

Le soin comme profession

Redéfinition des savoirs professionnels pour les infirmiers, contrôle des aires de juridiction par les médecins.

Eliane Rothier Bautzer*

**Eliane Rothier Bautzer*

*Université Paris Descartes,
CESAMES,
45, rue des Saints Pères
Paris, F-75006, France.*

eliane.bautzer@paris5.sorbonne.fr

Résumé : Nous explorons la question de recherche suivante : dans quelle mesure les catégories « prévention » et « chronicité » remettent-elles en question les frontières professionnelles médecins/infirmiers tout en préservant un modèle de formation des médecins centré sur la guérison (ou « cure ») ? Notre corpus est constitué d'une soixantaine d'entretiens semi directifs auprès de professionnels de santé, d'observations de situation de travail en milieu hospitalier et de réunions visant le « passage au LMD » des formations des professionnels de santé qui ont eu lieu au Ministère de la Santé durant l'année 2006. A partir d'un modèle écologique des professions, nous montrons d'une part comment les représentants des cadres formateurs surestiment les enjeux professionnels de la (re)définition des savoirs à enseigner au détriment des dimensions éthique et épistémologique du soin. D'autres parts, nous montrons comment certains médecins, en France, contrôlent les aires de juridiction des activités de soin et de traitement.

MOTS-CLÉS : savoirs professionnels théoriques et pratiques, soin et traitement, sociologie des professions de santé.

Introduction

De la médecine à la santé, les pratiques des professionnels de santé se voient aujourd'hui soumises à des injonctions multiples et contradictoires. D'abord consacré aux personnes dépendantes, l'hôpital se voudrait résumé en un plateau technique performant pour traiter des pathologies aiguës dans un laps de temps de plus en plus réduit. D'une part, la « machine à guérir » tend à exclure ceux qui sont atteints de pathologies chroniques ou multiples. Les médecins, formés avec un idéal type centré sur ce que les anglo-saxons nomment le « cure » (la guérison) et leurs « auxiliaires » (paramédicaux) qui se revendiquent plus volontiers experts du soin « care », montrent unanimement un évitement des secteurs confrontés à ces pathologies où le retour à l'état d'équilibre, à l'autonomie du patient, ne peut être visé. Parallèlement, la technicité évolue rapidement et confronte ces professionnels à d'autres, spécialisés par exemple dans la maintenance d'appareils toujours plus sophistiqués. D'autre part, les temps de séjours sont raccourcis, les soins et les traitements tendent à être envisagés également dans leur dimension préventive. Dès lors, la formation théorique et pratique sur laquelle a longtemps reposé l'édifice est mise à mal et s'en trouve questionnée. Parmi les pistes envisagées, le rapprochement du modèle « Licence Master Doctorat » pour les médecins comme pour les paramédicaux français apparaît susceptible de rendre possible des évolutions dont la nécessité semble faire l'unanimité (citons les rapports Debouzie¹, Berland², du Conseil économique et social³). Le projet serait de rapprocher ses formations de l'Université, de construire des passerelles entre elles, de permettre aux professionnels de santé, à terme, de répondre « ensemble » aux besoins de la population toujours croissants. La sociologie des professions nous a appris combien ces reconfigurations reposaient en fait sur des gestions de territoires empreintes de

¹ Commission pédagogique nationale de la première année des études de santé
Rapport Debouzie, juillet 2003.

² Mission "Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences"
Rapport du Pr Yvon Berland, oct 2003 (premier rapport d'étape)

³ Conseil économique et social, Michel Pinaud, 2004 : « Le recrutement et la professionnalisation des salariés du secteur sanitaire et social ».

fortes tensions (Abbott, 1988, Menger, 2003). En France, où toute modification de cursus, de programme doit obtenir le « feu vert » de l'Etat, les professionnels qui accompagnent les décisions ont su se maintenir au plus près des Ministères concernés, ceux de la Santé et de l'Enseignement Supérieur. Ce sont des médecins qui conseillent les Ministres sur les réformes à mener. Ils ne représentent cependant pas, tant s'en faut, l'ensemble de la profession médicale⁴. Les paramédicaux restent à l'extérieur du lieu de décision et se contentent de se rendre aux diverses convocations qui ne manquent pas de leur parvenir (groupes Licence Master Doctorat sur l'année 2006 portés par la Direction Générale de la Santé et la Direction de l'Enseignement Supérieur et groupe VAE porté par la Direction de l'Hospitalisation de 2006 à 2007). Nous nous sommes attachées surtout à la façon dont les dynamiques professionnelles sont décrites, investies, transformées par les segments les plus fragiles – i.e. les professionnels les plus proches des soins de santé « primaires ».

Notre question de recherche peut être résumée ainsi : Dans quelle mesure les catégories « prévention » et « chronicité » remettent-elle en question les frontières professionnelles médecins/infirmiers tout en préservant un modèle de formation des médecins centré sur la guérison ou « cure » ? Nous développerons ici les questions suivantes : comment l'opposition théorie/pratique configure-t-elle les modèles professionnels de formation des infirmiers ? Comment les dispositifs de formation en IFSI⁵ prennent-ils en compte la « raison pratique » dans la transmission et l'appropriation des savoirs professionnels ?

