéologies venus de l'extérieur, les transforme en argumentaire et constitue les "raisons" pour lesquelles tel ou tel type de fonctionnement a été choisi. »

En liant l'individu à l'institution Bleger (1979, p. 257) explique que « toute institution est une partie de la personnalité de l'individu », et Rouchy (2008) montre le lien entre psychanalyse et psychosociologie en affirmant que « L'individu ne peut être considéré indépendamment des groupes dans lesquels il est inséré, ou d'où il provient » (p. 54). Kaës (1987) ajoute « qu'une part de nous-même ne nous appartient pas en propre », et nomme une certaine « surdétermination » en affirmant que l'institution nous structure et que nous contractons avec elle des rapports qui soutiennent notre identité.

La notion de groupalité psychique élaborée par Kaës (1976) à partir de ses recherches sur les organisateurs inconscients dans les groupes, permet de penser le groupe comme une entité psychique spécifique (Kaës, 2014), ayant un imaginaire groupal (Anzieu, 1975), et d'autres processus imaginaires sous-tendus comme l'illusion groupale (Anzieu, 1971).

Kaës (2010) explique que « la situation groupale met en travail les rapports que le sujet entretient avec ses propres objets inconscients, mais aussi avec les objets inconscients des autres, avec les objets communs et partagés qui sont déjà là, hérités, et avec ceux qui se présentent et se construisent dans la situation de groupe » (p 23). Cette définition du groupe implique qu'une attention particulière doit être portée à ce qui se dit et à ce qui se passe dans le groupe, car au-delà du récit de la séance, des processus imaginaires donnent sens à ce récit. Kaës insiste sur les alliances inconscientes liant chacun à l'institution et participant à la structuration de la vie psychique de chaque individu. Dans son ouvrage *L'institution et les institutions*, il en décrit deux : le contrat narcissique et le pacte dénégatif.

Pour définir le contrat narcissique, Kaës (2002) s'appuie sur les recherches de Castoriadis-Aulagnier (1975) qui le situe « au fondement de tout possible rapport sujet-société, individu-ensemble, discours singulier-référent culturel » (p. 22), tel un contrat de filiation. Il « correspond à l'attribution à chacun d'une place déterminée dans le groupe et indiquée par les voix qui ont tenu, avant l'apparition du nouveau venu, un discours conforme au mythe fondateur du groupe. Ce discours, qui contient les idéaux et les valeurs du groupe et qui transmet la culture de celui-ci, doit être repris à son compte par chaque sujet. C'est par ce discours et par cet investissement narcissique qu'il est relié à l'Ancêtre fondateur » (p. 101). L'individu est un membre d'une chaîne intergénérationnelle qui assure la transmission de la continuité de la vie

psychique des générations. Winnicott explique que cette continuité est assurée par l'héritage culturel. « C'est par la culture que s'articulent le code psychique personnel (structure des identifications, des fantasmes personnels, des relations d'objet, des systèmes défensifs) et le code social (système de pensée, valeur, rapport de sociabilité, mentalité) » (Winnicott, 1971, p. 25).

La deuxième alliance inconsciente est le pacte dénégatif, il est un accord inconscient consistant en un ensemble de mécanismes défensifs, conçu pour « que le lien s'organise et se maintienne dans la complémentarité des intérêts de ses sujets » et « que soit assurée la continuité des investissements et des bénéfices liés à la subsistance de la fonction de l'Idéal et du contrat narcissique » (Kaës, 1993). Il constitue pour Kaës (2016), une « méta-défense » disposant de « deux polarités : l'une organisatrice et l'autre défensive », s'organisant selon « une double valence » « positivement sur des investissements mutuels, sur des identifications communes » insistant sur l'importance de la fonction identifiante du groupe, et « négativement sur une communauté de renoncements et sacrifices », maintenant le sujet « étranger de sa propre histoire » (p. 40), insistant sur les deux dimensions paradoxales de la construction du sujet : entre dynamisme et déterminisme.

Dimension groupale et problématique individuelle, il s'agit de penser le groupe et de se penser en groupe avec les autres participants, sans opposer individu et groupe. En affirmant que le groupe est un espace « transitionnel » entre l'individu et le social, Mellier (2000) argumente que le niveau institutionnel doit être considéré comme une complexification du niveau groupal, « Si l'individu appareille sa propre psyché en constituant avec d'autres un groupe, en institution il faut considérer que ses multiples "appareillages" dépendent de l'histoire des liens institués dans cette institution » (Mellier, 2005, p. 100).

Il s'agit de faire des allers-retours entre mes propres choix enchevêtrant énoncé descriptif, impressions, ressentis, et associations d'idées, c'est à dire ma propre subjectivité et, l'observation du groupe : les productions du groupe, les interactions dans le groupe, le verbal et non verbal. Il est question de réfléchir à partir des verbatims des séances de recherche collective, de regarder les séances sous l'angle de l'expérimentation du groupe et du dispositif, et de reconsidérer le dispositif méthodologique dans l'après coup.

Il est intéressant de considérer ce qu'explique Rouchy à partir de sa pratique psychanalytique de groupe et d'intervention en institution, « s'il s'agit d'un nouveau groupe, il

(l'analyste) imagine dans l'anticipation les rapports qui pourraient se développer entre les patients qu'il va faire se rencontrer : le psychanalyste rêve le groupe. Dans tous les cas, ces représentations imaginaires participent de sa propre histoire – de même que le dispositif de travail qu'il adopte –, et situent le *groupe comme objet imaginaire* pour lui comme pour les patients » (Rouchy, 2006, p10), une construction imaginaire antérieure même au groupe, « une construction imaginaire dans un mouvement pré-transférentiel à un groupe » (Benghozi, 2006, p26).

Ces clarifications conceptuelles font apparaître des conceptions différentes entre mes deux orientations théoriques mais aussi au sein de chacune d'elles. Mon objectif n'est pas de les concilier ou d'en produire une synthèse. C'est au contraire l'hétérogénéité de ces propositions théoriques qui me permet de travailler mon objet de recherche sans le réduire à l'une de ses dimensions.

Chapitre 3 : Le recueil de données : une méthodologie plurielle

« Les dispositifs de recherche mis en œuvre doivent permettre l'expression de la subjectivité individuelle et être suffisamment en prise sur l'actualité institutionnelle pour que l'analyse des rapports entre ces deux dimensions soit possible » (Monceau, 2009, p. 2). Une diversité ou diversification des dispositifs m'a semblé appropriée pour rendre compte de la complexité de la réalité. Ce sont ces différents dispositifs de production de données qui seront successivement présentés dans ce chapitre. Les données empiriques ainsi produites seront analysées en rapport avec les données socio-historiques restituées en première partie.

1. Le corpus documentaire de la réingénierie des études infirmières

Les textes officiels (textes réglementaires et législatifs) répertoriés dans le tableau ci-dessous sont catégorisés par sujet traité : dans un premier temps, les textes concernant le fonctionnement, l'organisation et la gouvernance des instituts de formation, puis ceux concernant l'obtention et la délivrance du grade licence, et enfin, ceux référençant la formation en soins infirmiers, à savoir l'intégralité des référentiels inhérents à la réingénierie des études de 2009. Des extraits des référentiels 2009 (activités, compétence et formation), et du portfolio sont mis en annexe de cette recherche afin de permettre une meilleure appréhension de l'organisation et du contenu de la formation infirmière.

	Informations principales	Textes de référence	Consultable dans la thèse
FONCTIONNEMENT DES INSTITUTS DE FORMATION	<p>Compétences respectives de l'État et de la région</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'Etat fixe les conditions d'accès aux formations des professionnels - Le représentant de l'Etat dans la région contrôle le suivi des programmes et la qualité de la formation - Autorisations et agréments - Charge du fonctionnement et de l'équipement des écoles et instituts <p>Personnes autorisées à exercer la profession.</p> <p>« Dans le cadre d'un rapprochement d'un institut de formation avec une université disposant d'une composante santé » Gouvernance des instituts IFSI, IFAS (responsabilité et composition des instances compétentes, droits et obligations des étudiants)</p>	<p>Articles L4383-1 à L4383-6 du <u>code de la santé publique</u>²³⁴</p> <p>Articles R4383-2 à R4383-5 du <u>code de la santé publique</u></p> <p><u>Arrêté du 21 avril 2007</u>²³⁵ relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formations paramédicaux</p>	

²³⁴ Consultable sur https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/JORFARTI000001285058/

²³⁵ Consultable sur <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000277377/>

<p>MODIFICATIONS FONCTIONNEMENT</p>	<p>Regroupements d'IFSI sous de forme de groupement de coopération sanitaire (GCS). Autorité et responsabilité du directeur d'IFSI</p> <p>Intégration du diplôme d'Etat d'infirmier dans le processus LMD. Regroupement des IFSI aux fins de passer convention avec les universités et les régions avant le 30 juin 2010.</p> <p>Droits des étudiants</p> <p>- La gouvernance des instituts : création d'une instance compétente pour les orientations générales de l'institut, ses</p>	<p><u>Arrêté du 31 juillet 2009</u> relatif aux autorisations des instituts de formation préparant aux diplômes d'infirmier, (...) et aux agréments de leur directeur</p> <p><u>Circulaire interministérielle du 9 juillet 2009</u>²³⁶ 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)</p> <p><u>Circulaire interministérielle du 9 juillet 2009</u> relative à la situation des étudiants inscrits dans les instituts de formation paramédicaux au regard du bénéfice des prestations des œuvres universitaires²³⁷</p> <p><u>Arrêté du 17 avril 2018</u> modifiant l'arrêté du 21 avril</p>	
---	---	--	--

²³⁶ Consultable sur https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2009/09-08/ste_20090008_0100_0105.pdf

²³⁷ Consultable sur https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2009/09-08/ste_20090008_0100_0106.pdf

<p>DERNIERES MODIFICATIONS (Intégration à l'Université, rapprochement sanitaire et social, titre et mission des professionnels IFSI)</p>	<p>trois sections, et sa liste de membres en fonction des situations traitées.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le droit des étudiants en lien avec l'accélération de la démocratie étudiante <p>Suppression du concours. Entrée en IFSI par ParcoursSup.</p> <p>Dernières modifications</p> <ul style="list-style-type: none"> - Missions et organisation des instituts et écoles de formation : liens avec l'université et autres possibles regroupements d'instituts de formation [Article 3 : « Les relations entre cet institut ou école de formation et la (ou les) université(s) peuvent prendre la forme d'une intégration pédagogique de la formation, ainsi que fonctionnelle ou structurelle de l'institut ou école de formation à l'université »]. - Organisation des stages par les instituts et écoles de formation : Rappel de l'ouverture des possibilités de stages sur les structures extrahospitalières et établissements médico-sociaux. 	<p>2007 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux²³⁸</p> <p><u>Arrêté du 13 décembre 2018</u> modifiant l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier²³⁹</p> <p><u>Arrêté du 10 juin 2021</u> portant dispositions relatives aux autorisations des instituts et écoles de formation paramédicale et à l'agrément de leur directeur en application des articles R²⁴⁰. 4383-2 et R. 4383-4 du code de la santé publique</p>	
--	---	---	--

²³⁸ Consultable sur <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000036819285/>

²³⁹ Consultable sur <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGIARTI000037817560/2018-12-16#LEGIARTI000037817560>

²⁴⁰ Consultable sur <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000043646111>

	<ul style="list-style-type: none"> - Encadrement, équipe pédagogique et personnels des instituts de formation : <ul style="list-style-type: none"> ○ Titres, missions et responsabilités du directeur d'institut [Article 9 : « il est recommandé que le titre requis soit spécifique à celui de la formation délivrée ».] ○ Composition de l'équipe pédagogique [Article 13 : « les formateurs permanents infirmiers sont titulaires du diplôme d'Etat d'infirmier »] - Procédure d'autorisation des instituts de formation 		
GRADE LICENCE	<ul style="list-style-type: none"> - Le grade de licence est conféré de plein droit aux titulaires du diplôme d'Etat infirmier. - Délivrance du grade de licence 	<p><u>Décret du 23 septembre 2010²⁴¹</u> relatif à la délivrance du grade de licence aux titulaires de certains titres ou diplômes relevant du livre III de la quatrième partie du code de la santé publique</p> <p><u>Code de l'éducation²⁴²</u> (Article D. 636-69 à D. 636-72) Modifié par <u>Décret n°2016-21 du 14 janvier 2016</u></p>	

²⁴¹ Consultable sur <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000022851331/>

²⁴² Consultable sur <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGITEXT000006071191/>

<p>PROGRAMME DE FORMATION.</p>	<p>Conditions de délivrance du diplôme d'Etat Et intégralité des référentiels et le portfolio.</p> <p><u>Référentiel d'activités (pp. 258 à 265).</u> Définition de l'infirmier(e), de l'exercice de la profession, la définition des soins infirmiers, et des 4 missions du métier. Puis les activités infirmières sont présentés en 9 regroupements d'activités, eux-mêmes déclinés en sous chapitres, puis en un listing actes s'inscrivant dans la réglementation figurant au CSP.</p> <p><u>Référentiel de compétences (pp. 266 à 274).</u> Présentation des 10 compétences devant être maîtrisées par l'infirmier(e) et attestées par le diplôme. Chaque compétence fait l'objet d'une déclinaison en termes de capacités, puis de critères d'évaluation, eux-mêmes déclinés en indicateurs (sous signes visibles observables).</p> <p><u>Référentiel de formation (pp. 275 à 284).</u> Présentation et déclinaison des « finalités, des principes pédagogiques (posture réflexive, posture pédagogique et les principes d'évaluation et de validation), de la durée de la formation, l'attribution des crédits européens, formation théorique (modalités d'enseignement, définition des unités d'enseignement, d'intégration et leur liaison avec les</p>	<p><u>Arrêté du 31 juillet 2009</u> relatif au diplôme d'Etat d'infirmier²⁴⁴ Et Annexes de I à VII</p> <p>Annexe I</p> <p>Annexe II</p> <p>Annexe III</p>	<p>Annexe n° 1 de la thèse</p> <p>Annexe n°2 de la thèse</p> <p>Annexe n°3 de la thèse</p>
--------------------------------	---	--	--

²⁴⁴ Consultable sur <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000020961044/>

	<p>compétences, les études de situations dans l'apprentissage) et clinique en stage (les modalités pédagogiques, les objectifs, les différents acteurs, leur durée, répartition, et critères de qualification et d'agrément, les évaluations de compétences) ».</p> <p><u>Maquette de formation (pp. 285 à 288).</u> Tableau à double entrée récapitulant l'intitulé de chacune des unités d'enseignement, le nombre d'heures d'enseignement s'y afférant en cours magistraux et en TD, et le nombre d'ECTS obtenus à la validation des dites UE, et ce, pour chacun des 6 semestres de la formation.</p> <p><u>Présentation des unités d'enseignement (pp. 289 à 343).</u> Chacune des UE fait l'objet d'une présentation en tableau dans lequel sont passés en revue son domaine d'enseignement, le semestre auquel s'effectue les enseignements et leur déclinaison en CM/ TD et temps personnel hypothétique pour l'appropriation des contenus. Puis, ses prérequis, objectifs, éléments de contenus, les recommandations pédagogiques, ainsi que les modalités et critères d'évaluation.</p> <p><u>Portfolio²⁴³ (pp. 344 à 383).</u> La version en vigueur du portfolio, son mode d'emploi et l'intégralité de son contenu (fiche de bilan, de synthèse</p>	<p>Annexe IV</p> <p>Annexe V</p> <p>Annexe VI</p>	<p>Annexe n°4 de la thèse</p>
--	--	---	-------------------------------

²⁴³ « Article 55 : Le portfolio prévu à l'annexe VI comporte des éléments inscrits par l'étudiant et par les personnes responsables de l'encadrement en stage, tuteur ou maître de stage. A l'issue de chaque stage, les responsables de l'encadrement évaluent les acquisitions des éléments de chacune des compétences sur la base des critères et indicateurs notifiés dans le portfolio » (p. 255)

	<p>d'acquisition des éléments de compétences, des actes, activités et techniques de soins, de présentation du parcours de stage)</p> <p><u>Supplément de formation au Diplôme d'Etat d'infirmier</u></p>	Annexe VII	
MODIFICATION PORTFOLIO	<p>L'annexe III « Référentiel de formation » est modifiée, de nouvelles « modalités pédagogiques » apparaissent « les enseignements à distance » et « le travail en situation simulée ».</p> <p>Une nouvelle version du portfolio est mise en annexe VI.</p>	<p><u>Arrêté du 26 septembre 2014</u>²⁴⁵ modifiant l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier</p>	Annexe n°5 de la thèse
FORMATIONS DES TUTEURS DE STAGE	<p>Cahier des charges national de formation au tutorat de stagiaires paramédicaux : les critères d'un stage qualifiant et professionnalisant, le rappel des missions et rôles des acteurs, les prérequis nécessaires à la mission de tuteur de stage, les quatre compétences requises, et le contenu et l'organisation de la formation au tutorat</p>	<p><u>Instruction du 4 novembre 2016</u> relative à la formation des tuteurs de stages paramédicaux²⁴⁶</p>	
MODIFICATION FORMATION	<p>Service sanitaire par les étudiants de formation de santé. Contribution à la promotion de la santé, notamment à la prévention, en pluri-professionnalité.</p>	<p><u>Décret n° 2018-472 du 12 juin 2018</u>²⁴⁷ relatif au service sanitaire des étudiants en santé</p>	

²⁴⁵ Consultable sur <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000029527714>

²⁴⁶ Consultable sur <https://www.legifrance.gouv.fr/circulaire/id/41479>

²⁴⁷ Consultable sur <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000037051024>

ATTENDUS ET CRITÈRES NATIONAUX	Les connaissances et compétences attendues pour la réussite dans la formation conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier sont définies nationalement	<u>Arrêté du 3 janvier 2019</u> ²⁴⁸ relatif au cadre national sur les attendus de la formation conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier	
-----------------------------------	--	---	--

²⁴⁸ Consultable sur <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000037952958/>

2. L'observation de la quotidienneté : un corpus d'expérimentations hétérogènes

2.1. Les différentes formes d'observation

Voir, regarder, observer. Comme tout praticien-chercheur, je suis immergée au quotidien dans mon terrain de recherche. Je peux qualifier mon observation de directe en la définissant comme suit : « l'observateur s'intéresse à une situation où il se trouve en relation plus ou moins explicite avec le(s) sujet(s) observé(s). Pour l'appréhension de cette situation, il procède à un recueil de données portant sur un certain nombre de composantes du contexte et sur des informations relatives aux comportements et au processus vécus » (Kohn & Nègre, 1991, p105) ... une observation en situation, dans laquelle je suis présente physiquement et pour laquelle je recueille les informations. Dans leur ouvrage *Les voies de l'observation*, ces auteurs affirment que « Les habitudes perceptives assurent avant tout un état d'équilibre stable entre la vision du monde, le positionnement comme acteur en situation et le mode de relation à l'autre. [...] C'est parce que le système est efficace qu'il échappe à la conscience des acteurs, qui le vivent comme un signe d'évidence » (p 23), quoique « naturelle » la perception de la « réalité » est systématiquement interprétation.

L'observation est à la fois une action, une méthode et des données recueillies. « Les observations produites permettent d'apprendre des choses à propos des observés, en même temps que, matériaux d'un ''méta-regard'', elles éclairent l'observateur et les conditions de son observation » (Kohn, 1997, p. 133). Il s'agit en quelque sorte de se regarder en train de faire, en train d'observer, et d'être attentive à l'effet/aux effets que cette observation produit en moi et dans la situation observée.

« Un travail sur l'observation comporte une sensibilisation à soi-même observateur, à soi-même observé. En tant qu'observateur, ne pouvant pas tout voir, qu'est-ce que je relève et qu'est-ce qui m'échappe ? Pourquoi ces choses-là plutôt que d'autres ? Observé qu'est-ce que je cherche à mettre en avant ou à cacher ? Observé ou observateur, est-ce que je suis à l'aise dans cette place et à quoi tient ma réaction ? » (Kohn, 1984). Comme l'exprime cet auteur, ces effets ne sont plus des « biais » de la recherche, mais des analyseurs à étudier dans le contexte précis et unique, éclairant la dynamique des participants, du groupe et de/des institution(s). Observateur/observé, je suis tantôt en position d'observateur, tantôt observé parmi les autres, le « dehors/dedans étant deux manières d'éprouvé quelque chose » (Devereux, 1980, p. 441), d'où la nécessité de mener un travail d'analyse de mes implications personnelles et

professionnelles autorisant la démarche de « défamiliarisation » du terrain (Kohn, Nègre, 2003, p. 123).

Le psychanalyste Ciccone (2014, p. 68) propose de limiter la saturation subjective des éléments observés lors de l'observation clinique, en orientant le travail de distanciation sur la réalité psychique non observable en soi. « Elle est reconstruite à partir de l'observation de ses effets : les signes, les symptômes, le langage, les messages verbaux et non verbaux, les comportements, les conduites, les interactions, les productions diverses, etc. » (p. 69). Green fait référence à « l'observation de l'effet de la communication sur nous, de ce qui se produit entre nos impressions affectives, voire corporelles, et notre fonctionnement mental » (1990, p.101-102), c'est-à-dire à l'observation de la « communication par procuration » (2002) particulièrement opérante pour les vécus impensés des sujets observés (Le Roy, 2020).

Mon observation se présente sous plusieurs formes. Elle peut être à découvert ou clandestine. Il est correct d'énoncer que lorsque je nomme l'aspect clandestin de mon observation, il ne s'agit pas là du choix conscient d'une recherche « masquée » ou « déguisée », mais plus d'une « omission », sur laquelle il mérite de s'arrêter. Il peut s'agir de nouveaux arrivants professionnels à qui je n'expose pas systématiquement, tout au moins au début de notre rencontre ma position de praticien-chercheur, et que j'observe au quotidien dans leur prise de poste de formateur, ou dans des situations de travail. Il pouvait aussi s'agir de certains groupes de professionnels infirmiers venant se former au tutorat dans le cadre de la formation continue que je co-animais et co-anime toujours avec un(e) collègue depuis de nombreuses années. J'y reviendrai dans le chapitre suivant. Dans ces cas, ni invisible ni distanciée, c'est une observation participante dans une situation professionnelle « naturelle », c'est-à-dire non provoquée à cet effet, tout en étant consciente que l'observation modifie la situation observée.

Mon observation peut être flottante ou participante. L'observation flottante « consiste à rester en toute circonstance vacant et disponible, à ne pas mobiliser l'attention sur un objet précis, mais à la laisser 'flotter' afin que les informations la pénètrent sans filtre, sans a priori, jusqu'à ce que des points de repères, des convergences apparaissent » (Pétonnet, 1982, p. 39). Mon observation peut aussi se centrer. Dans ce cas, je fais délibérément le choix de la cibler sur ce qui se passe ou se dit dans l'ici et maintenant de la situation. Il existe ce que je nommerais un élément déclenchant, même minime. Je suis interpellée par un discours, une interaction ou un comportement, je suis « traversée » par une sensation de malaise diffus un dérangement, un étonnement... un « signal » qui m'évoque qu'« *il y a quelque chose à voir* ». Ciccone (2014, p.

66) relève particulièrement ce qualificatif lorsqu'il parle d'« observation clinique attentive » en tant que méthode pour se saisir de la clinique, en précisant que « On est attentif avec tous les sens. Un aveugle peut tout à fait observer avec attention la réalité ».

Les données sont recueillies soit directement par prise de notes, soit par mémorisation et retranscription directement après l'observation. Il est évident que les observations retenues dans ce travail sont des constructions interprétatives de la réalité. J'ai fait le choix de garder certains contenus et de les présenter sous forme de « vignettes cliniques ». Je les rédige en ayant en tête la question suivante : « *qu'est-ce- que cette situation m'a appris d'intéressant sur la sidération et que je pourrais échanger avec d'autres ?* ». Elles traduisent très succinctement la situation et son contexte, et reviennent sur mon savoir d'expérience associé.

2.2. Les notes de recherche

Avec la première recherche, s'est imposée l'idée du journal de recherche, tel que présenté dans les cours de méthodologie de recherche. Ardoino (1990, p. 6) explique que « la première utilité d'un tel matériel : constituer une mémoire pour le chercheur lui-même, une chronique de ses interrogations, des difficultés rencontrées sur le terrain (voire d'aucuns l'ont justement montré, anticiper, à l'occasion, le deuil du terrain, avec tout le déchirement que cela supposera, au moment de conclure la recherche), à d'autres usages ». Ou encore Weigand et Hess (2007, p. 213) le qualifie d'« outil efficace pour celui qui veut comprendre sa pratique, la réfléchir, l'organiser, la changer, la rendre cohérente avec ses idées. L'objectif du journal est de garder une mémoire, pour soi-même ou pour les autres, d'une pensée qui se forme au quotidien dans la succession des observations et des réflexions » (Weigand & Hess, 2007, p. 213).

L'intérêt de l'exercice est indéniable, cependant je n'ai jamais pu m'astreindre à la rigueur demandée d'une écriture diariste, voire même régulière.

Si je dois définir mes notes, elles sont en vrac, tous azimuts, à la volée, dans le coup... dans l'immédiateté ou à distance... Des prises de notes, systématiquement dactylographiées, que l'on pourrait considérer comme anarchiques. Dans la lignée du « journal des moments » (Hess, 2003), et avec un brin d'humour, je pourrais parler qu'il s'agit d'un carnet de voyage au pays de la recherche, si ce n'est qu'il est dactylographié et accumulé dans divers fichiers d'ordinateur.

On y trouve de la description. Des descriptifs de situations déstabilisantes à effet de sidération sur les acteurs et/ou sur moi, ou sur lesquelles intuitivement j'y associe quelque chose de l'ordre du non-sens et/ou du paradoxe et/ou de « l'inquiétante étrangeté ». Certaines notes sont « prises sur le vif », pendant les séances de formation tutorale, lors de réunions d'équipe ou d'échanges informels avec les formateurs. Elles sont écrites en brouillon sur un coin de feuille pour ne pas les oublier, et sont dactylographiées en y rajoutant les détails dont je me souviens à distance, je les utilise souvent comme « vignettes cliniques » illustratives.

Il y figure des commentaires, des impressions, des ressentis, des jugements dénotant d'un manque de recul, des associations d'idées, souvent assorties du commentaire « *ATTENTION : ne pas oublier !* »... Une liberté de pensée et d'écriture éloignée des critères académiques... un petit moment d'émancipation.

Ces écrits peuvent rester en l'état ou servir de base à une réflexion. « Un matériau descriptif représente pour un chercheur une assise solide et sécurisante ; mais un matériau ne parle pas de lui-même, et si l'on souhaite en faire un examen plus analytique, une plongée doit être consentie » (Berger & Paillé, 2011, p. 70). De fait, les mêmes descriptifs sont revus annotés en fonction de mes compréhensions du moment... essais de sens, transposition. Cela devient un outil fonctionnel. Lecture, relecture et ainsi de suite, certains documents sont surlignés de différentes couleurs, ré-annotés différemment en marge, et prennent de « l'épaisseur », sorte de capitalisation rendant compte du temps écoulé, proche de l'« analyse en mode écriture » (Paillé & Mucchielli, 2008). Cela devient un outil « de formation de soi-même » ou « d'émancipation intérieure » (Hess *et al.*, 2016), décrit par cet auteur comme « extime » (Hess, 2012), non intime c'est-à-dire partageable.

Peuvent être présentes dans ces fichiers, les retranscriptions des contenus de séances travaillées avec ma co-encadrante, d'entretiens de guidance avec mon directeur de thèse, que je fais évoluer en les enrichissant de mes commentaires, suggestions et annotations à propos de lectures faites ou à faire, des savoirs construits à partir des dispositifs, des bribes d'interprétation... que je « re-soumets » à validation à d'autres moments de la recherche

Peuvent aussi être consignés des fragments d'articles et d'extraits d'ouvrages illustrés d'annotations rendant compte de mes réactions aux lectures ou d'un dialogue entre les données et moi-même associé à mes préoccupations du moment. Cette traçabilité que je relis, et réinterroge régulièrement me donne une impression de sécurité. Je balise mes préférences du

moment, mon cheminement réflexif...déconstruction, reconstruction, tout participe d'un travail d'appropriation.

La question du temps dans la recherche chez le praticien-chercheur se pose, la relecture de ces écrits m'autorise certaines fois « à penser, à se repenser dans la recherche » (Mutuale, 2017, p. 238) et me remet dans une certaine dynamique quand j'oublie.

Ils me sont nécessaires pour ranger, et peuvent être partagé avec d'autres ou rendre compte de mes avancées dans la réflexion.

2.3. Les formations-interventions sur la formation tutorale à destination des professionnels de terrain.

Amorcé lors du master professionnel, ce dispositif de recherche-intervention (Monceau, 2016, 2017), a pris forme, dans un contexte de fortes tensions et de résistances liées à la mise en œuvre du référentiel de formation 2009.

« Le terme "intervention" sert à désigner [...] un type d'activités hybride empruntant à la fois à des pratiques de recherche – les enquêtes en sciences sociales et humaines – à des pratiques de formation principalement les méthodes de formation psychosociale – à des pratiques de débat social dont les formes peuvent se révéler multiples » (Fablet, 2004, p. 4), la distinction entre intervention et recherche portant sur la visée, « "intervenir" renvoie davantage à des savoirs d'action qu'à des savoirs théoriques » (p. 5). La dénomination de recherche-intervention convient lorsque « le chercheur n'est plus seulement observateur d'un phénomène, mais il intervient dans l'action, dans la recherche et dans la formation des participants » (Dolbec & Prud'Homme, 2009). Il s'agit d'une démarche d'investigation particulière, la position du chercheur est utilisée pour co-produire des connaissances depuis l'intérieur, l'effort de compréhension s'applique à tous les participants, une production de connaissances se fait en interaction avec le groupe, la compréhension commune d'une réalité permet de la transformer. « Cette démarche n'est pas prisonnière de protocoles étroits, mais s'appuie sur des caractéristiques qui déterminent son rapport aux sujets et aux objets » (Monceau, 2018, p.166). Dans l'ouvrage collectif intitulé : *Enquêter ou intervenir ? Effets de la recherche socio-clinique*, Monceau partage le constat suivant : lorsque le chercheur mène l'enquête auprès de sujets quel que soit le terrain, il provoque d'emblée des effets sur ces terrains, ce qui produit une intervention, une transformation, des changements ne serait-ce que par la présence physique de chercheur(s).

L'ensemble de cette recherche rentre dans la dénomination de « recherche-intervention », le terme de « formation-intervention » (Monceau, 2014, p. 137) sera utilisé pour qualifier le dispositif permettant de rapporter les discours des professionnels de terrain devenus tuteurs de stage. Monceau insiste sur le dilemme dans lequel se trouve le formateur-intervenant : « soit il traite la commande comme impérative au risque de confondre formation et manipulation, soit il fait de cette commande un objet d'analyse par les formés au risque d'entrer en conflit avec le commanditaire » (idem, p. 139). Le travail d'analyse des implications dans ce dispositif aide « à mieux comprendre le pourquoi de certaines constructions, découpages, ... que les acteurs font de leurs réalités et aussi du pourquoi de l'existence des points aveugles. » (Sada, Soliveres, 1997/1998, p. 99). Cela équivaut à « analyser l'institution de la socianalyse dans l'établissement où se déroule l'intervention. » (Gilon & Ville, 2014, p. 22), socianalyse, pouvant « se décrire simplement comme une assemblée qui va s'attacher à examiner qui, pourquoi et comment on a fait venir des socianalystes, et qu'elle utilise le concept d'institution dans son acception dynamique, au sens premier du mot, c'est-à-dire l'action d'instituer. Son centre d'intérêt, c'est le mouvement. » (p. 16).

Le commanditaire finançant la formation continue est le centre hospitalier adossé à l'institut de formation dans lequel se déroule l'accueil des participants. Rappelons que comme le précise le code de Santé Publique²⁴⁹, le professionnel infirmier est tenu d'organiser et de participer à l'encadrement des stagiaires en formation. La réforme des études infirmières de 2009 en énonçant une organisation et des rôles bien définis dévolus aux infirmiers responsables de l'encadrement des étudiants en soins infirmiers en stage, recommande aux instituts de formation de participer à la formation de ces nouveaux acteurs de l'alternance que sont les tuteurs de stage.

Dans le contexte d'émergence de la démocratie étudiante, l'instruction de 2016²⁵⁰ assimile la qualité de l'accompagnement en stage à la professionnalisation du tuteur, et impose « un cahier des charges national définissant en particulier les compétences requises pour exercer les fonctions de tuteur de stage, les contenus fondamentaux de la formation au tutorat ainsi qu'une durée minimale de formation » (p. 2) argumentant l'harmonisation de la formation tutorale sur l'ensemble du territoire. Ce dispositif est pensé par le commanditaire dans une visée

²⁴⁹ Article R 4311-15 (2) du décret 2004-802

²⁵⁰ Instruction no DGOS/RH1/2016/330 du 4 novembre 2016 relative à la formation des tuteurs de stages paramédicaux. BO Santé – Protection sociale – Solidarité no 2016/12 du 15 janvier 2017,

« gestionnaire, opérationnelle et prescriptive du changement » (Bedin, 2013) inhérente à la réingénierie infirmière.

L'étude s'est déroulée successivement de février 2010 à juin 2020 dans deux instituts de formation franciliens proposant des séquences co-animées (un ou une collègue cadre – formateur et moi-même) de formation continue à destination des professionnels infirmiers hospitaliers accueillants des étudiants en soins infirmiers en stage, et vise à comprendre le rôle et les missions du tuteur dans un contexte de mutation et de complexification des services hospitaliers. Les observations se répartissent comme suit : 6 séquences de formation de février 2010 à octobre 2011, concernant le premier IFSI, chacune des séquences est composée de 3 jours (horaire de 9h à 17h) consécutifs, puis 2 jours posés à distance (délai entre un mois et demi et deux mois entre les 2 temps de formation). Pour le second IFSI, les séquences se répartissent de septembre 2013 à octobre 2020, au rythme moyen d'une séquence par an, dans la même configuration de séquence que celle venant d'être décrite jusqu'en 2016, puis réorganisées en conformité avec l'instruction 2016, en deux fois deux jours espacés d'un temps d'un mois et demi. Elles se déroulent dans l'une des salles de cours de l'IFSI réaménagée pour favoriser les débats. Le changement de lieu est exclusivement lié à mon propre changement d'employeur (mutation du premier IFSI au second).

Le nombre de participants a varié de 6 à 16 selon les séquences, en fonction des possibilités de détachement des services de soins laissées au choix des cadres de santé des dits-services. Il est à préciser que cette formation est proposée au catalogue de formation de l'institution hospitalière, et que l'inscription se fait sur la base du volontariat après accord des cadres de service, gestionnaire des effectifs dans les services de soins. Certaines séquences ont dû être annulées, un décalage massif étant identifié le premier jour de la formation entre le nombre de participants inscrits sur le document de la formation continue, le nombre de participants « prévenus » de leur inscription, et le nombre de présents le jour même.

Les participants sont tous infirmiers et peuvent se connaître pour certains (collègues ou étudiants d'une même promotion d'infirmier(e)s), ou encore connaître le binôme d'animateurs pour avoir été formés par l'un d'entre eux ou par les deux dans le cadre de la formation initiale. Le temps de carrière dans la profession varie de 2 à 16 ans, avec une proportion récurrente de jeunes diplômés plus grande dans chacun des groupes. Depuis, 2014, certains participants ont été formés et accompagnés au diplôme d'état dans les conditions prévues par le référentiel de formation 2009, ils sont les premiers à justifier de leur présence par un discours que l'on

allouerait plus facilement aux plus anciens « *je n'ai pas été formé comme ça* », « *ça a changé depuis que j'ai été formé* ».

Une précision semble importante à apporter, je n'ai pas toujours eu le même statut sur l'intégralité de cette étude. J'ai eu la « double casquette officielle » lorsque ces séquences de formation se déroulaient parallèlement à mon cursus universitaire, et le « statut unique » de formateur entre les deux masters. J'ai précisé aussi dans le paragraphe sur l'observation, qu'il m'est arrivé de ne pas me présenter comme praticien-chercheur au groupe de formation.

En première intention, ces séances étaient construites en conformité avec les prescriptions du texte, puis le contenu didactique pensé a fait place à une non-directivité « rogérienne », ouvrant un espace de parole dans lequel les participants travaillaient sur leurs représentations de la fonction du tuteur, et réfléchissaient leurs pratiques tutorales. La mise en œuvre s'est orientée vers une expérimentation commune d'un dispositif d'accompagnement à la fonction tutorale. Les savoirs existants des professionnels de terrain (encadrement des stagiaires, expertise des soins infirmiers) ont servi de base à une réflexion commune. Cette mise en réflexivité de tous les membres du groupe (co-animateurs y compris) a permis un changement des représentations antérieures et une appropriation de la logique compétence en situation de travail infirmier. Éprouver par soi-même cette nouvelle situation d'apprentissage a permis un déplacement de posture des participants. « Entrer dans la lecture qu'un autre fait de la réalité, entrer dans la peau d'un autre, voir par ses yeux est une forte contrainte. Inhabituelle, cette contrainte pèse sur l'intervenant ou sur le chercheur qui doit renoncer à sa vision des choses, autrement dit abandonner sa lecture pour aider une autre personne à développer la sienne. » (Gilon & Ville, idid, p. 84). Les co-animateurs se sont déplacés d'une posture d'enseignant à celle d'accompagnateur du changement, et les professionnels de terrain se sont déplacés de celle d'infirmier encadrant à celle de facilitateur d'apprentissage de l'ESI. Réinterrogeant systématiquement la posture de chacun des participants (co-animateurs y compris), ce dispositif est devenu un espace tutorial pensé comme espace de co-construction concourant à la capacité réflexive et critique de chacun des participants. « Les sujets réélaborent, dans le dispositif de recherche socio-clinique, le sens qu'ils donnent à leurs actions. Le chercheur a ainsi accès non pas à une opinion constituée mais à une élaboration en cours. Le dispositif de recherche transforme (et donc contribue à produire) les faits qu'il étudie » (Monceau, 2011, p. 19).

Ces séquences de formation sont devenues des lieux d'échanges d'expériences

suffisamment sécurisée pour autoriser la mise en mots de leurs propres vécus des situations d'encadrement, souvent compliquées. Cette démarche socio-clinique institutionnelle interroge les résistances des professionnels à la mise en œuvre d'une réingénierie des études, d'un référentiel de formation attestant d'approche par compétences, ce qui, de fait, interroge celles des professionnels formateurs du groupe tutorial.

Leurs résistances défensives, offensives et intégratives (Monceau, 1997) à des évolutions institutionnelles qui les concernent au quotidien en seront les analyseurs privilégiés.

3. Les entretiens individuels et les séances de recherche collaborative

3.1. Les entretiens semi-directifs avec les formateurs d'institut de formation.

J'ai mené six entretiens individuels avec des formateurs infirmiers. Ceux-ci se sont déroulés en juin 2017. Il s'agissait d'enquêter auprès de formateurs extérieurs à l'IFSI dans lequel je travaillais. J'ai fait le choix de cinq établissements différents, en fonction des opportunités qui se sont présentées pour recruter les interviewés : une réunion inter-ifsu dans le cadre de l'ingénierie universitaire, une rencontre à l'occasion des journées Cefiec²⁵¹ ou d'une présentation Erasmus, ou par cooptation (un formateur de l'IFSI dans lequel je travaillais me proposait les coordonnées de tel formateur, après l'avoir contacté, et pris soin de lui donner peu de renseignements sur la recherche et le chercheur).

Une présentation succincte est faite dans le cadre de la prise de rendez-vous : « je mène une recherche sur la formation infirmière dans le cadre d'un doctorat en sciences de l'éducation ».

La population enquêtée se composait de cinq femmes et d'un homme, et tous ont une expérience de la formation infirmière d'avant 2009, c'est-à-dire avec le programme des études de 1992, certains avec le statut de cadre formateur, d'autres en tant que faisant fonction.

Identification	Sexe	Age	Date d'arrivée dans la formation	Années d'expérience
F1	F	54	2005	12
F2	F	51	2002	15
F3	F	53	2004	13
F4	M	54	2004	13

²⁵¹ CEFIEC - Comité d'Entente Des Formations Infirmières et Cadres

F5	F	53	2001	16
F6	F	58	2002	15

Je me suis systématiquement déplacée sur leur lieu de travail, les entretiens se sont déroulés pour certains dans le bureau même du formateur (2/6), et d'autres dans un espace plus convivial comme la salle de réunion ou de repos de l'institut de formation. Quel que soit l'endroit, nous avons été interrompus ou perturbés par le téléphone, et/ou l'arrivée d'une tierce personne dans la pièce, le formateur ne pouvant différer la réponse à la demande. Il est intéressant de nommer qu'il m'est arrivée à deux reprises de ressentir une sensation de ne pas être attendue, même si les dates et heures des entretiens avaient été choisies en fonction des disponibilités de chacun afin que ceux-ci puissent se dérouler dans les meilleures conditions. La durée des entretiens n'a pas dépassé une demi-heure.

Le déroulé a été similaire, après les politesses d'usage, et la demande formulée concernant leur accord pour l'enregistrement de l'entretien, nous rentrons dans le vif du sujet avec la première question sur leur arrivée dans la formation. « Racontez-moi comment vous êtes arrivé à la formation en soins infirmiers ». Il s'agit d'entendre ce qu'ils verbalisent du passage de leur métier d'infirmière à celui de formateur en soins infirmiers.

L'essentiel de l'entretien concerne leur vécu du référentiel 2009 : « Qu'avez-vous envie de me dire de l'arrivée du référentiel 2009 ? », dans un premier temps la question reste suffisamment ouverte pour ne pas orienter le discours vers les transformations que cela a généré dans leur quotidien, et faire émerger les représentations concernant le contexte de réingénierie de la formation infirmière.

Puis, l'entretien est modulable, je n'ai pas de stratégie prédéfinie, je m'adapte à la personnalité de l'interviewé, les questions de relance sont formulées à partir de l'exposition des faits de chacun, l'idée étant de faire approfondir lorsqu'ils abordent les difficultés ou les impacts que ce référentiel a généré dans leur carrière, sur leur conception et leur propre vécu du métier de formateur, ou concernant leurs activités de formation ou expériences pédagogiques. Elles sont posées pour faire préciser, expliciter, approfondir. Il m'est arrivé de proposer le terme de « sidération » afin d'appréhender la façon dont ce mot est reçu dans le contexte de ce qu'il vient de se dire.

Tous les entretiens sont retranscrits, et leur verbatim font l'objet d'une analyse de contenu manuelle. Le tableau présenté ci-dessous permet un repérage dans l'organisation de cette analyse.

Que disent-ils du référentiel 2009 ?	Que cherche t 'on à identifier ?	Comment ? quels sont les éléments sur lesquels peuvent se focaliser l'analyse ?
À propos de son contexte d'arrivée.	<ul style="list-style-type: none"> ● S'il est vécu comme une imposition ou pas ? ● S'il est assimilé à une demande de changement dans leur quotidien de travail ou pas ? 	<ul style="list-style-type: none"> ● Leurs perceptions instantanées ● Les termes utilisés et la manière dont ils en parlent ● Leur positionnement ou leur avis
Leur expérience « émotionnelle » ou comment en parlent-ils ?	<ul style="list-style-type: none"> ● Leur vécu ● Leur ressenti ● La façon dont ils font référence à « avant 2009 », au programme d'études précédent, à leur habitus 	<ul style="list-style-type: none"> ● Comment cela est présenté ? ● Quel est le vocabulaire utilisé ? connoté, récurrent, celui « officiel » du référentiel 2009, les expressions usitées... ● Quelle est l'atmosphère, la dynamique du discours ? ● Les comparatifs avant et après 2009, sur quoi portent-ils ?
Qu'est-ce qu'il impacte dans leur travail ?	<ul style="list-style-type: none"> ● Ce qui se vit comme changement ou pas ● Les registres ou logiques impactés : les connaissances, les activités, les apprentissages, les conceptions, les habitudes de fonctionnement, les pratiques, les postures, les positionnements professionnels, les statuts des acteurs, les organisations 	<ul style="list-style-type: none"> ● Les contenus /méthodes ● Les relations entre les acteurs, lesquels ? ● Les stratégies d'adaptation, les
Lien avec la sidération : Peut-on : -l'entendre dans les discours ? -l'interpréter dans les manières d'aborder les contenus ?	<ul style="list-style-type: none"> ● Dans l'ici et maintenant de l'entretien ● Dans le récit 	<ul style="list-style-type: none"> ● Peut-on repérer des contradictions ? des résistances ? des confusions ? ● Ce qui parle de, ou qui peut montrer ou toute démonstration de : <ul style="list-style-type: none"> - Surprise ou choc/décalage - Débordement - Violence, - Peur, anxiété, angoisse - Incompréhension

Ces entretiens individuels, menés hors de mon espace de travail quotidien, visaient à apporter un certain décentrement dans l'élaboration de l'analyse. À la fois membres du même groupe professionnel mais exerçant dans un cadre institutionnel différent, ils pouvaient apporter un contre point intéressant à mes observations.

Le premier enseignement de ces entretiens a été qu'ils ont validé la réingénierie de 2009 comme une rupture dans leur pratique professionnelle. Pour ces formateurs aussi, il y avait bien un avant et un après 2009.

3.2. Le dispositif de recherche collaborative avec une équipe de formateurs en soins infirmiers en institut de formation.

« La recherche collaborative, en ce sens, s'articule autour de projets dont l'intérêt d'investigation repose sur la compréhension que les praticiens, en interaction avec le chercheur, vont construire autour de l'exploration, en contexte réel, d'un aspect qui concerne leur pratique professionnelle » (Desgagné, 1997, p 373). Il s'agit d'une collaboration, d'un point de rencontre entre formateurs et praticien-chercheur (moi-même), avec comme postulat : la production de connaissances améliore la pratique et la pratique éclaire la production de connaissances.

« L'ensemble des acteurs impliqués sont considérés comme co-chercheurs et co-sujets. Elle vise à constituer un acteur-chercheur hybride, dépassant les catégories de praticien et de chercheur, sans pour autant confondre les identités, les rôles et les contributions[...] Il s'agit de reconnaître les capacités de théorisation et de réflexivité critique de chacun et de les solliciter dans le processus de mise en recherche, sans catégorisations cloisonnées a priori » (Bonny, 2015). « Ce n'est pas un dispositif qui dispense chacun de faire son travail, c'est un espace qui nourrit chacun » (Lyet, 2015). Le dispositif est à penser, à inventer ensemble : la définition d'un objet de recherche, sa situation dans un cadre théorique et dans un champ de recherche, le choix d'une ou de méthodologie(s) de recueil et d'analyse de données et une projection sur la présentation des résultats.

« Collaborer ne signifie pas que tous doivent participer aux mêmes tâches, mais que, partant d'un projet commun, chacun y trouve son compte selon la contribution spécifique qu'il a à offrir au meilleur bénéfice de l'ensemble des partenaires » (Desgagné, 1997, p 379) accentuant la notion « d'hybridation des regards et des savoir-faire favorisant la production de nouvelles connaissances » de Lyet (2016).

3.2.1. Le déclencheur

La réunion d'équipe du 23 février 2016 est une réunion institutionnelle hebdomadaire regroupant une partie ou l'intégralité de l'équipe, et dont les objectifs principaux sont de diffuser l'information utile à tous les membres de l'équipe de façon simultanée et de traiter collectivement d'une question intéressant les participants.

Extraits de mes notes de recherche

23 février 2016

Alors que la réunion se terminait, j'ai vu se dérouler devant moi un véritable dialogue de sourds entre les jeunes et les « anciens » formateurs [synonyme d'expérimentés], à propos de ce que le statut de formateur exigeait. Un sentiment confus de malaise et de « déjà-vu » me submerge. Des propos récurrents du type : « vous me dites : posture...mais j'en ai une, ce n'est pas ça le problème ! » « Je ne vois pas où vous voulez en venir, je suis incompétente » fusent et, même s'ils sont systématiquement ponctués d'une multitude d'explications, ils sont invariablement dépréciés par des « je ne comprends pas », ce qui renforce l'aspect déconcertant voire sidérant de la scène, à l'identique de ce que j'avais pu vivre lors de l'entretien exploratoire « sidérant ».

Spectatrice de la scène, l'idée d'un dispositif pouvant permettre de poser la parole en dehors des espaces institutionnalisés émerge d'emblée. Cela me conforte dans la nécessité de comprendre ce qui se jouait pour les différents acteurs, moi y compris. (prononcée pour qui ? Pourquoi ?). Les seules paroles que je prononce (pour moi-même ? pour les autres ?) sont : « j'ai l'idée de vous proposer un espace pour essayer de penser ces choses-là » restées en l'état et sans écho.

Cette réunion institutionnelle « houleuse » est l'analyseur naturel « imprévisible et (qui) surgit spontanément dans les situations de crise » (Guillier, 2002). Partant du principe que ce dialogue de sourds fait écho à cet empêchement à penser dans un contexte d'injonction au changement, de ce fait, il peut être une illustration de la sidération chez les formateurs.

Le dispositif de recherche collaborative, espace de réflexion collective devient l'analyseur construit, conçu pour repérer les effets de sidération sur les formateurs. Il est pensé pour autoriser le croisement des différents points de vue des participants en facilitant l'interaction entre les acteurs, rendre les habitudes interrogeables et solliciter une démarche réflexive chez l'ensemble des participants en questionnant ensemble cette difficulté à

communiquer, cette difficulté à partager un sens commun, permettant d'interroger les implicites, de rendre les « allant de soi » visibles.

3.2.2. *La temporalité du dispositif*

La question de la légitimité, l'ambivalence de la posture et la procrastination qui en découle viennent à nouveau pointer « la tension entre réflexes du praticien à abandonner et réflexes du chercheur à acquiescer » inhérente à la « situation liminale du Doctorant-Praticien-Chercheur » (Saint-Martin (de), Pilotti, Valentim, 2014). La phase de négociation, de l'émergence de l'idée (23 février 2016) à la première séance (13 mai 2016) se déploie sur 3 mois et demi. « La temporalité des “choses” participe de la constitution de ces choses. Travailler sur des processus, problématiser un objet de recherche comme étant en devenir, est une manière de faire autant qu'une manière de voir » (Monceau, 2004, p. 1). Un premier accord de principe est pris avec le directeur de l'institut de formation, puis le projet de recherche est présenté, et accepté par le Conseil Pédagogique de l'IFSI, compétent sur toutes les questions relatives aux projets de l'institut (Formation et Vie des étudiants). L'initiative de la doctorante en sciences de l'éducation que je suis, est accueillie favorablement en tant « *qu'initiative novatrice de mise en recherche d'une équipe de formateurs d'IFSI* »²⁵².

Le 29 mars 2016 : la présentation du dispositif est faite en réunion d'équipe. Deux professionnels formateurs en soins infirmiers sur les dix présents (une expérimentée [15 ans] et une nouvelle [6 mois]) nomment le fait « *qu'elles ont autre chose à faire* » et/ou « *ne sont pas intéressées* », les autres accueillent positivement le trouvant « *intéressant* ». La date de la première séance est source de mécontentement, quatre formateurs ne pouvant être présents à la date convenue, sont dans l'impossibilité de reporter leur emploi du temps. Le choix des autres dates se fera avec les agendas respectifs des personnes voulant y participer, pour satisfaire le plus possible la demande.

3.2.3. *La « non-réflexion » concernant le lieu choisi.*

Non nommé lors de la présentation du dispositif, le lieu dans lequel se déroulent les séances est un allant-de-soi. L'espace collectif, aménagé entre autre d'une grande table de travail pouvant accueillir dix personnes assises, que représente mon bureau dans l'institution s'est imposé de fait, et n'a jamais été questionné ou remis en question pendant le déroulé des séances collectives. Pour la petite histoire, c'était un lieu inutilisé que j'ai investi, une fois

²⁵² Expression consignée dans le compte rendu écrit du conseil pédagogique du 01/03/2016.

nommée cadre supérieur de santé, responsable pédagogique, à la fois comme bureau (décoration personnalisée), mais aussi que j'ai proposé, voire imposé comme lieu de travail collectif (lieu de dépôt et de consultation des plannings de cours, et espace dans lequel se déroulent de nombreuses réunions pédagogiques que j'anime). La question de la place que j'occupe dans ce dispositif de recherche ou celle à laquelle je suis mise, se pose : hiérarchique, ancienne formatrice, praticien-chercheur ?

Précision, le lieu est identifié et les conditions matérielles sont réunies. La porte et les stores (fenêtre donnant sur le couloir) fermés créant à l'intérieur un espace sécurisé et pour l'extérieur un repère d'occupation du bureau. Le téléphone n'est pas débranché, mais le secrétariat est prévenu, pas de sonnerie, ni d'interruption. Les participants sont dégagés de leurs activités habituelles.

Ce dispositif ne correspond pas aux descriptions des conditions habituellement requises pour l'analyse de pratiques. L'animatrice que je suis n'est pas extérieure au cadre professionnel ordinaire des participants. Il s'agit d'un dispositif construit depuis les places qui sont les miennes à la fois supérieure hiérarchique et chercheuse. Les différents effets produits par ce dispositif singulier seront analysés dans la suite de ce mémoire.

3.2.4. *La constitution du groupe*

Pour rendre compte de l'hétérogénéité du groupe de formateurs engagés dans la recherche collaborative, il m'a semblé opportun de présenter certaines données sous forme de tableau :

Une première colonne concentre des données générales, il s'agit de données civiles (prénom changé dans le cadre de la recherche, âge) et d'informations concernant le diplôme de cadre de santé²⁵³ ainsi que les diplômes universitaires.

La seconde colonne se rapporte à l'expérience professionnelle dans les services de soins : cette expérience peut être en tant qu'infirmière (IDE), ou cadre de santé (CDS), mais aussi en tant qu'agent des services hospitaliers (ASH), aide-soignant (AS) ou auxiliaire de puériculture (AP) ce qui signifie, dans le cadre de ce groupe, que ces personnes ont bénéficié de la formation continue pour un changement de statut.

²⁵³ Pour rappel : le diplôme de cadre de santé est obligatoire pour rester formateur à l'IFSI, cependant certains formateurs peuvent « faire fonction » de cadre de santé et bénéficient de trois ans minimum pour se présenter au concours de cadre et suivre la formation à l'institut de formation cadre de santé.

- La dernière colonne recense l'expérience de la formation, que ce soit en tant que tuteur de stage, ou formateur occasionnel avant de rentrer à l'IFSI, puis l'ancienneté dans la fonction de formateur en soins infirmiers, sachant que certains ont pu être formateur dans un autre cadre, comme celui de la formation continue (FC, à destination des professionnels de terrain) ou dans d'autres filières comme les AS, sans oublier la colonne intermédiaire, précisant si le formateur l'était avant 2009.

Tableau de présentation des participants de la recherche collaborative

Données générales				Expérience professionnelle en service de soins		Expérience de la formation		Ancienneté dans la fonction de formateur		
<u>Prénom</u>	<u>Age</u>	<u>Diplôme Cadre de santé</u>	<u>DU (Mast -er 2)</u>	<u>IDE</u>	<u>Autre</u>	<u>Tutorat de stagiaires 2009</u>	<u>Formateur occasionnel en IFSI</u>	<u>En IFSI</u>	<u>Avant 2009</u>	<u>Autre expérience en formation</u>
<i>Rosalie</i>	52	2008	09/16	12 ans	10 ans [AP]		X	11 ans	X	3 ans [FC] ponctuelle
<i>Elodie</i>	32			9 ans		X		Juin 2016		
<i>Zoé</i>	34	Départ [IFCS] 09/16		14 ans				2 ans		2 ans [AS]
<i>Martine</i>	54	2001	2012		8 ans [ASH] et [AS]		X	16 ans	X	8 ans [FC] ponctuelle
<i>Jeremy</i>	34			12 ans		X	X	18 mois		
<i>Sophie</i>	34			8 ans	7 ans [AS]	X		1 an		1 an [AS]
<i>Karine</i>	42	2007		10 ans	5 ans [CDS]	X		7 ans	X	
<i>Véronique</i>	34	2016		12 ans		X	X	2 ans ½		
<i>Cécile</i>	32			11 ans		X		Mai 2016		
<i>Alice</i>	45			22 ans		X	X	1 mois		3 mois [FC]

3.2.5. *La démarche socio-clinique institutionnelle*

L'élaboration du dispositif de recherche collaborative que j'ai proposé à mes collègues formateurs s'est faite en appui sur les huit caractéristiques posées par Monceau (2018, p. 158-165) pour décrire la démarche socio-clinique institutionnelle : « Le travail de la commande et des demandes, la participation des sujets au travail de recherche, le travail des analyseurs, l'analyse des transformations, les modalités de restitution au fil de l'avancée de la recherche et non uniquement à son terme, le travail des implications primaires et secondaires des chercheurs et des sujets, la visée de production de connaissances à destination du monde scientifique, et l'attention portée au contexte et aux interférences institutionnelles dans lesquelles sont impliqués les chercheurs et les autres participants ».

L'analyse de la demande, comprend « la commande officielle du staff-client (responsables de l'organisation), leur demande implicite déplacée par rapport à la commande, ou cachée derrière la commande, et la demande du groupe-client composé des membres et usagers de l'organisation. L'ensemble du staff-client et des groupes composant le groupe-client est le collectif sur lequel porte l'intervention » (Lapassade & Lourau, 1971, p 199).

J'ai longtemps cru que c'était à mon initiative que la commande officielle était posée, confondant cet aspect avec la négociation menée avec les participants à la recherche. Je suis doctorante en Sciences de l'éducation et de la formation, devant faire ses preuves dans l'institution universitaire, je suis praticienne salariée de l'établissement dans lequel se déroule la recherche et « chacune des postures est assujettie à des contraintes » (Saint-Martin (de), Pilotti, Valentim, 2014, p. 4). Il s'agit, d'une part, des exigences liées à l'obtention d'un diplôme de 3^{ème} cycle universitaire, la communauté scientifique ayant des attentes quant à la réalisation d'un travail de recherche novateur limité dans le temps, et à la production de nouvelles connaissances, répondant à des critères spécifiques, et aux activités complémentaires comme l'enseignement, la publication et la diffusion du projet doctoral, ou encore l'intégration dans un collectif de chercheurs.

Et d'autre part, après l'acceptation du projet, et l'allocation de temps à la doctorante et aux formateurs participant à la recherche, l'institution de formation hospitalière devient aussi commanditaire et financeur. Son intérêt est de faire travailler des professionnels à l'amélioration des pratiques pédagogiques applicables sur le terrain, et de commanditer une mise en dynamique de recherche d'une équipe de formateurs, pouvant être présentée comme une expérimentation à l'heure de l'universitarisation des études infirmières.

Concernant les formateurs participants, beaucoup de demandes sont explicitées tout au long des séances, elles sont multiples : le besoin d'analyser sa pratique, l'importance d'une collaboration dans un cadre professionnel « *sécurisant et bienveillant* », le désir et/ou l'impératif « *de souffler* » et « *de lâcher-prise* », et la nécessité d'investir le domaine de la recherche, parce que « *préconisée par le référentiel 2009* ». Les motivations individuelles n'ont pas toutes été verbalisées, mais tous les participants se sont investis individuellement et collectivement dans la création d'un espace réflexif autorisant l'analyse de la pratique réelle, les débats contradictoires, les divergences, les controverses, les résistances et l'analyse critique.

J'ai interrogé la possibilité d'enregistrer les séances à des fins d'utilisation dans ma recherche doctorale, et tous m'ont donné l'accord de les retranscrire et de les utiliser comme matériau dans ma thèse. Cela engendre la nécessité de reposer la dimension sécuritaire de cet espace de travail, le cadre déontologique à propos de ce qui se dit au sein du groupe est discuté, et ce que les formateurs nomment les « règles d'or »²⁵⁴ du groupe sont entendues par tous. L'anonymisation des propos est affirmée.

Nous nous entendons sur une définition commune de la recherche collaborative, l'intérêt qu'elle soit participative, c'est à dire un espace de négociation entre praticien et chercheur concernant l'objectif de la recherche, à savoir une meilleure compréhension d'« objet de préoccupation mutuelle » (Yerly & Kappeler, 2015, p 71). « Par sa visée compréhensive, la recherche collaborative n'a ni un objectif de changement, ni *a priori* un objectif de formation. Il s'agit de la construction d'un certain savoir inédit sur un objet lié à la pratique, un savoir nouveau, issu d'un croisement de deux logiques, celle des chercheurs et celle des praticiens » (Bednarz, 2015, p. 174).

Nous convenons de l'idée d'une diversification du corpus de données et de la multiplicité possible de méthodes de recueil. La proposition de formalisation des données recueillies pendant la séance en inter-rencontre à des fins d'interprétations collectives est faite. Etant donné que la demande explicite est de connaître les répercussions directes de cela sur la charge de travail individuelle, et la crainte d'un « *surplus de travail* », « *d'une mise au travail* » additionnelle, il est convenu que le partage des tâches de chacun serait négocié au sein du groupe, et que je propose à chaque début de séance, un état des lieux et/ou une reprise de la précédente.

²⁵⁴ Ce que les formateurs nomment les règles d'or d'un groupe : écoute et respect de chacun, bienveillance et discrétion, voire non divulgation de certains propos à l'extérieur du groupe.

Le choix de la temporalité se fait ensemble sur 4 séances de 2 heures et demi, à raison d'une séance tous les deux mois, et d'en faire un premier bilan, en vue d'une éventuelle continuité. Puis, 4 séances supplémentaires ont eu lieu, ce qui porte le nombre de séances à 8 sur la période du 13 mai 2016 au 11 juillet 2017.

Monceau explique que « Intégrer l'analyse des effets (individuels, collectifs, institutionnels) du travail socio-clinique à la démarche ne se confond pas avec le développement de la réflexivité » (2009, p. 110). Les effets de ce dispositif concernent des changements de représentations individuelles ou collectives concernant certaines méthodes ou pratiques pédagogiques en formation professionnelle, la construction d'une mise en sens collective servant de « traduction », d'étayage aux participants, souvent les plus novices, et autorisant le changement.

La mise à contribution ajustée au niveau d'investissement de chacun des participants et le caractère empirique de la démarche semblent avoir permis de dépasser le « être en recherche » pour l'appropriation d'un but de recherche commun et la production de connaissances sur la construction de la posture du formateur en soins infirmiers. A distance, cela semble avoir eu des effets formatifs reconnus par les formateurs eux-mêmes sur leur posture d'accompagnement dans les travaux de mémoires des étudiants par exemple, et sur la démarche de recherche de compréhension de certains formateurs (demandes de formations pédagogiques et d'inscription en master). Il semble que cette recherche collaborative a généré « des effets au niveau de la micro politique des institutions, comme une meilleure connaissance des membres de l'équipe sur eux-mêmes et sur leur objet de travail » (Fortuna, 2017, p. 47).

La participation des participants au sein des séances s'est faite de manière de manières variées selon leurs implications institutionnelles et de l'ici et maintenant des séances. Les personnes ayant nommé leur non envie de participation n'ont jamais assisté à aucune des séances. Il est à noter le peu d'absences chez les autres participants, et ce, sur le déroulé complet de la recherche, seuls les jours de congés ou d'arrêt maladie ont corroboré les non-participations.

La recherche collaborative n'a pas été assimilée à une nouvelle prescription institutionnelle dans un contexte déjà envahi d'injonctions, le choix éclairé de la participation et de l'engagement mutuel ont encouragé, puis renforcé un réel collectif de travail privilégiant une construction de sens partagé, ou une envie commune de création, dont les effets se sont répercutés hors les séances, dans la dynamique de l'équipe institutionnelle. Le calendrier des

séances s'est intégré dans celui de l'organisation collective, au point de générer des déplacements de réunions institutionnelles si celles-ci venaient à se positionner sur les mêmes dates que les séances collaboratives.

« La restitution est un élément méthodologique à considérer dans toute la durée du travail socio-clinique. Il permet de "tester" des interprétations mais aussi, et peut-être surtout, de s'assurer que le pacte de travail reste actif entre tous les participants » (Monceau, 2008, p. 196). Deux types de restitutions ont pris forme dans ce dispositif. Le premier type est de l'ordre d'une restitution « perlée » des résultats d'une compréhension collective et des apports inhérents aux séances précédentes. Faisant quasiment office de rituel de « vérification » en début de séance, elle prenait la forme d'une petite présentation que je faisais de ce sur quoi le groupe s'était entendu, m'assurant de fait, que ce j'avais compris, émergeait bien d'une réflexion commune. Une restitution orale s'est faite le 11 juillet 2016 lors de la dernière séance avec l'ensemble des participants. La restitution orale a été structurée à partir de la présentation de la démarche initiée dans mon mémoire de recherche, intitulé : *Penser l'impensable. Que faire de la sidération en formation infirmière ?* dont les deux premières séances de cette recherche collaborative ont servi de matériaux d'analyse. Lors d'un rendez-vous avec le directeur de l'institut, une autre restitution a été faite, une copie du mémoire lui a été adressée et une autre a été, à sa demande, laissée à disposition au centre de documentation de l'IFSI.

Le constat posé en guise de conclusion du mémoire de recherche a été proposé comme suit : cette recherche collaborative, ce dispositif de mise en réflexivité a été simultanément révélateur de paradoxes révélant des états de sidération (des formateurs et de la praticienne-chercheuse), et générateur de paradoxes dans l'ici et maintenant provoquant la sidération (chez les formateurs et la praticienne-chercheuse). Lors de la présentation collective, ce constat a reçu l'assentiment de tous, et s'est poursuivi par le partage d'exemples à l'appui dont tous les participants se souvenaient. Ce qui dans un premier temps, me conforte dans mon idée. Puis, le débat s'oriente sur l'utilité et les bienfaits du dispositif. Alors que l'atmosphère du groupe semblait être affable, brusquement, se rejoue une scène désarçonnante, sidérante, avec une impression de « déjà-vu » ou de « déjà-vécu », celle de revivre la réunion « houleuse » à l'origine du dispositif (l'imbroglio et les quiproquos entre les anciens formateurs et les novices à propos de la posture). Les échanges cristallisent sur l'investissement au travail, et à sa place donnée dans la vie personnelle. J'écris ce jour (11 juillet 2017)²⁵⁵ : « *J'ai vu se dérouler devant*

²⁵⁵ A l'identique des notes de recherche du 26 février 2016, soulignant et insistant sur la répétition.

moi un véritable dialogue de sourds entre les jeunes et les « anciens » formateurs, à propos de ce que le travail de formateur exigeait. (...) Sidérant ! c'est comme si rien ne s'était passé ! », les expérimentés expliquant qu'il faut forcément qu'il y ait surinvestissement au travail et les novices refusant de « faire passer leur boulot avant leur famille ». Le débat s'est trouvé suffisamment bloqué, pour que cela génère la sortie imprévue d'une des jeunes formatrices. Je ne peux m'empêcher de voir dans cette scène, une illustration du concept d'hyper-implication désignant « la prise de conscience et la capacité à décider de l'engagement qui est nécessaire à la responsabilité » (Perraut Soliveres, 2001, p. 246), réinterrogeant la part d'autonomie du sujet, au cœur de la quête de reconnaissance des professionnelles infirmières, mais aussi des discordes internes à la profession.

Conclusion de la deuxième partie

La première partie de ce mémoire a montré comment ce que j'ai nommé « l'empêchement à penser » des infirmières pouvait être décrit comme le produit d'une histoire et notamment des interactions entre médecins et infirmières.

Cette seconde partie a tout d'abord proposé une caractérisation de la notion de « sidération institutionnelle » mise en œuvre pour analyser les effets de la réingénierie de la formation sur les formateurs en soins infirmiers, ceci à partir d'une exploration théorique dans différents champs de recherche.

Les deux orientations (psychanalytique et socio-clinique institutionnelle) qui structurent ma recherche doctorale pour la construction méthodologique comme pour le travail d'interprétation ont également été situés. L'ensemble du dispositif méthodologique de la recherche doctorale, incluant le travail avec les guidants, a également été présenté.

Le contexte institutionnel, l'objet et la démarche de recherche étant désormais précisés, la troisième partie pourra ouvrir sur les résultats la recherche.

Partie 3 : La sidération des formateurs, analyseur des contradictions
institutionnelles de la réingénierie de 2009

Au regard de la quantité de matériaux empiriques accumulés au cours de cette recherche doctorale, il me semble utile de rappeler, dans une vision globale du travail réalisé, ce que les différents outils d'enquête que j'ai mobilisés ont permis d'appréhender.

En premier lieu, avec l'entretien clinique exploratoire s'est imposée la désorganisation du discours et de la pensée de l'interviewée. Ceci comme une démonstration de l'empêchement à présenter et à penser la fonction tutorale. Ce décalage entre ce que la praticienne que j'étais s'attendait à entendre et comprendre, et ce qu'elle y a vécu de cet entretien, a généré chez elle, surprise, incompréhension et sidération. Cette imbrication récurrente de la pratique et de la recherche fait de ce vécu, et de son aspect excessif, une donnée pertinente rendant compte du processus de recherche et d'un autre regard posé sur les choses. Certaines réflexions reflétant cet état de faits seront proposées en italique, entre guillemets et identifiées sous l'intitulé « Notes de recherche » datées.