Aires de « juridiction » et savoirs professionnels ; pierres de touche d'un statut

Notre position théorique s'inscrit dans un programme de recherche alternatif aux travaux contemporains inspirés des auteurs de la deuxième Ecole de Chicago. Avec Champy (2004 :9), nous pensons que « *la construction historique des phénomènes ne permet en rien de conclure que toute construction eut été possible* ». Ce faisant, nous nous opposons à une vision des groupes professionnels comme réalités mouvantes et contingentes. C'est pourquoi, nous refusons une focalisation trop grande sur les représentations et les discours des individus au détriment d'une compréhension de ce que ces collectifs produisent ensemble en situation de travail. Les aspects à la fois techniques et moraux de cette production notamment seront considérés. Cependant, nous convenons avec Abbott (1998) que les relations entre les professions définissent un système d'interaction, une « écologie des professions ». L'argument vise à souligner que les tâches qu'une profession entend se réserver « juridictionnellement » ne lui sont attachées par aucun lien absolu et permanent de nécessité. Deux jeux de forces provoquent la variabilité de ce lien, ceux de la concurrence interne entre les professions, et ceux d'influences sociales externes, qui, en suscitant l'apparition de nouvelles tâches et activités, forcent les

⁴ Les différents segments représentant les médecins peinent en France à défendre un point de vue commun, ce qui fragilise l'ensemble.

⁵ Instituts de Formation en Soins Infirmiers

professions à réajuster leurs relations, selon un schéma d'action causale indirecte sur la structuration du système (Abbott, 1998,2003). Le maître mot de l'analyse est donc la *concurrence que se livrent les professions pour établir et défendre des zones de contrôle* ou, pour parler comme Abbott, des aires de juridiction des activités. Nous nous inscrivons donc dans le cadre d'une sociologie des professions qui porte une attention particulière aux professions telles qu'elles s'exercent, au sein de collectifs historiquement constitués. Les savoirs et savoir-faire que détiennent les professionnels constituent la pierre de touche de leur statut ; nous nous intéressons à la façon dont ces savoirs sont définis, ont évolué, sont transmis. Puisque la dimension écologique appelle une recherche contextualisée et non focalisée sur un type d'acteur nous avons donc travaillé sur une profession en particulier en considérant son rapport avec les professions « adjacentes ». Ainsi, nous nous sommes intéressées à la formation à la profession infirmière tant en Institut de Formation que sur son terrain d'exercice en relation avec notamment la profession dont elle est l'auxiliaire, la profession médicale.

Une démarche empirique basée sur une longue fréquentation du « terrain »

Fondé sur une démarche empirique, ce travail a débuté par une longue fréquentation du « terrain ». Notre corpus est constitué par la réalisation d'entretiens semi-directifs avec cinquante-cinq infirmiers en cours de formation au sein des Instituts de Formation de Cadres de Santé en France (Région parisienne, Province) et au sein de filières universitaires de recherches en soin, gestion des soins et santé mentale (licence et maîtrise) ainsi que six enregistrements de réunions de service dans des unités de soin hospitalières (services de médecine et de réanimation). Nous avons également participé aux visites du matin dans les mêmes services et nous avons relevé les traces écrites des pratiques infirmières produites par ces services (tableaux de bords, plannings, dossiers de soins, transmissions ciblées et plans de soin guide). Nous avons mené une phase de recherche documentaire au sein de filières universitaires de recherches en soin, gestion des soins et santé mentale au cours de laquelle nous avons analysé des revues professionnelles, des mémoires de recherche sur les soins infirmiers et sur la formation des infirmiers, les programmes de formations et des textes législatifs. Nous avons aussi pu réaliser des observations de groupes de travail réunis autour de la question de la pénurie de soignants et de la formation des professionnels de santé. Il s'agit là d'itérations successives avec la DRASSIF, l'ARHIF et l'AP-HP, l'UHRIF⁶ et la Croix Rouge Française. Nous avons suivi les réunions mensuelles organisées en 2006 par la DGS⁷ afin de préparer de nouveaux arrêtés promis pour septembre 2006 en vue de

⁶ DRASSIF : direction régionale des affaires sanitaires et sociales d'Ile de France

ARHIF : agence régionale pour l'hospitalisation en Ile de France.

AP HP : Assistance publique Hôpitaux de Paris

UHRIF : Union Hospitalière de la région d'Ile de France

⁷ Direction Générale de la Santé (nous écrirons désormais DGS dans le document) et DHOS pour la direction de l'Hospitalisation.

« l'universitarisation »⁸ des professions paramédicales. Nous avons été alors observatrice en tant que membre du comité de pilotage LMD des professions paramédicales⁹ interministériel (Ministères de l'Enseignement supérieur et de la Recherche et Ministère de la Santé) en 2006.

Contexte actuel de la formation des infirmiers ; l'augmentation des quotas rend visible les difficultés, la VAE sert à construire un cursus

Les formations des infirmiers généraux et psychiatriques français, unifiées depuis 1992 se déroulent dans des IFSI, la plupart héritiers des écoles d'hôpital¹⁰. Ces formations étaient assurées par les médecins au début du 20^{ème} siècle lors de la première vague de professionnalisation des auxiliaires. Puis, de plus en plus, la formation s'est réalisée en association avec des infirmières¹¹. Peu à peu, les médecins ont été de moins en moins présents¹² et les cadres infirmiers se sont « spécialisés » dans la formation au soin. Leurs représentants (Comité d'entente des formations infirmières et Cadres) négocient actuellement les programmes et les cursus au Ministère¹³. Ces cadres formateurs se sont peu à peu éloignés des soins techniques sur le terrain et de l'accompagnement des étudiants en service pour se concentrer sur les « concepts » du soin hérités de théories anglo saxonnes revisités par les canadiens¹⁴. N'ayant pas accès eux même à la recherche en soin en France, ils s'inspirent des recherches développées surtout dans les pays anglo-saxon où des filières « soins infirmiers » existent à l'Université. Aujourd'hui, les formateurs doivent être tous cadres de santé¹⁵. Or, depuis l'augmentation des quotas, les IFSI

⁸ Les acteurs se réfèrent souvent aussi au terme « passage au LMD ».

⁹ Les trois autres membres étant deux doyens conseillers au Ministère de l'Enseignement Supérieur et le conseiller technique du Cabinet.

¹⁰ Pour un rappel historique des différentes étapes de l'histoire de la formation infirmières voir Rothier Bautzer (2001)

¹¹ Elles furent d'abord nommées « monitrices ». La légitimité de ces formatrices s'ancrait sur la démonstration dans l'exercice du métier : « *En 1973 on allait tous les matins en blouse à l'Hôpital pour enseigner aux élèves* ». La génération de formateur la plus ancienne aujourd'hui en IFSI a ainsi été formée.

¹² Les médecins gardent cette représentation. Très récemment, le doyen d'une faculté de médecine pensait que sa profession intervenait sur un tiers de la formation infirmière alors qu'ils en étaient sur le même site à 18% du temps de formation.

¹³ Notons que les personnels de l'AP HP ne sont pas représentés au CEFIEC mais que la conseillère technique au Ministère de la Santé au sujet des formations est l'ancienne directrice de formation à l'AP HP.

¹⁴ Les Soins Infirmiers ont pu acquérir le statut de discipline universitaire au Canada.

¹⁵ La formation ne dissocie plus les futurs formateurs des futurs gestionnaires de service. La part octroyée à la formation de formateurs dans le cursus cadre s'est peu à peu réduite.

et les terrains de stage¹⁶ se voient submergés. Dès lors, on observe une hétérogénéité accrue, les anciennes formatrices héritières des monitrices côtoient de jeunes infirmières « non cadrées ». C'est à partir de ce contexte que des réformes sont étudiées.

Les modifications de la formation prônées mais pour l'heure non réalisées, témoignent des jeux de pouvoirs entre services de la Direction de l'Hospitalisation (DHOS), Direction générale de la Santé (DGS) et de la Direction de L'enseignement supérieur (DESUP). En effet, d'une part, les cadres de santé formateurs ne peuvent d'emblée entrer seuls dans le dispositif « Licence Master Doctorat » puisqu'ils ont construit leur légitimité sur leur fonction cadre et non sur des diplômes universitaires. D'autre part, s'ils construisent des partenariats avec les Universités, ils craignent de perdre la maîtrise du processus. Nous avons pu observer en 2006 que, de surcroît, le Ministère de la Santé estime in fine qu'il peut seul « contrôler » ces formations et reproche à l'Enseignement supérieur de ne « rien contrôler¹⁷ » de ce qu'il organise... Sur ce contexte peu favorable vient se greffer l'impact de la régionalisation et de la comptabilité analytique hospitalière qui génère une maîtrise accrue des coûts de formation. L'échec de ces premiers groupes de travail -portés par la DGS -à réformer les cursus a donc nourrit la reprise du dossier par la DHOS qui organise la VAE (validation des acquis de l'expérience). Cette dernière sert aujourd'hui à « reconstruire » le cursus de formation des infirmiers. Elle peut permettre de le réduire-les formations aides soignantes sont ainsi passées de 18 à 10 mois- et donc d'en limiter le coût. Pour l'heure, la formation infirmière comporte 4760 heures de formation dont la moitié se déroule sur les terrains de stage, essentiellement hospitalier et l'autre moitié en IFSI. Quels savoirs y sont véhiculés ?

Professionnaliser par l'enseignement de démarches en IFSI ?

La formation actuelle consiste dans un premier temps à transmettre des techniques et langages experts qui éloignent l'étudiant de la sphère privée, des gestes partagés avec le profane, ce qui est tout à fait cohérent avec un processus déclaré de professionnalisation¹⁸. Comme le soulignent les cadres formateurs interrogés, on apprend à faire « *le lit d'une infirmière qui ne se défait jamais* », on ne parle pas d'une « *piqure mais d'une injection* », on apprend à « *se laver les mains de manière technique* », à réaliser des toilettes ; « *la toilette est un acte infirmier à part entière, il faut procéder selon un protocole précis* », car « *la manipulation du patient dans le lit doit suivre des étapes particulières c'est pourquoi on réapprend tout ceci aux*

¹⁶ Il est à noter que les terrains restent presque exclusivement hospitaliers. On forme des infirmières hospitalières.

¹⁷ Propos tenus en ces termes par deux responsables au sein de la DGS.

¹⁸ Voir le Que-sais-je de Catherine Dubois-Fresney et Georgette Perrin, Le métier d'infirmière en France.