Les entretiens semi-directifs, menés avec des formateurs ayant tous vécu la réingénierie de 2009 et exerçant dans d'autres instituts de formation que celui où j'exerce, ont révélé la tension générée par cette réforme de la formation. Il est apparu que le « référentiel 2009 » (sous-entendant les référentiels d'activités, de compétence et de formation) a été vécu comme une surprise, comme une imposition de nouveautés de divers ordres et comme une injonction faite aux formateurs de changer de posture. Cet impératif semble avoir engendré une perte de sens liée à une sensation de morcellement de leurs activités quotidiennes, accompagnée d'une impression d'être débordés par la charge de travail d'une part et de l'inefficacité du collectif d'autre part. Les propos recueillis lors de ces entretiens sont mis en italique, entre guillemets et identifiés « EF » pour « Entretien avec les formateurs d'autres IFSI » suivi du numéro : « EF1, EF2... ».

Concernant les dispositifs groupaux, je distingue les formations-interventions sur la fonction tutorale menées avec des professionnels tuteurs de terrain et le dispositif de recherche collaborative avec des formateurs exerçant en IFSI.

Les premières se sont déroulées sur une période de quinze ans. Elles donnent à voir la surprise et sa persistance, face à l'afflux de nouveautés générés par le programme de 2009, les injonctions entraînant l'incompréhension des tuteurs concernant ce qui est attendu d'eux. Ceci, aussi bien concernant la manière dont ils peuvent mettre en œuvre la réforme que de l'utilité même de le faire. Seules les formations-interventions n'ont pas fait l'objet de retranscriptions

exhaustives. Cependant des écrits rendant compte d'étonnements, de constats, de dialogues et/ou bribes de discours ont été produits au fil des sessions. Ces extraits de discours ne seront pas datés, car ils ont été produits à de nombreuses reprises. Tout d'abord, utilisés pour une recherche dans le cadre du master professionnel, ces propos deviennent probants par leur récurrence sur cette longue période de formations-interventions. Ils sont mis en italique, entre guillemets et identifié « DTIF » pour « Discours des tuteurs dans les formations-interventions ».

Le dispositif de recherche collaborative, mené sur 14 mois, avec une équipe de formateurs en soins infirmiers en institut de formation leur a permis d'exprimer leur vécu de la réingénierie mais aussi de son institutionnalisation dans le long terme, plus de dix ans après son instauration. Le fait que le groupe soit majoritairement composé de formateurs recrutés après 2009 a permis d'intéressantes interactions et mises en perspectives grâce à une forte hétérogénéité des expériences et parcours. Les propos recueillis lors de ces entretiens sont mis en italique, entre guillemets et identifié « Séance RC » pour « Enregistrement des séances de recherche collaborative avec mes collègues formateurs » et numérotés « Séance RC 1, Séance RC 2... ».

Le traitement effectif des matériaux s'est déroulé en plusieurs temps. Tout d'abord, la retranscription de l'intégralité des entretiens (cf. annexe n°6) et des séances de recherche collaborative ont permis une première « immersion » dans les discours de mes interlocuteurs.

À distance de la retranscription des verbatims, j'ai procédé à une ou plusieurs lectures flottantes pour m'imprégner des données de recherche, tout en notant les impressions générales et commentaires qui se dégageaient (cf. annexe n°7). C'est dans la rencontre entre le terrain et moi que ces mots prennent sens, ces discours verbaux, non-verbaux, infra-verbaux, entrant en résonance avec ce que je vivais moi-même de ce métier, comme je l'ai exposé dans d'autres parties de la thèse. Cette deuxième étape d'annotations et de mises en sens dans l'ici et maintenant de relecture à distance fait l'objet de traçabilité particulière et sert de base de travail lors des rencontres avec Caroline Le Roy. J'ai précédemment expliqué dans le chapitre présentant les séances de co-encadrement, comment ces séances conjointes de travail ont évolué, jusqu'à se transformer au fur et à mesure de l'avancée de cette recherche en dispositif à « fonction Balint ». Ce dispositif me permettra d'attacher une importance particulière à l'écoute des ressentis émergeant à la fois chez les sujets mais aussi chez moi-même, d'identifier ce à quoi ils sont associés dans les dynamiques intrapsychique du praticien-devenant-chercheur

et interpsychiques en terme, par exemple de modalités défensives. « Ce n'est pas seulement comprendre ce qui est dit pour discuter. C'est plutôt tendre l'oreille, ouvrir un chemin à ce qui n'est pas dit et qui parle, pourtant, dans le secret, qui demande à être entendu. Cette manière d'écouter ce qui est dit à travers la déformation des résistances et des défenses du moi a pour fonction de symboliser le sujet, de le signifier dans l'acte de la reconnaissance » (Vasse, 1995, p. 88-89). Ce qui émerge de cette façon d'objectiver les matériaux sont les tensions permanentes et les phénomènes singuliers surprenants, tout d'abord au sein des séances collaboratives, puis leur récurrence dans l'ensemble des données. Les prises de notes faites lors des séances conjointes avec Caroline Le Roy, ou à distance de celle-ci font aussi l'objet d'un écrit.

J'ai donc en ma possession une compilation d'écrits me permettant de revisiter l'intégralité de mes commentaires, et de mesurer l'évolution de ma compréhension, de ma réflexion, ce qui me permet d'affirmer que la praticienne doctorante qui a assisté à l'entretien exploratoire du début de cette recherche en décembre 2014, n'est plus la même que celle qui rédige l'écrit final en septembre 2021, cet entretien exploratoire ayant été exploratoire de mon objet, mais il a surtout permis d'explorer ma propre posture, ou plutôt les tensions et contradictions de ma propre posture de praticienne devenant chercheuse. La traçabilité de ces nombreux écrits a concouru à repérer les difficultés avec lesquelles je me suis débattue jusque dans l'écriture de la thèse, de comprendre les « resurgissements » de la praticienne dans les écrits de la recherche, et d'y donner un sens différent. Un constat peut être fait : dans mes interprétations, je ne leur ai pas donné le même sens au moment où j'ai analysé l'entretien exploratoire, moment pendant lequel la praticienne bousculée par le référentiel 2009 apparaît beaucoup plus, et à la fin du processus de cette recherche, où je suis plus à même de faire la part de mes propres mouvements pour penser la réingénierie, non pas comme une imposition « injuste », mais comme un phénomène institutionnel dont les effets sont identifiables chez les formateurs en soins infirmiers (IFSI et terrain) qui le vivent. Je revis précisément les phénomènes que je suis en train d'écrire, et ce, jusqu'au point final de la thèse. A l'idée même de rédiger le paragraphe synthétisant la mise en visibilité des résultats de ma réflexion, je ne sais plus, je n'arrive pas à faire les liens, et s'impose à moi ce vécu de disqualification déjà éprouvé. Je suis déstabilisée et fragilisée dans la production de mon propre savoir, et dans mon rapport à ce savoir. Je ressens la confusion, le sentiment d'incompétence, la déliaison. Je banalise ce que j'ai découvert, dit autrement le désir de ne plus rien savoir fait l'effet d'une défense, mais contre quoi ? qu'est-ce qui me fait violence ?

Comme cela va apparaître à la lecture de cette troisième partie, le mot « violence » a souvent été utilisé lors des échanges menés dans le cadre de la recherche collaborative avec les formateurs d'IFSI. Dans mon rôle d'animatrice de ces séances, j'ai moi-même repris et utilisé ce terme fréquemment. Cette fréquence peut signifier une sorte de banalisation de la notion de violence dans le langage ordinaire des formateurs dont je faisais partie, elle peut aussi signifier que c'est pour les formateurs le terme le plus approprié pour qualifier leur vécu. Ainsi, bien qu'ayant problématisé mon objet de recherche en terme de sidération, notion dont j'ai exploré le sens dans différents cadres théoriques et que j'ai caractérisée en page 158 pour préciser la manière dont je la mobilisais dans ma propre recherche, les sujets de la recherche et tout particulièrement les formateurs exerçant en IFSI ont répondu en exprimant un ressenti de violence subie lors de l'instauration rapide de réingénierie de 2009 mais aussi lors de son institutionnalisation qui se poursuit aujourd'hui. La violence, sa banalisation, mais aussi bien la sidération, sont ce qui nouait le « contre-transfert » du chercheur à son objet de recherche d'un point de vue clinique d'orientation psychanalytique, ou ce qui permet de penser son « implication » dans son objet de recherche, c'est-à-dire un moment de collusion à l'origine du désir de chercher sur lequel le chercheur a dû travailler pour que s'opère le décalage nécessaire à la construction de sa posture de praticien-chercheur. Il s'agit d'un objet et d'une analyse « habités » par le chercheur et le sujet que je suis.

J'ai donc essayé d'entendre ce que les formateurs, sujets et participants de ma recherche doctorale, disent de la manière dont ils vivent ce que je qualifie de sidération. J'ai prêté attention au contenu de ce qui est dit, mais aux façons de le dire. Je me suis donc intéressée à l'expression, aux dynamiques et registres de langage, aux postures, gestes et attitudes.

Le langage utilisé dans les séances collectives appartient à deux registres. Tout d'abord, le registre familier est présent dans les nombreux récits anecdotiques rapportés par les participants (tuteurs de stage et/ou formateurs IFSI, et quelque fois chercheuse). « Dans une vision intuitive du mot (...) C'[l'anecdote] est un récit minimal, caractérisé par une prétention à la véridicité et visant à susciter un affect chez le récepteur » (Abiven, 2013, p 120). Généralement destinée à attirer l'attention d'un interlocuteur, « En un bref récit, l'anecdote miniaturise et illustre un problème social, une question morale, sur un mode moins dramatique que le fait divers mais tout aussi révélateur » (Renard, 2011, p 40). Dans ces moments, le langage est brut, c'est-à-dire à la fois spontané et « parlant » voire « débordant ». Certaines anecdotes sont racontées avec des mots inappropriés au contexte de séances collaboratives de

travail : des mots grossiers, vulgaires, empruntés à un vocabulaire « brèves de comptoir », ou des propos confus, faisant de ces anecdotes des présentations rythmées, accompagnées de mises en scène des émotions. La survenue de l'impulsivité ou de l'imprévisible, peut certaines fois, contraindre les membres du groupe à être spectateur-témoin : il peut s'agir d'une réaction spontanée voire réflexe démesurée dans le contexte, au niveau de sa rapidité de survenue ou de son intensité, d'un passage à l'acte agressif...une espèce d'agir violent subi au sein du groupe représentatif d'un envahissement de l'espace par les affects. Dans ce cas de figure, l'auditoire est, d'emblée immergé dans une situation chargée d'affects dans l'ici et maintenant de la séance.

Comme on le verra, les discours²⁵⁶ s'organisent en une espèce de dualité : langage brut anecdotique versus langage élaboré/ « novlangue », rendant compte d'une part de la violence des mots et d'un contexte émotionnel fort, et d'autre part d'une complexification choisie ou imposée. L'utilisation du terme de novlangue est délibérée, associée à la traduction de « Newspeak », une invention anticipatrice du romancier anglais Orwell dans son livre *1984* (1949), cette dénomination désigne une simplification de la langue destinée à formater les esprits. Ce néologisme est communément utilisé dans le langage courant pour identifier des énoncés stéréotypés normatifs, qui à la fois, complexifient le discours et nient sa complexité. Le décalage ressenti dans les séances collectives entre la « contagion émotionnelle » des récits et l'usage quasi « mécanique » d'un jargon amplifie la démonstration de l'expérience vécue des formateurs face aux demandes institutionnelles, et fait apparaître des effets de sidération chez les participants. Ainsi, le dispositif de recherche peut révéler ou générer de la sidération.

En cherchant à re-contextualiser les moments ou les événements illustrant massivement la sidération groupale, et/ou le vécu de sidération de l'ensemble des participants, les brouhahas sont un des éléments, qui nous renseignent sur l'existence de dérangements, de paradoxes et/ou d'empêchement à penser au sein du groupe.

Ce que j'appelle brouhaha se présente sous la forme d'une cacophonie soudaine rendant impossible l'écoute de ce qu'il se dit, et peut revêtir plusieurs formes : un entremêlement de paroles accentuant l'aspect confusionnel ou concomitant des échanges, des rires pouvant laisser penser à une connivence dans le groupe, qu'ils soient représentatifs d'embarras, de plaisir, ou encore de raillerie. « Il est important de préciser qu'il ne s'agit pas d'une rupture volontaire, introduite, par un membre du groupe, par exemple, mais d'un phénomène qui surgit du groupe lui-même, de façon inconsciente » (Lecourt, 2002, p.83). Il peut être pertinent de proposer

²⁵⁶ Quelque soient les dispositifs de recueils de données.

plusieurs interprétations possibles quant à la place du sujet dans ce brouhaha. Une première interprétation fait référence à l'aspect protecteur du bruit, dans la cacophonie, le sujet garde sa place anonyme dans le groupe, il y est protégé. Il se camoufle dans le chaos. Le brouhaha parasite l'écoute collective, mais peut aider tout un chacun à se mettre en réflexion, à prendre une place sans s'exposer de suite.

Une deuxième interprétation : l'individu dans le groupe n'est pas entendu comme sujet singulier, tout en participant. Ainsi, le brouhaha en tant que processus défensif, nierait presque le sujet. L'aspect confus et la dimension incontrôlable du brouhaha accentue l'étrangeté et la violence. Cela a pour effet de produire une réalité groupale dont le narrateur ou le praticien-chercheur est exclu et/ou qui l'exclut, encore qui s'exclut lui-même si l'on considère qu'il s'est lui-même mis, à son insu, dans la position d'avoir provoqué ce brouhaha.

« Etablir un dispositif, c'est introduire une rupture dans l'arrangement habituel des choses, pour en manifester un certain ordre. [...] C'est encore décider une rupture avec les appareils de travail utilisés. [...] Se laisser interroger dans son affiliation. [...] C'est aussi se trouver confronté aux parties de soi qui font retour [...] dans le cadre des dispositifs antérieurs. » (Kaës, 2005, p. 199). Afin de mieux appréhender le versant contre-transférentiel, il peut être approprié de revisiter l'intégralité des places que je peux occuper dans ce dispositif. Je peux être praticien-chercheur, hiérarchique des autres membres du groupe, mais aussi membre de l'équipe institutionnelle, du même groupe professionnel, voire du même collectif de travail, de la même institution.

Cette notion de brouhaha, et la procrastination à traiter ce sujet ont fait l'objet de plusieurs séances de travail dans le cadre de l'accompagnement de Caroline Le Roy, la difficulté principale portait sur l'ambivalence récurrente à comprendre ce qui se jouait dans ces moments spécifiques de groupe.

L'extrait de retranscription issu de mes notes de recherche (2018) démontre comment les enjeux internes de la praticienne-chercheuse, prise elle-même dans le phénomène qu'elle essaie d'étudier nécessite un dispositif d'analyse créé à cet effet, le dispositif à « fonction Balint ».

Le brouhaha dans mon dispositif, c'est quoi ? Tout le monde a envie de parler du sujet en question, ou tout le monde a quelque chose à en dire, mais personne n'a envie d'être entendu d'où le brouhaha. (Quel est ce sujet ? Faut que j'aie vu dans le verbatim !). Caroline me renvoie que ça lui fait le même effet à chaque fois (et ça fait déjà au moins

3 fois) que j'aborde le sujet : « ça me donne l'impression que tu as envie d'en parler mais pas forcément envie de t'entendre toi-même là-dessus ou qu'on t'entende. Le versant contre-transférentiel est à explorer, puis le versant clinique : ce brouhaha tu ne pourras pas aller plus loin tant que tu ne seras pas allée dans la clinique : tu poses une question et il faut que tu ailles la vérifier du point de vue clinique, aller dans le verbatim avant d'aller plus loin !!! » (Pourquoi est-ce si compliqué pour moi ? qu'est-ce qui fait que je n'arrive pas à revisiter ces épisodes sous un autre angle ?).

Et si c'était une violence du dispositif ? Qu'est-ce que ce dispositif dit, vient faire dans ce groupe ? => quelle place je prends à ce moment-là ? Et/ou comment je réagis ? Est-ce que je m'exclus du brouhaha ? Est-ce que j'y participe ? Je suis persuadée que j'oscille entre 2 positions : j'y participe ou je le « subis » [J'utilise ce mot, car à certains moments, j'essaie, sans succès, de faire en sorte que tout le monde s'écoute => ressenti d'impuissance] => quelle tension ou effet cela produit-il sur moi ? (...). Est-ce une « alerte » pour me dire que peut-être je n'ai pas la place que je « devrais » avoir à ce moment-là dans le groupe ? S'il s'agit d'une exclusion, dans le cas de mon dispositif, il s'agit de mon exclusion du groupe [inconscient collectif (Kaës) + attaque narcissique, comme une mise en danger de la sécurité de base ? danger potentiel, imaginaire, ravivant les peurs et les angoisses éventuelles du professionnel actuel. => « inquiétante étrangeté » (Freud, 1919) = je suis à la fois un des leurs, mais aussi différente.] (...). Ou alors : le groupe de formateurs ne me connaît pas comme chercheur, donc jette le chercheur mais veut me garder comme sujet professionnel semblable aux autres membres du groupe.

Et moi, je suis qui ? pourquoi est-ce si compliqué pour moi ? Je fais le constat. Puis, je passe à autre chose qui m'amène au même constat et ainsi de suite... parce que je n'arrive pas à m'en dégager !! et je pense que je ne sais pas comment m'en dégager !!

(Notes de recherche, 24 mars 2018).

Comme l'exprime Costantini, dans son article *Le chercheur : sujet-objet de sa recherche* ? cette sensation d'être « écartelée (...) entre le ''savoir'' que je recevais tel un objet étranger et ce qui se tramait à l'intérieur de moi et qui avait peu de choses à voir avec ce qu'il m'était donné d'entendre » (Costantini, 2009, p. 106) a participé au fait de repousser à multiples reprises l'analyse des brouhahas dans les verbatims, mais a permis de conscientiser le constat de l'homologie entre la façon d'appréhender les matériaux pour la chercheuse, et la manière de recevoir les discours d'universitarisation des études infirmières chez les formateurs IFSI, à

savoir une difficulté, voire une impossibilité de se projeter dans le scénario de « devenir universitaire », ou une impression d'ébranlement des bases mêmes sur lesquelles ils se sont construits en tant que formateur-infirmier. D'une part, l'analyse du contre-transfert de la chercheuse via la co-création intersubjective du dispositif à « fonction Balint », de l'autre, l'analyse des implications de la chercheuse dans son passage de praticienne de la formation infirmière à universitaire en sciences de l'éducation vont permettre d'accéder à une « clinique » de l'institutionnalisation de la formation infirmière, l'institutionnalisation étant « un résultat de cette relation — qui peut être une opposition — entre l'institué et l'instituant (...). Elle est le passage d'un état à un autre, un mouvement, pas une forme stable » (Bellegarde, 2003, p. 97).

Ce travail d'élucidation clinique couplé à l'analyse sociohistorique me permet d'identifier les continuités et les ruptures de la construction infirmière, m'autorisant à parler de récurrences et de nouveautés face à l'universitarisation des études infirmières.

Ardoino et Lourau expliquent que « le mot institution correspondra à l'action par laquelle on institue, établit, forme, instruit, mais désignera également "tout ce qui est inventé par les hommes en opposition à ce qui est de nature", la chose instituée, l'école ou la maison d'éducation » (1994, p 27). Elle « est un système de normes. Et c'est aussi un système de rapports sociaux institués par les normes et les modifiant » (Lapassade, 1971, p 187). « L'institution, c'est le processus par lequel naissent des forces sociales instituant qui finissent souvent par constituer des formes sociales juridiquement codées, fixées, instituées. L'ensemble du processus, c'est l'histoire, succession, interférences, mélange de forces contradictoires travaillant tantôt dans le sens de l'institutionnalisation, tantôt dans le sens de la désinstitutionnalisation. Tantôt dans le sens de l'imposition, du renforcement, du maintien des formes ; tantôt dans le sens de la dissolution, du dépérissement, de la mort des formes » (Lourau, 1978, p. 64). L'institution est un mouvement dialectique permanent entre l'institué, l'instituant et l'institutionnalisation. L'institué est constitué du déjà-là régissant les actes, les pensées et les sentiments « garant de la continuité historique de la communauté » (Levy, 2006, p 73), alors que l'instituant est « la négation de l'institué » (Fortuna, 2013, p 22), ce qui vient dépasser les pratiques issues de l'héritage passé.

En détaillant le contexte et les conditions de déroulement de cette recherche, j'ai déjà présenté de nombreuses observations dont certaines peuvent être considérées comme des résultats intermédiaires. Dans les pages qui suivent, je propose d'organiser mes analyses en

trois catégories. Entre récurrences, nouveautés et institutionnalisation des contradictions institutionnelles, elles entretiennent entre elles une relation dialectique.

1. Les récurrences de l'histoire infirmière et la réactualisation des paradoxes

L'analyse du contexte socio-historique présentée en première partie de cet écrit a permis d'identifier l'imposition d'un empêchement à penser dès l'origine des pratiques de soins des femmes soignantes, et de sa transmission. Après avoir proposé des éléments de compréhension inhérents à la permanence de cet empêchement à penser chez l'infirmière comme chez la formatrice en soins infirmiers, des similarités ont été recensées à des périodes précises de l'institutionnalisation de la profession infirmière. Cette logique de récurrence des paradoxes repérés tout au long de leur processus de professionnalisation est à nouveau présente dans le contexte contemporain de l'universitarisation des études infirmières. Ce chapitre propose de circonscire la réactualisation des paradoxes précédemment repérés. Nous reviendrons sur ce qui peut s'assimiler à une inenvisageable autonomie de l'infirmière à penser, à former, à transmettre son métier, mais aussi à la reproduction de questionnements inhérents à la configuration particulière de la formation professionnelle infirmière, à savoir le partage des territoires de formation entre l'IFSI et le terrain de stage.

1.1. Une autonomie paradoxale

L'histoire de l'autonomie infirmière s'inscrit dans un processus historique plus large d'émancipation des femmes, et de leur place dans la société. Celui-ci comporte différents aspects, tout d'abord en terme de droits comme l'accès à l'instruction et les changements législatifs en faveur des femmes. La « construction sociale du genre » (Carmino, 2005) renvoie à la division sexuée des tâches, aux rapports de domination homme-femme.

Nous avons pu constater dans le chapitre socio-historique que ces rapports sociaux de sexe ont contribué à ce que les pratiques de soins, puis les pratiques « infirmières » relèvent de la continuité et de la promotion de la vie. Puis, la place déterminante de la médecine, la médicalisation de hôpitaux et l'institutionnalisation des pratiques cliniques, les avancées technologiques et les progrès de cette discipline les ont orientées en regard des besoins à la fois de la médecine et des médecins, et ces pratiques se sont aussi orientées en regard des besoins de l'institution et de l'administration, ce qui dénote la nécessité d'une adaptation permanente des infirmières les positionnant dans une logique de subordination.

Nous avons vu aussi que l'affirmation dans le programme des études (1961) de la responsabilité de l'infirmière dans les soins de confort et de bien-être, et « l'apparition » ou plutôt la reconnaissance officielle (1978) du rôle propre dans l'exercice professionnel sont venues bousculer les organisations antérieures. L'irrésistible notoriété des soins curatifs visibles sur prescription, s'est opposée au traditionnel « prendre soin », soins coutumiers invisibles souvent négligés ou délégués à d'autres catégories de professionnels que celle des médecins. L'un centré sur la maladie, l'autre sur la personne soignée, ces deux modèles de soins sont rattachés à des paradigmes différents (Kuhn, 1972). Le contexte sociétal (après 1968), l'impulsion européenne (OMS), encourageant la création d'un nouveau rôle infirmier via le programme d'études de 1972. Les deux rôles distincts ainsi énoncés, un rôle « sur prescription médicale » et un rôle « propre » divisent le groupe infirmier. Le rôle sur prescription incarnant l'allégeance et la dépendance aux médecins, est valorisé par son orientation scientifique. Le rôle propre devenant pour certaines, une opportunité d'émancipation du savoir médical et de création d'une autonomie infirmière, incarne ces « petits détails négligés, mais non négligeables » (Thievenaz, 2021) de la quotidienneté du malade, difficilement valorisables, ou encore pour d'autres semblent représenter un retour à des pratiques anciennes réductrices (les soins liés à la continuité de la vie).

Cette représentation manichéenne dépendance/autonomie s'impose depuis, et l'antagonisme rôle propre/rôle prescrit ne cesse de se rejouer, se consolide au fur et à mesure des répétitions dans l'histoire de ce qui est devenue la profession infirmière. Cette tension persistante devient une contradiction institutionnelle constitutive de la profession, dont l'intensité s'accroît avec les dernières étapes de la professionnalisation. L'autonomie de l'infirmière ne peut s'exercer que dans le cadre contraint de la prescription médicale et des textes légiférant sa pratique, et renvoie à « une ligne de conduite, un ensemble d'attitudes requises pour soigner » (Collière, 1982, p. 235). La mise en application et la surveillance des prescriptions médicales nécessite une autonomie d'action et de pensée, un jugement clinique et une pensée critique pour effectuer les soins de manière professionnelle. Nous avons vu dans le chapitre traitant de la période contemporaine que ces situations vécues par les infirmières comme paradoxales s'inscrivent dans des contradictions institutionnelles durablement installées.

1.1.1. L'impensable autonomie de penser ou l'expérience du raisonnement censuré

La « démarche de soins infirmiers » est définie et affirmée par les programmes de formation précédents la réingénierie de la formation infirmière de 2009 comme l'expression du rôle propre/rôle autonome de l'infirmière, ou « l'essence de la pratique infirmière » (Rubinfeld & Scheffer, 1999), unissant réflexion et individualisation des actions de soins, ce qui la lie étroitement au raisonnement clinique. Les appuis théoriques du référentiel de formation de 2009 postulent que la démarche clinique²⁵⁷, basée sur le raisonnement clinique précède la démarche de soins, autrement dit que la démarche de soin est la résultante de la démarche clinique. Il est intéressant de revenir à l'historique de la démarche de soins dans l'histoire de la construction du métier, afin de mieux appréhender l'illustration suivante.

Rappelons que la « démarche de soins » a été initiée avec le programme des études de 1972, et s'est imposée officiellement comme base de pensée autonome de l'infirmière via celui de 1979. Cette « démarche » ne correspondait pas aux pratiques infirmières alors en cours dans les services de soins mais s'est imposée via les enseignants, formateurs en école d'infirmières. « Flou », « tâtonnements », « bricolage », « simplification », « « mode d'emploi » sont les termes retrouvés dans les écrits de l'époque pour désigner les difficultés rencontrées lors de son implantation. Il s'agissait d'une opportunité de se détacher de la vision médico-centrée, de penser l'émancipation de l'infirmière vis-à-vis du médecin, voire de concevoir l'émergence d'une profession autonome infirmière. Cette incitation au changement n'a pas eu l'effet mobilisateur escompté, elle a renouvelé les oppositions au sein même du groupe infirmier, et réintroduit un empêchement à penser la place de l'infirmière dans l'institution.

La systématisation et l'uniformisation de la démarche de soins, initiées en 1972 et consolidée en 1979, ont été confirmées avec le programme de 1992 et son nouvel outillage technique (techniques d'observation, d'écoute, de recueil de données...) et langagière (« soins infirmiers », « diagnostics infirmiers » ...). Toutefois, bien que décriée et dépréciée, cette démarche de soins s'est non seulement ancrée dans les services de soins, mais a aussi modifié les pratiques professionnelles. L'incitation (1978), puis l'obligation de la constitution d'un

²⁵⁷ La démarche clinique est un concept central dans le référentiel de formation 2009, elle prend place dans les « UE cœur de métier » infirmier [UE 3.1 des semestres 1 et 2 : « raisonnement et démarche clinique infirmière »] en constituant la base de l'apprentissage du raisonnement clinique, et participe à la construction des 5 compétences « cœur de métier » à acquérir sur les stages. La démarche clinique se définit comme suit : « processus d'identification de l'ensemble des problèmes de santé réels et potentiels d'une personne mais également des capacités, en considérant que pour la personne âgée il convient de relativiser les problèmes avec le vieillissement physiologique » (Psiuk, 2006, p. 20).

dossier de soins infirmiers (intégré dans le rôle propre en 1984) comme traçabilité des prises en charge infirmières résultant de la démarche de soins, uniformisent et institutionnalisent à la fois le langage spécifique et la démarche elle-même dans les services de soins.

Dix-sept ans après, le programme des études 2009 vient bousculer cet équilibre, en positionnant l'apprentissage du raisonnement clinique au cœur du dispositif de formation. Il est demandé aux formateurs (qu'ils exercent en IFSI ou soient tuteurs de stage) de rendre visibles et d'explicitier les « opérations mentales »²⁵⁸ de l'étudiant lorsqu'il raisonne, et d'accompagner cette mise en visibilité, en s'inspirant de théories cognitivistes de l'apprentissage.

Le paragraphe suivant rapporte les propos d'une formatrice-IFSI, qui a vécu depuis sa propre formation infirmière, plusieurs changements de programmes d'études et de dénominations pour identifier la pensée clinique infirmière.

« Je découvre le raisonnement clinique, l'appellation raisonnement clinique, ce n'est pas non plus quelque chose de nouveau », « non mais la manière dont il est abordé a changé tellement de fois. Les injonctions, la manière de l'aborder c'était comme ça mais non, ce n'est pas comme ça, ça on reprend ça, vous avez mal compris, je finissais par rien comprendre à force. Fallait que je rentre dans le créneau, et quand j'étais rentrée dedans, on me disait : ah mais maintenant ce n'est plus comme ça c'est comme ça, ah non tu as mal compris faut reprendre ça, je n'avais pas mal compris, mais comme c'était abordé différemment et qu'on ne voulait pas se tromper, moi je devenais dingue, c'est pour ça à un moment donné je préférerai dire : je ne sais pas, je ne sais plus serait plus adapté » (Séance RC 2).

Cet extrait de discours d'une formatrice expérimentée exerçant en IFSI, montre comment cette infirmière expérimentée exerçant en IFSI est amenée à vivre les changements introduits par les nouveaux référentiels comme une « injonction », dit-elle, incessante de surcroît : la manière d'aborder les choses ayant « *changé tellement de fois* », souligne-t-elle (« *c'était comme ça / ce n'est plus comme ça* »). La situation semble générer chez elle une déstabilisation et une fragilisation voire une précarisation de son savoir (« *on ne voulait pas se tromper* »). Le discours donne l'impression que les énoncés du référentiel sont perçus comme une série d'exigences ininterrompues et contradictoires dont elle serait à ce point prisonnière qu'elle dit « *préfère[r]* » ne rien savoir (« *je ne sais pas, je ne sais plus* »). Le renoncement (à savoir, à comprendre, à penser) observé dans cet extrait me renvoie aux phénomènes

²⁵⁸ Apports des théories de l'apprentissage cognitiviste.

d'abnégation, de discipline, d'obéissance déjà abordés et souvent ramenés, dans les représentations et les discours, à la question d'un mouvement répété d'adaptation à l'environnement qui, couplé aux qualités personnelles et à la non-affirmation du savoir, caractérise la construction et l'évolution historiques du métier.

Le fait d'exprimer la nécessité d'adaptation (« *fallait que je rentre dans le créneau* ») reliée à l'idée de devenir « *dingue* » peut nous autoriser à penser que le désir de ne plus rien savoir fait l'effet d'une « défense », et interroge les résistances des formateurs infirmiers face aux changements demandés.

Le dialogue qui suit, extrait d'une séance de recherche collaborative, témoigne d'une forme de violence ressentie par les formateurs face à la commande de réflexivité inscrite dans le référentiel de formation 2009.

Martine : *la résistance elle vient du fait que les gens ne sont pas habitués à mettre en exergue leur raisonnement.*

Cécile : *ben c'est ça,*

Elodie : *c'est clair.*

Martine : *c'est de l'ordre de l'intime, penser c'est intériorisé et puis le mettre à plat comme ça mais c'est d'une violence !*

CA²⁵⁹ : *pourquoi c'est violent ?*

Martine : *bien sûr, dire comment tu penses, ce que tu ressens, pourquoi tu l'as fait.*

Véronique : *non c'est un sport que je n'ai jamais fait.*

Cécile : *non c'est un fait, ce qu'est violent, c'est toute la réflexion que ça demande, c'est ça qui est violent, ce n'est pas au niveau affectif.*

Véronique : *c'est l'effort.*

Martine : *c'est les lectures nécessaires pour pouvoir.*

Cécile : *c'est le travail que ça demande.*

(Séance RC6).

Ce qui est vécu comme violent ici, c'est l'obligation d'explicitier son mode de raisonnement, celui-ci étant considéré comme relevant de l'intimité alors que la réingénierie affirme sa dimension professionnelle. La référence à l'intime n'est peut-être pas anodine lorsqu'elle est reliée à l'infirmière. « L'intime, c'est cette part irréductible du sujet qui ne se voit pas, cette présence du sujet dans le visible mais qui échappe à la vue » (Wajcman, 2004,

²⁵⁹ CA : Catherine Aubouin

p. 441), et qui interroge les frontières entre ce que l'on veut cacher à l'autre et ce que l'on peut partager dans un entre-soi sécurisé, ce qui n'est pas sans rappeler la dichotomie récurrente partie invisible/partie visible du métier infirmier, et sa transmission. L'injonction à la mise en mots de son raisonnement peut venir déstabiliser et réinterroger cet éternel invisible ancré dans ses origines, de même que ce que l'infirmière donne à voir de ce qu'elle sait. « Le processus de professionnalisation, via la notion de réflexivité, implique en effet un déplacement : ce n'est plus la pratique qui est au centre mais la pensée de cette pratique. La subjectivité des individus devient alors le principal levier de changement. (...) Le paradoxe est alors que ce professionnel qui s'émanciperait de la prégnance d'une idéologie héritée, le ferait dans le développement d'une éthique dont il est attendu qu'elle lui permette de s'adapter aux conditions nouvelles de son exercice professionnel. » (Monceau, 2006, p. 68).

Présenté comme « les processus de pensée et de prise de décision » (Psiuk, 2010) à la base de toute action infirmière, ce raisonnement clinique semble de l'ordre de l'intuitif chez les formateurs IFSI « *indirectement on a toujours fait ça sauf qu'on n'utilisait pas les mêmes mots* » (EF 5), mots dont l'enseignement est complexe et surtout peu prisé par eux. L'utilisation du champ lexical associé reste un problème persistant et beaucoup reprochent au programme des études 2009 de « *trop insister sur la théorie* » « *Les cours théoriques sont un peu trop théoriques. Pour tout ce qui est démarche de soin, je pense qu'il n'y a pas besoin de quatre unités d'enseignement, il y en a un peu trop* » comme le souligne ce formateur (EF 5). Alors qu'ils ont acquis le raisonnement clinique par l'expérience, le référentiel de 2009 indique que ce raisonnement ne s'improvise pas et qu'il nécessite donc un apprentissage.

Systématiquement associé à la réflexivité, son enseignement par les formateurs semble difficilement dépasser l'approche techniciste. Ils expriment souvent le fait qu'ils éprouvent eux-mêmes des difficultés relevant de leur propre capacité, compétence ou posture réflexive. « *Pour demander de la réflexivité aux étudiants il faut déjà être au clair même sur c'est quoi la réflexivité et qu'on en fasse un petit peu avant de l'enseigner* » (EF 2). Il s'agit pour eux de faire sans avoir appris à faire, ils se retrouvent de nouveau en situation d'apprendre en faisant, comme les femmes soignantes, tel un autodidacte, qu'Ymonet (1984) définit comme suit « L'autodidacte n'est pas celui qui apprend tout seul (ce qui à proprement parler ne veut rien dire), mais celui dont les connaissances ne sont garanties par aucun titre et défendues par personne » (p. 12). De cette répétition de l'apprentissage « sur le tas » ont émergé une tradition et une transmission d'une certaine façon de voir le monde, il s'agit de faire ce que l'on ne sait

pas faire pour savoir le faire, situation que les formateurs-IFSI vivent comme paradoxale puisqu'ils doivent accompagner les ESI vers plus d'autonomie alors qu'eux-mêmes sont dans une situation contrainte, incertaine et non sécurisée.

Malgré ces plaintes, tous mes interlocuteurs s'entendent pour affirmer que « l'entraînement réflexif est une exigence de la formation » (Référentiel de formation, p. 275). Les termes « réflexivité » et « entraînement réflexif » sont très peu présents dans les discours des formateurs-IFSI lors des séances de recherche collaboratives, les termes principalement utilisés sont « réflexion » et « réfléchir » : il s'agit de « permettre » « stimuler » « accompagner » « aider » la réflexion, ou « à réfléchir autrement », et mis en lien avec les méthodes pédagogiques qu'ils pratiquent dans les animations de TD.

Il semble inconcevable pour chacun des formateurs engagés dans la recherche collaborative de ne pas se définir soi-même praticien réflexif. La définition qu'ils donnent de ce terme correspond mot pour mot aux termes du référentiel. Les formateurs font d'ailleurs souvent mention du référentiel comme d'un guide de formation à la réflexivité. Certains formateurs montrent dans leur discours sur leurs activités qu'ils appliquent la méthodologie et les recommandations des référentiels. Certains autres expliquent qu'ils essaient de s'y conformer, d'en employer la nouvelle terminologie, ceci tout en affirmant parallèlement que l'« on ne devient pas réflexif en suivant un guide ». Ils se retrouvent pris dans une difficulté, qu'ils connaissent bien parce que « déjà-là » : pouvoir concilier le fait de devenir réflexif, tout en se conformant à l'injonction de devoir faire ce qui est prescrit, réactualisant l'opposition autonomie /responsabilité/créativité et contrôle /dépendance/pouvoir.

Tous s'accordent pour dire que la conceptualisation éloigne de la pratique de terrain réactualisant le débat sur l'alternance dans la formation infirmière, à savoir la difficulté d'articuler la théorie à la pratique ou vice versa, comme l'exprime ce formateur-IFSI dans les propos suivants : « *Est-ce qu'on n'a pas tendance un peu à s'éloigner du coup d'une pratique et j'ai l'impression qu'on fait, à ça ils réfléchissent, mais du coup ils réfléchissent, mais ils [ne] font plus, enfin je ne sais pas. C'est ça, ça ils conceptualisent, ils théorisent, mais après ils, quelquefois dans le pratico-pratique ou dans, c'est un peu compliqué, voilà. Je trouve que là, il faut faire attention, c'est bien de théoriser et de conceptualiser, mais à un moment donné je pense que, il faut faire attention à ne pas trop être à côté de la plaque d'une pratique de terrain* » (EF 3). Réinterrogeant le décalage entre la théorie et la pratique, la pertinence des savoirs

utiles à l'exercice infirmier se recentre sur les compétences attendues pour et par les professionnels de terrain, cela remet à jour la discordance entre ce que les professionnels veulent de leur métier et les exigences sociétales. « *Les étudiants en ont marre de réfléchir, ils en ont marre de se poser, on leur en demande trop... ils ont l'impression qu'on leur en demande trop* » (EF 2) dit ce formateur-IFSI, ne peut-on pas avoir en tête que celui-ci parle autant des étudiants infirmiers que de lui-même, formateur en soins infirmiers ou encore des professionnelles infirmières en général ? ne parle-t-il pas de son propre empêchement à penser ?

Les discours des tuteurs de stage issus des formations-interventions corroborent le clivage théorie/pratique, et présentent une complexification des relations entre théorie et pratique avec la demande de réflexivité du référentiel 2009, comme l'explicitent les propos suivants de ces tuteurs : les « *étudiants-nouveau référentiel* » sont qualifiés d'« *intellectuels* » « *travaillant plus avec leur tête qu'avec leurs mains* », « *passant plus de temps à faire des recherches qu'à faire des soins* », ce qui autorisent ces professionnels de terrain à exprimer qu'« *ils ne savent plus rien faire* » ou qu'« *ils deviennent de plus en plus nuls* » (DTIF). L'évaluation que les tuteurs font des nouveaux étudiants se présente comme une essentialisation par laquelle il semble que les nouvelles générations étudiantes sont en elles-mêmes différentes des précédentes. Comme si les nouvelles modalités de formation produisaient des professionnels très différents des précédents.

A propos du raisonnement clinique, certains tuteurs se disent « *pas au point sur le sujet* », d'autres le qualifient d'« *exercice de style pour l'école* » tandis que d'autres le rejettent complètement « *vous pensez qu'on a le temps de s'intéresser à ça* » argumentant souvent que « *ça, c'est le problème de l'IFSI, nous on en demande pas tant !* », ce que confirment les étudiants : « *On ne voit pas les professionnels faire ça* », réaffirmant la face cachée des soins et creusant l'écart entre les attendus des deux espaces de formation (DTIF).

La terminologie du référentiel 2009 est toujours entendue en 2021 par les professionnels de terrain comme de « *nouveaux* » mots « *scientifiques* » « *intellectuels* » qui « *rappellent trop ceux des médecins...clinique...diagnostic...rien à voir avec l'infirmière...on ne fait pas ça dans les services* ». Ceci génère le questionnement suivant qu'ils partagent avec beaucoup de formateurs IFSI : « *Est-ce qu'on a vraiment besoin de tout ça pour être infirmière ?* » (DTIF).

Le retour socio-historique proposé en première partie a montré que la clinique s'enracine dans la pratique, et que la pratique infirmière est synonyme de connaissances tacites, des savoirs intimes en constante évolution, issus d'une expérience personnelle. Ces savoirs informels ne rentrent pas dans le prescriptif du référentiel de formation, et sont nommés non réflexifs par les professionnelles infirmières, voire sont banalisés par elles. L'utilisation présentée comme incontournable du raisonnement clinique, les remet en question en voulant les objectiver et les mesurer, et propose une distinction claire de ce qui est du ressort de l'infirmière, réactivant le paradoxe identifié lors de l'institutionnalisation du rôle propre infirmier (Chapitre 1.5 : l'installation du paradoxe). Cette incitation à rendre visible ce qui ne l'était pas, ou qui ne doit pas l'être vient réinterroger la transmission du métier et le métier lui-même.

1.1.2. L'impensable autonomie de former ou l'apprentissage contraint de l'autonomie

Depuis 2009, la formation infirmière s'impose comme un dispositif pédagogique permettant l'acquisition de compétences, préparant à l'exercice du métier, à agir en professionnel compétent, ce qui signifie désormais « agir avec autonomie » (Le Boterf, 2002, p. 3).

Le référentiel de formation 2009 nomme explicitement l'autonomie dans ses finalités : « 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 pluri professionnelle » (Référentiel de formation, 2009, p. 275). L'autonomie du futur professionnel est devenue une qualité intrinsèque valorisée et valorisable de l'individu, synonyme d'adaptabilité et d'efficacité professionnelles, ou encore une compétence, gage de performance individuelle et collective en conformité avec les attentes de la société et du marché du travail actuel, voire une clé pour améliorer le bien-être au travail.

L'obtention du diplôme d'état n'est pas le seul but poursuivi, il s'agit de former des futurs professionnels tels qu'attendus par les futurs employeurs. De formation professionnelle supérieure, la formation infirmière est dite « professionnalisante » (Wittorski, 2012), néologisme signifiant une formation au plus proche de l'activité professionnelle, insistant sur la capacité d'adaptation au changement, de transformation en fonction de la modification du contexte et donc de flexibilité au travail souhaitée par l'organisation, mais aussi pour elle. « On est passé d'une logique de la place à occuper, pourvoyeuse de stabilité, à celle d'un itinéraire à

construire, porteur de changement – un chemin qui ne conduit pas à une impasse mais dont on ne sait pas très bien où il mène, jalonné de crises, conditions d'une transformation de soi » (Boutinet, 2004, p. 40).

L'autonomie est aussi proposée comme un des principes pédagogiques de la formation infirmière : « 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 » (Référentiel de formation, p. 275). La posture pédagogique y est déclinée « 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 » (p. 276), s'adressant de fait autant au formateur IFSI qu'au tuteur de stage.

Former des professionnels « autonomes et responsables » est un discours désormais convenu dans toutes les formations professionnelles supérieures. Comme le signifie Hameline : « revendiquer, une éducation à, et par, l'autonomie est de l'ordre de l'évidence partagée. Revendiquée comme un bien, elle "tient à cœur". Lieu commun du discours, elle est postulée comme une chose "qui va de soi" » (1999, p. 47).

Cette injonction d'autonomie positionne les formateurs dans une situation dans laquelle se pose la question des objectifs de la formation, parle-t-on d'accompagner l'élaboration de pratiques issues de décisions autonomes, ou de comportements conformes aux attentes des référentiels ?

La formation par les situations de travail et l'expérience transforment la place des formateurs IFSI dans le dispositif de formation, ils se doivent d'être réactifs à ce qui émerge dans l'ici et maintenant des dispositifs expérientiels, « le savoir pédagogique est de l'ordre de la praxis, relevant de l'imprévisible et de l'opacité » (Houssaye, 2018)²⁶⁰.

L'extrait de dialogue suivant issu d'une séance de recherche collaborative, montre d'ailleurs qu'il est compliqué, pour les formateurs, de parler pédagogie en formation infirmière. Martine : *Est-ce que ce n'est pas une question de pédagogie, pour eux [les professionnels de terrain] ils ne sont pas dans le savoir apprendre, le savoir comprendre...les professionnels de*

²⁶⁰ <https://crf.hypotheses.org/author/jeanhoussaye>

terrain, la pédagogie ils l'associent à la démarche éducative²⁶¹ et encore je ne suis pas sûre, tu vois, la pédagogie ça ne concerne pas la discipline infirmière.

Véronique : moi on m'a toujours dit pendant mes 3 années d'études d'infirmière, que mon boulot c'était de l'encadrement.

Martine : mais ce n'est pas de la pédagogie.

Véronique : je suis d'accord avec toi.

CA : donc la formation par le faire ce n'est pas de la pédagogie, c'est ce qu'on est en train de dire, c'est ça ?

Elodie : oui, est-ce qu'on t'a donné des outils pour former tes pairs ?

Cécile : je leur montrais comment faire une prise de sang et puis voilà.

Elodie : voilà et ben moi aussi. Moi je n'étais que dans le mode comme ça transmissif pur et dur, on fait comme ça, on fait comme si point final ! Mais on ne m'a jamais donné d'autres outils pédagogiques propres en disant pour encadrer tu peux aussi faire comme ça ou comme ça.

Cécile : on ne m'a jamais enseigné la pédagogie pour autant.

Martine : quel est le rapport au savoir chez ces professionnels ? ils n'ont jamais été interrogé là-dessus.

CA : ce qu'on est en train de dire, c'est que la formation par les pairs est différente et ça n'est pas de la pédagogie alors que la formation par des formateurs c'est de la pédagogie, c'est ce qu'il faut comprendre ?

Martine : ben euh oui.

Sophie : si je peux me permettre, je n'ai toujours pas les outils, moi je suis nulle en pédagogie.

Martine : mais tout le monde. Personne n'est un pédagogue ici, personne.

Sophie : pourquoi je serais plus légitime ici que quand j'étais sur le terrain ? (Brouhaha).

(Séance RC 6)

Cet échange est chargé de tensions, de paradoxes et de non-sens « déjà vu(s) ».

²⁶¹ La démarche éducative est associée dans le cadre de cet extrait aux nouvelles recommandations de la Haute Autorité de santé, qui propose aux professionnelles infirmières « d'adopter une démarche pédagogique structurée afin d'aider les patients à acquérir les compétences dont ils ont besoin pour suivre les traitements qui leur sont prescrits » (Sandrin-Berton, 2009, p. 10). Cette formalisation de l'éducation thérapeutique au patient vient bousculer les pratiques professionnelles, cette « activité [qui] était jusqu'à présent considérée comme allant de soi : dans leur pratique quotidienne, les soignants [délivrent] (délivrant) aux patients des conseils qu'ils répètent avec constance mais sans véritable méthode » (idem, p. 10). L'analogie entre pédagogie et démarche éducative revient, dans ce cadre, à qualifier le versant pédagogique d'allant-de-soi dans le métier.

Dans le chapitre socio-historique, il a été identifié que la formation des paires est tout d'abord un allant-de-soi partagé, puis est légiférée²⁶² dans la définition de la profession. « *Mon boulot c'était de l'encadrement* » énonce cette formatrice en se référant à ce qui lui a été enseigné à l'école d'infirmières. L'encadrement en stage est défini en 1995 dans le *Dictionnaire des Soins Infirmiers* comme « une action pédagogique visant à organiser un stage, à diriger et accompagner un stagiaire afin d'assurer au mieux l'apprentissage de sa future fonction. Cet encadrement est effectué conjointement par les personnels enseignant et soignant » (Magnon & Déchamoz, 1995, p. 61). Bien que le terme « pédagogique » soit explicitement nommé, la conviction partagée du fait que « *la pédagogie ça ne concerne pas la discipline infirmière* » semble persister. Les professionnelles infirmières forment, de longue date, leurs paires au quotidien, sous-entendant peut-être, que la traditionnelle formation « sur le tas » est un de ces « petits riens » qui ne se valorisent pas, comme le laisse entendre les échanges précédents. L'argumentation avancée par ces formateurs repose sur le fait qu'il n'existe ni outil, ni formation dédiés à cela, l'encadrement n'étant donc pas considéré comme de la pédagogie (« *mais ce n'est pas de la pédagogie* »). L'encadrement est d'ailleurs associé, ici, à la transmission des gestes normés, assimilée selon les interlocuteurs, plus à une instruction qu'à de la pédagogie. Il semble qu'une fois encore, l'outil (ici l'apprentissage de la technique) passe avant le relationnel (ici : la relation pédagogique) lorsqu'il s'agit de décrire la pratique.

Concernant ce qui est dit de la formation assurée par les formateurs d'IFSI, elle peut plus facilement être qualifiée de pédagogie. Plusieurs arguments peuvent justifier cette différence. Le premier peut être que ce qui est donné à voir de leur pratique, est le face-à-face avec les étudiants, les référentiels pouvant être ou devenant des outils/pratiques guidées qu'ils mettent en œuvre. Le second peut concerner le fait que les savoirs d'expérience des formateurs accréditent leur passage du service à l'institut de formation, ainsi la place autorise la fonction. Cependant, ils ne se considèrent pas comme des pédagogues, car non légitimés par une formation pédagogique²⁶³, au même titre que lorsqu'ils travaillaient en service.

Si l'on considère la légitimité dans son acceptation la plus usuelle, il est question de ce qui est conforme à la loi, ce qui, comme nous l'avons déjà vu, restreint considérablement la fonction infirmière. Et si l'on rajoute à cela ce que nous en indique le Dictionnaire des Notions Philosophiques, « conforme non seulement aux lois mais aussi à la morale, à la raison » (cité

²⁶² Loi n°78-615 du 31 Mai 1978 modifiant les articles L.473, L.475 et L. 476 du code de la santé publique relatifs à la profession d'infirmier(ère) et l'article L.372 de ce code, relatif à l'exercice illégal de la profession de médecine.

²⁶³ Un seul module de formation théorique à la pédagogie dans la formation « cadre de santé » sur les 6 proposés sur l'année de formation en alternance, et 4 semaines de stages dans un établissement de formation.

dans Bouquet, 2014, p. 14) nous retrouvons les éternels tourments qui embarrassent insidieusement la pensée infirmière.

Rappelons que de pair-compagnon à cadre de santé formateur, en passant par infirmière-enseignante et monitrice, le formateur en soins infirmiers exerçant en IFSI est fortement attaché à son métier d'origine, en lien avec ce sentiment de continuité existant entre le fait de soigner et celui de former. Nous avons vu que son évolution revêt les mêmes caractéristiques et converge vers le même profil que celui de l'infirmière, ce qui participe à l'installation d'une forme d'empêchement à penser sa pratique proche de celle abordée à propos de la construction du métier d'infirmière.

La fonction de formateur en soins infirmiers exerçant en IFSI bénéficie d'une reconnaissance de l'institution dans lequel il travaille, ce qui semble-t-il ne suffit pas à renforcer son sentiment de légitimité, il devient un ex-pair, dont l'expertise est en lien avec le fait d'avoir été infirmier(e).

La question de son savoir, du savoir qu'il transmet et de son expertise se posent. Ce que nous dit Houssaye (1994) du pédagogue renouvelle le débat théorie-pratique et la place de chacun dans l'alternance : « Par définition, le pédagogue ne peut être ni un pur et simple praticien, ni un pur et simple théoricien. Il est entre les deux, il est cet entre-deux » (p. 11). La question de savoir si les formateurs IFSI se positionnent dans cette logique d'entre-deux apparaît bel et bien à l'ordre du jour.

En premier lieu, l'ingénierie de la formation infirmière les inscrit à l'interface de deux partenariats (Boissard, 2017). Le partenariat IFSI/Université leur demande de développer une acculturation de la démarche de recherche sur la profession et la pratique infirmière, ce qui ne fait pas partie de leur quotidien de travail. Les connaissances qu'ils ont de la profession infirmière sont directement liées à leur pratique soignante antérieure et à leur carrière individuelle, et les réajustements, et remise à niveau qu'ils en font, sont le plus souvent laissés à la motivation et au volontariat de chacun (formation continue, formation universitaire).

En second lieu, l'accompagnement pédagogique que la réingénierie leur demande dans le partenariat IFSI/terrain, se fait à plusieurs niveaux : d'une part auprès des équipes soignantes dans la nouvelle mise en sens de l'alternance intégrative, et d'autre part auprès des étudiants, en suscitant le questionnement, l'analyse des pratiques et la mise en sens des situations de travail avant, pendant et après le stage. Il se doit de veiller à créer ou installer des « conditions

favorables pour que l'acte d'apprendre soit véritablement une manifestation du potentiel de l'apprenant » (Trocmé-Fabre, citée par Lainé, 2012, p. 6), en collaboration avec ses autres partenaires. Nous verrons, dans la suite des résultats, que ce partenariat est loin d'être une évidence opérationnelle.

En troisième lieu, lorsque le référentiel aborde plus particulièrement l'enseignement clinique, l'injonction à l'autonomie est présente : « 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. (...). Ainsi, toujours placé sous la responsabilité d'un professionnel [sous-entendant tour à tour les 3 types de professionnels], l'étudiant acquiert progressivement une façon de plus en plus autonome d'exercer son futur métier » (p. 281), et il est affirmé et légitimé que « Le tuteur représente la fonction pédagogique du stage ». Nous verrons dans le chapitre concernant les nouveautés comment les tuteurs de stage qualifient cette imposition pédagogique. Ici, nous allons nous concentrer sur l'autonomie, celle pensée par le tuteur lorsqu'il forme le futur professionnel, en rapportant leurs propos fréquemment entendus dans les formations-interventions (DTIF)²⁶⁴ à destination des tuteurs de stage.

Pour être reconnus lieux de stage « qualifiants » (2009)²⁶⁵, les terrains de stage doivent proposer et garantir un certain nombre de ressources. Présentées sous forme de critères de qualification et d'agrément du stage, elles correspondent à l'élaboration de plusieurs documents obligatoires, garantissant la qualité de la prestation d'encadrement de l'étudiant en stage et sa déclinaison opérationnelle. Ces productions institutionnelles se nomment : livret d'accueil ou d'encadrement, charte d'encadrement, et convention de stage. Elles formalisent les engagements du service sur la conception de l'accueil et l'intégration de l'étudiant dans l'équipe, les « situations d'apprentissage » ou « situations professionnelles apprenantes » (référentiel de formation, 2009, p. 278) qui lui sont proposées sur les 10 semaines de stage, la planification, l'organisation et le sens de l'évaluation de ses apprentissages. En 2016, une instruction²⁶⁶ relative à la formation des tuteurs de stage renouvelle la commande institutionnelle et adjoint au terme « qualifiant » celui de « professionnalisant » (p. 3). Ces

²⁶⁴ Je rappelle que les formations-interventions se déroulent sur une période de 2009 à 2020, et que les propos présentés sont des expressions ou des extraits de discours récurrents sur cette période.

²⁶⁵ Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/arrete_du_31_juillet_2009.pdf

²⁶⁶ Instruction n° DGOS/RH1/2016/330 du 4 novembre 2016 relative à la formation des tuteurs de stages paramédicaux. BO Santé – Protection sociale – Solidarité no 2016/12 du 15 janvier 2017.

« justificatifs » sont présentés dans les textes comme le résultat d'une élaboration collective²⁶⁷, cependant, il est régulier que lorsque le débat s'oriente sur ces documents institués, la plupart des participants des formations-interventions ignorent leur existence comme le montrent les nombreux propos des tuteurs, dont les exemples suivent : « *c'est quoi ça, jamais entendu parlé !* » « *Ah ! y'en a peut-être dans certains services, mais pas chez nous !* » ou rétorquent « *ce truc-là, ah, je vois, c'est dans le bureau de la cadre du service* », ou encore « *c'est la cadre qui l'a écrit, je ne sais pas ce qu'il y a dedans !* » (DTIF), il semble qu'ils n'en voient pas l'utilité dans l'encadrement de l'étudiant. Lorsque ces documents sont déclarés existants, ils sont présentés aux dires des tuteurs des formations-interventions comme « *un recopiage* » ou « *un copié-collé* » des référentiels de compétences et d'activités, qu'ils décrivent n'étant pas toujours mis en adéquation avec la spécificité du service de soins et de ses prises en charge. Sous cette forme, ils représentent pour ces tuteurs, soit « *un énième document inutilisable* », soit « *les attendus du nouveau programme* » ce qu'ils désignent sous le nom de « *Berger-Levrault* » ou de manière sarcastique « *la Bible* » faisant référence à une édition reliée²⁶⁸ des trois référentiels (activités, compétence et formation) et des principaux textes de la formation infirmière, et délivré en début de cursus aux ESI, et qu'ils déplorent ne pas posséder dans les services (« *et qu'on n'est même pas foutu d'avoir dans le service* » - DTIF).

Les débats avec les tuteurs dans le cadre des formations-interventions à propos de ces supports font apparaître l'état des lieux suivant : ces documents, lorsqu'ils sont présents dans les services de soins, semblent plus correspondre à la mise en œuvre sur un plan réglementaire de la démarche qualité en formation, qu'à une opportunité pour partager et réfléchir la mutation de la formation infirmière. Ces débats mettent en évidence les difficultés d'appropriation par les professionnels de terrain, des contenus des référentiels (activités, compétences, et formation), et de leur vocabulaire.

Parmi les nombreux tuteurs rencontrés dans ces formations-interventions, beaucoup ne conçoivent pas la formation autrement que la manière dont eux-mêmes ont été formés, comme

²⁶⁷ Instruction no DGOS/RH1/2016/330 du 4 novembre 2016 relative à la formation des tuteurs de stages paramédicaux. https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2016/16-12/ste_20160012_0000_0056.pdf Ces supports sont « construits avec l'équipe soignante sous la responsabilité des maîtres de stage ou de la structure d'accueil, en collaboration avec les instituts de formation. Ces documents sont portés à la connaissance des stagiaires et des instituts » (p. 4).

²⁶⁸ Livret de 264 pages, intitulé *Recueil des principaux textes relatifs à la formation préparant au diplôme d'État et à l'exercice de la profession*, contenant l'intégralité des annexes de I à VI de l'arrêté du 26 novembre 2014, des extraits du code de déontologie des infirmiers, et les principaux textes sur la pratique avancée (éditions Berger-Levrault, 2021).

le montrent les extraits de discours suivants fréquemment entendus dans les séances de formation : « *Moi j'ai été formé comme ça...je regardais faire l'infirmière plusieurs fois, et après je me lançais...c'est comme ça qu'on apprend à faire* », « *il n'est pas question de dire : il faut faire ça comme ça, je n'impose pas ma manière de faire, mais c'est en faisant qu'il va trouver son propre style* » (DTIF). L'application de ce principe d'isomorphisme semble avoir fait ses preuves dans le temps, il correspond aux modèles de l'imitation et du compagnonnage abordés dans la première partie de cet écrit. Il arrive certaines fois que cette conception soit aux dires de certains tuteurs, poussée à l'extrême, et qu'elle induise un formatage qu'ils déplorent, comme l'exprime celui-ci : « *c'est du grand n'importe quoi, avec certaines de mes collègues, l'étudiant n'a pas d'autre choix de faire comme elles lui ont montré, autrement elles le saquent à l'évaluation du portfolio* » (DTIF).

De nombreux discours dans les formations-interventions démontrent qu'une marge d'autonomie est laissée à l'étudiant dans la façon dont il tire profit de son stage. Hormis l'immuable expression « *l'étudiant est acteur de sa formation* » justifiant de « *devoir les lâcher* », la plupart des tuteurs présents en formation estiment qu'ils accompagnent l'autonomisation de l'étudiant. « *C'est à force de faire, qu'ils sauront faire tous seuls* », dit l'un, « *une fois qu'ils nous ont montré qu'ils savent faire, on peut les laisser faire tous seuls* », rajoute un autre, « *je le laisse faire en toute autonomie, et du coup, de temps en temps je vais l'observer pour voir s'il le fait toujours correctement* » précise un troisième. Les exemples présentés par les participants sont souvent associés à l'apprentissage des habiletés techniques nécessaires et essentielles à leurs dires pour « *devenir un bon professionnel infirmier* ». La notion de « *praticien autonome et réflexif* » que le référentiel leur demande de former semble être un implicite dans une logique similaire à celle du formateur-IFSI, la manière dont ils se sont eux-mêmes formés et leurs expériences antérieures d'encadrement des étudiants infirmiers leur permettent de considérer avoir toujours formé des futurs professionnels compétents. Des discours tels que « *l'étudiant voit bien qu'on ne fait pas bêtement le soin et qu'on l'adapte au patient qu'on a en face* » peuvent attester d'une manière d'accompagner l'ESI plus proche de la monstration que de l'analyse de la pratique mise en mots. Cette interprétation est renforcée par le fait que dans les témoignages de tuteurs en formation, l'évaluation des compétences de l'étudiant est souvent confondue avec l'évaluation des gestes techniques infirmiers.

Le référentiel 2009 vient changer les priorités en formation, avec l'approche par compétences, il ne s'agit plus de montrer le faire, le savoir-faire, les actions infirmières, le « *comment-s'y-prendre* » mais de provoquer des apprentissages afin d'aider l'étudiant à

développer les ressources nécessaires qui vont lui permettre d'évoluer. Relativement éloignée de « faire faire l'acquisition du contrôle de ses apprentissages par l'apprenant lui-même » (Donnadieu, Genthon & Vial, 1998, p. 51), la conception de l'autonomie chez les tuteurs rencontrés lors des formations-interventions, relève souvent plus d'un besoin de conformisme et a montré une fonction contrôle souvent cloisonnée à l'organisationnel et à la performance du soin technique.

Cependant, lorsque ces participants témoignent de leur pratique, il est à noter une perte de contrôle sur ces situations d'apprentissage, générée par les injonctions inhérentes à leur place de tuteur, à savoir l'accompagnement à la mise en sens et à l'analyse de pratique. Souvent reléguées au rang d'« exigence de l'IFSI », ces consignes semblent déconnectées de la réalité professionnelle, et amalgamées à la prescription qui semble assimilée par tous : « faut qu'ils fassent des recherches eux-mêmes pour comprendre », cette remarque étant prononcée dans chaque groupe de tuteurs en formation depuis 2009.

Ces recherches dites « utiles » souvent préconisées, sont peu vérifiées et rarement partagées avec le tuteur « maintenant c'est différent un étudiant doit faire des recherches mais on les sent perdus avec des savoirs qui sont fragiles », « l'ESI a des difficultés à faire les liens entre ce qu'il voit, ce qu'il va faire et ce qu'il devrait faire, c'est compliqué de combiner tout ça », « tous ces savoirs, c'est compliqué », « c'est plus pareil, on n'a pas été habitué comme ça ! » (DTIF).

En venant réinterroger la question de la filiation et la notion de transmission, cette commande institutionnelle repose celle des savoirs expérientiels chers aux professionnels. Ce qu'ils transmettent est devenu flou, il y a d'un côté ce qu'ils sont sensés officiellement faire et de l'autre ce qu'ils font concrètement.

De nombreuses anecdotes relatées montrent des situations déséquilibrées, l'ESI en connaît autant, voire sait plus de choses sur la formation, sur le référentiel et sur ce que « doit » être une infirmière aujourd'hui, ce qui déplace le vécu subjectif des rapports de pouvoirs et de places différents de ceux et celles attendus habituellement. On note une certaine mise à distance de l'ESI, ou de ce qu'il représente, peut-être même une méfiance dénotant d'un ancrage professionnel différent, signifiant peut-être que les affiliations, les relations qui unissent les individus entre eux et qui les amènent à se sentir membres d'un même groupe sont en péril.

En introduisant le contrat narcissique, la psychanalyste Castoriadis-Aulagnier (1975) introduit que chaque individu vient au monde déjà inséré dans une succession de générations, et reçoit une place déterminée dans l'ensemble auquel il appartient. Sa mission est d'assurer la

continuité entre les générations et au sein de l'ensemble social, avec la peur de s'en exclure en rompant le contrat. Ce contrat, qui reste implicite et inconscient, a une valeur narcissique pour le groupe mais aussi pour l'individu (désir de pérennité de l'un comme de l'autre), ce que Kaës (2014) nomme « assignation immuable ». En tant que professionnel infirmier membre d'une chaîne intergénérationnelle, le tuteur assure la transmission de la continuité de la vie psychique des générations. Kaës (2001) voit l'identification comme le processus majeur de la transmission psychique entre les générations, l'objet de la transmission est « ce qui protège et assure les continuités narcissiques, le maintien des liens intersubjectifs, la conservation et la complexité des formes et de la vie : idéaux, mécanismes de défense, identifications, certitudes, doutes » (cité par Souza Campos Paiva & Gomes, 2007, p. 140). Les affirmations des tuteurs font état de difficultés pour eux, non seulement de se reconnaître dans cet « *étudiant nouveau référentiel* », mais aussi de le penser comme la relève, visant la continuité du métier, on peut se poser la question de savoir si les ESI sont à la place qui leur a été assignée.

Bien qu'il y ait systématiquement lors de chaque changement de programme de formation, pour des raisons de temporalité évidente, une différence entre la profession à un instant « t » et la formation qui forme à cette profession (« *le professionnel de demain* »), le référentiel 2009 vient-il contredire l'énoncé professionnel ? A partir des paradoxes et états de confusion précédemment abordés, comment le référentiel 2009 vient-il ou peut-il s'insérer dans la continuité inter-générationnelle entre la génération infirmière en place et celle en devenir des ESI ? Les discours entendus, notamment pour la première, parlent-ils pour autant de perte de maîtrise des fondements disciplinaires ? De remise en cause de ce qu'il y a à transmettre ? Pour être un « *bon professionnel* », faut-il que l'ESI s'adapte à de nouveaux codes (versus référentiel 2009) ou qu'il ressemble aux professionnels actuels ?

1.1.3. *L'impensable autonomie de transmettre ou la transmission inconsciente*

Le paradoxe de l'autonomie dans la construction de l'infirmière a été illustré dans cet écrit. Nous avons vu qu'il était intéressant de différencier l'autonomie de la liberté de « pouvoir faire », et que le cadre restreint et limité, voire imposé à l'infirmière ne l'a pas empêchée de se construire. L'expérience de la réalité a installé une espèce d'interdit à donner à voir son savoir, la protégeant ainsi d'une éventuelle destruction ou spoliation. Ciccone (2012), psychanalyste, affirme que « toute affiliation se fait sur les failles de la filiation » (2012, p. 103).

J'é mets l'hypothèse que c'est sur cet impensable que s'est établi un pacte dénégatif (Kaës, 1993), permettant au groupe infirmier de continuer à se construire. Chaque nouvel

arrivant, pour pouvoir devenir sujet du groupe, va devoir s'inscrire dans cette filiation, il va à son tour, devenir un maillon de cette chaîne générationnelle et participer à la transmission des alliances groupales et de leurs éléments psychiques déniés qui lient le groupe infirmier et pourraient s'avérer destructeurs s'ils n'étaient plus refoulés.

Kaës (1998) parle de transmission transgénérationnelle du négatif, « il s'agit de la transmission de rejets, de scotomes, de dénis ou de désaveux. Les membres d'une même culture sont ainsi tous habités, aliénés par des "objets bruts", non ou mal psychisés, non ou mal transformés. Nous pouvons évoquer ici les "pactes dénégatifs" ou les "communautés de déni". Celles-ci impliquent des zones de non-séparation entre les membres du groupe (identifications projectives et narcissiques croisées) ». Il ajoute que ce pacte dénégatif est aussi « ce qui protège et assure les continuités narcissiques, le maintien des liens intersubjectifs, la conservation et la complexité des formes et de la vie : idéaux, mécanismes de défense, identifications, certitudes, doutes ». Granjon (2012) utilise la métaphore de la boîte de Pandore, pour l'illustrer, elle contient les maux qui appartiennent au passé, le groupe en hérite, mais elle est interdite d'accès, et organise ainsi la vie du groupe autour de ce qui doit rester inaccessible, autrement dit de ce qui ne doit pas se raconter, ni même se penser. « Entrer dans le savoir du métier c'est aussi entrer dans ses impensés. Le faire en emprunte les mêmes voies : l'impensé est ce qui échappe à la symbolisation, l'appréhender revient à l'éprouver (...) » (Le Roy, 2020, p. 9).