aides soignantes qui ne le faisait pas comme une infirmière doit le faire ». Ainsi que le précise la revue Nursing Québec (vol 3 Mai 1989), les formateurs travaillent à partir des « *modèles conceptuels congruents avec les pratiques et les représentations des acteurs* » car « *il est important que le modèle conceptuel choisi corresponde aux valeurs et aux croyances des infirmières. Il est important aussi que le modèle soit l'objet de consultation auprès des infirmières qui auront à l'adopter* ». Comme le montre Anne Piret¹⁹ (2005) dans sa thèse de sociologie, les élèves infirmiers font face à un discours et des apprentissages techniques contradictoires. D'un côté, on préconise de « prendre soin » du patient d'un point de vue humaniste, de l'autre on apprend techniquement à traiter le patient comme un mannequin et non l'inverse. Plutôt qu'une démarche scientifique, il s'agit d'apprendre à partir de construction de modèles théoriques à partir d'un système de valeur et de l'« expérience pratique ». L'élève infirmier doit aussi apprendre à adopter un raisonnement structuré : la démarche de soins - méthode organisée et systématique dont le but est de délivrer des soins infirmiers individualisés. Elle se décompose en cinq étapes : le recueil des données, l'analyse des données (diagnostic infirmier), la planification, la réalisation et l'évaluation. Dans les années cinquante, Virginia Henderson²⁰, infirmière américaine, propose une systématisation des activités infirmières en un cadre d'analyse dit "des 14 besoins de l'être humain²¹". Le but de la profession infirmière est de conserver et de rétablir l'indépendance du patient de sorte qu'il puisse satisfaire lui-même ses besoins fondamentaux. Cet aspect de son travail, cette partie de sa fonction, l'infirmière en a l'initiative et le contrôle : elle en est le « maître ». L'infirmier en IFSI apprend donc à formuler le diagnostic infirmier²² qui consiste en un système de classification des problèmes de

¹⁹ Description et analyse des processus de socialisation corporelle en contexte de formation professionnelle : le cas de la formation en soins infirmiers

²⁰ "Selon la conception de Henderson, les soins infirmiers concernent l'aide apportée aux personnes malades ou en santé dans l'exécution des activités liées à la satisfaction de leurs besoins fondamentaux. Ces personnes pourraient accomplir ces activités sans aide si elles possédaient la force, la volonté ou les connaissances nécessaire » (Henderson et Nite, 1978).

²¹ Quels sont les besoins ? B1 = besoin de respirer, B2 = besoin de boire et de manger, B3 = besoin de sécurité, B4 = besoin d'éliminer, B5 = besoin de communiquer, B6 = besoin de se mouvoir et de maintenir une bonne position, B7 = besoin de pratiquer sa religion et d'agir selon ses croyances, B8 = besoin de dormir et de se reposer, B9 = besoin de s'occuper de façon à se sentir utile, B10 = besoin de se vêtir et de se dévêtir, B11 = besoin de se recréer, B12 = besoin de maintenir la température du corps, B13 = besoin d'apprendre. Pour chacun des besoins, le modèle de Virginia Henderson définit des "signes de satisfaction" et des "signes de dépendances (ceux-ci désignent des difficultés du patient dans la satisfaction de ses besoins).

²² Il concerne le rôle propre. Le décret du 15 mars 1993 précise que relèvent du rôle propre infirmier les soins infirmiers liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et visant à

santé des patients par rapport auxquels l'infirmier peut avoir une action²³. L'enseignement est basé sur la semaine de 35 heures. Mais les revendications étudiantes ont conduit à rapprocher le statut des élèves de celui des étudiants. Aussi, les cours magistraux ne sont plus obligatoires aujourd'hui et beaucoup d'élèves s'abstiennent de s'y rendre et les formateurs estiment que « *les connaissances associées ne sont pas toujours évaluées* »... Les difficultés à mener les tâches d'évaluation des étudiants ont été relevées depuis plusieurs années. Les responsables de formation à l'AP HP ont même tenté d'y remédier en travaillant à produire une sorte de guide sur la question. Mais l'hétérogénéité des dispositifs et des pratiques sur le territoire reste très importante. Tous les étudiants ne suivent pas un cursus identique, tous ne sont pas évalués de la même façon ; il n'y a pas de « cœur de métier », d'« incontournable » bien défini qui préciserait ce qu'une infirmière diplômée d'Etat ne peut ignorer ou ce qu'elle doit absolument connaître.

L'autre moitié du temps de formation se poursuit en stage, essentiellement en milieu hospitalier. Les propos des formateurs et des cadres de terrain convergent pour noter que les étudiants vivent difficilement les stages ; « *En Ecole de Puer, des infirmiers diplômés disent « avoir peur d'aller en stage* ». En l'IFSI « *des élèves appellent les terrains pour dire le matin même qu'ils ne viendront pas car ils sont angoissés* ». Les limites en matière d'encadrement sont parfois criantes : « *Parfois, ce sont les élèves de seconde années qui encadrent les premières* ». Au mieux, « *les infirmières qui encadrent sont juste sorties de l'école.* » L'augmentation des quotas a accru les problèmes rencontrés dans la formation²⁴. Actuellement, les services se voient imposer des élèves qu'ils ne peuvent pas refuser (on les leur impose souvent) et peu accompagner. Comment être en pratique « centrées sur le patient » comme leurs formatrices le leur recommande tout en s'intégrant dans les services où l'objectif de traitement de la pathologie est premier ? L'alternance est juxtaposée et nourrit les dérives. Les étudiants sont conduits à opérer en permanence un clivage entre les apprentissages et le discours humaniste de l'école et le travail sur le terrain de stage. Ils sont confrontés seuls à des mises en situation et en responsabilité. Lorsqu'ils sont évalués par les cadres formateurs, en toute complicité avec le service, ils « construisent » un soin type qu'ils réalisent devant l'évaluateur et reprennent ensuite les habitudes (parfois bien distinctes) du service. Certains services ont même un chariot de matériel distinct des autres et réservé à l'évaluation par la formatrice ! Les étudiants éprouvent ainsi des difficultés à réaliser les gestes techniques et à

compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes.

²⁴ Enquête IFOP pour ARHIF 2001, « Plan régional de formation et de recrutement d'infirmières » ARHIF, 2003, Propositions de l'Union Hospitalière de la Région île de France concernant les professions paramédicales.

comprendre ce qu'ils font. Ils s'adaptent aux discours divergents sans savoir, au fond, ce qu'il faudrait faire. Certains d'entre eux prennent comme sujet de travail de fin d'étude leur désarroi par exemple sur le « débouchage de cathéter²⁵ », interdit en principe et pourtant pratiqué... Les aspects moraux et techniques du métier comportent des contradictions auxquelles les élèves sont confrontés sans moyen de les analyser ce qui engendre des répercussions psychiques (angoisses, abandon d'étude liés au stress, recours à des médicaments antidépresseurs et anxiolytiques) et techniques (erreurs de calculs de dose par exemple). Conjointement, l'évolution rapide de ces techniques de soin elles-mêmes transforme le travail de l'ensemble des professionnels de santé. De nouveaux acteurs (maintenances, ingénieurs biomédicaux, spécialistes de la gestion de la mort...) viennent bouleverser les agencements et négociations qui préexistaient²⁶. Dans un tel contexte, la construction de savoirs professionnels est mise à mal. Les démarches comme le diagnostic infirmier, censées asseoir la reconnaissance professionnelles, sont critiquées. Certains cadres et infirmiers de terrain sont ainsi très sceptiques sur l'utilité du DI « *Le diagnostic, le rôle propre, on peut toujours en faire un mais c'est sans intérêt puisque c'est le rôle qu'on délègue volontiers à l'aide soignante (soin des escarres ...) de toutes façons, avec tout ce qu'il faut écrire en plus on n'a pas le temps* »²⁷. D'autres ajoutent en donnant un exemple : « *En fait, le diagnostic infirmier systématise, stérilise et uniformise le bon sens* », « *Le diag individualise les soins alors les équipes ne se l'approprient pas* ». *C'est pourquoi, « l'utilisation de la démarche de soins et des diagnostics infirmiers relève plus de l'exceptionnel que du quotidien* ». L'éloignement fréquent du discours et des activités entre cadres formateurs et leurs collègues cadres de terrain vient signer le clivage et rendre parfois difficiles les identifications et le compagnonnage qui préexistaient.

Le stage reste l'impensé du dispositif de formation.

Le stage reste l'impensé du dispositif de formation. Au centre des contradictions relevées qui concernent tant la forme que le contenu du système de formation en alternance, on retrouve la division sociale entre la théorie et la pratique. La formation moderne assoit ses dispositifs alternés ou non sur une vision scolastique qui « sur valorise » la dimension individuelle, symbolique, de l'acquisition de connaissances. D'une façon plus générale, la contribution de l'univers du travail à la formation des stagiaires demeure abstraite. Par contre, la contribution du stagiaire infirmier à l'univers de travail, elle, est très concrète (emplois non pourvus, actuellement tenus par des stagiaires). En effet, si le contexte, la situation vécue, insérée dans un collectif revêt un caractère formateur, il s'agit d'en décliner les modalités (objectifs, contenus, évaluation). Cet aspect de la contribution du lieu de travail à l'apprentissage de la profession -voire à l'obtention de la qualification- qui

²⁵ TFE 2006, IFSI de Caen.

²⁶ Fort bien décrites par Strauss (1992)

²⁷ Voir à ce sujet, Françoise Acker (1997)

donne le droit de l'exercer- demeure l' « impensé » des dispositifs alternés²⁸ et notamment du dispositif de formation des infirmiers. Pour que le stage puisse être réfléchi en tant que dispositif de formation, il s'agirait de sortir du modèle qui réduit l'action à sa planification (Suchman, 1987). Il serait alors possible d'envisager une alternative qui rend compte de la contingence et qui compte sur celle-ci, plutôt que de vouloir réduire son apport et de l'éliminer par une rationalisation exagérée. Mais tant que la légitimité pédagogique du lieu de stage reposera sur une définition en creux, comme « lieu d'application des savoirs véhiculés en école²⁹ », les dispositifs de formations alternées resteront des dispositifs de formation traditionnelles amputés des quelques semaines où les étudiants sont « en stage ». Le déficit d'accompagnants sur le terrain accroît le sentiment de solitude des élèves soumis en sus à une injonction d'autonomie toujours plus prégnante³⁰. Alors qu'ils ont réussi à entrer à l'IFSI sur concours, on observe aujourd'hui des abandons croissant en cours d'étude (20 % de déperdition en moyenne sur les trois ans)³¹. Ainsi, l'alternance juxtaposée, l'absence de transversalité et de prise en compte de la dimension collective du soin dans la formation insulaire –le modèle des écoles d'hôpital– délivrée, l'enseignement de savoirs au rapport délié à fois à la recherche et au terrain, sont autant d'éléments qui fragilisent le dispositif actuel de formation des infirmiers.

Professions de santé : des modèles de formation inadaptés aux besoins croissants de la population, des préconisations portées par les médecins

Cette fragilité du dispositif de formation est d'autant plus problématique que les besoins de la population, eux, évoluent rapidement et de façon exponentielle. A l'heure où l'on peine à former des infirmiers hospitaliers, le manque de soignants apparaît aussi hors les murs de l'hôpital. Au même moment, en effet, ce manque de personnel soignant croît et devient criant sur certains terrains liés aux pathologies chroniques (médecine, gériatrie, psychiatrie, neurologie). La pathologie chronique

²⁸ Cf. notre communication au CERALTES (Centre d'Etudes et de Recherches sur l'alternance dans l'Enseignement Supérieur).