Grâce à la construction psychique commune aux membres d'un groupe, qu'est l'appareil psychique groupal (Kaës, 1993) la réalité psychique de et dans le groupe est produite et traitée par « la médiation et l'échange de différences entre la réalité psychique dans ses composantes intrapsychique, intersubjective et groupales, et la réalité groupale dans ses aspects sociétaux et culturels » (p. 176). « En échange, le groupe assume un certain nombre de services au bénéfice de ses sujets, services auxquels ils collaborent, par exemple par l'édification de mécanismes de défense collectifs ou par la participation aux fonctions de l'Idéal » (Kaës, 2005, p. 22). Les extraits présentés ci-dessous sont des illustrations de mises en place tacite de mécanismes de défense conjoints et communs.

1.1.4. Le sentiment d'incompétence

Chez les formateurs IFSI

Les passages des discours suivants sont issus de verbatims de différentes séances de recherche collaborative et propose des illustrations de la manière dont chacune des formatrices a vécu son arrivée dans l'institut de formation, dans la fonction de formateur.

Martine a 15 ans d'ancienneté, elle exprime son ressenti de début de carrière, faisant référence à la fois à son isolement, sa sensation de devoir se débrouiller seule, et à la quantité de lectures qu'elle s'est imposées, pour selon elle, se construire en tant que formatrice. « *Tu te démerdais donc tu partais comme ça en live total donc je me suis construit des outils, tu imagines bien des classeurs de concepts, je ne quittais pas le dictionnaire des concepts²⁶⁹, je ne quittais pas mon dictionnaire Larousse, je venais avec une brouette en cours (...) donc petit à petit je me suis professionnalisée toute seule, j'ai appris toute seule, j'ai été obligée de lire ce qu'était l'analyse des pratiques, j'ai dû voir, les différentes pratiques, les différentes pédagogies que ça nécessitait, construire toujours, alimenter mes classeurs de concepts et puis lire, lire, lire, lire, fallait pas que je m'arrête parce que je savais que la semaine prochaine j'allais tomber à nouveau sur ce type de pratique et à chaque fois je me suis renforcée que comme ça (en appuyant sur les mots) en autodidactie (...).* (Séance RC 5). Les propos de cette formatrice montrent le vécu de tensions permanentes, et l'énergie considérable qu'elle dit devoir dépenser à s'auto-former sans cesse, une espèce de « puits sans fond » qu'il lui faut constamment combler pour semble-t-il, prétendre correspondre à ce qui est attendu d'elle dans la fonction, ce recours qui peut paraître presque compulsif à la théorie (« *construire toujours* » « *lire, lire, lire* » « *fallait pas que je m'arrête* ») lui sert-il de « rempart » à l'angoisse ? Ne serait-ce pas une façon de faire face aux situations imprévisibles, non pensées ou non pensables, plutôt que de se retrouver dans le sentiment inconfortable voire invivable de partir « *comme ça en live total* » en permanence comme une sorte d'effondrement auquel je ferais référence dans le paragraphe suivant ?

Ce vécu de déstabilisation est relayé par les commentaires de Rosalie, qui a 11 ans d'ancienneté, lorsqu'elle se remémore son immersion en tant que novice dans l'équipe de formateurs d'IFSI :

²⁶⁹ Cette appellation fait référence à un fascicule intitulé *Terminologie des soins infirmiers*, fascicule édité en 1986 de la série *Guide du service infirmier*, dans lequel les concepts utilisés dans la pratique des soins, et enseignés dans les IFSI sont définis.

« Mais, on se sent vachement inutile enfin... peut-être pas inutile, mais en tout cas complètement déstabilisé quand on arrive ici. Moi je me souviens on me demandait de faire des trucs je ne savais pas vraiment pas, c'est vraiment ce que tu es en train de dire... ben oui, ok, alors que je venais de quitter un service dans lequel je maîtrisais entre guillemets tout, on me demandait un truc je pouvais répondre, un patient me demandait je pouvais répondre... ici euh... on me demandait quelque chose et j'étais tout le temps... et je me souviens parfaitement je ne sais pas comment vous l'avez vécu vous, j'étais tout le temps en train de dire : je ne sais pas je ne sais pas je ne sais pas » (Séance RC 5). La perte des repères habituels semble engendrer un climat de tensions internes, une déstabilisation à l'arrivée dans un monde inconnu. En nommant la perte de son expertise lors du passage d'infirmière compétente (« je maîtrisais entre guillemets tout ») à formatrice, elle verbalise un sentiment d'inutilité, d'impuissance, de même que l'impossibilité de faire et de penser ce qui lui est demandé (« j'étais tout le temps en train de dire : je ne sais pas je ne sais pas je ne sais pas »).

Ces difficultés ressenties à devenir formatrice sont similaires chez tous les formateurs participant aux séances de recherche collaborative, quel que soit leur degré d'ancienneté dans la fonction de formateur en soins infirmiers, comme le montrent par exemple les propos de Zoé (2 ans d'ancienneté dans l'IFSI) : « Moi quand je suis arrivée, ici je me sentais compétente et pourtant je me suis rendue compte que je ne l'étais pas (silence) et pourtant, j'étais sûre, de mes capacités professionnelles. Et il y a eu, eu... euh ce moment euh... où je euh... où tu te sens comme une merde, moi je me suis sentie comme une merde à un moment quand même tu vois euh... de se remettre euh... à niveau euh... ». (Séance RC 3). L'utilisation de termes péjoratifs ou grossiers accentue les sentiments d'impuissance et de dévalorisation dans laquelle se sent projetée cette infirmière à son arrivée dans la formation. La violence du propos (« moi je me suis sentie comme une merde ») renvoie au ressenti de choc et de sidération, abordé précédemment. À y regarder de plus près lors de cette séance, ce type de propos est tellement banalisé dans le groupe, qu'il est accepté en tant que tel. La réaction de surprise du moment est systématiquement accompagnée de l'absence d'esprit critique ou de réaction du sujet vivant ce changement, ce qui amplifie le caractère normatif du vécu, cette normalisation ne permet pas d'aborder la situation sous un autre angle, et se transmet aux nouveaux comme le montre le discours de Cécile, arrivée depuis 5 mois : « Heureusement Zoé et JérémY m'ont prévenue, hein. Le premier jour, elle m'a dit : "alors tu vas voir, tu vas avoir l'impression que t'es con, mais j'te jure, c'est pas vrai hein, t'inquiètes pas hein, ça va passer, "elle m'a dit " mais t'inquiètes pas si t'as l'impression d'être con..." (Séance RC 4). Ce qui se présente comme une inévitable

répétition d'un sentiment d'illégitimité lorsque l'infirmière passe du monde des soins à celui de la formation semble pousser Elodie (1 mois d'ancienneté) à se dévaloriser dans la place qu'elle occupait précédemment : « *J'avais l'impression dans mon travail d'infirmière que je végétais, mais je le sens encore plus maintenant, vous alimentez ça, quand je vous dis que je suis bête, mais, je ne m'alimentais pas, je n'avais pas de nourriture intellectuelle, et j'ai un complexe quand je vous écoute parler, je ne fais plus les liens, je ne connecte plus* ». (Séance RC 2). En relisant les verbatims de séances collaboratives, il est à noter qu'à chaque fois qu'il est fait mention du passage d'infirmier(e) de service de soins au formateur en soins infirmiers, les discours anecdotiques banalisent cela en le présentant sous la forme d'un « désagrément », souvent reçu en l'état, sans recul, ni critique par les autres participants, il semble s'imposer tel une norme, une expérimentation indiscutable assimilée presque à un rituel valorisé par les formateurs, aidant à leur initiation ou à leur transformation (idée que je développerai dans un autre chapitre).

Au fil des séances ces vécus de disqualification ont circulé dans le groupe, créant des alliances parfois inconscientes pour rendre le phénomène ordinaire et protéger la pensée du groupe. Ils viennent dénier la violence à la manière du pacte dénégatif décrit par Kaës, et simultanément c'est par l'effet de banalisation que les vécus de disqualification du formateur sont entendables.

Les ressentis qui circulent et se transmettent dans le collectif, et les alliances que cette circulation engendre se constituent tels des énoncés dont les nouveaux héritent en leur assignant une place dans le groupe. C'est ce que l'on peut entendre dans le discours d'Alice, nouvelle arrivante dans la fonction (un mois d'ancienneté) : « *imagine dans quel état d'angoisse je suis, je sais ce qui va m'arriver, mais je n'ai rien à me mettre sous la main pour parer à mon angoisse, je ne peux pas travailler un truc en amont, et tu attends que ça arrive, parce que tu sais que ça va arriver parce qu'il n'y a pas de raison que ça ne t'arrive pas à moi, puisque c'est déjà arrivé aux autres, je ne suis pas mieux que les autres et en même temps tu palpés un truc qui t'échappes déjà* ». (Séance RC 8). Ces ressentis des réactions défensives consistent à en dénier la portée anxiogène en les banalisant jusqu'à ce qu'ils deviennent des sortes d'états de fait quasi communément admis, ainsi ce vécu devient « *un truc que tu palpés mais qui t'échappe déjà* », pour reprendre sa formulation qui se partage (« *tu sais que ça va arriver parce qu'il n'y a pas de raison que ça ne t'arrive pas à moi, puisque c'est déjà arrivé aux autres* », ibid) et se transmet sans qu'il y ait de prise sur cette transmission, en tout cas dans le verbatim de ta

recherche : « *je sais ce qui va m'arriver, mais je n'ai rien à me mettre sous la main pour parer à mon angoisse, je ne peux pas travailler un truc en amont, et tu attends que ça arrive* ».

Chez les tuteurs de stage

Les propos choisis, cités entre guillemets sont directement issus des verbatims du dispositif d'intervention-formation à destination des tuteurs de stage. Ces propos ne sont pas datés, car ils sont présents à de nombreuses reprises, et ce sur l'intégralité des 11 ans de ma pratique de formation au tutorat.

Il peut être intéressant de rappeler que les infirmières participant aux formations tutorales sont d'anciennetés de diplôme différentes (certains ont suivi le même cursus de 2009 que les ESI qu'elles tutorent), mais surtout qu'elles ont toutes encadré ou tuteuré des ESI avant de suivre la formation, l'état, depuis plus de 10 ans, des effectifs infirmiers dans les services de soins ne permet pas de détacher les professionnelles en formation continue, malgré les préconisations concernant la fonction tutorale, et l'impératif²⁷⁰ d'accueillir des étudiants en stage.

La négativité est souvent présente dans les discours, lorsqu'ils s'orientent vers l'analyse de la compréhension du référentiel de formation. Le constat récurrent des tuteurs en début de formation concerne l'intérêt de la réingénierie des études d'infirmières comme l'exprime l'un d'eux : « *je ne sais pas pourquoi ils nous ont changé le programme* », et est systématiquement accompagné du commentaire suivant : « *ça marchait bien avant, non ?* ». Le changement de formation est vécu comme une imposition, et semble fragiliser le professionnel devenu tuteur dans sa conception de l'encadrement des étudiants, et de la transmission de ses savoirs. La place que ces infirmières devenues tutrices de stage avaient jusqu'à maintenant semble ne plus aller de soi, comme le laisse voir des propos tels que « *On ne sait pas ce qu'est cette formation* », « *On ne sait plus qui on forme* », ou encore « *on ne sait plus comment les [les nouveaux étudiants] former* », nommant la difficulté qu'ils ont de ne pas se reconnaître pas dans ces étudiants en soins infirmiers « *nouvelle génération* », comme beaucoup de tuteurs rencontrés les appellent. Cet étudiant devenant réflexif -et chercheur, sort lui-même du champ de l'expérience du professionnel en charge de lui transmettre le métier. Et en sortant de cette aire de l'expérience, il rend une partie du terrain professionnel lui-même étranger à ce qu'en éprouve

²⁷⁰ Le terme « impératif » semble le plus approprié, car les professionnelles n'ont guère le choix d'accueillir ou pas des ESI, ceci est particulièrement lié à la difficulté de trouver des stages pour l'intégralité des périodes de formation clinique pendant les 3 années d'études infirmières.

le praticien en poste. Est-ce que ces nouvelles représentations de l'infirmière-2009 sont de nouvelles significations venant faire effraction dans les constructions antérieures individuelles et collectives ? En tout cas, interpellant dans la réalité, cela vient bousculer leur place dans les relations sociales, dans l'institution, mais peut-être aussi dans l'ordre symbolique ? Peut-on parler de changement d'affiliation ? de désaffiliation ?

Les tuteurs participants aux interventions-formations semblent convaincus que la manière qu'ils avaient de former les futurs professionnels est remise en question par de nouvelles injonctions, l'assignation à une place et un rôle déterminés par le référentiel de formation participe chez certains d'un processus d'auto-dévalorisation, d'une disqualification et induit un sentiment d'incompétence « *on ne sait pas ce qu'on nous demande* ». Dans son livre *Le groupe et l'inconscient*, Anzieu (1975) déclare : « Il conviendrait d'élaborer la notion de blessure narcissique pour un groupe ! » (p. 83). Il précisait : « Les groupes se sentent narcissiquement menacés lorsqu'on risque de mettre en évidence chez eux les points faibles qu'ils préfèrent se dissimuler à eux-mêmes et de ternir leur propre image idéale qu'ils entretiennent à grand frais. Ces deux mécanismes de groupe, investissement narcissique de certains secteurs de leur fonctionnement et défense contre la blessure narcissique, fondent une des résistances majeures à la recherche scientifique sur les groupes » (p. 169). On peut se poser la question si les ESI mettent à mal les professionnels ?

Les professionnels expliquent qu'ils ont toujours eu une responsabilité dans l'encadrement des stagiaires, cependant, le fait que le nouveau programme nomme cette responsabilité du tuteur de stage les déconcerte, « *on ne sait pas bien ce qu'ils attendent de nous* », nous disent systématiquement les participants. Il est utile de rappeler que cette responsabilité du professionnel de terrain était de mise dans les autres programmes d'études, elle est renommée clairement. « *Avant la responsabilité était partagée avec vous, les formateurs, vu qu'on évaluait ensemble, mais maintenant, c'est moi qui décide s'il est compétent ou pas. Et si je me trompe* », cette formulation est un des nombreux exemples concernant le dérangement des pratiques d'évaluation instituées jusqu'alors et du changement de responsabilité que cela engendre. Il existe une réelle difficulté à comprendre ce qu'on attend d'eux dans ce nouveau dispositif auquel ils « n'adhèrent » pas, allant jusqu'à provoquer pour certains d'entre eux, une véritable crise de légitimité professionnelle.

Je ne peux m'empêcher de relier cette vision dépréciative aux origines de la profession, maintenir une certaine image « convenue et partagée », même si elle se trouve être dégradée, pourrait participer à dissimuler le secret de l'autonomisation de l'infirmière. Formulé autrement

le traumatisme des origines lié aux situations de violences collectives, (à savoir sorcières éradiquées et sœurs « éliminées »), pourrait avoir provoqué un sentiment de honte face au regard d'autrui, tout en enterrant le dit-événement. La honte, nous dit Tisseron (2006) « est un sentiment terrible parce que celui qui l'éprouve craint d'être définitivement exclu du groupe dont il fait partie » (p. 20). Partant de ce qu'il dit, à savoir « la honte prépare à éprouver d'autres émotions prescrites » (p. 22), cet éprouvé d'incompétence ou d'impuissance pourrait être une façon passive ou résignée de se sentir responsable de ce qui lui arrive (l'impression de ne pas avoir droit à, de ne pas être à sa place), mais aussi un aménagement, une tentative de transformation de la honte en mécanisme de défense émergeant à chaque fois qu'il y a perte de repères, comme par exemple la confusion dans laquelle « le sujet se "débranche" en quelque sorte de son monde intérieur » (ibid, p. 25), la sidération ou le risque d'effondrement psychique.

1.1.5. L'effondrement

Winnicott (2000) affirme « [...] nous avons besoin d'employer le mot "effondrement" pour décrire l'état de choses impensable qui est sous-jacent à l'organisation d'une défense. » (p. 207). Qu'il soit généré par les pressions répétées en lien avec les exigences sociétales dans le cas de cette formatrice, ou par l'inattendu venant faire choc dans le deuxième exemple de la praticienne-se-formant-à-la-recherche, nous allons voir que le sentiment d'effondrement provoque un empêchement à penser, accompagné d'une dépréciation massive pour l'une, et d'un sentiment de solitude et d'impuissance pour l'autre.

Un moment d'effondrement d'une jeune formatrice

Il y a des anecdotes dont on soigne la narration : l'auditoire se sent acteur de l'histoire et vit les affects inhérents à la situation vécue, certaines personnes pouvant se retrouver à en passer par le même état émotionnel que l'orateur, ou réagir « à chaud ». Une contextualisation de l'illustration suivante s'impose. Nous sommes dans le cadre de la première séance de la recherche collaborative à l'IFSI. Le discours des formateurs s'oriente sur la difficulté qu'ils peuvent rencontrer dans la façon dont ils se préparent au « *face à face étudiant* » comme ils disent. Une formatrice novice donne un exemple de comment elle fait pour « *se rassurer* », dit-elle, sur le contenu de ce qu'elle va transmettre aux étudiants.

Sophie (sthénique) : *et tu te dis non y'a un truc ! tu vois ou par exemple, des fois, moi, j'ai besoin de conscientiser... c'est bon, peut-être y'a des fois je fais chier le monde, non je te jure (s'adressant à Martine) des fois je me dis : Putain ! je vais voir tout le monde, je parle mais*

j'ai besoin de ça parce que tac tac tac mon cerveau (alliant le geste à la parole) il rassemble le puzzle et après je me dis : Putain machin ah mais ouais ça j'avais pas pris en compte mais ça...alors bien sûr y'a des fois je peux partir dans des sphères cosmiques comme dirait Zoë mais après j'ai besoin de me recentrer mais j'ai besoin de ça enfin, je ne sais pas comment dire.

Martine acquiesce : c'est ta manière de fonctionner

Sophie : oui c'est ça. En même temps c'est la société, faut toujours prouver que tu es capable, faut que tu prouves dans le milieu professionnel, faut que tu prouves, moi je prends l'exemple-là c'est pour ça que je pleure (pleure en parlant) faut toujours que tu prouves que t'es capable que tu prouves que... c'est difficile tout ça !

Martine : à qui tu veux prouver euh ?

Sophie (toujours en pleurant) : ben tu es jugé quelque part, jugé c'est difficile.

(Séance RC 1).

Le rythme accéléré du récit, les phrases non terminées ponctuées régulièrement de grossièretés entraînent une difficulté à comprendre le contenu du discours de cette « jeune » formatrice. Cependant l'émotion dans le groupe gagne en intensité avec l'intonation de sa voix et les changements de registres lexicaux. Tout en déconcertant dans un premier temps l'auditoire, ce discours provoque l'irruption d'un inattendu, l'irruption d'affect témoigne d'un malaise, d'un mal-être de cette formatrice face aux exigences qu'elle affiche comme « *maltraitantes* » de la société (terme qu'elle a utilisé à un autre moment de la séance) : la nécessité systématique de démontrer son effectivité (« *faut toujours que tu prouves que t'es capable* »).

Soumises à cette émotion forte, les autres personnes du groupe sont tout d'abord désarçonnées, puis, cette manifestation affective va transformer l'ambiance du moment, et générer chez les participants un changement de posture. Ainsi, la préoccupation de la plus ancienne des formatrices va être de provoquer les rires des participants, comme le montre la suite de l'extrait précédent. Martine se met à raconter de suite la scène suivante : « *oui on est jugé par les étudiants dans la manière dont on va, ce qu'on va être, hier tu vois on était sur 'le normal et le pathologique'*²⁷¹ et là (se met debout pour mimer la saynète) *j'ai commencé à dire : est-ce que la mère Martine elle est normale ? (Sourire amusé puis, rires de Sophie) et ben là ! Y'a une étudiante qui me dit : 'non madame vous n'êtes pas normale et là !'* » tous les

²⁷¹ Ceci est le titre d'un contenu de TD d'une unité d'enseignement de psychologie dans lequel le formateur et les ESI débattent sur leurs représentations sociales de normalité et de santé mentale

étudiants se mettent à rire et elle [l'étudiante] dit : ''Mais écoutez-moi, je n'ai pas fini ma phrase (rires de Sophie) je disais non, Madame n'est pas normale mais personne ici n'est normal'' dit l'étudiante et on introduit notre débat discussion sur cette consonance-là (fait de grands gestes) c'est à dire je me livre comme ça, je me mets à la foire en me demandant d'être évalué, je suis quelqu'un qui est assez kamikaze je me laisse battre (cette fin de phrase provoquant l'hilarité dans le groupe) ». Ceci a pour effet, dans le groupe, de détourner l'attention chaque fois que l'émotion est plus forte, de la recouvrir comme pour « l'enterrer », en dénier la portée anxiogène en la banalisant. Ce faisant, usant d'exemples amusants, elle me semble simultanément signifier quelque chose de sa propre incapacité à faire face aux exigences sociétales.

Il semble compliqué de supporter les ressentis de souffrance émergés « naturellement » dans cette situation. En prenant la parole et en distrayant le groupe, la formatrice expérimentée semble faire obstacle et n'autorise plus la mise en mots de l'expérience affective de la « jeune » formatrice. C'est cette même formatrice, qui dans une des vignettes précédentes présentait sans remettre en question la surcharge de travail qu'elle a vécue à son arrivée dans le métier. Plusieurs interprétations peuvent être proposées. On peut penser que pour éviter de se retrouver avec des souvenirs bouleversants pour elle et face à sa propre vulnérabilité, cette formatrice s'anime, et tend à déconsidérer le discours de l'autre, ou à nier la souffrance de l'autre. Il est intéressant de noter que les autres membres du groupe, le praticien-chercheur y compris, ne l'ont pas empêchée de continuer.

Sa prise de parole euphorique en vue d'illustration amusante est totalement réactionnelle, et peut se présenter comme une tentative de réconfort de la collègue, mais aussi plus vraisemblablement comme une stratégie défensive, qui en transformant l'incapacité en objet de dérision désaffecte le vécu trop envahissant de l'autre. Le trop plein d'affect est contenu par le groupe, et cette « mise en scène » participe de « l'illusion groupale » (Anzieu, 1975) que Kaës (2002) qualifie « d'anti-dépresseur groupalement produit » (p. 49). Il s'agit d'une défense assurant la cohésion du groupe.

L'effondrement de la chercheuse : « Il est 9h15 et nous sommes vendredi 13 ».

C'est la première phrase prononcée lors de l'ouverture de la première séance de recherche collaborative. En m'entendant le prononcer, je réalise à quel point cet énoncé engendre un véritable empêchement à poursuivre mon discours. S'ensuivent des éclats de rire

broyants des participants, ce qui contribue à me figer complètement. « *Et tout s'effondre !* » (Extraits de mes notes de recherche, mai 2016). L'irruption brusque des rires partagés des participants, crée une dynamique de groupe particulière en imposant une atmosphère de dérision et me fait l'effet d'une menace brutale. « Les rires partagés (...) véhiculent un ajustement de la violence qui se donne à voir comme un spectacle extérieur coproduit et mis en scène par le groupe » (Ravit, 2005, p. 107). Dans le cas présent, cela provoque chez moi une véritable déstabilisation s'accompagnant de nombreuses manifestations émotionnelles, rougissement, sueurs, gorge serrée.

Rouchy (2006) explique que le groupe est rêvé par le clinicien avant d'être mis en place « S'il s'agit d'un nouveau groupe, il imagine dans l'anticipation les rapports qui pourraient se développer entre les patients qu'il va faire se rencontrer : le psychanalyste rêve le groupe. Dans tous les cas, ces représentations imaginaires participent de sa propre histoire – de même que le dispositif de travail qu'il adopte – et situent le groupe comme objet imaginaire pour lui comme pour les patients » (p. 10). Plutôt rassurée par le fait d'appartenir au même groupe professionnel, « je pensais avoir plus de légitimité à intervenir auprès d'eux puisque j'avais connu des difficultés analogues à celles auxquelles j'imaginai qu'ils se confrontaient » (Dubois, 2017, p. 34). L'enjeu fort que représentait cette première séance de recherche collaborative engendrait un état d'anxiété chez moi, cependant le temps passé à le réfléchir et à peaufiner le discours introductif permettait de me sentir à l'aise sur le contenu à proposer aux participants. La seule phrase prononcée et son effet sur le groupe a généré une autodépréciation, oscillant entre une sensation de « ne pas être à la hauteur » ou tel un « imposteur » l'impression de ne pas être à ma place. Elle donne à voir une désorganisation inattendue au regard de la préparation faite en amont de la séance, tout était pensé, organisé et même écrit, pour que rien ne soit oublié le moment venu. Ce dérangement me renvoie à mon statut de praticienne. La supposition d'une mise en lien avec le vécu rapporté par les formateurs concernant la mise en œuvre des référentiels, semble tout à fait plausible : l'impression d'être pris entre l'envie de se conformer à la « prescription » de la commande (ici, la mise en œuvre d'un dispositif de recherche) et la réalité, engendrant un sentiment personnel d'incompétence. Interpellant dans la réalité, cela vient bousculer ma place dans les relations sociales, dans l'équipe instituée, dans l'institution de formation, mais peut-être aussi dans l'ordre symbolique, un changement d'affiliation, cette situation de brouhaha pouvant exprimer la violence engendrée par l'arrivée du praticien-chercheur au sein d'un collectif de formateurs.

Des essais d'interprétations de ce vécu de sidération inhérente aux premiers mots prononcés sont présents dans mes notes de recherche (mars 2018). En première place y figure l'aspect symbolique du chiffre 13, en analogie avec le chiffre 12, qui lui est le symbole de l'équilibre, le 13 est le surnuméraire, le déséquilibre, le mauvais chiffre, comme l'illustrent de nombreuses croyances d'origine religieuse²⁷².

La symbolique du Vendredi 13 est particulièrement intéressante replacée dans les origines du prendre soin et dans l'histoire des femmes soignantes. Avant les temps patriarcaux, le vendredi 13 était considéré comme le jour de culte de la Divine Féminité, comme un jour pour adorer la féminité divine qui vit en chacun d'entre nous, et honorer les cycles de création de la mort et de la renaissance.

Cela pourrait représenter une tactique de disqualification de celui qui attende à l'éclairage de l'histoire du métier. Le groupe infirmier renforce sa cohésion en rendant la parole impossible, et la non-remise en question ou le fait de ne pas parler des origines devient la norme groupale. Le praticien-chercheur, représentant à la fois le semblable (le même groupe, collectif, institution) et l'étranger (le praticien chercheur, le cadre en position hiérarchique), peut remettre à jour l'indicible dans la transmission de la pratique infirmière. Il peut perturber les représentations, et induire de nouvelles significations venant faire effraction dans les constructions antérieures individuelles et collectives.

Avec la mise en questionnement des pratiques qu'il propose, au cours de cette recherche collaborative, le praticien-chercheur figurerait-il dans ce cadre celui qui vient rompre l'équilibre établi au sein d'un collectif de formateurs en soins infirmiers aux prises avec l'universitarisation ?

1.2. L'intraduisible théorisation de la pratique à la théorie

La formation des infirmières a pendant longtemps restreint leur rôle à celui de « l'application des soins aux malades hospitalisés » (1951). Poisson (2008) rappelle que « la reconnaissance officielle d'une parcelle de territoire institutionnel et symbolique pour les infirmières montre, aussi bien, qu'elles sont jugées capables, donc autorisées à penser, c'est-à-dire de se livrer à une délibération ayant pour résultat un certain nombre de jugements et la prise de décision pour l'action » (p. 57), c'est donc avec l'avènement du rôle propre que la

²⁷² Dans la mythologie gréco-romain : 12 dieux + Zeus = 13, le *chiffre 13* rompt l'harmonie du nombre 12, *symbole* de perfection. Chez les chrétiens : la cène : 12 apôtres + Jésus = 13, le treizième est un traître. Même symbolique dans la mythologie nordique : au banquet d'Odin (11 + Odin) l'invité surprise (le 13ème) tuera le fils d'Odin.

formation a affiché un discours idéologique sur l'autonomie de l'infirmière. Rappelons aussi que cette logique de reconnaissance identitaire portée par la succession des programmes depuis 1961 a produit les mêmes effets sur le groupe infirmier, à savoir une division du groupe en lien avec une difficulté à rompre avec la traditionnelle représentation de l'infirmière (dévouée au médecin et « formatée » à la pensée médicale) et une réactualisation de l'empêchement à penser sa propre autonomie. Les deux illustrations de cela sont le programme de 1972 vécu comme une véritable réforme, une « véritable révolution » (Boudier, 2005, p. 54), et le programme de 1992 pour lequel j'ai développé un sous-chapitre complet intitulé « La difficulté face à l'injonction institutionnelle de former un nouveau profil d'infirmier polyvalent » en page 64. Il est à noter que dans les écrits relatant la publication des textes d'application de ces deux « nouveaux » programmes, les propos sont similaires à ceux exposant l'arrivée de la réingénierie 2009, c'est-à-dire le peu de délai entre la sortie des textes et leur application, le peu de préparation des professionnels devant les appliquer et la sensation d'imposition. Chacun de ces 3 programmes d'études propose de former un nouveau profil d'infirmière différent de celui de l'époque, et renouvelle le vocabulaire infirmier en décalage avec celui usité dans les services de soins.

1.2.1. *Le jargon-formateur : une constance.*

Quel que soit l'IFSI dans lequel exercent les formateurs, ils énoncent la difficulté engendrée par la complexité du tryptique référentiel métier, référentiel d'activités et référentiel de formation/certification. « *Le référentiel 2009 il a surajouté des choses* » (EF 3), « *On a une kyrielle de mots qu'on banalise : ingénierie de compétences, pédagogie retournée, inversée ou je ne sais quoi !* » (Séance RC 2), ils qualifient tout ce vocabulaire de « *jargon-formateur* », terme usité régulièrement par 4 des formateurs interviewés, et par l'intégralité des interlocuteurs de cette recherche, et ce quel que soit leur statut. Le jargon est une façon de s'exprimer permettant de se comprendre au sein d'une communauté spécifique, faisant autorité, assimilé à un langage volontairement crypté accentuant la connivence, il permet d'exclure ceux qui ne font pas partie du groupe formateur, comme les professionnels de terrain par exemple « *tu vas à l'hôpital, tu te fais retourner en parlant comme ça !* » nous précise une jeune professionnelle intégrée depuis peu dans l'équipe de formateurs-IFSI (Séance RC2).

Dans le cas présent, les trois référentiels (activités, compétences et formation) sont présentés comme la prescription d'un nouveau vocabulaire, un langage d'initiés à connotation savante. Dans les discours recueillis dans le cadre de cette recherche, l'intitulé « référentiel

2009 » s'emploie indifféremment pour nommer n'importe lequel de ces textes, voire les trois. Cependant, dans les propos des formateurs d'IFSI (interviewés ou participants de la recherche collaborative), le texte de référence semble être le référentiel de formation, les deux autres (activités et compétences), très peu utilisés dans la réorganisation des enseignements, sont plutôt connotés à destination des terrains de stage, ce qui atteste d'une division des savoirs et des pratiques. Comme l'exprime les participants de cette recherche, certains vivent ce référentiel comme une formalisation excessive opacifiée par du vocabulaire difficilement assimilable : « *Le mot paradigme*²⁷³ : ça fait je ne sais pas combien de fois que je lis la définition, je ne sais pas pourquoi je ne l'imprime pas, ça ne doit pas coller avec moi ! » (Séance RC 2) explique une infirmière devenue depuis peu formatrice en IFSI. Ces nouvelles dénominations qualifiées de « déroutantes » (EF 3, et 5) sont identifiées par les formateurs comme inhérentes à la formation en IFSI, « *Tous ces trucs de pédago, ça m'a même dégoûtée d'aller faire en master en sciences de l'éducation, rien que pour ça* » nous explique une formatrice (Séance RC7), tandis qu'une autre participante insiste sur la difficulté que ce changement de vocabulaire génère au sein des équipes d'institut de formation : « *Un changement de paradigme, ! (souffle ou siffle) déjà t'annonce ça, les gens ils se tirent, combien y'a de formateurs qui sont partis à la suite de ça* » (Séance RC7). Ce sentiment de non assimilable donne lieu dans ces discours à des formes d'empêchement à penser qui semblent se manifester par un renoncement, à comprendre la définition, à aller se former, et même à exercer son métier.

Au regard du laps de temps très court entre sa sortie et sa mise en œuvre, le référentiel 2009 semble s'imposer auprès de ces formateurs comme un guide méthodologique, tout d'abord à décoder comme l'énonce cette formatrice (EF 2) « *l'UE 2 truc machin, déjà tu découvres le bazar t'essaye de décrypter le machin* », puis à appliquer sans trop savoir comment, dicit cette deuxième formatrice (EF 3) : « *C'est-à-dire il y avait plein de nouveaux termes, la façon dont c'était organisé, décliné, quand on regarde le référentiel il y a différentes portes d'entrée, du coup on se pose la question, mais par où on rentre, comment on articule tout ça, enfin on n'a pas eu le mode d'emploi* ». Un autre formateur (EF 4) conclut qu'« *il ne laisse pas de liberté* »,

²⁷³ Les expressions « changement de paradigme » ou « le nouveau paradigme » sont beaucoup été utilisées dans les écrits professionnels faisant référence à la réingénierie des études infirmières, ce qui signifiait au début de l'universitarisation : l'approche centrée sur la transmission de connaissances est remplacée par une approche de transmissions de résultats de l'apprentissage, et l'approche centrée sur l'enseignement est remplacée par une approche centrée sur l'étudiant. Puis, ces expressions ont progressivement envahi les discours des formateurs, et leur utilisation excessive semble les avoir vidés de leur sens.

après avoir présenté l'exemple suivant « *l'aspect prescriptif du référentiel dit que ton évaluation, ça sera ça, d'accord? Et ça tu ne peux pas la changer, d'accord? Tu peux le changer, mais quand on voit les étudiants qui nous amènent au tribunal administratif, tu ne vas pas le changer* ».

Après des années de mise en œuvre, il semble, pour certains, toujours aussi compliqué à manipuler « *Je pense, que ça peut être un excellent programme, mais si on arrive à le mettre en route correctement* » (EF 4). Certains propos attestent toujours de sa non-appropriation ou témoignent d'une non-assimilation du langage qu'il véhicule, comme l'énonce cette interviewée (EF 1) « *pour moi il était bien pensé mais euh c'est l'utilisation qu'on en fait derrière ...* », « *Alors quand on nous a annoncé le référentiel pourquoi pas ! On disait que ça ne serait pas mal que les étudiants sachent non seulement pratiquer mais aussi réfléchir, donc c'était plutôt pas mal ... Avec le recul, bah je me dis que non seulement ils ne savent pas pratiquer... ils ne savent pas réfléchir* ». Certains rapportent des propos faisant état d'une résistance à la compréhension de ces référentiels « *Des collègues qui ne comprennent pas ou qui ne veulent pas comprendre, qui ne cherche pas à comprendre, qui se ferment, oui qui se ferment ou alors qui en ont une compréhension très personnelle* » (EF 3). La plupart des formateurs rencontrés pendant cette recherche appréhendent ces référentiels et principalement le référentiel de formation comme une norme qu'ils doivent respecter avec son listing de termes, de « ce qui est à faire », de principes descriptifs précis auxquels ils doivent se conformer. Cette référentialisation est vécue comme un inventaire d'acronymes (UE numéro), un formatage précis, une déclinaison quasi procédurale des attendus, pouvant se rapprocher d'une logique béhavioriste, allant à l'encontre de l'idéologie socioconstructiviste que ces référentiels préconisent. Le Goff (2003) évoque à propos de la réingénierie, « un brouillard conceptuel, (...) un vocabulaire faussement savant et technicien, voire une logomachie » (p. 91) soulignant le risque de déshumanisation de la formation.

Il semble s'agir là une fois encore d'une « énième » mutation imposée à laquelle les formateurs doivent faire face, ce qu'exprime une formatrice de 15 ans d'ancienneté (EF 6) : « *quand j'entends dire ''l'analyse portfolio'', ça me gonfle d'entendre ça, parce que je me dis c'est une analyse de la pratique et ça reste une analyse comme on faisait avant* », ce qui amène la quasi-totalité des interviewés à dire : « *C'est institut dépendant, ça c'est sûr et aussi formateur dépendant* ». Ces propos rappellent ceux affirmés sur l'improvisation et l'auto-formation des monitrices au début de la formation infirmière, ou encore ceux exposés dans l'enquête d'Aubry (2006) sur l'enseignement de la démarche de soins du programme de 1992 précédemment citée

en page 107 (« *Ce domaine de savoir est encore laissé le plus souvent à la libre interprétation de chaque formateur* »).

Au même titre que nous avons pu voir que l'aménagement des formations précédentes, imposé puis laissé à l'initiative du corps enseignant a invariablement à la fois mobiliser beaucoup d'énergie, et dépasser les formateurs dans l'assimilation et la concrétisation des idées qu'il insufflait, le changement de programme des études se vit comme une répétition dans la façon d'appréhender le changement de programmes au fil de l'évolution et des réformes de la formation, ou bien dévoile une répétition dont l'émergence n'est pas questionnée, voire dont ces formateurs n'ont pas conscience, une « nouvelle mise aux normes » des pratiques en vigueur, une prescription à vision techniciste de la formation, dont la légitimité n'est pas interrogée, ni le fait qu'ils doivent s'y adapter.

Cette logique d'appréhension des nouveaux programmes d'études donne lieu à des adaptations permanentes aux impositions et évolutions de vocabulaire et de discours, malmenant les formateurs dans leurs connaissances et acquis antérieurs. Nous avons vu que cela ne signifiait pas de substituer à un autre, et que cela générerait souvent perte de sens, confusion et empêchement à penser. Une récurrence observée lors des séances de recherche collaborative a été l'apparition dans le dispositif groupal de non-sens partagés par l'intégralité des participants.

Le passage de dialogue suivant porte sur l'exemple du terme « *habiter* » qui s'est imposé de lui-même au fil des interactions entre les participants des séances de groupe, mais dont l'utilisation inattendue dans les échanges verbaux entre formateurs d'anciennetés diverses le projette à l'état d'expression jargonante non partagée révélatrice de non-sens.

« *Habiter une posture* », « *habiter son métier* » « *j'ai l'impression d'habiter plus mon métier qu'avant* » « *habiter les mots* » sont des expressions prononcées à multiples reprises par une des formatrices expérimentées. Une jeune formatrice (Zoé, 2 ans d'expérience en IFSI) reprend la phrase précédemment citée à propos d'« *habiter les mots* » et ajoute :

Zoé : « *quand on les dit, y'en a qui les habite, et d'autres pas* », ce qui surprend Elodie (arrivée depuis peu à l'IFSI). Elle ne s'exprime pas, mais pose sur l'interlocutrice un regard interrogateur.

Zoé : « *même si je ne sais pas ce que veut dire habiter un mot !* ».

Martine réplique : « *moi, je dis souvent habiter, incarner, faut le sentir, faut l'avoir vécu, faut être passé par ce mot là avant de l'utiliser* »

CA : « *tu te rends compte du choc quand tu arrives ici et qu'on te dit qu'il faut habiter le mot !* », le silence s'installe dans la pièce.

Martine : *non ça ne me choque pas moi*, cette réponse génère un énorme brouhaha empêchant les échanges verbaux, quelques bribes de discours émergent sans qu'elles puissent être reprises « *habiter c'est le comprendre lui donner du sens* » (Martine) « *évidemment sinon tu ne peux pas le transmettre* ».

Lorsque le praticien-chercheur essaie de proposer à nouveau le terme au groupe, Martine dit en s'esclaffant : « *ah tu t'en sers là tu du mot habiter hein hahahaha oui oui* » et Zoé reprend sa démonstration : « *moi le mot "habiter" me parle plus que posture, parce que habiter, ça veut dire à l'intérieur. Mais attention, il y a des gens, ça peut être l'inverse : habiter ça veut dire déménager* ». Certains la regardent, abasourdis, tandis que Karine, sa voisine de bureau joint le geste à la parole « *sors de ce corps !* » accompagné d'un croisement de doigt (qui évoque une pratique de désensorcellement), générant l'hilarité générale et un imposant brouhaha.

(Séance RC 2).

Qu'il soit nommé glissement sémantique, détournement du sens, ou réinvention de mot, il est à noter que l'utilisation décalée du terme « *habiter* » génère plusieurs attitudes dans l'échange présenté. La jeune formatrice le propose « naturellement » dans un premier temps sans difficulté pour argumenter son intervention (« *quand on les dit, y'en a qui les habite, et d'autres pas* »), puis mentionne aussi naturellement qu'elle n'en connaît pas la signification (« *même si je ne sais pas ce que veut dire habiter un mot !* »), tout en continuant à l'utiliser par la suite dans un discours abscons que d'autres tournent à la dérision (« *sors de ce corps !* »).

La nouvelle arrivante, tout en montrant son incompréhension, préfère laisser continuer l'interlocutrice plutôt que de l'interroger sur la signification du mot, tout en continuant à participer à l'échange. Sa non-compréhension déclarée du mot *habiter* est-elle à prendre au pied de la lettre ? Est-ce qu'elle participe vraiment sans comprendre ou bien est-ce qu'elle signifie par là son décalage par rapport aux autres à travers le décalage des mots entre l'ancien programme et le nouveau ? Sous ce second angle, l'empêchement à penser (ici ne pas interroger le sens du mot) serait l'indice ou le moyen d'exprimer autre chose, conjointement ou en réaction, avec le discours de l'expérimentée.

Quant à l'expérimentée, elle développe un invraisemblable argumentaire pour démontrer l'appropriation de terme, qui ne soulève aucune réaction du groupe, hormis le constat

déroutant de l'évidence concentrée dans la réplique du praticien-chercheur, qui sidère l'assemblée (« *tu te rends compte du choc quand tu arrives ici et qu'on te dit qu'il faut habiter le mot !* »).

Généralisant effet de surprise, perplexité, embarras, rejet ou résistance, cet arrêt provoqué par le silence fait office de brouillage dans le partage de sens, et a pour effet de générer un brouhaha accentuant l'aspect confusionnant ou censurant de la formulation du sens.

La demande explicite d'approfondissement entraîne une mise en mot inintelligible et hermétique, disqualifiée par la moquerie. Intentionnelle ou pas, cette intervention crée une connivence, une mutuelle compréhension via le rire, peut-être s'agit-il d'une reprise en main par le groupe de ce qui lui échappe, on peut par exemple se demander si rires et brouhaha recréent de la connivence non pas seulement par rapport aux discours « abracadabrant » de la jeune formatrice mais aussi peut-être et surtout face à la menace de rupture dans les filiations professionnelles que l'échange entre Martine et Zoé pourrait incarner ?... Le groupe s'en protègeant en créant du bruit qui recouvre la « menace » (ce qui rejoint les approches du rire et autres manifestations bruyantes comme mécanisme de défense dans les groupes).

L'utilisation du terme « habiter » est traversée par de nombreux débats en sciences humaines et sociales. Ce qui suit ne se veut pas du tout exhaustif, mais développe une idée qui me semble pertinente concernant une possible interprétation de l'utilisation récurrente de ce terme dans les discours des formateurs infirmiers d'IFSI.

Du latin *habitare* "avoir souvent", ce terme renvoie à la notion d'habitude, de familiarité, et signifie aussi demeurer ou rester. Habiter signifie aussi être chez soi, correspondant à la fois à un besoin fondamental de l'homme, et à une activité primordiale, constitutive de l'être humain (Heidegger, 1951), qui avance dans son essai philosophique *Bâtir, habiter, penser* qu'« Etre, c'est habiter ». Reprenant ses apports, le géographe Dardel (1952) affirme qu'habiter est un mode de connaissance, d'action, d'affectivité associé à un « chez soi », un rapport au monde. Dans une perspective anthropologique, Hoyaux (2002) explique « Habiter pour l'être-là, c'est donc se construire à l'intérieur d'un monde par la construction même de celui-ci » (p. 5).

En reprenant la définition du CNRTL²⁷⁴ « Occuper habituellement en lieu. Se trouver dans. Se tenir habituellement dans. Vivre dans un espace qui offre les conditions nécessaires de vie et de développement », et en l'extrapolant quelque peu, ne pourrait-on pas dire que ce terme

²⁷⁴ Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. <https://www.cnrtl.fr/definition/habiter>

est intimement lié à la notion d'appropriation.

Il est intéressant de souligner que son utilisation dans les discours coïncide avec les mots recommandés par la réingénierie (paradigme, compétence, réflexivité...). « Habiter » est utilisé comme un présupposé présentant l'information qu'il contient comme évidente alors qu'elle ne l'est pas, ni pour l'émetteur, ni pour le destinataire, car le mot est employé dans un sens non usuel. Durand (2011), homme politique, explique qu'il existe depuis quelques années dans les réformes, un répertoire récurrent de mots restreints, « des mots et des expressions qui sont à la pensée ce que le *chewing-gum* est à la nutrition : une mastication qui tournerait à vide si elle ne contribuait pas au conditionnement général des esprits du côté d'une représentation libérale du monde qui se pense – et se donne les moyens d'être pensée et acceptée – comme le nouvel horizon indépassable de nos sociétés post-industrielles » (p. 92) autrement dit « les nouveaux mots du pouvoir » (p. 94). Ces mots circulent très largement sans être reliés à leur contexte d'apparition (politique de gestion), et cette imposition vient circonscrire à la fois le dicible, mais aussi la manière dont les choses doivent être dites, pouvant ainsi les vider de leur signification, et pourquoi pas légitimer certaines violences, telles l'injonction paradoxale de la prescription de l'autonomie ou la construction d'une nouvelle réalité sous-entendant implicitement l'inquiétante « *tabula rasa* ». En brouillant les points de repères antérieurs, et en proposant de nouvelles significations incitant une nouvelle façon de voir les choses, un nouveau cadre de pensée est posé.

1.2.2. *L'impossible mise en mots réitérée*

Deux types de matériaux vont venir servir de supports à mon analyse.

Tout d'abord, ce que je nomme dans le chapitre méthodologique de recueil de données *L'observation de la quotidienneté* rend ici la forme d'une vignette relatant une scène professionnelle vécue dans mon quotidien de formatrice en soins infirmiers (15 ans d'ancienneté à l'époque de cette scène) : un accompagnement entre paires faisant intervenir une infirmière nouvellement arrivée sur la fonction de formatrice et moi-même, en 2016.

Puis, dans un second temps, une compilation de discours des formateurs-IFSI participant à la recherche collaborative va me permettre de rendre compte des dissensions autour du vocable très prisé des formateurs et des référentiels : le terme de « posture ».

Le contexte de la vignette est le suivant : Agnès, nouvelle arrivante en IFSI, s'emploie à construire un diaporama à destination des étudiants, ré-explicitant les étapes prévues dans le

référentiel pour le raisonnement clinique, considéré de longue date « cœur de métier » de l'infirmière.

Agnès me confie : « *je ne comprends rien au vocabulaire, c'est du charabia !* ». Connaissant sa pratique antérieure d'infirmière clinicienne spécialisée dans la prise en charge de la douleur²⁷⁵, je l'invite à relier ce nouveau vocabulaire sorti du référentiel de formation au discours « *habituel* » de professionnelle : « *là tu vois, quand tu faisais cela, tu étais en train de faire un recueil de données* » lui dis-je. En lui proposant cet « *exercice* », j'étais pleinement confiante dans le résultat attendu, ce qu'elle m'a rapidement confirmé « *quand tu me dis les étapes par rapport à mon boulot, je suis d'accord, je vois où tu veux en venir !* », me répond-elle apparemment soulagée. Je lui suggère donc de poursuivre cette mise en correspondance entre le langage du référentiel et sa pratique, évoquant que cela peut être aidant pour elle comme pour les étudiants à qui elle la transmettra. De façon surprenante, Agnès prend brusquement un air abasourdi et répète à plusieurs reprises « *non, vraiment, je ne comprends rien !* ». Elle finit par dire d'une voix vindicative : « *Je ne comprends plus rien à ce que c'est qu'une infirmière dans ce nouveau référentiel, et encore moins un formateur !* ». Quelle n'est pas ma surprise de l'entendre dire en réponse à la question « *comment puis-je t'aider ? de quoi as-tu besoin pour comprendre ?* » : « *comment veux-tu que je te dise de quoi j'ai besoin pour comprendre, je ne sais même pas ce dont j'ai besoin ! ...je ne sais même plus qui je suis, et où je suis* », et rajoute : « *Avant d'arriver ici, là où j'exerçais en tant que professionnelle expert, c'est moi qu'on ne comprenait pas, maintenant ici, c'est moi qui ne comprends rien* ».

Le constat est souvent le même, cette nouvelle manière de nommer les savoirs de la pratique semble ne plus rien signifier, plongeant certains professionnels, des plus aguerris, dans un état de stupeur, une impossibilité à penser le sens de ce qu'ils font et vivent. C'est comme si les mots étaient entendus, mais qu'ensemble ils ne signifiaient rien. Ils se retrouvent eux-mêmes fragilisés par le contexte, à tel point qu'ils en arrivent à douter de leur propre capacité à penser, à pratiquer des opérations considérées comme de base. Cela vient compromettre leurs compétences infra-personnelles (raisonner, observer, prendre de la distance...), et les malmener

²⁷⁵ L'infirmière Ressource Douleur (IRD) « formalise une consultation infirmière dans une approche systémique du patient douloureux chronique. Dans ce contexte, l'IRD établit ses diagnostics et possède un rôle thérapeutique dans son champ de compétence autonome, tout en collaborant à l'établissement du diagnostic médical et à l'application des thérapeutiques prescrites » (SFETD, 2016, p. 4). Ceci signifie qu'elle maîtrisait dans sa pratique professionnelle quotidienne le raisonnement clinique infirmier.

en tant que personne. Ils en viennent à douter d'eux-mêmes en tant que professionnel, mais aussi d'eux comme individus normalement intelligents. À l'image du rocher de Sisyphe, l'exercice de traduction auquel se livrent ceux qui ont en charge d'accompagner ces transformations laisse l'impression de devoir être toujours recommencé.

Cette professionnelle, juste arrivée des services, peut se retrouver traverser dans ce que l'on peut appeler un conflit de loyauté, tiraillé entre l'application d'un référentiel de formation infirmière (car elle veut devenir formatrice) et de l'autre la connaissance expérientielle du terrain lui confirmant que c'est inapplicable dans la réalité infirmière quotidienne, autrement dit, elle pourrait avoir le sentiment que pour se faire reconnaître dans le groupe formateur, elle doit œuvrer à la mise en œuvre d'une réforme qu'elle sait ne pas correspondre aux conditions de travail de son groupe professionnel d'appartenance. Ceci pose la question d'une éventuelle rupture avec la profession infirmière d'origine, de la modification des rôle et fonction du formateur IFSI, à savoir, comment reconfigurer les injonctions et les contraintes afin de leur donner du sens au sein de la profession, ou comment se positionner en défenseurs du groupe infirmier face à l'ingérence managériale et gestionnaire dans la formation ?

Une partie des échanges de la deuxième séance de recherche collaborative réunissant la totalité des formateurs IFSI²⁷⁶ ayant demandé à y participer me semble représentative de la dynamique qu'il s'instaure lorsque la mise en mots devient difficile ou impossible.

À la demande de sens faite concernant la posture de formateur et sa construction, une formatrice expérimentée reformule « ... *comment la posture professionnelle était ? elle n'était pas questionnée la posture avant le référentiel, elle n'était pas interrogée et bien c'était suffisant, on se suffisait de cette passation de message dans les TD* ». Ce terme de « posture » est nommé explicitement comme « *mot extraterrestre dans la formation* » « *accouché du référentiel 2009* » à propos duquel même les participants expérimentés disent : « *on s'aperçoit qu'on n'a même pas les mêmes définitions entre nous* ». Ces formateurs expérimentés (3 sur les 8 participants), ayant exercés aussi avec le programme des études de 1992 expriment avoir été incités à réfléchir leur posture sous l'injonction du référentiel 2009, mais restent dans l'implicite, ou propose un discours flou lorsqu'il leur en est demandé une définition, ce qui

²⁷⁶ Soit 8 participants se répartissant comme suit : 3 cadres de santé avec une expérience de formateurs compris entre 6 et 12 ans, 5 infirmiers faisant fonction de formateurs : 2 avec une expérience de 18 mois à 2 ans, 2 avec une expérience de 10 mois et 1 avec aucune expérience, arrivée le mois précédent.

gènèrent de réelles incompréhensions comme nous le montrent les propos suivants : d'un côté, les formateurs expérimentés disent « *mais vous allez voir, c'est une posture qu'il faut acquérir, ça va venir avec l'expérience, avec la manière de vous dépatouiller avec ça* » et de l'autre côté, les formateurs moins expérimentés disent « *mais moi, la posture ce n'est pas le problème, j'en ai une. Mais ce que je cherche à savoir c'est comment faire correctement mon travail* ». En quelque sorte, les jeunes professionnels en voulant savoir s'ils font convenablement leur travail, posent indirectement la question aux expérimentés de ce qu'est un formateur. C'est selon eux, de l'ordre de l'impensable d'arriver dans un lieu, et de ne pas pouvoir se faire définir ce nouveau travail par ceux qui le font au quotidien. Dubois (2011) explique à propos des enseignants débutants que « lorsque l'angoisse est insurmontable au point que la seule solution devient l'inhibition de pensée sous toutes ses formes, le premier acte de la démarche de pensée consiste d'abord à passer du désarroi à la constitution d'une énigme : il y a quelque chose de vital que je ne sais pas, un savoir caché, interdit. Cette énigme d'un savoir caché traverse très largement le discours des stagiaires en formation qui reprochent souvent à leurs formateurs de ne pas dévoiler des savoirs "vitaux" » (p. 168). Il me semble que l'appréhension de la « posture » participe du même processus de mise en énigme, les novices attendant des expérimentés qu'ils leur disent quoi ou comment faire. Les expérimentés semblent dans l'impossibilité de répondre à cette requête, ce qui les « agacent » comme l'énonce, par exemple, cette formatrice (2 ans d'ancienneté) : « *On te dit d'un côté : faut faire et comprendre en même temps (silence) et de l'autre : tu vas apprendre en faisant* », ce qui signifie pour l'intégralité des membres du groupe dans l'ici et maintenant de la séance 2 : en allant en cours avec les étudiants.

Un des participants, novice, explique le dilemme dans lequel il se trouve, il se dit « *mis en position d'apprenant (...) tout en étant parallèlement en cours avec les étudiants* », ce qui lui fait faire le constat suivant : « *l'étudiant, lui, veut un formateur compétent, et pas un qui est en train d'apprendre* ». C'est un contexte dans lequel la confusion engendre une insécurité et un sentiment d'incompétence chez ce jeune formateur qui l'exprime comme ceci « *Je ne vois pas comment je peux aider les étudiants, accompagner les étudiants dans leur posture alors que moi-même je ne suis pas au clair sur des choses comme ça* », constat validé par d'autres formateurs peu expérimentés. À la demande d'éclaircissement du terme « posture », la phrase suivante est immanquablement prononcée par un formateur expérimenté : « *je ne comprends pas que tu ne comprennes pas* », et à partir de ce moment-là, la situation devient insupportable, aussi bien pour celui qui ne comprend pas que pour celui qui tente d'expliquer. Ce phénomène est fréquent, et lorsque malgré cela, il y a insistance à vouloir continuer le débat, l'empêchement

à dire, à parler, voire à penser envahit les échanges et la communication devient paradoxale dans le groupe comme le montrent par exemple les propos de formateurs peu expérimentés : « *acquiert ta posture et reste toi-même* » « *j'avais l'impression que la recherche de la posture, c'était sortir de quelque chose, et en fin de compte avec le recul, je me rends compte maintenant que c'est vraiment aller à l'intérieur de soi* » ou encore « *le truc de la posture, quand c'est prononcé, on pense qu'il faut se faire un décalage et le mot avec le recul, ce n'est pas du tout ça, c'est : soit ce que tu es !* » ». Le paroxysme est atteint lorsqu'au constat fait par une jeune formatrice : « *le mot posture incite indirectement à changer* », une expérimentée réplique : « *j'ai exactement la même posture avec mes étudiants, que j'avais avec mes équipes et mes patients* » sous l'œil approbateur des expérimentés. En nommant comme incontestable, le transfert de la relation d'aide à la relation pédagogique, non seulement, cette affirmation devient un lieu commun dans le discours formateur, mais elle renferme une force de persuasion telle, qu'aucune stratégie défensive, aucune critique n'en est faite. Il est décrété qu'on « fait avec », telle une nouvelle adaptation au changement demandé, et la construction de cette posture est renvoyée à la responsabilité de chacun, une jeune formatrice conclut le débat : « *il faut donc que tu sois autre chose que ce que tu as toujours été* » (Séance RC 2).

La posture est une notion tellement familière aux métiers de l'humain qu'elle est un allant-de-soi souvent source d'impasse dans la communication. Au sens propre, il s'agit d'une attitude physique, un positionnement anatomique, au sens figuré, elle est qualifiée de manière d'être, d'attitude morale en lien avec une situation spécifique. Chez les infirmières, la posture est plus ou moins explicitement associée à la relation soignant-soigné et à la notion de prendre soin intimement lié à l'histoire des soins infirmiers et du métier, et dont l'acquisition ne se conçoit que par l'expérience, c'est-à-dire la confrontation personnelle avec la situation. Cela vient réinterroger ou réactualiser l'empêchement à penser le rôle propre reflétant cette fonction spécifique, et la question de l'autonomie professionnelle (discipline et savoirs spécifiques).

La façon dont cette posture est appréhendée en formation infirmière corrobore cette hypothèse. Elle se définit comme une approche relationnelle englobant attitudes, comportements et manières d'être soignantes s'enracinant dans un système de valeurs morales, humanistes et éthiques rappelant « l'art du prendre soin » (Collière, 1982). La construction posturale est entendue comme un processus d'évolution constant et ininterrompu, et relève, dans le référentiel 2009, autant des contenus de formation que des principes pédagogiques à développer. Ce terme est prioritairement accolé, d'une part à la réflexivité pour analyser,

répondre et s'adapter à la complexité des situations qu'un professionnel de santé peut rencontrer, et d'autre part à l'accompagnement, relevant d'une adaptation à la singularité de chacun.

Cette acceptation linguistique itérative fait l'effet d'un mot-clef quasi incantatoire, un mot d'ordre insidieux, imposant le changement, sans le nommer. L'utilisation envahissante du terme devient incontestable, non critiquée, intégrée au vocabulaire usuel comme un allant de soi partagé qu'il n'est plus nécessaire de définir, voire qu'il n'est pas possible de définir, comme l'illustre l'extrait dont l'énoncé énigmatique rend compte de confusion dans l'appropriation du sens du mot « *Ça demande en fait un changement de posture ou de plus se positionner oui, en tant qu'accompagnant, pas forcément détenteur du savoir où on va donner la béquie des connaissances à l'étudiant* ». (EF 3).

Le référentiel 2009 préconise l'accompagnement des étudiants vers une posture professionnelle autonome, responsable et réflexive, et part du précepte suivant : en investissant cette posture réflexive par rapport à ses propres pratiques de formation, le formateur devient « un compagnon réflexif », celui qui accompagne l'étudiant afin de lui permettre de s'inscrire dans cette même posture. Ce compagnonnage réflexif condense la situation paradoxale de la transmission de la pratique infirmière. D'une part, le compagnonnage renvoie à un système traditionnel de transmission de connaissances et des gestes de métier, ce qui au demeurant correspond à la manière ancestrale d'apprendre le métier. D'autre part, l'apprentissage de la pratique réflexive qui relève d'une démarche complexe et abstraite dans une temporalité particulière réunissant logique de développement et principe d'autonomisation.

1.1.2.3. La difficile conciliation des deux lieux d'apprentissage

L'aspect inabordable et quasi-exclusif d'un vocabulaire spécifique à l'IFSI se confirme aussi dans les propos issus des formations-interventions à destination des professionnelles de terrain devenues tutrices, avec l'idée comme l'exprime cette professionnelle infirmière ayant déjà vécue le changement de programme de 1992 : « *ça a toujours été, mais cette fois-ci c'est le pompon !* ».

L'expression la plus entendue et la plus souvent répétée depuis le début de ces sessions de formation (2009) est : « *On n'y comprend rien* » « *à la nouvelle formation* », « *au nouveau programme* », « *au référentiel 2009* », « *au portfolio* ». Le portfolio cristallise régulièrement les débats et les tensions, car il représente l'instrument qui articule les deux lieux de formation :

l'IFSI et le terrain de stage, comme l'énonce un de ses objectifs « permettre au(x) formateur(s) intervenant dans votre parcours de formation et au tuteur de stage de coordonner leurs interventions » (Portfolio, p. 3, annexe n°5).

Il semble concentrer à la fois la complexité du référentiel de formation de 2009, la lourdeur de l'évaluation des apprentissages des ESI et l'incompréhension de la commande qui leur est faite aux infirmières de terrain dans l'accompagnement des étudiants. Aux dires de ces tuteurs en formation, il incarne ce que certains nomment « *un calvaire à utiliser* ». « *Ce portfolio, y'a de quoi s'arracher les cheveux. Même quand on s'y met à plusieurs, on ne comprend pas tous la même chose* », ceci est à la fois un discours récurrent énoncé depuis de nombreuses années, et un énoncé toujours d'actualité à ce jour. « *Et même les stagiaires parfois ne les comprennent pas toujours* » précisent souvent les participants en formation, comme pour justifier leur propre difficulté. Les termes les plus communément utilisés pour qualifier cet outil pédagogique sont : « *véritable usine à gaz* » doté de « *vocabulaire pompeux* », ou encore « *jargon nécessitant une traduction* », faisant état d'un « *manque de visibilité* », d'un accès « *complexe* », au point que cela génère la remarque : « *on ne sait même pas ce que ça représente dans la pratique* » ou la question récurrente suivante : « *vous pensez qu'une infirmière a besoin de savoir faire tout ça ?* » (DTIF). Ceci renouvelle ou prolonge les interrogations sur le sens et la pertinence du rôle propre en regard de la pratique infirmière au quotidien lors et depuis son institutionnalisation (1961).

Il est intéressant de rappeler que le changement de programme de formation infirmier 2009, s'est, dans un premier temps, fait auprès des équipes de terrain accueillant les ESI en stage, principalement par l'information portée par les formateurs, voire les étudiants, puis par la proposition de formation continue à destination des tuteurs par les instituts de formation. Ce phénomène est quasi à l'identique des deux derniers changements de programmes infirmiers (1972, 1992).

L'approche par compétence portée par le référentiel, relayée par la déclinaison précise du tutorat dans la formation, a tendance dans les discours des professionnels de terrain, à se restreindre ou à se confondre avec la manipulation et/ou à ce que tous les tuteurs rencontrés nomment « *le remplissage* » du portfolio. Cet outil est vécu par ces infirmières devenues tutrices comme « *pas adapté aux réalités des services* », et engendrant la nécessité d'un investissement massif toujours plus inéluctable dans leur quotidien professionnel déjà compliqué à vivre, comme l'exprime par exemple ces tuteurs de stage : « *C'est un travail titanesque, et si, en plus, on doit l'argumenter à l'étudiant, on va y passer des jours* », ou « *Ça*

nous prend un temps fou, on le prend sur quoi, déjà qu'on n'a pas le temps de faire tout ce que l'on a à faire », ce qui induit une variabilité individuelle d'utilisation de ce portfolio dans les services de soins.

Certains sont dans une vision réductionniste de l'outil qu'ils remplissent en « *croûtant* », néologisme très fréquent évoquant l'exercice « *de mettre des croix dans les cases* » démontrant une obéissance scrupuleuse aux consignes d'évaluation des critères de compétences des étudiants. Cette instrumentalisation de l'évaluation est souvent accompagnée d'un discours très rationalisé faisant état d'un clivage entre ce qu'ils sont sensés officiellement faire et de l'autre ce qu'ils font concrètement.

Le portfolio peut chez d'autres tuteurs générer une espèce de conduite d'évitement allant jusqu'aux constats suivants régulièrement entendus dans le cadre des séances de formations-interventions : « *ça ne donne pas envie de s'occuper des étudiants* » ou « *plus personne va vouloir encadrer les élèves* » contredisant la disposition historiquement ancrée à former ses pairs. L'aspect « *chronophage* » au vu de sa lourdeur d'utilisation, engendre chez certains, un oubli de soi, une surimplication telle qu'ils restent en dehors de leurs horaires de travail ou reviennent sur leur jour de congé pour le remplir.

Dans les nombreuses formations-interventions, les tuteurs sont régulièrement surpris d'entendre parler du portfolio comme d'un outil formatif et dynamique d'auto-évaluation que l'étudiant est sensé leur commenter afin de rendre compte de ses apprentissages. Ce que Tardiff (2006) nomme « dossier d'apprentissage » permettant de rendre compte du processus d'élaboration de l'étudiant et de favoriser une démarche participative, s'avère être assimilé, pour le public de cette recherche, à un instrument normatif laissé à la libre interprétation et au libre usage de l'étudiant ou/et du tuteur.

Le maniement de l'outil portfolio en formation infirmière concentre de nombreux paradoxes, il répond à plusieurs exigences, son utilisation est à la fois personnelle, interactive et évaluative, et reste tributaire du sens que lui donnent ses usagers (étudiant et tuteur), à noter qu'il est très peu exploité à l'IFSI aux dires des formateurs IFSI participants à la recherche collaborative.

Trois utilisations peuvent être recensées dans les discours des tuteurs infirmiers de ces formations-interventions dans des proportions très différentes.

La première est celle proposée dans les textes de la formation, le portfolio rend compte d'une représentation personnelle de l'étudiant, que ce soit dans son propre processus évolutif

d'apprentissage et dans son cheminement personnel. Il est censé témoigner de la réflexivité de l'étudiant. Au regard des tuteurs rencontrés, le portfolio reste très peu employé pour cela, d'une part parce que comme l'expriment certains tuteurs, ils « *n'en voient pas l'utilité* », « *à part peut-être savoir quels stages il a fait avant de venir chez nous* », et d'autre part, parce que les étudiants sont aux dires de certains autres tuteurs, « *pas honnêtes dans ce qu'ils écrivent* » ou alors « *frileux* » à l'idée de parler d'eux, et de leurs erreurs (« *par peur de se faire casser* » ou « *d'avoir des commentaires de la part des professionnels de terrain, qui on le sait ne sont pas toujours adaptés* »). La question des garanties éthiques de l'utilisation du portfolio se pose. Cela peut renvoyer à la notion ambiguë de transparence et de ce que l'infirmière peut donner à voir dans sa construction identitaire, réactualisant le dilemme de ce qui peut ou doit être valorisable socialement dans l'évolution de la profession infirmière dans un cadre contraint.

Il est intéressant de signaler le statut de l'erreur dans l'apprentissage infirmier, elle est impensable, voire du domaine de l'inavouable ou de l'incompétence, elle est confondue à la faute grave quasi systématiquement associée à la mort du patient comme le verbalise ce tuteur : « *un mauvais geste et c'est le patient qui y passe* ». La gestion de l'erreur est souvent synonyme d'échec, ou celui de l'étudiant comme le mentionne par exemple ce participant d'intervention-formation : « *à partir du moment où il en fait une, même en début de stage, c'est terminé pour lui* », ou celui même du tuteur qui n'a pas pu l'empêcher comme le confirment les propos de celui-ci : « *ils sont sous notre surveillance* » (DTIF). Le professionnel tuteur de stage est pris dans une nouvelle contradiction : il est responsable du traitement constructif de l'erreur de par l'accompagnement au développement des compétences qu'il est censé valoriser auprès de chaque étudiant, mais travaille dans un service de soin dans lesquels l'injonction légale de la démarche qualité et ses indicateurs d'efficacité et de performance requiert l'exemplarité.

La deuxième utilisation du portfolio est de servir de support à échanges et communication entre l'étudiant et le tuteur, cette coopération, ce type d'accompagnement ne semble pas être retenu comme une des prérogatives de bon nombre de tuteurs participant aux formations-interventions. Certains témoignages fréquents, comme par exemple : « *Faudrait déjà que les étudiants l'amènent en stage* », ou « *de toute façon, y'a pas souvent de choses intéressantes dedans* », font référence au fait que certains de ces tuteurs ne s'autorisent pas à le réclamer à l'étudiant, ou à demander à ce que l'étudiant leur argumente, énoncés témoignant plutôt d'un impératif de remplissage abandonné à l'engagement responsable de l'étudiant relevant de son autonomie dans son apprentissage du métier et de sa motivation pour la formation infirmière. Prescrite par le programme des études, la rencontre autour du portfolio

participe davantage d'une acceptation plus ou moins artificielle de l'étudiant, de se soumettre au contrôle du tuteur, à la mise en conformité à ses attendus, positionnant celui-ci dans une place d'expert, la relation étant à sens unique, verticale et dominante.

Il arrive parfois dans les illustrations proposées par les tuteurs participants, que certains se positionnent en facilitateur d'apprentissage sans valoriser cette posture. Dans ce cas, ils présentent un travail de mise en confiance de longue haleine, car, disent rencontrer souvent la passivité ou la résistance de l'étudiant. Puis, font simultanément la démonstration d'une interaction soutenante basée sur le questionnement amenant l'étudiant à comprendre ces actions souvent techniques, ce qui pourrait s'assimiler à l'accompagnement d'une activité réflexive, à une analyse de l'activité ou de la pratique de l'étudiant, mais que le tuteur insiste pour ne pas nommer comme telle. Car la réflexivité est aux dires de certains tuteurs « *la cerise sur le gâteau !* », un terme intrigant pour ces professionnels qui la lient le plus souvent à deux logiques. Les propos rapportés ci-après rendent compte de ces deux logiques fréquemment formulées dans les formations-interventions.

Tout d'abord, la réflexivité est de l'ordre de la réflexion, de l'intelligence en situation, « *ce qui fait qu'on est un bon professionnel, on ne fait pas n'importe quoi, n'importe comment* », souvent confondue dans les discours avec « *des prédispositions* » plutôt innées de l'étudiant, « *celui qui s'en sortira toujours, parce qu'il est intéressé, motivé* », et aussi « *parce qu'il fait des recherches par lui-même pour chercher à comprendre ce qu'il fait* », ce qui fait de l'apprenant « *un bon étudiant !* » (DTIF).

Puis, l'autre emploi récurrent du terme s'apparente à « *une intellectualisation* » assimilée à « *une exigence de l'IFSI* » jugée exagérée, qui n'a aucun sens pour eux : « *ça ne veut rien dire, personnellement, ils en écrivent des tonnes et des tonnes, tout est mélangé, ils se répètent sans arrêt, on n'y comprend rien !* », qui fait de l'étudiant « *un monsieur-je-sais-tout à qui on a rien à apprendre* », ou un « *j'me la pète !* » (DTIF).

De fait, dans les discours de ces tuteurs, ou la réflexivité coule de source, ou elle se montre exagérée, or, si l'on considère que « Valoriser la réflexivité, c'est choisir une forme d'auto-fondation de la pensée, de légitimation interne qui doivent peu aux autorités extérieures. Il n'y a pas de réflexivité sans sujet, un sujet qui cherche dans le mouvement même de sa pensée les critères de sa validité (Ricard-Fersing, 2001, p. 70), il se rejoue dans cette reconnaissance de la réflexivité tous les dilemmes traversant l'infirmière lorsqu'il est question de légitimité, de reconnaissance et d'autonomisation.

La troisième utilisation du portfolio est l'évaluation formative et certificative des apprentissages de l'étudiant, sur les bases d'une collaboration entre les deux usagers, renouvelant la conception de l'évaluation, qui se veut formatrice en co-évaluation ou auto-évaluation. Plus qu'une simple pratique évaluative, l'évaluation devient dans le cadre de l'approche par compétence, une activité d'apprentissage individualisée prônant la responsabilité et la participation de l'étudiant, censée le préparer à sa future activité professionnelle²⁷⁷. Cependant, au risque de répéter, il semble qu'il existe autant d'usages de cet outil d'évaluation que d'utilisateurs, et sa complexité de décryptage, ses contraintes d'utilisation et le peu de représentativité qu'il renvoie dans le quotidien du tuteur font l'unanimité chez les participants.

Il n'empêche que cet outil cristallise la fonction d'évaluation du tuteur, considérée comme la principale, et la modifie. Dans les nombreux exemples relatés en intervention-recherche, la pratique d'évaluation des tuteurs tend à la reproduction des anciennes modalités, et rend compte de la difficulté d'appropriation de l'approche par compétence.

Les plaintes des tuteurs ont souvent à voir avec la complexité de l'outil et les formulations peu claires des critères d'évaluation qui nécessitent un véritable décryptage dont la lourdeur se répète à chaque étudiant qu'il accueille en stage. Ils dénoncent aussi le peu de représentativité ou de lisibilité que contient ce qui devrait être un balisage de la pratique professionnelle, la transposition didactique n'étant pas ou peu accompagnée par les formateurs d'IFSI, certains confient le fait de « *faire un bricolage approximatif pour pouvoir le remplir* ».

La notion de temporalité n'est nommée qu'au regard du temps nécessaire à son « remplissage » « *si on commence à faire ça avec les étudiants, on va y passer encore plus de temps* », non à celui essentiel à la construction des compétences, et les illustrations rapportées sont principalement à l'évaluation des gestes techniques, souvent en fin de stage, ce qui confirme le peu de reconnaissance accordée à l'aspect formatif de l'évaluation, et maintient la confusion faite entre l'observation d'une action réussie et, la manifestation et la mobilisation de compétence. Certains tuteurs se désolent de la disparition des anciennes notes de stage qui étaient « *plus représentatives de ce que vaut un étudiant* », remplacées par des critères qualifiant le niveau d'acquisition : non mobilisé, non acquis, à améliorer, acquis, qui sont peu assimilés

²⁷⁷ Il peut être pertinent de mentionner qu'en IFSI, la « bonne tenue », l'appropriation et l'argumentation de son portfolio peuvent être présentées comme une plus-value dans la recherche d'emploi après l'obtention du diplôme d'état infirmier, un gage d'une meilleure employabilité.

par les évaluateurs (étudiant y compris) « *non mais dites-moi comment un étudiant de première année peut avoir des croix dans la case "acquis", tout le monde sait qu'on peut toujours s'améliorer* » (DTIF).

Vécue comme une contrainte, l'évaluation via le portfolio génère des situations inattendues dans la dimension collaborative, ce discours de tuteur présenté en exemple est loin d'être anecdotique : « *je le regarde pratiquer sans me montrer, comme ça il n'est pas stressé, et il ne me montre pas ce que j'ai envie de voir* », ou encore « *je préfère le remplir quand il n'est pas avec moi, comme ça il ne chipote pas pour tout* » (DTIF).

Aux dires des tuteurs rencontrés, les ESI se comportent différemment lors de cette évaluation, certains « *la subissent en attendant que ce soit fini* », certains s'affirment en argumentant leur point de vue auto-évaluatif, ce qui provoque régulièrement des remarques chez les tuteurs indiquant une déstabilisation « *la dernière fois, son argumentation tenait la route, j'ai vérifié auprès de mes collègues, c'est lui qu'avait raison, du coup, je n'ai pas eu le choix que de changer la croix de case* » ou, quelques fois une atteinte du tuteur rapidement transformée en dépréciation ou insolence de l'étudiant « *non mais vous y croyez, vous, qu'il me disait que ce que j'avais vu n'était pas suffisant pour dire s'il était compétent et, du coup, il me soutenait que ce que je disais n'étais pas vrai* » explique cet autre tuteur.

L'utilisation du portfolio réactualise le dilemme de l'autonomie de l'infirmière dans sa construction professionnelle. A savoir, le maniement du portfolio fait osciller les professionnels entre certifier qu'ils suivent à la lettre les critères nécessaires à la standardisation actuelle, en d'autre terme, comment ils œuvrent à l'exécution de la prescription, et donner à voir la manière implicite dont il forme leurs pairs, relevant plutôt de la marge de manœuvre qu'ils s'octroient dans ce qu'ils transmettent aux futures générations.

1.2.4. L'impossible tutorat : l'injonction de l'accompagnement

Cette présentation sous forme de vignette propose une scène vécue lors d'une séance de formation-intervention à destination des tuteurs de stage. Le contexte est le suivant, ma collègue et moi-même co-animons les séances. Ce jour, nous sommes en présence de 11 professionnels infirmiers de services de soins différents, tous engagés dans l'envie d'améliorer leur pratique d'encadrement auprès des étudiants en soins infirmiers en stage. Nous avons réussi en 3 jours à créer pour les tuteurs présents, un lieu d'échanges d'expériences suffisamment sécurisée pour autoriser la mise en mots de leurs propres vécus souvent « *compliqués* » des situations d'encadrement.

Afin de mieux circonscrire leur pratique et d'y réfléchir ensemble, je soumetts à leur approbation la technique du jeu de rôles. Ne souhaitant mettre personne en difficulté sur l'exercice, je me propose instantanément dans le rôle de l'étudiante. A ce moment précis, l'ensemble du groupe s'anime et tous revendiquent que je fasse le tuteur face à l'une d'entre elles qui vient s'installer face à moi. Surprise, j'accepte sans aucune appréhension de me prêter au jeu dans la peau du personnage -tuteur de stage.

Il s'en suit une accumulation d'illustrations pendant lesquelles je m'enferme dans des difficultés face à cette étudiante-praticienne. Toutes mes propositions de tuteur sont mises en échec, prétextant « *ne pas saisir ce que [je-le tuteur] lui demande* » ou « *là où [je-il] veut en venir* ». S'adossant selon elle, à la réalité de ce qu'elle rencontre dans son quotidien d'encadrante d'étudiants infirmiers, toutes mes tentatives de relance, d'explication ou de mise en mot puisée dans la réalité du soin et de l'organisation des services, sont vouées à l'échec. Rien n'y fait. Je me retrouve bloquée, « piégée » dans une communication où les interactions sont présentes, mais stériles. Il m'est impossible de « rencontrer » cette personne, et je suis littéralement empêchée de penser le contexte, le problème et sa résolution.

Malgré une énergie frénétique et une stupéfiante bonne volonté, aux dires du public observateur, je suis contrainte à abandonner l'idée de faire évoluer la situation, et suis obligée de me faire une raison : je n'y arrive pas quel que soit l'angle par lequel j'essaie d'aborder cet échange pédagogique tutorial. Je suis littéralement impuissante et me sens incompétente dans cette situation qui devait être de l'ordre d'une démonstration conforme à la représentation que j'en avais.

Le jeu de rôle n'a pas eu la fonction qu'on lui reconnaît habituellement de favoriser les échanges dans une logique de résolution de problème. Au contraire, au travers de cet épisode de formation, nous assistons à des tentatives répétées de dérouter l'autre de sa tâche primaire en le projetant dans une incapacité à faire. Impuissance, culpabilité, malaise voire colère sont les différents ressentis que je qualifie de négatifs, induisant selon leur intensité dans l'ici et maintenant de la séance un inconfort, une désorganisation psychique ou encore une paralysie, une sidération de la pensée. Accoutumée dans le cadre du dispositif à fonction Balint à faire de l'éprouvé de sidération l'expression d'une problématique, cela s'impose à moi comme « *une évidence* » qui pourtant peinait jusque-là à être entendue, « *je ne voulais ni voir, ni entendre : la confusion que rencontrent au quotidien ces professionnels mis en situation d'encadrement des étudiants en soins infirmiers depuis le référentiel 2009* » (Notes de recherche, septembre 2017).

Il est important que visualiser qui je suis dans ce groupe, à la fois pour les autres et pour moi.

Rouchy (2006) parle de la « dimension contre-transférentielle anticipée présente dans tout dispositif à l'insu de celui qui l'a institué » (p. 13) en rapport avec le réseau d'interactions intériorisées et les groupes (primaires et secondaires) d'appartenance de chacun des participants et met l'accent sur le fait que tout ce qui se passe et se dit prend une signification en rapport avec la place réelle, mais aussi imaginaire attribuée à l'analyste. Ce dispositif est initié de longue date (2009) et s'inscrit dans le projet d'universitarisation des études infirmières. Il est à la fois commandité par l'institution hospitalière et demandée par les participants de cette même institution dans l'objectif de légitimer leur fonction de tuteur en son sein. La place du praticien-chercheur, comme déjà posée dans le chapitre méthodologique, n'est pas si claire que cela, placé à la fois dans une posture de réponse à la demande sociale, sa place y étant requise comme praticien-formateur, co-animateur de l'analyse de pratiques voire accompagnateur du changement, il y est aussi dans sa posture scientifique, à couvert parfois.

Sécurisant et contenant, le groupe, dont il est fait mention dans l'illustration précédente, s'est organisé autour d'une préoccupation partagée de la difficulté à aborder le tutorat des étudiants infirmiers. Comme cité précédemment, des liens de confiance se sont tissés, les professionnels échangent leurs représentations, se racontent, parlent de leur vécu de tuteur et partagent leurs expériences d'incompréhension et d'incapacité dans le groupe. On peut émettre l'hypothèse suivante : l'illusion groupale d'Anzieu (1975, p. 69), qui « apporte aux membres du groupe la capacité de jouer, d'imaginer, de se cultiver, de créer ensemble. » (Caillot, *et al.*, 1998, p. 135) soude le groupe : une espèce de « lune de miel », le fantasme que tout est possible ensemble, que nous sommes dans une élaboration libre et authentique par la parole, autorisant la mise en mots de la vulnérabilité face aux nouvelles injonctions institutionnelles, espace dans lequel l'intervenant-formateur/praticien-chercheur se positionne en autre suffisamment différent et distancié des effets de la problématique des professionnels de santé.

Puis, il se retrouve bloqué dans une situation inattendue, l'imposition par le groupe de jouer un tuteur de stage, le met en position de rejouer l'injonction institutionnelle faite aux participants. Cela peut être vécu comme une tentative de manipulation du groupe, ou de prise de pouvoir pouvant être généré par le désir de former du praticien-chercheur mis en posture de montrer la pratique tutorale, ou alors, la configuration de la mise en scène fait que le praticien-chercheur est appelé à la place de celui-qui-sait.

Ce jeu de rôle semble constituer une attaque du groupe, une menace de désorganisation, de déliaison groupale, et expulse le praticien-chercheur à une place de bouc-émissaire. Qu'est-ce qui devient insupportable ? cet intrus n'appartenant pas au groupe qu'il faut exclure pour ne pas être contaminé, ou la démonstration concrète de l'impuissance incarnant la place qu'ils ne veulent pas occuper, tel un miroir tendu ?

Je joue en faisant comme si, tout en improvisant une fonction non choisie, celle du tuteur, j'expérimente le rôle que je voulais que le professionnel personnifie, et ce, sous le regard des autres participants qui n'ont pas voulu prendre part au jeu de rôle. Le contraste entre ce que je m'attendais à jouer et ce qui a effectivement été joué est tellement imprévu que la situation en devient inconfortable et déroutante, et fait que le sujet, en état d'impréparation est submergé par un afflux d'excitations désorganisatrices (Freud, 1920). Cette expérience de débordement des affects violents peut prendre valeur d'une effraction psychique, d'une atteinte personnelle me figeant dans l'empêchement à penser, et mettant à l'épreuve les liens groupaux et institutionnels, ma sidération, mise en représentations communes se transforme en sidération collective.

Qu'est-ce qui est de l'ordre de l'impossible ou de l'intolérable dans cette situation ? J'é mets l'hypothèse que cette situation attaque l'idéal de l'accompagnement en formation infirmière, et en concentre les paradoxes. En effet, aux yeux des participants, ce cadre-formateur qui est censé représenter ce qui doit, théoriquement, idéalement, se faire en terme d'accompagnement des étudiants se retrouve dans l'incapacité de le montrer, et de le faire éprouver à un professionnel qui pense venir dans cet espace de formation avec cette motivation. Cette impasse pointe celle inhérente à la construction professionnelle de l'infirmière, transmettre un savoir infirmier construit sur la base de son propre déni (Collière, 1988, Le Roy, 2019).

2. La place des nouveautés dans le vécu des formateurs en soins infirmiers

Qu'ils accompagnent l'étudiant sur le terrain ou en institut de formation, les formateurs en soins infirmiers découvrent un certain nombre de nouveautés liées aux référentiels 2009. Ce qui est présenté comme nouveau dans les textes instituant la réingénierie ou vécu comme nouveau par les formateurs rencontrés dans cette recherche peut aussi apparaître comme des formes réactualisées de questionnements et de préoccupations ayant déjà été interrogés individuellement ou collectivement.

2.1. Un nouveau discours ou non ?

Nous avons vu précédemment qu'avec la Nouvelle gestion publique et son cortège de réformes, des transformations dans le langage institutionnel s'imposent. Nous avons repéré aussi que l'injonction relative à la manipulation de ces nouveaux mots projette les professionnels infirmiers dans des paradoxes générant empêchement à penser et sidération. Plusieurs idées ont été avancées, cette prescription réactualise les débats inhérents aux fondements de la construction de la profession infirmière et de sa transmission, cette professionnelle s'est inventée constamment prise dans deux exigences, celle d'une remise en question du monde institué et celle du maintien du monde institué, entre inventivité et conformation, accréditant la pérennisation de ses rôles infirmiers et leur institutionnalisation. Ce terme est entendu au sens louraldien c'est-à-dire « l'institutionnalisation n'est pas réplication et répétition quasi mécanique ; c'est le mouvement de l'institué de se réinstituer en permanence, de se relégitimer en se modernisant, de se moderniser en préservant une structure sociale, tout en ménageant le jeu des mobilités sociales ascendantes et descendantes » (Lourau, 1981).

Pour moi, l'apparition ponctuelle de nouvelles formes lexicales que sont les néologismes dans les échanges des formateurs rend compte de cette permanence d'adaptation des professionnels infirmiers. Les linguistes désignent plusieurs types de néologismes, le néologisme de forme lorsqu'il s'agit d'un mot nouveau, inventé, le néologisme de sens lorsque le sens initial est réinventé ou détourné, et le néologisme d'emprunt lexical correspondant à l'utilisation d'un mot étranger avec peu de modification du sens tels les anglicismes.

Il est nécessaire de rappeler que le changement de programme des études infirmières est qualifié de « réingénierie », de l'anglais « Re-engineering » appartenant à un contexte très différent de celui de la formation, ou encore d'« universitarisation de la formation en soins infirmiers », terme apparu dans les années 2000. Ces néologismes officiels participent d'un changement de sémantique autorisant d'une part le rapprochement implicite de la formation à la démarche d'amélioration des performances du monde de l'entreprise, et d'autre part le décroisement, la mise en lien de la recherche et de l'enseignement, recouvrant des transformations diverses et révélant de véritables intentions et enjeux politiques, pouvant s'apparentant au formatage fictionnel des esprits par le langage d'Orwell (1949).

La fréquence d'emploi et la prolifération de ces innovations linguistiques semblent représentatives de la communication contemporaine, cependant, la découverte à plusieurs

reprises, de l'utilisation de mots inventés par un participant, normalement reçu par l'auditoire au point d'être indiscernable dans les échanges du groupe réinterroge leur création spontanée.

Les exemples qui suivent sont extraits des séances de recherche collaborative. Chaque néologisme est repositionné dans son contexte d'apparition.

Il est question du constat des nouveaux arrivants à l'IFSI de se retrouver immerger dans une incapacité à comprendre le discours des expérimentés renfermant beaucoup d'implicites. A ce propos, une expérimentée exprime avec conviction ce qui lui semble être une évidence : « *il faut passer par ce processus d'implication* ». Le débat continue avec l'utilisation du mot par d'autres participants, c'est-à-dire que le terme se partage comme un nouvel allant-de-soi auquel les membres du groupe se conforment. La demande du praticien-chercheur concernant la clarification de ce terme décontenance les participants, et la facilité déroutante avec laquelle l'interlocutrice le définit sidère à son tour, le praticien-chercheur : « *ben, sortir de ses implicites !* » dit-elle. Interloqué par l'assurance désarmante avec laquelle elle endosse la paternité du mot, un silence s'impose. Elle éclate de rire en déclarant : « *je crois que je viens d'inventer le mot* » et les rires collectifs se transforment en brouhaha.

Dans cette deuxième illustration, il est question de l'appropriation du vocabulaire pédagogique du formateur, une jeune formatrice affiche la logique de modèle portée par les expérimentées en les désignant comme étant « *les chapeaux de l'IFSI* » et insiste en formulant « *vous êtes notre norme* ». Immédiatement, une expérimentée riposte avec véhémence : « *moi, dans ces cas-là, j'ai envie de dénormer là, je n'ai pas toujours envie d'être le chapeau, j'ai aussi envie d'être portée* ». Malgré la vivacité de la remarque, ce néologisme passe complètement inaperçu dans les échanges qui continuent sur l'aspect modélisant des expérimentés. Ce nouvel allant-de-soi partagé par l'intégralité des membres du groupe, y compris le praticien-chercheur, et ce dans un contexte impulsif banalise voire légitime la violence du début de carrière du formateur. L'écoute à distance en vue de la retranscription de la séance va me permettre de repérer non seulement l'irruption du néologisme, mais aussi la brutalité de son contexte d'apparition, ce qui me déconcerte lors de la transcription.

Ce dernier exemple rend compte d'une interaction relative à la notion d'année d'expérience nécessaire au métier.

Véronique : *maturité ça te va mieux comme mot parce que tu viens d'employer expérience. Maturité professionnelle, non ?*

Karine : *parce que eux, ils définissent juste l'expérience par l'espace-temps c'est tout.*

Véronique : *mais en fait, c'est plus une sorte de processus de maturation euh de... euh maturité euh... de grandisse euh* (Plusieurs personnes parlent en même temps, brouhaha)

Cécile : *en fait, c'est ce qu'on fait de l'expérience*

Véronique : *vos grandissements, grandation, grandement* (rires)

Elodie (répète) : *grandation ?*

Martine : *croissance*. Brouhaha massif.

Véronique : *j'aime beaucoup le grandissement*

Martine : *ouais c'est marrant*

Véronique : *oui je suis d'accord*. Rires collectifs et brouhaha.

(Séance RC 3).

La création du mot apparaît avec un contexte spécifique, il s'agit d'une nécessité temporaire qui en dit long sur son contexte d'apparition. Les trois situations nomment la dimension implicite du métier, l'embarras non conscientisé dans lequel les expérimentés se trouvent lorsqu'il s'agit de formaliser, de communiquer leur savoirs d'expérience afin de permettre aux nouveaux de mieux appréhender la fonction de formateur.

Partant de l'idée, que l'inventeur du néologisme ne trouve pas de mot suffisamment explicite pour exprimer ce qu'il veut dans la situation, pour combler ce vide, il en invente un nouveau. Cela peut signifier que la situation est tellement inédite, ou difficilement vivable qu'il a besoin d'en imaginer un nouveau pour la nommer.

Dans les paragraphes précédents, les formateurs associent le vocabulaire imposé à une réalité dans laquelle ils ne se reconnaissent pas, ce qui cependant, ne les empêche pas de l'utiliser, il peut être cohérent de penser qu'ils sont tellement familiarisés à l'émergence de néologismes, que le nouveau mot résonne comme la terminologie des référentiels et passe inaperçue au sein du groupe. La manipulation de ces innovations linguistiques est désormais rentrée dans les attributions du formateur, comme le démontre le passage sur le jargon-formateur, langue de connivence qu'il faut utiliser pour appartenir aux groupes des initiés. Les termes présentés sont tous des extensions sémantiques, des combinaisons de mots existants, il ne s'agit peut-être là que d'une énième manipulation pour les expérimentés habitués à jongler avec les mots.

L'exemple, concernant l'expérience/maturité peut illustrer l'accès au langage pour initiés. Inhérent au partage d'expérience par des paires-expérimentées, il marque l'opposition entre les novices et les expérimentées. Les deux expérimentées manipulant les mots semblent s'amuser dans le choix à faire, sous l'œil stupéfait des nouveaux, rattachant de fait, ce néo-

langage opaque à une terminologie savante délimitant l'univers culturel des formateurs, et le fait de le manipuler une initiation légitimant l'installation dans le métier.

Il est important de remarquer que ces épisodes de création de langage sont inséparables de moments de rire, et de brouhaha. « Et si l'on riait surtout pour tenir le pire à distance, pour ne pas pleurer, pour survivre à l'injustice, à la peur, pour résister au déterminisme social d'une redoutable efficacité, pour manifester un minimum de liberté face aux mille et un pouvoirs dont nous souffrons d'être les objets maltraités ? » nous dit Perraut-Soliveres (2018)²⁷⁸.

« Mieux vaut en rire ! » nous dit l'adage populaire, la présence des rires dans cette scène finit par rendre la situation tellement banale, qu'elle devient difficile à être ressentie pour ce qu'elle est, c'est-à-dire violente, de fait, elle devient de moins en moins pensable. Le rire peut aussi dénigrer les personnes ou les idées constitutives de la situation, et pointer le sujet qui ne rit pas comme celui qui n'a pas le sens de l'humour, celui qui dénote du reste du groupe, une façon de gagner en cohésion.

Qu'elles atténuent ou amplifient les effets du discours ou du vécu du groupe dans l'ici et maintenant de la séance, ces manifestations sonores spontanées révèlent l'émergence subite d'émotions. Plusieurs hypothèses interprétatives peuvent être faites pour qualifier ce bruit provoquant confusion et suspension de la parole.

Il peut s'agir d'une stratégie défensive, d'une dédramatisation du discours ou de ce qu'il se passe, d'un discrédit posé sur le contenu même du discours ou sur la manière de procéder, une façon de rendre cela entendable, acceptable ou pensable. Vrai ou faux, ce consensus émotionnel ne signifie pas forcément que tous les participants sont d'accord, par contre tous s'en accomode. Il peut exprimer le besoin d'une cohésion du groupe dans laquelle le donné-à-voir d'une conformité prime, et la soumission est librement consentie. Ce « on fait comme si » empêche toute controverse, critique ou conflit ouvert, et donne l'illusion d'idées communes.

2.2. Une nouvelle fonction pour le tuteur de stage ou non ?

La définition de ce qui est attendu du tuteur de stage est décrite dans le référentiel de formation de 2009. « 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

²⁷⁸ <https://pratiques.fr/Rire-un-dernier-espace-de-liberte>

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 » (référentiel de formation, 2009, p. 281). Explicitement nommée, cette fonction pédagogique n'est pas entendue par l'intégralité des tuteurs rencontrés pendant cette recherche, et une fois éclairée, ils ne la revendiquent pas.

Fréquemment, dans les formations-interventions, lorsqu'il est question de l'intérêt qu'ils portent à la fonction tutorale, les participants se disent motivés par l'encadrement des étudiants infirmiers et semblent persuadés du bien-fondé de la transmission des savoirs infirmiers, de même que de leur compétence à le faire. Dans les groupes de tuteurs rencontrés, nombreux sont ceux qui se sont inscrits de leur propre initiative. Certains d'entre eux qui se disent moins investis dans l'idée de se former, admettent tous être présents sur injonction de leur hiérarchie. Dans ce cas précis, diverses raisons sont nommées, relayant les discours de leurs cadres de santé : « *vous vous êtes toujours intéressé à l'encadrement des stagiaires, allez donc vous former au nouveau diplôme !* », ou encore « *il faut que tous les infirmiers aient entendu parler du référentiel* » et « *de toute manière, on n'a pas le choix, faut bien former les étudiants* » avalisant l'aspect prescriptif et obligatoire non contesté du tutorat en formation infirmière. D'autres participants, de plus en plus nombreux au fil des années de formation, indiquent que le turn-over des professionnels dans les services de soins produit la nécessité de former continuellement des tuteurs de stage, comme l'énonce ce discours entendu à multiples reprises « *toutes les personnes qui étaient formées au tutorat sont parties, du coup, c'est moi qui m'y colle* ».

Même après onze ans de mise en œuvre des référentiels 2009, les professionnels rencontrés qualifient toujours le tutorat d'« *invention du nouveau référentiel* », « *relevant plus d'un idéal que d'une réalité* » comme ils continuent à le soutenir à ce jour. Les argumentations sont similaires depuis de nombreuses années : « *cela demande beaucoup de temps* », « *beaucoup d'énergie* », « *beaucoup d'effort* » « *toujours plus de choses à faire* » disent-ils, et font état de leurs propres difficultés ou de leur empêchement à donner du sens à la pratique infirmière dans le cadre du tutorat quand le sens même de ce qu'ils font au quotidien leur échappe. « *On n'arrive déjà pas à faire notre travail correctement, comment vous voulez-vous qu'on fasse ?* » est une phrase récurrente dans les formations-interventions. Plusieurs constatations peuvent être faites : ils manifestent tous des difficultés à consacrer du temps à l'étudiant malgré l'envie qu'ils en ont. Beaucoup affirme rencontrer des obstacles au sein même de leur équipe, et certains participants confient que consacrer du temps aux échanges avec les

étudiants, est considéré comme un échappatoire à la charge de travail quotidien. Il semble qu'occuper cette position de tuteur les font se démarquer du groupe infirmier. Une question se pose, à savoir comment se fait-il que malgré cela le tuteur se propose quand même pour cette « mission » qui le repositionne dans l'immuable paradoxe de donner du sens à quelque chose qui n'en a plus pour lui, et ce sans en avoir le temps et les moyens.

Nombreux sont ceux qui arrivent en formation avec ces questions dont la formulation change, mais qui restent posées à chaque session : « *J'ai toujours demandé à l'étudiant pourquoi il faisait les choses comme ça, qu'est-ce qui change ?* », ou « *le tuteur incarne la fonction pédagogique, la belle affaire, une fois qu'on a dit ça, on fait quoi ?* » ou encore « *qu'est-ce que vous voulez que je leur raconte de plus ?* ». Tous les tuteurs participants, sans exception, s'accordent à dire qu'ils ne sont pas formateurs et ne conçoivent pas de parler de pédagogie lorsqu'il est question de ce qu'ils font pour former les étudiants, laissant cette notion à l'IFSI comme le montrent les propos suivants : « *Moi, je ne suis pas été formé à la pédagogie, ce n'est pas mon boulot, c'est le vôtre* » énonce par exemple un tuteur, « *Faut d'abord qu'ils apprennent à faire à l'école, et après ils font en stage* » précise un autre participant, « *Il n'y a plus de MSP [mise en situation professionnelle], si ce n'est pas les formateurs qui nous donnent les bonnes pratiques, ça va être du 'chacun fait ce qu'il veut', comment les étudiants vont apprendre ?* » questionne cet autre tuteur. Lorsqu'ils développent la façon dont ils forment les étudiants au quotidien, beaucoup de participants expliquent que dans un premier temps, ils montrent comment faire, puis que les ESI sont amenés rapidement à réaliser seuls les tâches qu'ils ont vu faire, ces illustrations laissant rapidement la place à des discours quasiment indiscutables du type : « *C'est l'expérience qui fait qu'on adapte notre travail* » « *Avec l'expérience, ils comprendront* », ou encore « *on a toujours fait comme ça* » (DTIF). L'évocation quasi systématique de l'alternance juxtapositive (Malglaive, 1993) rappelle que les infirmières-tutrices rencontrées ont tendance à considérer le stage comme un lieu d'illustration de la pratique infirmière, un lieu d'application de la théorie apprise en formation à l'IFSI. A ce propos, il est surprenant d'entendre dans l'exposition de leurs pratiques de tutorat des stagiaires, des exemples faisant référence à des pratiques d'encadrement non renouvelées, malgré les différents changements de programmes d'études. A l'heure actuelle, dans beaucoup de services de soins, les étudiants de première année « *n'ont pas d'autres options* », comme l'énoncent les tuteurs rencontrés de « *suivre* » et « *d'être encadrés par les aides-soignantes pendant les premières semaines de leurs stages* ». Cette pratique d'encadrement avait été instaurée avec l'arrivée du rôle propre en 1972, beaucoup de

professionnelles infirmières de service jugeant plus pertinent que l'apprentissage des activités de ce rôle délégué aux aides-soignantes leur soit, lui aussi délégué. Dans le programme d'études de 1992, avec la mise en valeur de ce rôle pour le développement d'une autonomie infirmière, celles-ci devaient valoriser son apprentissage auprès des futures professionnelles en stage, ce qui ne semble pas être le cas des années après, aux dires des participants. Puisque ce n'est qu'une fois que ces ESI « *ont fait leur preuve* » auprès des aides-soignantes, « *qu'ils peuvent pratiquer des soins infirmiers* » comme l'énoncent la plupart des tuteurs rencontrés.

Nous avons vu à plusieurs reprises que la connaissance des textes encadrant la formation est très fragmentaire. « *Ce n'est pas facile à comprendre, on a aucune idée de ce qu'ils font à l'école et on ne voit plus les formateurs dans les services* ». La méconnaissance, toujours actuelle, du contenu des études 2009 entraîne une certaine nostalgie des MSP, alors que celles-ci étaient, et ce de longue date, décriées « *du vrai théâtre* » « *on faisait comme si* », et souvent esquivées sous prétexte de « *ne servir à rien* » hormis de « *perdre du temps* » (discours systématiquement entendus lorsque le sujet de la MSP est abordé en intervention-formation).

Cette absence des formateurs depuis le référentiel 2009 est invariablement nommée, alors que la quasi-totalité des professionnels participants disent rencontrer au moins une fois le formateur IFSI par stage ou plus si c'est nécessaire. Cependant, ils persistent à dire qu'ils ne les voient plus. Ce sentiment d'isolement est fréquemment associé à l'incompréhension des enseignements théoriques dispensés. « *On ne sait plus trop ce qu'ils apprennent en théorie, comment ils vont savoir faire les soins dans les services ?* ». Il est important de mentionner que dans la quasi-totalité des formations-interventions, les participants ne semblent s'intéresser qu'aux connaissances qu'ils pensent spécifiquement attachées au stage et évincent délibérément les contenus de formation qu'ils jugent « *trop spécifiques à l'IFSI* », comme s'ils entérinaient le fait qu'« *il ne faut pas tout mélanger* » comme le précise cette tutrice. Cette ignorance semble permettre de conforter l'immuable séparation des lieux de formation et d'entretenir le sentiment de solitude qu'ils éprouvent face à l'étudiant.

Ceci semble être renforcé par la nouvelle responsabilité et la prise de risque que le tutorat engendre. « *Evaluer oui, mais évaluer quoi...* » « *Est-ce qu'au moment du diplôme final, on peut me demander de rendre des comptes sur les croix que j'ai mis dans les cases ?* ». L'évaluation des critères de compétences, comme vu précédemment avec le remplissage du portfolio est un « *véritable casse-tête* » pour tous ces tuteurs rencontrés, et leur évaluation procède du contrôle et de la certification d'aptitudes techniques. Les participants déclinent régulièrement comment ils s'adaptent à cette commande par une organisation qu'il pense

appropriée, telle « *un semblant de MSP* » argumentant que le tuteur « *n'est pas toujours avec l'étudiant, du coup on ne le voit pas travailler* ». D'autres manières de procéder peuvent être mises en place par certains participants comme le précise cette tutrice : « *des interrogations sur les connaissances théoriques* » parce que « *l'école ne leur apprend plus les bases théoriques* » ou celle-ci qui explique que « *pour plus de sureté on est 2 tuteurs par ESI un nouveau et un ancien, un qui a envie et l'autre qui en a moins envie* » afin de partager la responsabilité de l'évaluation.

En reproduisant des situations d'évaluation qu'ils connaissent, certaines tutrices tentent de les rendre plus vivables pour eux, cependant elles rapportent des discours d'ESI qui les déstabilisent, comme ce que dit cette professionnelle : « *ils [les ESI] nous disent que ce n'est pas comme ça qu'on doit faire* », que « *c'est soi-disant pas ce que demande l'IFSI* », ce qui accentue la sensation d'étrangeté ou de dangerosité que beaucoup d'infirmières-tutrices éprouvent vis-à-vis de ces « *étudiants nouvelle génération* » comme nommée précédemment. La relation tuteur/tutoré reste asymétrique, mais peut-être pas dans le sens habituel. Dans ce cas, l'ESI sait autant voire plus de choses sur la formation, sur le référentiel et sur ce que « doit » être une infirmière aujourd'hui. Ce sentiment d'impuissance à relier les savoirs du référentiel à l'expérience sensible que les participants-tuteurs peuvent avoir de leur métier impose un déplacement de leur place d'origine, et cette mise en porte-à-faux remet en cause leur capacité à penser, à se penser « *Qu'est-ce qu'on a le droit de leur demander ?* ». Cet ESI en devient, pour certains, suffisamment étrange qu'« *on se demande ce qu'on va former comme futurs professionnels* ». Souvent cela donne lieu à des échanges témoignant de « *l'éternelle difficulté* » à articuler théorie et pratique, comme le donnent à voir les exemples suivants : « *ça c'est bon quand on est à l'école ! après on fait comme on peut* » « *tout le monde sait qu'à l'école c'est tout comme il faut dans les règles, mais une fois dans le service, vous pensez qu'on a le temps et le matos pour faire comme la fiche technique* ». Il est intéressant de s'apercevoir que ces discours sont quelque peu renouvelés en y intégrant des éléments des référentiels 2009, comme par exemple « *Faut pas croire...pour réfléchir faut se poser, mais nous, on n'a pas le temps...trop de choses à faire...* » ou encore « *c'est bien joli d'en faire des réflexifs machin, mais dans les services on ne leur demande pas de réfléchir, on leur demande d'être efficace* ». Ces étudiants deviennent aux dires de plusieurs participants « *des intellectuels qui en font de moins en moins* ». Ce terme « *intellectuel* » pour qualifier ou plutôt « *disqualifiés* » les ESI, est souvent présent dans le discours des tuteurs rencontrés, il marque une espèce de distance prise avec ces étudiants qu'ils ne semblent plus reconnaître en tant relève de la profession infirmière,

bousculant le travail d'historisation (Castoriadis-Aulagnier, 1975). Peut-on former des professionnels dans lesquels on ne se reconnaît pas ? Le référentiel 2009 explicite ce que doivent être les professionnels aujourd'hui, des praticiens réflexifs, il s'agit donc de prendre sa propre pratique comme objet de réflexion, est-ce que cela renouvelle complètement le rapport théorie/pratique de l'infirmière ? est-ce que cela procède d'un renversement du modèle classique de transmission ? En tout cas, cela change les priorités en formation (encadrement, tutorat) : il ne s'agit plus de montrer le faire, le savoir-faire, les actions infirmières, le « comment-s'y-prendre » mais de provoquer des apprentissages afin d'aider l'autre à développer les ressources nécessaires qui vont lui permettre d'évoluer.

Un extrait de dialogues issu d'une séance de recherche collaborative (séance RC 5) semble particulièrement éclairé le décalage existant entre le terrain et l'IFSI, confirmant l'inscription de la logique de formation dans l'IFSI et celle de (re)production au terrain. En rapportant des propos d'étudiants sur la façon dont ils vivent ce partage des territoires de formation, les formateurs confirment qu'il est évident ou nécessaire que ce décalage persiste.

Véronique : *certains étudiants se demandent à quoi ça sert l'IFSI et pourquoi ils sont là.*

Sophie : *mais moi je peux comprendre quelque fois leur désarroi.*

Rosalie : *Y'en a une l'autre jour, elle m'a dit qu'elle apprenait son métier sur le terrain, ici elle n'apprend rien du tout. Moi elle m'a dit c'est bien gentil l'IFSI, c'est cuicui les petits oiseaux, mais la vraie vie c'est pas là, mais très sincèrement, la question était sincère, c'était une vraie question c'était à quoi ça sert l'IFSI.*

Dans l'ici et maintenant de la séance, tous les participants acquiescent et répètent ensemble « *c'est une vraie question* ».

Sophie : *moi j'aurais dit oui vous avez raison, on ferme la boutique allez on se casse.*
Rires collectifs et brouhaha massif.

Cécile : *moi j'ai eu la question complètement inverse de la part d'une étudiante, je pense qu'ils ne vivent pas les choses tous de la même façon, elle m'a dit qu'elle adorait être à l'IFSI qu'elle apprenait plein de trucs que c'était génial et que quand elle était sur le terrain elle ne pouvait rien mettre en œuvre. Mais, c'est une 1^{ère} année, elle n'a pas une grande expérience de terrain.*

Jérémy : *elle va déchantée bientôt.*

Ce constat réaliste ne signifie pas forcément l'acceptation résignée de cet état de fait, elle semble faire partie intégrante d'une dynamique défensive inscrite dans l'histoire du métier, un peu comme si cette résistance au changement était légitimée par la tradition, et devait être transmise avec une même logique rituelle que la violence ressentie du décalage.

A ce propos, je partage une observation récurrente particulièrement déstabilisante. Participant à ces sessions de formations-interventions depuis de nombreuses années, j'ai vu arriver dans ce cadre, depuis au moins cinq ans, des professionnels possédant « le diplôme 2009 ». Certains n'ont que deux ou trois années de diplôme, et certifient « être les plus expérimentés du service ». À la question posée : « que venez-vous chercher dans cette formation, alors que vous avez été formés à l'approche compétence pendant vos études ? », tous répondent à l'unanimité : « mais Madame, ça n'a rien à voir avec ce que nous avons appris nous ! ». Cette réplique m'a longtemps fait l'effet scotchant d'être Sisyphe, roulant inlassablement son rocher sans qu'il semble y avoir une utilité réelle. En y regardant de près, ce mythe est particulièrement intéressant. Sisyphe a été puni parce qu'il avait dépassé sa condition, en défiant les Dieux, et révélant leurs secrets aux humains. Dire l'indicible l'a condamné à une peine absurde, voir systématiquement échouer son effort à monter son rocher en haut de la colline. Cependant, même s'il sait son effort improductif, il accepte de s'y soumettre en toute connaissance de cause. Camus (1942) explique dans son essai *Le Mythe de Sisyphe* que de ce fait, il s'affranchit des Dieux, il devient libre, et maître de son destin. Il peut être judicieux d'approfondir l'idée : c'est cet innommable qui lui permet de rester en vie et de garder cette part de liberté. Ce qui, transposé à l'histoire infirmière pourrait signifier que c'est au prix de l'indicible qu'elle a construit son métier, indicible n'équivalant pas à l'incommunicable entre pairs.

2.3. Une collaboration IFSI-terrain renouvelée ou non ?

Pour rappel, la convention tripartite signée entre l'IFSI, le terrain de stage et l'ESI officialise le partenariat imposé par la réingénierie, sa déclinaison effective est IFSI-dépendante. Dans le cadre de cette recherche, tous les protagonistes organisent des visites de stage pendant laquelle les trois acteurs concernés (formateur-IFSI, tuteur de stage et étudiant) se réunissent et travaillent en collaboration principalement les analyses de pratique professionnelle, comme l'énonce le référentiel de formation. Ces temps de rencontre des trois acteurs de l'apprentissage infirmier sont plus communément appelés « encadrement de stage » par tous les participants de cette recherche. Cette appellation n'a pas été renouvelée malgré le

changement de modalité de ces rencontres demandées par le référentiel de formation 2009 (disparition des MSP).

Avant de comprendre le vécu qu'ont les deux types de formateurs (IFSI et tuteurs) de cette rencontre avec l'étudiant sur le terrain, je vais rapporter certains propos concernant la représentation que chacun des formateurs se fait de son homologue de l'autre lieu de formation.

Plusieurs extraits affichent les critiques que peuvent émettre les formateurs IFSI à l'encontre des tuteurs de stage.

Dans le premier extrait, le dialogue entre formateurs-IFSI fait état de ce qu'ils disent de la mission d'évaluation du tuteur et de sa méconnaissance persistante du portfolio.

Elodie : *L'autre jour je montrais à Karine une feuille de note euh d'appréciation après un stage, excuse-moi mais, honnêtement l'infirmière qu'il l'a remplie, faut pas me dire que la fille s'est posée la moindre question au moment où elle a mis des croix, elle a mis des croix pour mettre des croix, parce que quand je vois, c'était un stage aux urgences pédiatriques de nuit, quand je vois : adopte une communication adaptée en fonction des ressources du patient non mobilisé... donc elle n'a pas parlé aux enfants, elle n'a pas parlé aux parents, elle a parlé à personne l'étudiante, elle n'a pas mobilisé cette compétence...et dans l'appréciation générale c'était marqué : très bon relationnel avec les enfants et les parents, ah ben on est bien là, c'est pas mal, j'en ai fait une photocopie pour qu'on en reparle.*

Jérémy : *mais c'est un problème.*

Véronique : *non mais attend depuis le temps !*

Karine : *non mais y'a des critères ils ne sont pas explicites pour les professionnels.*

Véronique : *c'est pour nous faire plaisir à nous, c'est parce que l'école en a besoin, ils ne voient pas la complémentarité entre l'école et le terrain, elle n'est pas vue, le côté alternance intégrative n'est pas vue.*

(Séance RC 6)

Du fait de son changement de lieu d'exercice, cette infirmière nouvellement arrivée comme formatrice (Elodie) estime avoir le recul nécessaire pour ne plus se sentir concernée par ce qu'elle disait dans d'autres séances (séance RC 2 et 4), à savoir, avait-elle dit que « *quand j'étais infirmière dans le service, je n'étais pas au clair avec le référentiel et le portfolio, même après la formation sur le tutorat* ». Bien que n'ayant pas eu d'apports supplémentaires depuis son arrivée à l'IFSI, le fait de manipuler ce référentiel en tant que formateur semble lui octroyer la place de sachant, une sorte d'expertise implicite l'autorisant à se démarquer des infirmières

de terrain, et même, à ne pas comprendre la récurrence de leur incompréhension du portfolio. Certains formateurs IFSI avalisent le fait que ces critères de compétences ne sont pas traduisibles dans la réalité des services, et il est reconnu « *normal qu'ils [les tuteurs] fassent avec* » disent certains d'entre eux, parce que le référentiel énonce que c'est comme cela que l'on doit former actuellement les futurs professionnels. La notion de « *faire plaisir* » dans le discours de cette formatrice peut être associée à l'idée d'une bienveillance, d'une capacité empathique chère à la relation soignant-soigné, d'une immersion dans le monde de l'autre tout en restant soi-même, d'une acceptation inconditionnelle ne signifiant pas d'être d'accord avec, mais permettant d'éviter la confrontation et de faire comme on veut.

Il peut être intéressant de rappeler la place ou la fonction des programmes des études dans l'histoire du métier. Il semble entendu, au regard des nombreuses similarités de leur contexte d'apparition, que leur officialisation atteste de la nécessité de l'émergence d'un « nouveau profil » de professionnel à former, et que cette préconisation soit non négociable...une sorte d'hégémonie historique de la formation.

Le second extrait présente un dialogue entre deux formateurs dont l'avis diverge en ce qui concerne la difficulté des tuteurs de stage à faire face aux demandes d'encadrement des stagiaires.

Karine : *c'est des personnes qui ne souhaitent pas encadrer.*

Véronique : *moi j'en connais, c'est de la grosse grosse flemmardise et c'est l'effort supplémentaire qu'il ne veut pas faire.*

Karine : *des fois, c'est de ne pas se sentir en sécurité, si tu as peur qu'un étudiant te pose une question et tu ne sais pas répondre, y'en a, ils vont se sentir très mal.*

Elodie : *et puis y'a des gens qui ne sont pas pédagogues je suis désolée.*

(Séance RC 5).

Une formatrice identifie ce qui peut s'assimiler à une certaine « mauvaise foi » des tuteurs (« *c'est de la grosse grosse flemmardise et c'est l'effort supplémentaire qu'il ne veut pas faire* ») alors qu'une autre interprète la difficulté d'encadrer les ESI comme une insécurité face aux étudiants (« *si tu as peur qu'un étudiant te pose une question et tu ne sais pas répondre, y'en a, ils vont se sentir très mal* »). Il est fait référence dans ce discours à un constat souvent partagé par les participants de cette recherche, le fait que les ESI aient plus de connaissances que ceux qui les forment, comme cela a déjà énoncé concernant l'asymétrie de la relation tuteur/tutoré.

L'insécurité des tuteurs est présente dans ce troisième extrait, mais cette fois vis-à-vis du formateur-IFSI, même si celui-ci est novice, comme c'est le cas dans l'illustration suivante.

« *Je ne suis pas sûre qu'ils soient dans la réflexivité les tuteurs, moi ceux que j'ai rencontré, j'en ai rencontré 2 : une, je ne l'ai pas entendu et la 2^{ème} elle était déjà sur la défensive vis-à-vis de moi* » nous dit cette formatrice nouvellement arrivée à l'IFSI. Celle-ci fait état de deux types de réaction dans le contexte de la rencontre tripartite, la première renvoie à un silence de la tutrice pouvant être du désintérêt, de l'incompréhension ou du sentiment d'incompétence, mais peut aussi au-delà des sentiments négatifs, signifier être de l'observation d'une situation inédite ou encore opérer un repli sur soi la protégeant d'une sensation de danger. La seconde réaction peut illustrer une vulnérabilité de ce tuteur face à ce formateur étrange et étranger à ses représentations, ou la pression d'une mise en concurrence qu'émerge de ce contexte particulier, ou encore une mise en danger que peut représenter l'analyse de la pratique professionnelle.

Quant aux tuteurs participant aux formations-interventions, ce qu'ils reprochent aux formateurs d'IFSI, hormis de ne plus venir dans les services, concerne principalement le niveau d'exigence de ce qu'ils demandent aux ESI, de nombreux discours de tuteurs font référence à ces commandes de l'IFSI qu'ils nomment inconcevables. Leurs propos suivants font état de difficultés en lien avec l'aspect chronophage du travail demandé « *toutes ces recherches, ils ne se rendent pas compte du temps que ça prend, pendant qu'ils font ça, ils ne sont pas en train d'apprendre les soins* » explique un participant. Un autre tuteur développe la dimension jugée trop scientifique des recherches que les ESI ont à faire : « *et ce vocabulaire scientifique qu'est-ce que ça veut dire, on ne forme pas des médecins* » développe cet autre tuteur. D'autres discréditent la dimension réflexive : « *ils nous disent qu'on doit les aider à réfléchir, y'a qu'à l'IFSI que ça veut dire quelque chose* » ou encore « *former des praticiens réflexifs...ça n'a pas de sens c'est difficile car on n'a pas été formé avec le même mode d'apprentissage, ils [ESI] n'ont pas vécu la même formation* » affirmant « *nous n'avons pas la culture de ce programme-là* ».

Il s'agit là du renouvellement du débat récurrent des relations entre pratique et théorie dans l'apprentissage en alternance, même s'il est convenu de longue date que le décalage entre les deux est à la fois évident et nécessaire. La référence à la recherche et à la réflexivité pose d'une autre manière l'articulation des savoirs pratiques et des savoirs théoriques. En amenant la réalité de terrain face aux nouvelles exigences portées par les formateurs IFSI, les tuteurs réinterrogent à la fois le type de savoir et son utilité pour pratiquer en tant qu'infirmière, de

même que le sens de la transmission du métier. Nous l'avons vu précédemment, le langage trop abstrait participe à la mise en perplexité des praticiens du soin, qui eux, sont plutôt dans l'attente de productions pour garantir qualité et performance du soin.

Nous avons vu aussi que la réflexivité se situait entre injonction et allant-de-soi. La posture réflexive n'est pas spontanée et oblige le praticien à un effort. Elle n'est pas sans risque pour celui qui l'adopte, car elle vient questionner ce qui est tenu pour acquis. Cela équivaut comme l'exprime Perrenoud (2001) à agir contre son confort immédiat, déstabiliser des automatismes qu'on a eu le plus grand mal à mettre en place, des fonctionnements psychiques et/ou relationnels que le sujet n'a pas forcément envie de voir. En réaction, cette posture déstabilisante pour celui qui l'adopte, peut aussi soulever des résistances (internes comme externes), créer des tensions au sein du collectif, questionner l'organisation...

Les injonctions du référentiel décrètent que l'analyse de l'activité infirmière devient source d'apprentissage, ce qui équivaut à reparler de l'expérience comme modalité d'apprentissage. Nous avons vu que ce postulat était confirmé tout au long de la construction historique du métier, mais l'histoire entérine aussi que penser sa valorisation peut être risquée. Sa formalisation et sa mise en mots peuvent être empêchées ou risquées dans le cadre de cet espace de rencontre sur le terrain.

Les formateurs IFSI se positionnent dans cet espace comme des accompagnateurs de la réflexivité infirmière, comme l'exprime cette formatrice « *Nous, on est là pour le questionnement* », « *on a les mêmes objectifs mais pas les mêmes attentes [que les tuteurs de stage], nous on est intéressé de savoir par où ils [les ESI] sont passés, on attend tout ça d'eux dans les travaux d'écriture* » alors que « *le professionnel il attend d'emblée en face de lui, quelqu'un qui est déjà quasi professionnel, lui veut d'emblée une synthèse* » (Séance RC 6). Dans le cadre de cette recherche collaborative, ces formateurs signalent souvent la difficulté qu'ils ont à porter cette consigne de mise en mots auprès des tuteurs qu'ils rencontrent ou à accompagner cette posture réflexive de l'ESI sur le terrain de stage. Ce désagrément est, selon eux, principalement en lien avec ce qu'ils nomment « *les résistances des tuteurs* », alors que nous avons vu précédemment qu'ils étaient souvent empêchés d'être dans l'analyse de leur propre pratique de formateur. En étant à distance de la pratique infirmière, il semble qu'aider à la formalisation de la pratique infirmière ressemble plus à une confrontation de l'existant avec ce qu'il devrait se passer, c'est-à-dire l'idéal porté par la formation IFSI. Le discours de cette formatrice expérimentée est l'illustration de ce que j'ai appelé précédemment le « *compagnonnage réflexif* », l'apprentissage par imprégnation de la réflexivité, comme s'il était

possible de rendre reproductible la pratique réflexive ou encore reproduire la conformité à la réflexivité : *« c'est possible si on le fait devant eux ! Moi maintenant j'ai 3, 4 personnes à chaque fois en tutorat, et je vais en avoir un peu plus parce qu'ils veulent assister à la manière dont j'accompagne l'analyse de pratique ou l'analyse de situation. Ils veulent assister et ils participent parce que je les interroge, j'ai décidé de ne pas faire abstraction de ces tuteurs, ils sont autant acteurs que l'étudiant à ce moment-là »* (Séance RC 5).

Les tuteurs participant aux formations-interventions sont souvent très critiques concernant ce qu'il se passe dans cet espace de rencontre tripartite, beaucoup affirme : *« Ça dépend du formateur, avec certains on se demande à quoi ça sert, et pourquoi ils nous demandent d'être présents...à part se gargariser avec leurs mots savants »*, témoignage corroborant l'interprétation déjà faite du formateur-IFSI occupant la place de celui qui sait. Certains autres questionnent cet espace : *« On ne voit pas bien l'intérêt de cet encadrement de stage, surtout l'IFSI ne se rend pas bien compte qu'il est complètement déconnecté »* ou *« vous ne vous rendez pas compte de l'exigence que vous avez...surtout ce qu'on se demande bien à quoi ça peut servir de saucissonner les idées comme ça, on finit par plus savoir ce qu'on fait »*, ces déclarations semblent confirmer que cet espace est le lieu dans lequel s'expriment de nombreux paradoxes, projetant les professionnels de la formation dans le non-sens et l'empêchement à penser.

Le tuteur de stage doit accompagner la pratique réflexive de l'ESI, alors que, dans les formations-interventions, il insiste pour dire qu'il ne la met pas en œuvre dans sa quotidienneté de travail, faute de temps par exemple, ou qu'il n'en comprend pas toujours l'utilité dans sa pratique infirmière, y compris dans l'encadrement des stagiaires.

Le formateur d'IFSI doit soutenir en partenariat avec le tuteur de stage la création d'un dispositif d'accompagnement réflexif à destination de l'ESI, alors qu'il propose souvent un prêt-à-penser au tuteur dans le cadre des visites de stage, et qu'il nomme cette mise en réflexivité, compliquée et marginale dans sa pratique professionnelle quotidienne.

2.4. Un nouveau partenariat universitaire ou non ?

Le partenariat avec l'Université est légiféré dans la réingénierie. Le constat que ce soit dans les séances collaboratives IFSI, les entretiens formateurs et les formations-interventions, est que l'universitarisation est très peu parlée. J'émet l'idée qu'en 2016, année pendant laquelle a eu lieu le recueil de données de cette recherche, les préoccupations étaient

plus orientées vers les compétences et leur évaluation via le portfolio, que vers la réingénierie universitaire.

Néanmoins, je rapporte certains propos de professionnels infirmiers pouvant donner matière à interprétation. Cette interviewée explique qu'elle se trouve prise dans deux logiques qu'elle juge incompatibles : « *On doit être basé sur ce constructivisme et vous avez deux logiques à l'intérieur qui sont contradictoires, une logique socioconstructiviste, c'est-à-dire ce qui se passe dans la tête de celui qui apprend, sur tout ce qui est soin, les soins infirmiers mais, aussi une logique de donner des savoirs scientifiques par l'université, et là c'est deux logiques qui ne peuvent pas aller ensemble* » (EF 4). Deux logiques incompatibles, déclare ce formateur, à savoir d'une part la transmission d'un savoir préétabli, du « *par-cœur* » nous dit-il à un autre moment de l'entretien, et de l'autre, s'intéresser plutôt à « *ce qui se passe dans la tête de celui qui apprend* ». C'est comme si, ne pouvant coexister, l'un excluait l'autre. La difficulté peut venir du fait de vouloir absolument faire rentrer l'apprentissage infirmier dans l'une ou l'autre de ces divisions artificielles, jouant le même choix impossible que se doivent de faire les infirmières entre le rôle sur prescription et le rôle propre, sous-entendant qu'il n'y a aucun lien entre les deux. Cela réinterroge l'équilibre précaire entre le savoir non émancipé de celui des médecins et le savoir propre à l'infirmière, et pose la question de la place des savoirs académiques, disciplinaires et professionnels au sein de la formation infirmière.

Ces apports théoriques qui sont désormais de la responsabilité de l'Université ont toujours été existé dans la formation, ces savoirs étaient enseignés par les professionnels des disciplines concernées, les médecins et administratifs ayant toujours été présents depuis la formalisation de la formation. La formation théorique infirmière actuelle (2009) s'organise en unités d'enseignement, réparties en deux catégories, « des unités d'enseignement dont les savoirs sont dits ''contributifs'' aux savoirs infirmiers » (référentiel de formation, 2009, p. 277) appelées communément les « UE facultaires », dont les enseignements sont pris en charge par l'Université²⁷⁹, et « des unités d'enseignement de savoirs constitutifs des compétences infirmières » (ibid, p. 277) appelées UE « cœur de métier ».

La question des savoirs jugés utiles à l'infirmière anime les interactions dans l'extrait suivant.

²⁷⁹ Sont pris en charge les cours magistraux des différentes disciplines comme par exemple médecine, psychologie, droit, etc

Sophie : *on essaye de coller à la fac et ça, ça nous perd ! C'est là où on s'est glissé, et du coup on en a oublié l'essentiel.*

Alice : *on pouvait difficilement faire autrement aussi.*

Véronique : *du coup, moi j'ai envie de vulgariser la fac, de rendre accessible.*

Sophie : *oui justement, tu veux faire du lien, tu veux rendre accessible, du coup tu veux coller au truc pour donner du sens et après, ce n'est pas que tu zappes ta compétence mais tu vas déborder, on n'est pas toubib !*

Karine : *moi je crois que vous en faites une montagne, parce que par exemple quand tu regardes les pdf²⁸⁰ de la fac, certains ne sont pas accessibles, par contre d'autres sont franchement accessibles. Mais qui a donné des situations complexes dans les TD ? vous pouvez me le dire ? et ben c'est les formateurs ! Pourquoi on donne des situations aussi complexes, c'est pour dire qu'on n'est pas cons auprès des médecins ou quoi ?*

Martine : *ben oui, mais qu'est-ce qu'on a à prouver ?*

Karine : *surement qu'on n'est plus soumis ! ah ! la toute-puissance des médecins !*

(Séance RC 6).

Je précise que dans cet IFSI en particulier, seuls les cours magistraux (CM) des unités facultaires sont du ressort des universitaires, et les travaux dirigés (TD) correspondant à ces CM sont laissés à l'animation des formateurs-IFSI. De fait, le débat ci-dessus n'est pas sans rappeler la configuration des anciennes répétitrices, qui avaient pour fonction d'aider à l'assimilation des cours des médecins. Il est à noter, que lorsqu'il est fait mention des cours de la faculté, ne sont évoqués que les cours à orientation médicale, et aucunement les apports des sciences humaines, sociales et droit, qui, même s'ils sont constatés tout aussi complexes à appréhender pour les ESI, semblent complètement désinvesties par les formateurs rencontrés. La notion de vulgarisation (« *vulgariser la fac, rendre accessible* ») entérine d'une part la complexité des apports médicaux, et leur statut de « *vraies connaissances scientifiques* » comme le précise une formatrice à un autre moment de l'échange. Il semble que pour une des formatrices présentes, rendre accessible ces savoirs savants peut dépasser les

²⁸⁰ Dans cet IFSI, les ESI ne bénéficient que de peu de cours magistraux universitaires en présentiel à la faculté de médecine. Les contenus de cours leur sont proposés sous la forme de PDF ou de podcast qu'ils doivent étudier seuls. Pour cela, ils disposent de temps dédié à cela sur leur planning de formation. Les formateurs de cet institut proposent pour certains apports qu'ils jugent « *compliqués* », ce qu'ils appellent « *des explicitations* ». Ils animent aussi tous les TD des unités d'enseignement universitaires.

compétences d'une infirmière devenue formatrice (« *mais tu vas déborder* »). Dans l'extrait, les différents discours oscillent entre fatalisme/acceptation d'une soumission plus ou moins passive au médecin (« *on pouvait difficilement faire autrement aussi* ») et la reconnaissance d'une certaine connivence/complicité infirmière dans sa non-reconnaissance (« *ça nous perd. C'est là où on s'est glissé, du coup, on en a oublié l'essentiel.* »).

Rappelons qu'historiquement la formation infirmière est étroitement liée à la délégation d'actes médicaux sur fond de tradition empirique et vocationnelle. Les pratiques et les connaissances médicales ont modifié les pratiques et les connaissances infirmières, de même que leur transmission. La difficulté à se situer par rapport au médecin reste extrêmement présente, et peut être à l'origine d'une disparité du groupe infirmier, comme cela s'est déjà vu à certaines périodes historiques. L'allusion à la soumission médicale et à la toute-puissance des médecins rappelle les liens entre le savoir médical et celui de l'infirmière, et réactualise la difficulté de construction du savoir autonome infirmier, de l'académisation de la filière de formation en soins infirmiers (Debout, 2008) et de l'émergence de la discipline infirmière²⁸¹.

Quant aux tuteurs rencontrés lors des formations-interventions, lorsqu'ils évoquent l'université, cela correspond à l'exclusion complète du formateur-IFSI comme le présente ce participant d'une intervention-formation : « *on nous a dit qu'ils [les ESI] n'avaient plus de cours théoriques à l'IFSI, mais à la fac, s'ils apprennent plus rien à l'école, vous servez à quoi, vous, les formateurs* ». Les discours des tuteurs évoquent principalement une surestimation des savoirs savants médicaux et une dépréciation de l'infirmière jugée souvent inapte à intégrer ces savoirs dits « *encyclopédiques* ». Cela engendre souvent au cours des échanges en formation tutorale des railleries à l'encontre de ces étudiants qui, nous disent les tuteurs, « *n'en ont que pour les savoirs de la fac* », « *qui sont toujours en train de bachoter on ne sait quoi* », dans lesquels ils ne se reconnaissent plus, et qui vont jusqu'à les malmenier dans leur statut de professionnel « *Ils ne se sentent plus péter. Vous vous rendez compte y'en a même un qui m'a dit, de toute manière tu n'as rien à m'apprendre, moi j'ai une licence et toi non* » « *qu'est-ce qu'on va former comme futurs professionnels ?* » nous dit ce tuteur, ce discours s'amplifiant depuis un couple d'années.

²⁸¹ Je précise que c'est le 30 octobre 2019 que le décret n° 2019-1107 modifie la composition du CNU pour les disciplines médicales, odontologiques et pharmaceutiques, en y intégrant 3 nouvelles filières d'enseignants-chercheurs créées dans les disciplines maïeutiques, des sciences de la rééducation et de la réadaptation, et des sciences infirmières.

3. L'institutionnalisation des contradictions

Nous avons vu que les contraintes « historiques » du monde de la santé et plus particulièrement du monde hospitalier ont de longue date pesé sur le personnel soignant, dans le cas présent sur les infirmières, se répercutant sur la transmission du métier. Les pressions qui s'exercent sur elles se sont accentuées avec le tournant gestionnaire du soin à l'hôpital (Le Roy, 2019). Les acteurs sont de plus en plus sollicités et l'injonction leur est faite « d'améliorer leurs performances, de renforcer le sens des responsabilités et d'augmenter leur efficacité » (Boussard, Demazière & Milburn, 2010), qu'ils soient en accord ou pas avec les nouvelles orientations. La stratégie nationale du système de santé 2018-2022 énonce que « les formations doivent s'adapter aux évolutions constatées ou à venir concernant les métiers, les conditions d'exercice des professionnels de santé ainsi que l'organisation et le fonctionnement du système de santé » (2017, p. 57). Le monde de la formation infirmière est doublement impacté, traversé à la fois par ce que vit l'institution hospitalière et par ce que vit l'institution universitaire aujourd'hui, à savoir des débats similaires à ceux du monde de la santé.

Ce que vivent les formateurs en soins infirmiers n'est pas tant l'effet de la répétition ou de la nouveauté, mais soumis à des tensions exacerbées rendant la réalité éprouvante, cela leur fait l'effet de devoir tenir des contradictions intenable, de devoir répondre à des commandes auxquelles ils ne peuvent plus répondre. Les contradictions et les résistances que nous avons identifiées ne sont pas que de simples résistances au changement de formateurs expérimentés, comme pourrait le montrer la phrase très souvent prononcée « *on a toujours fait ça comme ça* », car nous avons identifié aussi que même les nouveaux les vivent, et tous ont l'obligation de s'y adapter. Monceau (2008) explique qu'« il s'agit de saisir les dynamiques qui conduisent les individus à trouver naturels et à accepter des usages institutionnellement fabriqués. En effet, l'institution ne se limite pas à des aspects organisationnels mais elle intègre des dimensions idéologiques qui imprègnent les subjectivités individuelles » (p. 148). Impliqués dans leurs pratiques et dans leurs institutions, « qu'ils traversent ou qui les traversent » (Lamihi, 2002, p. 47), les formateurs en tant que sujets sont traversés par ces contradictions, les tensions ne se jouant pas seulement au niveau de l'institution. Les illustrations suivantes vont permettre par « une appréhension de ses actes [les actes du sujet] (perceptions, pensées, comportements) dans une situation donnée comme résultant de l'articulation singulière de ses groupes d'appartenance et de référence, passés, présents et futurs qui marquent sa participation à la société » (Guillier, 2003, p. 23), de voir ce qui fait violence à ces formateurs, et rendre compte de la dimension ordinaire de cette violence, ou même pourrait-on dire quasiment banale.

La première illustration montre comment une formatrice expérimentée reçoit ce qu'elle pense être une injonction de mise en mots de sa pratique comme une insulte. Puis, nous verrons comment cette injonction de mise en mots peut produire des difficultés à s'entendre entre membres d'un même groupe, ou encore comment ce qui était pensé comme bienveillance peut se transformer en son contraire, et comment la souffrance se vit comme incontournable.

3.1. Quand la demande de mise en mots devient insulte

Dans l'extrait du discours qui suit, une formatrice travaillant depuis longtemps dans l'IFSI, raconte comment elle a vécu la demande d'explicitation faite par une nouvelle collègue arrivée depuis peu d'un institut différent, et ce, à propos du contenu d'une séance pédagogique qu'elles devaient animer chacune avec un groupe d'étudiants différent. Toutes les deux avaient de l'ancienneté dans le métier.

Pour information, beaucoup d'émotions sont présentes dans le récit, le ton de la voix monologuant est tantôt enthousiaste, tantôt théâtralisé ou solennel ; le rythme de l'expression verbale est soutenu, et le paralangage (exemple : hochements de tête) est manifeste. Beaucoup de rires collectifs sont présents dans ce passage.

Martine : « *Dis-moi ce que tu as dans la tête tu m'as dit, c'est la première fois qu'on me disait : dis-moi ce que tu as... bref qu'on s'intéressait à moi en fin de compte. On fonctionnait en autarcie, toute seule, jamais on échangeait sur ce qu'on faisait, on te laissait pleine autonomie et confiance sur ce que tu faisais, tu faisais seule total, au point que j'étais toute seule pendant 5 ans en bas hein et on ne venait jamais me demander comment ça se passait, si j'avais besoin d'aide etc... Parce que tous les autres n'avaient pas 35 heures de face à face/ peu importe, j'ai fini par accepter que c'était comme cela... et euh donc je construisais seule mes TD, et mes TD je les faisais seule et c'était satisfaisant puisque c'est moi qui les faisais et un jour on me dit de partager. J'avais une tonne d'UE, une tonne d'UE incommensurables toute seule hein/ mais je n'avais pas vu qu'on m'avait délégué, délégué, délégué au point de décharger les autres, je pensais que c'était normal ce que j'avais, je n'avais pas du tout de regard critique... et puis je vois quelqu'un arriver, qui pour la première fois va partager avec moi puisque tous les autres avaient fui (rires collectifs) avaient fui, c'était trop, t'imagines bien y en avait aucun qui restait, ils ne résistaient pas, ils partaient, et y en a une qui me pose la question : qu'est ce que tu as dans la tête ? (Sur un ton solennel). Qu'est-ce que tu veux faire exactement, qu'est-ce que tu veux faire passer comme message (...) je croyais qu'on se foutait de ma gueule... qu'elle se foutait de ma gueule... Je suis seule, je suis abandonnée et elle critique*

ce que je fais, tu vois (...) et donc c'est de l'agression à l'état brut, c'est violent pour moi ce truc-là... et puis bon, puisqu'elle n'arrêtait de me demander ce que j'avais dans la tête (...) je me suis dit : elle a l'air de s'intéresser à moi, est ce qu'elle ne se fout pas de ma gueule.../ est ce qu'elle ne se fout pas de ma gueule...j'ai cru le vérifier que tu te foutais de ma gueule... »

Extrait de la séance RC 1.