²⁹ Sachant que l'Ecole est un institut de formation professionnelle où enseignent –sauf interventions ponctuelles – presque exclusivement des professionnels.

³⁰ Les premiers stages notamment où les élèves sont envoyés dans des services très déficitaires en personnels en Ile de France (gériatrie par exemple...). Plus ils avancent dans la formation, plus ils fréquentent des services 'techniques', ce qui contribue à instaurer une hiérarchie dans le soin délivré. A la sortie des études, les étudiants sont plutôt attirés par les services comme la réanimation –qu'ils ne qualifient d'ailleurs pas de « service » par opposition aux autres lieux où le manque de médecins et de soignants est plus criant !

³¹ Des campagnes de communication ne sont que partiellement parvenues à remplir les quotas. Aussi, les pouvoirs publics essaient de limiter cette déperdition sur les trois années en permettant le redoublement de chacune des années, en contrôlant davantage les directeurs d'instituts et en limitant leur pouvoir (Réunions sous l'égide de la DGS, 2007), en octroyant plus de droits aux étudiants.

impose un va et vient entre l'hôpital et la ville (CREDES, 2000:87) et ce, d'autant plus que le coût des soins à l'hôpital implique des séjours de plus en plus écourtés. C'est la ville qui doit donc prendre le relais. C'est pourquoi on promeut aujourd'hui des réseaux villes/hôpital où la médecine ambulatoire et la médecine de ville voient leurs frontières revisitées au profit d'un ré agencement des tâches de chacun et d'une remise en cause des frontières établies. Ce mouvement de la pathologie aiguë à la pathologie chronique est aussi celui d'une médecine reconnue, fortement médiatisée à une médecine et un soin de « l'ombre » n'offrant qu'une reconnaissance professionnelle et médiatique moindre à celui qui la pratique et à ceux qui la vivent. La circulation des informations rendue nécessaire entre l'unité hospitalière et le médecin et le soin de ville contribue à transformer les modes de fonctionnement des négociations au cœur des pratiques soignantes. L'infirmière est considérée comme un pivot du dispositif entre médecins, patients et autres professionnels de santé. Elle seule est censée pouvoir s'adresser aux uns et aux autres en adaptant son langage à son interlocuteur. C'est pourquoi c'est elle qui porte la coordination des activités. Pour ce, elle est confrontée à une injonction et une pression à l'autonomisation : l'éthique de l'attente et de la longue habitude à un service se voit reniée et remplacée par une éthique de la prise de responsabilité autonome et de l'apprentissage théorique individuel (de Coninck, 1995 :156). Mais sur quelles ressources peut-elle s'appuyer pour exercer ainsi son rôle de pivot réflexif et autonome ? Les pouvoirs publics (Drass, DGS, FHF, URHIF) partagent un diagnostic prônant un nécessaire changement dans la formation de ces professionnels³². Ils s'accordent sur le fait que les formations actuelles ne peuvent permettre d'attirer, de fidéliser et de promouvoir les paramédicaux. La transversalité et les passerelles entre professions sont attendues, l'universitarisation envisagée comme un moyen d'édifier ces passerelles. Les cadres formateurs (CEFIEC) demandent surtout l'accès à la recherche –le « D » du LMD- pour asseoir leur reconnaissance de formateurs face au corps médical³³. Pour faire évoluer ces dispositifs, un certain nombre de préconisations ont aussi été avancées par des médecins auteurs de rapports sur l'évolution des professions de santé dans leur ensemble (rapports Matillon, Debouzie, Berland). Elles font l'objet de discussions entre médecins conseillers politiques qui ne sont pas tous unanimes et prônent des solutions parfois antagonistes. Les réformes affectant le champ de la santé sont en effet portés aux cabinets ministériels par ces médecins qui se veulent les relais de « la profession » mais ne représentent que certains de ses segments, parfois juste eux-mêmes... Ces derniers s'accordent pour ne « *pas être cantonnés aux maladies mais occuper le champ de la santé* ». Ils sont donc en passe de réaliser pour la profession médicale, le passage au LMD de cette formation professionnelle sous mode dérogatoire³⁴. Parallèlement à une accentuation de la formation médicale à la

³² Voir ARHIF 2003

³³ CF revendications lors des réunions organisées par la DGS en 2006.

³⁴ Rapport Thuilliez, juillet 2006, commission sur l'intégration des professions médicales et pharmaceutiques au LMD.

recherche, certains sont prêts à ouvrir des masters pour des infirmiers qualifiés en soins de proximité pour palier entre autres la baisse de la démographie de généralistes et d'appétence du corps médical vers ce métier (rapports ONDPS³⁵, HAS³⁶). La nécessité d'ouvrir plus généralement des masters aux infirmiers et paramédicaux sur des fonctions de soin liées aux pathologies chroniques est partagée par plusieurs médecins porteurs de responsabilités techniques et politiques. Tout ce qui concerne l'accompagnement et le soin au long court est susceptible d'être confié peu à peu à d'autres. Seules les modalités ne sont pas arrêtées. Nos données montrent que les catégories « prévention » et « chronicité » ne remettent pas en question les frontières professionnelles médecins/infirmiers. Elles préservent un modèle de formation des médecins centré sur la guérison ou « cure » et leur ouvre davantage le champ de la recherche fondamentale-notamment de médicaments. Or, avec Abbott, nous vu que les tâches qu'une profession entend se réserver « juridictionnellement » ne lui sont attachées par aucun lien absolu et permanent de nécessité. Entre médecins et paramédicaux, nous constatons non pas une *concurrence que se livrent les professions pour établir et défendre des zones de contrôle* ou, pour parler comme Abbott, des aires de juridiction des activités. Nous observons l'influence du corps médical qui contrôle, par le biais d'implications politiques, la prééminence et la définition du modèle curatif³⁷.