En racontant cette anecdote, cette formatrice explique comment elle s'est construite et installée dans le statut du formateur. Elle exprime le fait d'être seule et « *abandonnée* » nous dit-elle, à son arrivée dans le métier, et fait référence à l'aspect implicite de sa construction identitaire (« *je construisais seule mes TD, et mes TD je les faisais seule* » « *puisque tous les autres avaient fui* »). En insistant sur le caractère empirique, son savoir devient tacite, du latin « *tacitum* », qui signifie ce qui est secret, caché ou mystérieux, c'est-à-dire non interrogeable et non transmissible, rappelant ce que Collière (1995) dit des savoirs empiriques de la femme soignante : « pour savoir, il fallait y “avoir goûté”, “y avoir tâté” [...]. Il fallait que cela s'inscrive dans une expérience de confrontation avec la réalité, devenant ainsi une expérience de vie » (p. 124).

Cette formatrice exprime à la fois la lourdeur de la situation (charge de travail au-delà du prescrit générant une surimplication) et son aspect corvéable non contestable et non contesté, sous couvert d'adaptation (« *je pensais que c'était normal* » « *j'ai fini par accepter que c'était comme cela* »). Elle nomme cependant le sentiment de liberté que cela lui procure, et qui en contrepartie lui confère une responsabilité dans la qualité des prestations données (« *on te laissait pleine autonomie et confiance sur ce que tu fais* » « *et c'était satisfaisant puisque c'est moi qui les faisais* »), l'autonomie se confondant dans son discours avec le fait de faire seule, sans le regard d'autrui. Ceci n'est pas sans rappeler l'improvisation et l'auto-formation des monitrices-infirmières du début de la formation, mais aussi ce que les tuteurs rencontrés dans les formations-interventions reproduisent dans la manière de former les étudiants en soins infirmiers (« *C'est à force de faire, qu'ils sauront faire tous seuls* »). Il semblerait que cette formatrice associe sa légitimité à être formateur en soins infirmiers au fait d'adhérer complètement à des situations contraintes dans lesquelles l'inconfort et la pénibilité du travail, sont devenus quasiment naturels, puisque tout le monde est censé en passer par là.

Nous avons vu dans le chapitre *Une autonomie paradoxale*, que ce qui est vécu comme violent, c'est l'obligation d'explicitier son mode de raisonnement, ici cette formatrice, expérimentée de surcroît, vient réaffirmer que cela ne relève plus de l'intimité, mais du professionnel, comme l'énonce la réingénierie des études. Dans ce cas précis, la demande de

cette « paire étrangère » génère une méfiance, et se révèle être une réelle déstabilisation dans le quotidien de cette expérimentée, qu'elle interprète tout d'abord comme une « *insulte* » puis une « *violence* » à son égard. Le sentiment de menace que provoque la demande de mise en mots, de verbalisation de sa propre pratique génère une insécurité, une vulnérabilité et la mise en œuvre d'un mécanisme de défense, qui vient faire obstacle à la communication avec l'autre. La demande d'explicitation venant de cette paire expérimentée légitime à ses yeux, est intrusive et inconcevable, un peu comme si celle-ci lui demandait ou l'obligeait à se justifier de ne pas être capable de rentrer dans la nouvelle logique réflexive et la projette dans la confusion, et le non-sens.

3.2. Quand la demande de clarification devient difficulté à s'entendre

Pendant cette scène, extraite d'une séance de recherche collaborative (Séance RC 2), l'auditoire devient témoin interloqué d'attaques directes entre deux participantes. Le dialogue suivant présente une joute verbale entre deux formatrices, alors que les deux interlocutrices semblent défendre le même point de vue. La formatrice expérimentée démontre avec velléité comment, lorsqu'elle était formatrice débutante, elle était obligée de faire ce qu'on lui demandait de faire, et ce sans protester. Ce vécu est confirmé par son interlocutrice, jeune formatrice, qui en plus de cela, généralise ce vécu à celui des jeunes infirmières dans les services de soins.

Martine : surtout à l'époque on nous préparait rien du tout, on avait rien comme outil d'accompagnement, on avait voilà c'est le diabète cet après-midi, on interroge sur le diabète on travaille là-dessus on avait un petit cas clinique une dizaine de lignes et tu te débrouillais tu te débrouillais la veille pour le lendemain donc tu t'enfilais jusqu'au lendemain matin tu ne dormais pas de la nuit et tu arrivais avec ce que tu avais appris du diabète conséquemment et tu t'en débrouillais tu t'en débrouillais tu y arrivais je me suis toujours débrouillée, j'y suis toujours arrivée, mais avec des implications extrêmement importantes, on ne te demandait pas si tu savais ou pas, on s'en foutait à la rigueur que tu ne savais pas, y'avait personne pour pouvoir le faire c'était toi qui te trouvais des fois c'était à une ½ heure de faire le cours parce que la personne n'est pas venue.

Zoë (lui coupant la parole) : mais ça ça ressemble à

Martine (l'interrompt) : attends je finis/ ça c'était des dangers pour n'importe qui/ on me demandait par exemple de faire sur l'isolement septique j'y connaissais rien l'isolement septique une demi-heure avant : Martine c'est toi qui ira on ne me laissait pas le choix d'y aller

j'allais avec un cours que j'avais lu en pratiquement en un 1/2 heure parce que j'avais qu'une ½ heure pour le lire et j'y allais, j'y allais !

Zoë : mais Martine c'est pas un peu la culture hospitalière parce que moi ça des situations comme ça j'en ai vécu à l'hôpital

Martine : mais ce n'était que ça avant, vous avez un confort terrible à l'heure actuelle c'est incroyable !

Zoë : quand j'étais étudiante infirmière, ça ne m'était jamais arrivé j'arrive sur mon stage ouais ouais vas-y les doigts dans le nez, tu prends une fiche technique et tu y vas sonder, par chance j'ai réussi. C'est pareil, je veux dire qu'il y a quelque chose de l'ordre de la culture hospitalière...

Martine : mais au-delà de tout cela (joignant le geste à la parole, comme pour minimiser ce qu'il venait d'être dit)

Zoë : oui mais n'empêche que concrètement sur le terrain on le dit même aux étudiants infirmiers qui sont diplômés là on leur demande d'être professionnel

(Séance RC 2).

Le discours de cette formatrice expérimentée oscille entre une banalisation de l'expérience éprouvante qu'elle a vécue à son arrivée (« *tu te débrouillais la veille pour le lendemain donc tu t'enfilais jusqu'au lendemain* ») et, un éprouvé d'orgueil (« *j'y suis toujours arrivée* » « *j'y allais, j'y allais* »), une affirmation accompagnée d'une envie de reconnaissance (« *mais ce n'était que ça avant, vous avez un confort terrible à l'heure actuelle c'est incroyable !* ») voire d'une valorisation de l'intensité de l'épreuve passée (« *j'y suis toujours arrivée, mais avec des implications extrêmement importantes* »).

Elle explique comment en tant que formatrice débutante, elle devait faire ce qu'on lui demandait sans opposer de résistance (« *on ne te demandait pas si tu savais ou pas* »), et sans interroger le sens de la demande, faisant état d'une prescription (« *Martine c'est toi qui ira* » lui disait-on « *½ heure avant* »), d'une non-remise en question d'une conformité à l'ordre établi (« *on ne me laissait pas le choix d'y aller* »). Et selon ses dires, il lui fallait être dans l'hyper activisme (« *tu ne dormais pas de la nuit* ») pour pallier à ses manques (« *tu t'enfilais jusqu'au lendemain matin [sous-entendu le contenu que tu ne connaissais pas]* ») afin de pouvoir répondre à la commande institutionnelle faite.

La « jeune » formatrice insiste pour partager la vision fataliste de cet apprentissage sur le tas du métier, en mettant en exergue ce processus de répétition des situations d'apprentissage

au sein de l'institution hospitalière (« *moi ça des situations comme ça j'en ai vécu à l'hôpital* »), montrant l'acceptation d'une vision normative de l'apprentissage du métier (« *quelque chose de l'ordre de la culture hospitalière* »).

Au regard du dynamisme de l'interaction, et de l'essai d'interruption avorté de son interlocutrice, il semble que cette formatrice expérimentée cherche à différencier son vécu de celui de l'autre. Il semble qu'elle ne se sente pas concernée par le discours, qui aurait pu être entendu comme similaire. Elle qualifie de « *confort* » la situation actuelle de cette jeune formatrice, insistant sur la dimension subjective donnée à l'expérience, « il n'y a donc d'expérience que dans la mise en sens de l'action, les conséquences éprouvées » énoncent Zeitler et Barbier (2012, p. 109) en référence à Dewey, de fait cette formatrice expérimentée n'entend pas le discours de la jeune collègue et semble nier son vécu. Lorsqu'on ne se focalise plus sur les mots, il est intéressant de remarquer que le groupe à ce moment-là se trouve dans un état émotionnel particulier, et ce qui aurait pu être vu comme un clivage entre nouvelle et ancienne formatrice induit chez les spectateurs de la scène une incompréhension, une sensation de subir quelque chose d'inattendu qui ne les regarde pas les entraînant dans une confusion qui pourrait-on dire empêche chacun des membres du groupe de penser. Qu'est-ce qui est alors impensable ? que ces deux formatrices qui ont vécu la même dynamique d'intégration dans le groupe professionnel ne s'entendent pas ? ou que le groupe-spectateur de la dispute puisse penser qu'elles n'ont pas vécu la même chose ? cela pourrait confirmer qu'il existe un invariant à caractère normatif de l'apprentissage du métier d'infirmière, une rationalisation faisant partie intégrante de la culture infirmière, c'est-à-dire c'est l'expérience qui fait le professionnel, et parce qu'elles ont été infirmières avant d'être formatrices en IFSI, cela devient un allant-de-soi transmis en formation.

3.3. Quand la bienveillance se fait violence

L'extrait de dialogue suivant est issu de la première séance de recherche collaborative. Un jeune formateur explique comment il a vécu son arrivée à l'IFSI. Il est fait référence au fait que les nouveaux arrivants sont accompagnés dans leur prise de poste, avec l'argument officiel de « *bienveillance* » institué afin de leur permettre de mieux vivre la transition entre le terrain et l'entrée dans la formation. Selon ses dires, il a été « *protégé* », c'est-à-dire « *gentiment préparé au face à face étudiant* ». Il peut être pertinent de rappeler que dans l'institution, je participe, en tant que hiérarchie pédagogique à cet accueil et accompagnement des novices.

Jérémy : *Mais le mot protégé c'est extrêmement violent pour un nouveau venu !*

CA : *Ah ?*

Jérémy : *Parce que ça veut dire qu'on est dans un monde hostile (Rires de S)*

Sophie et Martine (affirment en même temps) : *C'est vrai !*

CA : *C'est vrai mais ça ne m'était jamais venu à l'idée !*

Jérémy : *Tu dis protéger et bienveillant mais Martine, elle dit : arrêter de le protéger !*

Martine acquiesce. (...)

Martine : *Ça veut dire que c'est une utopie de vouloir les protéger parce qu'on va les remettre dans la jungle !*

Jérémy : *Ce n'est pas la démarche mais c'est le mot, arrêtez, tu vois je ne veux pas te faire peur mais... (avec insistance dans la voix) : Mais ça veut dire qu'on était protégé de quoi ou de qui, voilà !*

Martine : *C'est vrai !*

Jérémy : *Alors finalement, quand Martine, elle s'oppose elle dit il faut arrêter de les protéger, tu veux nous protéger de Martine qui veut nous faire travailler c'est ça ? (Rires de Sophie)*

C'est ça le message pour les nouveaux arrivants tu vois, alors que tu vois Martine, désolé je ne veux pas !

Martine : *C'est pour ça qu'il faut lâcher !*

CA : *Tu as raison, ça ne m'est jamais venu à l'idée de penser ça, peut-être qu'inconsciemment c'est chez moi, mais en tout cas ça ne m'est jamais venu à l'idée, d'avoir en tête que j'emportais dans le mot protéger toute cette représentation de terrain hostile dans lequel vous arrivez.*

Jérémy : *C'est culpabilisant hein !*

(Séance RC 1)

Tout d'abord, il va s'agir de mettre le focus sur l'importance du vocabulaire employé, de sa compréhension, et de son interprétation. Le terme « *protégé* » est associé par l'un des interlocuteurs à la notion de violence qu'il est sensé transporter (« *Parce que ça veut dire qu'on est dans un monde hostile* »). Cette connotation n'a de sens qu'à travers son point de vue subjectif, ce qui peut faire état d'un sentiment d'insécurité ou de vulnérabilité au moment de sa venue en formation. Hormis le praticien-chercheur troublé par cette utilisation du terme, les deux autres participants approuvent ce sous-entendu, corroborant la dimension menaçante et inéluctable du début de carrière. L'équivoque associée à l'intentionnalité du mot, le chargeant d'une autre finalité, me fait vivre un moment d'incompréhension totale, ébranlant mes repères. Une des interprétations peut être qu'il existe une forte homologie entre ces deux sujets

(formateur et praticien-chercheur) à l'appréhension d'un vocabulaire à la fois familier et inhabituel dans son maniement. Cela peut témoigner d'une inadéquation ressentie entre le sens apparent d'un mot, le sens véhiculé par lui, et l'enjeu de son utilisation, installant un certain scepticisme ou une certaine méfiance vis-à-vis du langage.

Il est aussi à remarquer que dans l'ici et maintenant de la séance, cette démonstration est à l'intention du praticien-chercheur (ou du hiérarchique l'ayant accueilli de la façon décrite en début de carrière), celui-ci étant le seul du groupe à ne pas valider l'affirmation collective. Ceci a pour effet de lui faire accréditer la nouvelle signification du mot. Ceci doit, aux dires du démonstrateur générer un sentiment de culpabilité (« *C'est culpabilisant hein !* »), peut-être veut-il faire naître le sentiment de lui avoir porté préjudice en ne partageant pas la même définition, ou d'avoir enfreint les règles du groupe en n'ayant pas la même représentation ?

Selon qui le dit et qui l'entend le mot « *protéger* » change de sens, le vécu d'arrivée de ce jeune formateur dans le groupe renvoie à des non-dits sous-entendant non seulement une difficulté relationnelle, mais aussi une violence invisible, sa méfiance étant une stratégie de survie face à ce qu'il ressent comme une violence à son égard.

3.4. Quand la souffrance devient incontournable

Ce passage expose un dialogue entre une expérimentée et une novice concernant le vécu subjectif de la violence des infirmières lorsqu'elles deviennent formatrices.

À la remarque : *Donc c'est forcément, c'est forcément violent de changer de statut et de passer d'infirmière à formateur, ça peut être que forcément que violent...*

Martine : *Ohlala oui, c'est violent, c'est une souffrance, c'est une souffrance, oui, ça fait mal, ça fait mal...*

Cécile : *Moi je me sens pas du tout en souffrance, ça ne va pas jusque-là !*

Martine : *De la peur alors ?*

Brouhaha.

Cécile : *C'est du stress... euh mais c'est un stress qui reste productif, ce n'est pas quelque chose de paralysant, ce n'est pas de la souffrance, je suis effectivement comme ça, je suis complètement maniaque...*

Martine : *Tu ne dors pas... ça quand même c'est de la souffrance*

CA : *Elle n'y met pas le mot souffrance*

Cécile : *C'est peut-être mon côté masochiste, je ne sais pas*

(Séance RC 4)

Nous avons vu à de nombreuses reprises que le vécu du changement de statut d'infirmière à formatrice se vit comme « *violent* », et ce quelle que soit l'année d'arrivée en IFSI. Dans l'extrait, cette formatrice expérimentée insiste sur la nécessité de tenir ensemble « *violence* » et « *souffrance* », en le répétant dans ces phrases et en appuyant sur le mal que cela produit (« *c'est violent, c'est une souffrance, c'est une souffrance, oui, ça fait mal, ça fait mal* »). Elle est focalisée sur ce terme au point de vouloir absolument le retrouver dans le discours de l'autre (« *ça quand même c'est de la souffrance* »). La novice associe violence à « *stress* », soulignant qu'elle n'en souffre pas (« *ce n'est pas quelque chose de paralysant, ce n'est pas de la souffrance* »). L'évocation de son état d'exaltation intense l'empêchant de dormir (« *je suis complètement maniaque* »), contribue à ce que l'expérimentée certifie la similarité de vécu comme étant celui de souffrance (« *Tu ne dors pas... ça quand même c'est de la souffrance* »), ce qui a pour effet de convaincre la novice et de lui faire adopter le point de vue de l'autre. Invoquer le masochisme (« *ça doit être mon côté masochiste* »), euphémisme familier souvent usité par de nombreux interlocuteurs (tuteurs comme formateurs) dans cette recherche, rend acceptable son assentiment, « *faut être complètement maso pour faire ce métier* » entend-on souvent dans les discours des tuteurs des formations-interventions.

Je propose l'interprétation suivante : le comportement de l'expérimentée exerce un effet important sur celui de la novice, ce changement de perception rapide peut se révéler être une mise en conformité, une adhésion aux valeurs communes portées par les expérimentées. De fait, il peut s'agir d'une transmission par imprégnation par les expérimentées des manières de concevoir l'intégration dans le collectif formateur, renvoyant à la fois au contenu et au processus de la transmission.

L'adoption du terme de « *masochisme* » peut aller dans le sens de la soumission à l'autorité ou non, conscientisée ou non. Ce mot peut aussi suggérer autre chose, il ne sert pas à dénoncer le plaisir pris dans la souffrance ou l'humiliation, mais seulement à penser la nécessité perpétuelle, sans raison plausible, de s'adapter à la réalité toujours en mouvement. Du fait du fatalisme d'une situation qu'on ne peut éviter, et de la violence de cette imposition, le sujet préfère s'infliger à lui-même cette violence.

De nombreuses bribes de discours extraites des séances collaboratives corroborent la présence de ce paradoxe, comme par exemple les propos de cette formatrice expérimentée exprimant son rapport ambivalent à la réalité de son quotidien professionnel : « *Moi, le travail m'aide à aller mieux, je vais mieux grâce au travail* » et dans la même argumentation : « *la charge de travail impacte sur mon équilibre psychique. Je sens que je vais péter un plomb* »

tellement que c'est limite ce qu'on nous demande » et conclut : « *mais ça c'est normal* » (séance RC 2). Ou encore cette infirmière, nouvelle arrivante à l'IFSI qui, en écoutant les autres exprimer la violence des vécus de début de carrière, s'aperçoit que ce qu'elle vit, a été vécu par tous « *ça fait peur, mais c'est rassurant* » (séance RC 7).

Cette banalisation de la souffrance, de la peur et plus largement de la difficulté à soutenir des tensions de plus en plus fortes est courante dans les discours des formateurs. Elle apparaît même comme un vécu partagé constitutif du métier de formateur. L'institutionnalisation de la réingénierie de la formation, comme tout processus d'institutionnalisation, ne signifie pas qu'un nouveau modèle de formation en a remplacé un autre mais que ce nouveau modèle s'impose dans une dynamique constitutivement contradictoire.

3.5. La ritualisation pour « faire avec » les contradictions institutionnelles

Ces contradictions institutionnelles exacerbées avec l'universitarisation de la formation infirmière ne concernent pas seulement les formateurs déjà en fonction, mais semblent traverser aussi les formateurs arrivés après 2009, comme nous l'ont montré à plusieurs reprises les propos évoquant des vécus similaires.

Collière (1982) explique dans son ouvrage *Soigner... Le premier art de la vie* que la transmission orale des savoirs profanes des femmes soignantes « est une transmission initiatique, où l'on s'initie par l'expérience qui en quelque sorte consacre » (p. 37). Les formateurs, anciens et nouveaux, doivent composer avec les contradictions institutionnelles de la réingénierie de 2009, constitutives de son institutionnalisation.

3.5.1. L'expérience de la transition : une rupture imposée

Nous avons pu à plusieurs reprises identifier qu'il y avait des propos récurrents concernant la logique de passage entre le monde des soins et celui de la formation.

Les discours reflétant les motivations font souvent état d'une perte de sens dans leur activité de soignant, de l'impression de ne plus pouvoir faire correctement leur travail au quotidien accompagnée d'un dilemme renvoyant à l'inadéquation de leurs valeurs professionnelles et des attentes de l'institution hospitalière. Il s'agit systématiquement d'un passage volontaire vers la formation, et ont tous, lorsqu'ils prennent un poste en formation, un souci de transmission de leur savoir, de « *former la relève* » comme ils le disent, dans de meilleures conditions d'exercice que celles du terrain. La définition du métier avec laquelle les personnes arrivent en formation est plus proche d'un idéal de l'exercice professionnel infirmier que d'une adaptation-ajustement à l'environnement contraint du monde de la santé, ne pouvant

faire autrement pour donner du sens à un travail qui n'en a plus pour eux. Les propos suivants font référence à ce que se mettent à penser les infirmières, une fois arrivées dans le statut de formateur en soins infirmiers. Cette jeune formatrice explique : « *Moi j'ai quitté la cardio parce que j'étais épuisée de faire de l'action, réaction, effectivement, j'avais des bases mais un moment, je n'avais plus l'impression de réfléchir de me questionner sur mon action. C'est-à-dire que sur le moment où je fais l'action, évidemment que j'ai une réflexion autour, mais j'avais plus la réflexivité, la réflexion en plus grande ampleur. Et bien, j'étais épuisée de ça et je me suis cassée pour ça, j'avais l'impression que je devenais lobotomisée, débile à juste à être dans l'action réaction permanente, je ne supportais plus* ». (Séance RC 6), ou dans un registre plus métaphorique, cette deuxième, jeune arrivante à l'IFSI dit : « *j'avais l'impression que je euh... cognitivement je végétais ! j'étais en végétation et moi je le sens maintenant mais quand je vous dis que je suis bête mais je le sens vachement parce que je me dis... euh... du coup vous... vous alimentez toujours ça mais moi je n'étais pas alimentée je ne m'alimentais pas je n'avais pas de nourriture* » (Séance RC 2).

L'arrivée à l'institut de formation semble systématiquement porteuse d'engagement dans une mise à distance du travail de terrain, et d'une opportunité de faire ce que certains appellent « *un pas de côté* » réactivant et promouvant la dichotomie tenace entre théorie et pratique, entre formation et travail. Ils fondent leur légitimité sur leur expérience infirmière, en se référant à leur métier d'origine, ils prétendent implicitement que la connaissance du travail infirmier et l'expérience qu'ils en ont, suffisent à appréhender l'exercice de formateur. Cette conviction empiriste fait partie intégrante de l'histoire infirmière, et se transmet depuis des générations « *vous avez été infirmier, vous devez savoir former des infirmiers* » (propos récurrents prononcés par les formateurs-IFSI rencontrés dans cette recherche). Ce désir de changement inhérent à l'entrée en formation est tacitement imbriqué à une certitude de non-changement.

Certaines représentations sont parfaitement entérinées par le changement de statut d'infirmière à formateur, comme une certaine intellectualisation du métier, comme l'énonce cette formatrice : « *Et toi tu arrives avec ton bagage d'infirmière tu vois tout le monde réfléchir discuter tu te dis oh la la... ils sont savants, et donc du coup* » ou le confirme cette deuxième participante : « *moi j'ai découvert des choses parce que je suis devenue formatrice. Je ne posais pas, mais pas un tiers des questions que je me pose ici maintenant. Quand j'étais en service, faut être efficace, tu es programmée, c'est comme ça, oui, y'a plein de choses que tu as*

intériorisées et c'est comme ça et donc du coup, tu le fais sans même y penser... raisonnement clinique etc, etc... » (séance RC 4), témoignant de la traditionnelle opposition théorie-pratique, et de l'impératif d'opérationnalité dans les soins.

3.5.2. . L'accueil groupal « inhospitalier »

Un petit inventaire de conversations rapportées dans le cadre de ces séances collaboratives par les nouveaux formateurs permet de rendre compte du climat d'insécurité inhérent à leur arrivée dans l'équipe « *Moi, une des premières choses que vous m'avez dites, c'est : on a besoin de quelqu'un qui va pas nous claquer dans les pattes au bout d'un an parce qu'on en a marre de former des gens qui se cassent* » (séance RC 4), ou « *Toi, la première chose que tu m'as dite en réunion : euh... tu ne vas pas faire un bébé là ?* » (Séance RC 1). Que cette agressivité palpable à leur égard soit l'expression d'une inquiétude, la projection d'une angoisse sur l'autre devenant menaçant, l'identification d'une attaque envers le groupe, toutes ces interprétations vont dans le sens d'une déstabilisation ou d'une fragilisation du groupe. J'émetts l'idée qu'il existe un continuum entre les violences interindividuelles et la violence institutionnelle. Comme l'énonce Bembem (2016) : « Certaines négations de l'autre s'inscrivent dans le fonctionnement même de l'institution. Il ne s'agit pas, alors, d'actes légalement répréhensibles ou d'une absence d'actes nécessaires : il est davantage question d'une posture problématique altérant le soubassement même de la pratique professionnelle. Ces négations ne brisent pas le corps et l'esprit comme peuvent le faire les coups, les insultes ou la carence. Elles sont plutôt le terreau sur lequel ces dérives s'enracinent et se déploient car elles instaurent un climat institutionnel mettant à mal l'identité des personnes et leur reconnaissance en tant que sujets » (p. 4). L'affirmation d'un dérangement est souvent confirmée par les expérimentées : « *La première chose qu'on s'est dit c'est : ils [les nouveaux arrivants] ne vont pas nous faire chier !* » (Séance RC4). Cette déclaration est argumentée par le fait que les novices représentent une charge de travail supplémentaire pour les autres, que ce soit dans le travail qu'ils ne sont pas encore capables d'effectuer, comme l'argumente cette expérimentée « *Mais c'est parce qu'il y a toute une histoire derrière que je peux expliquer aisément. (...) Des personnes qui ne s'investissaient pas et qui nous déléguaient leur charge de travail au quotidien donc ça fait vraiment de la colère et du fait quand il y avait un nouveau, j'étais dans l'incapacité de l'accueillir parce que je reproduisais le même schéma parce qu'à chaque fois, c'était la même chose, à chaque fois qu'il y avait un nouveau c'était pour qu'on le protège, sur-protège jusqu'à avaler sa charge de travail tu imagines/ j'étais déjà débordée et je ne dormais plus moi* »

(Séance RC 1), ou « *l'obligation de prendre du temps pour encadrer les nouveaux* » (Séance RC 1), rappelant le discours des professionnels de terrain à l'encontre des étudiants en soins infirmiers qu'il faut former.

L'extrait suivant atteste de la tension que peut provoquer les nouvelles arrivantes :

Elodie : *nous avec Cécile on a eu le sentiment d'être arrivée comme, entre guillemets, comme une soupape de libération, un peu... euh...*

Cécile : *oui, fallait assurer quoi !*

Elodie : *et du coup, fallait qu'on assure pour pas que l'équipe elle mange derrière et que tout le monde recommence à dire : on est éprouvé, fatigué, etc., donc on s'est dit : on est un peu le pansement... on va essayer de panser comme il faut, donc voilà !*

(Séance RC2)

Intuitivement, ces deux jeunes infirmières font le constat d'un mal-être, d'une souffrance de l'équipe et se mettent en position de vouloir prendre soin de cette dernière, transférant d'emblée la démarche de soignante qu'elles maîtrisent.

3.5.3. Le choc de la réalité

Il s'agit d'un véritable choc lorsque ces formateurs nouvellement arrivés découvrent la réalité du monde de la formation : une multiplicité d'activités proposées aux formés, le caractère polyvalent du métier nécessitant une multiplicité de rôles, une expertise faisant partie des allants-de-soi au point qu'elle en est indéfinissable, de multiples façons de former justifiant l'adaptation d'une posture professionnelle, terme tout aussi énigmatique. Une formatrice déclare : « *Ça ne se passe pas tout à fait comme prévu* » en argumentant « *Ici, c'est un langage hyper conceptuel et ce n'est pas du tout ce dont on a l'habitude en service. Par qu'en service le concept c'est absent et là on est dans un truc assez abstrait, pas palpable !* » (Séance RC n° 5). Le choc de la réalité lié à ce décalage inattendu est une expérience éprouvante. D'experts ils redeviennent novices, voire même « *apprenants* », aux dires de certains participants. Il est à noter que ce vécu est mentionné quelle que soit l'année d'ancienneté dans la fonction.

Les infirmières nouvellement formatrices se retrouvent dans une situation complexe qui relève de véritables défis inimaginables : appréhender un nouveau monde sans en connaître le langage, faire face à des attentes qu'ils ne comprennent pas, faire abstraction de leurs croyances et bagages antérieurs pour se conformer aux tâches demandées, pour s'ajuster en permanence aux valeurs inhérentes à la culture-formateur, pour s'adapter sans relâche à ce milieu de pratiques insoupçonnées et impénétrables. Elles se retrouvent dans le même ressenti

de perte de sens qui les avaient amenés à changer de lieu d'activités, dans un sentiment étrange de familiarité, une inquiétante sensation de déjà-vu. « *Et faut tout recommencer !* » ponctue cette formatrice (Séance RC 2).

L'extrait suivant est un exemple des nombreux récits décrivant le ressenti d'un nouvel arrivant dans la formation.

Mais moi je suis venu ici à l'IFSI parce que je voulais un autre rapport au travail je pensais que voilà, je sors d'un milieu où on se désinvestit beaucoup au niveau intellectuel et je pensais être capable d'aller de faire beaucoup de choses de réfléchir etc. et puis arrivé ce fantasme-là, je déchante aujourd'hui. (Rires) ah la la ! la masse de travail ! même si je savais qu'elle était importante je n'avais pas imaginé qu'elle pouvait envahir m'envahir, et moi je ne veux pas que cette masse de travail m'envahisse parce que ce n'est plus un plaisir et quand je suis à la maison et quand je suis ici que je veux travailler que je ne peux pas, je ne sais pas dans quel sens aller, quand je suis chez moi et que je vois que je m'accorde trois heures de travail mais que je réalise finalement qu'il n'en faut six je dis que non c'est pas une vie alors est-ce que ce rapport au travail je me suis trompé sur ce que je suis ...Est-ce que je me trompe sur, sur l'exigence qui est attendue ici, est-ce que je dois lâcher prise.

(Séance RC 1)

Ce choc entre la réalité et les attentes est difficile à accepter, et génère une énorme pression, une nécessité de fournir des efforts, et souvent un surinvestissement au travail. Il s'accompagne souvent d'une sensation d'isolement, et du sentiment d'être débordé, « *Chacun se débrouille le nez dans le guidon* » (EF 2), ce qui a pour effet de les projeter dans une impuissance à faire leur travail comme ils le voudraient, ou tel qu'il est prescrit. Ce vécu anxigène va jusqu'à les faire douter d'eux-mêmes et des autres. Dans les narrations faites de la réalité quotidienne du formateur, les commentaires²⁸² nomment « *l'impuissance* », « *le déplaisir* » « *le sentiment d'incapacité* » « *la sensation d'inutilité* » « *l'estime de soi fragilisée* » « *l'incompréhension* » « *la peur du jugement* ». Les compétences qu'ils s'octroyaient à l'arrivée à l'IFSI disparaissent.

Cette logique d'exigence à l'encontre des novices est à tel point intégrée qu'elle est quasiment présentée par les expérimentés comme un service qui leur est rendu pour mieux

²⁸² Propos entendus chez les formateurs interviewés, et chez tous les participants de la recherche collaborative.

appréhender la fonction et la résolution de cette difficulté permet de gagner sa légitimité de formateur. « *Il faut en passer par là* » disent-ils.

3.5.4. L'obligation « d'en passer par là »

La chose semble entendue par toutes et tous les participants : « *Ça veut dire que forcément, c'est inévitable. Tout le monde doit en passer par les mêmes...les mêmes horribles choses...* », ce que cette formatrice expérimentée confirme en faisant référence à sa propre « *acculturation* » de la manière suivante : « *C'est l'acculturation qui est le plus difficile à gérer.(...) Ce côté où tu ne comprends rien, ou tu te dis : mais qu'en est-ce que je vais comprendre (dit-elle en riant), c'est inconfortable (...) et malgré tout aujourd'hui, j'en suis sortie de ce truc-là et je suis incapable de dire ce qui aurait pu m'aider à l'époque, je pense finalement : à part en passer par là, je ne vois pas autre chose, oui je le savais que ce n'était pas simple, mais il a fallu que je l'éprouve, que j'en passe par là et que je trouve mes solutions pour en sortir. Ce qui est hyper désagréable mais en même temps aujourd'hui, je me sens bien, à l'aise et plus costaud parce que j'en suis passer par là, oui, c'est un peu un truc d'initiation* » [brouhaha].

(Séance RC 7).

Dans son ouvrage *Les rites profanes*, l'anthropologue Rivière (1995) définit de façon complète et globale les rites : « ... [ils] régissent des situations de commune adhésion à des valeurs ou aient lieu comme régulateur de conflits interpersonnels, les rites sont toujours à considérer comme ensemble de conduites individuelles ou collectives, relativement codifiées ayant un support corporel (verbal, gestuel, postural), à caractère plus ou moins répétitif, à forte charge symbolique pour les acteurs et habituellement à leur témoins, fondés sur une adhésion mentale, éventuellement non conscientisée, à des valeurs relatives à des choix sociaux jugés importants, et dont l'efficacité attendue ne relève pas d'une logique purement empirique qui s'épuiserait dans l'instrumentalité technique du lien cause-effet.(...) le terme rite recouvre désormais des actes stéréotypés, symboliques et répétitifs du domaine séculier aussi bien que du domaine ecclésial » (p. 11-12). Reprenant les propos de Jeffrey, le rite est une mise en scène donnant l'occasion de faire « l'expérience éprouvante de la fragilité humaine » (2005, p. 53), « un acte symbolique qui donne à vivre du sens » (2003, p 219) et qui permet « l'expression symbolique du refoulé ou de l'impossible à dire » (1998, p. 108). En se répétant dans la vie du sujet, le rite permet de maîtriser le changement imprévisible, en lui conférant l'impression de s'intégrer dans un ensemble prévisible ne remettant pas en question la communauté.

L'ethnologue Van Gennep (1909) propose une schématisation des rites de passage accompagnant les changements en trois temps/phases que je me propose d'identifier au regard des illustrations précédentes. Le premier temps nommé « préliminaire » correspond à une phase de séparation du sujet de son milieu habituel, dans les exemples cités, cela pourrait correspondre au passage du service de soins à l'IFSI, à l'expérience de cette transition, corroborée par le choc du changement de milieu et bien marquée par l'accueil difficilement vivable. Cette séparation, cette volonté de rupture avec l'espace d'origine s'apparente à une « mort symbolique », ce qui dans le cas des formateurs-IFSI repose la question de leur filiation infirmière.

Le second temps dit « liminaire », équivaut à la période de mise en marge pendant laquelle le sujet doit vivre « hors la société » associé au sentiment de solitude et d'instabilité donné à éprouver au formateur novice, jusqu'à ce qu'il puisse dans le troisième temps « postliminaire » être intégré au sein de la communauté, doté du nouveau statut reconnu de formateur en soins infirmiers.

Dans l'extrait de dialogue il est entendu qu'il ne sert à rien de chercher à comprendre, cette imposition ne se justifie que par le simple fait qu'elle existe, et qu'elle a toujours existé.

Martine, à l'intention d'une formatrice novice : *Constamment, je suis angoissée constamment* (brouhaha massif, ce qui ne l'empêche pas de continuer de parler) *constamment je vis ce que vous vivez encore, au bout de 15 ans ça n'a pas changé*

Véronique : *quelque part, ça me rassure !*

Sophie : *est-ce que ça existe un formateur heureux ?* (Brouhaha massif)

Martine (reste imperturbable) : *mais je suis heureuse moi dans mon métier moi*

Rosalie : *ah ben oui, quand même.* (Brouhaha).

(Séance RC 3)

« *C'est le fondement originel que tu ne peux pas lever* » « *C'est comme les étudiants qu'on envoie pour leur premier stage, on les prépare et c'est bien de les préparer mais en même temps à un moment le contact avec la réalité des choses, on ne peut pas le faire à leur place et on est obligé d'en passer par là et c'est ce qu'ils vont en faire qui fait qu'ils vont se construire de telle ou telle façon, et ça on ne pourra pas les préserver* » (Séance RC 4).

Gaillard et Gimenez (2013) confirment que « dans les institutions de la mésinscription, le nouvel arrivant est mis en position d'incompétence », en position de « ne pas savoir y faire seul », et de devoir requérir l'aide et l'expérience de ceux qui sont déjà là. Il est mis dans l'obligation d'en passer par le groupe » (p. 328). Pas d'échappatoire possible, ce fatalisme

renforce le sentiment d'impuissance, autorise à s'affranchir de la responsabilité de faire vivre cette violence aux autres. Ce discours rationalisé permet d'accepter et de neutraliser les affects inhérents au vécu, et peut-être participe-t'il à l'intériorisation d'une espèce de « mythe de la difficulté » ?

Conclusion

Dans cette recherche, j'ai observé les manifestations de sidération, d'une part dans mon environnement professionnel immédiat, parmi les formateurs en soins infirmiers (d'IFSI ou de terrain), et d'autre part, en les éprouvant à multiples reprises tout au long de ce travail de réflexion, d'analyse et d'écriture. Je ne reviendrai pas ici sur la sidération de la praticienne-chercheuse- infirmière que je suis, mais il me semble pertinent de revenir sur ses différentes caractéristiques en ce qui concerne les formateurs.

Les formateurs en soins infirmiers rencontrés pendant cette recherche, qu'ils travaillent dans les services de santé ou en IFSI, ont fait état de l'impréparation dans laquelle ils se sont trouvés lors de la mise en œuvre des référentiels de 2009. Ce qui a été qualifié de surprise par certains, a été ressenti par d'autres comme un choc accentuant l'aspect inconcevable et soudain de la situation. Tous expriment avoir été submergés par l'afflux d'informations, consignes et injonctions générées par la réingénierie des études, et avoir été bousculés dans leurs repères habituels, et dans les pratiques instituées. Déstabilisés, beaucoup se sont retrouvés confrontés à une fragilisation voire une précarisation de leur savoir et de leur rapport au savoir. Ces formateurs font état d'une déconstruction ou d'une perte de sens dans leurs pratiques habituelles de formation et d'encadrement des étudiants, ils disent ainsi éprouver un décalage entre les attentes institutionnelles et ce qu'ils vivent des situations de travail. Beaucoup des formateurs rencontrés expriment un sentiment d'incompétence ou d'impuissance, une incapacité à prendre une distance réflexive, qui les installent dans un ressenti de violence et un empêchement à penser leur propre place dans l'institution.

Tilman (2005)²⁸³ explique que l'analyse institutionnelle est une « démarche d'analyse qui vise à mettre à jour les rapports de pouvoir réels qui se camouflent sous la fausse banalité de l'évidence » dont le rôle est « de mettre en évidence le "non-dit" des réalités se présentant comme allant de soi ». Cette orientation s'est imposée à moi depuis le début de ma recherche, avant même que je me familiarise avec le cadre conceptuel de l'analyse institutionnelle théorisée par Lourau (1970).

²⁸³ https://www.legrainasbl.org/index.php?option=com_content&view=article&id=118

J'ai proposé de catégoriser les résultats de cette recherche en reprenant la démarche de « théorisation dialectique de l'institution » proposée par Lourau, ceci en les organisant selon trois moments qui renvoient à la dialectique institué/instituant/institutionnalisation.

Le premier moment correspond à une première catégorie d'analyse que j'ai élaborée à partir des récurrences identifiées dans l'analyse socio-historique et dans les discours actuels recueillis pour cette recherche. On y voit comment l'empêchement à penser s'est construit dans l'histoire infirmière et se prolonge encore aujourd'hui. Cela correspond au moment de l'universalité en analyse institutionnelle, c'est-à-dire à l'institué que Guillier (2003) définit comme un « moment de conservation de ce qui a été créé, de naturalisation des normes produites, [apparaissant] comme intemporelles » (p. 23).

A travers le retour socio-historique, nous avons pu voir que la profession infirmière s'est construite sur ce que l'on pourrait appeler aujourd'hui des « violences faites aux femmes » : la chasse aux sorcières jusqu'au XVII^{ème} siècle autorisant la persécution de ces femmes aux savoirs magiques, secrets et illicites, puis l'expulsion des religieuses qui se dévouaient au sein des hôpitaux au XVIII^{ème} siècle.

Nous avons vu aussi que cantonnées à la sphère privée et à la vie domestique, des principes de soumission leur ont été imposés et inculqués, forgeant ainsi les mentalités sociétales et freinant les velléités d'indépendance. Sous le poids des préjugés, elles sont naturellement évincées des sphères scientifiques et politiques, et invisibilisées dans la production de savoirs.

J'ai émis l'idée, dans le cadre de l'histoire infirmière, que ces interdits ont contribué à la production d'un empêchement à penser, tel un mécanisme d'évitement (Boimare, 2008) rendant la contrainte acceptable, sans forcément endiguer l'évolution.

Nous avons constaté que dans les différentes phases, les différentes périodes de l'histoire du métier, quelque chose d'une permanence de cet empêchement de penser s'est installée, produisant une adaptation rationnelle à ce que je qualifie de violence ordinaire. En France, l'évolution du métier est corrélative à l'évolution des « besoins »²⁸⁴ de la société en matière de santé des individus, et au développement et mutations des institutions du système de santé français. Les rôles attribués aux infirmières, ainsi que leurs pratiques se sont construites principalement à partir des pratiques médicales et ce, majoritairement dans le cadre hospitalier.

²⁸⁴ Besoins essentiellement formulés dans des discours politiques interprétant les données concernant l'état sanitaire de la population.

A chaque moments-clé, à chaque crise dans l'évolution de l'infirmière, les causes et les manifestations semblent pratiquement les mêmes, et semblent engendrer les mêmes effets, réaffirmant le cadre contraint sous l'influence médicale de l'exercice infirmier, accréditant une sorte de retour au même, de stéréotypie de l'histoire cristallisant un certain inconscient collectif ou imaginaire groupal (Anzieu, 1975), concourant à la conservation du mythe infirmier (à savoir, l'infirmière auxiliaire docile et dévouée du médecin) et de l'histoire officielle.

L'apparition du rôle propre, l'universitarisation des études, l'émergence des sciences infirmières participent du processus d'institutionnalisation de la profession infirmière et de légitimation des savoirs infirmiers dans une continuelle réactualisation, promettant leur émancipation. Cependant, il semble qu'il s'agisse d'une promesse déçue d'universitarisation. L'organisation de l'institution sanitaire perdurant en l'état, on voit se reproduire aujourd'hui, mais sous une forme renouvelée, le dernier avatar de l'empêchement de penser historiquement construit.

« L'instituant, c'est la *négation, la remise en question de l'ordre des choses* sous la poussée des particularités individuelles ou de certains acteurs sociaux au sein d'une organisation. C'est en quelque sorte la contestation, sous toutes ses formes » (Tilman, 2005). C'est en référence à ce second moment du concept d'institution que j'ai élaborée la seconde catégorie d'analyse.

Cette deuxième catégorie-a permis de repérer ce que les formateurs en soins infirmiers ont vécu comme des nouveautés liées aux référentiels 2009, et qui ont eu des effets de sidération sur eux-mêmes et leurs pratiques. Elle correspond à la particularité en analyse institutionnelle, c'est-à-dire l'instituant. Dans *L'instituant contre l'institué*, Lourau donne cette définition : « Par instituant, on entendra à la fois la contestation, la capacité d'innovation et en général la pratique politique comme signifiant de la pratique sociale » (Lourau, 1969, p 1).

Souvent synonyme de danger et de vécus d'insécurité par les acteurs du système de santé, le contexte actuel génère une nouvelle adaptation des métiers de la santé, dont celui d'infirmière.

La question se pose de savoir si ce que les infirmières ont incorporé de leur histoire les prédisposent à entendre cette nouvelle injonction au changement. L'universtarisation de la formation associée à une politique économique-managériale bouleversant le cadre juridique et institutionnel du monde de la santé, remet à jour cet empêchement à penser et positionne la sidération en analyseur de la violence faite aux professionnels, dans le cas présent de la

formation infirmière, qu'ils soient formateurs en IFSI ou tuteurs de stage accueillant les ESI. Dans le cas de cette recherche, les vécus individuels deviennent analyseurs de la dynamique institutionnelle en cours. Rappelons que l'analyseur est une manifestation concrète mettant en évidence ce qui n'était pas apparent et permettant d'appréhender dans l'ici et maintenant le non-dit de l'institution, en la provoquant et en la forçant à parler (Lourau, 1970). « Les analyseurs surgissent dans les organisations en montrant que celles-ci ne font pas que reproduire ce qui était déjà prévu, mais elles produisent également l'impensé, le conflictuel, dévoilant l'action de l'instituant, rendue possible par l'effleurement du négatif non intégré dans l'équilibre institutionnel » (Romagnoli, 2015).

Infirmière, formatrice, puis praticienne-chercheuse, le changement de posture qui a participé d'un processus de transformation identitaire conduit la doctorante à identifier que le rapport entre le milieu infirmier et le milieu universitaire se rejoue aussi dans l'espace de la thèse.

Mais, l'histoire ne fait pas que se reproduire...

La troisième catégorie d'analyse expose comment l'institutionnalisation des contradictions aboutit à un institué renouvelé, à l'institutionnalisation d'alternatives à la répétition de la sidération. Elle correspond à la singularité, à ce qui peut s'inventer pour dépasser la situation présente, « l'énoncé simple selon lequel l'institutionnalisation transforme l'instituant (négation de l'institué) en son contraire reste tout simplement vrai » (Monceau, 2010, p. 15).

Le fait d'avoir été regarder de près toute cette histoire, à savoir, comment les infirmières se sont progressivement organisées m'a permis de relativiser le récit mythique.

Nadot (2012) infirmier Ph. D., professeur franco-suisse d'histoire et d'épistémologie en science infirmière postule que « ces mythes savamment entretenus masquent les réels fondements de la discipline dans le langage francophone et ne permettent pas de progresser dans le développement de la connaissance » (p 59). Mon travail clinique me montre que la sidération est là et qu'elle produit des effets de violence sur les formateurs en soins infirmiers. Mais ma recherche m'a fait aussi apparaître que dans mon propre parcours, mais aussi dans l'expérience que j'ai construite, il y a peut-être des pistes concernant la possibilité de ne pas rester comme « englué » dans cette sidération, dans cette sorte d'impasse intemporelle. « Plus l'angoisse provoquée par un phénomène est grande, moins l'homme semble capable de l'observer correctement, de le penser objectivement et d'élaborer les méthodes adéquates pour

le décrire, le comprendre, le contrôler et le prévoir » nous dit Devereux (1980, p. 25). La mise en œuvre d'un dispositif analytique participatif a autorisé « une production de connaissances pour ''ici et maintenant'' mais aussi pour ''ailleurs et plus tard'' » (Monceau, p. 100).

Dans ce contexte-là, à ce moment précis de l'histoire de la profession d'infirmière, j'ai expérimenté par moi-même et avec des collectifs dans le cadre de cette recherche des prises de conscience individuelles et collectives. Cette « distanciation professionnelle » que Monceau (2006) entend « comme une posture professionnelle élaborée, consciente de ses propres dilemmes professionnels et de leur sens au sein du groupe professionnel d'appartenance et/ou de l'institution » (p. 64) ouvre à la possibilité d'une « désidération », accordant aux sujets la possibilité de penser un autre possible que ce fatalisme institué qui semble frapper la profession infirmière en France.

Selon mes observations, un collectif s'autorisant à penser l'histoire de la profession infirmière, à contextualiser les mutations induites par l'évolution de l'institution sanitaire et les injonctions actuelles qui lui sont faites, peut se « désidérer », en « dégelifiant » son rapport à l'institution, en s'autorisant à remettre sa pensée en mouvement. Il est question de penser le sujet, le groupe et l'institution dans son historicité désignant « la capacité qu'ont les acteurs d'une société ou d'une communauté donnée à inscrire leur présent dans une histoire, à le penser comme situé dans un temps non pas neutre mais signifiant, par la conception qu'ils s'en font, les interprétations qu'ils s'en donnent et les récits qu'ils s'en forgent » (Bantigny, 2013, p. 15).

Ma thèse, travail de recherche de cinq ans, pourrait être essentiellement perçue comme la manifestation de mon hyper implication, que Perrault Soliveres (2001) définit comme « la prise de conscience et la capacité à décider de l'engagement qui est nécessaire à la responsabilité » (p. 246) mais elle est aussi une tentative d'intervenir sur l'institutionnalisation (contradictoire par définition) de la réingénierie de 2009 en expérimentant des dispositifs visant à lever les empêchements à penser. Le fort engagement, dans cette recherche, de formateurs exprimant pourtant leurs doutes et leur désorientation professionnelle me semble témoigner de leur désir de penser leurs pratiques et postures malgré toutes les difficultés rencontrées.

Index des abréviations utilisées

AFEDI : Association Francophone Européenne des Diagnostics Infirmiers

AFNOR : Association Française de NORmalisation

AFPA : Association pour la Formation Professionnelle des Adultes

AG : Assemblée Générale

AMIEC : Association des amis de l'École internationale d'enseignement infirmier supérieur

AMUF : Association des Médecins Urgentistes de France

ANADI : Association Nord Américaine des/pour les Diagnostics Infirmiers

ANDPC : Agence nationale du Développement Professionnel Continu

ANFIIDE : Association Nationale Française des Infirmières et Infirmiers

ANIDEF : Association Nationale des Infirmières Diplômées de l'Etat Français

AP : Auxiliaire de Puériculture

AP : Assistance Publique

APP : Analyse des Pratiques Professionnelles

ARSI : Association de Recherche en Soins Infirmiers

AS : Aide-soignant(e)

ASG : Assistant de Soins en Gériatrie

ASH : Agent des Services Hospitaliers

BTS : Brevet de Technicien Supérieur

C : Compétence

CAC : Commission d'Attribution des Crédits

CAFAS : Certificat d'Aptitude à la Fonction d'Aide-Soignante

CAFIM : Certificat d'Aptitudes aux Fonctions d'Infirmière Monitrice

CAFIS : Certificat d'Aptitudes aux Fonctions d'Infirmière Surveillante

CCI : Certificat Cadre Infirmier

CCNE : Comité consultatif national d'éthique

CDS : Cadre de santé

CEC : Cadre Européen des Certifications

CEE : Communauté Economique Européenne
CEEIEC : Comité d'Entente des Ecoles d'Infirmières et Ecoles de Cadres
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CM : Cours Magistraux
CME : Commission Médicale d'Etablissement
CNI : Coordination Nationale Infirmière
CNP : Collège National Professionnel
CNRTL : Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales
CNU : Conseil National des Universités
COMUE : COMMunauté d'Universités et d'Etablissements
CPEI : Conseil de perfectionnement des écoles d'infirmières
CPST : Communautés Professionnelles Territoriales de Santé
CSAP : Conseil Supérieur de l'Assistance Publique
CSIRMT : Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Technique
CSP : Code de Santé Publique
DE : Diplôme d'Etat
DEI : Diplôme d'Etat Infirmier
DGF : Dotation Globale de Financement
DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins
DPC : Développement Professionnel Continu
DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
DRESS : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
DRCI : Délégation à la Recherche Clinique et à l'Innovation
DRH : Direction des Ressources Humaines
DRJSCS : Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale
DSIP : Département Sciences Infirmières et paramédicales
DUSI : Département Universitaire en Sciences Infirmières
EBM : Evidence Based Medicine
EBN : Evidence Based Nursing

ECTS : European Credits Transfer System ou crédits européens

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

EHESP : École des Hautes Études en Santé Publique

EIEIS : École Internationale d'Enseignement Infirmier Supérieur

ENT : Espace Numérique de Travail

EPP : Evaluation des Pratiques Professionnelles

ESI : Etudiant en Soins Infirmiers

ESP : Equipe de Soins Primaires

FC : Formation Continue

FNI : Fédération Nationale des Infirmiers

GCS : Groupements de Coopération Sanitaire

HAS : Haute Autorité de Santé

HCFEA : Haut Conseil de la Famille, de l'Enfance et de l'Age

HPST : loi Hôpital Patients Santé Territoires

ICN : Comité International des Infirmières

ICOGI : Instance Compétence pour les Orientations Générales des Instituts

IFCS : Institut de Formation Cadre de Santé

IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers

INPH : Inter syndicat National des Praticiens Hospitaliers

IPA : Infirmier(e) en Pratique Avancée

IPADE : Diplôme d'Infirmier(e) en Pratique Avancée

IPAL : Infirmières de Pratique Avancée en Libéral

ISP : Infirmier de Secteur Psychiatrique

IUFM : Instituts Universitaires de Formation des Maîtres

JO : Journal Officiel

LOLF : Loi Organique relative aux Lois de Finances

LMD : Licence-Master-Doctorat

LMSS : Loi de Modernisation de notre Système de Santé

MSP : Mises en Situation Professionnelle

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

NANDA : *North American Nursing Diagnoses Association*

NGP : Nouvelle Gestion Publique

ODPC : Organisme de Développement Professionnel Continu

OMS : organisation Mondiale de la Santé

ONDPS : Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé

ORE : Orientation et Réussite des Étudiants

PAP : Projet Annuel de Performances

PHRC : Programme Hospitalier de Recherche Clinique

PHRI : Programme Hospitalier de Recherche Infirmière

PHRIP : Programme Hospitalier de Recherche Infirmière et Paramédicale

PIA : Pratique infirmière avancée

PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information

PTAA : Plateformes Territoriales d'Appui

RésIDoc : Réseau des Infirmiers Docteurs

RGPP : Révision Générale des Politiques Publiques

RNCP : Répertoire National des Certifications Professionnelles

RPC : Recommandations pour la Pratique Clinique

RSI : Recherche en Soins Infirmiers

RV : Réalité Virtuelle

SFETD : Société Française d'Etudes et de Traitement de la Douleur

SIDA : Syndrome d'Immuno Déficience Acquise

SIIPS : Soins infirmiers Individualisés à la Personne Soignée

SNCF : Société Nationale des Chemins de Fer français

SPSIE : Section compétente pour le traitement Pédagogique des Situations Individuelles des Etudiants

SROS : Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire

SSD : Section compétente pour le traitement des Situations Disciplinaires

T2A : Tarification à L'activité

TD : Travaux Dirigés

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

UFR : Unité de Formation et de Recherches

VAE : Validation des Acquis

VH : Virginie Henderson

Bibliographie

- Abiven, K. (2013). Un genre de discours miniature : pour un modèle de l'anecdote. *Pratiques*, 157-158, 119–132. <https://doi.org/10.4000/pratiques.3744>
- Acker, F. (1991). La fonction infirmière, l'imaginaire nécessaire. *Sciences sociales et santé*, 9 (2), 123-143. https://www.persee.fr/doc/sosan_0294-0337_1993_num_11_3_1749
- Acker, F. (1993). Dans : Danièle Kergoat, Françoise Imbert, Hélène Le Doaré, Danièle Senotier, Les infirmières et leur coordination, 1988-1989. *Sciences sociales et santé*. 11 (3-4), 157-160. https://www.persee.fr/doc/sosan_0294-0337_1993_num_11_3_1749
- Acker, F. (1997). Sortir de l'invisibilité. Le cas du travail infirmier. *Raisons Pratiques*, 8, 65 - 93.
- Aichorn, A. (1973). *Jeunesse à l'abandon*. Privat.
- Albarello, L. (2004). *Devenir praticien-chercheur*. De Boeck.
- Allouche-Benayoun, J., & Pariat, M. (2000). *La fonction formateur : identités professionnelles, méthodes pédagogiques, pratique de formation*. Dunod.
- Altet, M. (1994). *La formation professionnelle des enseignants*. PUF.
- Annamaria, C. (2010). Dans Jean Foucart, Entre-deux et passages. Essai de conceptualisation à partir de la complexité et de la transaction. *Pensée plurielle*, 24 (2), 7-12. <https://doi.org/10.3917/pp.024.0007>
- Anzieu, D. (1984) *Le groupe et l'inconscient*. Dunod.
- Arborio, A.-M. (1995). Quand le « sale boulot » fait le métier : les aides-soignantes dans le monde professionnalisé de l'hôpital. *Sciences sociales et santé*, 13(3), 93–126. <https://doi.org/10.3406/sosan.1995.1338>
- Arborio, A.-M. (2011). *Les aides-soignantes à l'hôpital : un travail invisible*. Syrios.
- Ardoino, J. (1983). Polysémie de l'implication. Dans L'analyse de l'implication dans les pratiques sociales. *Pour*, 88, 19-22.
- Ardoino, J. (1989). De la clinique. *Réseaux*, 55-57.
- Ardoino, J. (1990). *Les avatars de l'éducation. Problématiques et notions en devenir*. PUF.
- Ardoino, J. (1993). L'approche multiréférentielle (plurielle) des situations éducatives et formatives. *Pratiques de formation*, 25-26, 15-34.
- Ardoino, J., & Lourau, R. (1994). *Les Pédagogies institutionnelles*. PUF.
- Ardouin, T. (2008). *Ingénierie de formation pour l'entreprise. Analyser, concevoir, réaliser, évaluer*. Dunod.
- Association nord américaine des diagnostics infirmiers. (1994). *Diagnostics infirmiers, définition et classifications*. AFEDI. Masson/Inter Edition.

- Assoun, P.-L. (2004). La recherche freudienne. *Recherches en psychanalyse*, 1(1), 49-63. <https://doi.org/10.3917/rep.001.0049>
- Astier, P. (2008). La professionnalisation comme intention, comme processus et comme légitimation. *Savoirs*, 2(17), 63-69. <https://doi.org/10.3917/savo.017.0063>
- Athari, E., Papon, S., & Robert-Bobée, I. (2019) Quarante ans d'évolution de la démographie française : le vieillissement de la population s'accélère avec l'avancée en âge des baby-boomers. *France, portrait social*. Insee Références. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4238437?sommaire=4238781>
- Aubry, F. (1996). Les diagnostics infirmiers. *Infirmière Magazine*, 108, 41-43.
- Audoux, C., & Gillet, A. (2015). Recherches participatives, collaboratives, recherche-actions. Mais de quoi parle-t-on ? Dans Les chercheurs ignorants. *Les recherches-actions collaboratives. Une révolution de la connaissance* (p. 44-47). Presses de l'EHESP.
- Bachelard, G (1938). *La formation de l'esprit scientifique*. Vrin.
- Bachelard, P. (1994). *Apprentissage et pratiques d'alternance*. L'Harmattan.
- Bachelot-Narquin, R. (2010, 19 mai). *Déclaration de Mme Roselyne ministre de la santé et des sports, sur la mise en place d'un pacte solidaire de santé reposant sur quatre engagements pour réduire les inégalités de santé et assurer la pérennité du modèle de financement du système de santé*. [Déclaration], Paris. <https://www.vie-publique.fr/discours/179098-declaration-de-mme-roselyne-bachelot-narquin-ministre-de-la-sante-et-de>
- Bacqué, M.-F., & Hanus, M. (2001). *Le Deuil*. PUF.
- Balint, M. (1960). *Le Médecin, son Malade et la Maladie*. PUF.
- Balzac, H. (1835). *La comédie humaine*. Béchet.
- Bantigny, L. (2013). Historicités du XX^e siècle. Quelques jalons sur une notion. *Vingtième siècle. Revue d'histoire*, 117, 13-25.
- Barbier, J.-M. (1996). Tutorat et fonction tutorale : quelques entrées d'analyse. *Recherche & Formation*, 22, 7-19.
- Barbot, J., & Fillion, E. (2006). La « médecine défensive » : critique d'un concept à succès. *Sciences sociales et santé*, 24(2), 5. <https://doi.org/10.3917/sss.242.0005>
- Bareil, C., Boudrias, J.-S., & Savoie, A. (2002). Les pratiques renouvelées de gestion des ressources humaines dans le réseau montréalais de la santé et des services sociaux. *Gestion*, 27(3), 64. <https://doi.org/10.3917/riges.273.0064>
- Baret, C., Vinot, D., & Dumas F. (2008, novembre). *La gestion des ressources humaines face à l'amélioration de la qualité des soins à l'hôpital : Une proposition de modèle de recherche* [Actes du congrès de l'AGRH]. Dakar. <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00915881>
- Barthes, R. (2007). *La formation dans le monde qui vient*. Revue de la FHF.
- Barus-Michel, J. (1986). Le chercheur premier objet de la recherche. *Bulletin de psychologie* 377, 801-804.

- Barus-Michel, J. (2002). Clinique et sens. Dans : Jacqueline Barus-Michel, *Vocabulaire de psychosociologie* (pp. 313-323). Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.barus.2002.01.0313>"
- Bauer, D. (2016). Manifestation unitaire pour infirmiers en colère. *ActuSoins*. <https://www.actusoins.com/280877/manifestation-unitaire-infirmiers-colere.html>.
- Beaud, M. (2006). *L'Art de la thèse. Comment préparer et rédiger un mémoire de master, une thèse de doctorat ou tout autre travail universitaire à l'ère du Net*. La Découverte.
- Beckers, J. (2007). Vers une démarche d'évaluation-conseil en formation initiale d'enseignants. *Les dossiers des sciences de l'éducation*, 18, 29-38. <https://doi.org/10.3406/dsedu.2007.1109>.
- Bedin, V. (2013). La recherche-intervention en éducation et formation : une nouvelle forme de conduite et d'accompagnement du changement. Dans Véronique Bedin (dir.), *Conduite et accompagnement du changement. Contribution des sciences de l'éducation* (p. 87-105). L'Harmattan.
- Bednarz, N. (2015). La recherche collaborative. *Carrefours de l'éducation*, 39, 171-184. <https://doi.org/10.3917/cdle.039.0171>
- Béguet, B. (1997). Lectures de vulgarisation scientifique au XIX^e siècle. Dans B. Bensaude-Vincent, *La science populaire dans la presse et l'édition : XIX^e et XX^e siècles* (p. 51-68). C.N.R.S. Editions. <https://doi.org/10.3917/cnrs.bensa.1997.01.0051>"
- Beillerot, J. (1991). La « recherche », essai d'analyse. *Recherche et formation*, 9, 17-31.
- Beine, A. (2018, 1^{er} juin). *Sidération traumatique et relances psychodynamiques* [Dossier de préparation des journées]. Du bon usage du traumatisme. Association lacanienne internationale. Récupéré le 12 juillet 2020. <https://www.freud-lacan.com/getpagedocument/27332>.
- Belpaume, C. (2009). Accompagner l'apprentissage du raisonnement clinique en soins infirmiers. *Recherche en soins infirmiers*, 99, 43-74. <https://doi.org/10.3917/rsi.099.0043>
- Bemben, L. (2016). La violence institutionnelle. *Repères éthiques de psymas*. <http://cms2.psymas.fr/?q=node/19>
- Benamouzig, D. (2005). *La santé au miroir de l'économie*. PUF. <https://doi.org/10.3917/puf.benam.2005.01>
- Benghozi, P. (2010). La violence n'est pas l'agressivité : une perspective psychanalytique des liens. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 55, 41-54. <https://doi.org/10.3917/rppg.055.0041>
- Benghozi, P. (2006). Pré-contre-transfert, cadre et dispositif : Discussion de l'exposé de Jean Claude Rouchy. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 47(2), 25-29.
- Benner, P. (1995). *De novice à expert, excellence en soins infirmiers*. Masson.
- Béraud, C. (2002). Les transformations du système de soins au cours des vingt dernières années : le point de vue d'un acteur. *Sciences Sociales et Santé*, 20(4), 37-74. <https://doi.org/10.3406/sosan.2002.1569>
- Berger, E., & Paillé, P. (2011). Écriture impliquée, écriture du Sensible, écriture analytique : De l'im-plication à l'ex-plication. *Recherches qualitatives Hors-série*, 68-90.

- Berland, Y. (2009, 21 avril). *LMD paramédical : la CPU favorable à l'intégration des écoles de sages-femmes et d'infirmières dans les universités*. [Dépêche n°112821]. AEF. <https://www.aefinfo.fr/depeche/294101-lmd-paramedical-la-cpu-favorable-a-lintegration-des-ecoles-de-sages-femmes-et-dinfirmieres-dans-les-universites-yvon-berland>
- Berland, Y. (2010). Les coopérations entre professionnels : actualité et enjeux. *Adsl*, 70.
- Berriot-Salvadore, E. (1991). *Histoire des femmes en occident, XVI^e-XVIII^e siècles*. Plon.
- Bertaux, D. (1997) *Les récits de vie*. Nathan
- Bertaux, D. (2010). *L'enquête et ses méthodes. Le récit de vie*. Armand Colin.
- Berthelie, R., Zireg, Z. & Panigada F. (2001). Il était une fois les infirmiers de secteur psychiatrique. *Soins psychiatrie*, 216, 21-24.
- Bertholet-Sini, C. (2000). *Du jugement à la construction de la compétence éthique en soins infirmiers*. [Thèse de doctorat, Université de Nantes]. Thèse.fr.
- Berton, J. (2016). L'entre-deux en héritage : pour une clinique métissée. *VST - Vie sociale et traitements*, 130, 147-153. <https://doi.org/10.3917/vst.130.0147>
- Bessaoud-Alonso, P. (2008). Les enjeux éducatifs des mémoires algériennes coloniales et post-coloniales : fabrication et construction des subjectivités. [Thèse de doctorat, Université de Paris 8]. Thèse.fr. <http://www.theses.fr/2008PA082984>
- Bessaoud-Alonso, P. (2010). Des éducateurs à contre-courant : entre mémoire et histoire, Éducation et rééducation en situation coloniale Maghreb XIX et XX siècles, *Les Études Sociales*, 152.
- Bessoles, P. (2005). Barbarie et traumatisme : Clinique de la terreur. *Champ psychosomatique*, 2(2), 31-49. <https://doi.org/10.3917/cpsy.038.0031>
- Bessoles, P. (2006). Psychose post-traumatique : contribution à une théorisation dynamique du traumatisme aigu post-immédiat. *L'Encéphale*, 32(1), 729-37.
- Blanchard, F., Novella, J., Quignard, É., Morrone, I., Debart, A., Courtaigne, B. & Dramé, M. (2009). L'annonce du diagnostic de la maladie d'Alzheimer: Quelques aspects éthiques. *Gérontologie et société*, 32(128-129), 163-175. <https://doi.org/10.3917/gs.128.0163>
- Blanchard-Laville, C. (1999). L'approche clinique d'inspiration psychanalytique : enjeux théoriques et méthodologiques. *Revue Française de Pédagogie*, 127, 9-22. <https://doi.org/10.3406/rfp.1999.1081>
- Blanchard-Laville, C., Chaussecourte, P., & Roditi, E. (2007). Recherche co-disciplinaire sur les pratiques enseignantes : quels modes de coopération avec les praticiens observés ? *Éducation et francophonie*. 37(2), 45-61.
- Blanchard-Laville, C. (2011). Pour un accompagnement clinique groupal du travail enseignant. *Nouvelle revue de psychosociologie*, 11, 131-147. <https://doi.org/10.3917/nrp.011.0131>
- Blanchard-Laville, C. (2012). Pour une clinique groupale du travail enseignant. *Cliopsy*, 8, 47-71.
- Blanchard-Laville, C. (2013). *Au risque d'enseigner*. Puf.

- Blanchard-Laville, C., Chaussecourte, P., Hatchuel, F. & Pechberty, B. (2005). Recherches cliniques d'orientation psychanalytique dans le champ de l'éducation et de la formation. *Revue Française de Pédagogie*, 151, 111-162.
- Blanchard-Laville, C. (2019). Le pari de la clinique d'orientation psychanalytique en sciences de l'éducation. Dans Béatrice Mabilon-Bonfils, & Christine Delory-Momberger *À quoi servent les sciences de l'éducation ?* (p. 95-105). ESF.
- Blanchet, A., & Gotman, A. (2001). *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*. Nathan.
- Bleger, J. (1979). Psychanalyse du cadre psychanalytique. Dans René Kaës. *Crise, Rupture et dépassement* (p. 255-285). Dunod.
- Boimare, S. (2008). *Ces enfants empêchés de penser*. Dunod
- Boissard, M. (2017). *La formation infirmière à l'ère de l'universitarisation. Ingénieries, enjeux et défis de professionnalisations*. Sètes.
- Boisvert, C. & Duboys-Fresney, C. (1992). Concepts et enjeux internationaux du diagnostic infirmier. *Objectif soins*, 7, 24-29.
- Boitard, O. (2006) Norme et pratique en psychiatrie. Comité d'action syndical de la psychiatrie.
- Bokanowski, T. (2011). Les déclinaisons cliniques du traumatisme en psychanalyse : traumatisme, traumatique, trauma. *Le Carnet PSY*, 155(6), 41-46. <https://doi.org/10.3917/lcp.155.0041>
- Bonny, Y. (2015). Les recherches partenariales participatives : ce que chercher veut dire. Dans Les chercheurs ignorants. *Les recherches-actions collaboratives. Une révolution de la connaissance* (p. 36-43). Presses de l'EHESP. <https://doi.org/10.3917/ehesp.lesch.2015.01.0036>
- Boudier, C. (2005). *Le métier de formateur en soins infirmiers*. Seli Arslan.
- Boudier, C. (2006). Introduction. L'évolution du métier de formateur. Dans Nicole Loraux, & Corinne Sliwka. *Formateurs et formation professionnelle : l'évolution des pratiques*. Lamarre.
- Boudier, F., Bensebaa, F. & Jablanczy, A. (2012). L'émergence du patient-expert : une perturbation innovante. *Innovations*, 39(3), 13-25. <https://doi.org/10.3917/pp.024.0079>
- Bouquet, B. (2014). La complexité de la légitimité. *Vie sociale*, 8, 13-23. <https://doi.org/10.3917/vsoc.144.0011>
- Bouquet, B. (2015). Écrire son histoire de vie. Connaissance et quête de reconnaissance. *Vie sociale*, 9, 33-42. <https://doi.org/10.3917/vsoc.151.0033>
- Bourdoncle, R. (2000). Professionnalisation, formes et dispositifs. *Recherche & Formation*, 35, 117-132.
- Bourdoncle, R. (2007). Autour du mot universitarisation. *Recherche et formation*, 54. <https://doi.org/10.4000/rechercheformation.945>
- Bourdelaïs, P. (1993). *Le nouvel âge de la vieillesse. Histoire du vieillissement de la population*. Odile Jacob.
- Bourdieu, P. (1980). *Le Sens pratique*. Editions de minuit.

- Bourgeois, É. (2004). Préface. Dans Luc Albarello, *Devenir praticien-chercheur* (p. 5-8). De Boeck Supérieur.
- Bourgueil, Y., Marek, A. & Mousques, J. (2008). Pratiques, rôles et place des infirmières en soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec. *Recherche en soins infirmiers*, 93(2), 94-105. <https://doi.org/10.3917/rsi.093.0094>
- Bourgueil, Y. (2010). Le processus d'expérimentation et ses conclusions. *Adsp*, 70.
- Bourque, D. (2008). *Concertation et partenariat : entre levier et pièges du développement des communautés*. Presses de l'Université du Québec.
- Boussard, V., Demazière D. & Milburn, P. (2010). *L'injonction au professionnalisme*. Presses universitaires de Rennes.
- Boutinet, J. (1985). *Prolégomènes à une méthodologie de la recherche en sciences sociales*. IPSA.
- Boutinet, J.-P. (2004), Que savons-nous sur cet adulte qui part en formation ? *Savoirs*, 4(1), 9-49.
- Bréchat, P., Rymer, R., Grenouilleau, M. & Jourdain, A. (2008). Éléments pour un premier bilan et des perspectives du plan Hôpital 2007. *Santé Publique*, 20(6), 611-621. <https://doi.org/10.3917/spub.086.0611>
- Bucher, R., & Strauss, A. (1961). La dynamique des professions. Dans Anselm L. Strauss. *La Trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme* (p.67-86). L'Harmattan.
- Calbéra, J. (2003). La profession infirmière : L'historique et le mythe. *VST - Vie sociale et traitements*, 79, 55-57. <https://doi.org/10.3917/vst.079.0055>
- Calmette, A. (1924). Le rôle de l'infirmière visiteuse dans les dispensaires antituberculeux. *La Vie Saine*, 8.
- Camino, G. (2005). *Pour en finir avec le sexisme*. Editions l'Echappée.
- Calvé, M. (1981). Pédagogie, la problématique du moniteur. *Revue de l'Infirmière et de l'Assistante Sociale*.
- Cano, N. (2006). Fondements éthiques de la psychothérapie institutionnelle. *L'Encéphale*, 32(1), 205-12.
- Caplat, J. (2016). Savoir-faire ou savoirs : Comment la sélection paysanne questionne le statut des savoirs traditionnels. *Histoire & Sociétés Rurales*, 46(2), 125-153. <https://doi.org/10.3917/hsr.046.0125>
- Cartron, E. & Magnon, R. (2017). Un coup d'œil sur l'histoire de la revue L'infirmière française. *Recherche en soins infirmiers*, 131(4), 5-5. <https://doi.org/10.3917/rsi.131.0005>
- Castoriadis-Aulagnier, P. (1975). *La violence de l'interprétation*. PUF.
- Catanas, M. (2008). *Evolution socio-historique de la fonction cadre*. Cadre de santé. <http://www.cadredesante.com>
- Cazes, M. (1993). *Dossier de Soins, Guide d'implantation*.

- Chao, M., Monini, C., Munck, S., Thomas, S., Rochot, J. & Van de Velde, C. (2015). Les expériences de la solitude en doctorat. Fondements et inégalités. *Socio-logos*. <https://doi.org/10.4000/socio-logos.2929>
- Chaptal, L. (1924). De quelques considérations sur l'orientation des études d'une infirmière. *L'Infirmière française*, 3.
- Chamboredon, P. (2010). Un siècle d'évolution des métiers à l'hôpital évolution sociologique du personnel soignant du servant au conseil de l'ordre infirmier. [https://www.ordre-infirmiers.fr/assets/files/R21/actualites/SFHH DISCOURS Patrick CHAMBOREDON.pdf](https://www.ordre-infirmiers.fr/assets/files/R21/actualites/SFHH_DISCOURS_Patrick_CHAMBOREDON.pdf)
- Charbonnier, G. (2007). Traumatisme, transfert, transformation. *Psychothérapies*, 27, 139-148. <https://doi.org/10.3917/psys.073.0139>
- Chatelain-Ponroy, S., & Sponem, S. (2009). Culture du résultat et pilotage par les indicateurs dans le secteur public. Dans Bernard Pras (coord.). *Management : enjeux de demain* (p. 163-171). Vuibert.
- Chaussecourte, P. (2010, septembre). *Un dispositif pour conscientiser et élaborer son implication subjective lors d'observations directes*. [Actes de congrès]. Actualité de la recherche en éducation et formation (AREF), Université de Genève. <https://plone.unige.ch/aref2010/symposiums-longs/coordonateurs-en-b/lanalyse-clinique-des-pratiques-professionnelles-une-methode-pour-la-formation-et-la-recherche-en-sciences-de-leducation/Un%20dispositif%20pour%20conscientiser.pdf>
- Chauveau, S. (2011). Quelle histoire de l'hôpital aux XX^e et XXI^e siècles ? *Les Tribunes de la santé*, 33(4), 81-89. <https://doi.org/10.3917/seve.033.0081>
- Chauvenet, A. (1973). Idéologies et statuts professionnels chez les médecins hospitaliers. *Revue française de sociologie, numéro spécial*, 61-76.
- Cherré, B., Laarraf, Z. & Yanat, Z. (2014). Dissonance éthique : forme de souffrance par la perte de sens au travail. *Recherches en Sciences de Gestion*, 100, 143-172. <https://doi.org/10.3917/resg.100.0143>
- Chevandier, C. (1997). *Les métiers de l'hôpital*. La Découverte.
- Chevandier, C. (2011). *Infirmières parisiennes : 1900-1950, émergence d'une profession*. Publications de la Sorbonne.
- Chevandier, C. (2021). *Le comité d'entente des écoles d'infirmières (1947-2017) : Un corps intermédiaire dans la formation professionnelle*. Presses universitaires de Rouen et du Havre.
- Cholet, M. (2018). *Sorcières : la puissance invaincue des femmes*. La Découverte.
- Ciccone, A. (1998). *L'observation clinique*. Dunod.
- Ciccone, A. (2012). Revue critique des conceptions actuelles concernant la transmission psychique. Dans : Albert Ciccone, *La transmission psychique inconsciente* (p. 99-130). Dunod.
- Ciccone, A. (2014). L'observation clinique attentive, une méthode pour la pratique et la recherche cliniques. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 63(2), 65-78. <https://doi.org/10.3917/rppg.063.0065>

- Cifali, M. (1996). Démarche clinique, formation et écriture. Dans Léopold Paquay, Marguerite Altet, Evelyne Charlier & Philippe Perrenoud (dir), *Former des enseignants professionnels. Quelles stratégies ? Quelles compétences ?* (p. 119-135). De Boeck.
- Cifali, M. (1999). Une altérité en acte. Dans G. Chappaz (dir), *Accompagnement et formation* (p. 121-160). Université de Provence et CDRP de Marseille.
- Cifali, M. (2002). Une clinique en sciences de l'éducation ? *Les sciences de l'éducation en question*, 31-38. [https://mireillecifali.ch/Articles_\(1997-2002\)_files/Une%20clinique.pdf](https://mireillecifali.ch/Articles_(1997-2002)_files/Une%20clinique.pdf)
- Cifali, M. (2004). Esquisses d'un entre-deux. *Le Coq-héron*, 1(1), 75-88. <https://doi.org/10.3917/cohe.176.0075>
- Cifali, M. & Giust-Desprairies, F. (2006). Introduction. Dans M. Cifali, *De la clinique : Un engagement pour la formation et la recherche* (p. 7-10). De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.cifal.2006.01.0007>
- Cifali, M. (2018). *S'engager pour accompagner. Valeurs des métiers de la formation*. PUF.
- Clave, M. (1981). La fonction aide-soignante. *Revue de l'infirmière*, 19-20.
- Clot, Y. (2010). *Le travail à cœur*. La Découverte.
- Cloarec, P. (2008). Protocoles, référentiels de soins, démarche qualité : autonomie collective et dépendance personnelle. *Recherche en soins infirmiers*, 93, 28-1. <https://doi.org/10.3917/rsi.093.0028>
- Coail, E., & Gourdet, P. (2008, avril). *Savoir d'actions et savoirs scientifiques : leur articulation dans la formation des enseignants*. [Actes de la journée d'études]. Presses universitaires de Namur.
- Cohen, Y., Pepin, J., Lamontagne, E., & Duquette, A. (2002). *Les sciences infirmières : genèse d'une discipline*. Presses de l'Université de Montréal.
- Cohen-Léon, S. (2008). Groupe Balint. Approche Balint. Fonction Balint. Évolution d'une pratique et d'un concept. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 50, 141-148.
- Collière, M.-F. (1982). *Promouvoir la vie. De la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers*. Interéditions.
- Collière M.F. (1988). Une histoire usurpée... L'histoire des femmes soignantes. *Cahiers de l'AMIEC*, 10, 24- 45.
- Collière, M.-F. (1992). Savoir s'ouvrir au monde. Portrait, *Soins*, 557, 35-36.
- Collière, M.-F. (1995). *Soigner, le premier art de la vie*. Interéditions.
- Collière, M.-F. (2000). Identité infirmière...mythe...rêve ou réalité ? *Soins*, 645, 40-42.
- Collière, M.-F. (2001). *Soigner... Le premier art de la vie*. Masson.
- Colombo, A. (2010). Entre la rue et l'après-rue : comment être à la fois dedans et dehors ? *Pensée plurielle*, 24(2), 79-88. <https://doi.org/10.3917/pp.024.0079>
- Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé. (2007). Santé, éthique et argent : les enjeux éthiques de la contrainte budgétaire sur les dépenses de santé en

milieu hospitalier. [Avis N° 101]. <https://www.ccne-ethique.fr/fr/publications/sante-ethique-et-argent-les-enjeux-ethiques-de-la-contrainte-budgetaire-sur-les>

Costantini L. (2009). Le chercheur : sujet – objet de sa recherche ? *Cliopsy*, 1, 2009, 101-112.

Coudray, M.-A. (2010). Refonder la formation des paramédicaux et construire la coopération. *ADSP*, 70.

Coulon, A. (2005). *Le métier d'étudiant. L'entrée dans la vie universitaire*. Economica.

Crespin, G. (2009). Les états de sidération. *Cahiers de PréAut*, 6(1), 65-76. <https://doi.org/10.3917/capre.006.0065>

Crocq, L. (1992). Panorama des séquelles des traumatismes psychiques. Névroses traumatiques états de stress post-traumatiques et autres séquelles. *Psychologie Médicale*, 24, 395-401.

Crocq, L. (2007). *Traumatismes psychiques. Prise en charge psychologique des victimes*. Masson.

Crocq, L. (2001). Perspectives historiques sur le trauma. Dans Michel de Clercq, & François Lebigot, *Les traumatismes psychiques*. Masson.

Crozet, P., Kaaniche, A., & Lienard, J. (2008). Nouvelle gouvernance à l'hôpital : recomposition de l'organisation et gestion des ressources humaines. *Politiques et management public*, 26(2), 31-52.

Dall'Ava-Santucci, J. (1989). *Des sorcières aux mandarines, histoire des femmes médecins*. Calmann-Levy.

Dallaire, C. (2015). La difficile relation des soins infirmiers avec le savoir. *Recherche en Soins Infirmiers*, 121, 18-27.

Darcourt, G. (2006). *La Psychanalyse peut-elle encore être utile à la Psychiatrie ?* Odile Jacob.

Dardy, D., Ducard, C., & Maingueneau, D. (2002). *Un genre universitaire, le rapport de soutenance de thèse*. Presses universitaires du Septentrion.

Dayer, A. (2015). L'hôpital public sous l'ère de la nouvelle gouvernance : une « camisole de force » pour le personnel soignant ? *Cahier de l'IDHEAP* 288.

Debeaupuis, J., Essid, A., Allal, P., Elshoud, S., & Thomas, F. (2016). *Pour une meilleure intégration des formations paramédicales à l'université : mise en œuvre des mesures de la Grande conférence de santé*. IGAS. <http://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/article/formations-paramedicales-et-de-maieutique-dans-l-universite-agnes-buzyn-et>

Debout, C. (2008). Sciences des soins infirmiers : réflexions épistémologiques sur le projet d'une discipline. *Recherche en soins infirmiers*, 93(2), 72-82. <https://doi.org/10.3917/rsi.093.0072>

De Ketele, J.-M. (2007). Préface. Dans Michel Vial & Nicole Caparros-Mencacci (dir), *L'accompagnement professionnel ? Méthode à l'usage des praticiens exerçant une fonction éducative* (pp. 5-7). De Boeck Université.

- De Lavergne, C. (2007). La posture du praticien-chercheur : un analyseur de l'évolution de la recherche qualitative. *Recherches qualitatives*. Hors-série 3, 28-43. http://www.recherche-qualitative.qc.ca/hors_serie_v3/Delavergne-FINAL2.pdf
- Delamaire, M & Lafortune, G. (2010). *Les pratiques infirmières avancées : Une description et évaluation des expériences dans 12 pays développés*. OCDE. <http://dx.doi.org/10.1787/5km4hv77vw47-fr>
- Deleurye, F.-A. (1777). *Traité des accouchements, en faveur des élèves*. Didot le jeune.
- Delion, P. (2007). La fonction Balint : Sa place dans l'enseignement et dans la formation psychothérapique et son effet porteur dans la relation soignants-soignés. *VST - Vie sociale et traitements*, 95(3), 48-52. <https://doi.org/10.3917/vst.095.0048>
- Delion, P. (2014). La psychothérapie institutionnelle : d'où vient-elle et où va-t-elle ? *Empan*, 96(4), 104-112. <https://doi.org/10.3917/empa.096.0104>
- Delumeau, J. (1978). *La peur en Occident (XIV^e -XVIII^e siècles) : Une cité assiégée*. Fayard.
- Demaiziere, F., & Narcy-Combes, J.-P. (2007). Du positionnement épistémologique aux données de terrain. *Les Cahiers de l'Acedle*, 4. http://acedle.org/IMG/pdf/Demaiziere-Narcy_cah4.pdf
- De Montmollin, M. (2002). *Discours sur l'organisation du travail*. L'Harmattan.
- Depoire, N. (2013). Editorial. *Revue d'information de la Coordination Nationale Infirmière*, 36(5).
- Desgagné, S. (1997). Le concept de recherche collaborative : l'idée d'un rapprochement entre chercheurs universitaires et praticiens enseignant. *Revue des sciences de l'éducation*, 23(2), 371-393. <https://doi.org/10.7202/031921ar>
- Desplebin, M. (2000). Perspectives : une profession sans chercheurs ni enseignants. *Soins*, 645, 77.
- De Saxé, AM. (1961). A propos du rôle des monitrices d'écoles d'infirmières. *Revue de l'Infirmière et de l'Assistante Sociale*.
- Develay, M. (1992). *De l'apprentissage à l'enseignement*. ESF.
- De Vecchi, G. (1992). *Aider les élèves à apprendre*. Hachette.
- Devereux, G. (1967). *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*. Payot.
- Didier-Weill, A. (2010). *Un mystère plus lointain que l'inconscient*. Aubier Psychanalyse.
- Diebolt, É. (1990). VI - Une autre conception professionnelle. Dans Évelyne Diebolt. *La maison de santé protestante de Bordeaux (1863 – 1934) : Vers une conception novatrice des soins et de l'hôpital* (p. 79-93). Erès.
- Dielbot, É. (2001). *Les femmes dans l'action sanitaire, sociale et culturelle, 1901-2001. Les associations face aux institutions*. Editions Femmes et associations.
- Diebolt, É. (2006). L'Union catholique des services de santé (UCSS) et les Auxiliaires sociales (UAS) (1923-1939). Dans Danielle Tartakowsky & Françoise Tétard (dir), *Syndicats et associations. Concurrence ou complémentarité ?* (p. 47-54). Presses universitaires de Rennes.

- Diebolt, É., & Fouché, N. (2011). *Devenir infirmière en France : une histoire atlantique, 1854-1938*. Publibook.
- Diebolt, É. (2012). Léonie Chaptal (1873-1937), architecte de la profession infirmière. *Recherche en soins infirmiers*, 109(2), 93-107. <https://doi.org/10.3917/rsi.109.0093>
- Diebolt, É. (2013). Prémices de la profession infirmière : de la complémentarité entre soignantes laïques et religieuses hospitalières XVII^e - XVIII^e siècle en France. *Recherche en soins infirmiers*, 113, 6-18. <https://doi.org/10.3917/rsi.113.0006>
- Diebolt, É. (2017). Anna Hamilton (1864-1935), l'excellence des soins infirmiers. *Recherche en soins infirmiers*, 131(4), 85-100. <https://doi.org/10.3406/adh.1994.1872>
- Dinet-Lecomte, M. (1994). Les sœurs hospitalières au service des pauvres malades aux XVII^e et XVIII^e siècles. *Annales de démographie historique*, 277-292. <https://doi.org/10.3406/adh.1994.1872>
- Dinet-Lecomte, M. (2005). Du « bon usage » de la clôture et de l'enfermement dans les établissements charitables aux XVII^e et XVIII^e siècles. *Histoire, économie & société*, 24, 355-372. <https://doi.org/10.3917/hes.053.0355>
- Dinet-Lecomte, M. (2006). *Les sœurs hospitalières en France aux XVII^e et XVIII^e siècles La charité en action*. Honoré Champion. <https://doi.org/10.3406/adh.1994.1872>
- Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. (2011). *La démographie des infirmiers à l'horizon 2030 Un exercice de projections aux niveaux national et régional*. DRESS. <https://drees-site-v2.cegedim.cloud/sites/default/files/2020-10/er760.pdf>
- Divay, S., & Girard, L. (2019). Éléments pour l'ébauche d'une socio-histoire du groupe professionnel infirmier. Un fil conducteur : la formation des infirmières et de leurs cheffes. *Recherche en soins infirmiers*, 139, 64-83.
- Dolbec, A. & Prud'Homme, L. (2009). La recherche-action. Dans Benoît Gauthier (dir.), *Recherche sociale : de la problématique à la collecte de données* (p. 505-540). Presses de l'Université du Québec
- Domin, J.-P. (2008). L'État et le marché au chevet de l'hôpital public. *Savoir/Agir*, 5(3), 65-73. <https://doi.org/10.3917/sava.005.0065>
- Domin, J.-P. (2015). Réformer l'hôpital comme une entreprise. Les errements de trente ans de politique hospitalière (1983-2013). *Revue de la régulation*, 17(1).
- Donnadieu, B., Genthon, M., & Vial M. (1998). *Les théories de l'apprentissage : quel usage pour les cadres de santé*. Masson.
- Doron, R., Parot, F. (1991). *Dictionnaire de psychologie*. PUF.
- Du Colombier, M. (2011). Une entrée en terre étrangère : le travail psychique de la maladie chez les patients atteints de cancer. *Cliniques*, 2(2), 108-122. <https://doi.org/10.3917/clini.002.0108>
- Dubois, A. (2011). Écrire des monographies : une modalité d'analyse clinique de situations d'enseignement pour les enseignants débutants. *Nouvelle revue de psychosociologie*, 11, 161-175. <https://doi.org/10.3917/nrp.011.0161>

- Dubois, A. (2017). Les effets d'une recherche sur un dispositif d'analyse de pratiques professionnelles. Dans : Gilles Monceau, *Enquêter ou intervenir : Effets de la recherche socio-clinique* (pp. 30-39). Champ social. <https://doi.org/10.3917/chaso.monce.2017.01.0030>
- Dubois-Fresnay, C. & Perrin, G. (1996). *Le Métier d'infirmière en France*. PUF.
- Duhart, J., Charton-Brassard, J. (1973). Réforme hospitalière et soin infirmier sur ordonnance médicale. *Revue française de sociologie*, 14, 77-101.
- Dujarric de la Rivière. (1933). Principes scientifiques et leur application aux soins des malades. *Revue de l'infirmière française*, XI.
- Dupont, J. (2000). La notion de trauma selon Ferenczi et ses effets sur la recherche psychanalytique ultérieure. *Filigrane*, 19-32.
- Dupont-Beurier, P.-F. (2010). Petite philosophie du bricoleur. Dans Florence Odin & Christian Thuderoz, *Des mondes bricolés ? Arts et sciences à l'épreuve de la notion de bricolage*. Presses polytechniques et universitaires romandes.
- Durand, G., Duplantie, A., Laroche, Y. & Laudy, D. (2000). *Histoire de l'éthique médicale et infirmière*. Presses de l'Université de Montréal.
- Ehrenreich, S., & English, A. (1977). *Sorcières, sages-femmes, infirmières*. Temps modernes.
- Elkaïm, M. (2010). À propos du concept de résonance. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 45(2), 171-172. <https://doi.org/10.3917/ctf.045.0171>
- Eyland, I. (2017). *Les savoirs professionnels liés au care chez les infirmiers libéraux : construction d'un outil d'analyse des gestes professionnels liés au care dans des situations de soins*. [Thèse de doctorat Université Montpellier]. HAL. <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01704708/document>
- Fabius, L. (1999, janvier). *Rapport du Groupe de travail sur l'efficacité de la dépense publique et le contrôle parlementaire*. Assemblée nationale. <https://www.assemblee-nationale.fr/11/dossiers/depense/rapport.asp>
- Fablet, D., & Blanchard-Laville, C. (1996). *L'analyse des pratiques professionnelles*. L'Harmattan.
- Fablet, D. (2004). Pour d'autres modalités de collaboration entre chercheurs et professionnels de l'intervention socio-éducative, *Éduquer*, 8, 1-9. <https://doi.org/10.4000/rechercheseducations.345>
- Fabre, M., (1994). *Penser la formation*. PUF
- Faugeras, P. & Minard, M. (2010). Portrait d'un militant, François Tosquelles. *Sud/Nord*, 25, 49-56. <https://doi.org/10.3917/sn.025.0049>
- Faure, O. (1981). *Genèse de l'hôpital moderne : les hospices civils de Lyon de 1802 à 1845*. Presses universitaires de Lyon.
- Favetta, V., Favetta, V., & Feuillebois-Martinez, B. (2011). Prendre soin et formation infirmière. *Recherche en soins infirmiers*, 107(4), 60-75. <https://doi.org/10.3917/rsi.107.0060>
- Favret-Saada, J. (1977). *Les mots, la mort, les sorts*. Gallimard.

- Ferenczi, S. (1982). *Réflexions sur le traumatisme*. Payot.
- Feroni, I., & Kober-Smith, A. (1995). L'autonomie des infirmières. Une comparaison France/Grande Bretagne. *Sciences Sociales et Santé*, 13(3), 35-68. <https://doi.org/10.3406/sosan.1995.1336>
- Figari, G. (1994). *Évaluer, quel référentiel ?* De Bœck
- Formarier, M. (1990). Soins infirmiers : repères méthodologiques. *Recherche en soins infirmiers*, 23, 52-65.
- Formarier, M. (2010). Réflexions sur la recherche en soins infirmiers aujourd'hui. *Recherche en soins infirmiers*, 100(1), 111-114. <https://doi.org/10.3917/rsi.100.0111>
- Fortuna, C. (2013). Décalage des interprétations des besoins entre les familles et les professionnels de santé de la famille au Brésil : parallèle avec les parents et l'école en France. *Dire*, 4, 19-26. <https://www.unilim.fr/dire/359&file=1>
- Fortuna, C. (2017). Effets d'une recherche-intervention sur les relations d'une équipe de santé à l'université. Dans Gilles Monceau, G. (dir.). *Enquêter ou intervenir : Effets de la recherche socio-clinique* (p. 40-47). Champ social.
- Foucart, J. (2009). L'accompagnement : dispositif de bienveillance et construction transactionnelle. *Pensée plurielle*, 22(3), 13-27. <https://doi.org/10.3917/pp.022.0013>
- Foucart, J. (2010). Entre-deux et passages. Essai de conceptualisation à partir de la complexité et de la transaction. *Pensée plurielle*, 24(2), 7-12. <https://doi.org/10.3917/pp.024.0007>
- Foucault, M. (1961). *Histoire de la folie à l'âge classique*. Union Générale D'Éditions.
- Foucault, M. (2004). *Sécurité, territoire, population. Cours au Collège de France. 1977-1978*. Le Seuil.
- Fourastié, J. (1979). *Les trente glorieuses ou la révolution invisible de 1946 à 1975*. Fayard.
- Fourez, G. (2002). *La construction des sciences, les logiques des interventions scientifiques*. De Boeck Université.
- Fournier, C. (2014). Dynamiques professionnelles et formes de travail pluriprofessionnel dans les maisons et pôles de santé. *Questions d'autonomie de la santé*, 200, 1-8. <https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/200-dynamiques-professionnelles-et-formes-de-travail-pluriprofessionnel-dans-les-maisons-et-poles-de-sante.pdf>
- Fraysse, B., Becerril, R. & Murillo, A. (2011). L'ingénierie du dispositif de formation dans l'enseignement agricole : éléments de problématisation. Dans Philippe Maubant, Jean Clénet & Daniel Poisson (dir.), *Débat sur la professionnalisation des enseignants : les apports de la formation des adultes* (p. 89-107). Presses de l'Université du Québec.
- Freitas Perez, L.-M. (s.d.). *Entre le sens et le non-sens, passage au de-siderum*. Convergencia. <http://convergencia.aocc.free.fr/texte/freitas-f.htm>
- Frenay, M., & Romainville, M. (2013). *L'accompagnement des mémoires et des thèses*. UCL Presses universitaires de Louvain.
- Freud, S. (1900/1967). *L'interprétation des rêves*. PUF.

- Freud, S. (1905/1992). *Le mot d'esprit et sa relation à l'inconscient*. Gallimard.
- Freud, S. (1912/1985). Conseils aux médecins sur le traitement analytique Dans : *La technique psychanalytique*. PUF.
- Freud, S. (1919/1976). L'inquiétante étrangeté. *Essais de psychanalyse appliquée*. Gallimard.
- Freud, S. (1920/1990). *Au-delà du principe de plaisir*. Dans *essais de psychanalyse* (p. 41-115). Petite Bibliothèque Payot.
- Freud, S. (1925/1987). *Sigmund Freud présenté par lui-même*. Gallimard.
- Friard, D. (2018). *Penser l'interaction soignant-soigné*. *Santé mentale*, 230, 68-73.
- Frobert, A. (1999). De la reconnaissance à la connaissance. *Santé Mentale*, 36, 29-31
- Fumey, Mademoiselle. (1936). Rôle de la monitrice dans une école d'infirmière. *Revue de l'Infirmière française*, XIV.
- Fustier, P. (1987). L'infrastructure imaginaire des institutions. À propos de l'enfance inadaptée. Dans René Kaës (dir.). *L'institution et les institutions. Études psychanalytiques* (p. 131-156). Dunod.
- Gaillard, G. & Gimenez, G. (2013). Narcissisme, créativité et prédation dans les groupes institués. *Bulletin de psychologie*, 526, 323-332. <https://doi.org/10.3917/bupsy.526.0323Pas>
- Garcia, G., & Groshens, E. (2020). *L'enquête sur l'enquête. Les infirmières et leur coordination par Danièle Kergoat (dir.) 1988-1995*. Bequali. rapport-bequali-enquete-coordination-infirmieres.pdf (sciencespo.fr)
- Gargam, A. (2009). Savoirs mondains, savoirs savants : les femmes et leurs cabinets de curiosités au siècle des Lumières. *Genre & Histoire*, 5. <http://journals.openedition.org/genrehistoire/899>
- Gavarini, L. (2007). *Le contre-transfert comme rapport de places : revisiter la question de l'implication du chercheur*. [Actes du colloque]. Actualité de la Recherche en Éducation et en Formation, Strasbourg. http://www.congresintaref.org/actes_pdf/AREF2007_Laurence_GAVARINI_462.pdf
- Gasse, S. (2011). La dynamique partenariale en contexte décentralisée : une conception de l'ingénierie au sein de l'expertise éducative. Dans Thierry Ardouin & Jean Clénet, *Ingénierie de la formation- Questions et transformations*. *Revue TransFormations*, 5.
- Geay, A. (1998). *L'école de l'alternance*. L'Harmattan.
- Geay, A., & Sallaberry, J.-C. (1999). La didactique en l'alternance ou comment enseigner dans l'alternance, *Revue française de pédagogie*, 128.
- Geadah, R. (2012). Regards sur l'évolution des soins : Aspects historique et éthique des relations entre professionnels de santé et patients. *Recherche en soins infirmiers*, 109(2), 16-32. <https://doi.org/10.3917/rsi.109.0016>
- Gélis, J. (1988). Préface (13-16). Dans Marie-France Collière & Évelyne Diébolt (dir.), *Pour une histoire des soins et des professions soignantes*. *Cahier de l'AMIEC*, (10).
- Gérard, J.-L. (1993). *Infirmiers en psychiatrie : nouvelle génération. Une formation en question*. Lamarre.

Gérard, L. (2007). *Pratiques d'accompagnement en contexte universitaire : étude de la relation pédagogique de direction de mémoire*. Actes du congrès international d'Actualité de la recherche en éducation et formation, Strasbourg.

Gilioli, C. (2001). *Ethique médicale et modernité, la question de la technique*, [Thèse de doctorat, Université de Marne-la-Vallée]. These.fr. <http://www.theses.fr/2001MARN0133>

Gilon, C., & Ville, P. (2014). Clefs pour l'analyse institutionnelle. *Le sujet dans la cité*, 1(1), 87-98. <https://doi.org/10.3917/lhdlc.hs03.0087>

Girard, L. (2018). *Des femmes en blanc : La "fabrication" des infirmières*. [Thèse de doctorat, Université Bourgogne Franche-Comté]. HAL. <http://www.theses.fr/2018UBFCH019>

Girin, J., Grosjean, M. (1996). *La transgression des règles au travail*. L'Harmattan.

Giust-Desprairies, F. (2013). La Clinique, une épistémologie pour les sciences de l'homme. Dans Vincent de Gaulejac, Florence Giust-Desprairies & Anna Massa (dir.), *La recherche clinique en sciences sociales* (p. 15-29). Erès.

Gori, R. (2013). *La Dignité de penser*. Actes sud.

Gori, R. & Volgo, M.-J. (2005). *La santé totalitaire : essai sur la médicalisation de l'existence*. Denoël.

Goubert, J.-P. (1982). *La médicalisation de la société française, 1770-1830*. Reflections Press.

Granget, L. (2009). Les universités en quête de prestige dans le grand jeu de la concurrence : le rôle de la communication marketing et l'impact des palmarès. *Communication et organisation*, 35, 148-157.

Granjon, E. (2012). La Boîte de Pandore. Que reste-t-il de l'espérance ? *Le Divan familial*, 28, 31-40. <https://doi.org/10.3917/difa.028.0031>

Green, A. (1990). *La folie privée. Psychanalyse des cas-limites*. Gallimard.

Green, A. (2000). *La diachronie en psychanalyse*. Éditions de Minuit.

Guillemain, H. (2010). *Chronique de la psychiatrie ordinaire. Patients, soignants et institutions en Sarthe du XIXe au XXIe siècle*. Éditions de la Reinette.

Guillier, D. (2002). Petite histoire de l'analyseur argent. *Cahiers de l'implication*, 5, 9-25.

Guillier, D. (2003). L'analyse institutionnelle des pratiques professionnelles. Dans Claudine Blanchard Laville & Dominique Fablet. *Travail social et analyse des pratiques professionnelles. Dispositifs et pratiques de formation* (p. 21-46). L'Harmattan.

Hamel, F. (2008). Mouvements infirmiers, représentation professionnelle et conflits sociaux. *Recherche en soins infirmiers*, 93(2), 44-48. <https://doi.org/10.3917/rsi.093.0044>

Hameline, D. (1999). Autonomie. Dans : Jean Houssaye, (dir.), *Questions pédagogiques, encyclopédie historique* (p. 47-52). Hachette.

Hamilton, A.-E. (1900). *Considérations sur les infirmières des Hôpitaux*. [Thèse de doctorat, Faculté de médecine de Montpellier]. Gallica. <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k854187n>

Hamric, A.-B., & Tracy, M.-F. (2019). A definition of Advanced Practice Nursing. Dans M.-F. Tracy & E.-T. O'Grady, *Advanced Practice Nursing : An integrative approach*, Elsevier.

- Hanafi, N. (2000). Les femmes lettrées du siècle des Lumières face à leurs soigneurs : des rapports de pouvoirs, de savoirs et de genre dans la relation thérapeutique. *Bulletin du Centre d'Etude d'Histoire de la Médecine* (p. 21-46). <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00556840>
- Hatchuel, F. (2007). *Savoir, apprendre, transmettre-Une approche psychanalytique du rapport au savoir*. La découverte.
- Haute autorité de santé, en collaboration avec l'Observatoire national de la Démographie des Professionnels de Santé. (2007, janvier). *Délégation, transfert, nouveaux métiers... Conditions des nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé*. HAS. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/rapport_etape_cooperation.pdf
- Henderson, V. (1995). *La nature des soins infirmiers*. InterÉditions.
- Henry, S. (2009). Les infirmières-visiteuses pendant l'entre-deux-guerres en Haute-Normandie : entre professionnalisme officiel et bénévolat officieux. *Genre & Histoire*, 5. <https://journals.openedition.org/genrehistoire/836>
- Henry, S. (2012). Histoire et témoignages d'infirmières visiteuses (1905-1938). *Recherche en soins infirmiers*, 109(2), 44-56. <https://doi.org/10.3917/rsi.109.0044>
- Héritier, F. (1981). *L'exercice de la parenté*. Seuil.
- Hesbeen, W. *Gestions hospitalières*, 323, 123-124.
- Hess, R. (1975). *La socialanalyse*. Editions Universitaires.
- Hess, R. (2002). Institution. Dans : Jacqueline Barus-Michel, *Vocabulaire de psychosociologie* (p. 181-188). Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.barus.2002.01.0181>
- Hess, R. (2003). La pratique du journal, comme construction du moment interculturel. *Revue Paidagogika Renmata Sto Aigaio*, 2, 68-79.
- Hess, R. (2012). *Journal pédagogique*. PUSG.
- Hess, R., Mutuale, A., Caille, C., Cormery, A. & Gentes, D. (2016). L'écriture du journal comme outil de formation de soi-même. *Le Télémaque*, 49, 139-152. <https://doi.org/10.3917/tele.049.0139>
- Hess, R. (2019). Journal. Dans : Christine Delory-Momberger. *Vocabulaire des histoires de vie et de la recherche biographique* (p. 358-361). Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.delor.2019.01.0358>
- Herzlich, C., & Pierret, J. (2008). Une maladie dans l'espace public. Le SIDA dans six quotidiens français. *Annales*, 43(5), 1109-1134.
- Homerin, M.-P. (2012). *La discipline infirmière dans le champ scientifique*. De Boeck Estem.
- Hofstetter, R., & Schneuwly, B. (2009). *Savoirs en (trans) formation. Au cœur des professions de l'enseignement et de la formation*. De Boeck.
- Houle, M.-M. (2016). La lectrice avertie ou la création d'espaces liminaires féminins dans la médecine du XVIII^e siècle. Dans Isabelle Brouard-Arends. *Lectrice d'ancien régime*. Political science
- Houssaye J. (2018). Former à la pédagogie, est-ce bien raisonnable ? *Carnets de recherche sur*

la formation. <https://crf.hypotheses.org/136>

Hubert, M. & Louvel, S. (2012). Le financement sur projet : quelles conséquences sur le travail des chercheurs ? *Mouvements*, 71(3), 13-24. <https://doi.org/10.3917/mouv.071.0013>

Hughes, E.-C. (1958/1996). Work and the sell. *Le regard sociologique*, EHESS.

Imbault-Huart, M.-J. (1998). Médicalisation et fonctions sociales de l'hôpital : une approche historique. Dans Jacques Lebas & Pierre Chauvin, *Précarité et santé*. Flammarion.

Inspection générale des affaires sociales. (2010). *Rapport d'activité 2010*. IGAS. [https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport d activite 2010.pdf](https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_d_activite_2010.pdf)

Ivay, S. & Gadea, C. (2007, décembre). Les cadres de santé face à la logique managériale. Communication à la XIV^{ème} Journée d'études du GDR CADRES. Encadrer sous contrainte : les encadrants des organisations publiques. IMUS, institut du management de l'Université de Savoie, Annecy. [10.3917/rfap.128.0677](https://doi.org/10.3917/rfap.128.0677)

Jacobi, B. (1995). *Cent mots pour l'entretien clinique*. Erès.

Jaillon, D. (2014). Socianalyse existentielle et accompagnement professionnel personnalisé. Le sujet dans la cité, *Actuels* 3(1), 67-86. <https://doi.org/10.3917/lsdlc.hs03.0067>

Januel, J. (2017). La vision des soins portée par Léonie Chaptal : une erreur stratégique dans le développement de la discipline des sciences infirmières en France ? *Recherche en soins infirmiers*, 131, 6-12. <https://doi.org/10.3917/rsi.131.0006>

Jeffrey, D., 1998, *Jouissance du sacré. Religion et postmodernité*. Armand Colin.

Jeffrey, D. (2003). *Éloge des rituels*. Les Presses de l'Université Laval.

Jeffrey D. (2005). Conduites à risque et rites de passage à l'adolescence. Dans Denis Jeffrey, David Le Breton & Joseph Josy Lévy. *Jeunesse à risque. Rite et passage*. (p. 45-56). Presses universitaires de l'université Laval.

Jonnaert, P. (2009). *Compétences et socioconstructivisme*. De Boeck.

Jounin, N., Wolff, L. (2006). *Entre fonctions et statuts, les relations hiérarchiques dans les établissements de santé*. DREES. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/documents-de-travail-1998-2019/entre-fonctions-et-statuts-les-relations-hierarchiques>

Jusseume, A. (2015). La relation entre sœurs et malades dans les hôpitaux parisiens au XIX^e siècle, une relation de soin ? *Histoire, médecine et santé*, 7, 17-35.

Jusseume, A. (2016). Pratiques de l'espace hospitalier par les religieuses au XIX^e siècle dans les hôpitaux parisiens : préserver un entre-soi religieux et féminin ? *Genre & Histoire*, 17. <http://journals.openedition.org/genrehistoire/2448>

Kaepelin, O. (1973). René Lourau, Les analyseurs de l'Église. *L'Homme et la société*, 27, 201-204.

Kaës, R. (1976). *L'appareil psychique groupal. Constructions du groupe*. Dunod.

- Kaës, R. (1987). Réalité psychique et souffrances dans les institutions. Dans René Kaës, (2003). *L'institution et les institutions* (p. 1-46). Dunod.
- Kaës, R. (1988). Réalité psychique et souffrance dans les institutions. Dans René Kaës. *L'institution et les institutions – Études psychanalytiques* (p. 1-46). Dunod.
- Kaës, R. (1993). *Le groupe et le sujet du groupe. Éléments pour une théorie psychanalytique des groupes*. Dunod.
- Kaës R. (1996), *Souffrance et psychopathologie des liens institutionnels : éléments de la pratique psychanalytique en institution*. Dunod.
- Kaës, R. (1998). *Différences culturelles et souffrances de l'identité*. Dunod.
- Kaës, R. (2002). *Les théories psychanalytiques du groupe*. PUF.
- Kaës, R. (2005). Groupes internes et groupalité psychique : genèse et enjeux d'un concept. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 45, 9-30. <https://doi.org/10.3917/rppg.045.0009>
- Kaës, R. (2010). Le sujet, le lien et le groupe. Groupalité psychique et alliances inconscientes. *Cahiers de psychologie clinique*, 34(1), 13-40.
- Kaës, R. (2014). Figures et modalités du négatif dans les alliances inconscientes : Le pacte dénégatif. Dans : René Kaës, *Les alliances inconscientes* (p. 115-136). Dunod.
- Kaës, R. (2016). *L'idéologie. L'idéal, l'idée, l'idole*. Dunod
- Kaës, R., (2005). *La parole et le lien, processus associatifs et travail psychique dans les groupes*. Dunod.
- Kergoat, D., Imbert, F., Le Doaré, H. & Sénotier D. (1992). *Les infirmières et leur coordination, 1988-1989*. Lamarre.
- Kim, M.-S., Derivois, D. (2013). Enjeux psychiques de l'entretien clinique de recherche en contexte interculturel. *L'Encéphale*, 39, 360-366.
- Knibielher, Y. (1979). La « lutte antituberculeuse » instrument de la médicalisation des classes populaires (1870-1930). *Annales de Bretagne et des pays de l'Ouest*. 86(2), 321-336.
- Knibielher, Y. (1984). *Cornettes et blouses blanches. Les infirmières dans la société française 1880- 1980*. Hachette.
- Kohn, R.-C. (1986). La recherche par les praticiens, l'implication comme mode de production des connaissances. *Bulletin de psychologie*, 377, 817-826.
- Kohn, R.-C., Negre, P. (1991). *Les voies de l'observation*. Nathan Université.
- Kohn, R.-C. (1997). Regarder/Écouter un monde qui change : l'observation dans la formation initiale des enseignants. Dans : Les nouvelles technologies : permanence ou changement ? *Recherche & Formation*, 26, 131-166. https://www.persee.fr/doc/refor_0988-1824_1997_num_26_1_1457

- Kohn, R.-C. (2001). Les positions enchevêtrées du praticien-qui-devient-chercheur. Dans Marie-Pierre Mackiewicz (coord.), *Praticien et chercheur. Parcours dans le champ social* (p. 15-38). L'Harmattan.
- Kress, J.-J. (1999). Réflexions sur la démarche en vue de la qualité : quelle pensée pour organiser l'action ? *La lettre de psychiatrie française*, 88.
- Küss, G.-A. (1915). L'hygiène et la guerre. *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, 23.
- Lafortune, L., Jacob, S., & Hebert, D. (2000). *Pour guider la métacognition*. Presses de l'Université de Québec.
- Lafortune, L. & Deaudelin, C. (2001) *Accompagnement socioconstructiviste. Pour s'approprier une réforme en éducation*. Presses de l'Université du Québec.
- Lagarde-Piron, L. (2016). *La première rencontre du corps malade en contexte de soins infirmiers : la relation de soin : une expérience ultime, du sensible au social*. [Thèse de doctorat, Université de Bourgogne]. HAL. <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01538737/document>
- Lamihi, A. & Monceau, G. (2002). *Institution et implication. L'œuvre de René Lourau*. Syllepse.
- Lambert, C. (1992). Enseigner le diagnostic infirmier. *Objectif soins*, 7.
- Lani-Bayle, M., (2012). La démarche clinique à l'épreuve de l'université : un enjeu complexe. Dans Mireille Cifali, & Thomas Périlleux (dir.), *Les métiers de la relation malmenés. Répliques cliniques* (p. 133-146). L'Harmattan.
- Lanquetin, J.-P. (2018). Rendre visible le travail invisible ? Prendre soin du travail pour travailler le "prendre soin". *Cahiers du Rhizome*, 67.
- Lapassade, G., & Lourau, R. (1971). *Clefs pour la Sociologie*. Seghers.
- Lapassade, G. (1971). L'analyse institutionnelle. *L'Homme et la société*, 19, 185-192. <https://doi.org/10.3406/homso.1971.1390>
- Lapassade, G., Bruce, P., Cosson, P.-G., Savoye, A. & Ville P. (1973). La rencontre institutionnelle. *L'Homme et la société*, 29-30, 269-305.
- Lapassade, G. (1991). *L'ethno-sociologie, les sources anglo-saxonnes*. Méridiens Klincksieck.
- Laplanche, J., & Pontalis, J.-B. (1967). *Vocabulaire de la psychanalyse*. PUF.
- Laufer R., Ramanantsoa B., (1982) : Crise d'identité ou crise de légitimité. *Revue française de gestion*, 37, 18-26.
- Lebeaume, J. (2019). Précisions sur la « forme curriculaire » et distinction entre pratiques constitutives et savoirs contributifs. *Éducation et didactique*, 13(1), 43-59.
- Le Bezvoët, E. (2007). L'hôpital et la logique managériale : quelle place pour le sujet ? *Le Journal des psychologues*, 252(9), 29-34. <https://doi.org/10.3917/jdp.252.0029>
- Le Boterf, G., (2002). De quel concept de compétences avons-nous besoin ? *Soins Cadres*, 41, 20-22.

- Le Boterf, G. (2004). *Construire les compétences individuelles et collectives*. Editions d'Organisation.
- Lebigot, F. (2002). L'effroi du traumatisme psychique : le regard en face ou s'en protéger. *Revue francophone du Stress et du Trauma*, 2(3), 139-146.
- Lebigot, F. (2016). Chapitre 2. Clinique de l'effroi. Dans François Lebigot, *Traiter les traumatismes psychiques : Clinique et prise en charge* (p. 13-26). Dunod.
- Lecllet, H., & Vilcot, C. (1999). *Qualité en santé : 150 questions pour agir*. AFNOR.
- Lecourt, E. (5-8 avril 2002). *Le brouillage sonore, premier repère d'un processus créatif groupal à l'œuvre dans le groupe d'improvisation*. Conférences European Society of the Cognitive, Liège.
- Lefebvre, H. (1953). Perspectives de la sociologie rurale. *Cahiers internationaux de sociologie*, XIV (p. 63-78). Anthropos.
- Legendre, M., & David, R. (2012). Les référentiels de compétences : dans quelle mesure contribuent-ils à assurer une plus grande cohérence à la formation ? Dans Julie Desjardins, Marguerite Altet, Richard Etienne, Léopold Paquay & Philippe Perrenoud, *La formation des enseignants en quête de cohérence* (p. 43-65). De Boeck.
- Lenoir, H. (1994). La question éthique chez les formateurs. Dans Gérard Ignasse, & Hughes Lenoir (dir.), *Ethique et formation* (p. 65-84). L'Harmattan.
- Lerbet, G. (1995). *Bio-cognition, formation et alternance*. L'Harmattan.
- Le Roy, C. (2008). *La résurgence de phénomènes psychiques archaïques dans le champ de la « formation-insertion », Contribution à une clinique du rapport au cadre pédagogique* [Thèse de doctorat en Sciences de l'éducation, Université Paris Ouest-Nanterre La Défense]. Thèses.fr. <http://www.theses.fr/2008PA100170>
- Le Roy, C. (2019). Dans le « tournant gestionnaire » du soin infirmier à l'hôpital : rupture et continuité. Un point de vue clinique sur les effets d'apprentissage des outils de la réforme. *Journal of social management. Numéro spécial*, 82-98.
- Le Roy, C. (2020). L'ingénierie comme symptôme de l'impensé dans le rapport au savoir infirmier. *TransFormations-Recherches en éducation et formation des adultes*, 20(10).
- Leroux-Hugon, E. (1987). L'infirmière au début du XXe siècle : nouveau métier et tâches traditionnelles. *Le Mouvement social*, 140, 55-68.
- Leroux-Hugon, V. (1992). *Des saintes laïques. Les infirmières à l'aube de la IIIème République*. Sciences en situation.
- Lert, F. (1996). Le rôle propre peut-il fonder l'autonomie professionnelle des infirmières ? *Sciences sociales et santé*, 14(3), 103-115.
- Lévy, A. (2006). Penser la violence. *Nouvelle revue de psychosociologie*, 2(2), 67-89. <https://doi.org/10.3917/nrp.002.0067>
- Leyreloup, A. (2010). Entre hier et aujourd'hui, le métier d'infirmier en psychiatrie. *Sud/Nord*, 25, 121-128. <https://doi.org/10.3917/sn.025.0121>

- Lhéréte, H. (2011). La solitude du thésard de fond, *Sciences Humaines*, 230(10), 10-10. <https://doi.org/10.3917/sh.230.0010>
- Lhuilier, D. (2005). Le « sale boulot ». *Travailler*, 14(2), 73-98. <https://doi.org/10.3917/trav.014.0073>
- Lhuilier, D. (2005). Puissance normative et créative de la vulnérabilité. *Éducation permanente*, 202, 101-116.
- Libault, D. (2019). *Rapport « Concertation : Grand âge et autonomie »*. Ministère des solidarités et de la santé. <https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/autonomie/consultation-place-des-personnes-agees/concertation-grand-age-et-autonomie/article/rapport-de-la-concertation-grand-age-et-autonomie>
- Lichtenberger, Y. (2011). Sens et valeurs du travail. *Revue Esprit*, 378(10), 89-100.
- Liendle, M. (2018). RésIDoc, un espace pour le développement des sciences infirmières en France. *Recherche en soins infirmiers*, 132, 5-6. <https://doi.org/10.3917/rsi.132.0005>
- Linhart, D. (2010). II. Des évolutions qui tranchent. Dans Danièle Linhart, *La modernisation des entreprises* (p. 22-44). La Découverte.
- Lisle, E. (2002). Les sciences sociales en France : développement et turbulences dans les années 1970. *La revue pour l'histoire du CNRS*, <https://doi.org/10.4000/histoire-cnrs.543>
- Lourau, R. (1969). *L'instituant contre l'institué*. Anthropos.
- Lourau, R. (1970). *L'analyse institutionnelle*. Minuit.
- Lourau, R. (1971). Un problème politique ? Dans Georges Lapassade (dir.), *L'autogestion pédagogique* (p. 19-34). Gauthiers-Villars.
- Lourau, R. (1978). *L'Etat inconscient*. Editions de Minuit.
- Lourau, R. (1981). *Le lapsus des intellectuels*. Privat.
- Lourau, R. (1988). *Le Journal de recherche. Matériaux d'une théorie de l'implication*. Méridiens-Klincksieck.
- Lourau, R. (1990). Implication et surimplication. *Revue du Mauss*, 10, 110-119.
- Lourau, R. (1993). Autoréférentialité, monoréférentialité, multiréférentialité et implication. *L'approche multiréférentielle en formation et sciences de l'éducation, Pratiques de formation-Analyses*, 25-26, 97-108.
- Lourau, R. (1997). *La clé des champs. Une introduction à l'analyse institutionnelle*. Anthropos.
- Lourau, R. (1997). *Implication et transduction*. Anthropos.
- Lyet, P. (2016). Les recherches conjointes : Des tentatives pour construire des « connaissances composites » appropriables par les scientifiques et les intervenants. *Sociétés et jeunesses en difficulté*, 16. <http://sejed.revues.org/8084>.
- Lyet, P. (2011). Traduction, transaction sociale et tiers intermédiaire dans les processus de collaboration de chercheurs et de praticiens dans le cadre de recherche-actions. *Pensée plurielle*, 28, 49-67.
- Lyet, P. (2015, juin). La coopération partenariale : une institution incertaine. Biennale

Internationale de l'Éducation, de la Formation et des Pratiques professionnelles. « Coopérer ? », Jun 2015, Paris.

Magnon, R. (1991). *Léonie Chaptal la cause des infirmières : 1873-1937*. Lamarre.

Magnon, R., Dechanoz, G. (1995). *Dictionnaire des Soins Infirmiers*, AMIEC.

Magnon, R. (2001). *Les infirmières : identité, spécificité et soins infirmiers. Le bilan d'un siècle*. Masson.

Mainaut, T., & Rioux, L. (2019). *France, portrait social*. INSEE. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4238381?sommaire=4238781>

Malglaive, G. (1993). Alternance et compétences. *Les cahiers pédagogiques*, 320(28).

Mans, O. & Leyreloup, A. (2010). Les infirmiers du désordre. *VST - Vie sociale et traitements*, 107, 126-127. <https://doi.org/10.3917/vst.107.0126>

Marmion, A., Berton, J. (2006). *La réciprocité formative* [Actes du colloque] AIFRISS : Tutorat et accompagnement, 121-137. <https://www.aifriiss.com/upload/3-colloque-tutorat-et-accompagnement.pdf>

Matillon, Y., (2003). Rapport de la mission Modalités et conditions d'évaluation des compétences professionnelles des métiers de la santé. <https://www.vie-publique.fr/rapport/26386-modalites-et-conditions-devaluation-des-competences-professionnelles-de>

Maubant, P., Roger, L. & Lejeune, M. (2013). Autour des mots de la formation. « Déprofessionnalisation ». *Recherche & Formation*, 72, 89-102.

Mayère, A., Bazet, I. & Roux, A. (2012). « Zéro papier » et « pense-bêtes » à l'aune de l'informatisation du dossier de soins. *Revue d'anthropologie des connaissances*, 6(1), 115-139. <https://doi.org/10.3917/rac.015.0154>

Mazoyer, A. & Roques, M. (2014). Mobilisation des processus psychiques chez des enfants victimes d'agression sexuelle. Contributions du Rorschach à la clinique du trauma. *Bulletin de psychologie*, 532(4), 331-348. <https://doi.org/10.3917/bupsy.532.0331>

Meirieu, P. (2007). *Une autre télévision est possible*. Chronique sociale.

Mel, E. (2018). Le statut de l'infirmier en droit [thèse de doctorat, Université d'Aix en Provence]. Thèses.fr. [file:///C:/Users/Cath/Downloads/180209_MEL_832hvucl808meidts597xxprb69wwcad_TH%20\(6\).pdf](file:///C:/Users/Cath/Downloads/180209_MEL_832hvucl808meidts597xxprb69wwcad_TH%20(6).pdf)

Mellier, D. (2002). Le groupe d'analyse de la pratique (gap), la fonction « à contenir » et la méthodologie du groupe Balint. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 39(2), 85-102. <https://doi.org/10.3917/rppg.039.0085>

Meltzer, D. (1984- 1993). *Le monde vivant du rêve*. Césura.

Melyani, M. (2001). Les itinéraires de thèse par rapport à l'action autoformatrice : de l'initiation à la décantation. Dans Roland Foucher, & Mohamed Hrimech, *L'autoformation dans l'enseignement supérieur. Apports européens et nord-américains pour l'an 2000*. Éditions Nouvelles.

- Memmi, D. (1999). L'enquêteur enquêté. De la connaissance par corps dans l'entretien sociologique. *Genèses*, 35, 131-145. <https://doi.org/10.3406/genes.1999.1571>
- Menchi, P. (2011). L'entre-deux n'est pas un juste milieu ! C'est un espace libéré. *Pensée plurielle*, 28(3), 123-132. <https://doi.org/10.3917/pp.028.0123>
- Mérini, C. (1998). *Le partenariat en formation. De la modélisation à une application*. L'Harmattan.
- Mias, C. (1998). *L'implication professionnelle dans le travail social*. L'Harmattan.
- Mias, C. (2003). Praticien – chercheur. Le problème de la double posture. Dans Pierre-Marie Mesnier & Philippe Missotte. *La recherche-action, une autre manière de chercher, se former, transformer*. L'Harmattan.
- Mias, C. (2014). L'implication professionnelle. Dans Anne Jorro, *Dictionnaires des concepts de la professionnalisation* (p. 161-164). De Boeck
- Ministère des solidarités et de la santé. (2017). *Stratégie nationale de santé 2018-2022*. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_sns_2017_vdef.pdf
- Miribel (de) J. (2017). *L'expérience infirmière en psychiatrie et santé mentale : enquête sur les dynamiques de professionnalisation et de construction du rapport au métier*. [Thèse de doctorat, Université de Lille Sciences Humaines et Sociales]. HAL. <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01827858>
- Molinié, E. (2005). L'hôpital public en France : bilan et perspectives. Avis et rapports du conseil économique et social. Etude du Conseil économique et social. <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/054000659.pdf>
- Monceau, G. (2003). Pratiques socianalytiques et socio-clinique institutionnelle. *L'Homme & la Société*, 147(1), 11-33. <https://doi.org/10.3917/lhs.147.0011>
- Monceau, G. (25, 26, 27 novembre 2004). *L'exploration de la pratique et la production des savoirs*. Actes du colloque Chercheurs et praticiens dans la recherche. Lyon.
- Monceau, G. (2005). Transformer les pratiques pour les connaître : recherche-action et professionnalisation enseignante. *Educação e Pesquisa*, 31 (3). http://www.scielo.br/pdf/ep/v31n3/fr_a10v31n3.pdf
- Monceau, G. (2006). Éthique et idéologie professionnelles. *Recherche et formation*, 52, 55-70.
- Monceau, G. (2008). Entre pratique et institution. L'analyse institutionnelle des pratiques professionnelles. *La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation*, 41(1), 145-159. <https://doi.org/10.3917/nras.041.0145>
- Monceau, G. (25 et 26 juin 2009). Socio-clinique des pratiques professionnelles et des processus institutionnels [Actes de colloque]. 2ème colloque international francophone sur les méthodes qualitatives, Lille. https://www.researchgate.net/publication/298069244_Socio-clinique_des_pratiques_professionnelles_et_des_processus_institutionnels
- Monceau, G. (2009). L'usage du concept de résistance pour analyser la coopération des parents d'élèves avec les enseignants dans l'institution scolaire. *Nouvelle revue de psychosociologie*, 7(1), 151-165. <https://doi.org/10.3917/nrp.007.0151>

- Monceau, G. (2010). Analyser ses implications dans l'institution scientifique : une voie alternative. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 10 (1). <http://www.revispsi.uerj.br/v10n1/artigos/pdf/v10n1a03.pdf>
- Monceau, G. (2011). Des dispositifs socio-cliniques pour comprendre comment les parents sont impliqués dans la politique de la Parentalité. *Les Sciences de l'éducation - Pour l'Ère nouvelle*, 44(4), 15-33. <https://doi.org/10.3917/lse.444.0015>
- Monceau, G. (2012). *L'analyse institutionnelle des pratiques. Une socio-clinique des tourments institutionnels au Brésil et en France*. L'Harmattan.
- Monceau, G. (2014). Formation-intervention. Dans Anne Jorro (dir), *Dictionnaire des concepts de la professionnalisation* (p. 137-140). De Boeck.
- Monceau, G. (2016). Transformations sociales et recherche-intervention. Dans : Jean-François Marcel, *La recherche-intervention par les sciences de l'éducation : Accompagner le changement* (p. 209-222). Éducagri éditions. <https://doi.org/10.3917/edagri.marce.2016.01.0209>
- Monceau, G. (2017). *Enquêter ou intervenir : Effets de la recherche socio-clinique*. Champ social.
- Monceau, G., & Soulière, M. (2017). Mener la recherche avec les sujets concernés. Le dispositif du réseau Recherche avec. *Éducation et socialisation*, 45. <https://edso.revues.org/2525>
- Monceau, G. (2018). Le changement objet et effet de la socio-clinique institutionnelle. Le cas d'une recherche-intervention dans le domaine de la parentalité. Dans D. Broussal, K. Bonnaud, J.- F. Marcel, & P. Salma (dir), *Recherche(s) et changement(s) : dialogues et relations*. Cépaduès.
- Moniot, H. (1993). *Didactique de l'histoire*. Nathan.
- Monseny, J. (2004). Sidération et lumière sidération et ténèbres. *L'en-je lacanien*, 2/3, 93-105. <https://doi.org/10.3917/enje.003.0093>
- Montagne, Y.-F. (2013). "Savoir-y-faire" avec les élèves ; repérer une compétence professorale d'énonciation par une étude de cas. *Revue des sciences de l'éducation*, 37, 507-541. <https://doi.org/10.7202/1014756ar>
- Montandon, A. (2004). *Le livre de l'hospitalité. Accueil de l'étranger dans l'histoire et les cultures*. Bayard.
- Montesinos, A., (1999). Etude sur le rôle propre : connaissances et opinions des professionnels. Dossier Le rôle propre, pierre angulaire de l'identité infirmière, *Objectif soins*, 71, 2-6.
- Moreau, D. (1996). Diagnostic infirmier. *Soins Formation Pédagogie Encadrement*, 17, 58-61.
- Moren, A.-M. (1994). Les implications d'une réforme dans la formation des infirmières. *Les Cahiers du Domaine de la Formation professionnelle*, 1.
- Mornet, J. (2007). Une conception de la folie. Dans J. Mornet, *Psychothérapie institutionnelle. Histoire & actualité* (p. 101-142). Champ social.
- Mosconi, N. (1994). *Femmes et savoirs. La société, l'école et la division sexuelles des savoirs*. L'Harmattan.

- Mosconi, N. (2013). Dans : Évelyne Diebolt et Nicole Fouché, Devenir infirmière en France, une histoire atlantique ? (1854-1938). *Travail, genre et sociétés*, 29(1), 214-217. <https://doi.org/10.3917/tgs.029.0214>
- Moscovici, S. (1988). *La Machine à faire des dieux : sociologie et psychologie*. Fayard.
- Mucchielli, R. (1996). *Le travail en équipe*. ESF Editions.
- Muchembled, R. (1979). *La sorcière au village (XV^e– XVIII^e siècle)*. Gallimard Julliard.
- Muller, A. (2020). Création d'une section en sciences infirmières au sein du Conseil national des universités : enjeux et perspectives. *Revue de la Pratique avancée*, 1, 1.
- Mutuale, A. (2017). *De la relation en éducation : Pédagogie, Éthique, Politique*. Téraèdre.
- Nadot, M. (2012). Recherche fondamentale en science infirmière : La recherche historique sur les fondements d'une discipline. *Recherche en soins infirmiers*, 109(2), 57-68. <https://doi.org/10.3917/rsi.109.0057>
- Nadot, M. (2020). *La discipline infirmière : les trois temps du savoir*. ISTE Group.
- Olivier de Sardan, J.-P. (2000). Le « je » méthodologique. Implication et explicitation dans l'enquête de terrain. *Revue française de sociologie*, 2000, 41(3), 417-445.
- Organisation mondiale de la santé. (1966). Comité OMS d'experts soins infirmiers. OMS. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39937/WHO TRS 347 fre.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39937/WHO_TRS_347_fre.pdf?sequence=1)
- Organisation mondiale de la santé. (2002). Rapport mondial sur la violence et la santé. https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/full_fr.pdf
- Oury, J. (1986). Dans D. Drieu, & P. Crété (2015). Actualités de la clinique institutionnelle en France : entre résistance et création ? Le devenir de la psychanalyse. Que nous disent les pratiques institutionnelles ? *Filigrane Écoutes psychanalytiques*, 24(2), 13-30.
- Paillé, P., Mucchielli, A. (2008). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Armand Colin.
- Parizot, I. (2003). 1. L'hôpital et les pauvres. Dans Isabelle Parizot. *Soigner les exclus : Identités et rapports sociaux dans les centres de soins gratuits* (p. 25-58). Presses Universitaires de France.
- Pastré, P. (2004). Recherches en didactique professionnelle. Dans Renan Samurçay, & Pierre Pastré, *Recherches en didactique professionnelle* (p. 1-13). Octarès.
- Paturel, D. (2008). L'implication au cœur d'un processus de recherche. *Pensée plurielle*, 19, 51-61. <https://doi.org/10.3917/pp.019.0051>
- Paul, M. (2004). *L'accompagnement : Une posture professionnelle spécifique*. L'Harmattan.
- Paul, M. (2006, 23- 24 novembre). *L'accompagnement : quels enjeux pour le tutorat ?* Actes du colloque AIFRISS : Tutorat et accompagnement, Montpellier. <http://www.aifriiss.com/upload/Document%20Actes%2024%2011%202017%20.pdf>
- Pawin, R. (2013). Retour sur les « Trente Glorieuses » et la périodisation du second XX^e siècle. *Revue d'histoire moderne & contemporaine*, 60-1(1), 155-175. <https://doi.org/10.3917/rhmc.601.0155>

- Pechberty, B. (2003). Apports actuels de la psychanalyse à l'éducation et l'enseignement : un éclairage fécond. *Éla. Études de linguistique appliquée*, 131(3), 265-273. <https://doi.org/10.3917/ela.131.0265>
- Péoc'h, N. (2010). Approche innovante de l'apprentissage et du développement professionnel de l'étudiant avec le portfolio. *Soins Cadres*, 19(74S), 13-15.
- Pépin, J., Kérouac, S., & Ducharme, F. (2010). *La pensée infirmière*. Chenelière Education.
- Perraut-Soliveres, A. (1999). La nuit du savoir ou les valeurs de l'ombre, du savoir de la nuit des infirmières à l'impensé de delà recherche dans les sciences de l'homme : le praticien-chercheur comme éclaireur. [Thèse de doctorat, Université de Paris 8]. Thèses.fr. <https://www.theses.fr/059078774>
- Perraut-Soliveres, A. (2001). *Infirmières, le savoir de la nuit*. PUF.
- Perraut-Soliveres, A. Rire : un dernier espace de liberté ? *Pratiques. Cahiers de la médecine utopique*, 82. <https://pratiques.fr/Rire-un-dernier-espace-de-liberte>
- Perrenoud, P. (1993). Dans Hélène Hensler (dir.) *La recherche en formation des maîtres. Détour ou passage obligé sur la voie de la professionnalisation ?* (p. 111-132) Éditions du CRP,
- Perrenoud, P. (2001) De la pratique réflexive au travail sur l'habitus. *Recherche & Formation*, 36, 131-162.
- Perrenoud, P. (2004). Une formation réflexive et constructiviste des chefs d'établissement. *La Revue des Échanges*, 21(2), 22-34.
- Perrenoud, P. (2013). Chapitre 4. La blessure la plus rapprochée du soleil : Ambivalences et résistances face à la posture réflexive. Dans : Marguerite Altet, *Former des enseignants réflexifs : Obstacles et résistances* (p. 79-94). De Boeck Supérieur.
<https://doi.org/10.3917/dbu.altet.2013.01.0079>
- Perrot, M. (1987). Qu'est-ce qu'un métier de femme ? *Le Mouvement social*, 140, 3-8.
- Petit, A. (1994). La profession d'infirmière. Un siècle de mutations. Dans Pierre Aiach, & Didier Fassin (dir.). *Les métiers de la santé. Enjeux de pouvoir et quête de légitimité*. Economica.
- Pétonnet, C. (1982). L'observation flottante, l'exemple d'un cimetière parisien. *L'Homme*, XXII (4), 37-47. <https://doi.org/10.3406/hom.1982.368323>
- Piaget, J. (1957). Logique et équilibre dans les comportements du sujet. Dans : Leo Apostel, Benoît Mandelbrot & Jean Piaget. *Logique et équilibre*. PUF.
- Piccone Stella, S. (2002). Pour une étude sur la vie des femmes dans les années 1950. *Histoire, femmes et sociétés*, 16, 245-269. <https://doi.org/10.4000/clio.182>
- Picot, G. (2005). Entre médecins et personnel infirmier à l'hôpital public : un rapport social instable : Le cas de deux services hospitaliers. *Revue française des affaires sociales*, p. 83-100. <https://doi.org/10.3917/rfas.051.0083>
- Pierro R., & Long F. (1980). *L'autre moitié de l'église : les femmes*. Editions du Cerf.