Conclusion : les impasses du corporatisme

Selon nous, on n'assiste donc pas encore à une deuxième vague de professionnalisation³⁸ pour les acteurs des champs sanitaires et social. On observe plutôt des mouvements de frontières marqués par les revendications corporatistes et la défense des intérêts de chacun entre professions médicales et auxiliaires et entre les paramédicaux-représentés entre autres par des cadres formateurs³⁹. Les cadres de santé ont en effet progressivement occupé la place autrefois dévolue aux médecins dans la formation des infirmiers. Aujourd'hui, ils sont nombreux à percevoir les limites des formations qu'ils dispensent. Leur savoir faire est souvent obsolète et les savoirs dits « théoriques » qu'ils véhiculent ne permettent pas à leurs

³⁵ Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé.

³⁶ Haute Autorité en Santé

³⁷ On observe dans la littérature anglo saxonne une exploration des différences entre « to cure » et « to heal », l'un et l'autre terme visant la guérison mais dans une acception où l'aspect « co produit » du soin apparaît davantage dans le terme to heal. Il s'agit, selon nous, d'aborder cette distinction d'un point de vue heuristique en lien avec une heuristique de l'autonomie (E Rothier Bautzer, 1996) et d'en mesurer les implications pour la formation médicale.

³⁸ Nous reprenons ici les termes de Michel Chauvière (2004) pour qualifier le processus de professionnalisation du début du 20^{ème} siècle.

³⁹ Les paramédicaux n'ont pas présenté un point de vu unanime et partagé lors des réunions organisées en 2006 par la DGS.

étudiants d'accéder à un niveau d'étude équivalent à la Licence⁴⁰. Pour asseoir davantage leurs savoirs de références et du même coup leur rôle dans la formation, ils souhaitent s'appuyer sur le développement de la recherche infirmière à l'Université, à l'image des filières montées au Canada. Pour l'heure, comme nous l'avons montré plus haut, ils enseignent des démarches qui entrent en conflit sur le terrain avec la complexité du travail de soin et du traitement non réductible à un idéal de sollicitude (Laugier, Paperman, 2006). La « raison pratique » est l'impensée du dispositif de formation et le terrain de stage se voudrait réduit à un lieu d'application de procédures théorisées en IFSI. L'idéalisation du « care » qui ne prépare pas les étudiants à comprendre les répercussions de leur travail sur eux-mêmes engendre des clivages délétères et contribue probablement à nourrir les abandons en cours d'étude. La solitude des élèves aux mains de services débordés n'est pas sans risque pour eux-mêmes et les patients dont ils ont la charge. L'opposition théorie/pratique est bien saisie comme un enjeu clef par les cadres pour asseoir leur statut de formateur et non plus de soignant mais ses enjeux épistémologiques et éthiques s'en voient du même coup délaissés. Les cadres demandent à entrer dans le « LMD » en insistant sur l'intérêt du Doctorat, seul susceptible, à leurs yeux, de leur donner cette reconnaissance qui leur fait défaut. Les savoirs alors véhiculés seraient susceptibles de s'éloigner clairement de la pratique pour acquérir le statut de savoirs abstraits, de concepts. La pierre de touche de leur statut ainsi révisée, les infirmiers, s'affranchissant des savoirs techniques pour accéder à des savoirs scientifiques, pourraient eux aussi, accéder alors à une reconnaissance professionnelle tant revendiquée. Cette emprise des défenses territoriales sur les individus en vient donc à nuire à la qualité des soins⁴¹. Les juridictions, elles, sont âprement défendues par les médecins. Comme nous le montrons ci-dessus, le contrôle de l'évolution de frontière entre activités des médecins et des infirmiers demeure entre les mains du corps médical. Voilà qui explique les positions ambivalentes et néanmoins relativement statiques des acteurs dans la négociation des réformes en cours. Du côté des médecins, on s'apprête à déléguer pour mieux se recentrer sur ce qui est maîtrisable (traitement préventifs et curatifs et la recherche). La délégation porterait sur les soins de proximité (confiés auparavant aux officiers de santé...), certains soins techniques, et surtout l'accompagnement des patients chroniques. Compte tenu des freins liés aux grilles de salaires, de façon pragmatique, certains responsables suggèrent de permettre à des infirmières d'entrer en master sans cursus universitaire préalable. C'est pourquoi, ils sont plutôt favorables à la VAE qui permettrait les passerelles sans

⁴⁰ Leur cursus est reconnu au niveau Deug.