- Piguet, C. (2008). *Autonomie dans les pratiques infirmières hospitalières, contribution à une théorie agentique du développement professionnel*. [Thèse de doctorat, Université de Nanterre - Paris X]. TEL. <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00331476>
- Pilotti, A. (2016). *Masseurs-kinésithérapeutes salariés à l'ère numérique. Ce que leurs usages du courrier électronique disent de leur professionnalisation*. [Thèse de doctorat, Université de Cergy-Pontoise]. thèse.fr. <http://www.theses.fr/2016CERG0827>
- Pilotti, A. (2019). Une chercheuse prise dans les interférences entre institution professionnelle et institution universitaire. Dans Claire Saint-Martin (de) (dir). *Analyser les implications dans la recherche et en formation* (p. 81-95). L'Harmattan.
- Pinkola-Estés, C. (1996). *Femmes qui courent avec les loups. Histoires et mythes de l'archétype de la femme sauvage*. Grasset.
- Poisson, M. (1998). *Origines républicaines d'un modèle infirmier*. Editions hospitalières.
- Poisson, M. (2010). IFSI : des monitrices aux formateurs-enseignants, histoire et perspectives. *Soins cadres*, 75, 24-28.
- Poisson, M. (2012). Infirmières, enseignantes et pionnières : le personnel infirmier dirigeant et enseignant permanent à l'ouverture de l'Ecole internationale d'enseignement infirmier supérieur à Lyon en 1965. *Recherche en soins infirmiers*, 109(2), 69-92. <https://doi.org/10.3917/rsi.109.0069>
- Poisson, M. (2018), *L'École internationale d'enseignement infirmier supérieur Lyon (1965-1995). Fabrique d'une élite et creuset pour l'émancipation des infirmières françaises du XX^e siècle* [Thèse de doctorat, Université du Havre]. TEL. <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01951900/document>
- Poletti, R. (1978). *Les soins infirmiers, théories et concepts*. Le centurion.
- Policard, F. (2020). Recensement des thèses soutenues par les infirmiers en France à l'aube de la naissance de la discipline sciences infirmières. *Recherche en soins infirmiers*, 142, 86-95. <https://doi.org/10.3917/rsi.142.0086>
- Postiaux, N., Bouillard, P & Romainville, M. (2010). Référentiels de compétences à l'université. Usages, rôles et limites. *Recherche et formation*, 64, 15-30.
- Psiuk, T. (2010). Du raisonnement clinique à la pratique infirmière. *Soins*, 12, 1-20.
- Pujade-Renaud, C. (1983). *Le corps de l'enseignant dans la classe*. ESF.
- Pulido, J. (1993). Infirmières, revues professionnelles et identité. [Diplôme d'Etudes Approfondies, Université Lumière Lyon II]. <https://www.enssib.fr/bibliotheque-numerique/documents/62829-infirmieres-revues-professionnelles-et-identite.pdf>
- Raisky, C. (2001). Référence et système didactique. Dans André Terrisse (dir), *Didactique des disciplines : les références au savoir* (p. 25-47). De Boeck.
- Ravit, M. (2005). Fonction du rire dans un groupe Photolangage© en prison. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 44, 103-114. <https://doi.org/10.3917/rppg.044.0103>

- Reinhardt, S. (2011). *Entre activités, parcours et formation des cadres de santé, quels processus de construction des compétences ?* [Thèse de doctorat, Université Paris VIII Vincennes-Saint Denis]. TEL. <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00657653>
- Renard, J. (2011). De l'intérêt des anecdotes. *Sociétés*, 114(4), 33-40. <https://doi.org/10.3917/soc.114.0033>
- Resnik, S. (1999). Introduction. Dans : Salomon Resnik, *Temps des glaciations : Voyage dans le monde de la folie* (p. 9-16). Érès.
- Reuter, Y. (2004). Analyser les problèmes de l'écriture de recherche en formation. *Pratiques : linguistique, littérature, didactique*, 121-122, 9-27. <https://doi.org/10.3406/prati.2004.2029>
- Revel, J., & Peter, J.-P. (1974). Le Corps, l'homme malade et son histoire. Dans Jacques Le Goff & Pierre Nora, *Faire de l'histoire, vol. III : Nouveaux objets* (p. 169-191). Gallimard.
- Ricard-Fersing, É. (2001). Vers une philosophie de la pratique réflexive. *Carrefours de l'éducation*, 12, 66-81. <https://doi.org/10.3917/cdle.012.0066>
- Rivière C. (1995). *Les rites profanes*. PUF.
- Rogers, C. (1968). *Le développement de la personne*. Dunod-Interéditions.
- Rogers, C., & Kiinget, M.-G. (1962). *Psychothérapie et relations humaines*. ESF.
- Romedier, F. (2009). Autour de la formation aux diagnostics infirmiers, quelle dynamique d'accompagnement ? *Recherche en soins infirmiers*, 99(4), 97-116. <https://doi.org/10.3917/rsi.099.0097>
- Rouchy, J.-C. (1980). Vers une psychosociologie psychanalytique. *Connexions*, 29, 17-38.
- Rouchy, J.-C. (2006). La conception du dispositif de groupe dans différents cadres institutionnels. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 47(2), 9-23.
- Rouchy, J.-C. (2008). L'émergence de processus archaïques. Dans Jean-Claude Rouchy. *Le groupe, espace analytique : Clinique et théorie* (p. 49-81). Érès.
- Rousseau, J.-J. (1762). *Emile ou de l'éducation*. <https://gallica.bnf.fr/essentiels/anthologie/monde-livre-femmes#:~:text=La%20recherche%20des%20v%C3%A9rit%C3%A9s%20abstraites,trouv%C3%A9s%2C%20et%20c'est%20%C3%A0>
- Roussillon, R. (2000). *Thérapie psychanalytique du traumatisme*. René Roussillon. <https://reneroussillon.com/situations-extremes/theorie-psychanalytique-dutraumatisme/>
- Roussillon, R. (2000). Traumatismes et liaisons primaires non symboliques, « Traumatismes », *Actualités psychosomatiques*, 3, 89-109.
- Roussillon, R. (2001). Psychothérapie psychodynamique : quelques principes et analyseurs. Conférence en ligne du 14 juin 2001. <http://www.spp.asso.fr/>.
- Roussillon, R. (2008). *Le jeu et l'entre-je(u)*. Presses Universitaires de France.
- Roussillon, R. (2011). *La disposition d'esprit clinique. Manuel de pratique clinique*. Elsevier.
- Roussillon, R. (2012). *Manuel de pratique clinique*. Elsevier Masson.

- Roussillon, R. (2014). Traumatisme et symbolisation. Dans Laurent-Tigrane Tovmassian, & Hervé Bentata. *Quels traitements pour l'effraction traumatique ?* (p. 155-168). In Press.
- Roussillon, R. (2015). Pour une métapsychologie de la créativité chez D.W. Winnicott. *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, 5, 159-180. <https://doi.org/10.3917/jpe.010.0159>
- Rubenfeld, M.-G. & Scheffer, B.-K. (1999), *Raisonnement critique en soins infirmiers*. De Boeck.
- Ruszniewski, M. (1995). *Face à la maladie grave : Patients, familles, soignants*. Dunod.
- Ruszniewski, M., & Rabier, G. (2015). *L'annonce. Dire la maladie*. Dunod.
- Ruszniewski, M., & Bouleuc, C. (2012). L'annonce d'une mauvaise nouvelle médicale épreuve pour le malade, défi pour le médecin. *Laennec*, 60(2), 24-37. <https://doi.org/10.3917/lae.122.0024>
- Saada, D., & Soliveres, A. (1997/1998). La surimplication. *Les cahiers de l'implication*, 1.
- Saint-Martin (de), C., Pilotti, A., & Valentim, S. (2014). La réflexivité chez le Doctorant-Praticien-Chercheur. Une situation de Liminalité. Implication et réflexivité – II. Tenir une double posture. *Interrogations*, (19). <http://www.revue-interrogations.org/La-reflexivite-chez-le-Doctorant>
- Sainsaulieu, R. (1988), Stratégies d'entreprise et communautés sociales de production, *Revue économique*, 39(1).
- Saliba, J., Bon-Saliba, B., & Ouvry-Vial B. (1993). *Ni nonnes, ni bonnes*. Syros.
- Salmona, M. (2013). *Le livre noir des violences sexuelles*. Dunod.
- Salmona, M. (2020). Pour en finir avec le déni et la culture du viol en 12 points. Mémoire traumatique. Récupéré le 12 juillet 2020 de [https://www.memoiretraumatique.org/assets/files/v1/Articles-Dr-MSalmona/Pour en finir avec le déni et la culture du viol-reactualise2020.pdf](https://www.memoiretraumatique.org/assets/files/v1/Articles-Dr-MSalmona/Pour%20en%20finir%20avec%20le%20deni%20et%20la%20culture%20du%20viol-reactualise2020.pdf)
- Sandrin-Berton, B. (2009). Éducation thérapeutique du patient : de quoi s'agit-il ? *Adsp*, 66.
- Santucci, A. (2001) Esprit critique et apprentissage. *Perspective soignante*, 40, 76-86.
- Saout, C. (2009). La crise de confiance dans le système de santé. *Les Tribunes de la santé*, 22, 119-132. <https://doi.org/10.3917/seve.022.0119>
- Savoie, A. (2003). Analyse institutionnelle et recherches socio-historiques : quelle compatibilité ? *L'Homme & la Société*, 147, 133-150. <https://doi.org/10.3917/lhs.147.0133>
- Scallon, G. (2007). *L'évaluation des apprentissages dans une approche par compétences*. De Boeck Université.
- Schachtel, M., & Rebours, A. (1989). *Ras la seringue*. Lamarre-Poinat.
- Schmeltz, T. (novembre, 2017). Le concept de trauma dans l'œuvre freudienne. Séminaire "Trauma-traumatisme : penser l'impensable". Actualités de la psychanalyse à Troyes. <https://www.psychanalyse-troyes.org/textes-des-membres/408-thierry-schmeltz-le-concept-de-trauma-dans-l-oeuvre-freudienne>

Schön, D.-A. (1994). *Le praticien réflexif, à la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel*. Editions Logiques.

Schwartz, O., Paradeise, C., Demazière, C. & Dubar, C. (1999). Analyser les entretiens biographiques. L'exemple des récits d'insertion, *Sociologie du travail*, 41, 453-479.

Sechaud, É. (2009). Le maniement du transfert dans la psychanalyse française. *L'Année psychanalytique internationale*, 2009, 161-181. <https://doi.org/10.3917/lapsy.091.0159>

Sédat, J. (2010). Transmettre ? *Le Coq-héron*, 200(1), 99-102. <https://doi.org/10.3917/cohe.200.0099>

Sibony, D. (1991). *Entre-deux : l'origine en partage*. Le Seuil.

Société Française d'Etudes et de Traitement de la Douleur (2016). Infirmière ressource douleur, référentiel d'activités de consultation clinique infirmière. https://www.sfetd-douleur.org/wp-content/uploads/2019/10/referentiel_activites_consultation_clinique_-_version_finale.pdf

Spinhirny, F. (2019). L'hôpital débordé. *Gestions Hospitalières*, 584, 185-189.

Stinglhamber-Vander Borgh, B. (1994). *Genèse et réalité d'une profession*. De Boeck.

Strauss, A., (1992). *La trame de la négociation*. L'Harmattan.

Tabuteau, D. (2010). Pouvoirs publics et professions de santé. *Les Tribunes de la santé*, 26, 103-121. <https://doi.org/10.3917/seve.026.0103>

Talbot, L. (2008). Les sciences de l'éducation et la formation des acteurs de l'enseignement du premier degré : utilité et visibilité sociale d'une discipline. *Recherches & éducations*, 1, 73-88. <https://doi.org/10.4000/rechercheseducations.442>

Tap, P. (1988). *La société Pygmalion ? Intégration sociale et réalisation de la personne*. Dunod.

Taylor, F.-W. (1912, 1956). *La direction scientifique des entreprises*. Dunod,

Thievenaz, J. (2019). *Enquêter et apprendre au travail. Approcher l'expérience avec John Dewey*. Raison et passions.

Thievenaz, J. (2021, 29 mai). Séminaire O saber da experiência : a interface entre a educação e a saúde. Université de Sao Paulo.

Tilman, F. (2005). L'analyse institutionnelle (I). Fondements. *Le GRAIN*. https://www.legrainasbl.org/index.php?option=com_content&view=article&id=118

Tisseron, S. (2006). De la honte qui tue à la honte qui sauve. *Le Coq-héron*, 184, 18-31. <https://doi.org/10.3917/cohe.184.31>

Tosquelles, F. (1965). Introduction au problème du transfert en psychothérapie institutionnelle. *Revue de psychothérapie institutionnelle*, 1, 9-19.

Toupillier, D., & Yahiel, M. (2011, janvier). *Rapport sur la modernisation de la politique des ressources humaines dans les établissements publics de santé*. Ministère des solidarités et de la santé. <https://solidarites->

[sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport sur la modernisation de la politique des ressources humaines dans les établissements publics de sante.pdf](http://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_sur_la_modernisation_de_la_politique_des_ressources_humaines_dans_les_etablissements_publics_de_sante.pdf)

Tourette-Turgis, C., Thievenaz, J. (2014). L'éducation thérapeutique du patient : champ de pratique et champ de recherche. Note de synthèse. *Savoirs*, 35, 9-48

Tourmen, C. (2014). Usages de la didactique professionnelle en formation : principes et évolutions. *Savoirs*, 36(3), 9-40. <https://doi.org/10.3917/savo.036.0009>

Tréanton, J.-R. (1970). Le sociologue est-il en droit d'ignorer l'histoire ? *Revue française de sociologie*, 11,1, 94-99

Turin, Y. (1989). *Femmes et religieuses au XIXe siècle*. Nouvelle Cité.

Van Gennep, A. (1909, 1981). *Les rites de passage*. Picard.

Varone, F. & Jacob, S. (2004). Institutionnalisation de l'évaluation et nouvelle gestion publique : un état des lieux comparatif. *Revue internationale de politique comparée*, 11(2), 271-292. <https://doi.org/10.3917/ripc.112.0271>

Vermersch, P. (2006). Préface. Dans D. Bois, *Le moi renouvelé*. Point d'appui.

Vial, M. (2000). *Formateur en formation professionnelle ? Entre légalité rationnelle et légitimité relationnelle, pour une dialogie : l'articulation des contraires, une compétence majeure* [Colloque Comité d'entente des formations infirmières et cadres de Santé] Le métier de formateur, aujourd'hui, demain, Saint-Malo. [http://www.michelvial.com/boite_96_00/2000-Formateur en formation professionnelle.pdf](http://www.michelvial.com/boite_96_00/2000-Formateur_en_formation_professionnelle.pdf)

Vigil-Ripoche, M. (2011). Marie-Françoise Collière – 1930 – 2005. Une infirmière, Une historienne, Une auteure, Une pédagogue, Une conceptrice des soins, et... Une femme. *Recherche en soins infirmiers*, (107), pp. 7-22. <https://doi.org/10.3917/rsi.107.0007>

Ville, P. (1978). *Analyseur et dérangement : théorie et pratique de la socianalyse* [Thèse de doctorat de 3e cycle en Sciences de l'Éducation, Université Paris 8].

Vincent, G. (2005). Les réformes hospitalières. *Revue française d'administration publique*, 113(1), 49-63. <https://doi.org/10.3917/rfap.113.0049>

Vinsonneau, G. (2016). Socialisation et identité. Dans : Catherine Halpern, *Identité(s) : L'individu, le groupe, la société* (p. 51-56). Éditions Sciences Humaines. <https://doi.org/10.3917/sh.halpe.2016.01.0051>

Wajcman, G. (2004). *Fenêtre, Chronique du regard et de l'intime*. Éditions Verdier.

Weigand, G. & Hess, R. (2007). *La relation pédagogique*. Anthropos.

Widlöcher, D. (2013). Empathie et co-pensée. *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, 2(2), 39-44. <https://doi.org/10.3917/jpe.006.0039>

Wietrich, L. & Régnier, J. (2005). L'initiation à la recherche en soins infirmiers : Outil de construction de l'identité professionnelle infirmière. *Recherche en soins infirmiers*, 80(1), 87-103. <https://doi.org/10.3917/rsi.080.0087>

Winnicott, D.-W. (1971) : *Jeu et réalité, l'espace potentiel*. Gallimard.

Winnicott, D.-W. (1975). *Jeu et réalité ; l'espace potentiel*. Gallimard.

Winnicott, D.-W. (2000). *La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques*. Gallimard.

Wittorski, R. (2012). La professionnalisation de l'offre de formation universitaire : quelques spécificités. *Revue internationale de pédagogie de l'enseignement supérieur*, 28(1). <file:///C:/Users/Cath/Downloads/ripes-580.pdf>

Yelnik, C. (2005). Entretien clinique en recherche en sciences de l'éducation. *Recherche et formation*, 50, 133-146. <https://doi.org/10.3406/refor.2005.2107>

Yerly, G., & Kappeler, G. (2015). Les prémices d'une recherche collaborative : analyse de deux enjeux majeurs de la phase de cosituation. *Journal international de Recherche en Education et Formation*, 1(2), 67-83. <http://hdl.handle.net/20.500.12162/1951>

Ymonet, M. (1984). Les héritiers du Capital. *Actes de la recherche en sciences sociales*. 55, 3-14.

Zay, D. (1994). *La formation des enseignants au partenariat : une réponse à la demande sociale ?* Presses Universitaires de France.

Zarca, B. (2009). L'ethos professionnel des mathématiciens. *Revue française de sociologie*, 50, 351-384. <https://doi.org/10.3917/rfs.502.0351>

Zaoui, É. (2004). Pratique clinique infirmière : opportunité d'une analyse. *Laennec*, 52(3), 29-38. <https://doi.org/10.3917/lae.043.0029>

Zeitler, A. & Barbier, J. (2012). La notion d'expérience, entre langage savant et langage ordinaire. *Recherche & formation*, 70, 107-118. <https://doi.org/10.4000/rechercheformation.1885>

Sommaire des annexes

De l'annexe n°1 à n°4 : les pièces présentées suivants sont tous issus des ANNEXES de l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier. Devant la quantité de pages de ces textes, j'ai fait le choix de présenter quelques extraits représentatifs de l'organisation des référentiels.

1. **Annexe n°1 (p.368) :** il s'agit d'un extrait du référentiel d'activités (ANNEXE I : pp. 258 à 265 de l'arrêté). Le document présenté regroupe les définitions actuelles de l'infirmière, du métier et des soins infirmiers. Puis l'ensemble des activités pour lesquelles les infirmiers et les infirmières sont soumis au respect des règles professionnelles. Elles sont répertoriées en 9 sous-groupes, chaque sous-groupe détaillant l'intégralité des activités s'y référant. Seul l'exemple du regroupement « *Observation et recueil de données cliniques* » est présenté.
2. **Annexe n°2 (p.370) :** il s'agit d'un extrait du référentiel de compétences (ANNEXE II : pp. 266 à 274 de l'arrêté). Le document présenté propose une définition de la compétence, puis les 10 compétences nécessaires à l'obtention du diplôme d'Etat infirmier, et une seule compétence sera présentée et rédigée en termes de capacités devant être maîtrisées par les professionnels. Puis seront présentés sous forme de tableau les éléments utiles à son évaluation (critères d'évaluation et les indicateurs). Toutes les compétences sont présentées sous la même déclinaison.
3. **Annexe n°3 (p.372) :** il s'agit d'un extrait du référentiel de formation (ANNEXE III : pp. 275 à 284 de l'arrêté). Le document présenté énonce les finalités de la formation, les principes pédagogiques, la déclinaison de la posture pédagogique, les principes d'évaluation et de validation. Les modalités pédagogiques y sont regroupées sous les intitulés « *formation théorique* » et « *formation clinique en stage* ». Concernant le stage, ses objectifs et ses différents acteurs (rôles et missions) sont proposés.
4. **Annexe n°4 (p.376) :** il s'agit d'un extrait de la présentation des unités d'enseignement (ANNEXE V : pp. 289 à 343 de l'arrêté). Le document proposé recense pour une unité d'enseignement le nombre d'heures (CM, TD), les prérequis nécessaires au suivi de cette UE, ses objectifs et ses éléments de contenus. Des recommandations pédagogiques sont faites et principalement en ce qui concerne les modalités et critères d'évaluation. Les 59 UE sont présentées sous la même configuration.
5. **Annexe n°5 (p.377) :** il s'agit de quelques feuillets extraits du portfolio (Arrêté du 26 septembre 2014 modifiant l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier) : la page de garde, le sommaire afin de se représenter l'intégralité du livret, et les pages utilisées pour l'évaluation des compétences en stage, que l'étudiant doit remplir en collaboration avec son tuteur de stage. Cette illustration permet de se rendre compte de « l'usine à gaz » décrite par les tuteurs à qui il est demandé de « croquer les cases » comme ils l'expriment lors des formations-interventions.
6. **Annexe n°6 (p.380) :** il s'agit du verbatim de l'intégralité de l'entretien individuel (premier formateur).
7. **Annexe n°7 (p.395) :** les séances de recherche collaboratives ont duré entre 2 heures 30 et 3 heures, ce qui représente l'équivalent de 65 à 80 pages par verbatim. J'ai fait le choix de présenter des extraits représentatifs des exemples proposés dans mes résultats. Pour cela, j'ai proposé le tri effectué et commenté le 2 janvier 2002 du verbatim de la séance RC n°4, qui regroupe de nombreux exemples concernant les débats qui opposent les formateurs expérimentés et les novices, et des récits anecdotiques de leur arrivée en formation.

Annexe n°1 :
extrait du
référentiel
d'activités

ANNEXE I

DIPLÔME D'ÉTAT D'INFIRMIER

Référentiel d'activités

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

L'infirmier ou l'infirmière « donne habituellement des soins infirmiers sur prescription ou conseil médical, ou en application du rôle propre qui lui est dévolu.

L'infirmier ou l'infirmière participe à différentes actions, notamment en matière de prévention, d'éducation à la santé et de formation ou d'encadrement. » Art. L. 4311-1 du CSP.

« L'exercice de la profession d'infirmier ou d'infirmière comporte l'analyse, l'organisation, la réalisation de soins infirmiers et leur évaluation, la contribution au recueil de données cliniques et épidémiologiques et la participation à des actions de prévention, de dépistage, de formation et d'éducation à la santé.

Dans l'ensemble de ces activités, les infirmiers et les infirmières sont soumis au respect des règles professionnelles, et notamment du secret professionnel.

Ils exercent leur activité en relation avec les autres professionnels du secteur de la santé, du secteur social et médico-social et du secteur éducatif. » Art. R. 4311-1 du CSP.

« Les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs, intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade. Ils sont réalisés en tenant compte de l'évolution des sciences et des techniques. Ils ont pour objet, dans le respect des droits de la personne, dans le souci de son éducation à la santé et en tenant compte de la personnalité de celle-ci dans ses composantes physiologique, psychologique, économique, sociale et culturelle :

1. De protéger, maintenir, restaurer et promouvoir la santé physique et mentale des personnes ou l'autonomie de leurs fonctions vitales physiques et psychiques en vue de favoriser leur maintien, leur insertion ou leur réinsertion dans leur cadre de vie familial ou social ;

2. De concourir à la mise en place de méthodes et au recueil des informations utiles aux autres professionnels, et notamment aux médecins pour poser leur diagnostic et évaluer l'effet de leurs prescriptions ;

3. De participer à l'évaluation du degré de dépendance des personnes ;

4. De contribuer à la mise en œuvre des traitements en participant à la surveillance clinique et à l'application des prescriptions médicales contenues, le cas échéant, dans des protocoles établis à l'initiative du ou des médecins prescripteurs ;

5. De participer à la prévention, à l'évaluation et au soulagement de la douleur et de la détresse physique et psychique des personnes, particulièrement en fin de vie au moyen des soins palliatifs, et d'accompagner, en tant que de besoin, leur entourage. » Art. R. 4311-2.

« Relèvent du rôle propre de l'infirmier les soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes.

Dans ce cadre, l'infirmier a compétence pour prendre les initiatives et accomplir les soins qu'il juge nécessaires conformément aux dispositions des articles R. 4311-5 et R. 4311-6. Il identifie les besoins de la personne, pose un diagnostic infirmier, formule des objectifs de soins, met en œuvre les actions appropriées et les évalue. Il peut élaborer, avec la participation des membres de l'équipe soignante, des protocoles de soins infirmiers relevant de son initiative. Il est chargé de la conception, de l'utilisation et de la gestion du dossier de soins infirmiers. » Art. R. 4311-3

L'infirmier exerce son métier dans le respect des articles R. 4311-1 à R. 4311-15 et R. 4312-1 à R. 4312-49 du code de la santé publique.

Définition du métier

Evaluer l'état de santé d'une personne et analyser les situations de soins ; concevoir et définir des projets de soins personnalisés ; planifier des soins, les prodiguer et les évaluer ; mettre en œuvre des traitements.

Les infirmiers dispensent des soins de nature préventive, curative ou palliative, visant à promouvoir, maintenir et restaurer la santé, ils contribuent à l'éducation à la santé et à l'accompagnement des personnes ou des groupes dans leur parcours de soins en lien avec leur projet de vie. Les infirmiers interviennent dans le cadre d'une équipe pluriprofessionnelle, dans des structures et à domicile, de manière autonome et en collaboration.

Activités

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

Activités détaillées (1)

1. Observation et recueil de données cliniques

Observation de l'état de santé d'une personne ou d'un groupe :

- examen clinique de la personne dans le cadre de la surveillance et de la planification des soins ;
- observation de l'apparence générale de la personne (hygiène, contact visuel, expression...);
- observation du niveau de conscience ;
- observation de signes pathologiques et de symptômes ;
- lecture de résultats d'examens.

Observation du comportement relationnel et social de la personne :

- observation du comportement sur les plans psychologique et affectif ;
- observation des modes de vie des personnes sur les plans sociologique et culturel ;
- observation de la dynamique d'un groupe ;
- observation des réactions face à un événement de la vie, à la maladie, à l'accident, ou à un problème de santé ;
- observation des interactions sociales ;
- observation des capacités de verbalisation ;
- observation du niveau d'inquiétude ou d'angoisse.

Mesure des paramètres :

- mesure des paramètres vitaux : pression artérielle... ;
- mesure des paramètres corporels : poids, taille, etc. ;
- mesure des paramètres complémentaires : saturation en oxygène...

Mesure du degré d'autonomie ou de la dépendance de la personne ;

- dans les activités de la vie quotidienne ;
- dans les activités plus complexes.

Mesure de la douleur :

- sur les plans quantitatif (échelles de mesure) et qualitatif (nature de la douleur, localisation...);
- mesure du retentissement de la douleur sur les activités de la vie quotidienne.

Recueil de données portant sur la connaissance de la personne ou du groupe :

- ressources et besoins de la personne ou du groupe ;
- informations concernant l'environnement, le contexte de vie sociale et familiale de la personne, ses ressources, ses projets ;
- histoire de vie et représentation de la maladie, récit des événements de santé ;
- degré de satisfaction de la personne quant à sa vie sociale, professionnelle, personnelle ;
- projets de la personne ;
- recueil des facteurs de risque dans une situation de soins ;
- recueil de l'expression de la personne pendant la réalisation des soins.

Recueil de données épidémiologiques :

- élaboration et exploitation de recueils de données par questionnaires d'enquête ;
- rassemblement d'informations à partir de bases de données démographiques, épidémiologiques ou de santé ;
- recueil de données statistiques visant des populations ciblées.

**Chacun des 9 regroupements
d'activités est détaillé de cette façon.**

Annexe n° 2 :
extrait du
référentiel de
compétences

ANNEXE II

DIPLÔME D'ÉTAT D'INFIRMIER
RÉFÉRENTIEL DE COMPÉTENCES

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

Compétences

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

COMPÉTENCES DÉTAILLÉES

Compétence 1

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

1. Evaluer les besoins de santé et les attentes d'une personne ou d'un groupe de personnes en utilisant un raisonnement clinique ;
2. Rechercher et sélectionner les informations utiles à la prise en charge de la personne dans le respect des droits du patient (dossier, outils de soins...);
3. Identifier les signes et symptômes liés à la pathologie, à l'état de santé de la personne et à leur évolution ;
4. Conduire un entretien de recueil de données ;
5. Repérer les ressources et les potentialités d'une personne ou d'un groupe, notamment dans la prise en charge de sa santé ;
6. Analyser une situation de santé et de soins et poser des hypothèses interprétatives ;
7. Elaborer un diagnostic de situation clinique et/ou un diagnostic infirmier à partir des réactions aux problèmes de santé d'une personne, d'un groupe ou d'une collectivité et identifier les interventions infirmières nécessaires ;
8. Evaluer les risques dans une situation d'urgence, de violence, de maltraitance ou d'aggravation et déterminer les mesures prioritaires.

CRITÈRES D'ÉVALUATION : Qu'est-ce qui permet de dire que la compétence est maîtrisée ? Que veut-on vérifier ?	INDICATEURS : Quels signes visibles peut-on observer ? Quels signes apportent de bonnes indications ?
1. Pertinence des informations recherchées au regard d'une situation donnée.	Plusieurs sources d'information sont utilisées (personnes, dossiers, outils de transmission...); Tous les éléments d'information pertinents sont recherchés dans le dossier ou les documents et auprès du patient, de la famille, de l'entourage ou du groupe; Les informations utilisées sont mises à jour et fiables ; Des explications sont données sur le choix des informations sélectionnées au regard d'une situation donnée, la sélection est pertinente.
2. Cohérence des informations recueillies et sélectionnées avec la situation de la personne ou du groupe.	Les informations recueillies sont en adéquation avec les besoins de la personne ; Le recueil des informations (entretien, observation, échanges avec la famille...) est réalisé dans le respect de la déontologie et des règles professionnelles ; Les informations sélectionnées sont prioritaires.

CRITÈRES D'ÉVALUATION : Qu'est-ce qui permet de dire que la compétence est maîtrisée ? Que veut-on vérifier ?	INDICATEURS : Quels signes visibles peut-on observer ? Quels signes apportent de bonnes indications ?
3. Pertinence du diagnostic de situation clinique posé.	Le diagnostic de situation et/ou le diagnostic infirmier s'appuie sur une analyse pertinente des différentes informations et sur la mise en relation de l'ensemble des éléments recueillis ; La situation de santé est analysée de manière multidimensionnelle ; Les signes d'urgence ou de détresse, de décompensation d'une pathologie ou d'un dysfonctionnement sont repérés ; Le lien entre les éléments recueillis est expliqué ; Le raisonnement clinique utilisé et la démarche d'analyse des informations sont expliqués ; Les connaissances utilisées sont précisées.

***Chacune des 10 compétences est
déclinée de cette façon.***

Annexe n° 3 : extrait du référentiel de formation

ANNEXE III

LE RÉFÉRENTIEL DE FORMATION

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.

(...)

Répartition des 180 crédits européens

- 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 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.

(...)

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 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.

(...)

Annexe n° 4 : présentation des UE

Annexe V

1. SCIENCES HUMAINES SOCIALES ET DROIT

Unité d'enseignement 1.1.S1 : Psychologie, sociologie, anthropologie		
Semestre : 1		Compétence : 6
CM : 40 heures	TD : 15 heures	TP : 20 heures
ECTS : 3		
Pré-requis		
Aucun		
Objectifs		
<p>Caractériser les principaux concepts en psychologie, psychologie sociale, Identifier les étapes du développement psychologique, cognitif, psychomoteur de l'homme, Expliciter le caractère unique de l'expérience de santé vécue par une personne, Identifier les caractéristiques psychologiques pouvant influencer la représentation de la santé et de la maladie chez une personne ou un groupe de personnes, et la participation aux soins.</p>		
Éléments de contenu		
<p>Les grands domaines de la psychologie : psychologie cognitive, psychopathologie, psychologie sociale, psychologie de l'enfant et du développement, psychophysiologie, ... Les concepts de base en psychologie cognitive : traitement de l'information, mémoire, attention, représentation mentale, raisonnement, émotions théories et principes de la communication (modes, circuits, canaux, réseaux,...) Les concepts de base en psychologie analytique : conscient, pré-conscient et inconscient, moi, ça, surmoi, pulsion, mécanismes de défense, types de relation d'objet, intuition, affects et sentiments, types d'angoisse, attachement, désir, parole, besoin, motivation,...</p> <p>Le développement de la personne et de la personnalité : psychologique, affectif, psychomoteur, cognitif, langagier, psychosocial, l'inné et l'acquis, le normal et le pathologique,...</p> <p>Les concepts en psychologie sociale : l'homme social, le lien social, l'affiliation, l'attachement, la parentalité, la socialisation, l'identité sociale,....</p> <p>Psychologie et santé : approche psychosomatique, schéma et image corporels, qualité de vie, souffrance psychique, mécanismes d'adaptation et de défense, résilience, vulnérabilité, ...</p>		
<p>Recommandations pédagogiques :</p> <p>L'enseignement de cette UE donne à l'étudiant des cadres théoriques et des points de repères qui lui permettent de relier ses propres observations et interrogations à des savoirs organisés.</p> <p>La formation peut prendre appui sur des études de situations, des travaux sur les représentations, les concepts et leurs attributs, des récits de vie, des analyses d'articles, de livres, etc....</p> <p>Les concepts et connaissances seront repris et utilisés dans les unités d'intégration et dans l'ensemble des travaux postérieurs à cet enseignement.</p>	<p>Modalités d'évaluation</p> <p>Travail écrit à partir d'un texte avec repérage des concepts utilisés par l'auteur.</p> <p>Critères d'évaluation</p> <p>Justesse dans le repérage des concepts.</p>	
<p>Chacune des 59 unités d'enseignement se présente sous la même déclinaison.</p>		

Portfolio de l'étudiant :

Objectifs	page 3
Mon parcours de stage :	page 4
- Tableau récapitulatif des stages	
- Fiches par stage (objectifs de stage/ analyse de situation/ bilan intermédiaire)	pages 5 à 7
Mon parcours : acquisition des compétences	pages 8 à 10
Fiche synthèse de l'acquisition des compétences en stage	pages 11 et 12
Mon parcours : activités de soins	pages 13 à 15
Fiche synthèse des activités réalisées	page 16

Guide d'utilisation du portfolio

Rappel du dispositif de formation	page 18
Le métier, les compétences, le diplôme	pages 19 et 20
Le rôle des acteurs	page 21
Récapitulatif des Unités d'enseignement par semestre	pages 22 à 24

Annexe 1 : Référentiel d'activités

Annexe 2 : Référentiel de compétences

Mon parcours : acquisition des compétences

A remplir par l'étudiant au cours de l'entretien avec le tuteur de stage

Vous cochez le niveau d'acquisition par critère. Les indicateurs présentés en annexe « référentiel de compétences » précisent à partir de quels éléments le critère peut être validé.

Stage n° Lieu :

Dates :

A améliorer = en cours d'acquisition

Acquis = au juste niveau du diplôme et en regard du stage

Non mobilisé = non vu, non pratiqué au cours du stage

Compétence 1 – évaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le domaine infirmier	Bilan intermédiaire			Bilan final				Commentaire
	Non mobilisé	A améliorer	Acquis	Non mobilisé	Non acquis	A améliorer	Acquis	
Pertinence des informations recherchées au regard d'une situation donnée	Non mobilisé	A améliorer	Acquis	Non mobilisé	Non acquis	A améliorer	Acquis	
Cohérence des informations recueillies et sélectionnées avec la situation de la personne ou du groupe	Non mobilisé	A améliorer	Acquis	Non mobilisé	Non acquis	A améliorer	Acquis	
Pertinence du diagnostic de situation clinique posé	Non mobilisé	A améliorer	Acquis	Non mobilisé	Non acquis	A améliorer	Acquis	
Compétence 2 – Concevoir et conduire un projet de soins infirmier	Bilan intermédiaire			Bilan final				Commentaire
Pertinence du contenu du projet et de la planification en soins infirmiers	Non mobilisé	A améliorer	Acquis	Non mobilisé	Non acquis	A améliorer	Acquis	
	Justesse dans la recherche de participation et de consentement du patient au projet de soins	Non mobilisé	A améliorer	Acquis	Non mobilisé	Non acquis	A améliorer	Acquis
Pertinence et cohérence dans les modalités de réalisation du soin	Non mobilisé	A améliorer	Acquis	Non mobilisé	Non acquis	A améliorer	Acquis	
Pertinence des réactions en situation d'urgence	Non mobilisé	A améliorer	Acquis	Non mobilisé	Non acquis	A améliorer	Acquis	
Rigueur et cohérence dans l'organisation et la répartition des soins	Non mobilisé	A améliorer	Acquis	Non mobilisé	Non acquis	A améliorer	Acquis	
Compétence 3 – Accompagner une personne dans la réalisation de ses soins quotidiens	Bilan intermédiaire			Bilan final				Commentaire
Adéquation des activités proposées avec les besoins et les souhaits de la personne	Non mobilisé	A améliorer	Acquis	Non mobilisé	Non acquis	A améliorer	Acquis	
	Cohérence des modalités de réalisation des soins avec les règles de bonnes pratiques	Non mobilisé	A améliorer	Acquis	Non mobilisé	Non acquis	A améliorer	Acquis
Pertinence dans l'identification des risques et adéquation des mesures de prévention	Non mobilisé	A améliorer	Acquis	Non mobilisé	Non acquis	A améliorer	Acquis	

	Stage 1			Stage 2			Stage 3			Stage 4			Stage 5			Stage 6			Stage 7			
	Heures effectuées : Dates :.... Form. référent :...			Heures effectuées : Dates : Form. référent :			Heures effectuées : Dates : Form. référent :			Heures effectuées : Dates : Form. référent :			Heures effectuées : Dates : Form. référent :			Heures effectuées : Dates : Form. référent :			Heures effectuées : Dates : Form. référent :			
	NM	NA	A	NM	NA	A	NM	NA	A	NM	NA	A	NM	NA	A	NM	NA	A	NM	NA	A	
Compétence 5 – Initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs																						
Pertinence de la séquence éducative																						
Pertinence dans la mise en œuvre des soins éducatifs et préventifs																						
Pertinence de la démarche de promotion de la santé																						
Compétence 6 – Communiquer et conduire une relation dans un contexte de soin																						
Pertinence de l'analyse de la situation relationnelle																						
Cohérence dans la mise en œuvre d'une communication adaptée aux personnes soignées et leur entourage																						
Justesse dans la recherche de consentement du patient																						
Compétence 7 – Analyser la qualité et améliorer sa pratique professionnelle																						
Pertinence de l'analyse dans l'utilisation du protocole pour une situation donnée																						
Pertinence dans l'application des règles : de qualité, sécurité, ergonomie ; de traçabilité ; liées aux circuits d'entrée, de sortie et de stockage du linge, des matériels et des déchets:																						
Conformité de la désinfection, du nettoyage, du conditionnement et de la Stérilisation																						
Complétude dans la vérification de la fonctionnalité des matériels, produits et dispositifs utilisés																						
Pertinence dans la démarche d'analyse critique d'une situation de travail																						
Compétence 8 – Rechercher et traiter des données professionnelles et scientifiques																						
Pertinence des données recherchées au regard d'une problématique posée																						
Pertinence dans la qualité du questionnement professionnel																						
Compétence 9 – Organiser et coordonner les interventions soignantes																						
Pertinence dans l'identification et la prise en compte du champ d'intervention des différents acteurs																						
Cohérence dans la continuité des soins																						
Fiabilité et pertinence des informations transmises																						
Compétence 10 – Informer, former des professionnels et des personnes en formation																						
Qualité de l'organisation de la collaboration avec un aide-soignant																						
Qualité de l'accueil et de la transmission de savoir-faire à un stagiaire																						

NM : non mobilisé = non vu, non pratiqué au cours du stage

A : acquis = au juste niveau du diplôme et en regard du stage

NA : non acquis

Annexe n° 6 :
entretien
formateur n° 1

Verbatim 1

Me EF1, 54 ans.

Arrivée dans la formation infirmière en 2005.

12 années d'expérience

CA : Alors, donc racontez-moi comment vous êtes arrivé à la formation en soins infirmiers ?

EEF2 : C'était un projet que j'avais depuis longtemps et comme la maison de retraite que je gérais fermait pour raisons budgétaires...

(Sommes dérangées, le hiérarchique frappe à la porte, entre et dit un certain nombre d'informations, puis repart. EF reprend le cours de l'entretien à l'endroit où elle l'avait laissé)

EEF2 : Oui comme la maison de retraite fermées pour raisons budgétaires.

CA : Ça l'inquiète [*le hiérarchique*] de savoir ce qu'il se dit là ?

EEF2 : Oui bah... il s'inquiète !

(Mimique et gestes laissant penser à de la banalisation, et reprends son discours).

EEF2 : Et bah du coup j'ai postulé ici, et puis voilà je suis arrivée à la formation plus vite que prévu peut-être mais c'était déjà un projet réfléchi depuis longtemps.

CA : D'accord, vous étiez, vous êtes diplômée de quand ?

EEF2 : 1989

CA : et vous êtes arrivée à l'IFSI en... ?

EEF2 : Deux mille euh, premier janvier 2002, 2 janvier 2002 exactement

CA : D'accord, d'accord, alors... que pouvez-vous me dire de l'arrivée du référentiel 2009 ?

EF2 : L'arrivée en elle-même ou comment ça se gère au quotidien ?

Commenté [C1]: Demande de reformulation

CA : Alors... ce que vous avez envie de dire dans un premier temps et éventuellement après je (*me coupe la parole pour répondre*)

EEF2 : Alors quand on nous a annoncé le référentiel pourquoi pas ! On disait que ça serait pas mal que les étudiants sachent non seulement pratiquer mais aussi réfléchir, donc c'était plutôt pas mal... Ça s'est fait précipitamment car on a eu le référentiel au dernier moment le temps de mettre tout en place, c'était un peu la panique au départ, la pagaille et il fallait faire face, donc la première promo a certainement essuyé les plâtres. L'avantage qu'on a, c'est de rentrer... donc on a vite été dans le bain pour réajuster tout ça. Avec le recul, bah je me dis que non seulement ils ne savent pas pratiquer... ils ne savent pas réfléchir

Commenté [C2]: Pas mal

Commenté [C3]: Précipitation

Commenté [C4]: Panique

Commenté [C5]: Essuyer les plâtres

Commenté [C6]: Avec le recul => déception +++

CA : Ah ! D'accord, vous pouvez aller un petit peu plus loin dans ce que vous entendez par là s'il vous plaît ?

EEF2 : Les stages durent très longtemps. Ces stages... on dépend de 360 structures environnantes, il y a beaucoup de gériatrie. C'est des structures où il y a peu d'encadrement, y'en a seulement qui font les toilettes et qui sont gentilles, et le stage est validé, validé au niveau compétences. En psychiatrie, j'ai des étudiants S1 [semestre 1] qui valident toutes les compétences y compris actes et activités : transfusions, sondes nasogastriques, trachéotomie [sous-entendant que ces soins n'existent pas dans ces structures] ça me questionne sur l'encadrement, comment les personnes ont compris comment lire sur le portfolio ... donc les étudiants bah... ils valident des choses, ils sont contents mais ils se rendent pas compte que c'est aussi ce qui leur permet d'avancer, de se professionnaliser, et pour réfléchir bah... je crois que, bah c'est certainement notre faute, nous les formateurs hein. On ne va peut-être pas généraliser toutes les écoles mais au moins chez nous.

Commenté [C7]: Discours sur le stage, emploi d'un vocabulaire particulier « gentille » pour parler de soins de toilettes « faciles »

Commenté [C8]: Comment les professionnels de terrain comprennent le référentiel !

Commenté [C9]: Dévalorisation du formateur

CA : ça veut dire quoi selon vous ?

EEF2 : On ne va pas au bout des choses, on n'a pas le temps. On est le nez dans le guidon en permanence et euh... c'est comme les travaux de groupe bah... ils en ont plus que marre au bout d'un moment, et ils en ont marre de réfléchir, ils en ont marre de se poser des questions, on leur demande... ils ont l'impression qu'on leur en demande trop, alors qu'au final je n'ai pas l'impression qu'on leur en demande tant que ça ici !

Commenté [C10]: Dévalorisation du formateur

Commenté [C11]: Expression particulière

Commenté [C12]: Discours sur les ESI

CA : Alors du coup, y'a des choses qui ont changé à l'arrivée du référentiel 2009 ? Qu'est ce qui a vraiment changé ?

EEF2 : Maintenant ils sont beaucoup plus souvent en groupe. C'est beaucoup de travaux de groupe et ils saturent très vite.

Commenté [C13]: Changement

CA : D'accord

EEF2 : Donc, ça doit être aussi de notre faute... de pas savoir lancer les travaux de groupe pour qu'ils adhèrent à ce genre de travail. Les étudiants sont plutôt dans l'attente de cours magistraux tous servis tous prêts sur un plateau, alors que là on leur demande de faire des recherches par eux-mêmes, ils ne savent pas faire, les bibliothèques ils ne veulent pas y aller, ils ne connaissent pas ils ont peur ! Donc c'est des recherches par internet qui sont très superficielles !

Commenté [C14]: Dévalorisation du formateur

Commenté [C15]: Sur les ESI

CA : Et la place des formateurs de l'Ifsi en général ?

EEF2 (en riant et mimant la présentation d'une pancarte) : Joker !

Commenté [C16]: JOKER sur la place des formateurs à l'Ifsi

CA : Joker, ah ... bon ! Alors je vais poser la question autrement ! Je côtoie des formateurs et certains formateurs parlent de changement, de répercussion, et d'impact sur la réalité de leur travail au quotidien.

EEF2 : Pour les formateurs ou pour les étudiants ?

CA : Non, pour les formateurs. Moi ce qui m'intéresse c'est le vécu du formateur par rapport à cette arrivée du référentiel

EEF2 : Les formateurs... alors, beaucoup plus d'heures de cours à faire !

Commenté [C17]: Augmentation des heures de cours

CA : Ah oui ?

EEF2 : Ah oui ! Beaucoup, beaucoup plus pour ma part oui j'ai beaucoup plus d'heures qu'avant ; j'en avais déjà pas mal mais alors là maintenant je suis non-stop !

Commenté [C18]: [Non-stop](#)

CA : D'accord

EEF2 : Beaucoup d'heures de cours, qui dit cours dit préparation en plus

CA : D'accord

EEF2 : Accompagnement des étudiants parce qu'on a quand même des étudiants qui ont, sont en grande difficulté et qui comprennent pas tout du premier coup et il faut les accompagner par ce que l'objectif c'est 100% de réussite donc bah ...ça fatigue aussi donc c'est compliqué hein y'en a qui savent à peine lire/écrire, et pour qu'ils aient leur diplôme bah c'est nous qui ramons derrière avec eux !

Commenté [C19]: [Rame](#)

CA : D'accord

EEF2 : Voilà ! Donc beaucoup beaucoup de travail par rapport à ce qu'il y avait avant

Commenté [C20]: [Surcharge de travail](#)

CA : Et ?

EEF2 : Et les difficultés qu'on a aussi c'est les difficultés de faire du lien entre les différentes unités d'enseignement par ce qu'on est référents de ces UE et y'a des UE qui se superposent un petit peu genre la 2-11 et la 4-4 qui sont proches l'une de l'autre et on a du mal qui fait quoi à quel moment les étudiants qu'est-ce qu'ils ont acquis ? C'est compliqué... de faire les liens c'est très compliqué ! Donc comme nous en tant que formateur on a du mal à faire des liens...

Commenté [C21]: [Mise en lien difficile](#)

Commenté [C22]: [Mise en lien compliquée](#)

CA : Oui ?

EEF2 : Ça rend la tâche encore plus difficile pour les étudiants qui n'arrivent pas à faire les liens, puisque nous même on y arrive difficilement donc comment eux qui sont encore dans l'apprentissage peuvent le faire ?

Commenté [C23]: [Homologie formateur/ESI](#)

CA : Donc du coup, ces liens entre unités d'enseignement, y'a pas, enfin vous vous servez pas de, enfin vous avez transposé un certain nombre de choses de l'ancien référentiel, est ce que c'est si différent que ça ou est-ce que la mise en lien ... ?

EEF2 : C'est, c'est assez différent par rapport à ce qui se faisait, j'ai eu vraiment, moi mon sentiment c'est que c'est très morcelé. Je vois moi avant je gérais le module neuro gynéco gériatrie, la gynéco je sais pas à quel moment c'est casé vraiment là. La personne âgée c'est abordé pratiquement tout le temps puisque les personnes âgées sont pluri pathologiques on forcément on les retrouve partout mais la gynéco je vois là sur la promo que j'ai eu avant du nouveau référentiel je leur ai donné en 5-5 un cas sur une toxémie gravidique et aucun étudiant n'en avait jamais entendu parler ! Alors que sur l'ancien référentiel toxémie gravidique en fin de formation ils savaient ce que c'était par ce que dans le module gynéco c'était abordé, certes très rapidement mais là maintenant on en entend plus du tout parler ; je leur ai aussi donné un cas de neuro à traiter en 5-5 c'était un cas de trauma crânien avec hémorragie cérébrale qu'on voit quand même classiquement aux urgences, bon en neuro et ils ne savaient pas c'était quoi une hémorragie cérébrale, les conséquences, la prise en charge d'un patient

Commenté [C24]: [Morcellement](#)

CA : D'accord

EEF2 : Par ce que bah... et j'ai pas trouvé dans quelle UE on aurait pu l'intégrer vraiment

CA : D'accord donc en fait c'est en lien avec ce morcellement d'unités d'enseignement, de contenu

EEF2 : Voilà !

CA : D'accord

EEF2 : **Moi j'irais plus loin je suis même pour le référentiel qu'il y avait avant 92**

Commenté [C25]: Regret

CA : C'est à dire ?

EEF2 : Première année anatomie physiologie, au moins ils connaissent le corps humain, comment il fonctionne et après ils peuvent aborder les pathologies et les prises en charge, et ça aidait à mon sens, je peux me tromper, mais à mon sens ça aidait à davantage à faire les liens

CA : Et c'est pas ce qu'il se passe dans le référentiel actuel. L'anatomie physiologie et après ils passent au processus

EEF2 : Non pas vraiment non

CA : D'accord

EEF2 : Pas vraiment

CA : Bon du coup là si, vous m'arrêtez, je reformule des choses pour voir si je comprends bien ou pas, c'est-à-dire est ce que vous avez été accompagné dans la mise en place du référentiel ou est ce que éventuellement...

EEF2 : **Chacun se débrouille**

Commenté [C26]: Collectif inefficace

CA : Chacun se débrouille !

EEF2 : **Chacun se débrouille le nez dans le guidon**

Commenté [C27]: +++

CA : Et on fait comment pour se débrouiller, ça se, je sais pas comment on vit ce genre d'injonction je sais pas ?

EEF2 : Alors c'est propre je pense à notre ifsi là et les premiers formateurs qui ont géré ce, en septembre 2009 ce nouveau référentiel ont monté les cours à la va-vite au quotidien en accompagnant les étudiants on les a un petit peu aidé mais on avait aussi nos promos ancien référentiel ; la deuxième promo de février qui a suivi on a demandé aux collègues de septembre quels sont les TD et les cours qu'ils ont faits, **ils ont fait copier-coller et ils ont refait la même chose et depuis 2009 on fonctionne pareil**

Commenté [C28]: Copié-collé

CA : Ah !

EEF2 : Les mêmes TD qui servent depuis 2009

CA : D'accord

EEF2 : Mais en même temps c'est vrai, bon.. ; moi je suis pas pour ce fonctionnement-là hein, j'aime bien innover faire des, puis améliorer par ce que bon...**si on veut de la qualité faut pouvoir changer les choses mais c'est vrai qu'on a le nez dans le guidon tout le temps, deux rentrées par an c'est énorme ! On est dans le faire tout le temps, mais faut pas que ça soit non plus une excuse pour pas en faire plus**

Commenté [C29]: Contradiction

CA : Oui mais après

EEF2 : Moi les td c'est vrai que j'essaie de modifier des choses, là dernièrement j'ai remodifié le 5-5 sur la promo après si les collègues veulent prendre bah ils les prennent ça m'est égal voilà je ne travaille pas pour moi toute seule c'est pour l'ifsi mais le risque c'est que ça soit encore les mêmes pendant ...

CA : D'accord... ah oui donc du coup c'est vrai que le morcellement est, par ce qu'en fait il est aussi lié au fait que c'est compliqué d'avoir des liens entre unités d'enseignement mais le travail des formateurs n'est pas toujours aussi évoqué ensemble

EEF2 : Oui, non c'est chacun dans son coin

Commenté [C30]: Collectif 0

CA : D'accord, et euh, alors en fait moi à vrai dire sur la sidération en formation infirmière, c'est-à-dire, enfin je sais pas est ce que vous avez, vous est ce que ce mot vous parle ?

EEF2 : Il est fort !

Commenté [C31]: A l'évocation du mot sidération

CA : Il est fort ?

EEF2 : Ouais, ouais ! Il est fort !

CA : Par ce qu'en fait j'ai vu des personnes vraiment empêchées de penser dans ce référentiel c'est-à-dire une difficulté à même, enfin, à avoir la tête complètement embrouillée, saturée par une multitude d'informations et du coup avoir quelques difficultés ...

EEF2 : Après pas jusque-là quand même

CA : D'accord !

EEF2 : C'est vraiment par ce qu'il y a beaucoup de travail et qu'on est tout le temps dans le faire qu'on n' a pas le temps de se poser

CA : D'accord c'est le faire qui empêche le...

EEF2 : Mais dès qu'on peut se poser bah je suis avec Irène au groupe et c'est vrai qu'on peut se poser dans le groupe avec Martin bah on apprécie

CA : Ah !

EEF2 : C'est le temps où on peut se poser, réfléchir, échanger et enfin

CA : D'accord donc vous vous avez trouvé une...

EEF2 (me coupe la parole) : Une échappatoire

Commenté [C32]: Stratégie d'adaptation personnelle

CA : L'échappatoire oui !

EEF2 : C'est ce qui permet de se poser, réfléchir par ce que quand on est dans le faire on a l'impression de faire bien on essaie toujours de faire au mieux et puis on final on s'aperçoit que ce qu'on fait, bah en le faisant différemment ça serait encore mieux

CA : D'accord

EEF2 : Mais il faut prendre le temps de se poser ! Et on n'a pas le temps de se poser trop quoi

Commenté [C33]: « Pas le temps de se poser »

CA : D'accord... et si je parle de posture, c'est-à-dire est ce que vous avez l'impression que dans votre manière d'être formateur en soins infirmiers le référentiel a eu un impact ?

EEF2 : C'est propre à notre école aussi, puisqu'on a une volonté de la hiérarchie, tout le monde doit avoir, le maximum doit avoir son diplôme, donc le formateur n'a aucune crédibilité

CA : Je comprends pas bien là ? Excusez-moi si ...

EEF2 : Joker !

Commenté [C34]: 2^{ème} joker

CA : Vous me dites que ce que vous avez envie de dire, il est pas question que...

EEF2 : Non, la crédibilité du formateur est remise en question trop souvent

CA : D'accord

EF2 : Donc ...

CA : C'était existant avant le référentiel ou c'est ?

EF2 : C'était déjà avant

CA : C'était déjà avant, c'est pas quelque chose de... c'est pas une logique qui est arrivée avec,

EEF2 : Non, ce n'est pas récent non non, bah des difficultés effectivement, voila

CA : Ah oui

EEF2 : Pour la posture professionnelle, et on est arrivé chez nous à avoir une évaluation tous les six mois par les étudiants où chaque étudiant de façon anonyme met une note à chaque formateur et met un commentaire sur chaque formateur, donc celui qui est assez carré, moi je suis assez carré, un étudiant il n'arrive pas à 10 heures pour commencer à 9 heures, s'il arrive à dix heures bah il va au secrétariat il demande son mot d'absence et il attend la pause pour entrer

CA : Oui

EEF2 : Euh, un étudiant qui a raté son partiel je ne vais pas lui mettre dix pour pas m'embêter à pas refaire un partiel par ce qu'il y a aussi des fonctionnements comme ça donc du coup quand on passe à l'évaluation, l'étudiant va se dire celle là c'est la peau de vache on ne peut pas être en retard elle nous met des notes en dessous de la moyenne donc je lui mets une sale note aussi

Commenté [C35]: dysfonctionnement

CA : Ah oui c'est des évaluations très subjectives on va dire

EEF2 : Voilà et puis la personne qui accepte par ce qu'elle-même elle arrive à 11 heures pour commencer à 9 heures donc elle accepte les étudiants qui arriveraient à 11 heures par ce que voilà et qui veut pas s'embêter à refaire des rattrapages donc qui valide tout à tout le monde forcément aura une meilleure note

CA : Et cette note des étudiants elle a un impact sur quelque chose enfin à part sur le moral et sur la psychologie de...

EEF2 : Euh bah ça ressort en réunion que telle personne est comme si telle personne est comme ça telle autre personne bah elle est bien vue celle-là elle est ...

CA : Et ça se discute en réunion, c'est-à-dire y'a une argumentation ?

EEF2 : Ça se discute en réunion et ça permet pour l'évaluation annuelle d'avoir des remarques

CA : C'est à dire qu'on se sert de l'évaluation des étudiants pour travailler les évaluations annuelles des formateurs

EEF2 : Voilà on demande aux étudiants d'évaluer les compétences pédagogiques des formateurs

CA : D'accord

EF2 : Donc au niveau de la posture c'est pour ça que c'est compliqué

CA : Ouais, oui oui je l'entends

EF2 : Je pense pas qu'il y ait ça partout

CA : Euh, je crois pas, oui enfin je suis sûre qu'il n'y a pas ça partout

EF2 : Je pense que, pour moi c'est anti pédagogique. Les étudiants se sentent des pouvoirs, on leur fait une évaluation sur le terrain, ils ont une mauvaise note ils vont voir la directrice pour dire que c'est le formateur qui est exigeant j'ai une collègue qui a mis une note à 8 et l'étudiant a été reçu par la directrice, la formatrice a été obligée de lui mettre 11,5 alors que c'est signé et que l'évaluation est faite avec le co-jury soignant

CA : Ah oui je comprends du coup

EF2 : La difficulté de posture ... c'est pour ça que je suis pas sûre que mon entretien soit très exploitable, mais c'est une difficulté qu'on rencontre

CA : Non mais après, oui oui, et ça s'est comment on va dire, ça s'est aggravé... avec le nouveau référentiel ou est ce qu'on est dans la même

EF2 (me coupant la parole) : Avec le nouveau référentiel ? On le voit plus peut être

CA : Ah on le voit plus ?

EF2 : Oui par ce que à la CAC chez nous on fait une CAC avant le jury final donc c'est arrivé à la dernière session de février où y'avait 10 étudiants présentables finalement ils se sont retrouvés à 30 à être présentés jusqu'à 5 UE qui ont été relevées ... ça ils ont leur diplôme

CA : Et du coup, enfin comment je sais pas comment en tant que formateur on arrive à

EF2 : Et bah on prend sur soi, j'ai hésité à partir par ce que bah ça ne va pas dans mes valeurs c'est pas ce que je veux transmettre aux étudiants quoi on est plusieurs comme ça à, voilà on attend le premier septembre qu'il y ait le changement pour voir comment ça va évoluer

CA : D'accord, oui donc du coup c'est personne-dépendante ?

EF2 : Voilà oui parce qu'il y a des collègues qui sont pour bah tout le monde il est gentil tout le monde il est beau... faut qu'il ait son diplôme, on est là pour accompagner les étudiants on est là pour avoir le maximum de diplômés après un étudiant qui pose des soucis en stage et que c'est écrit qu'il a des problèmes de comportement j'accepte pas moi, des collègues non plus mais bon je parle pour moi hein que le rapport soit déchiré en disant ça ne sert à rien d'être les méchants !

CA : D'accord, d'accord, mais ça rend fou ça

EF2 : Oui oui c'est pour ça que y'a des moments c'est compliqué

CA : D'accord

EF2 : Généralement c'est très compliqué par ce que bah forcément quand on dit quelque chose et bah on se fait abattre

CA : Ah bah c'est vrai que du coup je travaille sur la professionnalisation du formateur et du coup enfin c'est très intéressant parce que du coup je me dis c'est... comment on arrive à se construire professionnellement

EF2 : C'est compliqué, c'est compliqué, là on est nombreux, on est plusieurs à attendre le premier septembre pour voir si y'a un changement, si y'a pas de changements on part on a dit on partait on ne peut pas rester à enseigner des valeurs aux étudiants quand en tant que formateur on ne peut pas les respecter, l'équité le respect il est où ? moi c'est ça qui me dérange c'est mes valeurs qui sont mises à mal par une volonté

CA : Oui donc toute la logique du référentiel réflexivité tout ça je veux dire que globalement c'est pas à l'ordre du jour

EF2 : La réflexivité il faudrait déjà que les formateurs soient au clair c'est quoi la réflexivité je crois que c'est déjà un gros point

Commenté [C36]: Réflexivité

CA : Oui sur le principe

EF2 : Pour demander de la réflexivité aux étudiants il faut déjà être au clair même sur c'est quoi la réflexivité et qu'on en fasse un petit peu avant de l'enseigner

Commenté [C37]: Discours à reprendre sur la réflexivité

CA : D'accord, par ce que moi je vois aussi c'est que ce référentiel du coup il a quelques fois chez certains, chez certaines personnes mis en exergue le fait qu'ils pensaient être dans la réflexivité et que tout compte fait par rapport à ce qui est demandé dans le référentiel les choses sont pas si claires que ça et du coup il re... et c'est là que quand ils reviennent sur éventuellement sur ce qu'ils pensaient être la réflexivité c'est quelque chose d'assez...

EF2 : Oui, ça bloque quelque part

CA : ça bloque quelque part ?

EF2 : C'est pour ça que moi je dis qu'il était bien pensé ce référentiel pour changer par ce que c'est bien d'évoluer changer se mettre aussi aux normes européennes puisque on a aussi en Italie ou Portugal on voit le niveau différent hein j'ai été aux colloques à Barcelone, Lisbonne et je sais plus où avec Irène à Marseille quand on voit les italiennes les étudiants qui viennent tout exposer en français et qui sont à l'aise et qui on sent le niveau en tout cas je me dis, moi aussi je vois pas quel étudiant je pourrais emmener donc la réflexivité elle est à deux... y'a un grand écart quoi mais je crois que nous-mêmes on est pas au clair au moins chez nous ici

Commenté [C38]: Réflexivité

CA : D'accord

EF2 : Voilà voilà donc pour moi il était bien pensé mais euh c'est l'utilisation qu'on en fait derrière qui est peut être

Commenté [C39]: pour moi le référentiel était bien pensé mais c'est l'utilisation qu'on en fait derrière qui Qui met en défaut

CA : Bah oui elle

EF2 (me coupant la parole) : Qui met en défaut

CA : Elle est particulière de toute manière elle est différente d'un endroit à l'autre d'un

EF2 (me coupant la parole) : C'est Ifsi-dépendant, on dit diplôme d'Etat mais c'est ISFI dépendant quand je vois les résultats chez nous et les résultats ailleurs je me dis oui y'a pas photo

Commenté [C40]: ifsi-dépendant

CA : Du coup vous avez 100% de réussite ?

EF2 : Au moins à la deuxième session si ce n'est pas à la première la deuxième

CA : D'accord

EF2 : Oui on est un bon ifsi y'a de bons résultats

CA : Et en terme d'employabilité pour les étudiants y'a des retour qui sont faits

EF2 : Euh y'en a beaucoup qui commencent à la vacation ou en intérim par ce qu'ils ne savent pas où aller et comme ils font beaucoup de gériatrie et de SSR gériatrique, ils peuvent pas aller dans les services pointus par ce qu'ils connaissent pas et ça leur fait peur et on a peu de terrains très pointus où c'est les étudiants qui se trouvent eux-mêmes leur stage donc on en a mais euh

CA : Mais une fois diplômés c'est pareil vous avez pas de suivi de ... une fois diplômés vous savez pas ce qu'ils deviennent

EF2 : Non on sait pas on a des nouvelles comme ça mais c'est de façon informelle et y'a rien

CA : D'accord bon

EF2 : On n'a pas eu de plaintes encore pour accident grave donc c'est vrai qu'on tend le dos

CA : D'accord et du coup vous vous, enfin là c'est plus personnel. Vous me répondez que vous avez trouvé cette logique d'espace de réflexion à l'extérieur de votre travail

EF2 : Oui

CA : Et vous parlez de votre travail

EF2 : Oui c'est une réflexion sur les pratiques pédagogiques donc on parle de nos pratiques alors des fois ça permet de voir qu'on est complètement déconnant ou que les difficultés qu'on rencontre, les collègues les ont aussi et ça permet d'échanger les stratégies d'adaptation comment y remédier au problème

CA : D'accord d'accord et le fait éventuellement d'avoir visualisé des choses ou réfléchi des choses à l'extérieur y'a moyen éventuellement après de faire des choses à l'intérieur de

EF2 : C'est plus compliqué puisque quand je vais dans ce groupe on me reproche que je vais dans une secte

Commenté [C41]: comparaison groupe analyse de pratique extérieur = secte

CA : Ah

EF2 : Voila

CA : Le collectif non pas le collectif euh vos collègues de travail ?

EF2 : La hiérarchie

CA : La hiérarchie d'accord

EF2 : Au départ c'était très bien qu'on puisse aller dans ce genre d'atelier par ce que c'était gratuit mais comme ça perdure et que c'est toujours gratuit et que Martin nous offre des

formations gratuites entre autre les formations qui coûtent chères il nous les offre bah forcément c'est une secte !

CA : D'accord

EF2 : Donc du coup cette année j'ai pas pu aller au colloque par ce que j'allais encore dans ma secte

Commenté [C42]: ????

CA : C'est une interdiction ? non pas une interdiction formelle vous avez le droit de poser des jours pour ?

EF2 : Oui j'aurais pu poser des jours mais en même temps avec le travail que j'ai, puis financièrement ça revenait cher

CA : Ah oui donc du coup ça va jusqu'au bout de la chose

EF2 : Ah oui non je n'y suis pas allée là, ça fait quatre ans que j'ai pas eu le droit d'aller à un colloque

CA : D'accord

EF2 : On prend sur soi on s'habitue mais c'est vrai que des fois c'est ras le bol quoi

Commenté [C43]: !!!

CA : On s'habitue ?

EF2 : Oui Irène, elle dit que je suis maso mais... Bah non par ce que quand on parle dans notre groupe ça reste confidentiel on va pas

CA : Bien sûr bien sûr

EF2 : Non non mais c'est vrai que voilà

CA : Et depuis 2009 du coup oui non mais vous m'avez dit je vois pas pourquoi je me répète sur le fait vous attendez le changement de direction

EF2 : On attend le changement au premier septembre pour voir comment ça va évoluer par ce que là on est voilà on fait des choses mais on les fait pas sans réfléchir justement on reproduit bêtement

CA : Mais du coup on reproduit bêtement vous pensez que ça a à voir avec le fait de pas avoir envie de réfléchir de avoir envie de se faciliter la vie c'est lié principalement à quoi pour vous pour pas faire de vagues ?

EF2 : Pour se faciliter la tâche c'est plus confortable de faire ce qui est déjà fait que de faire de créer

Commenté [C44]: Pour se faciliter la tâche

CA : Bah euh je sais pas je sais pas si c'est toujours aussi évident que ça de prendre les choses qui ont été créées par d'autres

EF2 : Faut venir travailler

CA : Oui oui non, mais après j'entends j'entends moi ça me surprend moi j'ai beaucoup de difficultés à

EF2 (me coupant la parole) : Y'a des formateurs qui ont pris le poste de formateur en étant conscient de la charge de travail et y'a des formateurs qui ont pris le poste alors je suis peut-être dans le jugement mais c'est en se disant c'est des horaires de bureau c'est cool cool et

une fois qu'ils sont sur place ah y'a du travail bah donne-moi ton cours donne-moi tes partiels donne-moi ci

CA : Comme des représentations comme beaucoup d'extérieurs à propos du travail des formateurs en ifsi

EF2 : Là on en est arrivé, on est obligé de mettre tous nos cours qu'on a créé en commun par ce qu'il y'a des collègues qui refusent de préparer un cours et qui veulent un truc tout près et moi je ça me gêne pas de refiler mais je me vois pas prendre le cours d'un collègue sans me l'approprier et c'est compliqué de s'approprier quelque chose qu'on a pas fait soi donc au temps le faire soi-même moi c'est mon point de vue après chacun ses méthodes mais euh on est assez d'accord avec euh à plusieurs il vaut mieux se faire son cours on se l'approprie en se le faisant et on sait de quoi on parle avec les étudiants si c'est une matière qu'on a jamais enseignée et qu'on maîtrise pas bah on peut pas arriver à improviser devant les étudiants à leur dire des trucs qu'on maîtrise pas du tout faut pas être dans la maîtrise loin de là mais

CA : Et du coup à propos des cours par exemple le référentiel nomme l'accompagnement à la recherche l'accompagnement au questionnement des choses comme ça à la limite de ce fait on peut peut-être être dans le ici et maintenant de la séance et y aller je sais pas moi comme ça je sais pas et c'est

EF2 : Alors moi maintenant avec l'expérience j'arrive à aller en cours je fais..... je n'ai pas besoin de support de cours mais c'est par ce que je le fais depuis longtemps

CA : D'accord

EF2 : Comme on fait deux fois par an en plus ça revient vite la recherche c'est pareil une fois qu'on a compris la méthode y'a pas besoin de et puis comme la recherche c'est quand-même un cours qui attire pas les étudiants puisque dès qu'on leur parle recherche ça leur fait peur ils entendent mémoire et panique à bord donc il faut dédramatiser tout ça et y aller en les rassurant il faut que ça soit un cours magistral interactif ce qui est compliqué

CA : Un cours magistral interactif ?

EF2 : C'est compliqué

CA : Ah là c'est une contradiction par excellence

EF2 : Donc il y a une partie magistrale qui est assez restreinte pour justement rentrer dans l'interactivité, l'interactivité c'est en discutant avec eux qu'ils comprennent plus facilement

CA : D'accord, et vous avez des promotions de combien ?

EF2 : 44, en troisième année ils sont rarement 44 ils sont 35-40

CA : Ah oui

EF2 : Oui c'est des petits groupes c'est pour ça qu'on peut faire de l'interactivité même s'ils sont

CA : Oui par ce que dans certains ifsi c'est l'équivalent des groupes de TD les 40

EF2 : Bah s'ils sont 120 ce n'est même pas la peine non non et puis on les remet en quart de groupe donc pour la recherche on les remet en quart de groupe

CA : Ah oui oui donc c'est quasiment de l'individualisé

EF2 : Ce n'est pas individualisé mais c'est des petits groupes

CA : C'est du socio constructivisme on pourrait dire !

EF2 : Oui oui non c'est l'avantage c'est que c'est des petits groupes ça prend du temps puisque c'est deux fois à chaque fois deux fois par an

CA : Oui ça a un côté un peu

EF2 : Oui c'est vrai que les deux rentrées par an c'est épuisant c'est épuisant ça prend du temps énormément mais il ne faut pas non plus qu'on mette ça en avant le temps tout le temps

CA : Et ça continue tout ça

EF2 : Pour l'instant oui

CA : Par ce qu'avec la logique universitaire on a du mal à voir qu'il y ait que ça puisse rester en l'état

EF2 : Oui bah y'a eu une demande y'a deux trois ans de ça, alors XXX est partant pour ne faire qu'une rentrée de septembre puisqu'eux ils sont en février mais nous ici on a pas les locaux pour accueillir 88

CA : Ah oui donc ça serait dire de mettre éventuellement les deux promotions sur le

EF2 (me coupant la parole) : Les deux groupes de 44 sur le

CA : Ah d'accord et à l'origine ça a été ça c'est-à-dire c'est par ce que c'était un petit ifsi qu'il y avait

EF2 : Alors l'historique c'était le même ifsi que Y et Z

CA : Ah oui d'accord

EF2 : C'était le même ifsi donc y'avait une promo qui rentrait sur Y et une promo qui rentrait ils alternaient ici un coup à Z. En 2001 augmentation des quotas scission des deux ifsi Y est devenue autonome Ici est devenu autonome quand je suis arrivée ici il n'y avait qu'une promo la promo de février 2001 septembre 2001 oui j'ai commencée je suis arrivée un peu avant en 2002 mais après quand je suis arrivée en janvier y'avait février 2001 septembre 2001 y'avait quatre formateurs

CA : D'accord

EF2 : Et puis progressivement on augmente on augmente mais on n'a pas les locaux pour 88 étudiants la plus grande salle c'est dans le préfa et je crois que c'est 70 pour les normes on peut pas accueillir plus de 70 65-70 mais on peut pas plus quoi

CA : Et la logique du ght ça vous impact d'une manière particulière Ici ? Honnêtement ght avec qui que ce soit (?)

EF2 : Si à Y A N

CA : Ah vous faites partie de ce

EF2 : Oui

CA : Bah ça a l'air de vous impacter quand-même

EF2 : Bah nous ici non pour l'instant non

CA : D'accord, d'accord

EF2 : Pour l'instant non on attend de voir on attend les infos

CA : Et vous êtes donc oui vous êtes sur le DUSI sur le même DUSI que

EF2 : Oui que G

CA : Oui et vos étudiants y vont ou pas ?

EF2 : A la fac trop de cours annulés j'ai eu des étudiants en S1 qui ont eu des cours du 3-4 S4 les intervenants avaient changé les étudiants pas y'a un problème de communication chez nous donc voilà ils viennent de loin c'est vrai que ça à un coût en temps et en argent et quand ils ont deux heures de cours à la fac ça leur fait faire trois heures de transport pour deux heures de cours où ils sont 600 dans l'amphi donc ils lisent les cours en PDF et on a ici Monsieur Z qui leur fait tous les cours fac sur place ici et il valide facilement tous les parties fac ils ont compris le système ils vont pas à la fac ils ont 0 à la partie TD avec les coeff ils valident ça aussi c'est une difficulté dans la posture du formateur et dans l'accompagnement

CA : Oui

EF2 : Le fait de valider avec une super note à la fac et de se planter sur la partie cœur de métier ils valident bah ils priorisent la fac hein stratégie étudiante

Commenté [C45]: % UE fac/ cœur de métier

CA : J'allais dire les étudiants du coup de ce fait les compétences qu'ils développent c'est des compétences stratégiques

EF2 : ce sont étudiants ... des stratégies voilà ! Et je me mets à leur place pour avoir le diplôme faut valider les UE bah ils valident après le coeur de métier ça c'est ...

CA : Et les unités de cœur de métiers du coup c'est aussi c'est comme vous disiez tout à l'heure formateur-dépendant

EF2 : Aussi et CAC-dépendant puisqu'ils regardent les notes

CA : CAC-dépendant

EF2 : Oui

CA : Y'a quand même tout une dans le référentiel y'a à priori si je ne m'abuse y'a une organisation de CAC avec un universitaire une personne de l'extérieur et

EF2 : Et une fois on a vu l'universitaire une seule fois la personne extérieure et c'est monsieur Z

CA : Ah d'accord donc en fait les choses sont organisées de telle manière à ce que ce soit bien

EF2 (me coupant la parole) : Bien ficelé j'ai vu une étudiante c'était quand la promo d'avant une étudiante que j'ai eu en prépa pendant deux ans qui a été reçue au concours qui a redoublée elle est venue sur ma promo en fin de première année non elle est non ça c'est une autre oui elle est venue directement sur ma promo en fin de première année elle ne validait non elle venait d'une autre oui non elle est venue chez moi du coup en fin de première année elle a validé à 48 ects elle a pu passer en deuxième année donc elle a fait la deuxième première année avec moi et sa première deuxième année avec moi au terme de sa deuxième année elle avait pas rattrapé le 3.1 3.2 et 5.2 de S2 ma collègue du binôme qui l'ont accueilli sur sa promotion pour le redoublement ont dit au terme de sa deuxième deuxième année que elle est bien cette étudiante elle a un beau projet d'être infirmière au Cameroun donc on lui

donne le coup de pouce pour qu'elle aille en troisième année et à la CAC j'ai une collègue un peu comme moi qui est assez réglo c'est pas psychorigide mais bon on nous appelle les rigides c'est pas grave on assume par ce qu'on est pas pour changer les notes pour être sûre qu'ils passent par ce que après c'est eux qui nous soignent et c'est nos collègues de demain est ce que je lui fais confiance ou pas moi je suis dans cet objectif là et j'ai dit donc elle a le droit de tuer les petits Camerounais et pas les petits français en pleine cac hein ma collègue a dit je rejoins Chantal si on lui change ses notes, les trois quand-même ça veut dire qu'on accepte qu'elle aille tuer les Camerounais oui vous êtes strictes faut voir c'est une étudiante elle est sérieuse elle travaille je dis elle est adorable cette étudiante je dis elle est adorable moi ça fait quatre ans que je la connais elle est bosseuse elle est assidue elle est motivée mais elle a des difficultés elle est très lente je dis, moi, les stages ils m'ont tous appelée pour m'alerter en disant qu'elle était lente qu'elle comprenait pas tout tout de suite qu'elle épuisait les équipes mais ils ont toujours validé le stage par ce qu'elle est tellement gentille que c'est difficile qu'on est dans la ??? (34.32) de se positionner je dis certes elle est adorable mais c'est un leurre que de la faire passer en troisième année c'est pour mieux la dégager en troisième année je dis quand elle va faire son mémoire elle va faire comment elle comprends déjà pas une analyse de situation de patient elle sait pas pourquoi le patient est là qu'est-ce que vous voulez qu'elle fasse en troisième année quoi je dis y'a la 5.5 le 3.4 je dis, moi, c'est la leurrer c'est voilà c'est pour mieux l'enfoncer après oui tu vois le mal je dis passons vous voulez changer les notes on est en minorité on est deux à s'y opposer, changez ! Fin de troisième année elle a fait une troisième année chaotique mais bon les stages c'était pareil difficile dernier stage le stage qui alerte en disant c'est une catastrophe machin elle a été viré 15 jours avant les résultats 15 jours avant la fin du stage j'ai trouvé ça un gâchis et je serais l'étudiante qu'est-ce que j'en voudrais aux formateurs on savait depuis la prépa que ça serait très compliqué pour elle on lui a changé ses notes elle était aide-soignante cette femme 58 ans elle était aide-soignante on l'a laissé faire cinq ans de formations deux fois la première année deux fois la deuxième année et une fois la troisième année pour la dégager alors qu'on savait tous qu'elle n'y arriverait pas

CA : En effet oui

EF2 : Moi je trouve ça dommage que le positionnement professionnel des formateurs hein moi ça me questionne des fois alors c'est vrai que c'est dur de prendre la décision je fais arrête c'est vrai que c'est dur on est qui pour dire elle y arrivera elle n'y arrivera pas mais on a quand même des éléments les stages qui alertent la théorie ou c'est très compliqué les analyses de situation c'est elle comprend pas ce qu'elle fait

CA : Du coup c'est vrai que par rapport à ce que vous disiez précédemment c'est vrai que les critères qui permettent aux étudiants de s'y retrouver et de savoir éventuellement s'ils sont dans la norme ou entre guillemets ou pas c'est compliqué les formateurs les ont pas non plus puisque du coup

EF2 (me coupant la parole) : Et on discrédite le formateur j'ai deux collègues ... elles sont pas là mais elles ont les troisièmes années une étudiante au terme de son doublement de deuxième année n'avait toujours pas validé encore le 3.1 et le 5.2 de S2 l'étudiante qui est sérieuse assidue mais pas motivée par la formation un peu dépressive apparemment d'après la directrice c'est vrai qu'elle a une approche particulière et à la CAC la décision apparemment j'y étais pas à la CAC mais mes collègues m'ont transmis la décision collégiale majoritaire voire unanime même exclue de la formation par ce qu'elle a déjà redoublé sa deuxième année donc comme elle a pas rattrapé exclusion de formation elle a été reçue pour lui annoncer son arrêt de formation compte tenue des UE qu'il restait à rattraper et malgré les rattrapages et le

redoublement ça c'était le jeudi le vendredi la directrice la convoque pour lui dire vous êtes en arrêt de formation vous n'avez plus votre place ici le mardi l'étudiante réapparaît dans la promotion en troisième année et elle a eu comme info que c'est les formateurs ses référents promotion qui se sont trompés donc elle devait intégrer la troisième année, c'était une erreur des formateurs mes collègues étaient très furax et cette étudiante pose de grands soucis je l'ai eu pour le 3.4 S4 le 3.4 S6 justement puisqu'on commence en début de S5 elle présente une situation elle a fait un stage à CX en cardio elle a pris en charge une patiente de 30 je sais plus 32 35 ans avec deux enfants en bas âge 2 ans 4 ans en fin de vie pour un cancer du sein métastasé de partout en fin de vie qui hurlait de douleur d'après ce que l'étudiant décrit la patiente était très bien prise en charge par l'équipe qui était vraiment à son écoute une équipe attentionnée vraiment par rapport à cette dame et à son mal-être et l'étudiante ouais c'était la casse-pieds elle criait tout le temps .. ; emmerdeuse moi je voulais fermer la porte les infirmières voulaient pas qu'est-ce que ça fait du bien quand elle est partie je me suis dit l'étudiante elle est maladroite dans ses propos c'est pas possible en début de troisième année oser dire ça je dis non elle se trompe dans ses propos je dis c'était la chieuse de service elle dit ah ouais ouais ouais hein je dis non mais elle peut pas dire ça ah oui mais c'est casse pieds une patiente qui crie ah non c'est bon je dis mais elle a deux enfants en bas âge je dis son mari était présent oui son mari la trompe bref elle est partie dans un truc voilà l'étudiante qui veut avoir son diplôme

CA : Oui c'est-à-dire

EF2 : Elle a validé des choses alors qu'on sait qu'elle n'a pas validé mais maintenant c'est validé elle a dix elle a dix on va pas revenir derrière

CA : On peut revenir derrière à un moment donné mais pas n'importe quand

EF2 : C'est trop tard et c'est mes collègues qui alors elles, elles l'ont très mal vécu ce que je peux comprendre c'est de votre faute si vous avez une exclusion c'est de la faute de vos formateurs référents quoi quelle est la crédibilité des formateurs derrière ça donc on est arrivé à des stratégies d'adaptation ou on fait ce qu'on nous demande de faire et on reproduit Et on fait au mieux pour pas y perdre trop de plumes, voilà point.

CA : D'accord, merci beaucoup

Commenté [C46]: Très peu de discours sur le référentiel, mais beaucoup de plainte et de démonstration sur les dysfonctionnements de l'institut

Annexe n° 7 : extraits séance RC 5

Extraits triés du verbatim de la séance RC n°4

18 octobre 2016

Présents : Martine (M), Rosalie (R), Elodie (E), Karine (K), Cécile (C), Véronique (V), Zoé (Z), Sophie (S)

Commentaires faits le 02 Janvier 2020

A propos de sidération :

1. « Tous les paradoxes dans lesquels on met les professionnels de santé »
2. L70 : « un arrêt sur image euh c'est à dire une euh...on on on on en arrive à ce que j'appelle la sidération qui est euh un état de euh d'arrêt où on n'arrive pas à avancer parce qu'on ne sait pas où on va, on arrive pas à reculer parce que du coup euh on ne sait plus où on habite en fait et euh on se retrouve dans un état de euh (*arrêt*) d'entre deux, comme ça, qui ne permet pas de de de se projeter dans euh une possibilité d'amélioration des choses ». « T'as fait mon diagnostic » « j'ai fait ton diagnostic de quoi » « de situation actuelle »
3. Etat des lieux des séances précédentes : L86 : « Un que les paradoxes ils existaient dans notre discours mais, ça, c'est pas forcément nouveau, hein, puisqu'on en avait mis plusieurs euh plusieurs sur le tapis, avec euh donc, on avait verbalisé certains paradoxes et il y a une autre manière de voir les paradoxes dans ce qui se passe ici, c'était entre autres dans euh dans le fait de réécouter (*arrêt*) dans le fait de réécouter le verbatim et de s'apercevoir à un moment donné qu'il y avait des conversations qui étaient... hallucinantes et que personne ne prenait euh enfin que personne ne prenait en compte, c'est à dire il y avait par exemple des néologismes, tout d'un coup, on se met à parler on se met à on on on parle on dit on parle des paradoxes, d'accord, et puis à un moment donné, on l'acte, c'est à dire, on le joue par des néologismes, par des phrases qui euh t'écoutes la phrase du euh t'écoute le début de la phrase et t'écoutes la fin tu te dis, attends, là je vais réécouter parce que je crois que y'a quelque chose euh que j'ai raté une marche et tout le monde continue à »
4. A propos des néologismes, hypothèse validée par le groupe : L102 : « en tout cas ça continue aussi à ça continue aussi à alimenter euh toutes les hypothèses euh qu'on avait autour de cette difficulté euh de... euh de de comment d'utiliser le même vocabulaire, ou tout au moins

Commenté [catherine1]: Référence au raisonnement clinique : diagnostic de situation étant le résumé des problèmes du jour du patient pris en charge

Commenté [C2]: Paradoxe :
1-Dans les discours de séances
2-Dans les conversations même :
a. Dans une même phrase et/ou une même discussion
b. Dans l'utilisation de néologismes partagés par tous à certains moments

d'utiliser le même vocabulaire et de s'apercevoir qu'on n'en avait pas tous les mêmes traductions »

Les brouhahas

Episode psychanalyse vs orientation institutionnelle

L172 → 200 (tu veux un chocolat ?) 203 « je la laisse discuter avec les psys » Décompte du nombre de personnes issus de la psychiatrie autour de la table et discours inaudible.

L243 : « c'est comme une matrice, moi, j'associe toujours l'institution à la matrice » « à l'utérus » « à la mère... oui oui oui à la mère et que cette mère nourricière va permettre à cet enfant de grandir et de pouvoir ben euh se réinsérer, se resocialiser sur un extérieur dans laquelle il pourra trouver une inscription autre que cette institution. Mais c'est l'institution à l'initial qui va l'amener à à...se développer euh à se resituer, à retrouver une identité ».

L255 : « la psychothérapie institutionnelle, la considération du patient au sein même d'une structure est complètement différente dans le sens où le patient est acteur (*M acquiesce*) entre guillemets, c'est pareil, c'est tout un tas de mots qui ne veulent plus dire grand-chose » 266 : « : le problème c'est c'est euh l'ouverture sur l'extérieur (*R acquiesce*) qui est pas toujours » 278 : « alors à titre indicatif, la psychothérapie institutionnelle, c'est vraiment la cinquième roue du carrosse dans la psychiatrie actuelle, hein » « oui, puis peut être, c'est aussi les nouveaux bâtiments de déféctologie, ceux qu'on appelait déféctologie, dans le temps, (*une voix en même temps V* : c'est exactement ça), on mettait les patients vieillissants chroniques avec qui on ne sait plus quoi trop faire, mettait dans les services, comme ça, enkystés... c'est aussi la nouvelle appellation moderne de ce que peut être euh la prise en charge... chronique » passage de l'histoire des vieux psychotiques et des maisons de retraite 313 : « et comme ça, ils finiront attachés [16:20]

L321 : « pour le remettre de euh dans le contexte par exemple qui nous intéresse là, parce que c'est vrai que la psychothérapie institutionnelle n'a pas grand-chose à faire dans cette histoire, mais c'est par rapport entre autres à la au au postulat qui qui dit par exemple que euh chaque individu qui travaille dans une institution est traversé par cette institution (*R dit quelque chose en même temps d'inaudible à la réécoute*) et du coup, il y a des choses qui lui sont imposées »,

L331 : « ... j'associe sur la logique de de hum collectif de de ce matin, c'est à dire on disait à un moment donné que le groupe (*insistant sur le mot*) euh avait une euh par rapport au formateur qui était en face, avait une connotation complètement différente et du coup quand on se trouvait nez à nez avec le groupe, on avait des choses, qui, un par un, tu prends les gens un par un, y'a absolument pas de soucis, par contre, quand il ya a tu as une logique de groupe, hormis le conformisme et tout le tintouin, t'as quand même des choses qui sont qui apparaissent (R

Commenté [C3]: **Métaphore de la mère pour définir l'institution**

Commenté [catherine4]: Rien à voir, bizarre !! confusion

Commenté [catherine5]: Violence

Commenté [catherine6]: Que je ne relève pas trop concentrée sur mon explication

acquiesce) envers et contre tout alors que les gens sont pas forcément partie prenante dans dans ce truc-là, tu vois. Et donc du coup, dans des équipes, il se rejoue des choses, de l'institution hospitalière, de (*appuyant la prononciation*) la société, parce que forcément, on n'est pas une équipe en dehors de toute euh de toute euh société (R et M *acquiesce*) et de toute histoire (M *acquiesce*). » L353 : « Mettons qu'y ait un conflit dans une équipe, même si tous les membres, présents, lors de ce conflit ne sont plus là, à partir du moment où ça a été un conflit qui a été suffisamment fort pour briser le collectif, t'as beau changer, l'équipe (M *acquiesce*) l'inscription est encore là et et et le le le lieu est tatoué, quoi. [19:09] »

Commenté [catherine7]: Métaphore du tatouage Brouhaha énorme pendant tout le passage !!!

Dichotomie expérimentées/ nouveaux :

1. L1031 : « écoutez, écoutez les jeunes. C'est intéressant parce que la réaction des jeunes (*brouhaha*) là... ce que tu es en train de dire » « mais vous, vous n'avez pas été éprouvés comme nous on a été éprouvés. On a eu... on a été ferrés, nous. ferrés je vous dis » « oui, voilà.. Pour nous, c'est *Delicatessen* » => insistance niant de fait l'éprouvé des nouveaux arrivants 1040 : « mais ils en ont un quand même, qui les déstabilise au même titre que nous ils ont été euh on a été déstabilisés ». L1045 : « Et donc on a toujours un peu tendance du coup à banaliser le fait que, comme ils sont euh plus accompagnés euh moins moins mis en euh voilà, que du coup, c'est... c'est... alors, sans dire dire que c'est mieux, mais tout au moins, c'est c'est certainement plus facile mais ce qu'ils vivent, c'est pas euh c'est pas forcément plus facile (M *acquiesce*) On aurait été à leur place à vivre ce qu'ils vivent après avoir vécu ce qu'on a vécu, c'est plus facile. Mais eux, ils s'en prennent s'en prennent dans les chicots de la même manière et c'est peut-être tout aussi violent, j'en sais rien »
2. Constat en direct d'une expérimentée : « c'est violent pffff » (soufflant). Les nouveaux répondent (en même temps) : « non je sais pas si c'est violent... c'est peut être pas violent » « c'est éprouvant mais pas violent »
3. « C'est éprouvant parce qu'on a des personnalités un peu masochistes aussi euh sur les bords [51:34] » « c'est à dire (c rit) c'est quoi cette bête-là ? Faut être maso pour être formateur ? [51:39] » « oui...ah oui » « un peu... ben, un peu... Je sais pas, ça demande quinze fois plus de travail »

Commenté [C8]: Vocabulaire ?
CNRTL

// ferrer un poisson : engager le fer de l'hameçon dans les chairs du poisson qui vient de mordre en donnant une secousse à la ligne

sens figuré :

- attraper quelqu'un par la ruse
- se montrer soumis, docile

L1066 : « il faut effectivement euh creuser son trou, il faut prouver qu'on est euh bien euh on est là pour faire nos preuves euh pour l'instant euh on a encore au moins jusqu'à... on a encore un petit moment à faire nos preuves » « comment vous savez que vous allez faire vos preuves ? » « Ben euh... je sais pas (*rit*) ». L1076 : « l'approbation des autres » « eh bien, on va la

chercher auprès de vous, on va la chercher auprès des étudiants, on va la chercher par rapport au regard de l'autre, c'est sûr »

L1082 : **épisode du dessin de la maison** : (*plusieurs personnes parlent en même temps* : CA : une maison ...elle dessine une maison M et M : répond : ben oui oui et C : ouais c'est ça (*en riant*) CA (répète) : elle dessine une maison M et R : ben euh il t'en manque un bout) [52:41]

Commenté [catherine9]: Aparté intéressant !

Arrivée des novices :

L1091 : « qu'on est arrivés dans un contexte... » « c'est bien imprégné » « post conflits » « post conflits entre guillemets » devant la demande d'explication ; « ils sont arrivés... ils sont arrivés quand même... Nous euh on a quand même pas mal donné entre autres l'année dernière (*plusieurs personnes parlent en même temps*) » « l'équipe est éprouvée » « et l'année d'avant et encore l'année d'avant » « psychologiquement et physiquement... » L1113 : « la première chose qu'on s'est dit ils ne vont pas nous faire chier [53:39] » « Moi, une des premières choses que vous m'avez dite, F et toi, c'est : on a besoin de quelqu'un qui va pas nous claquer dans les pattes au bout d'un an parce qu'on en a marre de former des gens qui se cassent » et « toi, la première chose que tu m'as dit en réunion : euh.. tu vas pas faire un bébé là ? [54:05] » « voilà. Vous avez des enfants ? - oui, j'en ai eux. ça sous entendait ; c'est bon... Vous en revoulez d'autres ? - non, pas là, non - C'est très bien... » L1129 : « donc c'était ça euh donc, on comprenait bien que l'équipe, elle était éprouvée. On arrivait dans un contexte où on nous a bien bien fait comprendre que l'équipe euh elle était fatiguée, et psychologiquement et physiquement. Quand on a eu les premières réunions, tout le monde disait : moi, je ne retravaille pas comme (*en insistant sur le mot*) l'année dernière. » « tu te rends compte le bizutage sauvage qu'on fait... » non L1143 : « on a eu le sentiment d'être arrivée comme, entre guillemets, comme une soupape de libération, un peu, du truc avec C euh » « oui, fallait assurer quoi » L1146 : « et du coup, fallait qu'on assure pour pas que l'équipe elle mange derrière et que tout le monde recommence à dire : on est éprouvé, fatigué, etc., donc on s'est dit : on est un peu le pansement... on va essayer de panser comme il faut, donc voilà »

Commenté [C10]: Ce qui traverse l'institution

Commenté [C11]: Violence de l'entretien d'embauche

Commenté [catherine12]: Prise de conscience de la violence faite aux nouveaux arrivants

Commenté [catherine13]: Vocabulaire infirmier

L1162 : « Mais ici, j'trouve qu'y a beaucoup de secrets de Polichinelle, y'a beaucoup de non verbal mais qui transparaissent intra-mural des fois t'as l'impression tu te dis j'suis à l'ouest ou quoi euh ? Tu vois euh t'as des regards euh bon après des fois ça peut être déconnant, par exemple, bon je sais je rigole avec toi, nous c'est VV nous notre bouc émissaire... »

Commenté [catherine14]: ?????

Commenté [catherine15]: !!!

Eprouvé et discours de nouveaux arrivants :

L1278 : « Elle elle se colte des trucs qui la font royalement euh chier (*C acquiesce*) et où elle se prend la tête pendant des semaines et des semaines au détriment de son propre travail, on va dire entre guillemets, même si elle prend euh » « Voilà, au final je serai peut-être plus à l'aise que C sur ce genre de trucs mais je ne prends (*insistant sur le mot*) pas délibérément les TD, je la laisse » « Donc tu fous délibérément ta collègue dans la merde ? » « Mais c'est elle qui s'y fout toute seule, elle n'a qu'à pas y aller [1:01:44] » « Oui tu vois euh mais regarde après... Tout à l'heure on en discutait, elle me dit "j'ai accepté un truc sur le cancer du sein", moi j'lui dis, "je vais le reprendre ça me dérange pas"... » « Moi je veux bien le récupérer, voilà ça me dérange pas de le récupérer mais si tu veux c'est vrai que pour le coup, si c'est pour m'entendre dire que j'ai fait de l'information grand public... » « ça peut vite virer au drame, ça peut vite se barrer en sucette » « Tu peux faire de l'information grand public, au moins ils en retireront quelque chose » « Surtout lui rappeler quand même que moi je fais peut-être de l'information grand public, en attendant je refuse pas d'aller sur les TD des autres parce que c'est de la merde et qu'on apprend juste à se laver les mains » « ça ça t'a vexée, hein [1:02:49] » « Donc euh euh ben c'est pour ça que je me positionne pas sur ses trucs délibérément parce que je suis un peu tête de mule, c'est sur le le principe »

Commenté [catherine16]: ???
surimplication

Commenté [catherine17]: violence des propos

Commenté [catherine18]: Attaque personnelle

L1316 : Anecdote du planning :

« C'est ça, quand on commence à te dire "il faut aller faire le système digestif ou je sais pas quoi", y'a tout le monde qui commence à faire (*baissant le regard vers la table*) » « Ouais moi celui-là je l'ai pris » « Et puis y'a CA qui dit "le système digestif ! Je répète euh : le système digestif", donc y'a VV, "le système digestif, le système digestif" (*imitant un commissaire priseur*) » « Joker » (*rires*)

Commenté [catherine19]: Cela donne à voir le
« remplissage de planning »

L1330 : « On doit pas, moi j'ai passé des années à pas dormir à cause du travail à effectuer pour le lendemain, ou euh produire des commande à n'en plus finir » « Ben non c'est pas normal . Mais comment qu'on ici on reconnaît et si on reconnaît le fait qu'on ait perdu le sommeil et qu'on ait perdu une hygiène de vie au fur et à mesure du temps, c'est intéressant qu'on pointe euh [1:04:28] » L1339 : « La psychopathologie au travail etc qu'on la pointe en tant que telle c'est récent [1:04:36] » L1343 : « C'est pas d'équité que je te parle, des symptômes, de la clinique que je te parle qu'était émanante, évidente chez chacun de nous et sur laquelle on s'est pas arrêté (*insistant sur le mot*) alors qu'on avait, toutes on respirait (*insistant sur le mot*) la clinique de souffrance [1:05:01] » « parce que tout le monde n'a pas vécu l'arrivée dans le groupe de la même façon » L1351 : « le groupe c'est un ensemble de personnes, le collectif, y'a une interaction différente (M acquiesce) euh et et et voulue, construite »

Commenté [catherine20]: Surimplication

Commenté [catherine21]: !!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!

Surimplication +++

L1406 « Moi quand j'suis arrivée et qu'on travaillait toutes les trois dans la pièce là » « j'avais l'impression qu'elle n'avait pas d'issue cette pièce » *brouhaha*. « mais elle est géniale cette pièce » « oui mais on sait jamais quand on en sort » (*brouhaha*) « oui je te le dis V, c'est vrai et (arrêt) une fois on a terminé il était minuit moins le quart » 1419 : « Moi j'suis pas restée jusqu'à minuit moins le quart parce que j'ai mes gamins euh...(*brouhaha*) et que sans ça ils mangent pas, ils dorment pas, sauf qu'un matin, moi je vous quittais parce que j'ai les gosses et que j'ai cette obligation là et qui fallait que je parte, je revenais le matin à 8H et là j'avais pris (*insistant sur le mot*) 10 ans de retard dans la dent et je ne comprenais plus rien de ce que vous disiez, parce que en fait... » (*brouhaha*) « On avait pas le choix, il fallait avancer euh produire » « On avait pas le choix, il fallait avancer euh produire » « et je disais, "les filles, là euh moi j'en peux plus, parce que je n'en peux plus d'avoir le sentiment d'être en retard juste parce que la nuit je dors" » « et j'ai dit "écoutez, là je suis en retard juste parce que j'ai dormi cette nuit, c'est pas possible, je peux pas accepter ça" » « mais nous on ne dormait pas (rires) » « un truc de fou quoi » **brouhaha et rires**

« Y'a eu le raisonnement clinique parce qu'on est arrivé » « oh la la le bordel » « et ça devait passer, il y avait rien (*insistant sur le mot*) » « Et le projet pédagogique que vous avez du réécrire euh en même temps » « et puis le projet professionnel y'avait rien et puis la recherche y'avait rien » L1446 : « Y'avait rien, mais y'en a qui fonctionnaient quand même avec rien ! C'est bien aussi qu'on a décidé de se mettre un truc supplémentaire ! » L1455 « mais moi j'partais des fois déjà à 7H (*V et M continuent à parler en même temps*) parce que c'était l'année ou on avait du taf à n'en plus finir... Je partais à 7H, je tapais à la salle rubis, parce qu'elles étaient à la salle rubis, je tapais, mais "vous couchez là ?", et elles disaient "non on a bientôt fini". Je revenais le lendemain matin et elles étaient encore dans le bureau, c'est pas possible "vous avez dormi là !" » L1487 : « Moi j'osais pas, j'vais pas dire excusez moi de vous demander pardon, est-ce que je peux sortir ou pas, j'venais d'arriver, j'disais ohlala, si j'pars j'suis la feignace euh tu vois, sauf que je faisais 10H, plus de 10H [1:11:30] » « mais on travaillait la veille pour le lendemain » « vous pensez que ça a à voir avec le fait qu'il y avait rien, c'est ça ? » L1500 : « Y'avait rien parce que... » **Brouhaha +++** L1508 : « On arrive pas à s'écouter... »(toujours brouhaha) [1:12:10] « Oui, c'est ça en fait, on a eu une commande d'écriture et l'écriture euh » « Et l'écriture ça a généré chez nous un travail monumental, parce que euh bizarrement euh c'est pas si évident que ça d'écrire (*beaucoup acquiescent en même temps*), et donc du coup on a, on on on s'y est attelé mais a quel prix, y'a des fois... » « Non pas sur les jours de vacances, on a demandé on a demandé à F de travailler chez moi, mais on faisait du 9H / 23H, elle était gagnante »

Commenté [C22]: Rapport à l'écriture

«Et donc on a vécu ça et après on s'est dit que l'année prochaine du coup on sera plus cool (*insistant sur le mot*) » « Alors toi j'te retiens ! » (*rires*) [1:13:35] « Et là, ça a été l'enfer » (*rit*) « non on n'a pas

pu [1:13:39] » « Et donc vous êtes arrivées juste après » « Et on avait des collègues qui tenaient pas la route » « quand tu entends ça... Quand tu entends des collègues qui tenaient pas la route et que tu venais euh tu viens d'arriver, tu te dis que toi probablement tu tiens pas la route » «ouais ouais c'est nos exigences ouais tu as raison » « Tu vois, ça te renvoie au fait que peut-être tu tiens pas la route » « T'en peux plus t'en peux plus de porter les sacs (*insistant sur le mot*) pour les autres !! T'en a marre de porter les sacs pour les autres ! » « « J'suis d'accord avec toi mais ça met la pression quand t'arrive, c'est une autre pression... »

Anecdote de l'arrivée d'une nouvelle : L1565 : « Jour de réunion elle s'assoit en face de moi... » « Et puis M est à ma droite, et elle arrive, elle s'assoit, elle se présente, elle prend un petit café, et M qu'arrête pas de lui dire "Bon ben, faut te mettre au taf, hein, parce qu'y'a du boulot hein parce qu'ici y'a du boulot..." » « Ici c'est 8H / 18H ! » (*en riant*) « si si, tu n'as pas arrêté, d'ailleurs j'te l'ai dit après en sortant » « oui oui oui » « tu te rappelles peut-être plus » « Oui, oui, oui... J'en avais marre ! J'en avais marre de porter tout le tant les sacs ! » [1:14:57] « Bah je suis d'venue dure, parce que c'est trop douloureux à porter pour les autres, et les autres sont trop légers (*insistant sur le mot*) dans l'investissement dans ce travail là. Donc un moment donné j'veux bien m'donner un sac que j'porte de trop et on m'le prend pas ! On m'le laisse encore sur le dos ! » « Est-ce que t'en rajoutes pas un peu ? » « Et oui, alors, j'le dis, j'suis claire, voilà » « Sauf que le sac que t'as... Est-ce que le sac que t'as... C'est à dire que moi du coup j'suis en train d'écouter et j'me dis merde, est-ce que du coup on a pas une demande en terme de grosseur de sac qu'est en décalage sous prétexte que nous on en a eu un gros sur le dos à un moment donné, tu vois ce que je veux dire ? » « on regarde l'équité aussi bon, elles débutent c'est normal, mais elles doivent avoir peur de ce qu'on porte »

Discours d'une jeune arrivante : L1606 : «Moi je disais, du coup ça a peut-être plus rien à voir mais c'est pas grave, je disais aussi quand on arrive, j'sais pas j'sais pas si on en a parlé de ça avec E, mais quand on arrive vous renvoyé toutes hein toutes quelque chose aussi qui est positif à la fois, mais qui à la fois met vachement la pression, c'est que vous avez... Vous avez une euh Vous êtes tout le temps en train de réfléchir, vous partagez vos réflexions tout le temps, tout le temps, tout le temps... Et c'est tout le temps très euh » « C'est fatigant peut-être » « Non, c'est pas fatigant c'est... C'est souvent pertinent. Moi j'suis arrivée là... La vache ! Et heureusement... » L1623 « Heureusement Z et JC m'ont prévenu, hein. Le premier jour Z elle m'a dit "alors tu vas voir, tu vas avoir l'impression que t'es con, mais j'te jure c'est pas vrai hein, t'inquiètes pas hein, ça va passer", elle m'a dit "mais t'inquiètes pas si t'as l'impression d'être con..." » [1:17:09] « et c'est sensé être rassurant ça » « Et heureusement qu'elle m'a prévenu et heureusement qu'elle m'a prévenu parce que sinon je me serais dit je suis pas à ma place du tout et... » « Moi C m'a prévenue quand je suis arrivée en me disant "t'inquiète pas, moi aussi

Commenté [catherine23]: ???
Doux/dur

Commenté [C24]: Violence +++ Qu'est-ce qui se transmet ???

j'ai l'impression d'être con" [1:17:23] » « Non mais c'est pas du tout sous forme de mépris, pas du tout »

L1639 : « C'est comme moi quand j'suis arrivée, je ne comprenais pas une discussion » « on revient toujours au problème du langage » « Ouais, c'est ça, on comprend rien » « Ah oui, ici quand tu arrives tu comprends rien [1:17:43] » « E, elle me disait "tu peux me traduire parce que j't'assure moi j'comprends pas" [1:17:53] » « oui il y a effectivement un langage qui est euh on ne comprend pas, et bien c'est vrai que moi aussi les premières réunions c'était (mimant la tête d'une personne qui ne comprend rien à ce qui se passe) » « mais je devais avoir une tête d'ahurie parce que je comprenais que dalle ! » (Rires) « C'est l'effet kiss cool ! » « Non parce que dans les services on est pas du tout habituée à réfléchir » « en tout cas on partage pas notre réflexion, on n'a pas le temps du partage de réflexion et du coup on est... On réfléchi tout seul mais du coup c'est pas productif et voilà... » « ça c'est clair, y'a un réel décalage justement hein entre le service et ici » « Et c'est pour ça que moi j'avais dit à une des premières réunions (M acquiesce) au moment où on y était, que je me sentais plus proche des étudiants que des formateurs » L1663 : « Et encore moi j'dirais vous avez une culture psy, ou quand même... enfin moi c'est la représentation que j'ai de la psy hein, quand même une culture réflexive euh enfin on réfléchi [1:18:42] » « En soins palliatifs, quand même euh, c'est pareil c'est ma représentation, j'ai vu fonctionner des équipes de soins palliatifs qui réfléchissaient, » « nous en onco. on a pas mal réfléchi, ça s'est arrêté pendant un moment mais on avait pas mal réfléchi, (E acquiesce) mais euh par exemple euh j'vois, pour pas stigmatiser hein mais les urgences euh, je pense que tu ne réfléchis pas du tout (insistant sur le mot) » « voilà donc j pense que ça doit vraiment être difficile, j'avoue que pour JC ça doit être difficile de se mettre dans cette dynamique » « ben c'est surtout euh je pense, il faut il faut surtout qu'il qu'il euh qu'il ouvre son esprit... non mais c'est pas ça, c'est quand t'as été formaté, non, c'est pas méchant ce que je veux dire... » (Brouhaha) « les urgences tu vois c'est les toutous à docteur tu vois, aux urgences tu réfléchis pas, tu fais, tu fais » « C'est parce qu'il a été formaté d'une certaine façon... » L1683 : « c'est ça moi j'suis allée en psy parce qu'à un moment j'avais envie d'entendre euh, de pouvoir lire des choses euh en rapport avec le métier, (R acquiesce) j'avais envie qu'on réfléchisse et j'avais envie d'écrire et j'avais plus ça dans le service (R, C et M acquiescent) donc c'est pour ça que j'suis allée en psy moi, parce que c'était ça qui m'intéressait » L1689 : « Non, il a tout le temps fonctionné comme ça, du coup si tu veux, c'est comme si tout était rentré dans des cases, mais moi je peux comprendre parce que j'suis hyper psycho rigide dans certains trucs donc, des fois c'est difficile de euh de de de de de s'ouvrir et le problème.. Le problème... Enfin c'est pas un problème, mais moi j'le comprends très bien, y'a des fois il se met non il se met en décalage avec toi et c'est à dire par exemple il pense euh qu'il est pas capable de, alors que il a les billes, (C acquiesce) il les a les billes, il a tout, faut juste qu'il ouvre... Voilà » « ça veut dire que les gens se pensent en terme

Commenté [C25]: Violence de l'incompréhension

Commenté [C26]: Violence

de capacité par rapport à c'qu'on leur renvoie, c'est ça que tu dis » « Alors qu'en fait j'lui ai montré par A + B qu'il a toutes les billes, c'est euh c'est les associations qu'il fait qui sont peut-être pas très eu on peut aller en avant, on peut aller en arrière, on peut sauter on peut tout faire, enfin, comme un jeu de... Et du coup lui c'est comme si il a le chemin, le chemin il est comme ça et lui il peut pas le voir comme ça, ni comme ça... » « Tu vois ce que je veux dire ? Et du coup, alors qu'il a euh si tu euh...c'est juste ça, il faudrait presque que euh j'ai envie de dire qu'il "moove" tout le temps et qu'il travaille sur d'autres choses, d'autres aspects, mais après c'est soi aussi » « T'as raison euh S, parce que le jour où il a du faire euh le TD sur les soins palliatifs il était paniqué au possible » « Mais il se dévalorise [1:25:05] » « on l'exprime tous de façon différente, on a nos angoisses par moment, à un moment sur "mais j'arrive à rien", moi euh c'était hier hein » discours d'expérimenté : « Mais y'a pas que vous qui avez ces angoisses là, parce que nous aussi on les a hein » L1726 : « on a tous à un moment ce truc de "on est nul, on y arrive pas, les autres y arrivent et pas nous" » « Mais R, même si tu dis que vous vous avez encore... c'est ce qu'on disait tout à l'heure, vous vous avez déjà votre place, » « Alors c'est quoi cette histoire de place, parce que ça fait un petit moment que vous insistez là-dessus » « Voilà je veux dire t'as déjà fait tes preuves, t'as déjà mené euh des promos... » L1789 : « Alors, y'a la reconnaissance des des étudiants mais après effectivement ça, ça vient plus en individuel ou dans des moments plus... Mais t'as aussi, enfin, la façon de faire sa place, c'est aussi dans l'équipe et la reconnaissance des collègues pas des collègues enfin tu vois. Et le fait d'avoir "les p'tits, les jeunes, les nouveaux, les pas nouveaux"... » L1820 : « Ils ont tellement sentis qu'on était en conflit dans l'équipe, ils sont pas fous les bestiaux, ils ont bien vu, qu'elles étaient les alliances entre euh les uns et les autres,(M acquiesce) et là ils ont vu euh qu'il y avait une cohésion d'équipe, je pense qu'ils l'ont ressenti cette cohésion d'équipe et du coup euh elles sont vite, rapidement mises au même niveau » « Pourtant ça été une dynamique quand on est arrivée de tout le monde, je dis bien tout le monde, sauf peut-être quelques exceptions on va dire, mais la première chose, en tout cas moi ce qu'on m'a dit, c'est "on va t'aider". »

L1836 : « Tu m'expliques le bordel pour écouter ? En est en train de parler de la construction du collectif, ça va dans tous les sens, c'est un bordel sans nom... C'est hallucinant »

A propos de la recherche collaborative 1853 : « J'en reviens au collectif, qui s'est vraiment... Moi j'ai vu la différence entre la première et la deuxième, entre le deuxième et la troisième, par rapport entre autre à la considération de la parole des uns et des autres et la circulation de la parole, en terme de de construction du collectif, tu vois ce que je veux dire ? [1:30:21] » « On s'autorise plus à dire ici et puis on sait que on est, et puis on s'est que euh voilà, on a remis le cadre, confidentialité, enfin, j'sais pas... » « Peut-être que ça génère aussi le fait de... le fait d'avoir parlé entre autre justement de... Parce que moi je me souviens des premières fois où on a parlé quand même des difficultés que pouvaient avoir

les anciens, que les les les nouveaux, alors du coup c'est peut-être difficile de dire nouveau / anciens, faudrait peut-être qu'on se mette d'accord sur une autre appellation, c'est vrai, mais les dernières venues qui disent qu'éventuellement que elles elles ne conçoivent pas que les anciens puissent être encore en difficulté pour aller rencontrer les étudiants, les choses comme ça, le fait d'avoir posé à plat des thématiques ou des difficultés qui pouvaient être récurrentes alors qu'elles les sentaient pas chez les autres, chez les plus anciens, parce que les plus anciens donnent à voir aussi des choses plutôt de l'ordre de... du "à l'aise", par rapport aux par rapport aux étudiants et des choses comme ça, et du coup j pense que ça a permis aussi peut-être d'avoir un regard différent sur les uns et les autres autour de la table... » « Voilà, il s'trouve qu'on a plaisir à se voir le matin... » « puis il y a beaucoup de solidarité, mine de rien et de l'entraide »

A propos du fait que quel que soit l'accueil, la personne accueillie présente des difficultés : L2013 : « C'est des fondements originels que tu peux pas... » [1:38:47] « que tu peux pas euh enfin...enlever. C'est inscrit quoi » L2016 : « Donc c'est forcément, c'est forcément euh c'est forcément violent de changer de... enfin de changer d'une euh enfin de statut et de passer d'infirmière à formateur, c'est forcément, ça peut être que forcément que violent... » « Ohlala oui, c'est une souffrance, c'est une souffrance, oui, oui, oui, ça fait mal, ça fait mal... » [1:39:08] « Oui parce qu'en plus y faut faire le deuil » « C'est l'acculturation, changement de culture professionnelle » L2024 : « je ne peux pas faire le deuil des soins infirmiers, c'est pour ça qu'il veut absolument mettre des soins infirmiers dans les unités universitaires » Discours d'une novice L2032 : « Moi je me sens pas du tout en souffrance, par contre, ça va pas jusque là » Ancienne : « : Moi j'ai pas vécu ça comme de la souffrance » « De la peur... » [1:39:41] (**Brouhaha**) « Et les semaines où t'étais angoissée à l'idée d'aller en TD » « C'est ça la souffrance dont on parle » L2041 : « C'était du stress euh mais c'était un stress qui restait productif, c'était pas quelque chose de paralysant, c'était pas de la souffrance, j'étais effectivement comme ça, j'étais complètement maniaque... » « Tu dors pas... ça quand même c'est de la souffrance » « Elle met pas le mot souffrance, elle met pas le mot souffrance, c'est amusant quand même dans le... » « C'est peut-être mon côté masochiste, je sais pas ! » L2057 : « Elle est indéniable cette période d'adaptation » A propos de la charge de travail L2063 : « C'est à l'origine de sa tachypsychie, de ses sur-angoisses... »

Commenté [C27]: violence

Anecdote violente

« Moi j pense qu'au départ y'avait tout dans ma tête et à un moment donné ce tout il faut le il faut le sortir, tu vois ce que je veux dire, il faut le... » « Faut l'accoucher » « Tu veux bien faire mais en même temps t'as l'impression que t'as pas forcément toutes les billes, tous les tenants et les aboutissants

Commenté [C28]: métaphore

pour dire ton truc... Comme j'te disais par exemple tu disais " ouais, t'as été vexée par exemple pour la 5-1", mais j'étais pas vexée, j'étais déçue. Vexée ça aurait été autre chose, ça aurait été "ouais, machin", mais du coup t'as hyper investi, c'est comme si t'as hyper investi et que tu présentes ton beau gâteau et là tu le présentes devant tout le monde et la pppffouou, le truc il s'effondre... Et là tu dis merde, putain... » « Et tu vois, et du coup c'était pas... c'est "oh bah merde on a bossé et finalement trois... tu vois, trois lignes suffisent, merde"... » « Putain, merde tu vois, puis tu revois les fois où on s'est concerté, on s'est comme dirait, branlé les neurones et machin, gningningnin, et le truc, mais c'était pas perdu, c'est à dire que le temps qu'on a passé avec JC, Z... » « Oui, c'était pas perdu, n'empêche que globalement ça a quand même été violent de s'entendre dire que le travail... C'est comme si on avait annulé ou annihilé le travail qui était fait... »

Commenté [C29]: surimplication et violence

L2104 : « ça veut dire que forcément, c'est inévitable. Tout le monde doit en passer par les mêmes...les mêmes horribles choses... » « la dernière fois, je parlais à la limite d'un processus initiatique... »

L2112 : « ah oui, mais ça, franchement, d'arriver avec un truc, t'es fier de toi, t'as produit un truc, t'es content, tu l'as sorti de l'imprimante tu le montres à CA, et là, hein ? » « Et que tout à coup on te dit "ah ben non, ça va pas" ah mais tu le dis pas comme ça, tu le dis pas comme ça » « non, c'est : et sinon... tu pouvais pas penser les choses (*plusieurs personnes parlent en même temps*)... penser les choses comme ça » « avec tout un tas de termes pédagogiques, qu'on comprend pas » « et tu reprends ton truc et tu dis "c'est de la merde" » « Moi j'ai connu des collègues où ils nous jetaient à la gueule le travail "ça c'est de la merde"... » « ah non nous on le dirait pas en rigolant [1:44:21] » L2132 : « Moi je l'ai pas vécu comme ça, c'est pour ça sinon j'aurais été vexée, mais par contre du coup... tu dis "bon j'ai rien compris, quoi" » « J'ai rien compris à la pédago, tout' façon c'est clair j'ai pas les bases, donc là ça veut dire ma fille commence à r'garder le bouquin, commence à te questionner...[1:44:37] » *rires et brouhaha, on entend* : « ah les séances c'est violent pour moi... » « ouais faut qu'elle entende ce qu'elle nous dit quand même » et CA « violent pour moi » L2165 : « Mais moi un peu comme Stéphanie en fait, cette exigence là, moi je l'ai vécue comme quand je travaillais avec M ou avec K, parce que j'ai pas encore bien... comment dire... fait travailler mes neurones avec vous ; si, un petit peu avec S euh mais plutôt comme quelque chose qui me tire vers le haut »

Commenté [C30]: pédagogique

Commenté [C31]: violence

A propos de la fiche pédagogique

1. L2163 : « .. La fiche pédagogique, vous avez remarqué ? On l'a bien évité cette fois ci encore... » (*brouhaha*) [1:46:37]
2. L2187 : « et la logique d'exigence, les exigences... enfin...c'est parce que c'est ça que j'arrive peut être pas à faire passer. c'est à dire que la fiche pédago pour moi c'est pas une exigence

que je veux poser, c'est quelque chose que je veux qu'on partage et je veux qu'on se rencontre là dessus pour que tout le monde en ait une utilité »

3. L2195 : « nous, dans l'axe 2, on a toujours fait des fiches pédago. On a toujours fait des fiches pédago, alors d'où ça remonte... depuis qu'on a le nouveau référentiel parce que avant, on faisait peut être une trame de TD mais je m'en souviens même pas. J'en sais rien, dans ma tête, y'a trop de choses, je m'en rappelle pas. » L2201 : « voilà, c'est ça. Alors après euh quand euh tu as commencé à réfléchir sur tout ça, là moi je me suis dit oh là là qu'est ce qu'elle nous veut et qu'est ce qu'elle nous demande. Donc j'ai pris la feuille et je me suis dit ouais d'accord, les débuts ça va très bien, la date, le nom c'est facile (*rires*)... Les pré-requis... ouais, d'accord. Donc déjà, les pré-requis je me dis qu'est ce que mets dedans, est ce que je vais en mettre beaucoup, pas beaucoup, enfin bon. Puis en fin de compte c'était pas tout à fait ça qu'elle veut. Elle veut les noms des UE mais... »

L2214 : « après, la contextualisation, j'ai... alors là, j'ai buggué. Là, moi, je vois pas trop... contextualisation (*rires*). [1:49:24] Enfin, voilà, ça m'a... (*rires*)... vraiment bien, c'était dans la partie du déroulé, c'était fastoche. Méthode support, tout ça, c'était fastoche... » 2224 : « et puis en fait, je les ai laissés un peu... après je vais vous dire vraiment ce que j'ai fait, c'est que du coup j'ai repris les feuilles, comme comme comme la nouvelle trame, et puis j'ai recalqué ce que j'avais sur l'axe 2, je les ai remodifiés. C'était joli, la forme était la même...(*rires*)... je me suis dit R t'as fait ton taf parce qu'au départ, c'était comme ça. Et je n'ai compris vraiment l'importance de la fiche pour l'autre, en fait, pour vraiment s'approprier que quand j'ai commencé à comprendre ce qu'on voulait dans le pré-requis. Parce que c'est pas juste mettre euh comment dire mettre le nom d'UE et le semestre et dans quel sens ça va être utile; nin nin nin... c'est pas arrivé tout de suite jusqu'à mon cerveau, et la contextualisation m'a quand même toujours posé problème. Mais M est arrivée pour travailler avec moi et... c'est là qu'on a commencé vraiment à réfléchir sur la contextualisation hein ? (M acquiesce) c'est vrai, on en a fait plusieurs ensembles. Maintenant, j'suis une grande fille, j'arrive à les faire toute seule »

4. « Euh et du coup, et ben maintenant, j'adore les faire (*réflexion inaudible de K qui déclenche les rires*) [1:50:54] parce que ça m'oblige, ça m'oblige « non mais ça m'oblige (*rires*)... mais du coup ça m'oblige à aller rechercher des trucs pour comprendre... je sais pas, par exemple, j'ai celle des valeurs, parce que je les ai ressorties ce matin et du coup j'ai mis beaucoup de choses là-dedans. Mais même celle de la 4.8 et je les ai testées ».
5. « Je les ai testées au cours de madame R, celle de la 4.8, qui m'a dit houlàààà, c'est vachement balèze. Elle dit : mais c'est du langage de formateur, hein. Et elle m'a dit : oui, oui... mais euh moi, parce que je suis responsable qualité et ça me parle et tout ce que tu mets etc tout ça, ça

me parle, elle dit, mais je suis pas sûre que si tu les donne à quelqu'un d'autre euh tout est clair, tu vois. Et elle, voilà... alors ça m'a interpellée, je me suis dit peut-être qu'il va falloir les revisiter à nouveau »

6. L2249 : « et les décomplexifier [1:51:39] » 2252 : « alors, les pré-requis, effectivement, on comprend vite ; au début voilà c'est vrai qu'on mettait les unités comme ça... puis déjà on mettait... parce qu'on mettait pourquoi les unités, parce qu'on ne savait même pas ce qui se passait dans les unités des autres. Et donc, du coup, est arrivée cette contextualisation où là, si tu n'as pas vraiment une connaissance de ce que fait les uns et les autres, c'est impossible. (R et M acquiescent) Parce que même moi, je trouve, je refais ça, cette contextualisation avec n'importe qui je vais trouver d'autres sens, d'autres approches, d'autres liens auxquels peut être vous auriez pas pensé... ou n'importe. Et du coup, ça me paraît un truc tellement énorme que je me dis que ça devrait être la contextualisation devrait être faite, j'ai envie de dire, une fois pour toute [1:52:22] »
7. L2264 : « parce qu'en fait, on a tendance à recalquer.. »
8. L2265 : « je sais pas comment dire mais... moi du coup, je les fais pas, j'avoue, je suis désolée hein... » L2268 : « moi qui ai repris les les TD du raisonnement clinique, je me suis retrouvée en difficulté parce que je n'avais pas cette feuille et en fait je m'en suis pas rendue compte tout de suite quand j'ai eu la pochette machin nin nin en fait j'ai lu ok la situation. en plus, on était dans le bureau j'en avais entendu parler hein sauf que quand j'en avais entendu parler, j'étais encore en train d'essayer de brancher mes deux neurones et demi donc, j'avais suivi en même temps que je faisais d'autres trucs donc j'avais une compréhension assez euh finalement assez floue et quand je suis arrivée en TD, ça faisait deux ans que j'avais pas fait de TD de raisonnement clinique, si c'est pas plus parce que quand je suis partie, c'était principalement CA et toi qui faisais les TD. J'avais suivi... donc je faisais plus de raisonnement clinique. je suis partie à l'école donc autant te dire que le raisonnement clinique pfft... il était hyper loin. J'avais suivi la démarche, ce que vous aviez voulu instaurer, mais de façon euh très très théorique, quoi, dans les discussions que vous aviez eues euh comme ça, entre deux et je suis arrivée en TD et je me suis dit : oh, pagaille, qu'est ce que je fais, qu'est ce que je dis et ils en sont où, ils ont eu quoi... qu'est ce qu'on leur a dit jusqu'à présent... enfin tu vois, 12 milliards de questions qui me sont venues... » [1:53:55] « après, mais c'est bizarre, parce que toutes les consignes étaient détaillées » « oh mais les consignes... les consignes » « tu vois, c'est fou » « les consignes ; qu'est ce qui leur a été dit jusqu'à présent, comment ça leur a été présenté jusqu'à présent euh qu'est ce qu'ils ont abordé, est ce qu'ils ont eu le... je t'avais posé la question : est ce qu'ils ont eu le le... merde, comme ça s'appelle... le powerpoint machin sur le raisonnement. Tout ça je l'avais pas... » « mais tout ça tu l'avais dans la pochette, et on en a

parlé avant [1:54:20] » « mais je vois pas au niveau de la contextualisation comment j'aurais pu te mettre ça, tu vois (*silence*) puisque je t'aurais répété : voilà, on a commencé, alors, on est passés par le tri des données euh » « sauf que sauf que, c'est à dire que... oui, mais cette logique là de contextualisation, elle doit être pris déjà à la base. Elle doit pas être systématiquement... c'est à dire que on a commencé, je me souviens, c'est M, commencé les contextualisations par le semestre 5, tu fais un bottin mondain avant de commencer à faire quoi que ce soit d'autre. » « Parce que de toute manière, s'il faut commencer à contextualiser l'ensemble des semestres, tu te retrouves... c'est à dire que la contextualisation elle va forcément partir du début de la formation et éventuellement l'idée, c'est qu'est ce qui va, à un moment donné... quelles sont les informations dont on a besoin pour ... » 2310 : « ben, c'est à dire que sur le principe, on devrait commencer les fiches pédagogiques en 1ère année, d'accord ? Et puis, après qu'on a fait la déclinaison en 1ère année, faire la 2ème année sauf qu'on a toujours tendance à faire les 3 en même temps. c'est à dire que vu qu'on a toujours une 1ère, une 2è et une 3è année en même temps, on fait systématiquement toutes les fiches pédagogiques d'emblée sauf qu'a priori, si tu te fais une contextualisation sur du semestre... en 3è année et que tu n'as rien avant, ça veut dire que ta contextualisation elle fait 25 pages puisque de toute manière, normalement, la contextualisation elle évolue aussi en fonction... Alors, le souci que tu as, toi, c'est que tu as du raisonnement clinique et tu as 3 semestres » L2327 : « après, ce qui a été aidant, peut-être, c'est quand euh on a fait les présentations de chacun euh de nos unités de semestres » 2332 : « ça aide mais tu l'as à un moment sur une réunion où t'as une migraine ou pas de migraine... euh suivant comment tu te sens ce jour-là [1:56:53] » L2335 : « et après ce truc-là, ton TD il arrive euh trois semaines plus tard euh entre deux il s'est passé plein de trucs et de bordel, et est-ce que tu vas te re-souvenir de tout ? »

9. L2337 : « parce que pour moi, ce travail-là, c'est un outil de rencontre. Je suis désolée de dire ça comme ça »
10. L2360 : « et puis c'est tellement évident pour nous que » « on n'arrive plus du tout du coup à le mettre en mots » 2363 : « sauf que je rappelle que c'est quand même ce qu'on demande aux étudiants infirmiers quand on leur demande par exemple de faire une situation d'appel ; on demande à un moment donné une contextualisation qui leur permet... »
11. L2378 : « enfin... mais moi, c'est comme ça que je les pense mais je sais pas si j'ai raison, »
12. A propos de contextualisation 2419 : « c'est difficile de définir les besoins ; je sais que systématiquement pour regarder les formateurs fonctionner, je sais qu'ils ont besoin de savoir où ils habitent. et tout le monde ne met pas forcément ça dans la même chose. Y'en a qu'ont besoin de savoir sur la carte de France à quel endroit ils sont, y'en a qui vont se contenter de la région, y'en a qui vont se contenter du village pour fonctionner tu vois. (*Brouhaha*) » Donc

à un moment donné, c'est pas si évident que ça. C'est de quoi on a besoin pour fonctionner. Et du coup, toi, t'as besoins de rien puisque t'as fonctionné dans ton raisonnement clinique. Tu le maîtrises tellement... mais par contre, comment ces personnes qui viennent euh prêter main forte sur le raisonnement clinique, qui qui n'ont pas vécu la même logique évolutive des étudiants et des réajustements divers et variés, comment ils font pour, du coup, pour avoir un travail de qualité représentatif de ce que toi tu attends » 2432 : « est ce que j'ai compris...? » « est ce que je suis dans la même dynamique de ce que tu veux impulser vraiment ? » « mais est-ce que je suis pas trop exigeante est-ce que j'en demande pas plus que ce que tu attends, » « j'étais vachement frustrée tu vois, juste... L'année dernière j'ai fait plein de raisonnement clinique. Cette année, je me dis tiens, je fais pas de raisonnement clinique. Bon, c'est que j'étais trop nulle l'année dernière, quoi, je sais pas...»

13. A propos du raisonnement clinique : L2448 : « mais c'est une réalité. Surtout que le raisonnement clinique, c'est quand même un problème un problème récurrent parce que on euh tout le monde n'est pas au clair avec la manière dont on réajuste... » (*plusieurs personnes parlent en même temps*) « parce qu'il y a d'autres enjeux dans le raisonnement clinique » « Mais n'empêche que n'empêche qu'on est pas au clair avec les réajustements qui sont faits par rapport à l'enseignement du raisonnement clinique. Par contre, ça ne gêne personne, tout le monde va en encadrement faire du raisonnement clinique »
14. L2457 : « donc, y'a bien un souci... y'a bien un souci quelque part où éventuellement c'est... je veux dire, globalement, ça devrait être, une semaine par an on devrait faire du raisonnement clinique complet pour savoir éventuellement où on en est, comment on le fait passer aux étudiants sauf que dès que t'essaies de mettre les gens autour de la table pour parler du raisonnement clinique, t'en a qui s'endorment, t'en a qui se barrent en courant et t'en a qui ronchonnent, et et et t'as et t'en a qui s'animent Donc je veux dire, c'est vachement compliqué à gérer en termes de dynamique parce que globalement c'est vrai y'a d'autres enjeux je pense que c'est le cœur de métier de l'infirmière, ça a à voir avec le deuil des soins infirmiers, tout le bordel et tout le tintouin et tout ce qui s'en suit et c'est pas si évident que ça à faire le tri dans les choses... je suis sûre qu'il y a des enjeux... oui, des enjeux qui me dépassent pour l'instant »
15. L2469 : « mais de enjeux de personne, oui, parce que qu'est-ce que tu mets dans ton cœur de métier ? Ton savoir, ton savoir-faire, ton savoir-être ? Je veux dire, qu'est-ce que tu mets au cœur de ton métier d'infirmière ? D'ailleurs je rappelle que les gens qui sont là ne sont plus infirmières... Merde ».
16. L2585 : « parce que sur le principe, y'a aussi le fait que, en plus d'une contrainte de partage, y'a aussi une contrainte de traçabilité, ce qui est une double contrainte a priori sur cette

logique-là. Si on pouvait avoir du temps pour préparer les TD ensemble, du temps pour les réajuster ensemble, je pense qu'on n'aurait même pas besoin de la fiche pédagogique, tu vois ce que je veux dire ? C'est à dire que c'est censé faire euh une espèce de fil conducteur qui qui éventuellement regroupe tout le monde mais euh...a priori, c'est pas si c'est pas si simple que ça ».L 2592 : « je suis la première à ne pas le faire, le truc d'écrit. Je vais voir la collègue et je lui dis... Ben, avec K, je lui dis souvent, je lui dis de vive voix puis c'est tout. J'écris pas. On se force pas à réécrire dessus. Et c'est sûrement un tort »

Commenté [C32]: culture orale infirmière

L2373 : « quels sont les a priori avec lesquels on fonctionne, les non-dits sur lesquels on est persuadés que tout le monde partage les mêmes choses [1:59:53] » « c'est un détail » « c'est un détail, n'empêche que tu fais pas la même chose quand t'es en 1ère, 2è et 3è année. T'abordes pas le même euh le public de la même manière »

L2506 : « « On sait pas ce qui va pas et comment on peut apporter des axes d'amélioration si on ne sait pas si c'est un manque de travail de leur part, si c'est nous qui avons merdé... si c'est moi qui merde... » L2521 : « tu vois du coup, à un moment donné, tu te dis putain, tout le monde y va de son de son truc, et est ce que je suis bien dans les clous. Tu vois, ça te fait douter »

L2523 : « Oui, mais alors explique moi pourquoi c'est si compliqué que ça de mettre les gens autour de la table pour en parler » « je pense que ça cristallise quelque chose de... Ça cristallise quelque chose je ne sais pas je ne sais pas quoi, mais quelque part. » « ce qui est très compliqué pour nous, c'est de faire la part des... de poser à plat, de faire la part des choses et d'évaluer ce qui appartient aux étudiants, ce qui nous appartient à nous, parce qu'on est dans la même logique : allez hop là, on n'a pas fini quelque chose qu'on est en train de refaire autre chose. » L2538 : « On se pose jamais [2:08:54] Alors moi, ça me fatigue à un point vous ne pouvez même pas savoir. On n'arrive même pas à se poser à un moment donné pour essayer de faire le tri dans ce qui nous appartient, là où les étudiants ont eu des difficultés, » ... « je pense que c'est dangereux d'aller jusqu'au bout de la démarche. Je sais pas pourquoi, je n'arrive pas à comprendre » « regarde cette fameuse feuille pédago. Y'a marqué réajustement. Combien de feuilles reviennent chez le formateur qui a initié la démarche pédago avec un réajustement derrière ? »

L2617 : « j'ai ce sentiment profond de solitude... » (//référence d'UE)

Genèse du projet pédagogique du moment :

2651 : « La genèse de l'histoire c'est que, au moment où on a revisité le projet qui avait beaucoup de difficulté à prendre forme, le projet concernant le référentiel 2009, il avait beaucoup de difficultés à prendre forme, il a été revisité en 2012, où là, en 2012-201, on s'est dit on va diviser, comme c'est compliqué de travailler à une équipe complète de 10 formateurs, on va diviser l'équipe en deux, on va faire un axe 1, un axe

2, on va créer un collectif axe 1, un collectif axe 2, comme ça ils se feront taper sur la gueule à un moment donné, ce qui était intéressant, donc en fait on a créé un collectif pour que un ensemble de 5 personnes donnent du sens à une partie du référentiel et que le le et qu'une partie de l'équipe donne du sens à une seconde partie du référentiel avec l'idée qu'à un moment donné, ces deux parties viendraient titiller le sens commun, d'accord ? (R acquiesce) C'est à dire du coup viendraient décloisonner les logiques. Et systématiquement on a dit que c'était pas forcément une mauvaise idée dans le sens où, étant donné que les 5 personnes qui travaillaient en fonction de l'axe avaient systématiquement ces pré requis, ces contextualisations beaucoup plus en tête que le partage complet du référentiel, donc du coup on a dit, on évitera de faire partir les gens qui arrivent dans des axes dans un axe autre que celui dans lequel ils sont parce que du coup on va les aider à se repérer dans la logique de l'axe, et après, une fois qu'ils seront repérés là où ils habitent, on élargira le le l'environnement et du coup on décloisonnera les axes. Sauf qu'on change d'équipe à chaque fois, [2:15:38] à chaque fois on se retrouve avec des personnes qui... par lequel on fait repasser par le même système, c'est à dire du coup, une appropriation en global d'un axe, avant de passer sur une logique. Donc c'est pour ça qu'à un moment donné quand on a parlé du décloisonnement, on a dit, du décloisonnement, du binôme axe par axe sur les plus anciens, donc du coup c'était : R/M, K/S et euh il m'en manque un... Non c'est tout ».

L2695 : « mais le décloisonnement c'est difficile parce que qui dit décloisonnement dit partage, et c'est vrai que y'a des fois c'est très compliqué d'avoir d'étendre son unité d'enseignement. parce que le souci c'est que... »

L2717 : « j'insiste lourdement sur mon histoire d'axe 1, axe 2, parce que pour moi, si vous devez faire le même travail sur l'ensemble du référentiel... (*une discussion en parallèle concernant les numéros d'unités d'enseignement*) pour certain ça a pris trois ans, donc du coup je me dis, restons à un certain endroit et puis élargissons petit à petit, pas tout à coup. Les premières fois que les formateurs qui arrivaient et qui s'inscrivaient partout, à un moment donné, c'est l'éclatement le plus total. Alors après j'entends bien que du coup ça cloisonne et que du coup on se retrouve à faire toujours la même chose... » « après euh c'est même pas ça euh pour moi c'est quand même difficile de travailler avec certaines personnes... » L2730 : « Y'a de la résistance, mais un jour ça va céder » **Brouhaha**. « Si on s'entendait bien on pourrait faire vraiment des bonnes choses » L2733 : « C'est pas qu'on s'entende bien, c'est qu'on ait une volonté de travailler ensemble » L2743 : « : Et tu vois bien qu'à un moment donné, c'est peut-être extrêmement inconfortable quand on demande à une personne de partager des choses qui pour elle sont quelque chose de l'ordre de l'individuel (R acquiesce) et qui lui appartiennent qu'à elle, c'est très compliqué de partager. Je sais pas comment on peut, moi je sais pas comment on peut amener sans que ce soit dangereux, j'en sais rien, j'ai toujours pas toujours pas saisi moi... » L2752 : « Moi je pense qu'il y a une notion... Enfin ça peut être dangereux comme tu dis »

Commenté [C33]: danger

L2830 : « la fois ou moi je l'ai pas dit, c'est parce qu'elle me l'a donné la veille pour le lendemain, la fois où j'ai ramé, et que bien souvent, finalement elle fait toujours ça, parce que comme ça personne n'a le temps de la lire avant et tu te retrouves au pied du mur, et c'est une stratégie. C'est une stratégie... (*plusieurs personnes parlent en même temps 2 :25 :47*) » L2836 : « Et comme ça tu peux rien dire et t'es comme un con à morfler et après c'est : "ah bah non, j'comprends pas" »