⁴¹ Songeons ici à la difficulté rencontrée par les PUPH à réaliser leurs tâches de soin d'enseignement et de recherche conjointement ! cf. Colloque de la CPU sur "La place des universités dans l'hôpital" 20/03/2007, Conférence des Présidents d'Université, Paris – Université René Descartes / Paris 5 - Jeudi 8 et vendredi 9 mars 2007.

bouleverser tout l'édifice. Qu'en est-il pour le patient ? Compte tenu de l'analyse des modalités actuelles de formation en IFSI, nous nous interrogeons sur les risques encourus par ce qui nous apparaît comme une dérive. Décider de ne pas réformer l'ensemble des formations, contrairement à ce que plusieurs rapports et préconisations prônent, peut permettre de financer au moindre coût ce que la médecine ne maîtrise pas mais aussi de placer face à des patients par définition vulnérables, des professionnels peu réflexifs et dont la compétence apparaît aujourd'hui sujette à caution⁴². Le risque, in fine, est de ne pas atteindre l'objectif visé en matière de santé publique et, en négligeant le soin, de fragiliser toute la chaîne qui va du soin au traitement (Jecker, Self, 1991), de la guérison à l'accompagnement. Les positions des acteurs apparaissent donc ambivalentes puisqu'ils développent des stratégies qui cherchent à faire évoluer l'édifice tout en gardant le maximum de contrôle. Les uns et les autres acceptent en fait de « changer pour rester immobiles ». Conjointement, les associations de patients demandent à se saisir de cette autonomie que tous disent viser « dans l'intérêt du patient », et ont parfois pu « court circuiter » après d'âpres négociations⁴³. En France seront-elles à même d'occuper leur place de groupe intermédiaire face aux professionnels de santé? Les enjeux de l'abstraction des savoirs techniques sont certes, professionnels mais aussi éthiques et épistémologiques. A trop se centrer sur le premier de ces enjeux, les professionnels de santé courent le risque de perdre ce qui a fait leur force ; la confiance⁴⁴ des personnes qui s'en remettent à eux.

Bibliographie

Abbott A. (1988), *The system of professions : an essay of the division of expert labour*, Chicago, U. of Chicago Press

Acker F. (1997), " *Sortir de l'invisibilité, le cas du travail infirmier*", Raisons pratiques, Editions de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, n° 8,

Champy F. (1999), *Cahiers de la Recherche architecturale et urbaine*, n° 2-3, n° spécial « Métiers », p. 27-38

⁴² Les formateurs et Directeurs d'IFSI notent qu'avec les changements intervenus dans le mode d'évaluation, l'introduction du Travail de Fin d'Etudes, ils ne peuvent assurer qu'un étudiant diplômé sera un professionnel compétent. Ils affirment même que, parfois, ils sont sûr de l'incompétence de la personne mais n'ont pas de moyens de l'empêcher d'exercer. Les difficultés récurrentes rencontrées notamment dans la maîtrise du calcul de doses sont toujours relevées. L'augmentation des quotas a accru l'hétérogénéité des étudiants et les difficultés des formateurs à s'adapter à ces « nouveaux publics » sont connues (voir par exemple, l'enquête IFOP pour ARHIF 2001, les Propositions de l'Union Hospitalière de la Région île de France concernant les professions paramédicales).

⁴³ Cf. les discussions autour de la pose de sonde urinaire entre association d'handicapés et d'infirmières libérales.

⁴⁴ Confiance dans un modèle de prescription faible distinct de celle développée dans le modèle de la prescription forte.

- (2004), « *La sociologie française des « groupes professionnels » Ascendance interactionniste, programme épistémologique dominant, ontologie implicite* », communication prononcée le dans le cadre du séminaire du Centre d'études sociologiques de la Sorbonne.
- Chauvière M. (2004), *Le travail social dans l'action publique. Sociologie d'une qualification controversée*, Paris, Dunod.
- de Coninck F.(1995), *Travail intégré, société éclatée*, PUF,.
- Jecker N. Self D., (1991), *Separating care and cure : An analysis of historical and contemporary images of nursing and medicine*, Journal of Medicine and Philosophy,16 (3), pp. 285-306.
- Laugier S. Paperman P. 2006, *Éthique et politique du care*, Collection « Raisons pratiques », EHESS eds.
- Menger P.M. (sous la dir de) (2003), *Les professions et leurs sociologies*, MSH.
- Rothier Bautzer E. (2001), « La professionnalisation contre la compétence collective située : soigner la maladie ou accompagner le patient? » in *Question de Recherches en éducation*, n°2, CRF / CNAM Paris, Série coéditée par l'INRP et Emergence Editions/Revue Educations.
- (1996), (hiver), « Une heuristique de l'autonomie » in *Quaderni* n° 28, pp 47/57, rubrique « théorie ».
- Strauss Anselm,(1992), *La Trame de la Negociation: Sociologie Qualitative et Interactionnisme*. [The Web of Negotiation: Qualitative Sociology and Interactionism.] Edité par Isabelle Baszanger. Paris: L'Harmattan.
- Suchman, L. (1987) "*Plans and situated actions: the problem of human-machine communication*" – Cambridge, Cambridge University Press.
- Véga A. (2000) « *Une Ethnologue à l'hôpital* ". Paris: Editions des archives ouvrières.
- Rapports :*
- DRESS, Etudes et Résultats (Juin 2006), *L'origine sociale des professionnels de santé*, N° 496.
- Série statistiques* (août 2005), *La formation aux professions de la santé en 2004*, Marquier R., n° 86.
- Série études* (avril 2005) *Les débuts de carrières des infirmiers sortis de formation initiale en 1998*, Marquier R, n° 46.
- Conseil économique et social, Michel Pinaud (2004), *Le recrutement et la professionnalisation des salariés du secteur sanitaire et social*.
- CREDES (octobre 2000), *la profession infirmière en mutation*. Com-Ruelle L., Midy F., Ulmann P.
- Documents internes
- ARHIF(2003), *Plan régional de formation et de recrutement d'infirmières*. Agence régionale d'Ile de France.
- ARHIF/CRAMIF (2002), *Les Effectifs infirmiers dans les établissements hospitaliers de la région Ile de France*.